TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK HASTALARDA İHMALE İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİNİN VE ÇOCUK HEKİMLERİNİN İHMAL RİSKİNE İLİŞKİN FARKINDALIKLARININ SON 10 YILDAKİ DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Dr. Cansu YÖNDEM DEŞER

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Betül ULUKOL

ANKARA
2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK HASTALARDA İHMALE İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİNİN VE ÇOCUK HEKİMLERİNİN İHMAL RİSKİNE İLİŞKİN FARKINDALIKLARININ SON 10 YILDAKİ DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Dr. Cansu YÖNDEM DEŞER

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Betül ULUKOL

ANKARA
2022

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Çocuk hastalarda ihmale ilişkin risk faktörlerinin ve çocuk hekimlerinin ihmal riskine ilişkin farkındalıklarının son 10 yıldaki değişiminin incelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından, 22/07/2022 tarihinde, İ06-381-22 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Dr. Cansu YÖNDEM DEŞER
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

turnitin

Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Cansu Yöndem Deşer
Ödev başlığı:	Cansu Yöndem Deşer, Tez
Gönderi Başlığı:	Çocuk ihmali risk faktörleri ve hekimlerin ihmale ilişkin farkı...
Dosya adı:	Cansu_Yo_ndem_Des_er_tez.docx
Dosya boyutu:	306K
Sayfa sayısı:	78
Kelime sayısı:	17,280
Karakter sayısı:	112,876
Gönderim Tarihi:	19-Kas-2022 01:16ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	1958167573



ÇOCUK HASTALARDA İHMALE İLİŞKİN RİSK FAKTÖRLERİNİN VE ÇOCUK HEKİMLERİNİN İHMAL RİSKİNE İLİŞKİN FARKINDALIKLARININ SON 30 YILDAKİ DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%4	%4	%1	%1
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Dr. Cansu YÖNDEM DEŞER	**Sınav tarihi:** 29/11/2022
Anabilim/Bilim Dalı	: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Betül ULUKOL	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: Çocuk Hastalarda İhmale İlişkin Risk Faktörlerinin ve Çocuk Hekimlerinin İhmal Riskine İlişkin Farkındalıklarının Son 10 Yıldaki Değişiminin İncelenmesi

Tezin Niteliği: ☑ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi

Kaçıncı tez sınavı olduğu: ☑ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☑ Kabulüne

☐ Reddine

☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☑ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Betül LUKOL

Juri Üyesi

Prof. Dr. Serap TIRAŞ TEBER

Juri Üyesi

Doç. Dr. Emine Bahar BİNGÖLER PEKCİCİ

ÖNSÖZ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim ve tez çalışması sürecim boyunca engin bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, emek ve sabrını esirgemeyen, hem hekimlik hem insanlık olarak birçok şey öğrendiğim, uzmanlık eğitimim sonrasında da her zaman yanımda olacağına, bana yol göstereceğine inandığım çok kıymetli tez hocam Prof. Dr. Betül Ulukol'a,

Bilgi ve tecrübeleriyle gelişimime yön veren, öğrencileri olduğum için kendimi şanslı hissettiren, yolumu aydınlatan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı hocalarıma,

Sevgilerini, desteklerini ve güvenlerini esirgemeden her yönüyle gösteren canım anneme, babama ve kardeşime,

Her zaman yanıbaşımda olan, adımlarımızı birlikte attığımız canım arkadaşlarıma,

Asistanlık sürecimin olabilecek en iyi şekilde ilerlemesine neden olan eşkıdemlerime,

Bana sevginin ve güvenin ne demek olduğunu öğreten, her durumda yanımda olan biricik hayat arkadaşım Doç. Dr. S. Burç DEŞER'e,

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Cansu YÖNDEM DEŞER

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ..... **i**

Özgünlük Raporu ..... **ii**

Kabul Onay Sayfası ..... **iii**

Önsöz ..... **iv**

İçindekiler ..... **v**

Simgeler ve Kısaltmalar ..... **ix**

Şekiller Dizini ..... **x**

Tablolar Dizini ..... **xi**

1. ÖZET **1**

2. ABSTRACT **3**

3. GİRİŞ VE AMAÇ **5**

4. GENEL BİLGİLER **6**

4.1. TARİHÇE 6

4.1.1. Eski Çağlarda ‘’Çocuk’’ 6

4.1.2. Mary Ellen Wilson: İlk Resmi Vaka 6

4.1.3 İlk Çocuk Koruma Örgütünün Kurulması 7

4.1.4 Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS) 8

4.1.5 Türkiye’de Çocuk Haklarının Durumu 9

4.2. ÇOCUK İHMALİ 10

4.2.1. Tanım 10

4.2.2. Çocuk İhmalinin Tipleri 11

4.2.2.1 Fiziksel İhmal 11

4.2.2.2 Duygusal İhmal 12

4.2.2.3 Tıbbi İhmal 12

4.2.2.4 Eğitim İhmali 13

4.2.3 Risk Faktörleri 13
4.2.4 İhmalin Sonuçları 16
4.2.5 Epidemiyoloji 17
4.2.6. Hekimin Rolü 18
4.2.7 İhmalin Önlenmesi 20
5. GEREÇ ve YÖNTEM **23**
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ 23
5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN 23
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 23
5.2.1. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 24
5.4. VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME 24
5.4.1. Sağlık İhmali Riskinin Değerlendirilmesi 25
5.4.2. Beslenme İhmali Riskinin Değerlendirilmesi 26
5.4.3. Güvenlik İhmali Riskinin Değerlendirilmesi 26
5.4.4. Hijyen İhmali Riskinin Değerlendirilmesi 27
5.4.5. Gelişimin Desteklenmesi İhmali Riskinin Değerlendirilmesi 27
5.4.6. Eğitim İhmali Riskinin Değerlendirilmesi 27
5.4.7. Sosyal Desteğin İhmal Riskinin Değerlendirilmesi 28
5.4.8. Duygusal İhmal Riskinin Değerlendirilmesi 28
5.5. ARAŞTIRMANIN ÖRÜNTÜSÜ 29
5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 29
5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 30
6. BULGULAR **31**
6.1. AİLELERİN ÖZELLİKLERİ 31
6.1.1. Ebeveynlerin Demografik Özellikleri 31
6.1.2. Çocukların demografik özellikleri 33
6.1.3. Ev ve Aile Ortamının Özellikleri 33

6.1.4. Ailelerin Gelir Durumları 34

6.1.5. İhmal Açısından Risk Oluşturan Çocuk ile İlişkili Özellikler 36

6.1.6. İhmal Açısından Risk Oluşturan Aile ile İlişkili Özellikler 36

6.2. İHMAL TİPLERİNE GÖRE RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ **37**

6.2.1. Sağlık İhmaline İlişkin Göstergeler 38

6.2.1.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Sağlık İhmali Göstergeleri 39

6.2.1.2. Aileye Ait Özellikler ve Sağlık İhmali Göstergeleri 39

6.2.2. Fiziksel İhmale İlişkin Göstergeler 41

6.2.2.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Fiziksel İhmal Göstergeleri 42

6.2.2.2. Aileye Ait Özellikler ve Fiziksel İhmal Göstergeleri 43

6.2.3. Gelişimin Desteklenmesi İhmaline İlişkin Göstergeler 45

6.2.3.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Gelişimin Desteklenmesi İhmali Göstergeleri 46

6.2.3.2. Aileye Ait Özellikler ve Gelişimin Desteklenmesi İhmali Göstergeleri 47

6.2.4. Eğitim İhmaline İlişkin Göstergeler 48

6.2.4.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Eğitimle İlişkili Konularda İhmal 49

6.2.4.2. Aileye Ait Özellikler ve Eğitimle İlişkili Konularda İhmal Göstergeleri 50

6.2.5. Sosyal Destek İhmaline İlişkin Göstergeler 51

6.2.5.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Sosyal Destek İhmali Göstergeleri 52

6.2.5.2. Aileye Ait Özellikler ve Sosyal Destek İhmali Göstergeleri 53

6.2.6. Duygusal ihmale İlişkin Göstergeler 53

6.2.6.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Duygusal İhmal Göstergeleri 54

6.2.6.2. Aileye Ait Özellikler ve Duygusal İhmal Göstergeleri 55

6.3. AİLENİN AYLIK GELİRİ İLE ÇOCUK İHMALİ İLİŞKİSİ 56

6.4. HEKİM ANKETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 58

6.5. AİLE VE HEKİM ANKETLERİNDEN ELDE EDİLEN VERİLERİN 10 YIL ÖNCEKİ ÇALIŞMA İLE KARŞILAŞTIRILMASI 62

7. TARTIŞMA **64**

8. SONUÇ ve ÖNERİLER **71**

9. KAYNAKLAR **74**

EK-1 EBEVEYNLER İÇIN OLUŞTURULMUŞ ANKET FORMU 81

EK-2 Hekimler İçin Oluşturulmuş Anket Formu 86

SİMGELER VE KISALTMALAR

BMÇHS : Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi

CÇHB : Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

Çİ : Çocuk İhmali

ÇKKM : Çocuğa Karşı Kötü Muamele

NIS : National Incidence Study

NYSPSCC : New York Society for the Prevention of Cruelty to Children

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 6.1. Soruyu yanıtlamış olan ebeveynlerin aylık gıda ve kira giderlerinin gelirleri içerisindeki payı (Ankara,2022) 35

Şekil 6.2. Soruyu yanıtlamış olan ebeveynlerin aylık eğitim, giyim ve sinema/tiyatro/dergi/gazete giderlerinin gelirleri içerisindeki payı (Ankara,2022) 35

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi 9

Tablo 4.2. Olası İhmali Değerlendirme İçin Genel İlkeler 19

Tablo 4.3. ÇKKM'yi Önleme (CDC) 20

Tablo 6.1. Ebeveynlerin öğrenim düzeyleri (Ankara, 2022) 32

Tablo 6.2. Ebeveynlerin meslek dağılımları (Ankara, 2022) 32

Tablo 6.3. Yaşanılan evin türü, kime ait olduğu, ısınma tipi (Ankara, 2022) 33

Tablo 6.4. Ailelerin aylık gelirleri (Ankara, 2022) 34

Tablo 6.5. Çocuğa ait, ihmal açısından risk faktörü oluşturabilecek özellikler (Ankara, 2022)..... 36

Tablo 6.6. Aileye ait, ihmal açısından risk faktörü oluşturabilecek özellikler (Ankara, 2022)..... 37

Tablo 6.7. Sağlık ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)..... 38

Tablo 6.8. En az bir alanda sağlık ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)..... 39

Tablo 6.9. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir sağlık ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 39

Tablo 6.10. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir sağlık ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 40

Tablo 6.11. Fiziksel ihmal göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022) 41

Tablo 6.12. En az bir alanda fiziksel ihmal göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)..... 42

Tablo 6.13. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir beslenme ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 42

Tablo 6.14. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir güvenlik ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 43

Tablo 6.15. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir beslenme ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 44

Tablo 6.16. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir güvenlik (kaza, yaralanma, zehirlenme) ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022) 45

Tablo 6.17. Gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)..... 46

Tablo 6.18. En az bir alanda gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022) 46

Tablo 6.19. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022) 47

Tablo 6.20. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022) 48

Tablo 6.21. Eğitim ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022) 49

Tablo 6.22. En az bir alanda eğitim ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)..... 49

Tablo 6.23. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir eğitim ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 50

Tablo 6.24. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir eğitim ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 51

Tablo 6.25. Sosyal destek ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022) 51

Tablo 6.26. En az bir alanda sosyal destek ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)..... 52

Tablo 6.27. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir sosyal destek ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 52

Tablo 6.28. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir sosyal destek ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 53

Tablo 6.29. Duygusal ihmal göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)..... 54

Tablo 6.30. En az bir alanda duygusal ihmal göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)..... 54

Tablo 6.31. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir duygusal ihmal göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 55

Tablo 6.32. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir duygusal ihmal göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)..... 56

Tablo 6.33. Aylık gelir miktarının asgari ücretin altında olması ve en az bir alanda çocuk ihmali göstergesi olması arasındaki ilişkinin araştırılması (Ankara, 2022)..... 57

Tablo 6.34. En az bir alanda çocuk ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre değerlendirilmesi (Ankara, 2022)..... 58

Tablo 6.35. Hekimlerin demografik özellikleri (Ankara, 2022)..... 59

Tablo 6.36. Hekimlerin ÇKKM ile ilgili eğitime katılma durumları, mezun oldukları üniversitede ve aktif çalışmakta oldukları kurumda ÇKKM ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu (Ankara, 2022)..... 60

Tablo 6.37. Hekimlerin haftalık baktıkları hasta sayıları ve çocuk ihmalinden şüphelenme durumları (Ankara, 2022)..... 60

Tablo 6.38. Çocuk ihmalinden kuşkulanan ve kuşkulanmayan hekimlerin meslekte çalışma süreleri, ÇKKM ile ilgili eğitime katılma durumları, mezun oldukları üniversitede ve aktif çalışmakta oldukları kurumda ÇKKM ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu (Ankara, 2022)..... 61

Tablo 6.39. Çocuk ihmali göstergelerinin alt tiplere göre dağılımı, 2012 ve 2022 yıl verilerinin karşılaştırması..... 62

Tablo 6.40. Hekim özelliklerinin 2012 ve 2022 yıl verilerine göre karşılaştırması 63

1. ÖZET

Amaç: Çocuk ihmali, diğer çocuğa karşı kötü muamele formlarına göre daha sık görülen, çocuk sağlığı ve gelişimine olan olumsuz etkisi en az diğer kötü muameleler kadar yüksek olmasına rağmen hem akademik hem de toplumsal olarak daha az önem verilen bir durumdur. Bu çalışma çocuk ihmaline neden olabilecek risk faktörlerini sorgulamayı, hekimlerin çocuk ihmali farkındalığını değerlendirmeyi ve elde edilen verileri 2012 yılında yapılmış olan benzer çalışmanın sonuçları ile karşılaştırarak son 10 yıldaki değişimi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 1 Temmuz 2022 – 28 Ekim 2022 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Özel Lokman Hekim Akay Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan toplam 19 hekime ve bu hekimlerin polikliniklerinde hizmet verdikleri 12 yaş altındaki toplam 495 çocuğun ebeveynine uygulanan bir anket çalışmasıdır. Bu çalışmadan elde edilen veriler 2012'de Dr. Gülay KUŞ'un çalışmasıyla karşılaştırılarak son 10 yıldaki değişim değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma kapsamında ebeveynlere yönelik oluşturulmuş anket yanıtları değerlendirildiğinde ihmalin alt tiplerine göre en az bir alanda ihmal göstergesi olma durumunun sağlık ihmalinde %82,8, güvenlik ihmalinde %22,2, beslenme ihmalinde %22,8, gelişimin desteklenmesi ihmalinde %33,1, eğitim ihmalinde %74,8, sosyal destek ihmalinde %48,7 ve duygusal ihmalde %54,3 olduğu gösterilmiştir. Tüm ihmal tipleri açısından değerlendirildiğinde %96,3'ünde en az bir ihmal göstergesinin olduğu belirlenmiştir. Tüm çocuk ihmali formlarının sıklığında cinsiyetler arasında fark olmadığı görülmüştür. Son 10 yılda sağlık ihmali riskinde %4,3, güvenlik ihmali riskinde %13,7, gelişimin desteklenmesi ihmali riskinde %9'luk artış olduğu, beslenme ihmali riskinde %11,6, sosyal destek ihmali riskinde %6,8 azalma olduğu eğitim ihmali riskinde değişiklik olmadığı saptanmıştır. Prematür doğum öyküsünün sağlık ihmali riskini 7 kat, kronik hastalık varlığının beslenme ihmali riskini 2,7 kat, ciddi hastalık geçirmiş olmanın beslenme ihmali riskini 2,8 kat, hastanede yatış öyküsü olmasının beslenme ihmali riskini 2,4 kat arttırdığı saptanmıştır. Ailede 3 veya daha fazla çocuk varlığının sağlık ihmali riskini 4,4 kat ve gelişimin desteklenmesi ihmali riskini 1,6 kat, ailede sigara kullanan birey varlığının güvenlik ihmali riskini 1,6 kat ve duygusal ihmal riskini 1,9 kat, ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu veya daha düşük olması durumunda duygusal ihmal riskinin 2,1 kat arttığı gösterilmiştir. Aylık gelir düzeyi asgari ücretin altında olan ailelerde beslenme ihmali riskinde 2,1 kat, güvenlik ihmali olma riskinde 2 kat, fiziksel ihmal riskinde 2,6 kat, sosyal ihmal riskinde 1,8 kat ve duygusal ihmal riskinde 3 kat artış olduğu gösterilmiştir. Son 10 yılda hekimlerin ÇKKM'ye ilişkin eğitime katılmış olma durumunda %43,2'lik artış olduğu, hekimlerin

%42,1'inin son 1 haftada hizmet verdikleri hastaların en az birinde ihmalden şüphelendiği, 2012 yılında yapılan çalışmada hiçbir hekim bildiride bulunmamışken ihmalden şüphelenen hekimlerin 2'sinin bu durumu bildirmek için girişimde bulunduğu, bildirmek için ise adli rapor tutma veya aileyi sosyal hizmetlere yönlendirmeyi uygun gördükleri saptanmıştır.

Sonuç: Türkiye'de çocuk ihmaline dair göstergelerin sıklığındaki yüksekliğin devam etmekte olduğu, hekimlerin çocuk ihmaline ilişkin eğitim alma sıklığı artmış olsa da ihmalden şüphelenme ve şüphelenme halinde bildirme oranlarının yetersiz olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuğa karşı kötü muamele, çocuk ihmali, bildirim, çocuk koruma birimi, risk faktörleri

2. ABSTRACT

Aim: Child neglect is seen more frequently than other forms of child maltreatment, and is less important both scientifically and socially, although its negative impact on child health and development is at least as high as other maltreatments. This study aims to question the risk factors that may cause child neglect, to evaluate the awareness of child neglect of physicians, and to evaluate the change in the last 10 years by comparing the obtained data with the results of a similar study conducted in 2012.

Materials and Methods: This study was conducted between 1 July 2022 and 28 October 2022. It is a survey study applied to a total of 19 physicians who works in Ankara University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Private Lokman Hekim Akay Hospital and Dr. Sami Ulus Gynecology and Child Health Training and Research Hospital and at the parents of 495 children under the age of 12 who were served in the outpatient clinics of these physicians. Data from this study was compared with a thesis conducted by Gülay KUŞ, MD to evaluate the change in the last 10 years.

Results: Evaluating the survey responses for parents within the scope of the study, the status of being an indicator of neglect in at least one area according to the subtypes of neglect is 82.8% in health neglect, 22.2% in safety neglect, 22.8% in nutritional neglect, 33.1% in neglect of education, 74.8% in neglect of social support, 48.7% in neglect of developmental support and 54.3% in emotional neglect. When evaluated in terms of all subtypes of neglect, it was determined that 96.3% had at least one indicator of neglect. There was no difference between genders in the frequency of child neglect. In the last 10 years, there is a 4.3% increase in the risk of health neglect, 13.7% in the risk of neglect of safety, a 9% increase in the risk of neglect of development support, 11.6% in the risk of nutritional neglect, and 6.8% in the risk of neglect of social support. It was determined that a history of premature birth increased the risk of health neglect 7 times, the presence of a chronic disease increased the risk of nutritional neglect 2.7 times, a history of serious illness increased the risk of nutritional neglect 2.8 times and a history of hospitalization increased the risk of nutritional neglect by 2.4 times. Presence of 3 or more children in the family has 4.4 times more risk of neglect of health and 1.6 times more risk of neglect of developmental support. The risk of neglect of security increased by 1.6 times and the risk of emotional neglect 1.9 times in the presence of a smoker in the family. It has been shown that in families with a monthly income level below the minimum wage, there is a 2.1-fold increase in the risk of nutritional neglect, 2-fold in the risk of neglect of safety, 2.6-fold in the risk of physical neglect, 1.8-fold in the risk of social neglect, and 3-fold in the risk of emotional neglect. In the last 10 years, there was a 43.2% increase in the fact that physicians had attended training on child

maltreatment, 42.1% of physicians suspected negligence in at least one of the patients they served in the last 1 week. It was determined that 2 of the physicians who suspected neglect made an attempt to report this situation, and they found it appropriate to keep a forensic report or refer the family to social services to report it.

Conclusion: It has been shown that indicators of child neglect continue to be widespread in Turkey, and although the frequency of physicians' training on child neglect has increased, the rates of suspecting and reporting neglect are very low.

Key Words: Child maltreatment, child neglect, risk factors, child protective services

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk ihmali, diğer ÇKKM formlarına göre prevelansı daha yüksek olan, çocuk sağlığı ve gelişimine olan olumsuz etkisi en az diğer kötü muameleler kadar yüksek olmasına rağmen diğer ÇKKM tiplerine göre hem akademik hem de toplumsal olarak daha az önem verilen bir durumdur. İhmalin açıklanması zor bir kavram olması hem Türkiye'de hem dünyada tanısının zor konulmasına neden olmakla birlikte ihmalin istismar kavramı yerine yanlış şekilde kullanımına yol açmaktadır. Çocuk ihmalinin birçok alt tipi olmasına rağmen en sık karşılan tipleri duygusal ihmal, fiziksel ihmal (güvenlik, hijyen, gözetim, beslenme...), sağlık ihmali, sosyal destek ihmali ve eğitim ihmalidir. İhmal, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerinde önemli ve uzun vadeli kötü etkilere neden olabilmektedir.

Bu araştırma çocuk ihmaline neden olabilecek risk faktörlerini sorgulamayı, hekimlerin çocuk ihmali farkındalığını değerlendirmeyi ve elde edilen verileri 2012 yılında yapılmış olan benzer çalışmanın sonuçları ile karşılaştırarak son 10 yıldaki değişimi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın amacına yönelik; hekimlere hekimlerin sosyodemografik özelliklerini, çocuk ihmaline ilişkin eğitim alma ve ihmalden şüphelenme durumlarını sorgulamak için hazırlanmış olan hekim anketi, ebeveynlere ise ailelerin sosyoekonomik durumları, sosyodemografik özellikleri ve çocuk ihmaline ilişkin göstergeleri bulundurma durumunu değerlendirmek amacıyla aile anketi uygulanmıştır. Ailede çocuk ihmaline ilişkin risk faktörleri bulunma durumu ebeveynlerin verdikleri yanıtlara göre değerlendirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. TARİHÇE

4.1.1. Eski Çağlarda ‘’Çocuk’’

İlk çağlarda ilkel yaşam şartları, ilerleyen çağlarda ise para ve ekonomi kavramlarının oluşmasıyla çocuklara davranış biçimlenmiştir (1). Çocuğun ve çocukluğun tarihini inceleyen tarih araştırmaları, çocukların geçmişte ciddi şekilde örselendiğini ve ihmale uğradığını göstermektedir. İlk çağlarda zorlu yaşam şartları ve göçebe hayatı nedeniyle hasta veya engelli çocukların yaşamasına müsaade edilmiyordu (2).

Eski Yunan’da çocuk 0-7 yaş, 7-14 yaş, 14 yaş- yetişkin şeklinde kategorize edilmiş ve çocuk yetiştirilmesinde öncelik iyi savaşçılar yetiştirmek olduğundan çocuklar 7 yaşından sonra askeri eğitime verilmekteydi. Eğitim için çocukları zorlu şartlara sokup, şiddet gösteriyorlar ve hayatını bu şartlarda devam ettirebilenler yaşama hakkına sahip olarak değerlendiriliyormuş. Aynı zamanda çocuğun velayeti babada olsa da çocuğun devletten koruma talep etme hakkı mevcuttu (2-5).

Eski Roma’da ise çocuk tamamıyla babaya ait bir varlık olarak görülmekte ve çocuğun satılması, çalıştırılması veya öldürülmesi tamamıyla baba kararına bırakılmaktaydı. Babanın verdiği kararlara devlet dahi müdahale edememekteydi (2-5). Orta çağ Avrupa’sında ise çocuklar 7 yaşından sonra yetişkin sayılmakta ve çocukların dönemin yetişkinlik sorumluluklarını üstlenmeleri beklenmekteydi (1, 2, 5, 6).

Eski Türklerde zamanına göre daha ‘’modern’’ bir aile ve çocuk algısı mevcuttu. Baba çocuğun ana vasisi sayılırken babanın ölmesi halinde çocuğa sahip çıkılması için sorumluluk, var ise anneye veya babanın erkek kardeşine veya yetişkin diğer kardeşe bırakılırdı (6, 7).

4.1.2. Mary Ellen Wilson: İlk Resmi Vaka

Çocukların korunmasına ilişkin atılan ilk resmi adımlar, New York 1874’te koruyucu ailesi tarafından istismar edilen 9 yaşındaki Mary Ellen Wilson’ın kamuoyuna yansımasıyla başlamıştır.

Biyolojik annesi Frances Connor Wilson kendisine gebeyken babasının savaşta ölmesi sonrası Mary, annesi maddi olarak bakımını sağlayamaması nedeniyle hayır kurumuna verilmiş (New York

City Department of Charities). Mary, kurum tarafından akrabası bulunamaması üzerine 3 yenidoğan çocuğunu hastalık nedeniyle kaybetmiş olan Thomas ve Mary McCormack isimli çifte verilmiştir. Thomas McCormack'ın başka bir kadın ile olan ilişkisinden bir çocuğu olduğunu ve bu çocuğun Mary olduğunu iddia etmesi üzerine kurum, Thomas'a çocukla ilgili düzenli olarak durum bildirmesi şartı içeren bir sözleşme imzalatarak Mary'i kalıcı olarak McCormack çiftine teslim etmiştir. Bahsedilen ''durum bildirme'' ise yalnızca 2 kez yapılmış. Thomas'ın kısa zaman sonra ölmesi sonrası dul Frances, Francis McConally ile evlenerek Mary ile birlikte başka bir adrese taşınmışlardır.

Yeni adresteki komşularından biri Mary'nin ağır işlerde çalıştırıldığını, dövüldüğünü, vücudunda yanık ve kesi izlerinin olduğunu, yırtık kıyafetler giydiğini ve soğuk havada ayakkabısız gezdiğini farketmiş ve bu durumu kilise sosyal görevlilerinden Etta Wheeler'a iletmiştir. Etta'nın gözlemleri sonucu iddiaları doğrulaması üzerine konu bölge yetkililerine iletilmiş ancak yetkililer konuyla ilgilenmemişlerdir. Etta ilgilenen yetkili bulamaması üzerine bu durumu *''Hayvanları Şiddetten Koruma Derneği''* kurucusu olan avukat Henry Bergh'e iletmiştir. Henry Bergh, Mary'i *Hayvanları Şiddetten Koruma Derneği'nin* koruması altına aldıktan sonra, davayı dernek üyelerinden Elbridge Thomas Gerry ile birlikte 1875'te New York Yüce Mahkemesi'ne iletmişlerdir.

Komşuların ve Mary'nin ifadesi sonrası üvey annesine 1 yıl hapis cezası verilmiş ve Mary barınma evine yerleştirilmiştir ancak Mary'nin yerleştirildiği barınma evinin evsiz çocukların değil de sorunlu ergenlerin barındığı bir yer olduğunu fark eden Etta ise Mary'nin yasal vasisi olan Hakim Lawrence'a yerleştirmeyi uygunsuz bulduğunu iletmiş ve Mary, Etta'nın annesine verilmiştir. Mary'nin bu hikayesi döneminin manşetlerini oluşturmuş ve çocuğa karşı kötü muamelenin gün yüzüne çıkmasını sağlamış olan ilk olgulardan biri olmuştur (8-12).

4.1.3 İlk Çocuk Koruma Örgütünün Kurulması

Henry Bergh, Mary Ellen'ın başına gelenlerden sonra, çocuk korumasından sorumlu hiçbir devlet birimi veya sosyal topluluk olmadığını farketmiş ve Elbridge Gerry ile birlikte yardımsever John D. Wright'tan bu amaca yönelik bir dernek kurulması için yardım istemişlerdir. Böylece 1874'te Wright'ın başkan, Gerry ve Bergh'ın başkan yardımcısı olduğu dünyadaki ilk çocuk koruma derneği olan *''Çocuğa Karşı Şiddeti Önleme Derneği''* (New York Society for the Prevention of Cruelty to Children (NYSPSCC)) kurulmuş ve 27 Nisan 1875'te resmileştirilmiştir. İzleyen yıllarda derneğin önerileriyle çeşitli çocuk yasaları New York yasalarına eklenmiştir.

1876'da çocuğun bakımından sorumlu kişinin çocuğa yemek, giyinme, sağlık bakımı sağlaması, gözetmesi zorunluluğunu içeren yasa kabul edilmiştir. İlerleyen zamanlarda kabul edilen diğer yasalar;

çocuklara zehirli madde satışının yasaklanması ve tutuklanma halinde yetişkinlerle ayrı tutulmaları (1877), çocuklara silah satışı veya ellerine silah verilmesinin yasaklanması (1884), çocukların haftada 60 saatten fazla çalıştırılmaması (1886), çocuklara sigara satışının ve çocukların genelevlerde yaşamalarının yasaklanmasıdır (1888) (8, 10, 12, 13).

NYSPSCC'nin kurulması sonrası çocuk koruma ile ilgili çoklu sosyal dernekler oluşturulmuştur. NYSPSCC hala Amerika'nın en aktif çocuk koruma derneklerinden biridir (14).

19. yüzyılda adli tıp ve toksikoloji uzmanı olan Ambroise Tardieu boğulmuş bir yenidoğan üzerinden ilk kez tıbbi olarak ''hırpalanmış çocuk'' tarifini yapmıştır (15). 1962 yılında ise Henry Kempe ilk defa bir makalesinde ''hırpalanmış çocuk sendromu (battered child syndrome)'' terimini kullanmıştır. Kempe ve eşi 1972'de ulusal çocuk istismar ve ihmalini önleme ve tedavi etme merkezini kurmuşlardır (16).

4.1.4 Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)

17. ve 18. yıllarda çocukluk döneminin minyatür yetişkinlik değil de bir gelişim dönemi olduğuyla ilgili düşünceler yeşerirken; 19. yüzyılda çocukların da hakları olduğu fikri gelişmeye başlamıştır (17). Rönesans döneminde bilim ve basımın ön plana çıkmasıyla hümanizm akımı kendini göstermiştir, Bu dönemde başlayan çocuk gelişim dönemlerinin tanımlanması ve isimlendirilmesi, çocukluk döneminin sağlıklı ve topluma faydalı bireyler gelişmesi için kritik bir gelişim basamağı olduğu fikrini ortaya çıkarmıştır (2, 18).

Çocukların haklarını içeren ilk resmi sözleşme Eglantyne Jebb tarafından tasarlanmış ve 1924'te Milletler Cemiyeti tarafından onaylanmış olan Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi'dir (CÇHB). 23 Şubat 1923'te yayınlanmış olan CÇHB'nin maddeleri Tablo 4.1'de görülmektedir. 2. Dünya Savaşı nedeniyle bildirinin detaylandırılması askıda kalmıştır. 1946'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu dünyadaki tüm çocukları kapsayan Uluslararası Acil Durum Çocuk Fon'unu (UNİCEF) kurmuştur. 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 25. Maddesinde anne ve çocuklara özel ilgi gösterilmesini ve desteklenmesini içeren Uluslararası İnsan Refahı Bildirgesi yasa tasarısını kabul etmiştir. 1959'da ÇHS'nin Birleşmiş Milletler tarafından kabulü gerçekleştirilmiştir. BM'ye dahil olup bildiriyi imzalayan ülkeler bu maddelere uymayı kabul etmiş olsa da uymama halinde resmi yaptırım maalesef bu dönemde mevcut değildir (19). 1973'te Uluslararası Çalışma Örgütü kişinin sağlığını, güvenliğini veya ahlakını tehlikeye atabilecek işlerde çalışılabilmek için en az 18 yaşında olma kuralını getirmiştir. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Birleşmiş Milletler Kurulu tarafından son halinde 20 Kasım 1989'da yayınlanmıştır ve 1990'da uluslararası kanun statüsüne erişmiştir (20-22).

Tablo 4.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi (21)

Madde 1	Çocuğun normal gelişimi için ihtiyacı olan duygusal ve fiziksel unsurlar çocuğa sağlanmalıdır
Madde 2	Aç çocuk doyurulmalı, hasta çocuğa bakılmalı, geri kalmış çocuğa yardım edilmeli, suçlu çocuk geri kazanılmalı, öksüz ve kimsesiz çocuk da korunup, onlara yardım edilmelidir
Madde 3	Sıkıntı durumunda ilk önce çocuklar düşünülmeli ve kurtarılmalıdır
Madde 4	Çocuk geçimini sağlayacak bir konuma getirilmeli ve her türlü sömürüye karşı korunmalıdır
Madde 5	Çocuk, yeteneklerinin insanlık hizmetine adanması gerektiği bilinciyle yetiştirilmelidir

Canlılar arasında hayatını sürdürebilmek için dışarıdan desteğe en çok ihtiyaç duyan canlı insanoğludur. İnsan haklarını içeren tüm bildirilerde ortak olarak Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin (BMÇHS) de ana maddesi çocukların yaşama hakkıdır. Dünya genelinde 196 ülke ile en çok ülkenin onayladığı sözleşmedir ve tüm taraf ülkeler dil, din, düşünce, ırk ayrımı yapmadan tüm çocuklara uygulamak zorundadır (21-23).

BMÇHS 54 maddeden oluşmaktadır ve ilk maddesi daha erken yaşta yasal olarak reşit olma durumu hariç 18 yaşına kadar olan tüm bireylerin çocuk sayılacağını ifade eder (22, 23).

Sözleşme; çocuğun yaşama, gelişme, eğitim, düşünce özgürlüğü ve nüfusa kaydedilme gibi haklarını detaylandırmakla birlikte devlet tarafından şiddetten ve ihmalden korunma, sahip çıkılma ve haklarına saygı duyulması gerektiğini ifade eden maddeleri kapsamaktadır (19-23).

4.1.5 Türkiye'de Çocuk Haklarının Durumu

1928'te Cenevre Bildirge'si Mustafa Kemal Atatürk tarafında imzalanmış ancak tüm taraf devletlerde olduğu gibi savaş nedeniyle yürürlülüğe girememiştir. Türkiye'de çocukların çalıştırılmasıyla ilişkili ilk yasa tasarısı 1930'da Hıfzısıhha Kanunu'dur. 1963'te ise Türk Çocuk Hakları Bildirisi (TÇHB) oluşturulmuş ve Meclis Genel Kurulu'nda kabul edilmiştir. TÇHB; Türk çocuklarının hepsinin sevgi görme, düzgün yetiştirilme, ilgi görme, sahip çıkılma hakkı, ebeveynlerin

çocuklarına sahip çıkma ve iyi yetiştirme zorunluluğu, çocukların 16 yaşından önce çalıştırılamayacağı, eğitimine devam edemeyenler için çocukları geliştirecek kursların oluşturulması şeklinde maddeleri içermektedir ve maddelerde devletin çocuk korumasına ilişkin tüm yasal önlemleri oluşturması ihtiyacına dikkat çekilmektedir.

BMÇHS, Türkiye tarafından 14 Eylül 1990'da imzalanmış, TBMM tarafından 10 Aralık 1994'te kabul edilmiş ve 27 Ocak 1995'te Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlülüğe girmiştir.

2005 yılında korunma gereksinimi olan veya suça sürüklenmiş çocukların haklarını güvenceye almayı amaçlayan Çocuk Koruma Kanunu kabul edilmiştir. Çocuk Koruma Kanununa göre daha erken reşit olsa bile 18 yaşına kadar tüm bireyler çocuk olarak kabul edilir. Böylece yasa BMÇHS'deki çocuk tanımını daha da genişletmektedir (19).

Tüm yasa maddelerine ve önlemlere rağmen çocuğa karşı kötü muamelenin önlenememesi, çocuk çalıştırmanın devam etmesi, çocuk açlık ve ölüm oranlarının yüksekliği, eğitim oranlarının düşüklüğü, reşit olmadan evlendirilme gibi problemlerin önüne geçilememesi nedeniyle uluslararası birimler ve sivil toplum örgütleri ile birlikte çalışmak üzere 2019'da Türkiye Büyük Millet Meclisinde ''İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu''na bağlı olmak üzere ''Çocuk Hakları Alt Komisyonu'' kurulmuştur.

4.2. ÇOCUK İHMALİ

4.2.1. Tanım

Çocuğa karşı kötü muamele (ÇKKM) farklı coğrafyalar ve kültürler arasında değişebilmekle birlikte kapsamları birbirine benzerlik göstermektedir. Ortak alt başlıkları cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmaldir (24, 25).

Çocuk ihmali, ÇKKM kapsamında fiziksel veya cinsel istismara göre daha sık görülen formdur. İhmalin çocukların sağlığı ve gelişimine olan negatif etkisi en az diğer kötü muameleler kadar yüksektir ancak diğer tiplere göre hem akademik alanda hem de toplumsal olarak daha az önemsenmektedir (26).

İhmal; sonucunda çocuğa zarar veren veya çocuğun sağlığını ve esenliğini tehlikeye sokan, çocuğun sağlık, gelişim veya güvenlik gibi temel ihtiyaçlarının karşılanamaması durumudur. İhmali gerçekleştiren çocuğun ebeveyni veya bakım veren kişi/kişilerdir. İhmale ilişkin birçok alan bulunmakla birlikte beslenme, giyim, sağlık bakımı, güvenlik, gözetim ve eğitim gibi ana başlıklar sıralanabilir (27).

Fakirlik ve kültürel farklılıkların olması ihmal tanımlamasını zorlaştırmaktadır. Yoksulluk nedeniyle ihtiyaçların karşılanamaması durumu çocuğu gözetim veya güvenlikten yoksun bırakılması ile gerçekleşen ihmalden ayrılmalıdır (24).

İhmalin açıklanması zor bir kavram olması nedeniyle tanım olarak istismar ile çok karışabilmekte ve birbiri yerine kullanılabilmektedir. Aralarındaki en önemli ve kritik fark ihmalin yapılmayan-karşılanmayan gereksinimler sonucu gerçekleşmesi yani pasif durumları kapsaması iken, istismarın aktif bir eylem sonucu gerçekleşmesidir. Örneğin yaşanılan ortamda yeterli güvenlik önlemi alınmaması nedeniyle düşme sonrası çocukta kafa içi kanama olması ihmal sonucu yaralanma iken, çocuğun itilmesi veya dövülmesi sonrası gelişen kafa içi kanama istismar sonucu yaralanmadır (27, 28).

4.2.2. Çocuk İhmalinin Tipleri

Araştırmacılar, hem birbirinden farklı durumların hepsinin ‘’ihmal’’ olarak genellemek uygun olmayacağı için hem de ihmalin çocukların gelişimi üzerindeki sonuçlarını anlayabilmek için, ihmali detaylandırma ihtiyacı duymuştur (29). Örneğin, bir annenin çocuğuna bakım sağlayabilmek için çalışırken çocuğunu evde yalnız bırakması da başka bir annenin ise çocuğunu hijyen koşullarının sağlanmadığı bir ev ortamında büyütüp, yeterli beslenmeyi sağlayamaması da tanım olarak ihmaldir ancak bu iki durumun birbirinden çok farklı olduğu ve gelecekte çocuk için farklı sonuçlara neden olacağı açıktır. Bu durumun önüne geçebilmek için konuyla ilgili uzmanlar farklı önerilerde bulunmuştur. Dubowitz, Pitt ve Black fiziksel, psikolojik ve çevresel ihmal olmak üzere 3 geniş alt tipe ayırmayı (30), Kaufman Kantor ve arkadaşları duygusal, bilişsel, gözetimsel ve fiziksel olmak üzere 4’e ayırmayı (31), Erickson ve Egeland ise fiziksel, duygusal, medikal, psikolojik ve eğitim ihmali olarak 5’e ayırmayı önermiştir (32). Bütün önerilerin benzerliklerine rağmen henüz herkesçe kabul edilmiş bir sınıflandırma bulunmamaktadır (29).

Türkiye Milli Pediatri Derneği ihmali fiziksel ihmal, eğitim ihmali, duygusal ihmal ve tıbbi ihmal olmak üzere 4 başlıkta incelemektedir.

4.2.2.1 Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal en sık karşılaşılan ihmal tiplerindendir. Bu ihmal tipi farklı kaynaklarda gözetim ihmali olarak da adlandırılabilmektedir.

Çocuğun yeterli ve yaşına göre uygun beslenmesinin sağlanmaması, ev kazalarına yol açacak tehlikelerden korunma önlemlerinin alınmaması, mevsim koşullarına uygun giydirilmemesi, temizliğine dikkat edilmemesi bu ihmal başlığında yer almaktadır. Fiziksel ihmalin kısa dönemi ve uzun dönemi kapsayan, ölüme kadar gidebilen sonuçları olmaktadır. Soğuk hava koşullarında yeterli giyim sağlanmayan çocuklarda akciğer enfeksiyonu, hijyen koşulları sağlanmayanlarda ise ağır cilt enfeksiyonları, gastroenteritler görülebilmektedir. Evde zehirli maddelerin (deterjan, çamaşır suyu, böcek ilaçları vb.) veya ilaçların çocukların ulaşamayacağı şekilde saklanmaması zehirlenmelere, prizlerin kapatılmaması, çocuğun uyuduğu alanda korunak olmaması, çocuğun tek başına evde bırakılması gibi durumlar ise yaralanmalara yol açabilmektedir. Uzun dönemde ise büyüme-gelişme geriliği ve davranış bozukluklarıyla karşılaşılabilmektedir (27, 28, 33). 2013'te North Carolina'da 161 erkek çocuk suçlu (ortalama yaş:16,53) ile yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde fiziksel ihmale maruz kalmanın suç oranıyla direk bağlantısı olduğu gösterilmiştir (34).

4.2.2.2 Duygusal İhmal

Çocuğun bakımından sorumlu kişinin çocuğun yaşına göre ihtiyacı olan duygusal ve manevi desteği karşılayamaması durumudur. Sevgi gösterilmeyen, önemsendiği farkettirilmeyen, duygusal gereksinimleri karşılanmayan ve gerekli rehberliğe ulaşamayan çocukların bu başlık altında yer almaktadır. Duygusal olarak ihmal edilen çocuklarda uzun dönemde bilişsel gelişim gecikmesi, kişilik bozukluğu, suça yönelim, kendine zarar verme düşünceleri, özgüven eksikliği görülebilmektedir. Duygusal olarak ihmal edilen çocuklarda fiziksel ihmal ve duygusal istismar birlikteliği sık görülmektedir (27, 28, 34). 2017'de 335 kız öğrenciyi kapsayan Onat ve Ark. 'nın yaptığı çalışmada fiziksel ve duygusal ihmale uğrayan çocuklarda benlik saygılarının anlamlı ölçüde düşük olduğu gösterilmiştir (35).

4.2.2.3 Tıbbi İhmal

Bakım veren kişinin fiziksel sağlık sorunlarını, psikolojik durum bozukluğunu veya hastalığa ait belirgin bulguları tanıyamaması, akut hastalık durumunda tıbbi yardıma başvurmaması, sağlıkçının verdiği önerilere uymaması veya hastaneye başvurunun gecikmesi tıbbi ihmal kapsamında değerlendirilir. Kronik hastalığı olan bir çocuğun kontrollere getirilmemesi, ilaçlarının verilmemesi veya yanlış dozda vermesi de bu başlık altındadır. Aynı zamanda bazı ülkelerde kültürel veya dini inançlardan dolayı tedavi edilebilir bir hastalık varlığında tedavinin reddedilmesi veya önlenebilir hastalıklara karşı üretilmiş aşıların yaptırılmaması durumu da tıbbi ihmale girmektedir (36-41).

Çocuğun ağız sağlığı ve hijyenine dikkat edilmemesinin de tıbbi ihmal kapsamına girdiği unutulmamalıdır.

4.2.2.4 Eğitim İhmali

Eğitim ihmali çocuğun gelişim evresine göre farklı şekillerde görülebilmektedir. Süt çocuklarında ve okul öncesi dönemde, ailenin veya bakım verenlerin çocuğun alfabe, sayı, cisim, hayvan ve renkler gibi kavramları öğrenmeleri için gerekli uyaranları sağlamamaları olarak tanımlanabilmektedir. Okul çocukluğu ve ergenlik döneminde ise, ailenin veya bakımdan sorumlu kişilerin çocuğun geçerli bir sebebi olmaksızın (hastalık vb.) okula devamını sağlamamaları, ödevini ve projelerini yapıp yapmadıklarını takip etmemeleri, okulla iletişim kurarak çocuğun okul yaşantısını izlememeleri, akademik başarı için çocuğu desteklememeleri, özellikler ergenlerde görülen tekrarlayan okuldan kaçma eylemini dikkate almamaları veya çocuğun okulu bırakmasını desteklemeleri eğitim ihmali kapsamına girmektedir (27, 34, 42). 2010'da Mennen ve Ark.'nın kötü muamele gördüğü resmi kurumlarca kanıtlanmış 303 çocuk ile yaptığı çalışmada, eğitim ihmali ile fiziksel istismar ve bakım veren kişiye ait problemlerin (madde kullanımı, depresyon..) birlikteliğine sık rastlandığı gösterilmiştir (29).

4.2.3 Risk Faktörleri

Çocuk ihmaline ait risk faktörlerini ve etkilerini bilmek, ihmal riskini belirleyerek yüksek riskli çocukların ve ailelerinin uygun bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmeyi, aynı zamanda çocuk ihmalinin tekrarını önlemek için de çok önemlidir. Literatürde çocuk ihmali için çeşitli risk faktörleri incelenmiş olsa da çalışmalarda farklı gruplar, yöntemler ve çalışma tasarımları kullanılmıştır. Bu durum, kesin risk faktörlerini belirleme ve bu risk faktörlerinin etkisini değerlendirme olasılığını sınırlamaktadır (26).

Çocukları çocuk ihmalinden korumak, riski belirleyip koruma altına almak ve tekrarını engellemek için literatürde geniş kapsamlı çalışmalar mevcuttur. İhmalden korumada asıl önemli adım, kolay ulaşılabilir veya saptanabilir olan risk faktörlerini belirlemektir.

Çocuk ihmalini değerlendirmek ve açıklamak için çeşitli modeller oluşturulmuştur. Belsky'nin (1980) modelinde risk faktörleri 4 farklı seviyede değerlendirilmektedir. Bu seviyeler;

1. Ebeveynin negatif aile ortamında yetiştirilmesi nedeniyle bunu kendi ebeveynliğine yansıtması

2. Çocuk ve ailenin karakteristik özellikleri,
3. Yaşam şartlarının durumu ve
4. Toplumun çocuk ve çocuk ihmaline karşı olan tutumudur.

Bu modelde çocuğa karşı kötü muamelenin, koruyucu etkenler ve risk faktörlerinin arasındaki dengesizlikten kaynaklandığı savunulmaktadır (43).

İkinci bir model, çocuk- bakım veren- çevre arasındaki karşılıklı etkileşimlerin merkezi bir rol oynadığı Cicchetti ve Rizley'in (1981) modelidir. Bu model, yalnızca varlığı zaman içinde değişebilen risk faktörlerinin önemini değil, aynı zamanda çocuk ihmali riskini azaltabilecek koruyucu faktörlerin önemini de vurgulamaktadır (44).

Üçüncü bir model ise, çocuklara kötü muamelenin, ebeveynin uyumsuz davranış biçimiyle birlikte tırmanan bir süreç olduğunu belirten Wolfe' un (1991) modelidir. Bu model, yetersiz ebeveynlik davranışının çocuk ihmali için en önemli risk faktörü olduğunu ima etmektedir (45).

Açıklanan teorik modellerin her biri, tek bir faktörün varlığından ziyade birden fazla koruyucu ve risk faktörünün birikiminin ve bunlar arasındaki etkileşimin çocuk ihmali olasılığını artırdığını veya azalttığını varsaymaktadır. Bu nedenle, farklı risk faktörlerini ve aralarındaki etkileşimi anlamak, sadece çocuk ihmalinin etiyolojisini aydınlatmak için değil, önlemeyi sağlamak için de çok önemlidir (46).

Tüm modellerde ortak olarak ihmal, bir dizi kişisel, ailevi ve çevresel faktörden kaynaklanmaktadır. Doğası gereği, özellikle daha savunmasız olmaları ve gelişimsel ihtiyaçlarının kapsamı nedeniyle küçük çocukları daha çok etkilemektedir (47).

Çocuğa ait risk faktörleri; düşük doğum ağırlığı, engelli-sürekli bakıma ihtiyacı olması, üvey çocuk olması, kronik hastalık, hiperaktivite bozukluğu, doğumsal anomalisi varlığı gibi durumlardır (25, 48, 49).

Aile veya bakım veren kişi/kişilere ait risk faktörleri; fakirlik, sosyal izolasyona maruz kalınması, küçük yaşta ebeveyn olma, depresyon, madde bağımlılığı, kendisinin kötü muameleye maruz kalmış olması, aile içi şiddet veya geçimsizlik, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, kalabalık ailede yaşama, ebeveynlik becerisine sahip olunmaması ve üvey anne/baba varlığıdır (25, 26, 47-51).

Çevresel risk faktörleri; çocuğu koruyacak ve savunmasını yapacak kurumların yetersizliğini ve duyarsızlığını, işsizlik oranlarının yüksekliğini, barınma ve bakım olanaklarındaki yetersizliğini, koruyucu yasaların eksikliği, toplumsal eşitsizliğini ve kültürel farklılıkları içermektedir (25, 26, 47).

NIS-4 (National Incidence Study-4)'e göre çocuk ihmalinde cinsiyetler arasında anlamlı farklılık görülmemektedir (52).

Stith ve Ark'nın 2009'da yaptığı 155 çalışmayı ve ÇKKM'ye yönelik 39 risk faktörünün dahil edildiği meta analizde çocuk ihmali ile ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveynin çocuğu sorun olarak algılaması, ebeveynin stres düzeyi, ebeveyn öfkesi/aşırı tepkiselliği ve ebeveyn benlik saygısı arasında yüksek derecede anlamlılık olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda bu meta analiz çocuk ihmaliyle çocuğun cinsiyeti/çocuk yaşı arasında anlamlı farklılık olmadığını da göstermektedir (53, 54).

2004'te Wu ve Ark.'nın bebeklere karşı kötü muamelenin perinatal ve sosyodemografik risk faktörlerini araştırmak amacıyla Florida'da yaptığı 1602 çocuğu içeren çalışmada, ÇKKM için rölatif riski yüksek olan maternal sigara kullanımı, 2'den fazla kardeşin olması, fakirlik (yardım kuruluşu aracılığı ile medikal hizmet alma), annenin bekar olması ve düşük doğum ağırlığını baz alarak 4 risk grubu oluşturulmuştur. Çalışmanın sonucunda iki yüksek risk grubu birleştirildiğinde, bebeğe karşı kötü muamele vakalarının %50,3'ünün risk faktörlerinden hareketle tanınabileceği gösterilmiştir (48).

2017'de Klevens ve Ark'nın 42 ülkenin verilerini içeren fiziksel istismar ve çocuk ihmalini araştırmak için yaptığı çalışmada, özellikle evdeki çocuk sayısının artması, çocuk işçiliği ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ihmal ile doğru ilişkili, kadın okuryazarlığı ve ülkenin gelişim düzeyiyle anlamlı ters ilişkisi olduğu gösterilmiştir (55).

Çin'in taşrasında bulunan 21 okulda 2012-2013 yılları arasında yapılan, 6-17 yaş arasındaki 4131 okul çocuğunu içeren çalışmada, çocukların %55,5'unun ihmale uğradığı görülmüştür. İhmal riski açısından cinsiyetler arasında fark olmadığı gösterilmekle birlikte 1'den fazla çocuklu ailede olmak, babanın eğitim düzeyinin düşük olması, annenin evde geçirdiği vaktin azlığı, bakım veren kişilerin ebeveynleri değil de diğer akrabalardan olması ihmal için anlamlı risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir (56).

2020'de Baldwin ve Ark.'nın ÇKKM'nin antenatal dönemdeki risk faktörlerini araştırmak için İngiltere'de yaptığı çalışmada; annenin yaşının küçük olması, düşük eğitim düzeyi, gebelikte sigara içmesi, bekar olması, ebeveynlerde psikiyatrik rahatsızlığın olması, babanın işsiz olması, kalabalık ailede bulunmak ve fakirliğin ÇKKM riskini arttırdığı gösterilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada

ihmalin çok faktörlü doğası nedeniyle tek hedefli müdahalelerin, ÇKKM'yi önlemede veya azaltmada başarılı olma ihtimalinin düşük olduğu ve çok boyutlu müdahalelerin gerekli olduğunu vurgulanmaktadır (49).

4.2.4 İhmalin Sonuçları

İhmal, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerinde önemli ve uzun vadeli etkilere neden olabilmektedir.

Yetersiz beslenmiş olan çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği; tıbbi ihmale maruz kalan çocuklarda, tedavi edilmemiş yaralanmalar, hastalıklar ve diş hastalıkları ile ölüme kadar gidebilen sonuçlar görülebilmektedir.

2006 yılında yapılan bir çalışmaya göre, çocuklara kötü muameleden kaynaklanan ölümlerin %74' ünün ihmali içerdiği, ihmal vakalarının %1.9' unda tıbbi ihmal olduğu görülmüştür (57). Bu ölümlerin çoğu gözetim yetersizliğinden kaynaklanarak, boğulma veya yangın gibi nedenler sonucu ölümlere neden olmuştur.

İhmalin nörolojik gelişime olan etkisini göstermek için yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında, farklı kötü muamele biçimlerini içeren kontrollerle karşılaştırıldığında, ihmale uğrayan çocuklarda korpus kallozumun daha küçük boyutlarda olduğu gösterilmiştir (58).

İhmal edilen çocuklar, özellikle diğer kötü muamele biçimleriyle birliktelik durumunda ihmal edilmeyen çocuklara göre akademik olarak daha kötü performans göstermekte, daha fazla okula devamsızlık yapmaktadırlar (59, 60).

İhmal edilen çocukların gelişimsel, duygusal ve davranışsal sorunlar sergileme olasılığı daha yüksektir (61). Bu çocuklar pasif ve içine kapanık veya saldırgan olabilmekte; ihmal edilmeyen akranlarına göre sosyal etkileşimleri daha olumsuz olmakta ve genellikle daha az özgüven/benlik saygısı göstermektedirler (61-63).

Özellikle duygusal ihmale maruz kalan çocuklarda ergenlik döneminde intihar girişim riskinde artış olmaktadır (63, 64).

İngiltere Ulusal İstatistik Ofisi'nin (ONS) verilerine göre, daha yoksul ailelerden gelen 1 yaşın altındaki çocukların, kasıtsız bir yaralanmadan ölme olasılığı, ebeveynlerinden birinin profesyonel işi olan çocuklara göre 17 kat daha fazladır (65).

2020'de Strathearn ve Ark'nın Avustralya'da 7214 çocuğun 21 yıllık takibi ile yapmış oldukları çalışmada, çocukların %3,7'sinin (n:269) ihmale maruz kaldığı görülmüştür. 14 ve 21 yaşındaki takiplerine göre ise bu çocukların bilişsel fonksiyonlarında anlamlı gerilik olduğu, akademik başarılarının düşük, işsizlik oranlarının yüksek, algı ve IQ seviyelerinin düşük, davranış problemlerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Duygusal ihmale maruz kalan çocuklarda depresyon, psikoz, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğunun sık görüldüğü, bu çocukların alkol, sigara ve madde kullanımında yüksek risk grubunda yer aldığı görülmüştür. Ayrıca tüm ÇKKM tipleri arasında multiple cinsel partner varlığı ve erken yaşta gebelik riski ile ilişkilendirilen tek kötü muamele tipinin ihmal olduğu saptanmıştır (66).

İhmale maruz kalan çocuklarda yetişkin dönemde karaciğer hastalığı, iskemik kalp hastalığı, astım ve akciğer kanseri riskinde artış görülebilmekte olduğu gösterilmiştir (67-69).

4.2.5 Epidemiyoloji

İhmal ÇKKM' nin en sık karşılaşılan tipidir. Pasif bir eylem olması ve tanınmasının dikkatli bir değerlendirme gerektirmesi nedeniyle bildirilen sayıdan çok daha fazla ihmal olgusu olduğu düşünülmektedir.

Amerika'da 1979'da ilki yayınlanmış olan National Incidence Report (ulusal insidans çalışması), Amerika genelindeki çocuk istismar ve ihmal vakalarını araştıran bir raporlama sistemidir. Devlet tarafından zorunlu kılınan, periyodik olarak tekrarlanan bir çalışmadır. En son çalışma olan NIS-4 2010'da yayınlanmıştır. NIS-4'e göre yılda 1,25 milyon çocuk ÇKKM'ye maruz kalmakta, bu çocukların %44'ü istismara, %61'i ise ihmale uğramaktadır. İhmal edilen çocukların yaklaşık yarısının eğitim ihmaline (%47'si, tahminen 360.500 çocuk), üçte birinden fazlası fiziksel ihmale (%38, tahmini 295.300 çocuk) ve dörtte birinin duygusal ihmale (%25, tahmini 193.400 çocuk) uğradığı görülmüştür. Tüm bu verilerle birlikte 1993'te yayınlanan NIS-3'e göre çocuk istismarı sıklığında %19'luk gerileme olduğu görülmüş ancak çocuk ihmali sıklığında herhangi bir değişiklik saptanmamıştır (65).

Amerika'da 2020 yılında toplanan verilerinde, 3,9 milyon çocuğun kötü muameleye maruz kaldığı, bu çocukların %74,9'unun ihmal edildiği, 1750 çocuğun ihmal/istismar nedeniyle hayatını kaybettiği ve ölenlerin %73,7'sinin ihmale uğradığı bildirilmiştir (70).

2017'de yayınlanan Klevens ve ark'nın yaptığı 42 ülkeye ait (Afrika, Asya, Güney Amerika) ÇKKM verilerinin derlendiği çalışmada, son bir hafta içinde ihmale uğrama oranlarının %1 ila %59

arasında değiştiği görülmüştür. Aynı zamanda cinsiyet eşitsizliğinin veya okuryazarlık oranlarının fazla olduğu ülkelerde ihmal/istismar oranlarının daha yüksek olduğu da belirtilmiştir (55).

2012 yılında Ankara'da Dr. Gülay Kuş 'un yaptığı Türkiye'de çocuk ihmali sıklığını ve hekimlerin ihmale dair farkındalık durumlarını araştırdığı tez çalışmasında ebeveynler için hazırlanmış olan anketlerin yanıtlarına göre sağlık ihmali sıklığının %78,5, güvenlik ihmali sıklığının %8,5, beslenme ihmali sıklığının %27,6, hijyen ihmali sıklığının %2,1, gelişimin desteklenmesi ihmali sıklığının %24,1, eğitim ihmali sıklığının %76,5 ve sosyal destek ihmali sıklığının %55,5 olduğu saptanmıştır (71).

4.2.6. Hekimin Rolü

İstismarla ilgili detaylı çalışmalar yapılmış olmasına karşın, ihmali tek başına araştıran çalışmalar az sayıdadır. Oysaki ÇKKM'lerden en sık karşılaşılanı %74'lük bir oranla ihmaldir ve istismar vakalarının neredeyse hepsinde ihmal birlikteliği mevcuttur (72). İhmalin uzun dönem sonuçlarında psikososyal, davranışsal ve bilişsel bozukluğu olduğu bilinmekteyken geleceğimizin yapıtaşları olan çocukların hem duygusal hem tıbbi iyilik hallerini sağlamanın öncelik olması gerekmektedir (61, 62, 66).

Çocuklarla profesyonel olarak etkileşime giren sağlık profesyonelleri için, çocuk ihmalinin klinik göstergeleri, müdahale prosedürleri ve önleme hakkında yeterli farkındalık ve eğitimin sağlanması çok önemlidir. Doktorlar ve özellikle çocuk doktorları, genellikle çocuk ihmali vakalarıyla karşılaşan ilk profesyonellerdir (73).

İhmal/istismar vakalarını tararken, teşhis ederken ve bildirirken, hekimler bu profesyonel sürece dahil olan çok sayıda tıbbi, sosyal ve duygusal faktör nedeniyle karmaşık bir görevle karşı karşıya kalabilmektedirler (74).

Türkiye'de ÇKKM'nin hekimler tarafından tanınması ve yönetimine ilişkin çoklu çalışma mevcuttur. Bu çalışmaların ortak noktası hekimlerin çoğunun konuyla ilgili eğitiminin yetersiz olduğunu düşünmesi, oldu yönetimi ve bildirimi (raporlama) için hangi yolları izlemesi gerektiğini bilmemeleri ve duygusal sorumluluğun altına girmek istememeleridir (73-77).

Sağlıkçıların eylemlerinin ve tepkisizliklerinin de ihmale katkıda bulunabileceği unutulmamalıdır. Hekimin aile ile iletişiminde sorun olması ebeveynlerin çocuklarının durumunu

veya tedavi planını anlamamasına neden olabilmektedir. Çocuk doktorları çocukların tıbbi veya psikososyal ihtiyaçlarını belirleyemediğinde ve bu durum da dolaylı olarak ihmale neden olabilir veya var olan ihmali şiddetlendirebilir.

Çocuk ihmaliyle yakından ilgilenen ve konuyla ilgili birçok araştırmaya katılmış/yürütmüş olan Dr. Howard Dubowitz'in hekimlerin çocuk ihmalini tanımadaki kritik rolünü vurguladığı makalesinde, hekimlere ihmali değerlendirebilmek için önerdiği sorgulama yöntemleri Tablo 4.2'de gösterilmektedir (78).

Tablo 4.2. Olası İhmali Değerlendirme İçin Genel İlkeler (78)

Çocuğun ihmalini belirlemenin karmaşıklığı ve olası sonuçları göz önüne alındığında, aile dinamiğini gözlemleyen diğer profesyonellerin fikirlerini içeren disiplinler arası bir değerlendirme yapılması idealdir
Konuşabilen çocuklar ile gelişim düzeyine uygun bir şekilde görüşülmelidir. Muhtemel sorular arasında "Üzgün hissettiğinde kime gidersin?", "Bir sorun olduğunda sana kim yardım eder?" ve "Kendini hasta hissettiğinde ne olur?" sayılabilir
Yaşam koşulları çocuğun ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığını gösteriyor mu? Gerçekleşmiş zararın kanıtı var mı? Potansiyel zararın kanıtı var mı?
İhmalin tipi nedir?
İhmalin diğer tiplerine veya istismara ilişkin belirtiler var mı? Daha önce çocuk koruma birimine yönlendirilme öyküsü mevcut mu?
Çocuğun güvenliği her şeyden önemlidir. Akut zarar görme riski nedir ve şiddeti nedir?
Hangi faktörler ihmale katkıda bulunmaktadır?
Hangi müdahaleler denendi, hangi sonuçlar alındı? Müdahalelerin doğasını bilmek, ebeveynin bakış açısı da dahil olmak üzere faydalı olabilir. Çocuk doktoru sorunu çözmek için ne yaptı?
Evdeki diğer çocukların da ihmal edilme olasılığını değerlendirin, bu sık görülen bir durumdur
Prognoz nedir? Aile, koşulları iyileştirmek ve yardımı kabul etmek için motive mi, yoksa dirençli mi? Resmi ve gayri resmi uygun kaynaklar mevcut mu?

4.2.7 İhmalin Önlenmesi

Çocuk istismarı ve ihmali, bir dizi bireysel, aile çevresine ve yaşanan çevreye ilişkin faktörün etkileşiminin bir sonucudur. ÇKKM'nin önlenmesi için toplumun bu konuda kilit öneme sahip sektörlerinin eş zamanlı ve eş güdümlü çalışmaları gerekir (örn, halk sağlığı, hükümet, eğitim, sosyal hizmetler ve adalet). Çocuk istismarı ve ihmalini azaltabilecek etkin müdahaleleri uygulamak ve yaygınlaştırmak için oluşturulmuş sosyal birimlere, yönetim merciileri tarafından gerekli desteğin verilmesi gereklidir. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) 2016'da ÇKKM'den koruma için politika, norm ve faaliyetleri içeren stratejilerini yayınlamıştır (79). Önerilerin özet hali Tablo 4.3'de gösterilmektedir.

Tablo 4.3. ÇKKM'yi Önleme (CDC) (79)

STRATEJI	**YAKLAŞIM**
Ailelere ekonomik desteğin güçlendirilmesi	Hanenin mali güvenliğinin güçlendirilmesi Aile dostu çalışma politikaları oluşturulması
Ebeveynleri desteklemek ve olumlu ebeveynliği pekiştirmek için sosyal standartların değiştirilmesi	Halkın katıldığı eğitim kampanyaları yapılması Fiziksel cezalandırmayı azaltmak için yasal değişimler
Yaşamın erken döneminde kaliteli bakım ve eğitim sağlanması	Aile katılımı ile okul öncesi eğitimin desteklenmesi Çocuk bakımı kalitesinin iyileştirilmesi için akreditasyon ve lisans verilmesi
Sağlıklı çocuk gelişimini desteklemek için ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi	Sosyal hizmetlerce erken çocukluk döneminde ev ziyaretleri yapılması ile ebeveynlik becerisi ve aile ilişkilerinin değerlendirilmesi
Zararları azaltmak ve gelecekteki riskleri önlemek için erken müdahale edilmesi	Gelişmiş birincil bakım Davranışsal ebeveyn eğitim programları İstismar veya ihmale maruz kalan çocukların olası zararlarını azaltmak için tedavi programları Davranış bozuklukları ve ileri yaşamda şiddete karışmayı önlemek için tedavi programları

Kronik ihmale karşı çocukları korumak, özellikle fiziksel istismar olmak üzere tüm istismar tiplerinden korumaktan çok daha zordur. Üstelik ihmal vakaları istismar vakalarından daha karmaşık ve genellikle daha ölümcüldür (80). Uzun dönem kötü sonuçları ve tanı konulmasının zorluğu göz önüne alındığında, önleme çocuk ihmale yaklaşımda en kritik basamaktır.

Çocuklara yönelik kötü muamele ile ilişkili risk faktörlerinin bilinmesi, gelecekte çocuklara yönelik kötü muameleye ilişkin risk düzeyinin değerlendirilmesinde ve çocuklara kötü muamelenin önlenmesi ve tedavi edilmesinde çok önemlidir (53, 81).

Genellikle ihmal ortaya çıktığında çocuğun uzun dönem müdahale gerektiren akut ve kronik problemleri oluşmuş olacağından, ailenin bilinçlendirilmesi, güvenli çevre oluşturulması ve taramayı içeren birincil koruma müdahaleleri önemsenmelidir. En uygun yaklaşım çocukları henüz küçükken sağlık veya davranış problemleri geliştirmemişken aile-çocuk ilişkisini iyileştirmektir. (82).

Ailelere verilen ebeveynlik eğitimlerinin ebeveyn stresini ve ÇKKM potansiyelini azaltan etkili bir müdahale stratejisi olduğu gösterilmiştir, ancak bu yaklaşımla ilgili araştırmalar sınırlıdır (81).

Çocuk ihmalini açıklamaya çalışan bilimsel teorilerdeki ekolojik modelleri oluşturan koruyucu faktörler ve risk faktörleri göz önüne alındığında, birincil korumada hedeflenen de bu faktörler olmalıdır. Müdahaleler sosyal yardımlara erişimi kolaylaştırmayı içermeli, resmi ve gayri resmi yardım kaynaklarını harekete geçirecek şekilde tasarlanmalıdır. Aynı zamanda müdahaleler kapsamlı bir aile değerlendirmesini, aile ile destek birlikteliği (işbirliği) oluşturmayı, ailenin güçlü yönlerini vurgulamayı, kültürel farkındalık oluşturmayı ve çocuğun gelişimsel uyumunu sağlamayı içermelidir (82).

2009'da Dubowitz ve Ark'ları çocuk ihmalinden birincil koruma için hekimlere yönelik bir eğitim modeli oluşturarak, izlemde bu eğitimin verilmiş olduğu hekimlerin değerlendirdikleri 0-5 yaş arası çocukların, model eğitimi almamış hekimlerin değerlendirdikleri çocuklara göre Çocuk Koruma Servisine başvuru oranları araştırılmıştır. Çalışma kapsamında çocuğunu muayeneye getirmiş olan ebeveyne ebeveynliğin zorlukları, çocuklarının sağlığı ve güvenliğine olan ilgileri ve yardım etme çabaları ile ilgili soruları içeren 20 soruluk bir anket uygulanmış, yanıtları model eğitimi almış hekimler değerlendirmiş ve sosyal hizmetler görevlisiyle birlikte ÇKKM riski içerdiğini düşündüğü konularda aileye destek sağlamıştır. Çalışmanın sonucunda model ile müdahale edilmiş ailelerde kontrol grubuna göre

CPS başvurusunda azalma olduğu, çocukların tıbbi verilerine bakıldığında olası ihmale ilişkin daha az problemler olduğu ve disiplin ölçeği skorunun daha düşük olduğu görülmüştür (73).

Çalışmamız Türkiye'de son 10 yılda hekimlerin çocuk ihmaline ilişkin farkındalığındaki değişiklikliği değerlendirmeyi ve çocuk ihmali tiplerini düşündürecek belirtilerin sıklığını araştırmayı amaçlamaktadır.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, çocuk ihmaline ilişkin risk faktörleri ve hekimlerin çocuk ihmali farkındalıklarındaki 10 yıllık değişimi araştırmak amacıyla yapılan kesitsel, tanımlayıcı bir anket çalışmasıdır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 1 Temmuz 2022 – 28 Ekim 2022 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Özel Lokman Hekim Akay Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılmıştır.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ankara'da bir üniversite hastanesinde, bir devlet hastanesinde ve bir özel hastanede çocuk hastalıkları polikliniğinde görev yapmakta olan hekimler ve bu hekimlerin polikliniklerinde değerlendirdikleri 12 yaş ve altındaki hastaların ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem sayıları belirlenirken bu üç hastanede 1 haftalık sürede hizmet sunan hekim sayıları ve çocukları için hizmet alan ebeveynlerin sayıları kullanılmıştır.

Ön araştırma sürecinde araştırmanın yapılacağı hastanelerde 1 hafta süresince genel poliklinik hizmeti vermek üzere;

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 10 hekimin
- Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde 6 hekimin
- Özel Lokman Hekim Akay Hastanesinde 3 hekimin hizmet verdiği belirlenmiştir.

Böylece araştırmaya toplam 19 hekimin katılması planlanmıştır.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1) AÜTF Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde ve Özel Akay Hastanesi'nde genel çocuk polikliniğinde görev yapmakta olan pediatri asistanı veya çocuk sağlığı ve hastalıkları Uzmanı olmak.

2) Anket yapılan hekimlerin çalıştığı polikliniğe 1 hafta içerisinde herhangi bir nedenle başvuran 0-12 yaş arası çocukların ebeveyni olmak.

Ön araştırma sürecinde her üç hastanede de bir hekimin poliklinikte hizmet verdiği hasta sayısının günlük 20 hasta olduğu görülmüştür. Bu bilgi temelinde 18 hekimin 1 haftada baktığı 1800 hastanın ebeveyni evreni oluşturmaktadır. Türkiye'de İhmal görülme sıklığını gösteren temsil düzeyi yüksek bir çalışma bulunmaması nedeniyle örneklem sayısının belirlenmesinde ihmal prevelansı %50 olarak kabul edilmiştir. Bu durumda tip 1 hata 0,05 ve testin gücü %95 olduğunda örneklemde olması gereken ebeveyn sayısı 492 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya alınacak ebeveyn sayıları her üç hastanedeki hekim sayılarına ağırlandırılarak belirlenmiş ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden hizmet alan 260 ebeveyn; Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinden hizmet alan 155 ebeveyn ve Özel Lokman Hekim Akay Hastanesinden hizmet alan 80 ebeveyn çalışmaya katılmıştır.

5.4. VERİ TOPLAMA VE DEĞERLENDİRME

Çalışmanın birincil amacı olan çocuk ihmaline dair risk faktörlerini ve hekimlerin çocuk ihmali farkındalıklarını değerlendirebilmek için 2012 yılında Prof. Dr. Betül Ulukol'un danışmanlığında Dr. Gülay Kuş tarafından yapılan tez çalışmasında kullanılan soru formu revize edilmiş, soruların doğası ve sorgusu değiştirilmeden 89 soruluk aile anketi ve 14 soruluk hekim anketi oluşturulmuştur. Hekimler için hazırlanan anketin ilk bölümünde hekimin yaşı, kaç yıllık çocuk hekimi olduğu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu ve varsa çocuklarının yaş ve sayıları, mezun oldukları tıp fakültesi sorgulanmıştır. İkinci bölümünde ise mezun oldukları fakültede çocuk ihmalinde dair eğitim alıp almadıkları, mezun oldukları fakültede ve çalıştıkları birimde çocuk ihmaline özel ekip olup olmadığı, 1 haftada görev yaptıkları poliklinikte kaç hasta gördükleri ve bu hastalarda ihmal düşünüp düşünmedikleri, düşündüler ise bu durumu yönetmek için hangi yola başvurdukları sorgulanmıştır.

Aileler için hazırlanan anketin ilk kısmında anketi dolduran ebeveynin cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, mesleği, gelir durumu, çocuk sayısı, ebeveyn olma yaşı, oturdukları evin özellikleri,

gıda-eğitim-sosyal etkinlik-kira-giyime ayırdıkları miktar, evde kaç kişi ve kimlerle yaşadıkları sorgulanmıştır. Anketin ilerleyen soruları çocuk ihmalinin alt tiplerine ait risk faktörlerini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Bu sorularda sağlık ihmali, beslenme ihmali, güvenlik ihmali, hijyen ihmali, eğitim ihmali, duygusal ihmal, sosyal destek ihmali ve gelişimin desteklenmesi ihmali için risk olabilecek özellikler yer almaktadır.

5.4.1. Sağlık İhmali Riskinin Değerlendirilmesi

1- Çocuğunuzu sağlık takibini yaptırmak amacıyla doktora götürür müsünüz? (Soru 39)

   Yanıtlar arasında 'evet' yanıtının sağlık ihmali göstergesi olmadığı, 'hayır ve düzensiz götürürüm' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

2- Çocuğunuzu sağlıklı olduğu dönemlerde gelişiminin değerlendirilmesi için doktora götürür müsünüz? (Soru 63)

   Yanıtlar arasında 'evet düzenli olarak' yanıtının sağlık ihmali göstergesi olmadığı, 'evet, düzensiz olarak veya hayır' yanıtlarının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

3- Çocuğunuzun hastalandığında bir sağlık kuruluşuna ne zaman götürürsünüz? (Soru 35)

   Yanıtlar arasında 'hasta olduğunu fark eder etmez ve hastalandığı gün' yanıtlarının sağlık ihmali göstergesi olmadığı, 'Düzelebileceğini düşünüp birkaç gün beklerim ve her hastalandığında götürmem eğer ciddi ise götürürüm' yanıtlarının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

4- Çocuğunuzun ateşi kaç dereceye çıktığında doktora götürme ihtiyacı duyarsınız? (Soru 37)

   Yanıtlar arasında yalnızca 39 C ve üstü' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5- Evde ateş ölçmek için termometre var mı? (Soru 36)

   Yanıtlar arasında 'evet' yanıtının sağlık ihmali göstergesi olmadığı, 'hayır' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

6- Evde çocuğunuz için ateş düşürücü bulunuyor mu? (Soru 38)

Yanıtlar arasında ‘evet’ yanıtının sağlık ihmali göstergesi olmadığı, ‘hayır’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5.4.2. Beslenme İhmali Riskinin Değerlendirilmesi

1- Çocuğunuz anne sütü aldı mı? (Soru 45)

Yanıtlar arasında ‘evet’ yanıtının beslenme ihmali göstergesi olmadığı, ‘hayır’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

2- Çocuğunuza ne zaman ek gıda vermeye başladınız? (Soru 46)

Yanıtlar arasında ‘7. ay veya daha önce’ yanıtının beslenme ihmali göstergesi olmadığı, ‘7. ay üstü’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

3- Çocuğunuz sabah kahvaltı yapar mı? (Soru 49)

Yanıtlar arasında ‘evet’ yanıtının beslenme ihmali göstergesi olmadığı, ‘hayır’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir (Bu soru 6 ay ve üstü çocukları kapsamaktadır).

5.4.3. Güvenlik İhmali Riskinin Değerlendirilmesi

1- Evden herhangi bir iş için bir süreliğine ayrılmanız gerektiğinde çocuğunuza kim bakıyor? (Soru 43)

Yanıtlar arasında ‘akraba, tanıdık’ yanıtının güvenlik (kaza ve yaralanmalar) ihmali göstergesi olmadığı, ‘yalnız bırakırım’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

2- Çocuğunuz şimdiye kadar hiç hastaneye gelmeyi gerektirecek boyutta bir kaza ya da yaralanma geçirdi mi? (Soru 53)

Yanıtlar arasında ‘evet’ yanıtının güvenlik (kaza ve yaralanmalar) ihmali göstergesi olmadığı, ‘hayır’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

3- Çocuğunuz hiç evde bulunan bir ilacı yanlışlıkla içip zehirlendi mi? (Soru 55)

Yanıtlar arasında ‘hayır’ yanıtının güvenlik (zehirlenme) ihmali göstergesi olmadığı, ‘evet’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5.4.4. Hijyen İhmali Riskinin Değerlendirilmesi

1- Çocuğunuzu ne sıklıkta banyo yaptırırsınız? (Soru 50)

Yanıtlar arasında ‘ayda 4 ve üstü’ yanıtının bakım (hijyen) ihmali göstergesi olmadığı, ‘ayda 3 ve altı’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5.4.5. Gelişimin Desteklenmesi İhmali Riskinin Değerlendirilmesi

1- Çocuğunuza oyuncak alır mısınız? (Soru 62)

Yanıtlar arasında ‘evet’ yanıtının gelişimin desteklenmesi alanında ihmal göstergesi olmadığı, ‘hayır’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

2- Bu çocuğunuzla günlük baş başa ne kadar zaman geçirirsiniz? (Soru 72)

Yanıtlar arasında ‘1-3 saat arası’ ve ‘3 saatten fazla’ yanıtının duygusal ihmal göstergesi olmadığı, ‘1 saatten az’ ve ‘hiç boş vaktim yok’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5.4.6. Eğitim İhmali Riskinin Değerlendirilmesi

1- Çocuğunuz okula veya kreşe gidiyor mu? (Soru 64)

Yanıtlar arasında ‘evet’ yanıtının eğitimle ilişkili konularda ihmalin göstergesi olmadığı, ‘hayır’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir (5 yaşın üzerindeki çocuklar için değerlendirilmiştir).

2- Çocuğunuzun okulu evinize ne kadar uzaklıkta? (Soru 65)

Yanıtlar arasında ‘çok yakın’ ve ‘yakın’ yanıtının eğitimle ilişkili konularda ihmalin göstergesi olmadığı, ‘uzak’ ve ‘çok uzak’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

3- Çocuğunuz okula nasıl gelip gidiyor? (Soru 66)

Yanıtlar arasında, evleri okula uzak veya çok uzak olanların ‘araçla’ yanıtının eğitimle ilişkili konularda ihmalin göstergesi olmadığı, ‘yürüyerek’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir

4- Çocuğunuzu okula kim götürüyor? (Soru 67)

Yanıtlar arasında, 5-12 yaş grubunda olup evleri okula uzak veya çok uzak olanların arasında okula 'bir erişkin tarafından götürülüyor' yanıtının eğitimle ilişkili konularda ihmalin göstergesi olmadığı, 'kendi gidiyor' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5- Anne/baba olarak çocuğunuzun okuldaki durumu konusunda öğretmenleriyle belli aralıklarla görüşür müsünüz? (Soru 69)

Yanıtlar arasında 'evet, düzenli olarak' ve 'ara sıra giderim' yanıtının eğitimle ilişkili konularda ihmalin göstergesi olmadığı, 'sadece okuldan çağırıldığında' ve 'hayır' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5.4.7. Sosyal Desteğin İhmal Riskinin Değerlendirilmesi

1- Evinizin bulunduğu mahalle çocuğunuzun rahatça oyun oynayabilmesine imkan veriyor mu? (Soru 51)

Yanıtlardan 'evet' yanıtının sosyal destek ihmali göstergesi olmadığı, 'hayır' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

2- En yakın sağlık kuruluşuna ulaşımda sıkıntı çekiyor musunuz? (Soru 85)

Yanıtlardan 'hayır' yanıtının sosyal destek ihmali göstergesi olmadığı, 'evet' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

3- En yakın çocuk parkına ulaşımda sıkıntı çekiyor musunuz? (Soru 87)

Yanıtlardan 'hayır' yanıtının sosyal destek ihmali göstergesi olmadığı, 'evet' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5.4.8. Duygusal İhmal Riskinin Değerlendirilmesi

1- Çocuğunuzla en son ne zaman parka gittiniz? (Soru 75)

Yanıtlardan 'son 1 hafta içinde, son 15 gün içerisinde ve son 1 ay içerisinde' yanıtının duygusal destek ihmali göstergesi olmadığı, '1 aydan fazla, hatırlamıyorum ve hiç gitmedim' yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

2- Çocuğunuza en son ne zaman hikaye okudunuz? (Soru 76)

Yanıtlardan ‘son 1 hafta içinde, son 15 gün içerisinde ve son 1 ay içerisinde’ yanıtının duygusal destek ihmali göstergesi olmadığı, ‘1 aydan fazla, hatırlamıyorum ve hiç gitmedim’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

3- Çocuğunuzla en son ne zaman oyun oynadınız? (Soru 77)

Yanıtlardan ‘son 1 hafta içinde, son 15 gün içerisinde ve son 1 ay içerisinde’ yanıtının duygusal destek ihmali göstergesi olmadığı, ‘1 aydan fazla, hatırlamıyorum ve hiç gitmedim’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

4- Çocuğunuza babası/annesi gün içinde zaman ayırır mı? (Soru 78)

Yanıtlar arasında ‘evet’ yanıtının sağlık ihmali göstergesi olmadığı, ‘hayır’ yanıtının ihmal göstergesi olduğu kabul edilmiştir.

5.5. ARAŞTIRMANIN ÖRÜNTÜSÜ

Hekim anketleri, anketi doldurmayı kabul edenlere görev yaptıkları poliklinikte uygulanmıştır. Hekim anketleri hekimler tarafından doldurulmuş ve ortalama 6 dakika sürmüştür. Aile anketleri ise çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere poliklinikte ve bekleme salonunda uygulanmıştır. Aile anketi okuma yazmaya ilişkin sorunu olan veya anketin kendilerine yapılmasını isteyen ebeveynlere araştırmacı tarafından yapılmış, diğer ebeveynlerin kendisi tarafından doldurulmuştur. Bu anket araştırmacı tarafından doldurulduğunda ortalama 10 dakika, ebeveyn tarafından doldurulduğunda ise ortalama 12 dakika sürmüştür. Katılımcıların yanıtlarının güvenilirliğini arttırmak için soru formlarında isim ve kimlik bilgileri sorgulanmamıştır. Araştırmanın ikincil amacı olan çocuk ihmali risk faktörlerindeki ve hekimlerin çocuk ihmali farkındalıklarındaki 10 yıllık değişimi incelemek için, bu çalışmanın sonucunda çıkan ihmal alt tiplerine ait risk faktörlerinin sıklıkları ve karşılaşılma oranları Dr. Gülay Kuş tarafından 2012 yılında yapılan çalışma ile karşılaştırılmıştır.

5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Veri toplama süreci Ankara Üniversitesi Etik Kurulu, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu ve Özel Lokman Hekim Akay Hastanesi Başhekimliği onayı alındıktan sonra başlamıştır. Hekimler ve ebeveynlere çalışmayla ilgili sözel bilgilendirme yapılmış ve bireylerden sözel kabul sonrasında taraflarına anket uygulanmıştır.

Yanıtların güvenilirliğini etkilememek için imzalı bilgilendirilmiş onam alınmamış ancak soru formlarının giriş kısmında araştırma hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılımın yalnızca gönüllülük esasına göre olduğuna, isterlerse araştırmadan çekilebileceklerine, bunun hastaneden aldıkları hizmeti etkilemeyeceğine ilişkin bilgi eklenmiştir.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin kaydedilmesi ve istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Science) 28.0.1 for MacOs kullanılmıştır. Bağımsız gruplar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için ki kare testi kullanılmış, tahmini risk oranları %95 güven aralığında belirlenmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı p değeri <0,05 olarak değerlendirilmiştir. Araştırmada sosyo-demografik verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik değerler kullanılmıştır. Risk göstergelerinin etkisini değerlendirmek için odds ratio değerleri hesaplanmıştır.

6. BULGULAR

Çalışma için hazırlanılan anketler Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AB polikliniğinden, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağılığı Hastalıkları hastanesinden ve Özel Lokman Hekim Akay Hastanesi çocuk polikliniğinden hizmet alan toplam 495 ebeveyne ve bu polikliniklerde hizmet veren 19 hekime uygulanmıştır. Çalışmanın planlanma sürecinde hedeflenen ebeveyn ve hekim sayısına eksiksiz şekilde ulaşılmıştır.

6.1. AİLELERİN ÖZELLİKLERİ

6.1.1. Ebeveynlerin Demografik Özellikleri

Anketi doldurmuş ve muayeneye getirdikleri çocukları hakkında bilgi vermiş olan ebeveynlerin 96'sının (%19,4) baba, 399 (%80,6)'ünün anne olduğu belirlenmiştir. Babaların yaş ortalaması 34,9 ± 6,2 yıl (en küçük:23, en büyük:50), annelerin yaş ortalaması 34,8 ± 6,8 yıldır (en küçük:16, en büyük:41). Ebeveynlerin anne/baba olma yaşlarına bakıldığında annelerde 25.2 ± 4,9 yaş (en küçük:16, en büyük:41)., babalarda ise 26,2 ±4,4 yaş (en küçük:18, en büyük:37) olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan ebeveynlerin 474'ünün (%95,8) evli olup bu kişilerin 469'unun (%98,9) resmi nikahlı oldukları, 5'inin ise eşi ile resmi nikahları olmaksızın birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Ebeveynlerin 2'si eşi ile ayrı yaşamakta olduklarını, 17'si (%3,4) ise boşanmış olduğunu belirtmiştir.

Ebeveynlerin öğrenim düzeyleri değerlendirildiğinde %77,7'sinin (n:370) lise ve üzerinde eğitim aldıkları görülmüştür. Anketi dolduran anne ve babaların eğitim düzeylerine ilişkin ayrıntılı bilgi tablo 6.1'de gösterilmiştir.

Tablo 6.1. Ebeveynlerin öğrenim düzeyleri (Ankara, 2022)

Öğrenim Durumu	**Anne** (n = 399)	**Baba** (n = 96)
	n (%)	n (%)
Okur-yazar değil	-	-
Okur-yazar	5 (1,2)	5 (5,2)
İlköğretim mezunu	92 (23)	23 (23,9)
Lise mezunu	137 (34,3)	35 (36,4)
Üniversite mezunu	165 (41,3)	33 (34,3)
Toplam	399 (100)	96 (100)

Çalışmaya katılan annelerin yaklaşık yarısının ev hanımı olduğu (%56,4, n:225), babaların ise %51'inin (n:49) memur veya lisans alanında çalışan (öğretmen, mühendis, mimar vb.) olduğu görülmüştür. Ebeveynlerin cinsiyete göre meslek dağılımları Tablo 6.2'de gösterilmiştir.

Tablo 6.2. Ebeveynlerin meslek dağılımları (Ankara, 2022)

Meslek	**Anne** (n = 399)	**Baba** (n = 96)
	n (%)	n (%)
Ev Hanımı	225 (56,4)	-
Memur	85 (21,3)	24 (25)
Lisans alanında çalışan	41 (10,3)	25 (26)
İşçi	16 (4)	18 (18,8)
Esnaf	13 (3,3)	21 (21,9)
Özel Sektör Çalışanı	16 (4)	6 (6,3)
Serbest Meslek	3 (0,8)	2 (2,1)
Toplam	399 (100)	96 (100)

6.1.2. Çocukların demografik özellikleri

Ebeveynlere uygulanan anket aracılığıyla, o gün hastaneye getirdiği çocuğa ait olmak üzere toplam 495 çocuğun bilgilerine ulaşılmıştır. Çocukların 237'si (%47,9) erkek, 258'i (%52,1) kızdır. Erkek çocuklarının yaş ortalaması 6,3 ± 3,5 yıl (en düşük:1 ay, en yüksek:12 yıl), kız çocuklarının yaş ortalaması 5,2 ± 3,3 yıl (en düşük:2,5 ay, en yüksek:12 yıl) olarak saptanmıştır.

6.1.3. Ev ve Aile Ortamının Özellikleri

Aile yapıları incelendiğinde 382'sinin (%77) çekirdek aile, 98'inin (%19,8) geniş aile, 33'ünün (%6,6) tek ebeveynli aileden oluştuğu saptanmıştır. Ailelerin %0,4' ünde (n:2) evde üvey birey (baba ve büyükbaba) bulunmaktadır. Ebeveynlerin çocuk sayılarının bir ile altı arasında değiştiği, ortalama 2,1 ± 0,94 çocuğa sahip oldukları saptanmıştır. Üç veya daha fazla çocuğu olan ebeveyn sayısının 137 (%27,6) olduğu görülmüştür.

Ailelerden çoğunun (%60,8) kendi evinde oturduğu, %92,1'inin (n:456) apartman dairesinde yaşadığı, büyük çoğunluğunun (%93,5) kalorifer ile ısındığı saptanmıştır. Ailelerin yaşadıkları evin tipi, evin aitliği ve ısınma tipi Tablo 6.3'de gösterilmiştir.

Tablo 6.3. Yaşanılan evin türü, kime ait olduğu, ısınma tipi (Ankara, 2022)

Değişkenler	**n= 495 (%)**
Yaşanılan Evin Tipi	
Müstakil Ev	5 (1,0)
Apartman dairesi	456 (92,1)
Gecekondu	27 (5,5)
Kurum evi	7 (%1,4)
Evin Kime Ait Olduğu	
Kendi evi	301 (60,8)
Kira	190 (38,4)
Akrabaya ait ev	4 (0,8)
Isınma şekli	
Soba	32 (6,5)
Kalorifer	463 (93,5)

Çalışmaya katılan ebeveynlerden 413'ünün (%83,4) genel sağlık sigortası, 12'sinin (%2,4) özel sağlık sigortası olduğu ve 70'inin (%14,1) ise sağlık sigortası olmadığı belirlenmiştir.

6.1.4. Ailelerin Gelir Durumları

Anketlerin uygulandığı zaman diliminde Türkiye'de enflasyonda belirgin artış olması nedeniyle gelir düzeyleri o dönemin asgari ücreti üzerinden sınıflandırılmış ve ailelerin giderleri gelirlerine oranlanarak değerlendirme yapılmıştır.

Anketi dolduran ebeveynlerden; 399 annenin 224'ünün (%56,1) ev hanımı olduğu, 160'ünün (%40,1) daimi geliri getiren bir işte çalıştığı, 96 babanın 87'sinin (%90,6) daimi gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır. Soruyu yanıtlamış olan ailelerden (n:488) %88,3'ünün herhangi bir ek gelirleri olmadığını ifade etmiştir.

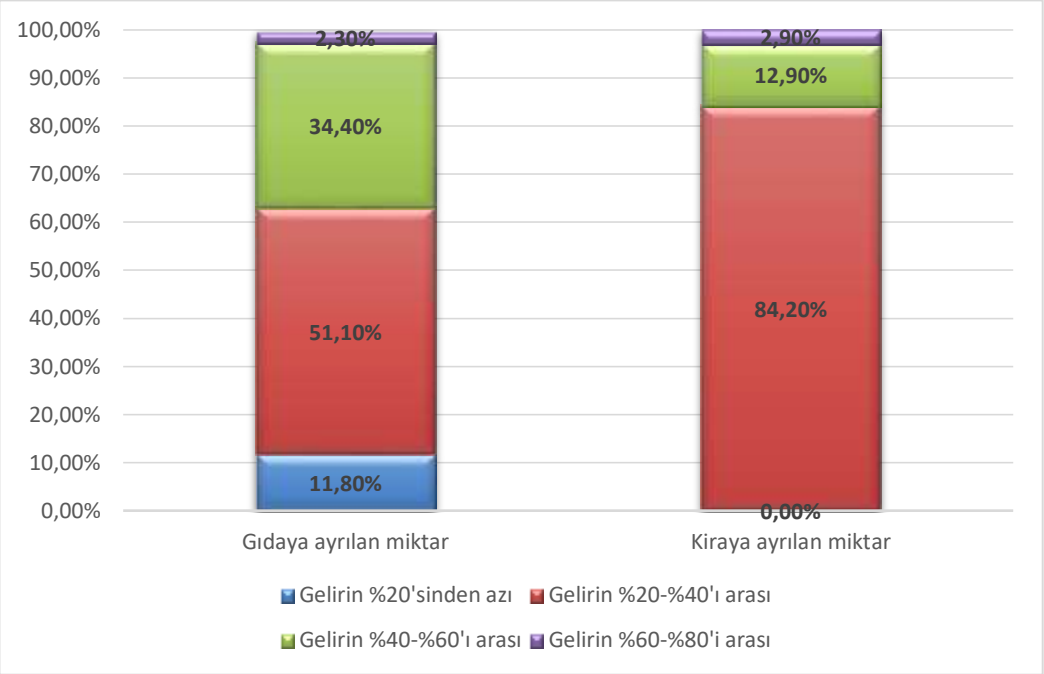
Ailelerin aylık gelirlerinin asgari ücrete indekslenmiş hali tablo 6.4'de gösterilmiştir.

Tablo 6.4. Ailelerin aylık gelirleri (Ankara, 2022)

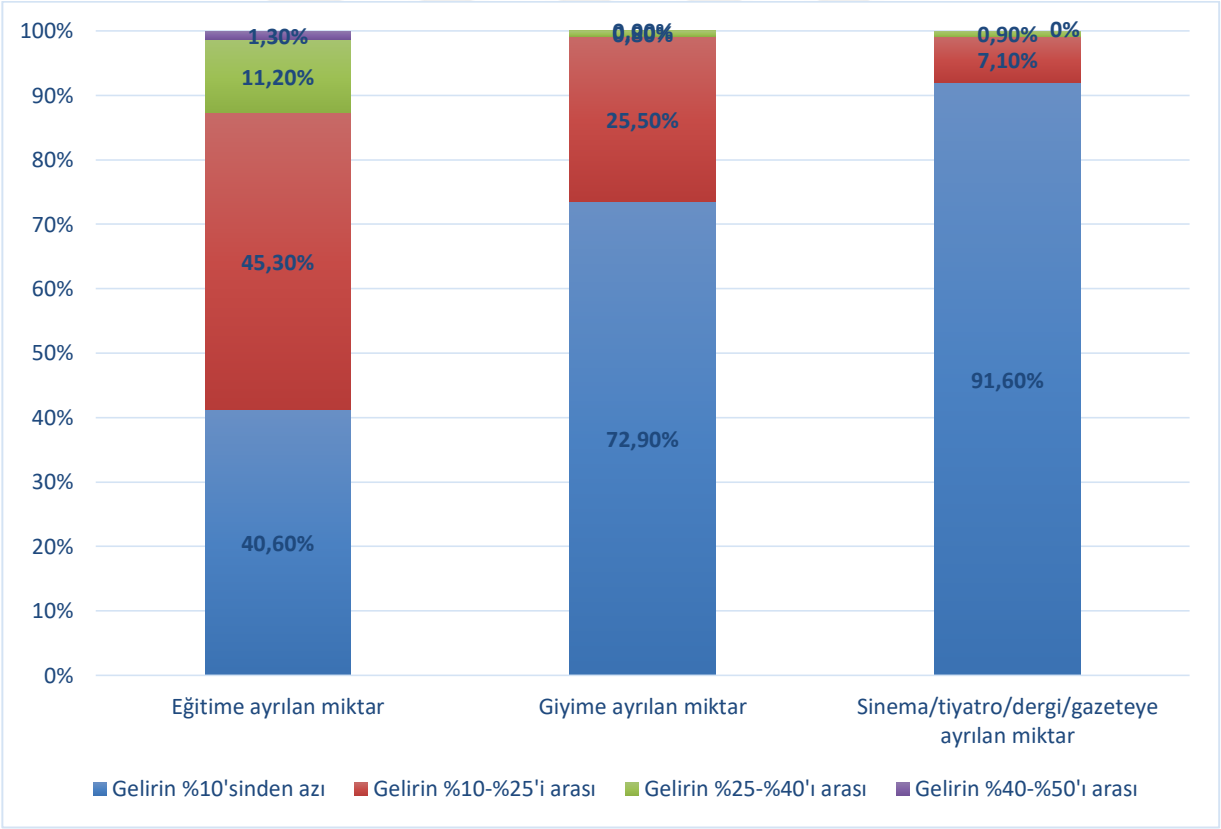
Aylık Gelir	**Sıklık n* (%**)**
Asgari ücretin altında	55 (11,1)
Asgari ücret – Asgari ücret x 1,5	118 (23,8)
Asgari ücret x 1,5 - Asgari ücret x 2	75 (15,2)
Asgari ücret x 2 ve üzerinde	198 (40,0)
TOPLAM	446 (90,1)
Ek gelir var	57 (11,7)
Ek gelir yok	431 (88,3)

***** n Soruya yanıt veren ebeveynlerin sayısı

****** % Yanıt verenlerin içindeki dağılım



Şekil 6.1. Soruyu yanıtlamış olan ebeveynlerin aylık gıda ve kira giderlerinin gelirleri içerisindeki payı (Ankara,2022)



Şekil 6.2. Soruyu yanıtlamış olan ebeveynlerin aylık eğitim, giyim ve sinema/tiyatro/dergi/gazete giderlerinin gelirleri içerisindeki payı (Ankara,2022)

Şekil 6.1 ve Şekil 6.2'de ailelerin gıdaya, eğitime, kiraya, giyime ve sinema-tiyatro-dergi-gazeteye ayırdıkları miktarlar gösterilmiştir. Ebeveynlerin verdikleri bilgiye göre ailelerin yarısı (%51,1) gelirinin %20-%40 kadarını gıdaya, %84,2'si gelirinin %20-%40 kadarını kiraya ayırmaktadır. Ebeveynlerin büyük çoğunluğu gelirlerinin %10'dan azını giyim ve sinema/tiyatro/dergi/gazete gibi kültürel etkinliklere ayırmaktadır.

Eğitime ayrılan miktar değerlendirilirken hastaneye başvuran çocuğunun yaşı 5 ve üzeri olan ebeveynlerin yanıtları incelenmiştir. Ailelerin %45,3'ünün gelirin %10-%25 kadarını eğitime ayırdıkları belirlenmiştir.

6.1.5. İhmal Açısından Risk Oluşturan Çocuk ile İlişkili Özellikler

Çocuğa ait ihmal nedeni olabilecek risk faktörleri hastanede yatış öyküsü, kronik hastalık varlığı, ciddi hastalık varlığı ve prematürite olarak belirlenmiştir. Aile anketi yanıtlarına göre belirtilen çocuğa ait ihmal risk faktörlerinin görülme sıklığı tablo 6.5'de görülmektedir.

Tablo 6.5. Çocuğa ait, ihmal açısından risk faktörü oluşturabilecek özellikler (Ankara, 2022)

Cocuğa Ait Özellikler	**n (% **)**
Kronik hastalık varlığı (n:494)	57 (11,5)
Hastanede yatış öyküsü (n:494)	110 (22,2)
Ciddi hastalık geçirme öyküsü (n:495)	49 (9,9)
Prematürite* (n:486)**	67 (13,7)

n* Soruya yanıt veren ebeveynlerin sayısı

% ** Yanıt verenlerin içindeki dağılım

******* 37 haftadan erken doğum öyküsü olanlar

6.1.6. İhmal Açısından Risk Oluşturan Aile ile İlişkili Özellikler

Çocuk ihmaline yol açabilecek aileye ait risk faktörleri; evdeki çocuk sayısının 3 veya üzerinde olması, çocuğun yaşadığı evde sigara veya uyuşturucu madde kullanan, sorunlu alkol kullanımı olan ve psikiyatrik rahatsızlığı olan birey bulunması olarak belirlenmiştir. Aileye ait çocuk ihmali açısından risk faktörü olabilecek durumların sıklığı Tablo 6.6'da gösterilmiştir. Çalışmaya katılan ebeveynler arasında sorunlu alkol kullanımı olan birey olmadığı, uyuşturucu bağımlısı birey varlığının yalnızca 1 ailede olduğu ve ailelerin %2,6'sında (n:13) evde psikiyatrik hasta bulunduğu

saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıklardan 5'inin depresyon, 4'ünün abi veya ablada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğu ve 1 babada ise bipolar bozukluk olduğu görülmüştür. Soruya psikiyatrik rahatsızlığı var diyenlerden 1 tanesi evde beraber yaşanan halada zihinsel engeli diğeri ise babanın esrar bağımlılığıdır.

Tablo 6.6. Aileye ait, ihmal açısından risk faktörü oluşturabilecek özellikler (Ankara, 2022)

Aileye Ait Risk Faktörleri	**n (% **)**
Ebeveynin çocuk sayısının 3 ve üzerinde olması (n*= 495)	137 (27,6)
Ailede sigara kullanan birey varlığı (n*=495)	263 (53,4)
Ailede alkolik birey varlığı (n*=495)	0(0)
Ailede uyuşturucu madde kullanan birey varlığı (n*=495)	1 (0,1)
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı (n*:495)	13 (2,6)

n* Soruya yanıt veren ebeveynlerin sayısı

% ** Yanıt verenlerin içindeki dağılım

6.2. İHMAL TİPLERİNE GÖRE RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İhmal riskini ihmal tiplerine göre belirleyebilmek adına çalışmaya katılan ebeveynlere yöneltilen sorular kategorize edilmiştir.

İncelenen ihmal tipleri; sağlık ihmali, fiziksel ihmal (beslenme, bakım ve güvenlik ihmali), gelişimin desteklenmesinin ihmali, eğitimin ihmali ve sosyal destek ihmalidir (sosyal desteğin yetersizliği). İhmal tiplerinin olasılığını belirlemek için sorulmuş ve ihmal açısından anlamlı kabul edilmiş sorular ve yanıtları gereç ve yöntem bölümünde detaylandırılmıştır.

6.2.1. Sağlık İhmaline İlişkin Göstergeler

Sağlık alanında ihmal olasılığına yönelik sorulara verilen yanıtlara göre sağlık ihmali göstergesi olarak değerlendirilen yanıtların sıklığı Tablo 6.7'de görülmektedir. Sağlık alanındaki soruların yanıtları değerlendirildiğinde en az birinde ihmal göstergesi olduğu kabul edilenlerin sıklığı % 82,8 (n:410)'dir.

Tablo 6.7. Sağlık ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)

İhmal göstergesi	**Sağlık ihmali sıklığı (n - %)**
Çocuğunu sağlık takibini yaptırmak amacıyla düzenliolarak doktora götürmeyen	105 – 21,2
Çocuğunu gelişiminin değerlendirilmesi amaçlı hekime götürmeyen ya da düzensiz götüren	293 – 60,7
Çocuğu hastalandığında kendiliğinden düzelebileceğinidüşünüp bekleyen	213 – 43,4
Evde termometre bulundurmayan	63 – 12,8
Çocuğun ateşi yalnızca 39 C ve üzerinde ise hekime başvuran	187 – 38,9
Evde ateş düşürücü bulundurmayan	15 – 3
En az bir alanda sağlık ihmali göstergesi bulunanlar	**410 – 82,8**

En az bir alanda sağlık ihmali göstergesi bulunması ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Çalışmaya göre kız çocuklarda sağlık ihmali göstergesi bulunma ihtimali erkeklere göre daha fazladır (Tablo 6.8)

Tablo 6.8. En az bir alanda sağlık ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)

	Çocuğun cinsiyeti		
	Erkek n - %	**Kız** n - %	**p****
Sağlık ihmali göstergesi olan	183 – 44,6	227 – 55,4	0,002

6.2.1.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Sağlık İhmali Göstergeleri

Tablo 6.9'de sağlık ihmali göstergesi varlığı ile çocuğa ait risk faktörlerinin ilişkisi gösterilmiştir. Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde prematüre ile sağlık ihmali arasında anlamlı ilişki olduğu (p:0,002) ve prematür doğum öyküsü olanlarda sağlık ihmali olasılığının 7 kat fazla olduğu gösterilmiştir. İstatiksel olarak anlamlı ilişki saptanmasa da kronik veya önemli bir hastalık varlığında sağlık ihmali oranının yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın sonucunda çocuğa ait risk faktörleri olan çocuğun kronik hastalığının olması (p:0,44), önemli bir hastalık geçirmesi durumu (p:0,76) ve hastanede yatış öyküsü olması (p:0,05) ile sağlık ihmali göstergeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6.9. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir sağlık ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Çocuğun özellikleri	**Sağlık ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Prematürite (n- %) OR (%95 CI)	**2- 3,5**	**65- 15,8 7 (1,68 – 29,2)**	**0,002**
Kronik hastalığı olması n - %	8 – 9,3	49 – 11,9	0,44
Hastanede yatış öyküsü olması n- %	31 – 23,0	47 – 18,8	0,06
Önemli hastalık varlığı n-%	7-8,2	42-10,2	0,57

***** En az bir sağlık ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.1.2. Aileye Ait Özellikler ve Sağlık İhmali Göstergeleri

Sağlık ihmaliyle, aileye ait risk faktörleri olan ailede sigara kullanımı, ailede üç veya daha fazla çocuk bulunması ve ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu ve altında olması arasındaki ilişki araştırılmıştır. Tablod 6.10'da sonuçlar gösterilmektedir.

Ailelerin yalnızca birinde uyuşturucu kullanan birey bulunması ve alkolik birey hiç olmaması nedeniyle bu risk faktörleri çalışmanın devamında değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırmanın sonucunda ailede 3 veya daha fazla çocuk olması ile sağlık ihmali arasında anlamlı ilişki olduğu (p:0,00) ve ailedeki çocuk sayısı 3 ve üzerinde olduğunda sağlık ihmali olasılığının 4,4 kat arttığı gösterilmiştir.

Sağlık ihmali göstergeleri ile ailede sigara kullanan birey bulunması, geniş aile ortamı, ebeveynin eğitim düzeyi ve ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6.10. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir sağlık ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

	Sağlık ihmali göstergesi		
Ailenin özellikleri	**Yok**	**Var***	**p****
Ebeveynin 3 ≤ çocuğu olması **n - %** **OR (% 95 CI)**	**8 – 9,4**	**129 – 31,5** **4,4 (2 -9,4)**	**0,000**
Geniş aile n - %	16 – 18,8	84 – 20,5	0,728
Ailede sigara kullanan birey varlığı n - %	50 – 58,8	213 – 52	0,248
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı n - %	0 – 0	13 – 3,2	0,096
Ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim veya daha altında olması n - %	21 – 24,7	103 – 25,1	0,93

***** En az bir sağlık ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.2. Fiziksel İhmale İlişkin Göstergeler

Fiziksel ihmal göstergesi olarak belirlenmiş ebeveyn beslenme ve güvenlik alanında ihmal olasılığına yönelik sorulara ve bu sorulara verilen yanıtlara göre fiziksel ihmal göstergesi olan yanıtların sıklığı Tablo 6.11'de görülmektedir.

Hijyen ihmalini belirlemek için sorulmuş olan haftalık/aylık banyo sıklığına ait cevaplar değerlendirildiğinde; ayda 3 veya daha az banyo yaptırılan çocuk olmadığı belirlenmiştir. Bu durum çalışmaya katılan ailelerde hijyen ihmali olmadığını göstermekte olup, çalışmanın ilerleyen kısmına hijyen ihmali dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yanıtlarına göre, 169'unda (%34,1) en az 1 alanda fiziksel ihmal göstergesi olduğu gösterilmiştir. Fiziksel ihmal alt tipleri değerlendirildiğinde ise 113 yanıta göre (%22,8) en az bir alanda beslenme ihmali ve 110 yanıta göre (%22,2) ise en az bir alanda güvenlik ihmali göstergesi olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.11. Fiziksel ihmal göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)

İhmal göstergesi	**Fiziksel ihmalsıklığı (n - %)**
Çocuğuna hiç anne sütü vermeyenler	21 – 4,2
Çocuğuna ek gıdayı geç başlayanlar (7. aydan sonra)	43 – 8,7
Çocuğuna sabah kahvaltısı yaptırmayanlar	27 – 5,9
En az bir konuda beslenme ihmali göstergesi olanlar	**82 – 16,6**
Çocuğunu evde yalnız bırakanlar	34 – 6,9
Çocuğu hastaneye gelmeyi gerektirecek en az bir kez kaza ya dayaralanma geçirmiş olanlar	66 – 13,3
Çocuğu en az bir kez ilaç veya zararlı maddeyi kazara içip zehirlenmişolanlar	24 – 4,8
En az bir konuda güvenlik ihmali göstergesi olanlar	**110 – 22,2**
En az bir konuda fiziksel ihmal göstergesi olanlar	**169- %34,1**

En az bir alanda fiziksel ihmal göstergesi bulunması ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir (Tablo 6.12).

Tablo 6.12. En az bir alanda fiziksel ihmal göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)

	Çocuğun cinsiyeti		
	Erkek n - %	**Kız** n - %	**p****
Fiziksel ihmal göstergesi olan	79 – 47,0	89 – 53,4	0,78

6.2.2.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Fiziksel İhmal Göstergeleri

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında çocuğa ait risk faktörlerinden kronik hastalık varlığı, önemli bir hastalık geçirmiş olma ve hastanede yatış öyküsü olması ile en az bir alanda beslenme ihmali göstergesi olanların arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Tablo 6.13'de veriler gösterilmiş olup beslenme ihmalini kronik hastalık varlığının 2,7 kat, ciddi hastalık geçirmiş olmanın 2,8 kat ve hastanede yatış öyküsü olmasının ise 2,4 kat arttırdığı görülmüştür. Beslenme ihmali göstergesi olanlar ile prematürite arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p:0,75).

Tablo 6.13. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir beslenme ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Çocuğun özellikleri	**Beslenme ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Prematürite n - %	55 – 13,3	12 - 14,6	0,75
Kronik hastalık varlığı **n - %** **OR (% 95 CI)**	**39 – 9,4**	**18-22** **2,7 (1,5 – 5)**	**0,001**
Ciddi hastalık geçirmiş olma **n -%** **OR (% 95 CI)**	**33- 8**	**16-19,5** **2,8 (1,5 – 5,4)**	**0,001**
Hastanede yatış öyküsü **n - %** **OR (% 95 CI)**	**81 – 19,6**	**30 – 36,6** **2,4 (1,4 – 3,9)**	**0,001**

***** En az bir beslenme ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

Araştırmada çocuğa ait ihmal risk faktörlerinden prematürite, kronik hastalık varlığı, ciddi hastalık geçirme ve hastanede yatış öyküsü olması ile güvenlik ihmali göstergeleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ancak çocuğa ait risk faktörleri varlığında güvenlik ihmaliyle karşılaşılma sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Güvenlik ihmali ile çocuğa ait risk faktörlerine ait veriler Tablo 6.14'de belirtilmiştir.

Tablo 6.14. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir güvenlik ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Çocuğun özellikleri	**Güvenlik ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Prematürite n - %	48 – 12,5	19 – 17,3	0,194
Kronik hastalığı olması n - %	39 – 10,1	18 – 16,4	0,07
Ciddi hastalık geçirmişolma n - %	33- 8,6	16 – 14,5	0,06
Hastanede yatış öyküsü n - %	79 – 20,5	32 – 29,1	0,057

***** En az bir güvenlik ihmali (kaza, yaralanma, zehirlenme) göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.2.2. Aileye Ait Özellikler ve Fiziksel İhmal Göstergeleri

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde beslenme ihmali göstergesi varlığı ile evde psikiyatrik hasta olması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p:0,001). Tablo 6.15'de de görüldüğü gibi evde psikiyatrik rahatsızlığı olan birey olması beslenme ihmali görülme olasılığını 4,6 kat arttırmaktadır.

Beslenme ihmali göstergeleri ile aileye ait risk faktörlerinden ailede sigara kullanan birey olması, ebeveynin üç veya daha fazla çocuğunun olması, geniş aile ve ebeveynin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmamış olsa da çocuk sayısının üç ve üzerinde olması, geniş aile yapısına sahip olunması ve ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim

mezunu ve altında olması durumunda beslenme ihmaliyle karşılaşılma oranının daha sık olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.15. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir beslenme ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Ailenin özellikleri	**Beslenme ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Ebeveynin 3 ≤ çocuğu olması n - %	108 – 26,2	29 – 35,4	0,08
Geniş aile n - %	77 – 18,6	23 – 28	0,05
Ailede sigara kullananbirey varlığı n - %	218 – 52,8	45 – 54,9	0,73
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı **n - %** **OR (% 95 CI)**	**7 – 1,7**	**6 – 7,3** **4,6 (1,5 – 14)**	**0,004**
Ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim veya daha altında olması n -%	102 – 24,7	22 – 26,8	0,68

***** En az bir beslenme ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

Çalışmanın analizine göre aile özelliklerinden geniş aile olmanın güvenlik ihmali olasılığını 1,7 kat azaltmakta olduğu gösterilmiştir (p:0,02). Araştırmada ailede sigara kullanan birey varlığının güvenlik ihmali olasılığını 1,6 kat arttırdığı saptanmıştır (p:0,02). Güvenlik ihmali ile aileye ait faktörlerden evde çocuk sayısının 3 ve fazlası olması, evde psikiyatrik birey varlığı ve ebeveynin eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Sonuçlar Tablo 6.16'da gösterilmektedir.

Tablo 6.16. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir güvenlik (kaza, yaralanma, zehirlenme) ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Ailenin özellikleri	**Güvenlik ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p***
Ebeveynin 3 ≤ çocuğu olması n - %	107 – 27,8	30 – 27,3	0,91
Geniş aile **n - %** **OR (% 95 CI)**	**86 – 22,3** **1,7 (1 – 2,9)**	**14 – 12,7**	**0,027**
Ailede sigara kullanan birey varlığı **n - %** **OR (% 95 CI)**	**194 – 50,4**	**69 – 62,7** **1,6 (1,1 –2,6)**	**0,02**
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı n - %	9 – 2,3	4 – 3,6	0,45
Ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim veya daha altında olması n - %	100 – 26	24 – 21,8	0,375

***** En az bir güvenlik ihmali (kaza, yaralanma, zehirlenme) göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.3. Gelişimin Desteklenmesi İhmaline İlişkin Göstergeler

Çalışmada yer alan ebeveyn anketindeki gelişimin desteklenmesi alanında ihmal olasılığına yönelik 2 soruya verilen yanıtlara göre gelişimin desteklenmesi ihmali olarak değerlendirilen yanıtların sıklığı Tablo 6.17'de görülmektedir. Ebeveynlerin belirtilen sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde çocuklardan %33,7 (167)'sinde gelişimin desteklenmesi alanında en az bir ihmal göstergesinin olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.17. Gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)

İhmal göstergesi	**Gelişimin desteklenmesi ihmaline ilişkin göstergelerin sıklığı (n - %)**
Çocuğuna oyuncak almayanlar	99 – 20,0
Çocuğuyla günlük baş başa 1 saatten az zaman geçirenler	103 – 20,8
Gelişimin desteklenmesine ilişkin en az bir ihmal göstergesi olanlar	**167 – 33,7**

En az bir alanda gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi bulunması ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 6.18).

Tablo 6.18. En az bir alanda gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)

	Çocuğun cinsiyeti		
	Erkek n - %	**Kız** n - %	**p****
Gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olan	83 – 49,7	84 – 50,3	0,56

6.2.3.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Gelişimin Desteklenmesi İhmali Göstergeleri

Çalışmanın sonucunda çocuğa ait ihmal risk faktörleri olan prematür doğum, kronik hastalığı olma, ciddi hastalık geçirme durumu ve hastanede yatış öyküsü varlığı ile gelişimin desteklenmesi ihmali bulguları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tablo 6.19'da sonuçlar gösterilmiştir.

Tablo 6.19. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Çocuğun özellikleri	**Gelişimin desteklenmesinin ihmali göstergesi**		**P****
	Yok	**Var***	
Prematürite n - %	45 – 13,7	22 – 13,2	0,86
Kronik hastalık olması n - %	41-12,5	16- 9,6	0,33
Ciddi hastalık geçirmiş olma n - %	31-9,5	18-10,8	0,64
Hastanede yatış öyküsü n - %	75 – 22,9	36 – 21,6	0,74

***** En az bir gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.3.2. Aileye Ait Özellikler ve Gelişimin Desteklenmesi İhmali Göstergeleri

Araştırmanın sonucunda aileye ait risk faktörleri arasında, ailede üç ve daha fazla çocuk olması ve evde psikiyatrik hastalık varlığı ile gelişimin desteklenmesi ihmali arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Tablo 6.20'de gösterildiği üzere çocuk sayısının 3 ve üzeri olması gelişim desteklenmesi ihmali olasılığını 1,6 kat, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığının ise 3,2 kat arttırmaktadır.

Ebeveynin öğrenim durumu ile gelişimin desteklenmesinin ihmali arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olmakla birlikte ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim ve altında olması halinde gelişimin desteklenmesi ihmaliyle karşılaşılma oranının daha sık olduğu saptanmıştır.

Diğer aileye ait risk faktörlerinden geniş aile ve ailede sigara içen birey varlığı ile gelişimin desteklenmesinin ihmali arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6.20. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Ailenin özellikleri	**Gelişimin desteklenmesinin ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Ebeveynin 3 ≤ çocuğu olması **n - %** **OR (% 95 CI)**	**80 – 24,4**	**57-34,1** **1,6 (1,07 – 2,4)**	**0,02**
Geniş aile n - %	68-20,7	32-19,2	0,68
Ailede sigara kullanan birey varlığı n - %	178-54,3	85-50,9	0,48
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı **n - %** **OR (% 95 CI)**	**5-1,5**	**8-4,8** **3,2 (1,05 – 10,1)**	**0,03**
Ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim veya altında olması n - %	76-23,2	48-28,7	0,18

***** En az bir gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.4. Eğitim İhmaline İlişkin Göstergeler

Eğitim ihmali açısından risk faktörü göstergesi varlığını sorgulamak amacıyla çalışmanın bu kısmına muayeneye getirdiği çocuğu 5 yaş ve üzerinde olup anketi doldurmuş olan ebeveynlerin yanıtları dahil edilmiştir (n:294). Ebeveynlerin yanıtları değerlendirildiğinde, %74,8'inde (n:220) en az bir adet eğitim ihmali göstergesinin mevcut olduğu gösterilmiştir (Tablo 6.21).

Tablo 6.21. Eğitim ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)

İhmal göstergesi	**Eğitimle ilişkili konularda ihmal sıklığı (n- %)**
Çocuğu 5 yaşın üstünde olup okula göndermeyenler	19 – 6,4
Çocuğunun okulu evine uzak – çok uzak olanlar	62 – 21,0
Çocuğunun okulu evine uzak olanlar arasından çocuğu okula yürüyerek gidip gelenler	12 – 4,0
Evleri okula uzak veya çok uzak olanların arasında çocuğu okula kendi gidenler	9- 3,0
Çocuğunun okul durumu konusunda öğretmenleriyle görüşmeyenler	14 – 4,7
Eğitime ilişkin en az bir ihmal göstergesi olanların sıklığı	**220 – 74,8**

En az bir alanda eğitim ihmali göstergesi bulunması ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmaya göre erkek çocuklarda sağlık ihmali göstergesi bulunma ihtimali kızlara göre daha fazladır (Tablo 6.22).

Tablo 6.22. En az bir alanda eğitim ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)

	Çocuğun cinsiyeti		
	Erkek n - %	**Kız** n - %	**p****
Eğitim ihmali göstergesi olanlar	**125 – 56,8**	**95 – 43,2**	**0,000**

6.2.4.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Eğitimle İlişkili Konularda İhmal

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında çocuğa ait ihmal risk faktörlerinden çocuğun hastanede yatış öyküsünün olması ile eğitimle ilişkili en az bir alanda ihmal göstergesi olması arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmış olup Tablo 6.23'de görüldüğü gibi hastanede yatış öyküsünün olmasının eğitim ihmali olasılığını azalttığı gösterilmiştir.

Prematür doğum öyküsü, kronik hastalık varlığı ve ciddi bir hastalık geçirme durumu ile eğitim ihmali göstergesi varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ancak bu durumda eğitim ihmaliyle karşılaşılma oranının daha sık olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.23. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir eğitim ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Çocuğun özellikleri	**Eğitim ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Prematürite (n - %)	10-13,5	32-14,5	0,83
Kronik hastalığının bulunması (n - %)	6-8,1	26-11,8	0,37
Ciddi hastalık geçirmiş olma (n - %)	7-9,5	22-10	0,89
Hastanede yatış öyküsü **(n - %)** **OR (% 95 CI)**	**26-35,1** **0,8 (0,7 – 1)**	**41 – 18,6**	**0,003**

***** En az bir eğitim ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.4.2. Aileye Ait Özellikler ve Eğitimle İlişkili Konularda İhmal Göstergeleri

Çalışmanın analizi sonucunda Tablo 4.2.4.2.1.'de de görüldüğü gibi aileye ait risk faktörlerinden ebeveynin üç veya daha fazla çocuğunun bulunması, ebeveynin öğrenim durumunun ilköğretim düzeyinde veya altında olması, ailede sigara kullanan birey varlığı, ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan birey varlığı ve geniş aile olunması ile eğitimle ilişkili konularda en az bir alanda ihmal göstergesi olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6.24. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir eğitim ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Ailenin özellikleri	**Eğitim ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Ebeveynin 3 ≤ çocuğu olması n - %	23-31,1	67-30,5	0,92
Geniş aile n - %	15-20,3	50-22,7	0,66
Ailede sigara kullanan birey varlığı n - %	39-52,7	118-53,6	0,89
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı n - %	6-8,1	4 – 2,8	0,31
Ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim veya daha altında olması n - %	23 – 31,1	44-26	0,055

***** En az bir eğitim ihmali göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.5. Sosyal Destek İhmaline İlişkin Göstergeler

Çalışmada yer alan ebeveyn anketindeki sosyal destek alanında ihmal olasılığına yönelik sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde yanıtların %48,7'sinde (n:241) en az bir alanda sosyal destek ihmali göstergesi bulunduğu görülmüştür.

Tablo 6.25. Sosyal destek ihmali göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)

İhmal göstergesi	**Sosyal destek ihmali sıklığı (n - %)**
Mahallerinde çocuğun rahatça oynayabileceği yer olmayanlar	209 – 42,2
En yakında bulunan sağlık kuruluşuna ulaşımda zorluk çekenler	51 – 10,3
En yakında bulunan çocuk parkına ulaşımda zorluk çekenler	66 – 13,3
Sosyal destek alanında en az bir ihmal göstergesi olanlar	**241 - 48,7**

En az bir alanda sosyal destek ihmali göstergesi bulunması ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 6.26).

Tablo 6.26. En az bir alanda sosyal destek ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)

	Çocuğun cinsiyeti		
	Erkek n - %	**Kız** n - %	**p****
Sosyal destek ihmal göstergesi olanlar	112 – 46,5	129 – 53,5	0,54

6.2.5.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Sosyal Destek İhmali Göstergeleri

Ebeveynlerin yanıtları değerlendirildiğinde ihmal açısından çocuğa ait risk faktörleri olan prematür doğum öyküsü, kronik hastalık varlığı, ciddi bir hastalık geçirme durumu ve hastanede yatış öyküsü olması ile sosyal destek ihmali göstergesi olması arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tablo 6.27'de sonuçlar gösterilmiştir.

Tablo 6.27. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir sosyal destek ihmali göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Çocuğun özellikleri	**Sosyal destek ihmali göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Prematürite n - %	31-12,2	36-14,9	0,37
Kronik hastalığı olması n - %	26-10,2	31-12,9	0,36
Ciddi hastalık geçirmiş olma n - %	19-7,5	30-12,4	0,06
Hastanede yatış öyküsü n - %	59-23,2	52-21,6	0,66

***** En az bir sosyal destek ihmal göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.5.2. Aileye Ait Özellikler ve Sosyal Destek İhmali Göstergeleri

Araştırmanın sonucunda aileye ait risk faktörleri arasında, ailede sigara kullanan birey varlığı ile sosyal destek ihmal göstergeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Tablo 6.28'de de görüldüğü gibi ailede sigara kullanan birey varlığında sosyal destek ihmali riski 1,5 kat artmaktadır. Çalışmamıza göre aileye ait diğer özellikler çocuğun sosyal destek ihmali için risk oluşturmamaktadır.

Tablo 6.28. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir sosyal destek ihmali göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

	Sosyal destek ihmal göstergesi		
Ailenin özellikleri	**Yok**	**Var***	**p****
Ebeveynin 3 ≤ çocuğu olması n - %	63-24,8	74 – 30,7	0,14
Geniş aile n - %	52-20,5	48-19,9	0,88
Ailede sigara kullanan bireyvarlığı **n - %** **OR (%95 CI)**	**121-47,6**	**142-58,9** **1,6 (1,1 – 2,2)**	**0,01**
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı n - %	4-1,6	9-3,7	0,13
Ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim veya daha altında olması n - %	65-25,6	59-24,5	0,77

***** En az bir sosyal destek ihmali göstergesi olanlar
****** Ki-Kare testi

6.2.6. Duygusal ihmale İlişkin Göstergeler

Duygusal alanda ihmal olasılığına yönelik sorulara verilen yanıtlara göre duygusal ihmal göstergesi olarak değerlendirilen yanıtların sıklığı Tablo 6.29'de görülmektedir. Duygusal alandaki soruların yanıtları değerlendirildiğinde en az birinde ihmal göstergesi olduğu kabul edilenlerin sıklığı %54,3 (n:269)'dir.

Tablo 6.29. Duygusal ihmal göstergesi olarak kabul edilen yanıtların sıklığı (Ankara, 2022)

İhmal göstergesi	**Duygusal ihmalsıklığı (n - %)**
Çocuğuyla parka gideli 1 aydan fazla olan, ne zaman gittiğinihatırlamayan veya hiç gitmemiş olan	121 – 24,4
Çocuğuna kitap okuyalı 1 aydan fazla olan, ne zaman okuduğunuhatırlamayan veya hiç okumamış olan	221 – 44,6
Çocuğuyla oyun oynayalı 1 aydan fazla olan, ne zaman oynadığınıhatırlamayan veya hiç oynamamış olan	79 – 15,9
Çocuğuyla gün içerisinde vakit geçirmeyen	55 – 11,1
Duygusal alanda en az bir ihmal göstergesi olanlar	**241 - 48,7**

En az bir alanda duygusal ihmal göstergesi bulunması ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 6.30).

Tablo 6.30. En az bir alanda duygusal ihmal göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı (Ankara, 2022)

	Çocuğun cinsiyeti		
	Erkek n - %	**Kız** n - %	**p****
Duygusal ihmal göstergesi olan	124 – 46,3	144 – 53,7	0,47

6.2.6.1. Çocuğa Ait Özellikler ve Duygusal İhmal Göstergeleri

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında ihmal açısından çocuğa ait risk faktörleri olan prematür doğum öyküsü, kronik hastalık varlığı, ciddi hastalık geçirme durumu ve hastanede yatış öyküsü olması ile duygusal ihmal arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 6.31).

İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmasa da prematürite, kronik hastalık veya önemli bir hastalık varlığında duygusal ihmal olasılığının azaldığı saptanmıştır.

Tablo 6.31. Çocuğa ait risk faktörleri ve en az bir duygusal ihmal göstergesi varlığı arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Çocuğun özellikleri	**Duygusal ihmal göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Prematürite (n - %)	32-14,2	35-13	0,71
Kronik hastalığı olması (n - %)	32-14,2	25 - 9,3	0,09
Ciddi hastalık geçirmiş olma (n - %)	26-11,5	23 - 8,6	0,27
Hastanede yatış öyküsü (n - %)	49-21,7	62 - 23	0,72

***** En az bir duygusal ihmal göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.2.6.2. Aileye Ait Özellikler ve Duygusal İhmal Göstergeleri

Araştırmanın sonucunda aileye ait risk faktörleri arasında, ailede sigara kullanan birey varlığı, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı ve ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu ve altında olması ile duygusal ihmal göstergeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Tablo 6.32'de de gösterildiği gibi ailede sigara kullanan birey varlığında duygusal ihmal olasılığı 1,9 kat, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığında 4,8 kat ve ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu veya daha düşük olması durumunda ise 2,1 kat artmaktadır. Aileye ait diğer özellikler çocuğun duygusal ihmali için risk oluşturmamakla birlikte ebeveynin çocuk sayısının 3 ve daha fazla olması durumunda duygusal ihmal olma oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Tablo 6.32. Aileye ait risk faktörleri ve en az bir duygusal ihmal göstergesi olması arasındaki ilişki (Ankara, 2022)

Ailenin özellikleri	**Duygusal ihmal göstergesi**		
	Yok	**Var***	**p****
Ebeveynin 3 ≤ çocuğu olması n - %	53-23,5	84 – 31,2	0,05
Geniş aile n - %	40 – 17,7	60 – 22,3	0,2
Ailede sigara kullanan birey varlığı **n - %** **OR (%95 CI)**	**101 - 44,7**	**162 – 60,2** **1,9 (1,3 – 2,7)**	**0,001**
Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığı **n - %** **OR (%95 CI)**	**2 – 0,9**	**11 – 4,1** **4,8 (1 – 21,8)**	**0,026**
Ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim veya daha altında olması **n - %** **OR (%95 CI)**	**40 – 17,7**	**84 – 31,2** **2,1 (1,4 – 3,2)**	**0,001**

***** En az bir duygusal ihmal göstergesi olanlar

****** Ki-Kare testi

6.3. AİLENİN AYLIK GELİRİ İLE ÇOCUK İHMALİ İLİŞKİSİ

Anketi doldurmuş ve gelir durumunu değerlendirmeye yönelik soruyu yanıtlandırmış olan 446 (%90,1) ebeveynden alınan verilere göre, ailelerden 55'i (%11,1) asgari ücret altında gelir düzeyine sahiptir. Sosyoekonomik düzeyin düşüklüğünün birçok ihmal tipiyle anlamlı ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar ışığında, aylık geliri asgari ücretin altında olanlar ve olmayan aileler ele alınmış ve ihmal tipleriyle ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmanın analizi sonucunda aylık geliri asgari ücretin altında olan ailelerde beslenme ihmali, güvenlik ihmali, fiziksel ihmal ve sosyal ihmal göstergesi varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Sonuçlarda, gelir düzeyi düşük olan ailelerde beslenme ihmali olma ihtimalinde 2,1 kat, güvenlik ihmali olma ihtimalinde 2 kat, fiziksel ihmal olma ihtimalinde 2,6 kat, sosyal ihmal olma ihtimalinde 1,8 kat ve duygusal ihmal olasılığında 3 kat artış olduğu gösterilmiştir. Sağlık ihmali, gelişim desteğinin ihmali ve eğitim ihmali göstergesi olması ile ailelerin sosyoekonomik durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6.33. Aylık gelir miktarının asgari ücretin altında olması ve en az bir alanda çocuk ihmali göstergesi olması arasındaki ilişkinin araştırılması (Ankara, 2022)

	İhmali göstergesi		
İhmal alanları	**Yok**	**Var***	**P** değeri**
Sağlık ihmali n - % OR (% 95 CI)	5-5,9	50-12,2 2,2 (0,9 – 5,2)	0,09
Beslenme ihmali **n - %** **OR (% 95 CI)**	**35-9,2**	**20-17,7** **2,1 (1,2 – 3,9)**	**0,01**
Fiziksel ihmal **n - %** **OR (% 95 CI)**	**25-7,7**	**30-17,9** **2,6 (1,5 – 4,6)**	**0,001**
Güvenlik ihmali (kaza, yaralanma, zehirlenme) **n - %** **OR (% 95 CI)**	**36-9,4**	**19-17,3** **2 (1,1 – 3,7)**	**0,02**
Gelişimin desteklenmesini ihmali n - % OR (% 95 CI)	35-10,7	20-12 1,1 (0,6 – 2)	0,66
Duygusal ihmal **n - %** **OR (%95 CI)**	**13 – 5,8**	**42 – 15,7** **3 (1,6-5,8)**	**0.00**
Eğitim ihmali n - % OR (% 95 CI)	37-13,5	18-8,2 0,6 (0,3 - 1)	0,06
Sosyal destek ihmali **n - %** **OR (% 95 CI)**	**21-8,3**	**34-14,1** **1,8 (1 – 3,2)**	**0,04**

* En az bir ihmal göstergesi olanlar

** Ki-Kare testi

Çalışmaya katılan 495 ebeveynin verdiği yanıtlara göre 477 (%96,3) çocuğun en az bir ihmal tipine maruz kalmakta olduğu saptanmıştır.

Çocuk ihmaline ilişkin en az bir alanda ihmal göstergesi bulunduran çocukların cinsiyetlerine göre dağılımı tablo 6.34'de gösterilmiştir. Tüm kategoriler birlikte değerlendirildiğinde çocuk ihmali ile çocukların cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 6.34. En az bir alanda çocuk ihmali göstergesi olan çocukların cinsiyetlerine göre değerlendirilmesi (Ankara, 2022)

	Çocuğun cinsiyeti		
	Erkek n - %	**Kız** n - %	**p****
Çocuk ihmali göstergesi olan	227 – 44,6	250 – 52,4	0,50

6.4. HEKİM ANKETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AB genel polikliniğinde görev yapmakta olan toplam 10 araştırma görevlisi, Dr Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel polikliniklerinde görev yapan 6 araştırma görevlisi ve Özel Akay Hastanesinde çalışmakta olan 3 çocuk hekimi olmak üzere toplam 19 hekim yer almıştır.

Hekimlerin farkındalıklarını etkilememek için öncelikle hekim anketleri, daha sonra bu hekimlerin hizmet verdikleri polikliniklerde ailelere anketleri uygulanmıştır. Hekim anketlerinin sonuçlarına göre hekimlerin demografik özellikleri tablo 6.35'de gösterilmiştir.

Tablo 6.35. Hekimlerin demografik özellikleri (Ankara, 2022)

Değişkenler	**Hekimler (n - %)**
Cinsiyet	
Kadın	15 – 78,9
Erkek	4 – 21,1
Yaş aralıkları	
25 – 30 yaş	11 – 57,9
31 – 40 yaş	5 – 26,3
40 < yaş	3 – 15,7
Medeni durum	
Bekar	8 – 42,1
Evli	11 – 57,9
Çocuk sahibi olma durumu	
Evet	3 – 15,7
Hayır	16 – 84,2
Çocuk hekimi olarak çalışma süresi	
2 - 5 yıl	16 – 84,2
6 – 9 yıl	0 - 0
> 10 yıl	3 – 15,7

Hekimlerin yanıtlarına göre %63,2'si (n:12) daha önce en az 1 kez çocuğa karşı kötü muamele (ÇKKM) ile ilgili eğitime katılmıştır. Hekimlerin %42,1'i (n:8) mezun oldukları üniversitede çocuk istismar ve ihmaline özgü bir ekip bulunduğunu ve %73,7'si (n:14) çalıştıkları kurumda çocuk istismar ve ihmaline özgü bir ekip bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 6.36).

Tablo 6.36. Hekimlerin ÇKKM ile ilgili eğitime katılma durumları, mezun oldukları üniversitede ve aktif çalışmakta oldukları kurumda ÇKKM ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu (Ankara, 2022)

Değişkenler	**Hekimler (n - %)**
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir eğitime katılma durumu	
Katılanlar	12 – 63,2
Katılmayanlar	7 – 36,8
Mezun olunan tıp fakültesinde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu	
Var	8 – 42,1
Yok	9 – 47,4
Bilmiyorum	2 – 10,5
Çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu	
Var	14 – 73,7
Yok	4 – 21,1

Çalışmaya katılan hekimlerin haftalık baktıkları hasta sayıları ve bu hastalarda çocuk ihmalinden şüphelenme durumları Tablo 6.37'da gösterilmiştir.

Tablo 6.37. Hekimlerin haftalık baktıkları hasta sayıları ve çocuk ihmalinden şüphelenme durumları (Ankara, 2022)

Hekimlerin son 1 haftada bakılan hasta sayısı	**n - %**
50 – 100 hasta	3 – 15,8
101 – 150 hasta	8 – 42,1
151 – 200 hasta	5 – 26,3
201≤ hasta	3 – 15,8
Hekimlerin son bir haftada baktıkları hastalar arasında çocuk ihmali düşünme durumları	**n - %**
İhmal var	8 – 42,1
İhmal yok	11 – 57,9

Araştırmaya göre hekimlerin son 1 haftada baktıkları hasta sayısı ortalama 161,3 ± 51,5 olup, hekimlerin %42,1'i (n=8) hizmet verdikleri bu hastalardan en az birinde ihmalden şüphelenmiştir. Şüphelenme durumunda yalnızca 2 hekimin durumu bildirdiği, bildiri için bir hekimin adli rapor tuttuğu diğer hekimin ise aileyi ''sosyal hizmetlere'' yönlendirdiği görülmüştür.

Çocuk ihmalinden şüphelenen hekimlerin çocuk hekimi olarak görev yapma süreleri, ÇKKM'ye ilişkin eğitime katılma durumları, mezun oldukları üniversitede ve aktif çalışmakta oldukları merkezde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumları Tablo 6.38'de gösterilmiştir.

Tablo 6.38. Çocuk ihmalinden kuşkulanan ve kuşkulanmayan hekimlerin meslekte çalışma süreleri, ÇKKM ile ilgili eğitime katılma durumları, mezun oldukları üniversitede ve aktif çalışmakta oldukları kurumda ÇKKM ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu (Ankara, 2022)

Değişkenler	**İhmalden Kuşkulanan Hekimler (n - %)**	**İhmalden Kuşkulanmayan Hekimler (n - %)**
Çocuk hekimliği yapma süresi		
2 - 5 yıl	8 - 100	8 -72,7
6 - 9 yıl	0 – 0	0 – 0
>10 yıl	0 – 0	3 - 27,3
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitime katılma durumu		
Katılanlar	5 – 62,5	7 – 63,6
Katılmayanlar	3 – 37,5	4 – 36,4
Mezun olunan tıp fakültesinde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu		
Var	4 – 50	4 – 36,4
Yok	3 – 37,5	6 – 54,5
Bilmiyorum	1 – 12,5	1 – 9,1
Çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu		
Var	5 – 62,5	9 – 81,8
Yok	2 – 25	2 – 18,2
Bilmiyorum	1 – 12,5	0 - 0

Çalışmaya göre son 1 haftada gördükleri hastalardan en az birinde ihmalden şüphelenen hekimlerin %62,5'unun çalıştığı kurumda ÇKKM ile ilgilenen bir ekip bulunduğu, %50'sinin mezun olduğu fakültede ÇKKM ile ilgilenen bir ekip bulunduğu, %62,5'unun ÇKKM ile ilgili herhangi bir eğitime katılmadığı ve hepsinin meslek süresinin 2-5 yıl arası olduğu görülmüştür.

Araştırmaya göre çocuk ihmalinden şüphelenme ile hekimin daha önce ÇKMM'ye ilişkin eğitime katılmış olması (p:0,96), mezun olduğu tıp fakültesinde ÇKKM ile ilgilenen bir ekip bulunması (p:0,76), hekimin meslekte çalışma süresi (p:0,10) ve çalıştığı kurumda ÇKKM'ye ilişkin ekip bulunması (p:0,40) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

6.5. AİLE VE HEKİM ANKETLERİNDEN ELDE EDİLEN VERİLERİN 10 YIL ÖNCEKİ ÇALIŞMA İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmanın ana amacı olan çocuk ihmali risk faktörlerinde ve hekimlerin çocuk ihmal farkındalığındaki 10 yıllık değişimi değerlendirmek için, çalışmamız kapsamında uygulanmış olan aile ve hekim anketinden elde edilen veriler 2012'de Dr. Gülay Kuş ve Prof. Dr. Betül Ulukol tarafından yapılmış 800 ebeveyn ve 15 çocuk hekimini içeren çalışmanın verileri ile karşılaştırılmıştır.

Ebeveyn anketlerinden elde edilmiş olan çocuk ihmali tipleriyle karşılaşılma sıklıklarına ait 2012 yılı ve 2022 verileri Tablo 6.39'de gösterilmiştir.

2012'de yapılan çalışmada duygusal ihmal çalışmaya dahil edilmediğinden karşılaştırmaya katılmamıştır.

Tablo 6.39. Çocuk ihmali göstergelerinin alt tiplere göre dağılımı, 2012 ve 2022 yıl verilerinin karşılaştırması

İhmal Tipleri	**2012**	**2022**
Sağlık İhmali	%78,5	%82,8
Güvenlik İhmali	%8,5	%22,2
Beslenme ihmali	%27,6	%16,6
Hijyen İhmali	%2,1	%0
Gelişimin Desteklenmesi ihmali	%24,1	%33,1
Eğitim İhmali	%76,5	%74,8
Sosyal Desteğin İhmali	%55,5	%48,7

Bu çalışmaya göre çocuklarda son 10 yılda en az bir alanda sağlık ihmali göstergesi olma sıklığında %4,3, en az bir alanda güvenlik ihmali göstergesi olma sıklığında %13,7 ve en az bir alanda gelişimin desteklenmesi ihmali göstergesi olma sıklığında %9 artış olduğu görülmüştür. Bunun yanında en az bir alanda beslenme ihmali göstergesi olma sıklığında %11,6 ve en az bir alanda sosyal destek ihmali göstergesi olma sıklığında %6,8 azalma olduğu belirlenmiştir. Eğitim ihmali göstergesi olma sıklığında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hekim anketlerinden elde edilmiş olan ÇKKM ile ilgili eğitime katılma durumları, mezun oldukları üniversitede ve aktif çalışmakta oldukları kurumda ÇKKM ile ilgilenen bir ekibin bulunma durumu, ihmalden şüphelenme ve ihmali bildirmeye ait 2012 yılı ve 2022 yılı verileri Tablo 6.40'da gösterilmiştir.

Tablo 6.40. Hekim özelliklerinin 2012 ve 2022 yıl verilerine göre karşılaştırması

	2012	**2022**
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir eğitime katılmış olan	%20	%63,2
Mezun olunan tıp fakültesinde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekibin olduğu	%73,3	%42,1
Çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekibin olduğu	%80	%73,7
Son 1 haftada bakılan hastalardan en az birinde ihmalden şüphelenen	%26,6	%42,1
İhmal şüphesi halinde herhangi bir girişimde bulunan	%0*	%25*

Yıllar arasında karşılaştırmaya bakıldığında hem mezun olunan üniversitelerde hem de aktif çalışılmakta olan merkezlerde çocuk istismar ve ihmaliyle ilgilenen ekip varlığında azalma olduğu görülmüştür.

Hekimlerin çocuk ihmaline ilişkin eğitim alma oranlarında %43,2 ile belirgin artış olduğu ve hekimlerin çocuk ihmali farkındalığında %15,5 artış olduğu gösterilmiştir. 2012'de yapılan çalışmada ihmalden şüphelenen hekimlerin hiçbirinin bildiri için girişimde bulunmadığı, çalışmamızda ise ihmal şüphesi olan hekimlerin 2'sinin girişimde bulunduğu görülmüştür.

7. TARTIŞMA

Çocuk ihmali, diğer ÇKKM formlarına göre prevelansı daha yüksek olan, çocuk sağlığı ve gelişimine olan olumsuz etkisi en az diğer kötü muameleler kadar yüksek olmasına rağmen diğer ÇKKM tiplerine göre hem bilimsel hem de toplumsal olarak daha az önem verilen bir durumdur (26).

İhmalin açıklanması zor bir kavram olması hem Türkiye'de hem dünyada tanısının zor konulmasına neden olmakla birlikte ihmalin istismar kavramı yerine yanlış şekilde kullanımına yol açmaktadır (27, 28).

Çocuk ihmalinin birçok alt tipi olmasına rağmen en sık karşılan tipleri duygusal ihmal, fiziksel ihmal (güvenlik, hijyen, gözetim, beslenme...), sağlık ihmali, sosyal destek ihmali ve eğitim ihmalidir. İhmal, çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerinde önemli ve uzun vadeli kötü etkilere neden olabilmektedir. 2006 yılında yapılan bir çalışmaya göre, çocuklarda kötü muameleden kaynaklanan ölümlerin %1.9'unda tıbbi ihmal olmak üzere, %74'ünün ihmal sonucu gerçekleştiği tahmin edilmektedir (57). Bu ölümlerin çoğu yetersiz gözetimden kaynaklanarak, boğulma veya yangın gibi nedenler sonucu gerçekleşmiştir. Çocuk ihmaline neden olabilecek risk faktörlerini ve etkilerini bilmek, ihmal riskini belirleyerek yüksek riskli çocukların ve ailelerinin uygun bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmek aynı zamanda çocuk ihmalinin tekrarını önlemek için çok önemlidir (26).

Sarı ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınlanmış olan ÇKKM'ye ilişkin son 10 yılda yapılan sistematik derlemeleri değerlendirdiği çalışmada yayınların yalnızca %4'ünün sadece ihmale ilişkin olduğu, %96 'sının ise istismar/ihmal veya sadece istismara dair araştırmalardan oluştuğu gösterilmiştir (83). Küçükoğlu ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı son 5 yılda Türkiye'de ÇKKM'ye ilişkin yapılan çalışmalar incelenmiş ve çalışmaların çoğunun çocuk ihmali ve istismarının birlikte araştırıldığı aynı zamanda çalışmaların çoğunun deneysel değil de tanımlayıcı vasıfta olduğu görülmüştür (84). Literatüre bakıldığında ÇKKM ilişkili çalışmaların genel olarak ''çocuk istismarı ve ihmali'' başlığı altında yapıldığı, tek başına çocuk istismarını araştıran birçok çalışma olmasına rağmen yalnızca çocuk ihmalini araştıran çalışmaların azınlıkta olduğu görülmüştür. Çocuk ihmalinin sıklığı düşünüldüğünde bu sonuçlar ihmal kavramının akademik camiada gerekli önemi görmediğini düşündürmektedir.

Bu araştırma çocuk ihmaline neden olabilecek risk faktörlerini sorgulamayı, hekimlerin çocuk ihmali farkındalığını değerlendirmeyi ve elde edilen verileri 2012 yılında yapılmış olan

benzer çalışmanın sonuçları ile karşılaştırarak son 10 yıldaki değişimi değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın amacına yönelik; hekimlere hekimlerin sosyodemografik özelliklerini, çocuk ihmaline ilişkin eğitim alma ve ihmalden şüphelenme durumlarını sorgulamak için hazırlanmış olan hekim anketi, ebeveynlere ise ailelerin sosyoekonomik durumları, sosyodemografik özellikleri ve çocuk ihmaline ilişkin göstergeleri bulundurma durumunu değerlendirmek amacıyla aile anketi uygulanmıştır. Ailede çocuk ihmaline ilişkin rişk faktörünün bulunma durumu ebeveynlerin verdikleri yanıtlara göre değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamında ebeveynlere yönelik oluşturulmuş anketlere göre çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuklarından %82,8'inde sağlık ihmaline, %22,2'sinde güvenlik ihmaline, %22,8'sinde beslenme ihmaline, %33,1'inde gelişimin desteklenmesi ihmaline, %74,8'inde eğitim ihmaline, %48,7'sinde sosyal destek ihmaline ve %54,3'ünde ise duygusal ihmale ilişkin göstergelerin bulunduğu saptanmıştır. Tüm ihmal tipleri açısından değerlendirildiğinde ebeveynlerin %96,3'ünde en az bir ihmal göstergesinin olduğu belirlenmiştir.

İhmal alt tipleri ile çocuğa ait risk faktörleri değerlendirildiğinde prematürite ile sağlık ihmali, çocukta kronik hastalık olması ile beslenme ihmali, çocuğun hastanede yatış öyküsünün olması ile beslenme ve eğitim ihmali arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Aileye ait ihmal risk faktörlerinden ise ailenin çocuk sayısının 3 ve üzerinde olması, evde psikiyatrik rahatsızlığı olan birey bulunması, ailede sigara içen birey varlığı, ebeveynin öğrenim durumu ve geniş aile yapısı dikkate alınarak incelenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarına göre ailenin çocuk sayısının 3 ve üzerinde olmasının gelişimin desteklenmesi ve sağlık ihmalinde, ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan birey varlığının beslenme, gelişimin desteklenmesi ve duygusal ihmalde, ailede sigara içen bireyin olmasının güvenlik, sosyal destek ve duygusal ihmalde, ebeveynin eğitim durumunun ilköğretim mezunu ve altında olmasının duygusal ihmalde risk artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda, ailenin gelir düzeyinin düşük olmasının (asgari ücretin altında) ise beslenme ihmali, fiziksel ihmal, sosyal destek ihmali ve duygusal ihmal için anlamlı risk faktörü olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızda tüm çocuk ihmali formlarının sıklığında cinsiyetler arasında fark olmadığı görülmüştür. Çocuk ihmalinin alt tiplerine bakıldığında ise kız çocuklarda sağlık ihmalinin, erkek çocuklarda ise eğitim ihmalinin daha sık olduğu gösterilmiştir. Diğer ihmal tiplerinde cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Strathearn ve arkadaşlarının 2020 yılında yayınlanan Avusturalya'da yaşayan 7214 çocuğun doğumdan itibaren 21 yıllık takibi ile yaptığı çalışmada, çocukların %3,7'sinin (n:269)

ihmale maruz kaldığı gösterilmiştir (66). Çalışmamızda ebeveynlerin verdikleri yanıtlara göre bu oran Strathern ve arkadaşlarının çalışmasına göre çok yüksektir. Bu durum Türkiye'de hem çocuk yetiştirme becerisinin hem de çocuk ihmaline ilişkin farkındalığın birinci dünya ülkelerinden olan Avustrulya'ya göre yetersiz kalması kaynaklı olabilir.

Zhao ve arkadaşları tarafından 2009-2011 yılları arasında yapılmış olan ve 2017 yılında yayınlanan Çin'de Anhui bölgesinin kırsal kesiminde yaşayan 7-16 yaş arasındaki 816 çocuğun 3 yıllık takibini içeren çalışmada çocuk ihmalinin oranının yıllar arasında sırasıyla %67,8 (2009), %56,6 (2010), %57,7 (2011) olarak değiştiği ve erkek çocuk olmanın ihmal riskini arttırdığı gösterilmiştir (85). Çocukların izlem sonuçlarının değerlendirildiği bu çalışmalarla bizim yaptığımız çalışmanın yöntem olarak farklı olması, yalnızca ebeveynlerin ifadesine dayanması ve farklı toplumlarda yapılması nedeniyle çalışmaları karşılaştırmak mümkün değildir. Bununla birlikte Zhao ve arkadaşlarının çalışma sonuçları da ihmal sıklığının hiç de azımsanmayacak boyutta olduğunu göstermektedir.

Li ve arkadaşlarının 2012-2013 yılları arasında Çin'in kırsal kesiminde toplam 4131 çocuk ile yaptığı randomize anket çalışmasında çocukların %55,5'inin çocuk ihmaline uğradığı belirlenmiştir (56). Bu çalışma yöntem olarak bizim çalışmamıza benzemekle birlikte soru alanları ve sorgulanan ihmal alanları farklı olduğu için çalışmamızın sonucuyla doğrudan karşılaştırılamaz. Bununla birlikte Türkiye'de çocuk ihmali riskinin Çin'in kırsal kesiminde oldıuğu gibi yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Araştırmamızda Zhao ve arkadaşlarının çalışmasından farklı ve Li ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olarak çocuk ihmali ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç da araştırmaların farklı toplumlarda yapılmış olmasına bağlı olabilir.

Fortin ve arkadaşlarının 2016 yılında Philedelphia'da yaptığı, sağlık ihmali nedeniyle çocuk koruma servisine bildirilmiş 154 çocuğu içeren çalışmasında çocukların %91'inin kronik hastalığının olduğu ve bu hastaların %7,1'inde prematür doğum öyküsü olduğu görülmüştür (40). Çalışmamızda ebeveynlerin verdiği yanıtlara göre en az 1 alanda sağlık ihmaline ilişkin göstergesi olanların %15,8'inde prematür doğum öyküsü olduğu, %11,8'inde kronik hastalık öyküsü olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda çalışmamızda prematür doğum öyküsü olanlarda 7 kat daha fazla sağlık ihmali riski olduğu saptanmıştır. Fortin'in ve bizim çalışmamızdaki prematür doğum öyküsü ile sağlık ihmali arasındaki anlamlı ilişki, prematür doğan çocuklarda erken temasın yapılamamış olması ve bu nedenle ebeveyn ile çocuğun ilişkisinin kurulamaması ile ilişkilendirilebilir. Fortin ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık ihmali nedeniyle sosyal hizmetlere bildirilmiş olan çocukların çoğunun kronik hastalığının olmasının sebebinin

Amerika'da sağlık hizmetlerinin ücretli olması nedeniyle ailelerin hastaneye başvurmaktan çekinmesi olabileceği düşünülmüştür.

Stith ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı fiziksel istismar ve çocuk ihmaline ilişkin risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları 155 literatür çalışmasının dahil edildiği meta analiz çalışmasında çocuk ihmaline ilişkin 22 farklı risk faktörünün etki büyüklüğü değerlendirilmiştir (53). Değerlendirilen aileye ait risk faktörleri çocuk-ebeveyn ilişkisi, ebeveynin çocuğunu bir problem olarak görmesi, plansız gebelik, ebeveynlik davranışları, ebeveynin özgüven durumu, ebeveyn olma stresi, ebeveynin anksiyete/depresyon/agresif davranış tutumu göstermesi, işsizlik, ebeveynin cinsiyeti ve yaşı, sosyoekonomik durum, çekirdek ailenin kalabalıklığı, aile içi şiddet ve evde üvey birey varlığı; çocuğa ait risk faktörleri ise çocuğun cinsiyeti, yaşı, sosyal becerisi, prenatal/natal sorun varlığı ve engellilik durumudur. Bu meta analiz çalışmasında çocuk ihmaline ait risk faktörlerinden ebeveyn ile çocuk ilişkisinin, ebeveynin çocuğunu problem olarak görmesinin, ebeveynin stres düzeyi, ebeveynin öfke durumu ve özgüveninin geniş etki büyüklüğü olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda Stith ve arkadaşlarının çalışmasında çocuk ihmali ile çocuk yaşı ve çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı ilişki olmadığı gösterilmiştir. Çalışmamızda sorguladığımız yöntemin ve parametrelerin bu meta analiz çalışmasından farklı olması nedeniyle karşılaştırma yapılamamış olsa da Stith ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da çocuk ihmali ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Brown ve arkadaşlarının yaptığı ÇKKM risk faktörlerinin araştırılması amacıyla 1998 yılında yayınlanmış olan New York'ta yaşayan 644 ailenin katıldığı 17 yıllık prospektif çalışmada sosyoekonomik durumun düşük olması, ebeveynin eğitim düzeyinin düşük olması ve kalabalık çekirdek aileye sahip olmanın çocuk ihmaliyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (86). Araştırmamızda bu çalışma ile uyumlu olarak çocuk sayısının 3 ve üzerinde olmasının sağlık ihmali ve gelişimin desteklenmesi ihmali ile, ebeveynin eğitim düzeyinin düşük olmasının ise duygusal ihmalle anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Brown ve arkadaşlarının çalışmasında belirtilen risk faktörleriyle ihmalin alt tipleri arasındaki ilişki araştırılmamış olsa da, ailenin sosyoekonomik durumu, ebeveynin eğitim düzeyi ve kalabalık çekirdek aile olma durumu çalışmamızda da gösterildiği gibi ihmal olasılığını arttırabilmektedir.

Mennen ve arkadaşlarının 2010 yılında Los Angeles'ta yaptığı, sosyal hizmet birimine ÇKKM nedeniyle bildirilmiş olan 9-12 yaşları arasında olup benzer bölgelerde yaşayan 303 çocuğu içeren çalışmasında, çocukların %76'sının ihmal edildiği, bu çocuklar arasında en sık karşılaşılan ihmal tipinin gözetim ihmali (%72,5) olduğu, %23,2'sinin sağlık ihmaline ve

%30,8'inin eğitim ihmaline uğradığı görülmüştür (29). Mennen ve arkadaşlarının çalışmasının önemli sonuçlarından biri ise ihmale uğrayan çocukların diğer kötü muamele tiplerine uğrama olasılıklarının ihmale uğramayanlara göre belirgin çok daha yüksek olmasıdır. Bu çalışmanın yapıldığı popülasyonun çalışmamızdan farklı olması nedeniyle karşılaştırılma yapılamamış olsa da Mennen ve arkadaşlarının çalışması çocuk ihmalini erken tanımanın diğer ÇKKM tiplerini önlemedeki önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda geniş aile olma durumunun güvenlik ihmali olasılığını azalttığı görülmektedir. Bu durum çalışmada kullanılan geniş aile teriminin evde çekirdek aile harici birey varlığını tanımlaması nedeniyle evde çocuğun gözetimini sağlayan ek aile bireylerin varlığına bağlı olabilir. Araştırmamızda çocuğa ait özelliklerden hastanede yatış öyküsü bulunması durumunun eğitim ihmali olasılığını azalttığı görülmektedir, bu durumun çocuğun hastanede yatmış olmasının ailenin çocukla daha fazla ilgilenmesine neden olması kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Çocuk ihmalinin uzun dönemde en sık psikososyal, davranışsal ve yürütücü alanlarda olmak üzere birçok yan etkisi olduğu bilinmektedir. Ülkenin geleceğinin yapıtaşı olan çocukların her alanda sağlıklı birey olarak yetiştirilmesi için çocuklarla profesyonel olarak etkileşime giren sağlık çalışanlarının ve özellikle çocuk doktorlarının, çocuk ihmalinin klinik göstergeleri, müdahale prosedürleri ve önleme hakkında yeterli farkındalık ve eğitiminin sağlanması çok önemlidir.

Hekimler için hazırlanan anketler değerlendirildiğinde hekimlerin %42,1'inin 1 haftada baktıkları hastaların en az birinde çocuk ihmalinden şüphelendiği, şüphelenen hekimlerden ise yalnızca 2'sinin bu durumu bildirmek için herhangi bir girişimde bulunduğu görülmüştür.

Çalışmamız kapsamında uygulanmış olan aile ve hekimler için hazırlanan anketlerin verileri 2012 yılındaki çalışma ile karşılaştırıldığında sağlık ihmali olasılığında %4,3 artış, güvenlik ihmali olasılığında %13,7 ve gelişimin desteklenmesi ihmalinde %9 artış olduğu ve eğitim ihmali olasılığında değişiklik olmadığı görülmüştür. Bu durum teknolojinin ilerlemesiyle bilgiye erişim kolaylığına rağmen ebeveynler tıbbi ve duygusal olarak ''sağlıklı çocuk yetiştirme'' farkındalığının yeterli düzeyde olmadığını, sağlık sisteminde ve sosyal hizmet sunumunda ailelere yeterli destek ve bilgi paylaşımında bulunulmadığını düşündürmektedir. Bunun yanında beslenme ihmalinde %11,6 azalma görülmüş olup bu durum aile hekimlerinin sağlıklı çocuk izleminin artması ve çocuk hekimlerinin özellikle süt

çocukluğu döneminde beslenme sorgusu ve ailenin beslenme hakkındaki bilgilendirmesinin önemindeki farkındalığın artışıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda son 10 yılda hekimlerin ÇKKM'ye ilişkin eğitime katılmış olma durumunda %43,2'lik artış olduğu gösterilmiştir. 2012 yılında yapılmış çalışmada ihmalden şüphelenen hekimlerin hiçbiri bu durumla ilgili girişimde bulunmamışken, çalışmamızda ihmalden şüphelenen hekimlerin 2'sinin bu durumu bildirmek için girişimde bulunduğu, bildirmek için ise adli rapor tutma veya aileyi sosyal hizmetlere yönlendirmeyi uygun gördükleri görülmüştür.

Kara ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çocuk hekimleri ve aile hekimlerinin ÇKKM'ye ilişkin farkındalık ve yaklaşımlarını araştırmak için yapılmış olan 550 hekimin katıldığı çalışmada hekimlerin yeterli bilgi ve farkındalık düzeyinde olmadığı gösterilmiştir (76). Gölge ve arkadaşlarının 2012 yılında sağlık çalışanlarının ÇKKM bilgi ve yönetimine ilişkin yaptığı çalışmada, hekimlerin eğitim sıklığında artış olmasına rağmen %86,5'unun ÇKKM ile ilgili daha fazla eğitime ihtiyaç duyduklarını düşündüklerini, %70,9'unun ÇKKM olgusu veya şüphesiyle karşılaştıklarında nasıl bir prosedür izleyeceklerini bilmedikleri görülmüştür (87). Metinyurt ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin %68,2'sinin ÇKKM'ye ilişkin olan eğitimlerini yeterli bulmadıkları, profesyonellerin hepsinin istismar durumunda bildirimde bulunmak istedikleri ancak yarısından fazlasının bildirimin yasal süreci açısından zorlandıkları görülmüştür (77).

Araştırmamızda son 10 yılda hekimlerin ÇKKM'ye ilişkin eğitim alma durumunda ve ihmalden şüphelenme durumunda artış olmasına rağmen, bildirim oranlarının çok az olduğu görülmektedir. Bu durum Metinyurt ve arkadaşlarının çalışmasında gösterildiği gibi hekimlerin aileyi zor durumda bırakmaktan çekinmesi, bildiri yapması durumunda kendisine yasal yükümlülük verileceği kaygısı veya bildiri için yapması gerekenleri bilmemesi kaynaklı olabilir. Gölge ve Kara'nın yaptığı çalışmalar hekimlerin ÇKKM'ye ilişkin eğitimlerini ve bilgi düzeylerini yetersiz bulduğunu göstermiştir. Çocuk ihmaline ilişkin farkındalığın az olmasının önüne geçebilmek için hekimlerin çocuk ihmalinin tanımı ve risk faktörleri açısından eğitilmesi yanında, hekimlere bildirimin nasıl ve nereye yapılacağı, hangi yolların kullanılması gerektiği, yasal boyutları ve ailelerin bu durumdan nasıl etkilendiğiyle ilgili de eğitim verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Narayan ve arkadaşlarının 2004-2005 yılları arasında Kuzey Carolina'da yaptığı, pediatri asistanlarının ÇKKM'ye yönelik bilgilerinin değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada

203 kıdemli asistanın verileri değerlendirilmiş ve çoğu hekimin asistanlığı bitirdiği dönemde ÇKKM'ye ilişkin sınırlı bilgiye sahip oldukları, eğitim döneminde ÇKKM'ye ilişkin zorunlu rotasyonları olmadığı, ÇKKM'ye ilişkin rotasyonu olan eğitim birimlerinde ise hekimlerin %77'sinin bu rotasyonu seçmediği görülmüştür. Aynı zamanda eğitim veren birimlerde daha çok fiziksel ve cinsel istismar öğretildiği, çocuk ihmaline ilişkin eğitim programlarının az sayıda olduğu gösterilmiştir (88). Gölge ve Kara'nın çalışmalarının Türkiye'deki hekimlerin de ÇKKM'ye ilişkin eğitim seviyesini yetersiz bulduğu göz önüne alındığında çocuk ihmaline dair verilen eğitimin yalnızca Türkiye'de değil, dünyada da ihmal edildiği düşünülebilir.

Çocuk ihmali pasif doğası gereği zor fark edilen, çoklu risk faktörlerini içerisinde barındıran ve en sık karşılaşılan çocuğa karşı kötü muamele tipidir. Kısa ve uzun dönem kötü etkileri olması nedeniyle çocuk ihmaline karşı birincil koruma ve risk faktörlerinin değerlendirme çok önemlidir. Bu süreçte hekimlerin rolü hayati önem taşımaktadır. Birincil koruma ailelere ebeveynlik eğitimleri verilmesi, devlet tarafından oluşturulmuş eğitimli ekipler tarafından risk faktörü barındıran ailelerin çocuk sahibi olması halinde eve düzenli ziyaret sağlanması ile yapılabilmektedir. Çocuk ihmalini belirlemede en önemli basamak durumdan şüphelenmektir ve şüphelenebilmek için hekimlerin çocuğa, aileye ve çevreye ait risk faktörlerini ve şüphe halinde hangi yollara başvurmaları gerektiklerini bilmeleri gerekmektedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk ihmaline ilişkin risk faktörleri ve hekimlerin çocuk ihmaline ilişkin farkındalığındaki son 10 yıllık değişimi değerlendirmek için yapılmış olan çalışma 2 aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada 495 ebeveyne aileler için hazırlanmış 89 soruluk anket ve 19 çocuk hekimine hekimler için hazırlanmış 14 soruluk anket uygulanmıştır. Çocuk hekimlerine sosyodemografik özellikleri ve son 1 haftada görev yaptıkları çocuk polikliniğinde değerlendirdikleri çocuklarda çocuk ihmali düşünüp düşünmedikleri ve düşünmeleri halinde bildirim için hangi yolları kullandıkları sorulmuştur. Ebeveynlere ise aileye ve çocuğa ait risk faktörlerini değerlendirebilmek için ailenin sosyodemografik özellikleri, sosyoekonomik durumu, muayeneye getirdikleri çocuğun doğum, beslenme, eğitim, günlük yaşantısına ait sorular sorulmuştur. Yanıtlara göre çocuğa ait sağlık, eğitim, sosyal destek, beslenme, güvenlik, gelişimin desteklenmesi ve duygusal ihmale dair risk faktörleri varlığı belirlenmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında ilk aşamadan elde edilen veriler 2012 yılında Prof. Dr. Betül Ulukol danışmanlığında Dr. Gülay Kuş tarafından yapılmış olan benzer çalışmayla karşılaştırma yapılarak son 10 yıldaki çocuk ihmali alt tiplerinin sıklığındaki ve hekimlerin çocuk ihmalini saptama durumundaki değişim belirlenmiştir.

Çocuk ile ilişkili risk faktörleri ile sağlık ihmali, beslenme ihmali, güvenlik ihmali, gelişimin desteklenmesinin ihmali, eğitim ihmali, sosyal destek ihmali ve duygusal ihmal arasındaki ilişkiye dair sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

- Prematür doğum öyküsü varlığının en az bir alanda sağlık ihmali olma riskini 7 kat arttırdığı saptanmıştır.

- En az bir alanda beslenme ihmali olma riskini kronik hastalık varlığının 2,7 kat, ciddi hastalık geçirmiş olmanın 2,8 kat ve hastanede yatış öyküsü olmasının ise 2,4 kat arttırdığı gösterilmiştir.

- Hastanede yatış öyküsü olmasının en az bir alanda eğitim ihmali olma riskini azalttığı saptanmıştır.

- Çocuğa ait risk faktörleriyle güvenlik ihmali, gelişimin desteklenmesi ihmali, sosyal destek ihmali ve duygusal ihmal arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

- Kız çocuklarda sağlık ihmalinin, erkek çocuklarda ise eğitim ihmalinin daha sık olduğu gösterilmiştir. Diğer ihmal tiplerinde cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Aile ile ilişkili risk faktörleri ile sağlık ihmali, fiziksel ihmal, gelişimin desteklenmesinin ihmali, eğitim ihmali, sosyal destek ihmali ve duygusal ihmal arasındaki ilişkiye dair sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

- Ailede 3 veya daha fazla çocuk varlığının en az bir alanda sağlık ihmali olma riskini 4,4 kat arttırdığı saptanmıştır.
- Ailede psikiyatrik hastalığı olan birey olması halinde en az bir alanda beslenme ihmali olma riskinde 4,6 kat artış olduğu gösterilmiştir.
- En az bir alanda güvenlik ihmali olma riskini geniş aile olma durumunun 1,7 kat azalttığı, ailede sigara kullanan birey varlığının 1,6 kat arttırdığı saptanmıştır.
- En az bir alanda gelişimin desteklenmesi ihmali olma riskini çocuk sayısının 3 ve üzeri olmasının 1,6 kat, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığının ise 3,2 kat arttırmakta olduğu gösterilmiştir.
- Ailede sigara içen birey varlığının en az bir alanda sosyal destek ihmali olma riskini 1,5 kat arttırdığı saptanmıştır.
- En az bir alanda duygusal ihmal olma riskinin ailede sigara kullanan birey varlığında 1,9 kat, ailede psikiyatrik hastalığı olan birey varlığında 4,8 kat ve ebeveynin eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu veya daha düşük olması durumunda ise 2,1 kat artmakta olduğu gösterilmiştir.
- Aileye ait risk faktörleriyle eğitim ihmali arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.
- Aylık gelir düzeyi asgari ücretin altında olan ailelerde beslenme ihmali olma riskinde 2,1 kat, güvenlik ihmali olma riskinde 2 kat, fiziksel ihmal olma riskinde 2,6 kat, sosyal ihmal olma riskinde 1,8 kat ve duygusal ihmal olma riskinde 3 kat artış olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızın sonuçları 2012 yılında yapılmış olan çalışmayla karşılaştırıldığında son 10 yıldaki ihmal alt tiplerine ait risklerdeki değişime dair sonuçlar aşağıda gösterilmiştir:

- Son 10 yılda en az 1 alanda sağlık ihmali bulunma riskinde %4,3 artış olduğu saptanmıştır.

- Son 10 yılda en az bir alanda güvenlik ihmali bulunma riskinde %13,7 artış olduğu saptanmıştır.
- Son 10 yılda en az bir alanda gelişimin desteklenmesi ihmali bulunma riskinde %9 artış olduğu saptanmıştır.
- Son 10 yılda en az bir alanda beslenme ihmali bulunma riskinde %11,6 azalma olduğu gösterilmiştir.
- Son 10 yılda en az bir alanda sosyal destek ihmali bulunma riskinde %6,8 azalma olduğu gösterilmiştir.
- Son 10 yılda en az bir alanda eğitim ihmali bulunma riskinde anlamlı değişiklik olmadığı gösterilmiştir.

Hekimler için oluşturulmuş anketler değerlendirildiğinde, hekimlerin çocuğa karşı kötü muamele konusunda eğitim alma oranının 2 kat arttığı gösterilmiştir. Hekimlerin çocuk ihmalinden şüphelenme ve bildirim yapma oranında artış olduğu görülmüş olmasına karşın çocuk ihmaliyle karşılaşılma olasılığının yüksekliği göz önünde bulundurulduğunda, çocuk hekimlerinin ihmal farkındalığının çok az olduğu saptanmıştır.

Ülkenin ve dünyanın geleceği için ana yatırım olan çocukların her yönden sağlıklı bireyler olarak yetişebilmeleri için ÇKKM'nin en sık karşılaşılan ve en ihmal edilen tipi olan çocuk ihmalinin önüne geçilmelidir. Bu amaçla ebeveynlerin ve sağlık çalışanlarının çocuk ihmaline dair farkındalıkları ve bilgi düzeyleri arttırılmalıdır.

Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelere maddi destek sağlanmalıdır. Ailelere ebeveyn olmadan önce sağlıklı ve doğru şekilde çocuk yetiştirmeye ilişkin eğitim verilmelidir. Çocuğa ve aileye ait ihmale neden olabilecek ve kolay tanınan risk faktörleri belirlenmeli ve bu risk faktörlerini bulunduran, çocuğun ihmal edilme olasılığının yüksek olduğu ailelere ihmal durumunu değerlendirebilecek profesyonel ekiplerin düzenli ziyaret etmesi sağlanmalıdır.

Hekimlerin eğitim müfredatına çocuk ihmali koyulmalıdır. Hekimlere verilen ihmal eğitiminin yalnızca tanım ve risk faktörlerini değil, bildirim ve yasal süreci de içermesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda hekimler, muayeneye getirilen çocukları değerlendirirken çocuğun ebeveyn ve çevre ile olan iletişimini, ailenin çocuğa karşı olan tutumunu ve ebeveynlerin psikiyatrik durumunu da incelemeleri için teşvik edilmeli ve uygun ortam sağlanmalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Yörükoğlu, A., (1992), Değişen Toplumda Aile ve Çocuk, Özgür Yayın Dağıtım: İstanbul.

2. Erkut, Z., Balcı, S. & Yıldız, S (2017). Tarihsel Süreç İçinde Çocuk. Çocuk ve Medeniyet, 2 (3), 17-28 Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/cm/issue/57208/807856.

3. MARLOW, DOROTHY R. TEXTBOOK OF PEDIATRIC NURSING, MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing: January 1979 - Volume 4 - Issue 1 - p 16-56.

4. Topal Ş. Korumaya Muhtaç Çocukların Bakımı ve Gözetimi Açısından İslâm Hukûkunda Velâyet ve Vesâyet Yetkisi. Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi. 2006.

5. "Child Abuse—A History." Information Plus (R) Reference Series Spring 2005.. Encyclopedia.com. 21 Jun. 2022 <https://www.encyclopedia.com>.

6. Uğur ÇS. TÜRKİYE' DE ÇOCUK KORUMA POLİTİKALARI: SOSYAL VE EKONOMİK DESTEK HİZMETİNİN ROLÜ 2018.

7. Aksoy, İ (2011). Türklerde aile ve çocuk eğitimi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4 (16), 11-19.

8. The New York Society for the Prevention of Cruelty to Children - 125th Anniversary. 2000.

9. Watkins, Sallie A. "The Mary Ellen Myth: Correcting Child Welfare History." Social Work, vol. 35, no. 6, 1990, pp. 500–03. JSTOR, http://www.jstor.org/stable/23715954. Accessed 13 Jul. 2022.

10. HOWARD MARKEL MD. Case Shined First Light on Abuse of Children. The New York Times. 2009.

11. Lazoritz S. Whatever happened to Mary Ellen? Child Abuse & Neglect. 1990;14 (2):143-9.

12. Pandey, Carol. Humboldt Journal of Social Relations, vol. 8, no. 2, 1981, pp. 150–52. JSTOR, http://www.jstor.org/stable/23261605. Accessed 13 Jul. 2022.

13. Pleck, Elizabeth H (Elizabeth Hafkin). Domestic Tyranny : the Making of American Social Policy Against Family Violence from Colonial Times to the Present / Elizabeth Pleck. 1st Illinois ed. Urbana: University of Illinois Press, 2004. Print.

14. https://nyspcc.org/about-nyspcc/history/ [

15. Roche AJ, Fortin G, Labbé J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. Child Abuse Negl. 2005 Apr;29 (4):325-34. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.04.007. Epub 2005 Apr 26. PMID: 15917075.

16. Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K (2013). The battered-child syndrome. In R. D. Krugman & J. E. Korbin (Eds.), C. Henry Kempe: A 50 year legacy to the field of child abuse and neglect (pp. 23–38). Springer.

17. Postman N. The End of Education1995.

18. Güçlü, S (2016). ÇOCUKLUK VE ÇOCUKLUĞUN SOSYOLOJİSİ BAĞLAMINDA ÇOCUK HAKLARI. Sosyoloji Dergisi, (1ozel), 1-22. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosder/issue/40964/494723.

19. Kurt, S. "ÇOCUK HAKLARINA İLİŞKİN TEMEL ULUSLARARASI BELGELER VE TÜRKİYE UYGULAMASI". Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 0 (2016): 0-0.

20. Yolcuoğlu, D. İ. G. "Türkiye'de Çocuk Koruma Sisteminin Genel Olarak Değerlendirilmesi". Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 18 (2009): 43-58

21. Buck T. International Child Law,1st Edition2005.

22. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme [30.06.2022]. Available from: https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme

23. Marshall, Dominique. "The construction of children as an object of international relations: The declaration of children's rights and the child welfare committee of league of nations, 1900-1924." Int'l J. Child. Rts. 7 (1999): 103.

24. Kairys S. Child Abuse and Neglect: The Role of the Primary Care Pediatrician. Pediatr Clin North Am. 2020;67 (2):325-39.

25. Laskey A, Sirotnak A. Child abuse: medical diagnosis and management. Fourth edition. ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2020. xx, 1182 pages p.

26. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child Abuse Negl. 2018;77:198-210.

27. Kobulsky JM, Dubowitz H, Xu Y. The global challenge of the neglect of children. Child Abuse Negl. 2020;110 (Pt 1):104296.

28. Yıldız Yıldırım Ç, Ulukol B. Çocuk ihmali. Cantürk G, editör. Çocuk İstismarı ve İhmali. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.25-8.

29. Mennen FE, Kim K, Sang J, Trickett PK. Child neglect: definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. Child Abuse Negl. 2010;34 (9):647-58.

30. Dubowitz H, Pitts SC, Black MM. Measurement of three major subtypes of child neglect. Child Maltreat. 2004;9 (4):344-56.

31. Kantor GK, Holt MK, Mebert CJ, Straus MA, Drach KM, Ricci LR, et al. Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale-child report. Child Maltreat. 2004;9 (4):409-28.

32. Erickson MF, & Egeland, B (2002). Child neglect. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), The APSAC handbook on child maltreatment (pp. 3–20). Sage Publications, Inc.

.33. Scott D. Reporting Fatal Neglect in Child Death Review. Trauma Violence Abuse. 2020;21 (2):382-92.

34. Caroline B. R. Evans & David L. Burton (2013) Five Types of Child Maltreatment and Subsequent Delinquency: Physical Neglect as the Most Significant Predictor, Journal of Child & Adolescent Trauma, 6:4, 231-245.

35. Onat GaD, Hüsniye and Günaydın, Sevil and UĞURLU, Figen. Çocukluk Döneminde Yaşanan İhmal veya İstismarın Benlik Saygısına Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;3:9.

36. Ertem IO, Bingoler BE, Ertem M, Uysal Z, Gozdasoglu S. Medical neglect of a child: challenges for pediatricians in developing countries. Child Abuse Negl. 2002;26 (8):751-61.

37. Jenny C, Committee on Child A, Neglect AAoP. Recognizing and responding to medical neglect. Pediatrics. 2007;120 (6):1385-9.

38. Boos SC, Fortin K. Medical neglect. Pediatr Ann. 2014;43 (11):e253-9.

39. Parmeter J, Tzioumi D, Woolfenden S. Medical neglect at a tertiary paediatric hospital. Child Abuse Negl. 2018;77:134-43.

40. Fortin K, Kwon S, Pierce MC. Characteristics of Children Reported to Child Protective Services for Medical Neglect. Hosp Pediatr. 2016;6 (4):204-10.

41. Johnson CF. Medical neglect: a challenge in all countries. Child Abuse Negl. 2002;26 (8):747-9.

42. Van Wert M, Fallon B, Trocme N, Collin-Vezina D. Educational neglect: Understanding 20 years of child welfare trends. Child Abuse Negl. 2018;75:50-60.

43. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. Am Psychol. 1980;35 (4):320-35.

44. Cicchetti, D., & Rizley, R (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. New Direction for Child and Adolescent Development, 11, 31–55. http://dx.doi.org/10.1002/cd.23219811104.

45. Wolfe, D. A (1991). Preventing physical and emotional abuse of children. New York: Guilford Press.

46. Mackenzie MJ, Kotch JB, Lee LC. Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. Child Youth Serv Rev. 2011;33 (9):1638-47.

47. Clement ME, Berube A, Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. Public Health. 2016;138:86-92.

48. Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Feaver EA, Resnick MB, et al. Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. Child Abuse Negl. 2004;28 (12):1253-64.

49. Baldwin H, Biehal N, Allgar V, Cusworth L, Pickett K. Antenatal risk factors for child maltreatment: Linkage of data from a birth cohort study to child welfare records. Child Abuse Negl. 2020;107:104605.

50. Euser S, Alink LR, Pannebakker F, Vogels T, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IMH. The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. Child Abuse Negl. 2013;37 (10):841-51.

51. Dubowitz H. The families of neglected children. Parenting and child development in nontraditional families: Psychology Press; 1998. p. 335-54.

52. Sedlak AJ MJ, Basena M, Petta I, McPherson K,, Greene A LSFNISoC, Department AaNN-rtcUS, of Health and Human Services AfCa, Families W, DC.

53. Sandra M. Stith TL, L. Christopher Davies, Esther L. Boykin, Meagan C. Alder, Jennifer M. Harris, Anurag Som, Mary McPherson, J.E.M.E.G. Dees. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. 2009;Volume 14 (Issue 1):13-29.

54. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48 (3):345-55.

55. Klevens J, Ports KA, Austin C, Ludlow IJ, Hurd J. A cross-national exploration of societal-level factors associated with child physical abuse and neglect. Glob Public Health. 2018;13 (10):1495-506.

56. Li Q, Zhong Y, Chen K, Zhong Z, Pan J. Identifying risk factors for child neglect in rural areas of western China. Child Care Health Dev. 2015;41 (6):895-902.

57. 2008. USDoHaHSAoCYaFCmWDUSGPO.

58. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. Biol Psychiatry. 2004;56 (2):80-5.

59. Kendall-Tackett KA, Eckenrode J. The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: a developmental perspective. Child Abuse Negl. 1996;20 (3):161-9.

60. Wodarski JS, Kurtz PD, Gaudin JM, Jr., Howing PT. Maltreatment and the school-age child: major academic, socioemotional, and adaptive outcomes. Soc Work. 1990;35 (6):506-13.

61. Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH, Jr. Child neglect: outcomes in high-risk urban preschoolers. Pediatrics. 2002;109 (6):1100-7.

62. Hoffman-Plotkin D, Twentyman CT. A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. Child Dev. 1984;55 (3):794-802.

63. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. Child Abuse Negl. 2019;96:104082.

64. Lipschitz DS, Winegar RK, Nicolaou AL, Hartnick E, Wolfson M, Southwick SM. Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients. J Nerv Ment Dis. 1999;187 (1):32-9.

65. Mooney H: Less advantaged children are 17 times more at risk of unintentional or violent death than more advantaged peers. British Medical Journal 2101 341:c6795.

66. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. Pediatrics. 2020;146 (4).

67. Brown DW, Young KE, Anda RF, Felitti VJ, Giles WH. Re: asthma and the risk of lung cancer. findings from the Adverse Childhood Experiences (ACE). Cancer Causes Control. 2006;17 (3):349-50.

68. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. Circulation. 2004;110 (13):1761-6.

69. Dong M, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH, Anda RF. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into the causal pathway. Arch Intern Med. 2003;163 (16):1949-56.

70. statistics M. [30.06.2022]. Available from: https://americanspcc.org/child-maltreatment-statistics/.

71. Kuş GÇiyarfvhçiifbDtrfocnataot.

72. Çamurdan AÇİ, Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Çocuk İstismarını ve, İhmalini Önleme Derneği.

73. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. Pediatrics. 2009;123 (3):858-64.

74. Glasser S, Chen W. Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. Isr Med Assoc J. 2006;8 (3):179-83.

75. Kamiloglu M. Assessment of the level of knowledge, attitudes and behaviors of the family medicine assistants who work in Ankara on child abuse and neglect: Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı; 2018.

76. Kara O, Caliskan D, Suskan E. Comparison of the levels of knowledge and approaches in relation with child abuse and neglect in residents of pediatrics, pediatricians and practitioners working in the province of Ankara. Turk Pediatri Ars. 2014;49 (1):57-65.

77. Metinyurt HAIS, H. Y (2016). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri. Çocuk ve Medeniyet, 1 (1), 101-121. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/cm/issue/57206/807840.

78. Dubowitz H. Tackling child neglect: a role for pediatricians. Pediatr Clin North Am. 2009;56 (2):363-78.

79. Fortson BL, Klevens, J., Merrick, M. T., Gilbert, L. K., & Alexander, S. P (2016). Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities.Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

80. https://chronicleofsocialchange.org/news/new-study-points-to-danger-of- child-neglect/3934. HDNSptDoCNTCoSCRMF.

81. Friedman E, Billick SB. Unintentional child neglect: literature review and observational study. Psychiatr Q. 2015;86 (2):253-9.

82. DePanfilis D. Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment and Intervention: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau Office on Child Abuse and Neglect; 2006.

83. Yıldırım Sarı H, Ardahan Akgül E, Oztornacı B. Systematic reviews about child abuse and neglect in last 10 years. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15:501.

84. Küçükoğlu S KBHÇİvİTdYLT, Açısından Bir Bakış. Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi -.

85. Zhao F, Bi L, Chen MC, Wu YL, Sun YH. The prevalence and influencing factors for child neglect in a rural area of Anhui province: a 2-year follow-up study. Public Health. 2018;155:110-8.

86. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl. 1998;22 (11):1065-78.

87. Gölge ZB HN, & Türk B (2012). Assesment of Medical Staff Awareness About Child Abuse, and Neglect. J For Med, 86-96.

88. Narayan AP, Socolar RR, St Claire K. Pediatric residency training in child abuse and neglect in the United States. Pediatrics. 2006;117 (6):2215-21.

10. EKLER

EK-1 EBEVEYNLER İÇİN OLUŞTURULMUŞ ANKET FORMU

Sosyodemografik Bazı Özellikler ile İlgili Sorular:

1-Yaşınız ….....

2- Cinsiyetiniz □ Kadın □ Erkek

3- Eğitim düzeyiniz nedir?

□ Okur yazar değil □ Okur yazar □ İlköğretim mezunu

□ Lise mezunu □ Üniversite mezunu

4- Medeni durumunuz nedir?

□ Evli □ Bekar □ Ayrı yaşıyor

□ Boşanmış □ Eşi vefat etmiş

5- Evli iseniz evlilik durumunuz nedir?

□ Resmi nikahlı □ Birlikte yaşıyor □ İmam nikahlı

6- Kaç yaşında anne-baba oldunuz ?.....

7- Kaç çocuğunuz var? ….....

8- Evinizde kaç kişi ile birlikte yaşıyorsunuz? ….....

9- Birlikte yaşadığınız kişiler kimler ?….....

10- Evde üvey anne/baba/çocuk var mı ? □ Var □ Yok

11- Eğer üvey birey varsa bunlar kim veya kimler?..…

□ Anne □ Baba □ Çocuk

□ Amca/Dayı □ Teyze/Hala □ Büyükanne □ Büyükbaba

12- Mesleğiniz nedir?….....…

13- Çalışma durumunuz nedir?

□ İşsiz □ Daimi geliri olan işte çalışıyor □ Daimi geliri yok

□ Emekli □ Ev hanımı □ Diğer.....

14- Aylık elinize geçen para miktarı ne kadar?

□ 3000 TL altında □ 3001-4300 TL □ 4301-7000 TL

□ 7001 TL üstünde □ Bilmiyorum

15- Maaş dışında herhangi bir yerden ek geliriniz var mı? □ Var □ Yok

16- Aylık gelirinizden ne kadarını gıda için ayırırsınız?

□ 750 TL ve altı □ 751-1000 TL □ 1001-1550 TL □ 1551-2000 TL

□ 2001 TL ve üstü

17- Sağlık sigortanız var mı?

□ Genel sağlık sigortası □ Özel sağlık sigortası □ Yok

18- Aylık gelirinizden ne kadarını çocuklarınıızın eğitimi için ayırırsınız?

□ 250 TL ve altı □ 251-500 TL □ 501-750 TL □ 751-1000 TL □ 1001 TL ve üstü

19- Aylık gelirinizden ne kadarını giyim için ayırırsınız?

□ 250 TL ve altı □ 251-500 TL □ 501-750 TL □ 751-1000 TL □ 1001 TL ve üstü

20- Aylık gelirinizden ne kadarını gazete, dergi, kitap almak ve sinema-tiyatroya gitmek gibi aktivitelere ayırırsınız?

□ 150 TL ve altı □ 151-300 TL □ 301-550 TL □ 551-750 TL

□ 751 TL ve üstü

21- Nasıl bir evde yaşıyorsunuz?

□ Müstakil ev □ Apartman dairesi □ Gecekondu □ Kadın sığınma evi □ Kurum

22- Eviniz size mi ait yoksa kira mı?

a) Kendi evimiz b) Kira

Eğer kirada oturuyorsanız aylık gelirinizden ne kadarını barınma için ayırırsınız?

□ 750 TL ve altı □ 751-1500 TL □ 1501-2000 TL □ 2001-3000 TL

□ 3001 TL ve üstü

23- Neyle ısınıyorsunuz?

□ Soba □ Kalorifer □ Elektrikli ısıtıcı

24- Evinizde televizyon var mı?

□ Yok □ 1 tane □ 2 tane □ 3 veya daha fazla

Bu bölümde bugün muayeneye getirdiğiniz çocuğunuzla ilgili bilgiler sorulacaktır

25- Çocuğunuzun yaşı ….....

26- Çocuğunuzun cinsiyeti …..... □ Kız □ Erkek

27- Çocuğunuzun kaç haftalık doğdu?.....

28- Çocuğunuzun doğum ağırlığı nedir? ….....

29- Çocuğunuzun kendine ait odası var mı? □ Evet □ Hayır

30- Çocuğunuz odasını kimseyle paylaşıyor mu? □ Evet □ Hayır

31- Çocuğunuzun süreğen bir hastalığı var mı? □ Var □ Yok

32- Eğer çocuğunuzun süreğen hastalığı varsa bunu belirtiniz ….....

33- Çocuğunuz şimdiye kadar önemli bir hastalık geçirdi mi? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘evet’ ise hangi hastalık/hastalıklar.....

34- Çocuğunuz şimdiye kadar hastanede yattı mı? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘evet’ ise kaç yaşında, neden.....

35- Çocuğunuzun hastalandığında bir sağlık kuruluşuna ne zaman götürürsünüz?

□ Hasta olduğunu fark eder etmez hemen götürürüm

□ Hastalandığı gün □ Birkaç gün içinde düzelebileceğini düşünüp beklerim

□ 1 hafta içinde düzelmezse götürürüm □ Götürmem

36- Evde ateş ölçmek için termometre var mı? □ Var □ Yok

37- Çocuğunuzun ateşi kaç dereceye çıktığında doktora götürme ihtiyacı duyarsınız?….....

38- Evde çocuğunuz için ateş düşürücü bulundurur musunuz?

□ Evet □ Hayır

39- Çocuğunuzu sağlık takibini yaptırmak amacıyla doktora götürür müsünüz?

□ Evet □ Hayır

40- Çocuğunuzun aşılarını nerde yaptırıyorsunuz?

□ Aile hekimliğinde □ Hastanede □ Özel poliklinikte

41- Çocuğunuzun aşı kartı var mı? □ Var □ Yok

42- Çocuğunuza gün içinde kim bakıyor?

□ Anne □ Baba □ Akrabalar □ Bakıcı

□ Kreşe gidiyor □ Okula gidiyor □Diğer.....

43- Evden herhangi bir iş için bir süreliğine ayrılmanız gerektiğinde çocuğunuza kim bakıyor?

□ Eşiniz □ Akraba □ Abla-ağabey □ Bakıcı □ Yalnız bırakırım

44- Çocuğunuzun bakımında babası size yardım eder mi? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘ evet ’ ise çocuğunuzun bakımında babası size hangi konularda yardım ediyor?.....

Soruları yanıtlayan baba ise:

Eşinize çocuğunuzun bakımında yardım eder misiniz? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘ evet ’ ise çocuğunuzun bakımında eşinize hangi konularda yardım edersiniz?.....

45- Çocuğunuz anne sütü aldı mı? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘ evet ‘ ise ne kadar süre anne sütü aldı….....

46- Çocuğunuza ne zaman ek gıda vermeye başladınız?.....

47- Çocuğunuz şu anda nasıl besleniyor?

□ Anne sütü □ Anne sütü + ek gıda □ Erişkin tipi beslenme

48- Çocuğunuz günde kaç öğün yemek yiyor?.....

49- Çocuğunuz sabah kahvaltı yapar mı? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘evet’ ise kahvaltıda neler yer.....

50- Çocuğunuzu ne sıklıkta banyo yaptırırsınız? □.../hafta □.../ay

51- Evinizin bulunduğu mahalle çocuğunuzun rahatça oyun oynayabilmesine imkan veriyor mu? □ Evet □ Hayır

52- Çocuğunuzun oyun ortamını tarif edermisiniz...

53- Çocuğunuz şimdiye kadar hiç hastaneye gelmeyi gerektirecek boyuttta kaza yada yaralanma geçirdi mi? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘evet’ ise kaç kez, ne şekilde ve nerede geçirdi?.....

54- Evinizde kullandığınız ilaç, deterjan, böcek öldürücü ilaçları nerde muhafaza edersiniz?....

55- Çocuğunuz hiç evde bulunan bir ilacı yanlışlıkla içip zehirlendi mi?.....

56- Aile bireylerinden sigara kullanan kimse var mı? □ Evet □ Hayır

57- Aile bireylerinden alkol bağımlısı olan kimse var mı? □ Evet □ Hayır

58- Aile bireylerinden uyuşturucu madde bağımlısı olan kimse var mı? □ Evet □ Hayır

59- Evinizde psikiyatrik hastalığı olan kimse yaşıyor mu?

□ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘ evet ‘ ise kim ve hastalığı nedir?…….

60- Çocuğunuz ne zaman yürümeye başladı?.....

61- Çocuğunuz ne zaman konuşmaya başladı?

62- Çocuğunuza oyuncak alırmısınız? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘evet’ ise en son ne zaman, hangi oyuncağı aldınız?.....

63- Çocuğunuzu sağlıklı olduğu dönemlerde gelişiminin değerlendirilmesi için doktora götürürmüsünüz?

□ Evet, düzenli olarak □ Evet, düzensiz olarak □ Hayır

64- Çocuğunuz okula veya kreşe gidiyor mu?

□ Evet □ Hayır □ Okul yaşı değil

Eğer 64. soruya yanıtınız evet değil ise; 71. soruya geçiniz

65- Çocuğunuzun okulu evinize ne kadar uzaklıkta?

□ Çok yakın □ Yakın □ Uzak □ Çok uzak

66- Çocuğunuz okula nasıl gelip gidiyor?

□ Yürüyerek □ Servisle □ Kendi aracımla bırakıyorum

67- Çocuğunuz okula kim götürüyor?

□ Kendi gidiyor □ Anne/baba götürüyor □ Komşu

□ Akraba □ Abla/ağabey □ Diğer.....

68- Çocuğunuzun ders başarısı nasıl?

□ Çok iyi □ İyi □ Kötü □ Vasat □ Bilmiyorum

69- Çocuğunuzun okuldaki durumu konusunda öğretmenleriyle belli aralıklarla görüşürmüsünüz?

□ Evet, düzenli olarak □ Sadece okuldan çağrıldığında giderim □ Hayır

70- Çocuğunuz okul zamanları dışında herhangi bir işte çalışıp ev ekonomisine katkıda bulunuyor mu?

□ Evet, okuldan sonra, düzensiz olarak □ Evet, okuldan sonra, düzenli olarak

□ Hayır

Yanıtınız ‘ evet ‘ ise hangi sektörde ve haftada kaç saat çalışıyor?…….

71- Çocuğunuz ev işleri ve kardeşlerinin bakımı gibi konularda size yardımcı oluyor mu?

□ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘ evet ‘ ise neler yapıyor ……..

72- Bu çocuğunuzla günlük baş başa ne kadar zaman geçirirsiniz?

□ Hiç boş vaktim yok □ 1 saatten az □ 1-3 saat □ 3-5 saat

73- Yalnızca çocuğunuza ayırdığınız zamanda onunla neler yaparsınız?.....

74- Çocuğunuzla birlikte en hangi TV programlarını izlersiniz?

□ Çizgi film □ Çocuk filmi □ Dizi film □ Sinema filmi

□ TV açıkken o da bizimle izler, özel program seçmeyiz

75- Çocuğunuzla en son ne zaman parka gittiniz?

□ Son 1 hafta içinde □ Son 15 gün içinde □ Son 1 ay içinde

□ 1 aydan fazla oldu □ Hatırlamıyorum □ Onunla hiç parka gitmedim

76- Çocuğunuza en son ne zaman hikaye okudunuz?

□ Son 1 hafta içinde □ Son 15 gün içinde □ Son 1 ay içinde

□ 1 aydan fazla oldu □ Hatırlamıyorum □ Hiç

77- Çocuğunuzla en son ne zaman oyun oynadınız?

□ Son 1 hafta içinde □ Son 15 gün içinde □ Son 1 ay içinde

□ 1 aydan fazla oldu □ Hatırlamıyorum □ Hiç

78- Çocuğunuza babası/annesi gün içinde zaman ayırır mı? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız ‘ evet ‘ ise ona ayırdığı zamanlarda onunla ne gibi aktivitelerde bulunur?…..

79- Çocuğunuz arkadaşları ile yaşadığı sorunları kiminle paylaşır?

□ Anne □ Baba □ Kardeş □ Arkadaş □ Diğer.....

80- Çocuğunuz kardeşleri ile yaşadığı sorunları kiminle paylaşır?

□ Anne □ Baba □ Kardeş, abla, ağabey □ Arkadaş □ Diğer.....

81- Çocuğunuz okuldaki/kreşteki sorunları kiminle paylaşır?

□ Anne □ Baba □ Kardeş, abla, ağabey □ Arkadaş □ Diğer.....

82- Çocuğunuza olan sevginizi ona nasıl ifade edersiniz?

□ Onu öperek □ Ona dokunarak □ Ona güzel sözler söyleyerek

□ Ona hediye alarak □ İstediklerini yaparak □ Ufak yaramazlıklarını affederek

□ Diğer.....……

83- Çocuğunuzu ne şeklide ödüllendirirsiniz?.....

……..

84- Çocuğunuza kızdığınız zaman bunu nasıl ifade edersiniz?

□ Kızarım □ Onunla konuşmam, küserim

□ Eline vururum □ Onu yalnız bırakırım □ Pataklarım

□ İstediği bir şeyi almam □ İzin istediğinde vermem

□ Ona yasaklar getiririm □ Diğer.....

85- En yakın sağlık kuruluşuna ulaşımda sıkıntı çekiyormusunuz? □ Evet □ Hayır

86- Ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz.....

87- En yakın çocuk parkına ulaşımda sıkıntı çekiyormusunuz? □ Evet □ Hayır

88- En yakın park size ne uzaklıkta bulunuyor?.....

Bu çalışma ile ilgili görüş ve önerileriniz.....

.....

.....

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

EK-2 Hekimler İçin Oluşturulmuş Anket Formu

Sosyodemografik Bazı Özellikler ile İlgili Sorular:

1-Yaşınız ….....

2- Cinsiyetiniz □ Kadın □ Erkek

3- Medeni durumunuz nedir?

□ Evli □ Bekar □ Ayrı yaşıyor

□ Boşanmış □ Eşi vefat etmiş

4- Çocuğunuz var mı? □ Evet □ Hayır

Yanıtınız 'evet' ise kaç çocuğunuz var?.....

Yaşı veya yaşları kaç?.....

5- Mezun olduğunuz tıp fakültesi …….

6- Mezuniyet yılınız …….

7- Kaç yıllık çocuk hekimisiniz ?.....

8- Çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir eğitime katıldınız mı ? □ Evet □ Hayır

9- Mezun olduğunuz fakültede çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekip var mı ?

□ Var □ Yok

10- Çalıştığınız hastanede çocuk istismarı ve ihmali ile ilgilenen bir ekip var mı? □ Var □ Yok

Hekimlik uygulaması sırasında son 1 hafta içinde karşılaşılan olgulara ilişkin bilgiler:

11- Kaç hasta gördünüz? ……

12- Bu hastalardan kaçında ihmal düşündünüz?.....

Bu hastalar hangi alanlarda ihmal edilmişti?.....

……..

İhmale uğrayan bu hastalarınız için herhangi bir girişimde bulundunuz mu?

□ Evet □ Hayır

Yanıtınız 'evet' ise ne/neler yaptınız?.....

……

Bu çalışma ile ilgili görüş ve önerileriniz: …….

……

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.