

Derleme

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE 0-6 YAŞ ÇOCUĞUN İHMAL VE İSTİSMARINDA ERKEN TANI VE YÖNLENDİRME

Early Diagnosis and Routing of 0-6 Year Children's Negligence and Abuse in Primary Health Services

Tahir GÜNEŞ*

* Yüksek Lisans Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü

ÖZET

Yaşamın ilk yılları (0-6 yaş) kritik bir evredir. Bu dönemde birçok yönden hızlı bir gelişme görülür. Kişiliğin temelleri bu dönemde atılır ve sonraki gelişmeler bu temeller üzerine inşa edilir. Çocukların bu dönemlerde maruz kaldıkları ihmal ve istismar, uzun dönemde olumsuz fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlara neden olmanın yanında hukuksal açıdan çocukların hak ihlalini sebep olmaktadır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurum ve kuruluşların çocuk hizmetlerinde

olması gerektiği gibi ihmal ve istismarı ortaya çıkaran riskleri erken tanıyarak gerekli müdahaleleri gerçekleştirmek ve istismara uğrayan çocuğun kısa sürede ilgili kurumlara yönlendirmek, birinci basamak sağlık hizmetleri için de temel amaç olmalıdır. Bu bağlamda, çocuğun yüksek yararı göz önüne alınarak bu derleme çalışmasında, sosyal hizmet perspektifinden bütüncül bir yaklaşımla "birinci basamak sağlık hizmetlerinde 0-6 yaş çocuğun ihmal ve istismarında erken tanı ve yönlendirme" konusu üzerinde durulacaktır.

Anahtar Sözcükler: 0-6 yaş bebek ve çocuk, ihmal ve istismar, erken tanı ve yönlendirme

ABSTRACT

The first years (between 0-6 ages) of life is a critical phase in a child's life as many rapid developments are observed in this period. The foundations of personality are laid in this period and subsequent developments are built on this basis. Neglect and abuse that children are subjected to during these periods cause not only negative physical, psychological and social consequences in the long run, but also legal invasion of children's rights. In this context, the main objective for primary health care services provided by the institutions and organizations affiliated to the Ministry of Health should be carrying out interventions by recognizing early risks that cause neglect and exploitation and directing the abused child to the relevant institutions in a short period of time as it should be in all children's services. Therefore, in this compiled work, considering the child's best interest, the topic "early diagnosis and guidance in neglect and abuse of 0-6 years old children in primary health care" will be discussed through a holistic approach from a social service perspective.

Keywords: 0-6 year old infants and children, neglect and abuse, early diagnosis and routing

GİRİŞ

Çocukların gelişiminde 0-6 yaş gelişim açısından en kritik evredir. Bu dönem, çocukların hızlı bir gelişme gösterdiği ve sonraki dönemlere temel teşkil edecek kişilik özelliklerini kazandığı için çok önemlidir. Bu yaşlarda yaşanan olumsuz deneyimler ya da eksiklikler, beyin gelişimi ve çocuğun diğer gelişim özellikleri açısından belirleyicidir. Özellikle bu dönemlerde kazanılmayan güven ve sevgi duygularının gelecek yaşam evrelerinde kazanılması daha zor olmaktadır (Akman ve diğ., 2012: 99-100; Anlar ve diğ., 2008: 21-22; Özmert, 2006: 60). Birçok kişi için çocukluk çağı beklenenin aksine bir kabus dönemi olabilmektedir (Shardlow, 2013: 6). Çocuk ihmal ve istismarı çocuklara bu kabusu yaşatan en önemli sorunlardandır. Konu halen farklı toplumlarda farklı tanımlanmaktadır. Bazı toplumlarda istismar olarak kabul edilen tutum ve davranış başka bir toplumda geleneksel bir davranış olarak görülebilmektedir. (Yurdakök ve İnce, 2010: 537). Farklı toplumlarda farklı algılanmasına rağmen istismar; çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından, sağlıklarına zarar veren, fiziksel, duygusal, zihinsel ya da sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen tutum ve davranışlara maruz kalmasıdır. İhmal ise çocuğun beslenme, bakım, korunma gibi temel gereksinimlerinin ailesi veya bakıcısı olan kişi tarafından yeterince karşılanmamasıdır (Anlar ve diğ., 2008: 146).

Çocuk ihmal ve istismarının bilimsel olarak doğru bir şekilde analiz edilebilmesi için konu hakkındaki küresel, ulusal ve yerel istatistiklerin sağlıklı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Çocuk ihmal ve istismarı dünyada % 1-10

oranında belirtilirken, Türkiye'de % 10-53 oranında görülme sıklığından bahsedilmektedir (akt. Yılmaz ve diğ., 2003: 295). Çocuk istismarı alanının Türkiye'deki ilk örneklerinden birisi, Bilir ve arkadaşlarının (1991), 16 ilde yaptıkları geniş çaplı bir araştırmadır. Bu araştırma, 4-12 yaş arasındaki 50 bin 473 çocukla yapılmış ve % 62,6 oranında fiziksel cezaya maruz bırakılma tespit edilmiştir. Araştırmanın önemli bir diğer bulgusu ise % 67,3 ile en yüksek fiziksel ceza verilen yaşın 7 olarak tespit edilmiş olmasıdır. 1995-2000 yıllarını kapsayan ve Ahioğlu (2004) tarafından yapılan bir araştırmada; 1995-2000 yılları arasında 6 bin 756 çocuk istismarı vakasının yargıya yansıdığı yapılan analiz sonucunda belirlenmiştir. Aksel ve Yılmaz İrmak (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, Türkiye'deki fiziksel istismar oranının % 15-75 arasında değiştiğini saptamıştır. 2007 yılında 13-18 yaş grubu 26 bin 9 kişi ile yapılan bir araştırmada % 22 fiziksel, % 53 sözel, % 36 duygusal ve % 25,8 cinsel istismar tespit edilmiştir (Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, 2010: 398). Bahar ve arkadaşları (2009) Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nu referans göstererek çocukların % 46'sının, başka bir çalışmada ise Türkiye geneli için çocukların % 45'inin ihmal/istismara uğradıklarını belirtmişlerdir. Türkiye'de yakın zamanda ve kapsamlı olarak nitelendirilebilecek güncel bir çalışma, Uslu ve Kapçı (2014) tarafından cinsel istismar konusunda 2002-2012 yılları arasında yapılmış 49 araştırmanın sistematik değerlendirmesidir. Araştırmaya göre, yapılan 49 araştırmanın sadece % 28'inin mevcut bilgi birikimine katkıda bulunduğu, sadece 3 araştırmanın yayınlık araştırması olduğu ve çocuk cinsel istismarı yayınlık

oranın ortaokul öğrencilerinde % 6,4, lise kız öğrencilerde % 13,4 olduğu tespit edilmiştir. Sofuoğlu ve arkadaşları (2014) tarafından İzmir, Denizli ve Zonguldak'ta 11-16 yaş arası 7 bin 540 çocukla yapılan bir çalışmada ise çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili olumsuz çocukluk çağı deneyimleri sıklığı % 42-70 arasında saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında ihmal ve istismarın görülme sıklığında gözle görülür bir değişme olmadığı görülmektedir. Hatta güncel araştırmalar (Sofuoğlu ve diğ., 2014) % 70'e varan oranlardan bahsetmektedir.

Yurt dışında yapılan araştırmalara bakıldığında, 0-4 yaş genel olarak çocuklar açısından istismarın en sık yaşandığı yaş aralığıdır. Cinsiyet bakımından kız ve erkek çocukları hemen hemen aynı oranda istismar edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bir yılda neredeyse 3 milyon çocuğa yönelik kötü muamele vakası rapor edilmiştir (Zastrow ve diğ., 204: 313). Meclis Araştırma Komisyon Raporu'nda (2010) ise dünyada her gün yaklaşık olarak 565 ergen ve gencin kasıtlı olarak öldürüldüğü bildirilmiştir. 20 ülkede yapılmış 24 araştırmanın analiz sonucunda, kadınların % 7-36'sının, erkeklerin ise % 3-29'unun çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir. ABD'de 2003 yılında yapılan bir çalışma, çocukların % 1'inin istismar, % 1,5'inin ise ihmale uğradığını ifade etmektedir. Çalışmada bu verilerin gerçeğin görünen kısmının çok altında olduğu da ayrıca vurgulanmıştır (Dubowitz, 2005: 193-195).

Çocuk ihmal ve istismarında cinsiyet odaklı bakıldığında ise kız çocuklarının erkek çocuklara oranla % 52'ye % 48 gibi bir oranla daha fazla istismara

maruz kaldıkları görülmektedir (Alexandir, 1997; Jain 1999).

Yapılan bazı çalışmalar göz önüne alındığında, çocukların yaşının küçüklüğü ile ihmal ve istismara maruz kalmaları arasında ters orantı olduğu saptanmıştır. Vakaların üçte biri 6 ay, üçte biri 6 ay-3 yaş arası, üçte biri ise 3 yaş üstü çocuklardır (Tercier, 2008: 1109). 12 yaş sonrasında ihmal ve istismarda belirgin bir düşüş olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Jain, 1999: 581). Çocuk cinsel istismarı her yaş grubunda rastlanılmakla birlikte en sık 10 yaş altındaki özellikle 3-6 yaş grubunda daha siktir (akt. Yağmur, 2008: 73). Cinsel istismara maruz kalan çocukların yaşa göre dağılımları incelendiğinde; % 30'unun 2-5, % 40'ının 6-10, % 30'unun 11-17 yaş grubunda olduğunu görülmektedir. Bir başka deyişle olguların % 70'ini küçük yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır (Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, 2010: 58). Amerika'da yapılan bir çalışmada acil polikliniğe gelen 5 yaş altı çocuk yaralanmalarının %10'unun istismara bağlı olduğu düşünülmektedir (Şahin, 2006: 5-8). Çalışmalarda, dövülmüş çocuk sendromunun en sık görüldüğü dönem de 3 yaş altı olarak tespit edilmiştir (Rustamzadeh ve diğ., 2002).

Her türlü ihmal ve istismar olgularında olduğu gibi çocuk ihmal ve istismarında da yeterli değerlendirme araçlarının olmayışı ve ailelerden bilgi edinme zorlukları bu konudaki araştırmaların önündeki en büyük engeldir. Çocukların uğradıkları istismar vakalarında istismarcıların oransal olarak daha çok aileden olmasına karşın bildirimde aile dışı kaynaklar daha etkindir. Bildirim, % 57,9 gibi bir oranla çocukla temas halindeki profesyoneller (hekim, öğretmen,

meslek elemanları, polis vb.) aracılığı ile gerçekleştirilmektedir (Taner ve Bahar, 2004: 83). Ailelerin bildirimde yetersiz kalması ve istismar konusunda yeterince bilgi sunmaması bu konunun bilimsel açıdan araştırılmasını ve değerlendirilmesini güçleştirmektedir (Yalçın ve diğ., 2014: 141).

Bu çalışmada, iki nedenden dolayı özellikle 0-6 yaş dönemi ele alınmıştır. Birincisi yukarıda da bahsedildiği gibi bu yaş döneminin çocuğun sağlıklı olarak gelişiminde önemli bir evre olması ve bu evrede çocuğun biyopsikososyal gelişimini etkileyecek ve çocukların haklarını ihlal edecek risklerin önüne geçilmesinin ileri yaşlara göre daha anlamlı olmasıdır. İkinci husus ise Sağlık Bakanlığı'nca halihazırda 0-6 yaş dönemine odaklanan Çocuk Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı'nın (ÇPGD) tüm illerde aile hekimliklerinde yürütülmesidir. Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı, gebelikten itibaren bebek ve çocuğun erken dönem gelişimine yönelik riskleri tespit etmek ve erken dönemde önleyici adımların atılmasını sağlama amacı taşımasına rağmen aile hekimliklerindeki yoğunluktan ve aile sağlığı merkezlerinde meslek elemanlarının olmamasından dolayı yeterince uygulamamaktadır. Sorunun daha görünür kılınması ve aile hekimlerine intikal eden ihmal ve istismar vakalarına multidisipliner müdahale edilebilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu tür programların sistematik hale getirilmesi gerekmektedir.

0-6 Yaş Çocuğun İhmal ve İstismarının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Değerlendirilmesi

Ülkemizde 2003 yılından beri sağlıkta dönüşüm politikası yürütülmektedir

(Sağlık Bakanlığı, 2003: 24). Sağlıkta dönüşüm politikasının üç temel hedefinden birisi topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının ülke genelinde yaygınlaştırılmasıdır (Akman, 2014: 71). Bu dönüşüm politikasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önem artmıştır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetleri kapsayan birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. (Kizek ve diğ., 2010: 613). Sadece hastalığa değil hastalığa neden olan tüm risklere karşı koymak ve bu yönde stratejiler geliştirmek birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir etkidir (Candansayar ve diğ., 1997:1).

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme gereği tüm kamu ve özel sağlık kuruluşları; çocuğu koruyan kanun ve düzenlemeler kapsamında hareket etmek, çocuk ihmal ve istismarı hakkında bilgi sahibi olmak, çeşitli çalışmaları yapmakla sorumludur. Bu yüzden gebelik sürecinden itibaren bebek ve çocukların büyüme ve gelişimini izleme fırsatı olan sağlık personeli de çocuk koruma sisteminin çok önemli bir parçasıdır. Altıparmak ve Yıldırım Sarı (2012) tarafından yapılan bir çalışmada da 0-6 yaş çocuklar için en sık kullanılan sağlık kuruluşu aile sağlığı merkezleri olarak tespit edilmiştir. Bu durum aile hekimliklerine büyük sorumluluk yüklemektedir. Bu bakımdan, yaygın görüş her ne kadar aile hekimlerinin yaygın tıbbi sorunları ele aldığı yönünde olsa da (Mainous ve David, 1992: 62); sağlık personelinin birey ve ailelerin karşılaşılabilecekleri tüm sorunlara çözüm getirebilecek ve müdahale edebilecek düzeyde ve bilinçte olmaları çok önemlidir (Ülker ve diğ., 2015: 49).

Sağlık Bakanlığına bağlı farklı illerdeki aile hekimliği birimlerinden veya sağlık ocaklarından (aile hekimliğine geçemeyen iller için) kötü muameleyle karşılaşan çocuklara ilişkin 2006-2010 yılı arasında yapılan bildirimler Tablo 1'de görülmektedir. Tablo 1'deki bildirim rakamlarının düşüklüğüne karşı; yapılan çalışmalar hekimlerin birinci basamakta çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma oranlarının hiç de azımsanmayacak bir oranda olduğunu göstermektedir. Canbaz ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin (n=70) % 14,3'ü son bir yıl içinde çocuk ihmal ve istismar ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. Demir (2012) tarafından Edirne ilinde aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ise çalışma grubunun (n= 95) % 21'i son bir yıl içinde çocuk ihmal ve istismar vakası ile karşılaştığını ifade etmiştir. Kara ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada (n=550) çocuk

uzmanlarının % 82'si, çocuk asistanlarının % 70,5'i, pratisyen doktorların % 54,8'i istismar ve ihmal vakaları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 1.'de görüleceği üzere bildirilen rakamların gerçek rakamlardan uzak olduğu düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda hekimler, ihmal ve istismar vakalarını bildirmeme sebeplerini; sosyal servislerin konuya ilgisiz kalacağı, konuyla uğraşılmak istenmediği, bildirim çocuğa daha çok zarar vereceği, bildirim nereye yapılacağına bilinmemesi ve bilgi eksikliği gibi unsurlarla açıklamışlardır (Demir, 2012; Kara ve diğ., 2014). Bu yüzden sağlık personelinin çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili yasal sorumluluklarının da gündeme alınması gerekmektedir.

Yasal Sorumluluk

Çocuk haklarının tanınması ve korunmasına ilişkin birçok düzenleme, kanun ve sözleşmeler vardır. Bunlardan

Tablo 1. Sağlık Bakanlığının "0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı" Kapsamında Bildirilen Kötü Muameleyle Karşılaşan Çocuk Sayısı

Yıl	İl Sayısı	İzlenen Çocuk Sayısı	İhmal/İstismar Edilen Çocuk	
			Sayı	Binde
2006	26	75.761	24	0,32
2007	25	239.526	31	0,13
2008	40	594.121	100	0,17
2009	49	977.296	240	0,24
2010*	62	358.507	279	0,78

*2010 yılı Ocak-Nisan ayı verileri

Kaynak: <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss589.pdf> adresinden 25.06.2016 tarihinde erişilmiştir.

en önemlisi Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesidir. Ülkemizde bu sözleşme 27 Ocak 1995 tarihinde yürürlüğe girmiştir. (Yağmur, 2008: 75). Ulusal yasalarımız ise tek bir çatı altında olmayıp dağınıktır. Cezai yaptırımlar konusunda ise Türkiye ve diğer ülkeler arasında farklılıklar vardır. Özkara ve arkadaşları (2011) tarafından Türkiye’de çocuğa yönelik cinsel suçlara ilişkin yasal durumu diğer ülkelerle karşılaştırılmış, ABD ve İngiltere’deki cezaların Avrupa ülkelerine göre daha ağır olduğu, Türkiye’deki cinsel suçlara ilişkin cezaların incelenen Avrupa ülkelerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de çocukların korunmasına yönelik kurallar öncelikle Anayasa’da yer alan temel ilkelerle düzenlenmiştir. Anayasanın yanısıra; 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu, 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu, 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (SHÇEKK), 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu, 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 4787 Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun gibi kanunlarla çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca çeşitli yönetmelik, kanun hükmünde kararname, genelge ve tüzükler de mevcuttur (Uğurlu ve Aksoy Gülsen, 2014: 16). Tüm bu yasal düzenlemeler konusunda birinci basamak sağlık çalışanlarının bilgi sahibi olması hem kendi sorumlulukları hem de istismara uğrayan çocukların hakları açısından önem arz etmektedir.

Çocuk ihmal ve istismarında hekimleri ayrıca ilgilendiren hukuki bir düzenleme yasal bildirim meselesidir. TCK

280. Maddesi “ görevini icra ederken suç teşkil eden bir durumla karşılaşan sağlık çalışanının durumu adli mercilere bildirmesi zorunluluktur. Yasada, bu duruma aykırılık gösteren, suçu bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren kişiler bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” denmektedir. Burada kesin olarak bir bildirim zorunluluğu vardır (<https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html>, Erişim tarihi: 26.06.2016). Bu hususta her ne kadar hasta-hekim gizliliği vb. konular öne sürülse de çocukların yüksek yararı gözetilerek ve hiçbir gecikmeye mahal vermeyerek adli mercilere bildirim yapılması zorunluluk olmasının yanında vicdani boyutu olan insani bir yaklaşımdır.

Risk Değerlendirmesi

Çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili yapılacak çalışmalarda hem hekimlerin hem de diğer sağlık çalışanlarının ekip çalışması ve bütüncül yaklaşımla (hemşire, sosyal çalışması, psikolog, çocuk gelişimcisi vb.) çocuk ihmal ve istismarına neden olan riskleri saptamaları ve tanımlamaları gerekmektedir.

Risk durumunu sadece sonuç olarak algılamadan (Ögel, 2007: 13), çocukların ihmal ve istismar açısından karşılaşabileceği riskleri çocuk ve sosyal çevresi kaynaklı riskler olarak sınıflamak gerekir. Çocuk açısından oluşabilecek risklere baktığımızda; yeni doğan dönemindeki gibi prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı bebeklerin, doğuştan bozuklukları olan çocukların/bebeklerin, anne ya da babasında bedensel ya da ruhsal bir hastalık olanların, inatçı ve bencil olan çocukların, oyun alanının güvenliği olmayan bebeklerin ihmal ve

istismar açısından risk altında olduğu belirtilmektedir. Küçük, zihinsel ya da diğer özürleri olan çocuklar daha büyük risk altındadır (Dağlı ve İnanıcı, 2011: 63; Zastrow ve diğ., 2014: 326).

Çocuğun sosyal çevresinde kaynaklanabilecek riskler için aile yapısı, ebeveynlik rollerinin işlevi, toplumu oluşturan unsurların yapısı, sosyo-ekonomik şartlar, politikalar ayrı ayrı ele alınmalıdır (Dağlı ve İnanıcı, 2011: 63). Ailede; alkol-madde bağımlılığı, şiddet öyküsü, istismar öyküsü, ölüm, boşanma, işsizlik, bir aile üyesinin cezaevine girmesi, konut değişimi, yeni bir çocuğun doğumu, ailenin yeterli sosyal desteğinin olmaması, anne babanın çocuktan gerçekçi olmayan beklenti içinde olması, genç hamilelik, her iki ebeveynin çalışması, temel ebeveyn bilgi ve becerilerinin olmayışı, geniş aile, çocuğa karşı öfke, ruh sağlığı sorunları olması ihmal ve istismar riskini artırmakta veya tetiklemektedir (Cankurtan Öntaş, 2010: 562; Foto Özdemir ve Karadağ, 2010: 556; Koç ve diğ., 2011: 124).

Ailelerin ihmal ve istismarı dışı vurması çoğu zaman güçtür. Özellikle 0-6 yaş çocuk ihmal ve istismarı aile temelli ise çalışmanın çoğunu aile ile yapmak, aileye bütüncül yaklaşmak ve değerlendirmek gerekmektedir. (Çakmaklı, 1991: 63; Gökler, 2010, s.451). Bahsi geçen tüm bu risk değerlendirmeleri aile sağlığı merkezlerine gelen kişilerle görüşme yapılarak, ev ziyaretleri gerçekleştirilerek, toplum sağlığı merkezlerinde ve halk sağlığı müdürlüklerinde çalışan profesyoneller (hekim, halk sağlığı uzmanı, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi, sosyolog, vb.) tarafından epidemiyolojik çalışmalar yapılarak kolaylıkla elde edilebilir.

Sonuç olarak; çocuk ihmal ve istismarında çevresi içinde birey yaklaşımına dayalı olarak; çocuk ve aile sisteminin bütünsel değerlendirilmesi, aile işlevlerine bakılması, çevresel bileşenlerin analizi, ihmal ve istismarın tahmini ve erken önlenmesi için önem teşkil etmektedir (Gökler, 2010: 453; Kaya ve Çeçen Eroğul, 2013: 398).

Erken Tanı ve Yönlendirme

Çocuk ihmal ve istismarında erken tanı, ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunun önceden belirlenerek önlem alınması için gereklidir. Çocuk açısından risklerin erken tanınabilmesi için çocukların gebelik sürecinden başlanarak belirli aralıklarla gözetim altına alınması ve sosyal, bilişsel, fiziksel ve dil gelişimlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Anlar ve diğ., 2008:83, 152-153; İnaç ve diğ., 2008: 65; Madan ve Tekin, 2015: 641).İstismar ne kadar erken teşhis edilir ve ilgili mekanizmalar ne kadar erken devreye sokulursa istismarın olası kötü sonuçları bir o kadar aza indirgenmiş olur (Foto Özdemir ve Karadağ, 2010: 553). Çocuk ihmal ve istismarının erken tanısında birinci basamak sağlık çalışanlarının önemli bir rolü vardır. Ülker ve arkadaşları (2015), sağlık çalışanlarıyla yaptıkları bir çalışmada, gebe, bebek ve çocukların, erken müdahaleye en çok ihtiyaç duyan gruplar olduğunu tespit etmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerin istismar ve ihmal vakaları ile karşılaşılması durumunda yapılacak ilk müdahale tedariklerinin engellenmesine yönelik olmalıdır. Bunun için öncelikle ailenin, hastalık ve psikopatolojik durumlar, biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenlerin birbiri ile etkileşim içinde olması sebebiyle

psikososyal açıdan değerlendirilmesi, desteklenmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Çocuk, ailedeki bozukluk ve çevresel zorlayıcı yaşam olayları üzerinde çalışılmalıdır. Çocuk istismarına yaklaşım psikososyal yaklaşımın gereği olarak çocuğa, aileye ve sosyal çevreye yönelik bütünsel olmalıdır (Dağlı ve İnanıcı, 2011: 134; Karataş ve Dağdelen, 2013: 301; Foto Özdemir ve Karadağ, 2010: 554-555; akt. Oral ve Tuncay, 2012: 100; Yurdakök ve İnce, 2010: 544).

Çocuklarda bir yaralanma varsa bazen bu basit bir kaza sonucu mu yoksa gerçekten istismar sonucu mu oluşmuş bunu ayırt etmek zor olabilmektedir. Bu yüzden birinci basamak sağlık hizmetlerinde çocuk ihmal ve istismarı ile çalışırken ve erken müdahale ederken "ayırıcı tanımı" göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Erken tanı için bir takım bulguları bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirmek önemlidir. Örneğin; kemikte kırığa ve çıkığa neden olan başka bir patojen varsa bu da göz önünde bulundurulmalıdır. Ya da fiziksel kanamaya neden olan bir bulgu yoksa istismar şüphesi üzerinde daha çok durulmalıdır. İhmal ve istismar çoğu zaman hem çocuğun yakınlarının hem de onu tedavi eden sağlık profesyonellerinin gözünden kaçabilmekte ve istismarın tekrarlanabilir olması sebebiyle daha vahim sonuçlara neden olabilmektedir. Bu yüzden istismara bağlı minör yaralanmaların erken tanısı hayati bir rol oynamaktadır. Tanıda kritik olan iyi bir öykü alabilmektir ve öykü ile yaralanmanın öyküsü birbirini tutmuyorsa istismardan şüphelenmek gerekmektedir. Ayrıca görüşmelerin özel bir odada yapılması ve çocuğun yakınlarının davranış gözlemlerinin iyi

yapılması gerekmektedir. Çocuk istismar ve ihmali doğru ve tam bir tanı koyabilmek ve çocuğun yüksek yararını gözeterek önlem almak hayati önem taşır (Anlar ve diğ., 2008: 148-151; Ayvaz ve Aksoy, 2010: 517; Genç Kayıran ve diğ., 2014:159; Tekşam, 2010: 435-438; Yarar ve Yarış, 2011: 180; Zastrow ve diğ., 2014:61). İlk başvuruda tespit edilemeyen veya erken tanısı konulamayan çocukların % 30-50'si yeniden travmaya uğramakta, % 5-10'u tekrarlayan travma sonucu maalesef kaybedilmektedir (Ayvaz ve Aksoy, 2004). Bu yüzden birinci basamak sağlık çalışanlarının, özellikle 0-6 yaş çocuklar açısından hangi durumlarda ihmal ve istismardan şüphelenilmesi gerektiği, ihmal ve istismar var ise nasıl müdahale edileceği, hangi kurumlarla işbirliğine girilmesi gerektiği bilgilerine sahip olmaları gerekmektedir.

Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rolü

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında çocuğun ihmal ve istismarına psikososyal yaklaşım multidisipliner bir çalışmanın ürünü olmalıdır. Çünkü çocuk koruma sisteminde sorumluluklar farklı meslek grupları ve sektörlerin görev alanı içinde olduğu için iyi koordinasyona şarttır. Söz konusu disiplinler arasında gerekli diyalog ve iletişim olmadığı takdirde çocuk istismarı alanında uygulanması gereken yaptırımlar sonuçsuz kalabilmektedir (Altuntaş ve diğ., 2013: 200; Foto Özdemir ve Karadağ, 2010: 553; Özmert, 2010a: 471; Unicef, 2002). Böylesi bir multidisipliner uygulamada sosyal hizmet mesleği ve mesleğin uygulayıcı en önemli paydaşlardandır.

Sağlıktaki dönüşümler ve gelişmelerle

birlikte sosyal hizmet uzmanları için önemi artan uzmanlık alanları ortaya çıkmaktadır. Halk sağlığı sosyal hizmeti bu alanlardan birisidir (Adams, Dominelli ve Payne, 2015). Sosyal sağlık sorunlarına çözüm ve politika üretmeye, epidemiyolojik yaklaşımlarla önleme ve korumaya odaklanan halk sağlığı sosyal hizmeti 20. yüzyılın başlarında sosyal hizmet ve halk sağlığı teorileri, araştırmaları, uygulamaları ve yapıları ile şekillenmiş bir alandır. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları; birey, aile ve grupların yaşam kaliteleri üzerinde etkili olan risklerin önlenmesine, çevrenin güçlendirilmesine odaklanarak olumlu sağlık gelişimine katkıda bulunurlar. Sosyal hizmet uzmanları halk sağlığı sosyal hizmetinde doğrudan hizmet sağlayıcı, araştırmacı, politika yapıcı, danışman, program planlayıcı gibi roller üstlenerek; hedef grupların sağlığı üzerinde etkili olan etmenleri belirler ve uygun müdahalelerde bulunurlar (Practice Standards Committee, 2005). Bu tür bir müdahalede asıl amaç halkın sağlığını tehdit edecek unsurların sorun haline gelmesini önlemek ya da ortaya çıkaracakları riskleri minimum seviyeye indirmektir.

İstismara ve/veya ihmale uğrayan çocuklar, doğrudan sosyal hizmet mesleğinin çocuk ve aile refahı alanı ve çocuğun korunması görevi ile ilgilidir. Çocukların ihmal ve istismara uğramasına yol açan risklerin belirlenmesi ve toplumsal işbirliğine dayalı bir müdahale ile çocukların iyi olma halinin desteklenmesi sosyal hizmet yaklaşımıdır (Dağlı ve İnanıcı, 2011: 202).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, sosyal hizmet uzmanları; aile hekimlerinden tespit edilen ve yönlendirilen 0-6 yaş ihmal ve istismara maruz kalan

çocuklarla, halk sağlığı müdürlüklerinde veya toplum sağlığı merkezlerinde halk sağlığı sosyal hizmet yaklaşımı ile çalışabilmektedirler. Halk sağlığı müdürlüklerinde veya toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanına, aile hekiminden yönlendirilen vakalarda halk sağlığı sosyal hizmeti perspektifine dayalı müdahale ve yaklaşımlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Birey ve çevresinin etkileşimine odaklanma, kişinin sorunları göz ardı edilmeksizin güçlü yanlarını keşfetme, her olguda olduğu gibi ihmal ve istismar vakalarında da sosyal hizmet uzmanları için uygulamanın temel işlevleri olmalıdır. Sosyal hizmet uzmanları birinci basamak sağlık hizmetlerinde halk sağlığı yaklaşımları ile başta sistem kuramını, ekolojik yaklaşım ve güçler perspektifi olmak üzere tüm sosyal hizmet kuram ve yöntemlerini değerlendirmeye alarak hizmet sunmalıdır. Ekolojik model ve sistem yaklaşımı ile çocuk ihmal ve istismarı müdahalesinde bulunan sosyal hizmet uzmanları, insanlar ile sosyal ve fiziksel çevreleri arasındaki bozuk etkileşimin üzerinde durarak, kavramsallaştırarak ve sağaltımını sağlayarak birbirleri ile bağdaştırır. Müdahalede sosyal hizmet uzmanları yardım sürecinin yaşam döngüsü, çözümleme, müdahale ve değerlendirme aşamaları boyunca güçler yaklaşımını kullanmalıdır (Adams ve diğ., 2015; 363; Teater, 2015: 25-49; Zastrow; 2015: 20-21).

Sosyal hizmet uzmanları için tüm uygulama alanlarında olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde de bir çocuk istismarı olayının değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken etkenler arasında fiziksel ve davranışsal göstergeler ve istismarcı aileleri

karakterize eden toplumsal işleyişin belirli yönleri bulunur. Bu yüzden doğru ve etkin bir müdahale planlanmadan önce, ailenin davranışlarının anlaşılması esastır. Sosyal hizmet uzmanı; halk sağlığı yaklaşımını da esas alarak istismara neden olan ipuçlarını bir araya getirerek ilk önce çocuğun istismar riskini belirler ve riskin boyutuna göre uygun yaklaşımı belirler. Çalışmalarında istismarı uygulayan kimse o kişide davranış değişikliği hedefler. İstismar ve ihmal edilen çocuklarla çalışan bir sosyal hizmet uzmanı, planlı değişim sürecini, yani tanışma aşaması ile başlayıp ön inceleme/değerlendirme aşaması, planlama aşaması, uygulama aşaması, sonlandırma ve izleme aşamasını iyi yönetmelidir (Adams ve diğ., 2015: 363; Duyan, 2010: 26; Cankurtaran Öntaş, 2010: 559; Zastrow ve diğ., 2014: 61,314).

Sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde istismar vakarlı ile çalışırken vaka eğer cinsel istismar vakası ise daha dikkatli ve özenli davranması gerekmektedir. Burada bilinmesi gereken müracaatçı çocuk olduğundan ve görüşmenin içeriği hassas olduğundan bazı özel zorluk ve tehlikelerin de olduğudur. Sosyal hizmet uzmanları çocukları korumaya hazır ve yetkin olduklarını ifade etmeli ve hissettirmelidirler (Kadushin ve Kadushin; 2016: 299-307)

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, mikro ve mezzo müdahalelere ek olarak makro düzey uygulama ve müdahaleler sosyal hizmet uzmanları tarafından geliştirilmektedir. Son yıllarda özellikle toplum çalışmalarında önemi artan makro sosyal hizmet

müdahaleleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli bir işleve sahiptir. Toplumla çalışma bir sosyal hizmet uzmanının doğrudan toplum üyeleri ve çeşitli gruplarla çalışarak ihtiyaç değerlendirilmesi, sosyal planlama, yerel yapıları güçlendirme, toplum planlaması, sosyal eylem, müdahale planları geliştirme gibi aksiyonları gerçekleştirmesidir. Çocuk ihmal ve istismarında halk sağlığı boyutuyla sosyal hizmet uzmanları; istismar ve ihmal ile ilgili toplumda var olan riskleri tespit etmek, çeşitli gruplar arasında koordinasyon sağlamak, halk eğitimleri düzenleyerek toplumsal farkındalığı arttırmak, maddi kaynakları belirlemek, belirlenen hedefleri gerçekleştirmek için çeşitli stratejiler geliştirmek gibi temel işlevleri yerine getirir. Değişim yaratmak adına uluslararası ve ulusal zeminlerde politikalar geliştirmek veya geliştirilmesi için çaba harcamak sosyal hizmet uzmanlarına düşen önemli bir görevdir. Sosyal hizmet ve sosyal hizmetin uygulayıcıları bu alanda öncü, görüşmeci veya savunucu role sahip olabilir (Bruggemann, 2014: 3; Cankurtaran Öntaş, 2010: 560; Holland, 2004: 15; Teater, 2015; 247; Zastrow ve diğ., 2014: 220; Zastrow, 2015: 126).

Sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde çocuk ihmal ve istismarı ile çalışırken yerine getirmesi gereken diğer bir işlevi multidisipliner çalışmayı gerçekleştirmeleridir. Burada sosyal hizmet uzmanlarından; hizmet alanların, kaynakların ve ilgili mekanizmaların bir araya getirilmesi ve organize edilmesi beklenmektedir. Birinci basamakta hekim, hemşire, ebe ve çocuğun bakım, korunma, eğitim, danışmalık gibi diğer hizmetlere erişimi

ile ilgili mevcut diğer sosyal servislerdeki uzmanlarla işbirliği sosyal hizmet uzmanları için yerine getirilmesi gereken önemli bir roldür (Weinstein ve diğ., 2003: 201-204)

Sonuç olarak; sosyal hizmet uzmanları için birinci basamak sağlık hizmetlerinde genel müdahale hedefleri; kötü-muameleyi durdurmayı ve aileyi bir arada kalacak ve refaha kavuşturacak güçlendirmeyi kapsar. Özgül müdahale biçimleri ise aile terapisini, destek gruplarında yer almayı, ailenin ve tek tek aile üyelerinin gereksinimlerine bağlı olarak çiftler için danışmanlığı kapsar (akt. Zastrow ve diğ., 2014: 325).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çocuk ihmal ve istismarının gerek uzun ve kısa vadeli sonuçları hem çocuk hem de ailesi için büyük kayıplara sebep olabilmektedir. Bu kayıplar bedensel, ruhsal, sosyal, hukuksal ve ekonomik olabilmektedir. Bu tür kayıplardan dolayı bu konudaki erken müdahale programlarının önemi daha da belirginleşmektedir. Ülkemizde, birinci basamak sağlık hizmetlerinde doğrudan çocuk ihmal ve istismarının erken tanı ve yönlendirmesi için hizmet sunan bir program mevcut değildir. Fakat aile hekimliklerinde yürütülen ÇPGD programının illerde daha sistemli yürütülmesi ile sorunun daha da azaltılabileceği düşünülmektedir. Örneğin; Yeni Zelanda'da yürütülen early start (erken başlangıç) programıyla, hemşire ve sosyal hizmet uzmanı işbirliği ile bu tür riskli çocukların evlerine yapılan ziyaretler ve takipler sonucu bildirilen istismar vakarlarında 3'te 1 oranında azalma olduğu görülmüştür (Özmert,

2010a: 474). Amerika'da yürütülen Nurse-Family Partnership (hemşire-aile ortaklığı) programı kapsamında, sağlık personeli tarafından yapılan ev ziyaretleriyle özellikle yüksek risk altında olan ailelerde çocuk ihmal ve istismarının % 48 oranında düştüğü görülmüştür (Howard ve diğ., 2010).

Aile hekimleri çoğu zaman yoğun olmakta (hekim başına 3500-4000 kişi; <http://www.tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/5/tpsalk%20bilimleri%20eitim%20konseyi%20SGP%20rapor.pdf>. Erişim,12/122015) ve hastalara sınırlı zamanda hizmet vermektedir. Bu nedenle ihmal ve istismar olması muhtemel birçok bebek ve çocuk için yeterli müdahale yapılamamaktadır. Mevcut aile sağlığı merkezlerinde herhangi bir psikososyal destek birimi de olmadığından ihmal ve istismar riski tespit edilen vakalar için aile hekimlerini destekleyecek başka bir yapıya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda bünyesinde hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimcisi, ebe, hemşire gibi meslek gruplarını barındıran "toplum sağlığı merkezlerinin" bu konuda işlevsel olabileceği düşünülmektedir.

Toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sosyal hizmet uzmanları bu konunun gündeme getirilmesi ve mevcut sorunların giderilmesinde önemli bir role sahiptirler. Özellikle halk sağlığı sorunu olarak görülen böylesi hassas bir konuda sosyal hizmetlerden beklenen roller giderek artmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının da içerisinde olacağı bir ekip çalışması ile aşağıda belirtilen önerilerin gerçekleştirilmesi durumunda sorunun çözümüne gözle görülür bir katkı sunulacağı düşünülmektedir.

**Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
0-6 Yaş Çocuğun İhmal ve
İstismarında Erken Tanı ve
Yönlendirmede Aile Sağlığı
Merkezinde Yapılabilecek Müdahale
Önerileri**

- *Aile sağlığı merkezi çalışanları, hizmet verdikleri nüfusa yönelik çocuk ihmal ve istismarı konusunda bir risk değerlendirmesi yapmalıdır.*
- *Aile sağlığı merkezi çalışanları özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuklu ailelere ayırıcı tanıyı göz ardı etmeden ihmal ve istismar şüphesiyle yaklaşmalıdır.*
- *Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere gebelikte ve doğum sonrasında aile sağlığı merkezinde verilecek hizmetler hakkında bilgi verilmeli ve kişilerin olası bir risk durumunda aile sağlığı merkezine gelmesi teşvik edilmelidir.*
- *Gebelik döneminde anne adayı izlemleri yapılmalı ve gebe izlem formu doldurulmalıdır. Gebe ile görüşmelerde ihmal ve istismar riskine yönelik sorular muhakkak sorulmalıdır. Risk (depresyon, kaygı, sosyal destek yoksunluğu, şiddet, alkol-madde bağımlılığı, ruhsal hastalıklar, yoksulluk, işsizlik, vb.) tespit edilirse öncelikle aile sağlığı merkezinde kısa müdahaleler yapılmalı ve sonrasında toplum sağlığı merkezine (acil durumlarda gerekli ise ikinci basamak sağlık kuruluşlarına) yönlendirilmelidir.*
- *Doğum gerçekleşikten sonra bebek 6 yaşına kadar takip edilmeli (ÇPGD kapsamında) ve bu süreçte riskler tespit edilirse sık izlem ve takip yapılmalıdır.*

- *0-6 yaş çocukların takibinde ihmal ve/veya istismar şüphesi duyulursa vaka öncelikle aile hekimi tarafından kısa müdahalelerle değerlendirilmeli ve sonrasında toplum sağlığı merkezine yönlendirilerek sık izlenmelidir.*
- *Özellikle ihmal ve istismar riski olan ailelere yönelik ev ziyaretleri planlanmalıdır.*
- *Aile sağlığı merkezi tarafından bölgede ailelere yönelik ihmal ve istismar konularında eğitimler planlanmalıdır.*
- *Aile sağlığı merkezlerinde ailelerin kolaylıkla anlayabileceği ve ulaşabileceği bilgilendirici broşür, afiş, kamu spotu vb. yazılı ve görsel materyaller bulundurulmalıdır.*
- *Aile sağlığı merkezi çalışanları çocuk ihmal ve istismarı konusunda bireysel bilgi ve becerilerini arttırmaya yönelik bilimsel çalışmalara katılmalı ve katkı sunmalıdır.*
- *Aile sağlığı merkezlerinde özel görüşme odalarının sağlanması hususunda çalışmalar gündeme getirilmelidir.*

**Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde
0-6 Yaş Çocuğun İhmal ve
İstismarında Erken Tanı ve
Yönlendirmede Toplum Sağlığı
Merkezinde (TSM) Yapılabilecek
Müdahale Önerileri**

- *Aile sağlığı merkezince ihmal ve istismar tanısı veya şüphesi ile yönlendirilen vakalara ilişkin toplum sağlığı merkezlerinde çalışma grubu oluşturulmalıdır.*
- *Yönlendirilen vakaya ilişkin öncelikle ön değerlendirme yapılmalı, aile*

sağlığı merkezinden gelen bilgiler doğrultusunda aileye ev ziyareti planlanmalıdır.

- Aileye ev ziyareti, aile sağlığı merkezi çalışanları ile koordineli ve işbirliği içinde yürütülmelidir.
- Ev ziyaretinde gerekli incelemeler yapılarak ihmal ve/veya istismara neden olan risklerin tespiti bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.
- Yapılan risk tespitlerine ilişkin müdahale planları oluşturulmalıdır.
- Müdahale kapsamında vakanın hangi kurumlara/kuruluşlara (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Çocuk İzlem Merkezi, Kolluk Birimleri, Adli Kurumlar, Tedavi Kurum ve Kuruluşları, STK vb.) havale edileceği, çocuğun aile yanında kalıp kalmayacağı, ailenin ihtiyaç duyduğu sosyoekonomik desteklerin neler olduğu, aile ile çalışmanın süresi ve yöntemi gibi konular belirlenmelidir.
- Aile sağlığı merkezlerine ihmal ve istismarla mücadele kapsamında hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, süpervizyon verilmelidir.
- İldeki toplum sağlığı merkezleri arasında standart bir müdahale ve işbirliği için "koordinasyon kurulu" oluşturulmalıdır.
- Toplum sağlığı merkezleri buldukları ilçe genelinde etkili olabilecek tüm yapıları harekete geçirerek çocuk ihmal ve istismarının önlenmesinde öncü rol oynamalıdır.
- Toplum sağlığı merkezlerinde yapılan müdahaleler sorunun görünür kılınması, çözüm önerilerinin getirilmesi ve yeni stratejilerin

geliştirilmesi bilimsel ortamlara taşınmalıdır

Sosyal hizmet uzmanları tüm bu öneri başlıklarında savunucu, eğitici, kaynak bulucu, danışman, yönetici, araştırmacı, politika yapıcı vb. rollerle çocukları tehdit eden risklere karşı mikro, mezo ve makro boyutlarda işbirliğine dayalı bir müdahale planı geliştirmeli ve uygulamalıdır.

KAYNAKÇA

- Adams, R., Dominelli, L., & Payne, M. (2015). Sosyal Hizmet: Temel Alanlar ve Eleştirel Alanlar. (T. Tuncay, Çev.) Ankara: Nika Yayıncılık.
- Ahioğlu, A. (2004). Yayınlar ve Yargı Kararlarına Göre Türkiye'de Çocuk İstismarı. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, 3(6), 277-286.
- Akman, A., Ertürk, G., Deniz, A., Dönmezer, İ., Ogelman, H. G., & Veziroğlu, M. (2012). *Erken Çocukluk Döneminde Gelişim*. Ankara: Pegem Yayınları.
- Akman, M. (2014). Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 18(2), 70-78.
- Akyüz, E. (2000). *Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması*. Ankara: Milli Eğitim Basımevi.
- Alexandır, R. C. (1997). Practice Parameters For The Forencis Evaluation Of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. *J Am Acad Child Adolesces Psychiatry*, 36, 37-56.
- Altıparmak, S., & Sarı, H. Y. (2012). 0-6 Yaş Çocukların Sağlık Hizmet Kullanımları, Sürekli Hizmet Kaynakları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5), 599-608.
- Altuntaş, B., Han, N., & Kariptaş, M. A. (2013). İhmal ve İstismar Mağduru Çocuklar ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. *Uluslara-*

- rası Katılımlı Sosyal Hizmet Sempozyumu "Kapsayıcı Bir Yaklaşım Arayışı" içinde (s. 199-207). Kocaeli: Gündem Çocuk Derneği Yayını.
- Anlar, B., Serdaroğlu, A., & Yakut, A. (2008). *Gelişimsel Çocuk Nörolojisi: Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Alanında Çalışanlar İçin*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Ayvaz, M., & Aksoy, C. (2010, Temmuz-Ağustos). Çocuk İhmal ve İstismarının Ortopedik Yönleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 511-520.
- Ayvaz, M., & Aksoy, M. C. (2010). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 27-33.
- Bahar, G., Savaş, H., & Bahar, A. (1991). Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-56.
- Bayhan, P. S., & Artan, İ. (2009). *Çocuk Gelişimi Ve Eğitimi*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- Bilginer, B., & Akalan, A. (2010). Kafa Travması ve Çocuk İstismarı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 14(11), 503-510.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N. B., Atik, B., & San, P. (1991). Türkiye'nin 16 ilinde 4-12 Yaşlar Arasındaki 50.473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna İlişkin Problem Durumlarının İncelenmesi. *Aile ve Toplum*, 1(1), 1-14.
- Brueggmann, W. G. (2014). *The Practice of Macro Social Work* (4th ed.). Belmont: Cengage Learning.
- Canbaz, S., Turla, A., Aker, S., & Pekşen, Y. (2005). Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Sted*, 14(11), 241-246.
- Candansayar, S., Sağduyu, A., Ögel, K., & Çoşkun, B. (1997). *Birinci Basamakta Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Tanı Tedavi ve Rehabilitasyon* (2. b.). Ankara: Bizim Büro Yayınları.
- Committe Practice Standards. (2005). 12 Mayıs 2016 tarihinde https://nciph.unc.edu/cetac/phswcompetences_may5.pdf adresinden alındı
- Çakmaklı, K. (1991). *Aileler İçin Sosyal Hizmet* (1. b.). Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınları.
- Dağlı, T., & İnanıcı, M. (2011). *İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım: Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı*. Ankara: UNICEF Türkiye Ofisi.
- Demir, H. (2012). Edirne İli Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. (Uzmanlık Tezi) Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Dubowitz, H. (2005). Preventing Child Neglect and Physical Abuse. *Pediatr Rev*, 23, 191-196.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
- Gökler, B. (2010). Çocuk İhmal ve İstismarında Bir Risk Etmeni Olarak Aile. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 451-454.
- Holland, S. (2004). *Cihild and Family Assessment In Social Work Practice*. New Delhi: SAGE Publications.
- Howard, K. S., Beckmann, K. A., & Brooksgun, J. (2010). Parent Support In Early Childhood-Approaches and Outcomes. *Emergier*, 127-131.
- İnanç, Y. B., Bilgin, M., & Atıcı, K. M. (2008). *Gelişim Psikolojisi*. Ankara: Pegem Yayınları.
- International Federation of Social Workers. 12 Kasım 2015 tarihinde, <http://www.ifsw.org/> adresinden alınmıştır
- Jain, A. M. (1999). Emergency Department Evaluation of Cihild Abuse. *Emergier Med Clin North Am*, 17, 575-593.

- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. S. (2004, Nisan-Haziran). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2), 140-151.
- Kara, Ö., Çalışkan, D., & Suskan, E. (2014). Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Ped Arş*, 49, 57-65.
- Karataş, Z., & Dağdelen, G. (2013). Çocukların Riskle Korunmasında Erken Tanı ve Uyarı Sisteminin Önemi. *Uluslararası Katılımlı Sosyal Hizmet Sempozyumu: Türkiye'de Çocuğun Refahı ve Korunması Kapsayıcı Bir Yaklaşım Arayışı* içinde (s. 301-315). Kocaeli: Gündem Çocuk Derneği Yayını.
- Kaya, İ., & Eroğul, A. R. (2013). Ergenlerde Çocukluk Dönemi İstismar Yaşantılarının Yordayıcısı Olarak Aile İşlevinin Rolü. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 38(168), 386-397.
- Kayıran, P. G., Kayıran, S. M., & Gürakan, B. (2014). Common Physiological and Behavioral Problems in Infants and Children: What Primary Care Physicians Need to Know. *Marmara Medical Journal*, 28, 159-165.
- Kizek, Ö., Türkhan, A., & Pala, K. (2010). Performansa Dayalı ek Ödeme Sisteminin Bursa İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6), 613-622.
- Koç, F. (2011). Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularımızın Demografik ve Klinik Özellikleri. *Türk Pediatri Araştırma*, 47, 119-124.
- Madan, R., & Tekin, D. (2015). 0-6 Yaş Çocukların Gelişim Takipleri Programı. *Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi: Erken Müdahale* içinde (s. 641-650). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
- Mainous, A. G., & David, A. K. (1992). Clinical Competence of Family Physicians, The Patient Perspective. *Arch Fam Med*, 1, 8-65.
- Meclis Araştırma Komisyon Raporu*. 20 Haziran 2016 tarihinde, <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss589.pdf> adresinden alınmıştır
- Oral, M., & Tuncay, T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 93-114.
- Ögel, K. (2007). *Risk Kavramının Tanımı*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Öntaş, Ö. C. (2010). Çocuk İhmal ve İstismarı ve Sosyal Çalışma (Sosyal Hizmet). *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 559-568.
- Özdemir, D. F., & Karadağ, F. (2010, Eylül-Ekim). Çocuk İhmal ve İstismarına Psikososyal Yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 553-558.
- Özkara, E., Kavaklı, U., Can, İ. Ö., Tepe, İ., & Özbek, V. Ö. (2011). Çocuklara Yönelik Cinsel İstismar Boyutunun Türkiye ve Diğer Ülkeler İle Karşılaştırılması. *Adli Tıp Dergisi*, 25(1), 11-24.
- Özmert, E. N. (2006). Erken Çocukluk Döneminin Desteklenmesi 3: Aile. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 256-273.
- Özmert, E. N. (2010). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Çocuk Hekiminin Rolü. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 471-480.
- Özmert, E. N. (2010). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Uzun Süreli Biyopsikososyal Etkileri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 471-480.
- Rustamzadeh, E., Truwit, C. L., & Lam, C. H. (2002). Radiology Of Nonaccidental Trauma. *Neurosurg Clin N Am*, 13(2), 183-199.
- Ruth, B. J., & Sisco, S. (2012). Public Health Social Work. T. Mizrahi, & L. E. Davis içinde, *Encyclopedia Of Social work* (20th Ed.). Oxford: Oxford Press.
- Sağlık Bakanlığı*. (2003). Kasım 22, 2015 tarihinde, <http://www.saglik.gov.tr> adresinden alınmıştır.
- Shardlow, S. M. (2013). Çocuğun Korunması, Aile ve Devlet. *Uluslararası Katılımlı*

- Sosyal Hizmet Sempozyumu: Türkiye'de Çocuğun Refahı ve Korunması "Kapsayıcı Bir Yaklaşım Arayışı"* (s. 6-11). Kocaeli: Gündem Çocuk Derneği Yayını.
- Sheafor, W. B., & Horejesi, C. J. (2015). *Sosyal Hizmet Uygulaması: Temel Teknikler ve İlkeler*. (D. B. Çiftçi, Çev.) Ankara: Nika Yayıncılık.
- Sofuoğlu, Z., Aydın, Z., & Cankardeş, S. (2014). Türkiye'nin Üç İlinde Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri Epidemiyolojik Çalışması. *Türk Ped Arş*, 49, 47-56.
- Şahin, F. (2006). *Çocuk İstismarının Tanımı, Epidemiyolojisi ve Multidisipliner Yaklaşımın Önemi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Şahin, F., & Taşar, M. A. (2012). Shaken Baby Syndrome and Prevention Programs. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(3), 152-158.
- Taner, Y., & Bahar, G. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmal, Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-85.
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri; Uygulama İçin Bir Giriş*. (A. Karatay, Çev.) Ankara: Nika Yayınevi.
- Tekşam, Ö. (2010). Çocuk Acil Ünitesinde İstismar ve İhmal Vakalarının Tanınması ve Uygun Yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423-434.
- Tercier, A. (2008). *Child Abuse, Emergency Medicine* (4th Ed.). (L. Mear, Ed.) St Louis: Mosby.
- Turla, A. (2002). Çocuk İstismarı ve İhmal Konularında Tıbbi Yaklaşım. *O.M.O Tıp Dergisi*, 19(4), 291-300.
- Uğurlu, Z., & Gülsen, İ. A. (2014). Çocuk Hakları ve Hukuki Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. *Uluslararası sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-24.
- Uslu, R. İ., & Kapçı, E. G. (2014). *Türkiye'de Çocukların Cinsel Sömürü ve Cinsel İstismarı; Son 12 Yılda Yayınlanan Araştırmaların Sistematiik Değerlendirmesi*. Ankara: Alp Ofset Matbaacılık.
- Ülker, P., & Kahraman, Ö. G. (2015). Sağlık Personelinin Erken Müdahale Konusunda Annelerle Yaptıkları Çalışmalara İlişkin Değerlendirmeleri. *Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi, Erken Müdahale* içinde (s. 48-62). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.
- Weinstein, J., Whittington, C., & Leiba, T. (2003). *Collaboration In social Work Practice*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Yağmur, F. (2008). Çocuk İstismarı ve İhmal. *SBAR D*, 12, 71-78.
- Yalçın, H., Yaraşır, F., & Duman, G. (2014). Anne Babaların Çocuk İstismarı İle İlgili Tutumlarının İncelenmesi. *KMÜ Sosyal Araştırmalar Dergisi (Özel Sayı)*, 16, 137-143.
- Yapıcı, Ş., & Yapıcı, M. (2005). *Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Yarar, F., & Yarış, F. (2011). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve İhmaline Yaklaşım. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(4), 178-183.
- Yavuzer, H. (2013). *Doğum Öncesinden Erkenlik Sorununa; Çocuk Psikolojisi* (13. b.). İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., & Öner, A. (2003). Bir Çocuk İstismarı Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 32(5), 295-298.
- Yurdakök, K., & Ince, O. T. (2010). Duygusal İstismar ve İhmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 537-546.
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal hizmete Giriş*. (D. B. Çiftçi, Çev.) Ankara: Nika Yayınevi.
- Zastrow, C., Krist, K., & Ashman, K. (2014). *İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre*. (A. Foça, & S. E. Türközü, Çev.) Ankara: Nika Yayınevi.