

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİ
RAPORLAMA ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ'NİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

SEBA BÜR DURGUN

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GAZİANTEP

2019

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİ RAPORLAMA
ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI**

SEBA BÜR DURGUN

Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın Hemşirelik Tezli Yüksek
Lisans Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ Zerrin ÇİĞDEM

GAZİANTEP

2019



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU**

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Seba BÜR DURGUN** tarafından hazırlanan “**Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**” başlıklı 20.08.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM
Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

Z. Çiğdem

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Hasan Kalyoncu Üniversitesi SBF

N. Olgun

Jüri Üyesi:

Dr. Öğr. Üyesi Emriye Hilal YAYAN
İnönü Üniversitesi HF

E. Hilal Yayan

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayla YAVA
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın daha ilk planlarından itibaren bilgi birikimiyle yanımda olan, tıkanığım her noktada bitmez tükenmez enerjisiyle beni motive eden, vaktini, desteğini yardımlarını esirgemeyen tez danıőanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Bugüne kadar eğitimim için her türlü desteği sağlayan, her zaman yanımda olan bana inanan ve güç veren kıymetli annem Sıddıka BÜR ve babam Salih BÜR'e, oldukça yoğun geçen tez döneminde anlayıőını esirgemeyen kıymetli eőim Tarık Durgun'a ve daha doğmamıő olan evladıma gösterdikleri sabır, anlayıő ve özveri için teşekkür ederim.



ÖZET

Seba BÜR DURGUN, Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019. Araştırma, Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak planlandı. Metodolojik türde yürütülen bu çalışma, 01 Şubat-01 Nisan 2019 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde çalışan hemşireler üzerinde yapıldı. Evreni, hastanede çalışmakta olan hemşireler oluşturmuş; örneklem grubu seçimine gidilmeden evrenin tamamı ile çalışılmıştır (N=308). Lee-Pei, Yu ve ark. tarafından 2008 yılında geliştirilen ölçek, 44 tutum sorusundan oluşmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik analizinde; dil, kapsam, yapı geçerliliği, güvenilirlik analizlerinde ise; iç tutarlılık katsayısı ve testin iki yarıya bölünmesi yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 11.5 Windows sürümü ve SPSS AMOS 24 sürümünde yapılmıştır. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin çeviri geri çeviri yöntemi ile dil geçerliliği analiz edilmiş ve uzman görüşleri ile kapsam geçerliliği yapılmıştır. Kapsam geçerliliğinde Davis yöntemi kullanılarak KGO hesaplandı. Yapı geçerliliğinde AFA ile DFA yapıldı. Ölçeğin DFA sonucunda tek faktörlü bir yapıda ve faktör yüklerinin uygun aralıkta olduğu belirlenmiştir. Uyum değerlendirme ölçütlerinden RMSEA 0.074, CFI 0.908, NFI 0.927, GFI 0.906, AGFI 0.889, χ^2 3864.26 ve χ^2/SD 4.771 olarak saptanmıştır ve modelin uyumuna karar verildi Ölçeğin iç tutarlılık analizleri sonucunda madde toplam puan korelasyonlarının yeterli ve Cronbach α katsayısı her üç ölçek için sırasıyla 0.98, 0.98 ve 0.94 olduğu bulunmuştur. Testin iki yarıya bölünmesi yönteminde ölçeklerin 9 alt boyutuna ait Spearman-Brown kat sayısı 0.881 ile 0.992 arasında bulundu. Guttman Split-Half değerinin ise 0.723-0.980 arasında olduğu gözlemlendi. Sonuç olarak, Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin orijinal ölçekle benzer bir yapıda, geçerlik ve güvenirlığının yüksek olduğu ve hemşirelerin Çİİ'yi raporlamada yeterli bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk İstismarı ve İhmali, İstismarın Raporlanması, Öz-yeterlilik ve Raporlama

ABSTRACT

Seba Bür Durgun, The Validity and Reliability Study of the Self-Efficacy Scale Reporting Child Abuse and Neglect of Nurses, Nursing Program, Master Thesis, Gaziantep, 2019. The research was planned methodologically with the aim of testing the validity and reliability of the Self-Efficacy Scale for Reporting Child Abuse and Neglect of Nurses. This methodological study was conducted on nurses working at Dicle University Medical Faculty Hospitals between 01 February and 01 April 2019. The population consisted of nurses working in the hospital; the whole population was studied without selecting a sample group (N=308). Developed in 2008 by Lee-Pei,Yu et al, the scale consists of 44 attitude questions. Validity and reliability analysis; language, coverage, structure validity, in reliability analysis; the internal consistency coefficient and the method of dividing the test in two halves were used. Analysis of the data was done in the Windows version of SPSS 11.5 and in the Amos 24 version of SPSS. The language validation of the Nursing Reporting Child Abuse and Neglect Reporting Self-Efficacy Scale was analyzed by the translation-back-translation method and the validity of the scope has been made by expert opinions. The scope validity was calculated scope validity ratio by using Davis method. Explanatory factor analysis and confirmatory factor analysis were performed for construct validity. As a result of the confirmatory factor analysis, it was determined that the scale had a single factor structure and the factor loads were in the appropriate range. The compliance assessment criteria were RMSEA 0.074, CFI 0.908, NFI 0.927, GFI 0.906, AGFI 0.889, X² 3864.26 and X²/SD 4.771, and the model's compliance was determined. As a result of internal consistency analyses of the scale, the substance total score correlations were sufficient and the cronbach α coefficient was found to be 0.98, 0.98 and 0.94 respectively for all three scales. The Spearman-Brown coat count of the 9 sub-dimensions of the scale was found to be between 0.881 and 0.992 in the method of dividing the test in two halves. Guttman Split-Half was found to be between 0.723-0.980. As a result, it was found that the Self-Efficacy Scale for Reporting Child Abuse and Neglect of Nurses is similar to the original scale, has a high validity and reliability and is an adequate measurement tool for reporting child abuse and neglect of nurses.

Keywords: Child Abuse and Neglect, Reporting of Abuse, Self-efficacy and Reporting

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	V
TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	VIII
TABLO DİZİNİ.....	IX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XI

1.GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Tanımı.....	3
2.2. Tarihçe.....	3
2.3. Çocuk İstismarı ve İhmali Tanımı.....	5
2.4. Çocuk İstismarı ve İhmali Kapsamı.....	5
2.4.1. Fiziksel İstismar.....	5
2.4.2. Cinsel İstismar.....	7
2.4.3. Duygusal İstismar.....	8
2.4.4. İhmal.....	9
2.5. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali Yaygınlığı.....	10
2.6. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmalini Rapor edilmesine İlişkin Mevzuat.....	11
2.6.1. Türkiye’de Raporlama Yasalarının Tarihi.....	11
2.6.2. Türkiye’deki Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Rapor Etmelerine İlişkin Yasal Zorunluluk.....	14
2.7. Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Faktörler.....	15
2.7.1. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlamalarını Etkileyen Faktörler.....	15
2.7.1.1. Kişisel Özellikler.....	16
2.7.1.1.1. Bireysel Algılama.....	16
2.7.1.1.2. Bireysel Tutum.....	17
2.7.1.1.3. Bireysel Bilgi.....	17

2.7.1.1.4. Kişisel Özellikler.....	18
2.7.1.1.5. Öz-Yeterlilik.....	18
2.7.1.2. Örgütsel Nitelikler.....	19
2.7.1.3. Çevresel Nitelikler.....	20
2.8. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları.....	20
2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü.....	22
2.10. Sosyal Öğrenme Kuramına Göre Özyeterlilik.....	23
2.10.1. Öz-yeterlilik Tanımı.....	23
2.10.2. Hemşirelikte Öz Yeterlik ve Karar Verme.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırma Soruları.....	28
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı.....	28
3.3. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	29
3.5. Veri Toplama Gereçleri.....	29
3.5.1. Demografik Bilgi Formu.....	29
3.5.2. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği- HÇİİRÖÖ (Child Abuse and Neglect Reporting Self-Efficacy Questionnaire For Nurses-CANRSE).....	30
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	32
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	32
4. BULGULAR	
4.1. HÇİİRÖÖ'nin Geçerliliğinin İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	34
4.2. HÇİİRÖÖ'nin Güvenilirliğinin İncelenmesine İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Çİİ'ye ile İlgili Bilgi Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	48
5. TARTIŞMA	
5.1. HÇİİRÖÖ'nin Geçerliliğinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
5.2. HÇİİRÖÖ'nin Güvenilirliğinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	75
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Çİİ'ye ile İlgili Bilgi Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	78
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar.....	84

6.2. Öneriler.....	85
KAYNAKLAR.....	86
EKLER.....	95

Ek:1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Ek:2 Etik Kurul Onay Formu

Ek:3 Etik Kurul Kararı

Ek:4 Orijinal Ölçek Yazarının Yazılı İzni

Ek:5 Kurum Onayı

Ek:6 Demografik Bilgi Formu

Ek:7 Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği
(HÇİİRÖÖ)

Ek:7a Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü

Ek:7b Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü

Ek:7c Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç
Beklentileri Ölçütü

Ek:8 Child Abuse and Neglect Reporting Self-Efficacy Questionnaire For Nurses
(CANRSE)

Ek:9 Gönüllüleri Bilgilendirme Formu

Ek:10 Uzman Grup Listesi

Ek:11 İntihal Raporu

Ek:12 Kısa Özgeçmiş

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği’ nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

01.08.2019

Seba BÜR DURGUN



TABLO DİZİNİ

Tablolar	Sayfa No
Tablo 4.1.2.1. HÇİİRÖÖ'nün Maddelerine Yönelik Kapsam Geçerliği Sonuçları.....	35
Tablo 4.1.3.1.1. HÇİİRÖÖ'nün KMO ve Bartlett's Test Sonuçları.....	36
Tablo 4.1.3.1.2. Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin Faktör Yükleri	37
Tablo 4.1.3.1.3. Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin Faktör Yükleri	38
Tablo 4.1.3.1.4. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Maddelerinin Faktör Yükleri.....	39
Tablo 4.1.3.2.1. Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin DFA Faktör Yükleri	40
Tablo 4.1.3.2.2. Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin DFA Faktör Yükleri	41
Tablo 4.1.3.2.3. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Maddelerinin DFA Faktör Yükleri.....	41
Tablo 4.1.3.2.4. HÇİİRÖÖ'nin Uyum İndeksi Değerlendirme Ölçütleri.....	42
Tablo 4.2.1.1. HÇİİRÖÖ'nin ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Kat Sayısı.....	43
Tablo 4.2.1.2. HÇİİRÖÖ'nin Cronbach α Güvenilirlik Analiz Sonuçları Madde-Toplam Analiz.....	45
Tablo 4.2.2.1. Faktörler için hesaplanan Spearman-Brown Geçerlik Katsayıları.....	47
Tablo 4.3.1. HÇİİRÖÖ Maddelerinin Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	48
Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Nitel Olan Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı.....	50
Tablo 4.3.3. Hemşirelerin Nicel Tanımlayıcı Özelliklerinin Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri.....	50
Tablo 4.3.4. Hemşirelerin Çİİ'ye Yönelik Bilgi İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	52
Tablo 4.3.5. Hemşirelerin Nicel Çİİ'ye Yönelik Bilgi İle İlgili Özelliklerinin Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri.....	53
Tablo 4.3.6. Hemşirelere Ait Nicel Değişkenler ile Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklentisi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	54
Tablo 4.3.7. Hemşirelere Ait Nicel Değişkenler ile Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklentisi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	56

Tablo 4.3.8. Hemşirelere Ait Nicel Değişkenler ile Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	58
Tablo 4.3.9. Hemşirelerin Nitel değişken Özellikleri ile Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Bekleti Ölçütü Alt Boyutlarına Ait Ortalamaların Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.3.10. Hemşirelerin Nitel Değişken Özellikleri İle Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Bekleti Ölçütü Alt Boyutlarına Ait Ortalamaların Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.3.11. Hemşirelerin Nitel Değişken Özellikleri İle Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Ortalamaların Karşılaştırılması.....	66



KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Çİİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ÇKB	: Çocuk Koruma Birimi
ÇHS	: Çocuk Hakları Sözleşmesi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
ÇKK	: Çocuk Koruma Kanunu
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ÇKM	: Çocuk Koruma Merkezi
HÇİRÖÖ	: Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
CANRSE	: Child Abuse and Neglect Reporting Self-Efficacy Questionnaire For Nurses
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
RMSEA	: Root Mean Square Error -Kök Ortalama Kare Yaklaşım Hatası
AGFI	: Adjusted Goodness-of-fit Index- Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
GFI	: Uyum İyiliği İndeksi - Goodness-of-fit Index
NFI	: Normed Fit Index - Normlaştırılmış Uyum İndeksi
CFI	: Comperative Fit Index - Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk ihmali ve istismarı (Çİİ),

“18 yaşın altındaki çocukların sağlığını, sağ kalımını, gelişimini veya ilişkilerdeki güven duygusunu olumsuz yönde etkileyen fiziksel/duygusal/cinsel istismar, ihmal ve diğer sömürü türleriyle sonuçlanan kötü davranışlardır.”(1).

DSÖ tarafından, yetişkinlerde çocukluk döneminde fiziksel istismar görülme oranı %25.0 cinsel istismara uğrama oranları ise kadınlarda %20.0 erkeklerde ise %8.0 olarak bildirilmiştir. Dünyada her yıl 15 yaş altında 31000 çocuğun yaşamını istismar nedeniyle yitirdiği bildirilmektedir. Ülkemizde Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF) tarafından çocuk istismarı ve aile içi şiddete yönelik 2010 yılında yapılan çalışmada; 7-18 yaş grubu çocuklarda, duygusal istismarın %51.0, fiziksel istismarın %43.0, cinsel istismarın %3.0 oranındada görüldüğü açıklanmıştır (1).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre, genel olarak istismara uğrayan çocuk sayısı 2014'te 74.064 iken, 2016'da 83.552'ye yükselmiştir. Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğüne göre; çocuk cinsel istismar hükümlülerinin yüzdesi 2006 yılında % 42.5 iken 2016'da % 58.8'e çıkmıştır. Cinsel suç mağduru olan çocukların yüzdesi 2014 yılından 2016 yılına kadar geçen sürede %33.0 oranında artmıştır (2).

Çİİ'nin belirlenmesi ve raporlanması tüm sağlık profesyonelleri için ciddi bir sorun olmakla birlikte, özellikle hemşirelik mesleği için artan bir endişe alanı sunmaktadır.

Bandura öz-yeterlilik inancını;

“insanların belli bir performansa ulaşabilmelerini sağlayacak eylemleri örgütleme ve sergileme becerileri ile ilgili yargıları”

olarak tanımlamıştır. Öz-yeterlilik, bireyin belli bir görevi başarabileceğine dair kişisel inancıdır (3).

Öz-yeterlilik profesyonel hemşirelik uygulamalarına önemli bir katkı sağlamaktadır. Hemşireler bilinen ve şüphelenilen Çİİ vakalarını bildirmekle yükümlüdürler. Hemşirelerin Çİİ'yi bildirme olasılığını öngörmek için özellikle yararlı bir alt yapı sağlar, çünkü öz-

yeterliliğin etkinlik beklentileri ve sonuç beklentileri hem davranışların başlatılmasını hem de devam etmesini etkileyebilir. Hemşirelerin öz-yeterlilik algıları bu nedenle raporlama niyetini etkileyebilir ve belirli durumlarda yetersiz bildirim düzeyini belirleyebilir.

Pediatri hemşiresinin çalışma sahasında çocuklarla doğrudan bir ilişkisi vardır. Hemşire savunmasız, zarar görmüş ve istismar riski taşıyan çocukları saptayabilmeli ve buna göre davranabilmelidir. Hemşirelerin uzman önerisi ve desteği nereden alacakları ve çocuk istismarı konusunda nasıl bir yol hazırlayacaklarını bilmeleri önemlidir. Bununla birlikte, günümüzde hemşirelerin çoğu halen faillerin taciz edici davranışlarını tanıyamamakta ve çocuklarda istismar veya ihmali gösteren davranışları belirleyememektedir. Yapılan çalışmalarda, istismar davaları için standartların net olarak tanımlanmamasının, konu ile ilgili yetersiz eğitimin, kişisel faktörlerin, Çİİ'ye yönelik algı ve tutumların çocuk istismarını raporlama başarısızlığını etkileyen faktörler olarak ileri sürülmüştür (4). Örneğin, Tayvan'da Feng ve Levine (4), 1400 hemşire ile yaptıkları bir araştırmada, hemşirelerin Çİİ'yi raporlamalarını etkileyen faktörleri; bilgi eksikliği, problemle başa çıkma yeteneği, çocuk koruma merkezlerinden geri bildirim yetersizliği, zaman ve iş yükü baskıları, davaları rapor etmekle yükümlü oldukları yasal otoriteye güven eksikliği olarak açıklamışlardır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde çalışmakta olan hemşireler dahil edildi. Bu çalışma, hemşirelerin Çİİ'yi bildirmeye yönelik öz-yeterliliklerinin değerlendirilmesini sağlayan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk Tanımı

Çocuk kavramı çocukluk ile eşdeğer olup; geçmiş çağlardan günümüze kadar geçen sürede, yaşanan toplumun değerlerine, sosyal yaşamlarına, ekonomilerine ve kültürlerine göre değişen, anlaşılan ve kabul gören bir tanım olarak yer almaktadır. Bu kavram ilk kez 16. yy Rönesans'ın da etkisiyle ortaya çıkmış ve kullanılmaya başlanmıştır. 19. yy sonu 20. yy başı çocuğun dünyasının keşfedilme zamanları, 20.yy ise tüm dünyada çocuk yüzyılı olarak kabul edilmiştir. Çocuk kavramı uzun yıllar boyunca çocukla ilgilenen farklı bilim dalları tarafından ilgilenilen boyutu açıklayarak tanımlanmıştır (5).

Uluslararası bir yasa olma özelliği bulunan, devletlere konuya ilişkin yükümlülük getiren ve çocuk haklarını bütüncül yaklaşımla düzenleyen hukuksal bir metin olan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin (ÇHS) 1. maddesinde;

“Bu Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır.” tanımı yer almaktadır (6).

2.2. Tarihçe

Çİİ tarihçesi insanlık tarihi ile başlamaktadır ve antik çağlara kadar uzanmaktadır. Yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda Çİİ'nin çok yaygın olduğu ve çocukların aileleri tarafından daha çok şiddet gördüğü, öldürüldüğü, korkutulduğu ve cinsel istismara uğradığı görülmektedir.

Çİİ kavramı ilk kez 1700'lü yıllarda bir avukatın, hapse giren suçluların kaçımın çocuklara karşı işlenmiş suçlar nedeniyle ceza aldıklarını açıklaması sonucu ortaya çıkmıştır. 18 yy'de yaşamış ve dönemin en ünlü yazarlarından olan Fransız yazar Victor Hugo ile İngiliz yazar Charles Dickens'in da romanlarında konuya değindikleri görülmüştür (7).

Konu ile ilgili ilk tıbbi tanımlama Fransız adli tıp uzmanı Ambres Tardieu tarafından 1860 yılında yapılmıştır. Tardieu Paris Tıp Akademisi'nde yaptığı sunumda, dövülerek öldürülen 32 çocuğun otopsi sonuçlarını derleyerek ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismar bulgularından söz etmiştir (7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) çocuk radyoloğu John Caffey 1946 yılında uzun kemik, kosta kırıkları ve subdural kanama arasındaki ilişkiyi incelemiş ve “Çocuk İstismarı Sendromunu” açıklamıştır. 1960'lı yıllarla birlikte Çİİ araştırmacılar tarafından sistematik bir biçimde incelenmeye başlanarak, nedenleri bilimsel bir biçimde ortaya konmaya çalışılmıştır (8).

Kemple 1962 yılında çocuklara yönelik kötü uygulamalar üzerine dikkati çekerek; normal bireylerin bile çocuklarını istismar edebileceğini, istismarın evde, bakım merkezlerinde, iş yerlerinde, hastanelerde ve ceza evlerinde olabileceğini açıklamış, “Battered Child/Hırpalanmış Çocuk Sendromunu” tanımlamıştır. Vincent Fontana 1963 yılında “Çocuğa Kötü Davranılması” deyimini ileri sürmüştür. 1970 yılında Hellnes Çİİ'yi; çocuğa bakım veren kişi ile çocuk arasında, çocuğun fiziksel durumunu ya da büyümesini olumsuz etkileyen, kasıtlı olarak yapılan etkileşim veya etkileşim eksikliği olarak tanımlamıştır. 1972 yılında Helfer ve Kemple Çİİ'yi ebeveynlerin ya da çocuktan sorumlu bireylerin giriştiği ya da yerine getirmediği eylemler sonucu, çocuğun kaza dışı zarara uğraması şeklinde açıklamışlar ve “Child Abuse/Dövülmüş Çocuk Sendromu” terimini kullanmışlardır. Garbarino ve Gilliam 1980 yılında çocuğa yapılan uygunsuz ve zarar verici davranışların alanında uzman birinin görüşüyle tespit edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (8,9).

Cinsel istismarın farkına ilk kez 1970'li yıllarda varılmış, duygusal istismarın da en az fiziksel ve cinsel istismar kadar çocuğu olumsuz etkilediğine yönelik görüşler 1980'li yıllardan sonra ileri sürülmeye başlanmıştır (9).

Günümüze değin uzanan çocuk istismarı için en önemli gelişme Birleşmiş Milletler tarafından 1989'da kabul edilen ÇHS'dir. Sözleşme “Çocuğun, her türlü kötü muameleyle karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması” koşulunu getirmiştir (10).

Çİİ, gelişmiş ya da az gelişmiş bütün ülkelerde ne yazık ki hala güncelliğini koruyan ve her gün yeni örneklerle ortaya çıkan bir konudur. Çocuk hastalıklarının ve ölümlerinin bir nedeni olarak, kurbanları açısından son derece yıkıcı sonuçlarıyla ve sonraki nesiller için de kalıcı izler bırakan özellikleri ile Çİİ önemli bir sosyal sorundur (11).

2.3. Çocuk İstismarı ve İhmali Tanımı

Çİİ; Amerikan Psikoloji Birliği' ne (11) göre “etkileri, sıklığı ve içeriği nedeniyle çocuğun fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığını etkileyen önemli bir toplum sağlığı sorunudur” şeklinde ifade edilmektedir. İstismar ve ihmalin ortak tanımı incelendiğinde ise Çİİ, ebeveyn ya da çocuktan sorumlu bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen; toplumsal kurallar ve konu ile ilgili meslek çalışanları tarafından uygun olmayan ya da zarar verici olarak tanımlanan, çocuğun gelişimini olumsuz olarak etkileyen her türlü eylem ve eylemsizliklerin tamamıdır.

DSÖ tarafından 1985 yılında gerçekleştirilen tanıma göre çocuk istismarı, “çocuğun, sağlığını, fiziksel, psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen; bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlardır” şeklindedir. Bu tanım ebeveyn tarafından genellikle ev içinde uygulanan istismar dışında, okul, yuva, yetiştirme yurdu veya kamp gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından uygulanan istismar edici davranışın kavramsal farklılıklardan sıyrılarak yapılmış bir tanımlamadır. Bu tanım; çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı ya da yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da kapsamaktadır. Ayrıca davranışın mutlaka, çocuk tarafından algılanması veya yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılmaması koşulu gerekmemektedir (12).

Çocuk ihmali; çocuğun beslenme, barınma, korunma, gözetim, eğitim, sağlık gibi temel gereksinimlerinin karşılanmamasıdır (13).

Çİİ'nin tanımlanmasında karşılaşılan en önemli güçlükler; neyin, hangi davranışın istismar ya da ihmal olarak net şekilde tanımlanamaması, hukuk karşısında ispatlanmasının güç olması, ispatlanan durumlarda çocuğun daha sonraki yaşamından istismar ve ihmalden korunmasını sağlayacak düzenleme ve kurum yetersizlikleri, Çİİ'nin değişik meslek gruplarınca değerlendirilen multi-disipliner (tıbbi, hukuk, psikolojik, eğitim, sosyolojik) bir konu olması ve kültürler arası farklılıklardır (14).

2.4. Çocuk İstismarı ve İhmali Kapsamı

2.4.1. Fiziksel İstismar

En geniş anlamda “çocuğun kaza dışı yaralanması” olarak tanımlanan fiziksel istismar, DSÖ tarafından “çocuğun ebeveynleri ya da bakmakla yükümlü bireylerin kasıtlı eylemleri

sonucunda fiziki zarar görmesi ya da buna müsaade edilmesidir” şeklinde tanımlanmaktadır. UNİCEF ise fiziksel istismarı; kazara olmayan, yasaklanmış, çocuğa acı veren, gelişme ve işlevselliğinde sürekli zarara yol açabilecek şiddet hareketinin yapılması olarak tanımlamaktadır. En kolay belirlenebilen istismar türüdür. Fiziksel istismar örnekleri olarak; elle vurma, dövme, sarsma, ısırma, boğma, yakma, zehirlenme vb. sayılmaktadır (15,16).

Fiziksel istismara uğrama yönünden risk faktörler incelendiğinde; ebeveyn ile ilgili faktörler, çocuk ile ilgili faktörler ve yaşanan çevre ile ilgili faktörler olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır.

- a) **Anne- baba ile ilgili faktörler;** ebeveynin genç ve deneyimsiz olması, çocuk yetiştirmeye ilişkin bilgilerin yetersiz olması, kendi çocukluk dönemine ait istismar öyküsünün olması, alkol-madde kullanması, düşük benlik saygısına sahip olması, kişisel memnuniyetini çocuğununkinden üstün tutması, duyguların kontrol edememesi, dürtü kontrolü yetersizliği, kişilik bozuklukları gibi psikolojik hastalıkların olması, evlilikle ilgili sorunlar sayılabilir.
- b) **Çocuktan ile ilgili faktörler;** çocuğun istenmeyen gebelik sonucu doğması, ebeveynin istemediği cinsiyette olması, zihinsel ve fiziksel hastalıkları olması, engelli olması, preterm doğma, kötü fiziksel görünüm, davranış bozukluğu göstermesi gibi sorunlar sayılabilir.
- c) **Çevre ile ilgili faktörler;** ekonomik sıkıntılar, ebeveynlerden birinin ölümü ve çocuğa tek başına bakma, boşanma , aile içi şiddet, göç olgusunun varlığı, fazla çocuk sahibi olma, geniş aile yapısı, kültürel etmenler, düşük sosyal ilişkiler, işsizlik, kriz içeren durumlar ve çocuğu koruyan yasaların yetersizliği sayılabilir (17).

Fiziksel istismarın çocuklar üzerindeki kısa dönem etkileri; alt ıslatma, parmak emme, gelişimsel bozukluk, uyku bozukluğu, yeme bozukluğu, öğrenme güçlüğü, konuşmada gecikme, okul başarısızlığı, yakın ilişki kurmakta güçlük, öfke içeren ilişkilerdir. Uzun dönemdeki etkileri ise saldırgan ve suça yönelik davranım, duygusal bozukluklar, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, intihar düşünceleri ve girişimleri, halüsinasyonlar, şizofreni, düşünce bozuklukları, deliryum ve ağır fiziksel istismar vakalarında travma sonrası stres bozukluğu görülebilmektedir. İstismarın şekli, şiddeti, oluş sıklığı hastalığın uzun dönemli etkilerinde önemlidir (17).

Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği'nin yapmış olduğu çalışmada, 6-12 yaş aralığındaki ilköğretim öğrencilerinde cezalandırma yöntemi olarak dayağın kullanıldığı olguların görölme oranı %85.0'lerdedir. Öğretmenlerin "tokat atmayı" veya "saç çekme"yi dayak olarak tasvip etmediği, ancak vücuda zarar veren davranışların bu kapsamda ele aldıkları araştırmada belirlenmiştir (18).

2.4.2. Cinsel İstismar

En genel tanımıyla cinsel istismar; bir yetişkinin bir çocuğa cinsel doyum sağlamak amacıyla yaklaşması ve onu kullanmasıdır (19). Jarvis ve ark. (20), 1998 senesinde çocuk cinsel istismarını; "cinsel temas kurma baskısıyla bir kimsenin, 16 yaşından küçük bir kimseye cinsellik içeren bir şekilde dokunmasıyla yaşanan istenmeyen bir deneyim" olarak tanımlamışlardır.

Çocukla cinsel ilişki kurulması, genital bölgelere dokunma, cinsel içerikli dokunma çocukla seksi konuşma, röntgencilik /teşhircilik, çocuğun pornografi amaçlı kullanılması, çocuğa fuhuş yaptırılması, mastürbasyon cinsel istismara neden olan aktivitelerdir (21).

Cinsel istismara uğramış çocukta; vajinal ve rektal kanama/ağrı, yürüme ve oturmada güçlük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kaygı belirtileri, amnezi (unutkanlık) dönemleri, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlarda bulunma, cinsel davranışlarda artma, oyuncak ve arkadaşlarıyla cinsel içerikli oyunlar oynama, bazı olgularda yakın temastan, dokunmadan kaçınma ve yoğun korku duyma, depresyon, cinsel davranış bozuklukları ve fiziksel yakınmalar çocuğun cinsel istismar mağduru olduğunun belirtileri olabilmektedir. Bu belirtiler fark edilip uygun yaklaşımla ortadan kaldırılmazsa uzun süreli madde bağımlılığı, evden kaçma, suça yatkınlık, erken yaşta hamilelik gibi daha büyük sorunlara neden olabilmektedir (15,22).

İstismarcıda var olan kişilik özellikleri ise aile içi ve sosyal iletişimi sınırlı, içe kapanık kişilik, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopat kişilik, sosyal açıdan olgunlaşmamış, kendi çocukları ile birlikte başka çocukları da istismar eden pedofilik kişilik olarak saptanmıştır. İstismarcıların birçoğu çocukluklarında ya cinsel istismara uğramışlardır ya da aile içi şiddet vakası yaşamışlardır (23).

Alpaslan'ın (24) belirttiğine göre; Çengel ve ark. tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada 54 cinsel istismar olgusunun yaş ortalaması 10.9 yıl, Akbaş ve ark.'nın 2009'da

yaptığı çalışmada ise, çocuk psikiyatrisine başvuran 72 cinsel istismar olgusunun yaş ortalaması 12.1 yıldır. Cinsel istismara uğrama yaş ortalaması gittikçe düşmektedir.

2.4.3. Duygusal İstismar

Tanımlanması en zor ancak en sık görülen istismar türü olan duygusal istismar; ebeveyn ya da diğer yetişkinlerin çocuğun becerileri üstünde talep ve ümit içinde olmaları ve saldırganca davranışları olarak tanımlanır. UNİCEF; duygusal istismarı çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının devamlı kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklardan yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insan üstü güçlerle korkutulması, ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım yöntemleri ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır. Yetişkinlerin davranışları çocuğun fiziksel, zihinsel ve psikososyal gelişiminde duraklama, gerileme, engelleme yaratıyorsa bunlar duygusal istismara yol açan davranışlar olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, çocuğa olumlu yönde gelişimini sağlayacak davranışların gösterilmemesi de duygusal istismar olarak kabul edilmelidir (25,26).

Çocuğa yüksek sesle seslenme, geri çevirme, hor görme, kötü söz söyleme, yalnızlığa terk etme, korkutma, tehdit etme, duygusal açıdan yetersiz beslenmesi, yaşın üzerinde sorumluluklar yükleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, küçük düşürme, alaycı konuşma, lakap takma, çocuğa baskı ve otorite kurma ve zorunlu olarak bağımlı kılma duygusal istismar neden olan davranışlardır (25).

Her yaş grubunda görülen istismar sonucunda çocuklarda birçok, duygusal, sosyal, gelişimsel bozukluklar gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yaşanan olay sonucunda çocuğun benlik kavramı da zarar görmektedir (27).

Duygusal istismarın görülme oranı cinsiyetler arasında önemli bir farklılık göstermemektedir. 6-8 yaş arasında daha fazla görülmekte olup ergenliğe kadar aynı seviyede devam etmektedir. Eldeki verilerde görüldüğü üzere sıklık % 8.0-12.0 arasındadır. Fiziksel istismarın görüldüğü durumlarda duygusal istismar görülme oranı % 75.0 ile %90.0 arasında değişmektedir. Duygusal istismar neden olan ve en sık görülen davranış şekli ise ürkütme ve usandırmaktır (28).

Türkiye’de UNICEF aracılığıyla yapılan “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” çalışmasında Mayıs-Ağustos 2008 tarihleri arasında toplam 1328 hanede 7-18 yaş arasındaki 1886 çocukla (%54.0 erkek, %46.0 kız) görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda duygusal istismar sıklığı %49.0, fiziksel istismar %56.0, cinsel istismar %9.0 olarak tespit edilmiştir (29).

Ülkemizde bir Çocuk Koruma Birimine dört yıl içinde başvuran 215 vakanın %29.8’inde fiziksel istismar, %21.4’ünde duygusal istismar, %9.8’inde cinsel istismar tespit edilmiş, vakaların %39.5’ine ihmal tanısı konmuştur (30).

2.4.4. İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin bu yükümlülüğü yerine getirmemesi ve çocuğun beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimler ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal etmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Fiziksel ve cinsel istismara göre çok daha göreceli olduğu için tanısı zordur. İhmal ve istismarı ayırtan en temel nokta ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır. İhmal, özellikle büyüme geriliği olan psiko-sosyal uyum güçlüğü çeken, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda akla gelmelidir (25,31).

İstismarın aktif, ihmalin pasif bir davranış olması ikisi arasındaki farkı ortaya koymaktadır. Çocuklara kötü davranışın en yaygın türü çocuk ihmalidir. İhmal genellikle bireyler tarafından bildirilmemektedir ve geçmişten günümüze değin istismar olarak görülmemiştir. Ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından çocuk ihmaline istismardan daha az dikkat çekilmiştir. İstismar genellikle gözle görülür morluklar ve yara izleri bırakır, ihmal belirtileri ise daha az görünür olmaya eğilimlidir (32,33).

İhmale bağlı çocuk ölümleri çoğunlukla doğal bir ölüm gibi değerlendirilmektedir. Örneğin, sistemli bir ihmal sonucunda ölüm gerçekleşmekte fakat ölüm doğal nedenlere bağlı olarak kabul edilmektedir. İhmal, fiziksel istismardan daha sık görülmesine karşın ölüm veya önemli bir yaralanma ile sonuçlanmadığı sürece sorun üzerine gidilmemektedir (34).

Güney Caroline’da 1986-1995 yılları arasında yapılan bir çalışmada; çocuk ölümlerinin %8’inin ihmalden kaynaklandığı belirlenmiştir (34).

2.5. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali Yaygınlığı

Ülkemizde Çİİ vakalarının belirlenme güçlüğü ve bildirim yetersizlikleri nedeniyle, konunun görülme sıklığına ve yaygınlığına ilişkin çalışmaların sayısı oldukça az olup, olanlar da bölgesel özelliktedir. Bildirilen vakalar ise artık son noktaya gelinen ağır yaralanmalar ya da ölüm olarak hastanelere getirilen çocuklar üzerinden yapılmaktadır. Sağlık personelinin Çİİ’yi bildirmedeki bilgi eksikliği en önemli sorunlardan birisidir (1).

Gölge ve ark. (35) tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin %70.9’unun, hemşirelerin ise %54.3’ünün çocuk istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştığında nasıl bir yol izlemeleri gerektiğini bilmedikleri belirlenmiştir.

Kaytez ve ark’nın (16) bildirimlerine göre; UNICEF 2015 yılı Türkiye Raporu’nda her yıl çocuk istismarı olgularının giderek artış gösterdiği, Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği tarafından hazırlanan 2016 Yılı Çocuk İstismarına Yönelik Raporu’nda son 10 yılda çocuk istismarı olgularının yüzde 700’e varan oranlarda arttığı, TÜİK 2015 verilerine göre, 15-24 yaş arasında bulunan gençlerin yaşamının herhangi bir döneminde %25.4’ünün fiziksel, %9.5’inin cinsel, %28.1’inin ise hem fiziksel hem de cinsel şiddete uğradığı bildirilmiştir.

Velipaşaoğlu ve ark’nın (36), 2013 yılında 5 farklı üniversitede 2257 öğrenci ile yaptıkları araştırma sonuçlarına göre; erkeklerin %8.7’sinin, kadınların %7.2’sinin çocukluklarında cinsel tacize uğradıkları, istismarcıların %9.0’unun çocuk ile aynı evde yaşadığı açıklanmıştır. Cinsel tacize uğrayan öğrencilerin sadece %33.8’i taciz edenin “bir yabancı” olduğunu belirtmiştir. Cinsel tacize uğrayan erkeklerin %44.9’u “tanıdığı, evde yaşamayan biri” tarafından taciz edildiğini bildirirken, kız çocuklarında ise tacizi gerçekleştirenler arasında en yüksek oran %32.9 ile “evde yaşamayan bir akraba” olduğu görülmüştür. Katılımcıların yarısının sinirlilik ve panik sorunu olduğu, ayrıca bu gençlerde ağlama nöbetleri, depresyon, kontrolsüz öfke, stres düzeyinin yüksekliği, sinirlilik ve hayır deme güçlüğü gibi sorunlarda artış olduğu gözlenmiştir. Duygusal sorunların ortaya çıkma riski, diğer gençlere göre 6-8 kat daha artış gösterdiği ve katılımcıların %36.3’ünün depresyonda olduğunu kaydedilmiştir. Raporda çocukluk çağı olumsuz yaşam deneyimi oranı, çekirdek aile üyesi katılımcılarda daha düşük görüldüğü, ebeveynin eğitim durumu incelendiğinde katılımcıların anne ve baba eğitim düzeyleri arttıkça bu tür olumsuz deneyim sıklığının azaldığı belirlenmiştir.

Türkiye’de çocukları şiddetten korumak ve toplumda şiddeti azaltmak için girişim ve uygulamalara yol gösterecek bulguları elde etmek amacıyla yapılan “Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması’nda” veriler niceliksel ve niteliksel yöntemler kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmanın niteliksel verileri; 6 ilde, 7-18 yaş arası kız ve erkek çocuklardan, anne, baba, büyükanne, büyükbaba ve öğretmenlerden oluşan toplam 235 katılımcıdan, 30 grup çalışması ile elde edilmiştir. Niceliksel veriler ise, toplam 1328 hanede 7-18 yaş arası 1886 çocukla görüşülerek elde edilmiş ve çocukların %54.0’ünün erkek, %46.0’sının kız olduğu bildirilmiştir. Araştırmada; yaş, cinsiyet ve bölge farkı olmaksızın çocukların tümü, istismarın sırasıyla ev, okul ve sokakta olduğunu, istismarın da sırasıyla baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu tarafından gerçekleştirildiğini ifade etmişlerdir. Çocukların yaşamları boyunca karşılaştıkları istismar türlerinin %56.0 oranında fiziksel, %49.0 oranında duygusal ve %10.0 oranında cinsel istismar olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan çocuklar, son bir yıl içinde deneyimledikleri ihmal ve istismar türlerini %51.0 oranında duygusal, %45.0 oranında fiziksel ve %3.0 oranında cinsel istismar ile %25.0 oranında ihmal olarak açıklamışlardır (29).

Türkiye’de Çocuk İstismarı Raporu – 2’de (2), belirtildiği üzere Türkiye’de çocuğa yönelik cinsel istismar olguları; TÜİK verilerine göre olgu sayısında 2014’ten 2016’ya %52.0 oranında artış gösterdiği, Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü’ne göre; çocuk cinsel istismar hükümlülerinin yüzdesin %42.5’den (2006 yılında) %58.8’e (2016’da) yükseldiği, Adalet Bakanlığı’nın 2014 verilerine göre, her ay adli tıp kurumuna 650 çocuk cinsel istismar vakası gönderildiği ve dört tecavüz vakasından birinin çocuklarla ilgili olduğu ve Türkiye’de 27 ilde 30 Çocuk İzlem Merkezi’nde (ÇİM) 2011 –2016 yılları arasında %85.0’i kız, %15.0’i erkek çocuk olan toplam 21.068 olgunun değerlendirildiği vurgulanmıştır.

2.6. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmalini Rapor edilmesine İlişkin Mevzuat

2.6.1. Türkiye’de Raporlama Yasalarının Tarihi

Dünyadaki birçok ülkede olduğu gibi zorunlu bildirme yükümlülüğünü içeren yasalar Türkiye’de de yürürlüğe girmiştir. Uluslararası hukukta çocukların haklarını koruyan en temel düzenleme 20 Kasım 1989 tarihli “Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi” ülkemiz tarafından da imzalanmıştır (37).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na (38) göre “ailenin ve çocuğun korunması Anayasa güvencesi altındadır. Türk toplumunun temeli sayılan ve eşler arasında eşitliğe dayanan ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunmasını ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alma ve teşkilâtı kurma görevi devlete verilmiştir” ifadeleriyle yer almıştır.

Çocuğun Çİİ'den korunmasına yönelik olarak yapılan en önemli düzenleme; 09.12.1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilen ve 27.01.1995 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 4058 sayılı ÇHS'dir. Bu sözleşmeyle; 0-18 yaş arasındaki tüm bireyler çocuk kabul edilmiş, çocuklara karşı her tür ayrımcılık yasaklanarak çocuklarla ilgili her türlü işlem ve eylemde öncelikli olarak çocuğun yararı ilkesinin gözetilmesi getirilmiştir. 54 maddeden oluşan ÇHS; ilk kez Çİİ'nin önlenmesine ilişkin hükümlerin yer aldığı ve sözleşmeyi imzalayan devletlere hukuki olarak bağlayıcılık getiren belgedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 90. maddesi ÇHS'nin uyulması zorunlu hükümlerini kapsamaktadır. Bununla birlikte ulusal yasalarda da ÇHS'nin hükümlerini yerine getirmek için özellikle 2000'li yıllardan sonra çocukların korunmasına yönelik ciddi düzenlemeler yapılmıştır (38,39).

Çocukların korunmasına ilişkin kanun ve kurallar başta Anayasa'da yer alan temel ilkeler olmak üzere çeşitli kanunlarla da düzenlenmiştir. 2001 tarih ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanun'a göre; çocuğun toplum içinde bir birey olarak yeri/durumu belirlenirken, 2004 yılı 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'na göre çocuk haklarının ihlali ve istismar halinde yargılama yöntemleri ve 2004 yılı 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda da (TCK) bu durumda uygulanacak yaptırımlara yer verilmiştir. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nda 1983 yılı 2828 sayılı yasa ile çocuk ihmalin önlenmesi ve olumsuz sonuçlarının ortadan kaldırılmasına ilişkin düzenlemeler yapılmış; 2005 tarih ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK); 2003 yılı 4787 sayılı Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun; 2003 yılı 4857 sayılı İş Kanunu; 2004 yılı 5187 sayılı Basın Kanunu; 1927 ve 1988 yılları 1117 sayılı Küçükleri Muzır Neşriyattan Koruma Kanunu ile de çocuğun korunması ve kollanması güven altına alınmıştır. Ayrıca çocuğun eğitimine ve gelişimine yönelik olarak maddelere de 222 sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu'nda, 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu'nda ve 01.03.2014 tarihli 6528 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunu'nda yer almaktadır (40,41).

Çocuğun Çİİ'den korunması için ülkemizde yeterli yasal düzenlemeler olmasına karşın ülkemizde her 100 çocuktan 80'inin istismara uğradığı bilinmektedir. Bu düzenlemeler hukukumuzda 09.12.1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilen ve 27.01.1995 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 4058 Kanun sayılı ÇHS'yle girmiştir. Bu sözleşmeyle; 0-18 yaş arasındaki tüm bireyler çocuk kabul edilmiş ve çocuklara karşı her tür ayrımcılık yasaklanarak çocuklarla ilgili her tür işlem ve eylemde çocuğun öncelikli yararının gözetileceği ilkesi getirilmiştir (38,39).

Çİİ'ye karşı bir başka koruma ve yaptırım yöntemi de "Ailenin Korunmasına Dair Kanun" ile getirilmiştir. Yasa, aile içinde şiddet gören kişilerin korunmasını öngörmektedir. TCK'nın 278. maddesi çocuğa yönelik şiddete tanıklık eden kişinin bu durumu gerekli birimlere bildirmekle yükümlü olduğunu, aynı kanunun 233. maddesi ise çocuğun şiddet gördüğü bilgisine ulaşan savcının derhal aileye ceza davası açıp, aileyi cezalandırması gerektiğini içermektedir. TCK'nın 97. maddesinde ise çocuğu dilendirme, yasak işlerde çalıştırma ve böylece çocuğun ekonomik istismarına neden olan aile bireylerine de dava açılarak, ceza verilmesi gerekliliği yer almaktadır. TCK'da yer alan bu maddeler çocukları büyük ölçüde fiziksel ve ekonomik istismardan korumaktadırlar (38,39).

Çocuğun cinsel istismardan korunması ilk kez 2005 yılında TCK değişikliği ile gündeme gelmiştir. Adı geçen kanunun 103. maddesinde çocukların cinsel istismarı;

"15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte filin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranışlardır" şeklinde tanımlamıştır.

TCK'nın 104. maddesinde ise,

"Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."

ifadesine yer verilmiştir (38,39).

Türkiye'de çocuğun Çİİ'den korunması için yeterli yasal düzenlemelerin olmasına karşın, bu yasal düzenlemelere, eşlik edecek kurumsal yapılanmaların oluşturulmaması ve

güncel uygulamalarda yeterli dönüşümün sağlanamaması nedeniyle halen %80.0 oranında çocuğun istismara uğradığı bildirilmektedir. Kamusal alanda çocuğun yüksek yararının eksiksiz bir şekilde ortaya konması için medikal, hukuksal ve sosyal dönüşümlerin sağlanarak multidisipliner yaklaşımın geçerlilik kazanması gerekmektedir (2,34).

2.6.2. Türkiye’deki Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Rapor Etmelerine İlişkin Yasal Zorunluluk

Çocuğa yönelik istismar ile ilgili suçların ihbar edilmesi TCK’nın 278. maddesinde tüm bireylere, 279. maddesinde kamu görevlilerine, 280. maddesinde ise sağlık çalışanlarına bir yükümlülük olarak getirilmiştir. TCK’nın 279. maddesinde

“kamu görevlileri, kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini görevleriyle bağlantılı olarak öğrendiklerinde, durumu yetkili makamlara bildirmekle yükümlüdürler.”

ifadesine yer verilmiştir. Ayrıca, bu yükümlülüklerini yerine getirmemeleri veya geç getirmeleri durumunda, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası öngörülmekte; failin adli kolluk görevini yapan kişi olması halinde ise cezanın yarı oranında artırılacağı belirtilmektedir (42).

Özel bir ihbar yükümlülüğü de, TCK’nın 280. maddesinde münhasıran sağlık mesleği mensupları için öngörülmektedir. Bu maddede

“görevlerini yaptıkları sırada bir suçun işlendiği yönünde belirtiyile karşılaşan sağlık mesleği mensubuna suçları ihbar etme yükümlülüğü getirilmektedir. Sağlık mesleği mensubu deyiminden, tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.”

Bu suçun oluşabilmesi için de, suçun sağlık mesleği mensubu tarafından görevinin ifasıyla bağlantılı olarak öğrenilmesi gerekir. Bir başka deyişle, sağlık mesleği çalışanı suç oluşturan durumla görevini yerine getirirken karşılaşmalıdır. Örneğin cinsel istismara uğramış bir çocuğun özel bir psikiyatri kliniğinde tedavi edilmesi sırasında, hekimin çocuğun ruhsal hastalığının kendisine babası veya kardeşi tarafından gerçekleştirilen cinsel saldırıdan kaynaklandığını öğrendiğinde, bunu sorumlu kurumlara bildirmek yükümlülüğü altındadır (42).

2.7. Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Faktörler

2.7.1. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlamalarını Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin raporlama yetkisine karşın, genellikle şüpheli Çİİ vakalarını bildirmekte yetersiz kaldıkları ileri sürülmüş ve gerekçe olarak da şüpheli Çİİ'yi tanımlama ve raporlama sürecinin çok karmaşık olduğu belirtilmiştir. Çocuğa yönelik istismar olayını bildirmekle yükümlü olan hemşireler Çİİ mağduru olarak gördükleri veya şüphelendikleri çocuğu hemen ahlaki, etik ve yasal olarak karar verme süreciyle yüzleşip ihbar etmeleri gerekmektedir (43).

Çİİ'yi raporlamaya karar verme sürecinin karmaşık ve zor bir süreç olduğuna araştırmacılar dikkat çekmektedir. Çİİ'yi ihbar etme kararını; raporlama zamanı, kötüye kullanım türü, meslektaşından aldığı destek, eğitim deneyimi, çocuk ile aile arasındaki ilişki etkilemektedir (44).

Pollak ve Levy (45), yaptıkları çalışmada suçluluk, öfke ve sempati gibi olumsuz duyguların Çİİ raporlamasını etkileyen önemli faktörler olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin, çocuğunu istismar eden ailenin duygusal yoksunluk ve mağduriyeti öne sürmesi, rapor edenlerin iyi niyetlerini ortaya çıkartıp Çİİ vakalarını bildirmelerini azaltabilmektedir. Brosing ve Kalichman (46), Çİİ'yi raporlamak için kapsamlı bir karar alma modeli önermişlerdir. Bu modelde, Çİİ'yi raporlama kararını etkileyen faktörler olarak; yasaları, klinisyen özelliklerini, durumsal faktörleri, rapor edenin Çİİ'yi algılayışını ve Çİİ'yi raporlama deneyimlerini belirlemişlerdir.

Çİİ'yi raporlamaya ilişkin sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda; istismar vakaları için standartların tanımlanmasındaki belirsizliğin, yetersiz eğitimin, çalışanların Çİİ algısının, Çİİ'ye yönelik tutumunun ve raporlama deneyiminin etkili olduğu görülmüştür (47-49). Hemşirelerin Çİİ'yi raporlamalarını etkileyen faktörler; kişisel özellikler, örgütsel nitelikler ve çevresel nitelikler olmak üzere 3 ana başlık altında incelenmektedir.

2.7.1.1. Kişisel Özellikler

2.7.1.1.1. Bireysel Algılama

Sağlık çalışanlarının Çİİ'yi raporlamalarını etkileyen faktörlerden biri olan, Çİİ ile ilgili algıları üzerinde çok fazla dikkat çekilmemiştir. Metin (50) algıyı, dış dünyamızdaki soyut/somut nesnelere ilişkin olarak aldığımız duyumsal bilgi olarak tanımlamıştır. Tutumu ise, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne, toplumsal konu, ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine (motivation) dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimi olarak açıklamıştır. Tutumun gelişebilmesi için mutlaka algının oluşturulması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının Çİİ hakkındaki algılarını anlamak çeşitli nedenlerden dolayı önemlidir. Hemşirelerin algısı, Çİİ'nin doğru şekilde raporlanmasında kilit bir unsurdur. Çİİ'nin algılanması; çocuk istismarı raporlarının yetkili birimlere (emniyet, adliye vb.) bildirimini, istismar olgularına yönelik klinik hizmetlerin sunulmasını, faillerinin yasalara göre soruşturulmasını ve Çİİ'yi önleme programlarını uygulamak isteyen sivil toplum kuruluşları ile meslek kurumların (baro, odalar vb) desteğini etkilemektedir. Price'ın(48), hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada, araştırmaya katılanların çocuk istismarı algısı ve bilgisinin önemli ölçüde eksik olduğunu ortaya çıkartmıştır. İngiltere'de Russell ve ark. (51), 979 sağlık çalışanının çocuk fiziksel istismarını algılayışı ve tanıma özelliklerini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda, çalışanların kurumlar arası eğitim eksikliği nedeniyle kötüye kullanımı tanıma ve bildirme konusunda isteksiz olduklarını göstermişlerdir.

Kore'de hemşirelerin yaptığı bir çalışmada; araştırmacılar, cinsel istismara uğrayan çocuğun yaş, cinsiyet özelliklerinin ve olguların ciddiyetinin hemşirelerin algısının etkilediğini saptamışlardır. Ayrıca, hemşirelerin Çİİ hakkındaki görüşlerinin bildirimde bulunmak için karar verme sürecini ve zorunlu (yasal) olarak bildirim yapmalarını etkilediğini belirtmişlerdir. Oluşturulan bir raporun çocuğa ve ailesine yarar sağlayabileceğine inanan hemşirelerin Çİİ'yi zorunlu raporlama olasılığı daha yüksek olduğunu açıklamışlardır. Aksine; Çocuk Koruma Merkezlerine(ÇKM) güven duymayan, yapılan bildirim çocuk ve aileye olası zararları konusunda endişe duyan hemşirelerin Çİİ'yi bildirme konusunda isteksiz oldukları ifade edilmektedir (44, 52-54).

Nayda'nın (55), 2004 yılında Güney Avustralya'da hemşirelerin şüpheli veya doğrulanmış çocuk istismarı vakalarını nasıl bildirdiklerini incelediği çalışmada; çalışma kapsamını oluşturan hemşirelerin istismarı bildirmeden önce aile için olumsuz sonuçlar oluşturup oluşturmadığını ve bununla birlikte sorunu tanımlamak için çeşitli faktörleri göz önünde bulundurduğunu saptamıştır. Araştırmada bazı hemşireler çocuk istismarı bildirimini; sağlık hizmetlerinin sağlanmasında çok daha güçlü ve yetkili bir rol oynadığı için hekimlerle birlikte bildirilmesini önermiştir.

2.7.1.1.2. Bireysel Tutum

Zimbardo ve ark'na (56) göre tutum, büyük gruplar üzerinde genel ve tutarlı bir etki yaratan ve düşünce, duygu, davranışlarını ortaya çıkaran eğilim olarak kabul edilmiştir. Tutumların, kişisel özelliklerden, mesleki standartlardan, örgütsel özelliklerden ve sosyal politikalardan etkilendiği ifade edilmektedir (57).

Kanada'da Blakeley ve Ribeiro (47), toplum sağlığı ve pediatri hemşirelerinin %28.0'inin çocuk cinsel istismarının şüpheli mağdurlarına yardım etmekte kendinden emin olduklarını, ancak sadece %11.0'inin kendinden çok emin olduklarını, aslında %32.0'sinin Çİİ vakalarından şüphelendiğini araştırma sonucunda ortaya çıkarmışlardır. Zorunlu olarak bildirimde bulunan hemşirelerin çoğunluğunun, Çİİ konusunda yüksek bir farkındalığa sahip olmadıkları ve olguyu rapor edip etmeyeceklerine ait bilgilerinin eksik olduğu ifade edilmiştir. Çİİ ve raporlama yasalarının bilinmemesi, zorunlu rapor edenlerin Çİİ davalarında şüphelenmesini, bildirimde bulunmasını ve müdahaleye olan güvenini etkilediği ve Kanada'daki hemşirelerin çocuk cinsel istismarı vakalarında etkili bir rol oynamaları gerektiğini bilmedikleri açıklanmıştır.

2.7.1.1.3. Bireysel Bilgi

Tayvan'da, Feng ve Levine'nin (49), çalışmada, yasal konuların şüpheli çocuk istismarını rapor etme niyetini etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu vurgusu yapılmıştır. Zorunlu bildirimde bulunanların raporlama yasası hakkındaki bilgileri, çocuk istismarı konularında raporlama ve girişimde bulunma konusundaki güvenlerini etkilediğini açıklamışlardır. Toplam 1.400 hemşire ile yaptıkları araştırmada, Çİİ vakalarının rapor edilmesinde hemşirelerin; bilgi ve yetenek eksikliğini, zaman kısıtlılığını, iş yükü fazlalığını, çocuk koruma kurumlarından geri bildirim alınmamasını ve yasalara yeterince güvenmediklerini ileri sürdükleri belirtilmiştir.

Japonya'da, Aikawa ve ark. (58), 2000 yılında hemşirelerin bilgi ve becerilerinin Çİİ sorununun varlığının tanınması kadar önemli olduğunu vurgulamışlardır.

2.7.1.1.4. Kişisel Özellikler

Bildirimde bulunanların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi gibi kişisel özellikleri ile Çİİ'yi raporlama arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda farklı bulguların ortaya çıktığı belirtilmiştir. Lee-Pei, Yu (3) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda kadınların erkeklere oranla bildirimde istekli oldukları, bireyin eğitim düzeyi artması bildirimde istekli olmayı artırdığı, yaşın ilerlemesiyle kazanılan deneyimle beraber bildirmeye istekli olmaları, evli olup çocuğu olan bireylerin bildirimde daha istekli olduğu araştırma sonucunda ortaya çıkmıştır.

Cinsiyet ve Yaş: Cinsiyet ve yaşın Çİİ vakalarının raporlanması üzerindeki etkileri ile ilgili çeşitli bulgular bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda Çİİ raporlamasında erkek ve kadın arasında hiçbir fark bulunamazken (59), Kennel ve Agresti'nin (60) çalışmasında, kadın hemşirelerin cinsel istismar şüphesi bildirimini daha düşük olduğu ileri sürülmüştür. Bazı çalışmalarda ise, tam tersi şekilde istismar olgularının kadın hemşireler tarafından erkek hemşirelere göre daha yüksek oranda bildirimde buldukları açıklanmıştır (61).

Çocuk Sahibi Olma Durumu: Birkaç çalışmada, ebeveyn olmanın Çİİ'nin rapor edilmesinde önemli bir rol oynayıp oynamadığı araştırılmıştır. Snyder ve Newberger (62) sağlık çalışanları üzerinde yapmış oldukları çalışmada ebeveyn olma ile bilinen bir Çİİ raporlaması arasında önemli bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Buna karşılık, ebeveyn olan sağlık çalışanlarının, ebeveyn olmayan sağlık çalışanlarına göre şüpheli çocuk istismarı bildirimini daha yüksek oranlarda yaptıkları belirlenmiştir.

2.7.1.1.5. Öz-Yeterlilik

Bandura (63) özgüvenin; insanların motivasyonunu ve özgüvenle iş yapma yeteneklerini arttıran kişisel inanç olarak tanımlanan öz yeterlilik ile ilgili olduğunu açıklamıştır.

Kalichman ve Graig (64) ABD'de psikologlar arasında çocuk cinsel istismarını bildirme eğilimi ile sorumluluk yüklemesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışma sonucunda, raporlama eğiliminin en büyük belirleyicisinin katılımcıların özgüveni

olduğunu saptamışlar ve yüksek özgüven düzeyine sahip katılımcıların Çİİ bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu açıklamışlardır.

Manojlovich (65) 2005 yılında, öz-yeterliliğin profesyonel hemşirelik davranışına katkıda bulunup bulunamayacağını daha iyi anlamak için, hemşirelik uygulamalarına yönelik hemşirelik yöneticiliği, yapısal güçlendirme ve öz-yeterliliği araştırmıştır. Ankete katılan 500 hemşireden elde edilen sonuca göre; öz-yeterliliğin yapısal güçlendirme ile mesleki uygulama davranışları arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bulmuş ve bu nedenle hemşire yöneticilerinin, hemşirelerin uygulama davranışlarını iyileştirmek ve öz yeterliliğin artırılması için daha fazla fırsat sağlamaları gerektiğini önermiştir.

2.7.1.2. Örgütsel Nitelikler

Örgütsel ilişkilendirmenin Çİİ'yi raporlama etkisi üzerine literatür bilgisi oldukça azdır. Badger (66) 1989 yılında, kırsalda çalışan hekimlerin şüpheli istismarı bildirdikten sonra hastalarla ilişkilerini sürdürme konusunda çok endişe duyduklarını ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, O'Toole ve ark. (67) hastane organizasyonunun, örgütsel özelliklerinin, hemşire ve hekimlerin istismara uğramış çocuklara girişimde ve bildirimde bulunmalarının ve Çİİ'yi konusunda eğitim deneyimlerinin bildiri doğru şekilde yapılmasını etkilediğini açıklamışlardır.

Fagan (68) hemşirelerin, çocuk istismarı raporlama konusunda yöneticilerden daha fazla destek almak istediklerini ve Çİİ vakalarının rapor edilip edilmeyeceğine karar verirken çocuk koruma hemşirelerinden görüş alma fırsatı verilmesi gerektiğini araştırmaları sonucunda ortaya çıkartmıştır. Aynı çalışmada hastane yönetiminin desteklememesi (hastane politikası veya yöneticiler), şüpheli Çİİ vakalarının belirlenmesi ve raporlanmasında sağlık çalışanlarının özgüvenini etkilediğini ileri sürmüştür.

Lagerberg (69) 2001 yılında İsveç'te ülke genelinde bir çalışma yürütmüş, araştırma sonucunda, Çİİ prevalansının nüfusun düşük olduğu bölgelerde nüfus yüksek olduğu bölgelere göre daha yüksek oranda görüldüğünü ortaya çıkartmıştır. Ayrıca, daha büyük yerleşim yerlerinde çalışan hemşirelerin risk altındaki tüm çocukları tanımlayamayacaklarını belirtmiştir. Şüpheli Çİİ olgusunu doğru bir şekilde değerlendirebilmek için hemşire başına düşen çocuk sayısında bir sınırlama olması gerektiğini, çocuk nüfusunun büyüklüğünün hemşirelerin raporlama davranışlarını etkileyebileceğini açıklamıştır.

2.7.1.3. Çevresel Nitelikler

Nayda (70) Avustralya’lı hemşirelerin şüpheli duygusal istismar ve ihmal vakalarını bildirme olasılığının daha düşük olduğunu saptamıştır. Bunun nedeni olarak, çocuk koruma kurumlarının bu tür davalarda çok yararlı girişimler sunabileceklerine yeterli güven duymadıklarını belirtmiştir

Lagerberg (69) İsveç'teki sağlık kurumları ve sosyal hizmetler arasındaki işbirliğinin yanlış ve belirsiz olduğunu belirtmiştir. İsveç yasaları, hemşirelerin Çİİ vakalarını ÇKM’ye bildirmelerini ve ayrıca ÇKM’nin Çİİ ile ilgili bilgileri sunmalarını gerektirmektedir. Hemşirelerin raporlama yükümlülükleri ile sosyal hizmet çalışanları arasında farklı uygulamaların bulunduğunu, ÇKM’lerin etkinliğinin, hemşirelerin Çİİ’yi raporlama davranışlarını etkileyebildiğini vurgulamıştır

2.8. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları

İhbar; kelime anlamı olarak beyan etme, bildirme, suçlu saydığı birini veya suç saydığı bir olayı yetkili makama gizlice beyan etme, ihbarcı ise; beyan eden, bildiren kişi, muhbir demektir (71).

Toplumun oluşturan bireylerin suç oluşumunda görev ve sorumlulukları, suçun işlenmesini önlemek ve suç oluştuğu zaman ise, suçla ilgili tüm girişim ve yaptırımları devletten beklemektir. Toplumda yaşayan tüm bireylerin devletten bu temel görevini yerine getirmesini isteme hakkı vardır. Bu hak; pozitif hukuk düzenlemelerinde ihbar ve şikâyette bulunma hakkı şeklinde yer almaktadır (62).

İstismara uğrayan çocuk “korunma gereksinimi olan çocuk” olup,

“koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir.”

açıklaması 03.07.2005 tarih ve 5395 sayılı ÇKK’nın 5. Maddesinde açıklanmıştır.

ÇKK’nın 6. maddesinin 1. fıkrasında,

“Adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumuna bildirmekle yükümlüdür”

ifadesi yer almaktadır. Belirtilen maddeye göre kanunda adı geçen kurum, kuruluş ve bireyler çocuğa yönelik zarar verici bir duruma tanık olur ve ihbarda bulunmaz ise, fiili olarak TCK’nın 278, 279 ve 280. maddelerini ihlal etmediği takdirde; kamu görevlileri bakımından TCK’nın 257. maddesinin 2. fıkrasında düzenlenen görevin ihmali davranışla kötüye kullanılması suçu oluşmaktadır (73-77).

TCK’nın 278. maddesinde belli suçların ihbar edilmesi toplumdaki tüm bireylere, 279. madde ise, kamu görevlilerine yükümlülük getirmektedir. Ayrıca, TCK’nın 5237 sayılı 280. maddesinde; görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına karşın, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu konuda gecikme gösteren sağlık mesleği yesi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı bildirilmektedir. Aynı kanun maddesinde sağlık mesleği yesi deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (78).

Sağlık alışanlarının yasal adli bildirim zorunluluğuna karşın, bildirimde bulun(a)mamasına yol açan etkenler arasında; klinik kanıtın ya da bildirilmiş kanıtın yetersiz olduğunu düşünme, çocuğa ve aileye zarar vermektan koruma, ocuk koruma servislerine yeterli güven duymama, dava edilme veya tehdit edilmeden korkma, ne zaman ve nereye bildirimde bulunulması gerektiğini bilmeme sayılmaktadır (79).

Türk Hukuk Sistemine göre kamu görevlisi olmayan kimselerin İİ ile ilgili bildirim zorunlulukları yoktur. Ancak TCK’nın 476. maddesine göre 7 yaşından kk terk edilmiş bir çocuğu bulan kimsenin bunu ilgili makamlara bildirmesi zorunludur. TCK’nın 235. maddesi gereğince devlet memurları görevlerini yaptıkları sırada, İİ’ye ilişkin bir suç işlendiğini rendikleri halde bunu ilgili makamlara bildirmedikleri veya bildirmekte geciktikleri durumlarda 4 ay ile 2 yıl arasında değişen hapis cezası ile cezalandırılmaktadırlar. Ayrıca bildirmedikleri veya bildirmekte geciktikleri suçun önemine göre geçici veya süresiz olarak memuriyetten men cezası da almaktadırlar (80,81).

2.9. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin Rolü

Son zamanlarda çocuk istismarı tüm toplumlarda yaygın olarak görülmeye başlanmıştır. Çocukları korumak için, hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olup istismarı fark etmesi, bildirimde bulunması ve raporlaması gerekmektedir. Yeterli bilgiye sahip olan hemşireler, istismara uğramış çocuğun daha da fazla mağdur olmasını önleyebilirler (82).

Toplumsal bir sağlık sorunu olan istismar ve ihmalden çocukları korumak için sistematik, bilimsel tabanlı, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşım benimsenmelidir. Çİİ'nin önlenmesi, tanısı ve tedavisi konusunda hemşireye önemli etik, ahlaki, yasal görevler ve sorumluluklar düşmektedir. Çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşulların riskleri gözlemlenir, erken dönemde belirlenir ve önlenir ise istismar ve ihmali önleme adına önemli adım atılmış olacaktır (82). Bu yüzden temel hemşirelik felsefesi olarak aile merkezli bakım benimsenmelidir.

Sağlık ekibinin önemli bir çalışanı olan hemşirenin, istismar ve ihmale karşı çocukları korumada, erken dönemde belirlemede, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde çocuk ve aileyi desteklemek gibi önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (82).

Hemşire ailenin yaşam koşulları, sosyoekonomik kültürel düzeyi, aile içi ve çevre ile ilişkileri hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Ancak bu bilgilere sahip olan bir hemşire çocuk, aile ve topluma yardımcı olabilir (83).

Hemşire sağlık kurumuna çocuğunun istismar ve ihmali nedeniyle başvuran ailenin endişe ve korkusunu, ailenin çocuğa karşı tutumunu gözlemlemeli ve değerlendirmelidir. (83).

Çİİ'ye yönelik olarak sunulan sağlık hizmeti geniş kapsamlı bir ekip işidir ve adli tıp uzmanı, çocuk hekimi, kadın doğum hekimi, pratisyen hekim, çocuk cerrahı, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb. bu ekibin üyeleridir. Hemşire öncelikle bu farklı disiplinler arasında eşgüdümü sağlamalı ve çocuğa yarar sağlayacak iletişim içinde olmalıdır (83).

2.10. Sosyal Öğrenme Kuramına Göre Öz-yeterlilik

2.10.1. Öz-yeterlilik Tanımı

Bandura, öz-yeterlilik inancını

“İnsanların belli bir performansa ulaşabilmelerini sağlayacak eylemleri örgütleme ve sergileme becerileri ile ilgili yargıları”

olarak tanımlamıştır. Öz-yeterlilik, kişinin belli bir görevi başarabileceğine dair kendisine duyduğu inancıdır. Kişi sahip olması gereken kapasitesinin altında ya da üzerinde olduğunu öz-yeterliliğiyle belirler (84).

Bandura'nın (63) Sosyal Biliş Kuramı'na göre öz-yeterlilik; içsel olarak çevresel ve bireysel faktörlere göre değişmektedir. Tüm bireylerin kendine özgü duyguları, mantıksal düşünme süreçleri ve davranış kalıpları bulunmaktadır. İnsan davranışları dış kesintiler ve algısal faktörler gibi karmaşık çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Buna göre, öz-yeterliliğin davranış değişimini öngören kilit bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bandura öz-yeterliliğin, bilgi uygulaması ile davranışsal performansa ulaşma becerileri arasında kritik bir bağlantı sağladığını ileri sürmektedir

Öz-yeterlilik teorisi; davranış değişikliğinin oluşturulmasında bireylere verilecek olan eğitimin etkinliğini arttırmada hemşirelik eğitimi için açık bir temel oluşturmaktadır (85). Johnson (86) özellikle bilgi veya becerilerin kazanılması ile diyabetin kendi kendine yönetimine odaklanmış bir eğitim programının, öz-yeterlilik teorisine dayanması gerektiğini ileri sürmüştür.

Bandura'nın öz-yeterlilik teorisi, insan davranışları üzerine hem klinik hem de teorik araştırmalarda geniş bir şekilde kullanılmıştır. Örneğin hemşirelik araştırmalarında, öz bakım davranışına uyumu anlamak ve yararlı bir çerçeve sağlamak için Shortridge-Baggett ve Van der Bijl (87) tarafından uyarlanan bir öz-yeterlilik modeli kullanılmıştır.

Öz-yeterlilik teorisinde; Bandura tarafından *“etkinlik beklentisi”* ve *“sonuç beklentisi”* olmak üzere iki ana kavram arasındaki fark açıkça tanımlanmıştır (88,89) :

1.Etkinlik Beklentileri; çeşitli durumlarda belirli bir sonuç üretmek için gerektiği gibi bir davranışı başarılı bir şekilde uygulayabileceğine dair inançlardır. Bu durumda,

etkinlik beklentileri insan davranışının hem başlangıcını hem de sürdürme aşamalarını etkiler. Başlangıç aşamasında, etkinlik beklentileri davranışların seçimini ve daha sonra kişinin çeşitli engeller ve zorluklar karşısında ne kadar çaba harcayacağını etkileyecektir. Ayrıca, bireyler kendilerini bazı alanlarda çok yetkin veya daha az yetkin olarak değerlendirebilir. Örneğin, bir kişi düz bir alanda 10 km yürüyebileceğine ikna olabilir, ancak dağlık bir alanda bunu yapabileceğinden emin olamaz (87).

Belirli görevlerle ilgili kararlar geçmiş deneyimler üzerine kuruludur ve davranışı etkileyen üç öğeye göre değişiklik gösterir. Bunlar; görevin zorluğunu/büyükliğini düşündüren “*seviye*”, kişinin bir görevin yapılabileceğine inanıp inanmadığına ilişkin güveniyle ilgili olan “*güç*” ve öz-yeterlik deneyimlerinin belirli bir durumda yalnızca bir göreve nasıl özgü olabileceğini veya başka durumlara nasıl genelleştirilebileceğini düşündüren “*genellik*”tir (87).

Öz-yeterlilik; bireylerin belirli davranışları gerçekleştirmeleri için kendilerini nasıl düşündüklerini, hissettiklerini, motive olduklarını ve yüreklendiklerini etkiler. Başka bir deyişle, yüksek öz-yeterlilik düzeyine sahip insanlar, güçlük karşısında öz-yeterliliği düşük olanlara göre daha kalıcı ve kendinden emindirler. Böylece, bireyler belirli bir davranışı gerçekleştirebileceklerine inanmadıklarında, performansları etkisiz olma eğilimindedir. Buna karşılık, etkinliklerine inanan bireyler, bazı kontrolü kullandıkları olumlu ortamlar yaratırlar ve öz-yeterlilik performansları üzerindeki etkileri pozitif yönde olur (89).

Belirli bir davranışın istenen sonucu alacağı beklentisi, bu davranışı gerçekleştirmek için bireye bir motivasyon sağlar. Buna göre, kişinin istenen sonuca yol açacak bir görevi yerine getirme yeteneğine olan inancı, kişinin görevi yerine getirme etkinliğinin güçlü bir öngörücüsüdür. Bu anlayışa dayanarak, öz-yeterlilik bireylerin davranışlarını etkilemede merkezde bulunan bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, güçlü bir kişisel etkinliğin daha iyi bir sağlık ve daha yüksek bir başarı ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (89).

2. Sonuç Beklentileri; bir kişinin eylemlerinin belirli bir sonuç üreteceğine dair olan inançlardır. Sonuç beklentileri etkinlik beklentilerinden farklıdır. Belirli bir davranışın belirli bir sonuç üreteceğine inanmak; bireyin bu eylemi gerçekleştirebileceğinden emin olduğu ya da davranışı devam ettirmek için yeterince motive olduğu anlamına

gelmemektedir. Sonuç beklentileri; bunun yerine, belirli bir davranış gerçekleştirmenin sonucuna ilişkin bir yargıdır ve belirli bir davranışın istenen etki ve sonucu elde edip etmeyeceği ile ilgilidir (63,88).

Bandura (89) ve Shortridge-Baggett (90) öz-yeterlik kavramının davranışları ve sonuçları tahmin etmede önemli bir değişken olduğunu ileri sürmüşlerdir. Mailbach ve Murphy (91), bireylerin istenen sonuçları üreteceklerine inandıkları davranışları gerçekleştirmek için motive olmalarını savunmuşlardır.

Sonuç olarak, etkinlik beklentileri ve sonuç beklentileri öz-yeterlik teorisinin temel kavramları olarak kabul edilmektedir (63,88). Her ne kadar bu kavramlar farklı alanlardaki eğitim stratejilerinin oluşturulmasında ve değerlendirilmesinde ayrı ayrı incelenmesine karşın, az sayıda çalışmada aynı anda her iki kavram da tartışılmıştır.

1997'de Bandura (89), kişisel etkinlik beklentilerinin performans başarısına, deneyime, sözlü ikna ve fizyolojik bilgilere dayandığını öne sürmüştür. Daha sonraki yıllarda Shortridge-Baggett ile Van der Bijl (87), Bandura'nın bu teorisini değiştirerek ustalık deneyimleri, sosyal modelleme, sosyal ikna, fiziksel ve duygusal durumlar olmak üzere dört öz-yeterlilik kaynağını belirtmiştir. Bu dört kaynak, kişinin öz-yeterliliğinin büyüklüğü ve gücü hakkındaki beklentilerini etkilemektedir.

Bandura (92), öz-yeterliklerin en etkili kaynağı olan “*ustalık deneyimlerinin*”, aktif kişisel deneyimlere dayandığını iddia etmiştir. Birey geçmiş başarı deneyimleri ile güçlü bir öz-yeterlilik sağlayabilirken, geçmiş başarısızlık deneyimleri öz-yeterliliklerini azaltmaktadır. Önemli olarak, başarı algısı bireyin öz-yeterlik beklentilerini ve eylemlerini etkilemektedir. Örneğin sınıfta, zayıf notlar ve diğer olumsuz yetenek değerlendirmeleri öz-yeterlilik inançlarını azaltabilir; daha geniş bir sosyal ortamda iş ayrımcılığı, ırkçılık, önyargı ve cinsiyetçilik aynı durumu ortaya çıkartabilir. Bu tür deneyimlerin düşük öz-yeterlik düzeylerini güçlendirmesi veya arttırması, bireyin algılarına ve engellerin aşılıp aşılmamasına göre değişmektedir

Başka bir kişinin başarısının gözlemlenmesi yoluyla etkinlik beklentilerin öğrenilmesi “*sosyal modelleme*” olarak adlandırılmaktadır. Başkalarının davranışlarını gözlemlerken, kişi bu tür davranışlarla kendi geçmiş deneyimlerini yansıtabilir ve yeni durumlarla ilgili çıkarımlar yapabilir. Başka bir deyişle, sosyal modelleme; insanların başkalarının performanslarının gözlenmesi ve değerlendirilmesine dayanarak yargılarda

bulunmalarına izin vermektedir. Bu bağlamda, kendisi ile gözlemlenen kişi arasındaki algılanan benzerlik arttıkça, etkinlik beklentileri üzerindeki etkisi de artmaktadır (93).

“*Sosyal ikna*”; başkaları tarafından iletilen mesajların, bireylerin öz-yeterliliği üzerindeki etkilerini ifade eder. Yüreklendirme, kendi kendine yeterliliği destekler. Yüreklendirme; etkinlik-beklentilerinde ve sonuç-beklentilerinde iyileşmelere yol açarak, belirli bir davranışı geliştirmede değişikliklere neden olabilir (93). Böylece, kişinin başarılı olabileceğine inancını cesaretlendirerek etkinlik konusundaki güvenini güçlendirebilir.

“*Fiziksel ve duygusal durumlar*”; fizyolojik ve duygusal tepkilerin öz-yeterlilik üzerindeki etkisine atıfta bulunur. Bir davranış gerginlik, endişe, depresyon veya stresle sonuçlanırsa, öz-yeterlilik olumsuz yönde etkilenebilir. Bandura'nın (93) önerdiği gibi, fiziksel ve duygusal durumlardan gelen bilgi kaynağı, bir kişinin tehdit edici durumlarla başa çıkma yeteneklerini algılamasında bir değişikliğe yol açabilir.

2.10.2. Hemşirelikte Öz-Yeterlik ve Karar Verme

Öz-yeterlik inancı, belirli hedeflere ulaşmak için gerekli olan belirli davranışları gerçekleştirebileceğine dair bir inançtır. Harcanacak çaba miktarı ve zorluk karşısında ısrarın derecesi de öz-yeterlik beklentileri ile tahmin edilebilir. Bu nedenle, kendilerini belirli ortamlarda güçlendirilmiş olarak algılayan bireylerin rollerini yerine getirmede daha yüksek öz-yeterliklerinin olmasını beklemek mantığa uygun görünmektedir (94).

Bandura (88), bireylerin risk derecesine ilişkin algıları, davranışın bu riski azaltacağına dair beklentileri ve davranış değişikliği oluşturabileceğine yönelik beklentileri olmak üzere üç faktöre bağlı olarak davranışları benimsediklerini belirtmiştir. Bu üç unsur birlikte; başlangıçtan itibaren istenilen davranışın benimsenmesini etkilemektedir. Ancak hemşirelik uygulamalarında öz-yeterlik kavramını inceleyen çok az yayınlanmış araştırma bulunmaktadır. ABD’de 2005 yılında hemşirelerin öz-yeterlilikleri ile mesleki davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran ve öz-yeterliliğin profesyonel hemşirelik uygulamalarına önemli bir katkı olduğunu belirten iki makale yayınlamıştır. Bu çalışmaların ilkinde (95), ABD'deki profesyonel hemşirelik davranışlarını anlamak için çevre ile kişisel özelliklerin nasıl etkileşime girdiği araştırılmış ve çevresel faktörlerin mesleki uygulama davranışlarına doğrudan, öz-yeterliliklerini etkileme şekillerine ise dolaylı olarak katkıda bulunduğunu açıklamıştır. Öz-yeterlilik, profesyonel hemşirelik davranışlarının önemli bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. İkinci çalışma (96), hemşirelik liderliğini güçlendirme ve öz-

yeterliliğin uygulama davranışları üzerindeki etkilerine katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. Hemşirelik liderliği, mesleki uygulama davranışlarında gelişmelere yol açarak, hemşirelerin öz-yeterliliğini arttırmada fırsatlar sağlayabileceğini açıklamıştır. Sonuç olarak hemşirelerin hastalarına profesyonel bakımı sağlamadaki yeteneklerine inanmalarını ve uygulamalarına karar vermede rahat olmaları gerektiğini belirtmiş ve hemşirelerin ayrıca istenen sonuçları elde edebileceklerine inanmaları gerektiğini vurgulamıştır. Kendilerine inanmamanın, olması gereken profesyonel davranışları göstermede motivasyonlarını düşüreceğini ileri sürmüştür.

Öz-yeterlilik, davranışsal kazanımlarda davranış ve güvenin önemli bir göstergesidir. Ayrıca klinik hemşirelerin Çİİ'yi bildirme olasılığını tahmin etmek için özellikle yararlı bir çerçeve sağlamaktadır. Etkinlik-beklentileri ve sonuç-beklentileri davranışların hem başlangıç hem de sürekliliğini etkileyebilir. Bu nedenle; hemşirenin öz-yeterlilik algıları Çİİ'yi raporlama isteklerini ve davranışlarını etkileyebilir. Bazı olumsuz durumlar bildirimde bulunmamaya ya da raporlamamaya neden olabilir. Öz-yeterlilik bu tür davranışların tek belirleyici faktörü olmayıp, ancak algılanan etkinlikteki iyileşmelerin hemşirelerin raporlama davranışlarını uygun mesleki beceriler ve motivasyonlarla geliştirebileceği önerilebilir.

Özet olarak, Bandura'nın (63) öz-yeterlilik kavramı, motivasyon ve eylemde kilit bir faktör olarak kabul görmüştür ve mesleki davranışları öngörmek ve geliştirmek için çeşitli alanlarda dikkat çekmiştir. Ancak, bugüne kadar yayınlanmış hiçbir çalışmada, hemşirelerin Çİİ'yi bildirmedeki öz-yeterlilikleri incelenmemiştir. Tayvan'da öz-yeterlilik teorisine dayandırılarak Çİİ vakalarının rapor edilmesinde hemşirelerin öz-yeterliliğini değerlendirmek için Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği (HÇİİRÖÖ) geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıda belirtilen sorulara yanıt aranmıştır.

1: Türkçe'ye uyarlanan "Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği"nin Türk toplumu için geçerliliği var mıdır?

2: Türkçe'ye uyarlanan "Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği"nin Türk toplumu için güvenilirliği var mıdır?

3: Hemşirelerin demografik özellikleri Çİİ vakalarını raporlamalarını etkiler mi?

3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı

Araştırma, Diyarbakır il merkezinde bulunan Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde, Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin (HÇİİRÖÖ) Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirildi. Çalışma verileri 01 Şubat -01 Nisan 2019 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma konusu Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu 16.05.2018 tarih ve 2018/05 sayılı onayı ile kabul edildi (**EK:1**). Araştırmanın yapılmasında etik ve yasal bir sorun olmaması amacıyla Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurulu Komisyonu'ndan 06.06.2018 tarih ve 2018/05 sayılı karar ile etik kurul izni (**EK:2**) ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliği'nden 16.01.2019 tarih ve 48753533-622.03-1282 sayılı karar ile kurum izni (**EK:5**) alındı. Araştırma öncesi Lee-Pei, Yu ve ark. ile internet ortamında iletişim kurularak Child Abuse and Neglect Reporting Self-Efficacy Questionnaire For Nurses-CANRSE'nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi yazılı onay alındı (**EK:4**) Çalışmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak, yazılı izinleri alındı (**EK:9**).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde çalışan toplan 980 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem grubu seçimine gidilmeyip, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış, araştırma grubu seçim kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılma konusunda istekli olan 308 hemşire ile çalışma yürütüldü.

Kültürler arası ölçek uyarlama çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için ölçekte bulunan soru sayısının en az 5 katı, en fazla 10 katı bireyin örneklem grubuna alınması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca parametrik test varsayımlarının karşılanması için de en az 30 kişiye tekrar testinin yapılması gerekmektedir (104).

Araştırmada kullanılan ölçeğin madde sayısı 44 olduğu için çalışmada sayıları 220-440 arasında değişen hemşireye ulaşılması hedeflendi. Çalışmada ölçek madde sayısının 7 katını oluşturan 308 hemşireye ulaşıldı.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- İzinli olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler araştırma kapsamına alındı.

3.5. Veri Toplama Gereçleri

Verilerin toplanmasında, “Demografik Bilgi Formu” (EK:6) ve “HÇİİRÖÖ” (EK:7) kullanıldı.

3.5.1. Demografik Bilgi Formu

Bu form literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (3, 4, 83, 97). Formda, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma durumu), çalışma durumunu (çalışma süresi, çalıştığı birim, iş yerindeki pozisyonu) ve Çİİ ilişkin bilgi ve deneyimlerini (çalışılan kurumda kuşkulanan ve rapor edilen Çİİ vakası, çalışılan kurumda kuşkulanan ve rapor edilmeyen Çİİ vakası, raporladığı Çİİ vaka sayısı, Çİİ konusuna yönelik eğitim alma durumu, Çİİ konusuna yönelik eğitim alma isteği, Çİİ vaka değerlendirilmesinde zorlanılan aşamalar, çalışılan kurumda Çİİ vakası raporlamasına yönelik talimat varlığı, Çİİ vakası bildirimine yönelik düşüncesi) sorgulayan toplam 25 sorudan oluşmaktadır (EK:6).

3.5.2.Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği- HÇİRÖÖ (Child Abuse and Neglect Reporting Self-Efficacy Questionnaire For Nurses-CANRSE

Hemşirelerin raporlamadaki Çİİ vakalarını raporlamadaki öz-yeterlilik düzeyini ölçmek ve Çİİ vakalarını rapor etme olasılığını değerlendirmek için Tayvan'da Lee-Pei, Yu ve ark. tarafından 2008'de geliştirilmiştir. Ölçek, 44 tutum sorusundan oluşmaktadır ve 11 puanlı (0-1-2-3 puan Emin Değilim, 4-5-6-7 puan Biraz Eminim, 8-9-10 puan Son Derece Eminim) likert tipindedir (3).

Orijinal ölçeğin Cronbach α katsayısı 44 madde için 0.92 olarak bulunmuştur. Maddeler için faktör yükleri 0,88- 0,97 arasında belirlenmiştir (3).

Ölçek "*çocuk istismarı ve ihmalinde hemşirelerin etkinlik beklenti ölçütleri*" ve "*çocuk istismarı ve ihmalinde hemşirelerin sonuç beklenti ölçütleri*" olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmalinde hemşirelerin etkinlik beklenti ölçütleri de kendi içinde "*şüpheli çocuk istismarı ve ihmal ölçeğinin etkinlik beklentisi*" ve "*bilinen çocuk istismarı ve ihmal ölçeğinin etkinlik beklentisi*" olmak üzere iki alt bölümü içermektedir. Sonuç olarak ölçek toplam 3 bölümden oluşmaktadır.Şüpheli vaka, kanıt ya da yeterli kanıtlarla tespit edilmemiş bir suistimal durumu olarak tanımlanmaktadır. Bilinen vaka ise, klinik kanıt veya tanıklarla doğrulanan bir istismar durumu olarak tanımlanmaktadır (4).

Bölüm 1: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirelerin Etkinlik Beklenti Ölçütleri:

Bölüm 1.A: Şüpheli Çocuk İstismarı ve İhmal Ölçeğinin Etkinlik Beklenti Ölçütü: (EK:7a)

Hemşirelerin şüpheli Çİİ raporlamasında etkinlik beklentilerini ölçmek için 16 soru içermektedir. Bu maddeler hemşirelerin şüpheli bir Çİİ vakası saptadıklarında raporlamadaki etkinlik beklentilerini ölçmektedir. Her madde 0 ile 10 arasında değişen (0:hiç emin değilim, 10:son derece eminim) 11 dereceli likert tarzında hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan her bir ifade fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal yönünden tekrarlanmıştır.

Şüpheli Çocuk İstismarı ve İhmal Ölçeğinin Etkinlik Beklentisi'nin üç alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar; katılımcıların Çİİ şüpheli vakalarını bildirmek için iş yoğunluğunda

öncelik verip veremeyeceğini ölçmek üzere “**öncelik**” (1, 2, 3 ve 4. maddeler) alt boyutu, meslektaşların model olma ve raporlama davranışlarını kapsayan Çİİ vakalarının rapor edilmesinde “**meslektaş desteği**” (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 12. maddeler) alt boyutu, Çİİ vakalarıyla karşı karşıya kalındığında “**güven**” (13, 14, 15 ve 16. maddeler) alt boyutudur.

Bölüm 1.B: Bilinen Çocuk İstismarı ve İhmali Ölçeğinin Etkinlik Beklenti Ölçütü:
(EK:7b)

Hemşirelerin bilinen Çİİ raporlamasında etkinlik beklentilerini ölçmek için 16 sorudan oluşmaktadır. Bu maddeler hemşirelerin şüpheli bir Çİİ vakası saptadıklarında raporlamadaki etkinlik beklentilerini ölçmektedir. Her madde 0 ile 10 arasında değişen (0:hiç emin değilim, 10:son derece eminim) 11 dereceli likert tarzında hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan her bir ifade fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal yönünden tekrarlanmıştır.

HÇİİRÖÖ'nün 1.A. bölümüne benzer şekilde, bilinen Çİİ vakasını bildirmedeki etkinlik beklentisini ölçmek için de üç alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlar; katılımcıların Çİİ bilinen vakalarını bildirmek için iş yoğunluğunda öncelik verip veremeyeceğini ölçmek üzere “**öncelik**” (1, 2, 3 ve 4. maddeler) alt boyutu, meslektaşların model olma ve raporlama davranışlarını kapsayan Çİİ vakalarının rapor edilmesinde “**meslektaş desteği**” (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 12. maddeler) alt boyutu, Çİİ vakalarıyla karşı karşıya kalındığında “**güven**” (13, 14, 15 ve 16. maddeler) alt boyutudur.

16 maddeden oluşan 1.A Bölümü 1.B Bölümü ile aynıdır. Bölüm 1. A ve Bölüm 1.B arasındaki tek fark, bölüm 1.B' deki öğelerin “**bilinen vakalara**” ve bölüm 1.A'daki vakaların “**şüpheli vakalara**” odaklanmış olmasıdır.

Bölüm 2: Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü:
(EK:7c)

Hemşirelerin Çİİ raporlama ile ilgili sonuç-beklentilerini ölçmek için 12 soru kullanılmıştır. Bu maddeler Çİİ hakkında raporlama inançlarını ölçmektedir. Her madde 0 ile 10 arasında değişen (0:hiç emin değilim, 10:son derece eminim) 11 dereceli likert tarzında hazırlanmıştır. Ölçekte yer alan her bir ifade fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal yönünden tekrarlanmıştır.

Çİİ’de hemşirelerin sonuç beklenti ölçütlerinin; “*çocuk yararı*” (1, 4, 7 ve 10. maddeler), “*aile yararı*” (2, 5, 8 ve 11. maddeler) ve “*hizmete olan güven*” (3, 6, 9 ve 12. maddeler) olmak üzere üç alt boyutu vardır.

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Diyarbakır il merkezinde bulunan Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri’nde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri; 27.000 dönümlük arazi üzerine kurulmuş, 192.000 metrekare kullanım alanı ile 5 ayrı hastanede, 50 yıldır hizmet vermektedir. Bu hastaneler; Merkez Ana Bina, Acil ve Travmatoloji Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Çocuk Hastanesi ve Kalp Hastanesi’dir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada verilerin toplanması için “Demografik Bilgi Formu” ve “Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği” kullanıldı. Araştırmada öncelikle HÇİİRÖÖ Türkçe’ye uyarlanarak dil ve kapsam geçerliliği gerçekleştirildi. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra kullanıma uygun olduğu düşünülen ölçek kullanıma hazır hale getirildi.

Çalışmada testin tekrar yapılacağı kişi sayısının testin ilk uygulandığı kişi sayısının en az % 25’ i kadar olması istenmektedir. Çalışmada 308 kişi olduğu için testin tekrardan en az 72 kişiye uygulanması gerekmektedir. Çalışmada sorular birbirine çok benzediği ve hemşirelerin tekrar testte soruları hatırlama olasılığı yüksek olduğu için testin iki yarıya bölünme yöntemi uygulanmıştır. Çalışmada tek uygulamaya dayalı yöntemlerde en sık kullanıldığı bilinen Spearman-Brown yöntemi uygulandı. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi.

3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin analizi SPSS 11.5 Windows sürümü ve SPSS AMOS 24 sürümünde yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak nicel değişkenler için ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise kişi sayısı (yüzde) kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımları Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-smirnov testleri ile test edildi. Nicel değişken bakımından iki kategoriye sahip nitel değişkenin kategorileri arasında fark olup olmadığına bakmak için, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testi kullanıldı. Nicel değişken bakımından ikiden fazla kategoriye sahip nitel

değişkenin kategorileri arasında fark olup olmadığına, normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Kruskal Wallis H testi kullanılarak bakıldı. İki nicel değişken arasındaki ilişki incelenmek istendiğinde normal dağılım varsayımları sağlanmadığı için Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı.

HÇİİRÖÖ'nin kapsam geçerliliği; ölçeğin kapsam geçerliğine karar vermek için Davis yönteminden yararlanıldı. Çalışmada uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde, Kapsam Geçerliliği Oranı (KGO) kullanıldı.

HÇİİRÖÖ'nin yapı geçerliliği için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile uyum iyiliği istatistiklerinden olan Root Mean Square Error of Approximation - Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), Comparative Fit Index –Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normed Fit Index - Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), Goodness-of-fit Index - Uyum İyiliği İndeksi (GFI), Adjusted Goodness-of-fit Index – Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI), X^2 ve X^2/SD ile yapıldı. Faktör analizinde önce örneklem yeterliliğini ve faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's Testleri uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alındı.

HÇİİRÖÖ'nin tümü ve alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirliği Cronbach α katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu ile analiz edildi. Testin iki yarıya bölünmesi yöntemi ise Spearman-Brown yöntemi kullanıldı.

4. BULGULAR

Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması amacı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular üç ana başlık altında değerlendirilmiştir:

4.1. HÇİİRÖÖ'nün Geçerliliğinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

4.2. HÇİİRÖÖ'nün Güvenilirliğinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Çİİ'ye ile İlgili Bilgi Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.1. HÇİİRÖÖ'nün Geçerliliğinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

HÇİİRÖÖ'nün geçerliliği; dil, kapsam ve yapı geçerliliği ile değerlendirildi.

4.1.1. Dil Geçerliliği

Orijinal dili İngilizce olan HÇİİRÖÖ'nün dil geçerliliği; çeviri - geri çeviri yöntemi kullanılarak test edildi. İlk olarak ileri düzeyde İngilizce dil seviyesine sahip ve iki kültürü de yakından bilen iki uzman tarafından birbirinden bağımsız olarak İngilizceden Türkçeye çevrildi. Türkçe'ye çevrilen ölçek; araştırmacı ve danışman tarafından tüm çeviriler, orjinal metin ile karşılaştırılarak incelendi, ölçek maddelerini en iyi şekilde yansıtan ifadeler seçilerek düzenlendi. Yapılan bu çevirinin düzenlenmesi; Türkçe'yi-İngilizce'yi iyi bilen hemşirelik alanında 6 doktora öğrencisi ve 4 yüksek lisans öğrencisine düzenlenmesi yapıldı. Daha sonra Türkçe'ye çevrilen formun her iki dili iyi bilen alan uzmanı iki kişi tarafından bağımsız olarak geri çevirisi yapıldı. İngilizce'ye geri çevirisi yapılan HÇİİRÖÖ'nün maddeleri, araştırmacı ve danışmanı tarafından orijinal İngilizce ifadeler ve Türkçe ifadeler karşılaştırılarak gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek kapsam geçerliliği için uzman görüşüne sunuldu.

4.1.2.Kapsam Geçerliliği

Çevirisi tamamlanan HÇİİRÖÖ'nün kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmesi amacıyla; çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman olan 10 öğretim üyesine (EK:9) ölçek ve uzman değerlendirme formu gönderilerek, maddelerin anlaşılabilirliği ve konuya uygunluğunun değerlendirilmesi istendi. Uzmanlardan her bir maddeye 1-4

arasında değişen (1= Uygun değil “ölçekten çıkarılması gerekli”, 2= Biraz uygun “maddenin/ifadenin tekrar düzenlenmesi gerekli”, 3= Oldukça uygun “uygun ancak ufak değişiklik gerekli” ve 4= Son derece uygun “aynı şekilde kalabilir”) puan verilerek ölçek maddelerinin amaca uygunluğunu ve anlaşılrlılığını değerlendirmeleri istendi.

Tablo 4.1.2.1. HÇİRÖÖ’nün Maddelerine Yönelik Kapsam Geçerliği Sonuçları (n=308)

	Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Son Derece Uygun	Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)
Madde 1		1	4	5	0.9
Madde 2		1	4	5	0.9
Madde 3		1	4	5	0.9
Madde 4		2	3	5	0.8
Madde 5		2	5	3	0.8
Madde 6		2	5	3	0.8
Madde 7		2	5	3	0.8
Madde 8		2	5	3	0.8
Madde 9			3	7	1.0
Madde 10			3	7	1.0
Madde 11			3	7	1.0
Madde 12			4	6	1.0
Madde 13			3	7	1.0
Madde 14			3	7	1.0
Madde 15			3	7	1.0
Madde 16			4	6	1.0
Madde 17		1	3	6	0.9
Madde 18		1	3	6	0.9
Madde 19		1	3	6	0.9
Madde 20		1	3	6	0.9
Madde 21		1	5	4	0.9
Madde 22		1	5	4	0.9
Madde 23		1	5	4	0.9
Madde 24		1	5	4	0.9
Madde 25			3	7	1.0
Madde 26			3	7	1.0
Madde 27			3	7	1.0
Madde 28			3	7	1.0
Madde 29			2	8	1.0
Madde 30			2	8	1.0
Madde 31			2	8	1.0
Madde 32			2	8	1.0
Madde 33			5	5	1.0
Madde 34			5	5	1.0

	Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Son Derece Uygun	Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)
Madde 35			5	5	1.0
Madde 36			5	5	1.0
Madde 37			5	5	1.0
Madde 38			5	5	1.0
Madde 39			5	5	1.0
Madde 40			5	5	1.0
Madde 41			5	5	1.0
Madde 42			5	5	1.0
Madde 43			5	5	1.0
Madde 44			6	4	1.0

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nin kapsam geçerliğine karar vermek için Davis yönteminden yararlanıldı. Bu yöntemde göre her bir madde için “Oldukça uygun/uygun ancak ufak değişiklik gerekli” ve “Son derece uygun/aynı şekilde kalabilir” ifadelerinin toplamı toplam uzman sayısına bölünerek KGO değeri elde edildi. Uzmanların değerlendirmeleri sonucu HÇİİRÖÖ'nün tüm maddeleri 0,80 ve üzerinde olduğu gözlemlendi ve ölçekten madde çıkarılmadı (Tablo 4.1.2.1).

4.1.3 Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir.

4.1.3.1 Açıklayıcı Faktör Analizleri (AFA)

Örnekleme yeterliliği ve faktör analizine uygunluğu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Testleri uygulanmıştır.

Tablo 4.1.3.1.1 HÇİİRÖÖ'nün KMO ve Bartlett's Test Sonuçları

	Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi	Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi	Hemşirelerin Çİİ'yi raporlama sonuç beklentisi
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0.916	0.860	0.912
Bartlett's Testi	X²	11007.327	12687.405
	P	0.000	0.000

Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği için KMO değeri 0.916 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's Testi sonuçları da ($\chi^2 = 11007.327$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği için KMO değeri 0.860 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's Testi sonuçları da ($\chi^2 = 12687.405$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin Çİİ'yi raporlama sonuç beklentisi ölçeği için KMO değeri ise 0.860 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's Testi sonuçları da ($\chi^2 = 4142.667$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.1.3.1.1)

Şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü maddelerinin faktör yükleri Tablo 4.1.3.1.2. da sunulmuştur.

Tablo 4.1.3.1.2. Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin Faktör Yükleri (n=308)

Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü	Faktör Yükleri		
	Öncelik	Meslektaş Desteği	Güven
Madde 1	0.748		
Madde 2	0.716		
Madde 3	0.783		
Madde 4	0.705		
Madde 5		0.709	
Madde 6		0.710	
Madde 7		0.747	
Madde 8		0.752	
Madde 9		0.756	
Madde 10		0.775	
Madde 11		0.797	
Madde 12		0.791	
Madde 13			0.839
Madde 14			0.849
Madde 15			0.843
Madde 16			0.830

Tablo 4.1.3.1.2. da şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü maddelerinin öncelik alt boyutu faktör yükleri 0.705 ile 0.783 arasında değiştiği, meslektaş desteği alt boyutu faktör yükleri 0.709 ile 0.797 arasında değiştiği ve güven alt boyutu faktör yükleri 0.830 ile 0.849 arasında değiştiği görüldü.

Bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü maddelerinin faktör yükleri Tablo 4.1.3.1.3 da sunulmuştur.

Tablo 4.1.3.1.3. Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin Faktör Yükleri (n=308)

Bilinen Vaka Maddeleri	Faktör Yükleri		
	Öncelik	Meslektaş Desteği	Güven
Madde 1	0.750		
Madde 2	0.654		
Madde 3	0.781		
Madde 4	0.755		
Madde 5		0.754	
Madde 6		0.777	
Madde 7		0.765	
Madde 8		0.767	
Madde 9		0.778	
Madde 10		0.753	
Madde 11		0.773	
Madde 12		0.796	
Madde 13			0.827
Madde 14			0.849
Madde 15			0.850
Madde 16			0.826

Tablo 4.1.3.1.3 da bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü maddelerinin öncelik alt boyutu faktör yükleri 0.654 ile 0.781 arasında değiştiği, meslektaş desteği alt boyutu faktör yükleri 0.753 ile 0.796 arasında değiştiği ve güven alt boyutu faktör yükleri 0.827 ile 0.850 arasında değiştiği görüldü.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü maddelerinin faktör yükleri Tablo 4.1.3.1.4 da sunulmuştur.

Tablo 4.1.3.1.4 Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü (n=308)

Sonuç Beklenti Maddeleri	Faktör Yükleri		
	Çocuk Yararı	Aile Yararı	Hizmete Olan Güven
Madde 1	0.766		
Madde 4	0.924		
Madde 7	0.563		
Madde 10	0.908		
Madde 2		0.818	
Madde 5		0.588	
Madde 8		0.894	
Madde 11		0.838	
Madde 3			0.782
Madde 6			0.628
Madde 9			0.948
Madde 12			0.915

Tablo 4.1.3.1.4 da Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin çocuk yararı alt boyutu faktör yükleri 0.563 ile 0.924 arasında değiştiği, aile yararı alt boyutu faktör yükleri 0.588 ile 0.894 arasında değiştiği ve hizmet olan güven alt boyutu faktör yükleri 0.628 ile 0.948 arasında değiştiği görüldü.

4.1.3.2 Doğrulayıcı Faktör Analizleri (DFA)

Yapı geçerliği için, orijinal dili İngilizce olan ve geçerlik ve güvenilirliği yapılmış testte kullanılan alt boyutlar (bileşenler) olan şüpheli vakalar için “öncelik”, şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”, şüpheli vakalar için “güven”, bilinen vakalar için “öncelik”, bilinen vakalar için “meslektaş desteği”, bilinen vakalar için “güven”, sonuç beklentisi ölçütleri olan “çocuk yararı”, “aile yararı” ve “hizmete olan güven” baz alındı.

Bu alt boyutları oluşturan maddelerin Türkçe'ye çevrilmiş ölçek için de benzer yapı gösterip göstermediğini incelemek için DFA yapıldı.

Tablo 4.1.3.2.1 Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin DFA Faktör Yükleri (n=308)

Şüpheli Vaka Maddeleri	Faktör Yükleri		
	Öncelik	Meslektaş Desteği	Güven
Madde 1	0.944		
Madde 2	0.952		
Madde 3	0.910		
Madde 4	0.955		
Madde 5		0.975	
Madde 6		0.972	
Madde 7		0.912	
Madde 8		0.951	
Madde 9		0.968	
Madde 10		0.935	
Madde 11		0.981	
Madde 12		0.988	
Madde 13			0.976
Madde 14			0.945
Madde 15			0.997
Madde 16			0.987

Tablo 4.1.3.2.2 Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Maddelerinin DFA Faktör Yükleri (n=308)

Bilinen Vaka Maddeleri	Faktör Yükleri		
	Öncelik	Meslektaş Desteği	Güven
Madde 1	0.939		
Madde 2	0.961		
Madde 3	0.930		
Madde 4	0.976		
Madde 5		0.998	
Madde 6		0.982	
Madde 7		0.945	
Madde 8		0.969	
Madde 9		0.993	
Madde 10		0.945	
Madde 11		0.977	
Madde 12		0.991	
Madde 13			0.976
Madde 14			0.945
Madde 15			0.997
Madde 16			0.987

Tablo 4.1.3.2.3 Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Maddelerinin DFA Faktör Yükleri (n=308)

Sonuç Beklenti Maddeleri	Faktör Yükleri		
	Çocuk Yararı	Aile Yararı	Hizmete Olan Güven
Madde 1	0.864		
Madde 4	0.714		
Madde 7	0.811		
Madde 10	0.871		
Madde 2		0.912	
Madde 5		0.798	
Madde 8		0.923	
Madde 11		0.886	
Madde 3			0.848
Madde 6			0.705
Madde 9			0.935
Madde 12			0.937

Toplam 308 hemşirenin yanıtları kullanılarak yapılan 9 faktörlü DFA sonucunda, tüm maddelerin önceden belirlenen faktörlere 0.40'ın üzerinde faktör yükleri ile yüklendikleri belirlendi ve ölçek 44 madde üzerinden değerlendirildi (Tablo 4.1.3.2.1), (Tablo 4.1.3.2.2), (Tablo 4.1.3.2.3). Şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin faktör yükleri 0.997 ile 0.910 arasında değiştiği, bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin faktör yükleri 0.998 ile 0.930 arasında değiştiği, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin faktör yükleri 0.705 ile 0.937 arasında değiştiği görüldü.

Tablo 4.1.3.2.4. HÇİİRÖÖ'nin Uyum İndeksi Değerlendirme Ölçütleri

	X^2	X^2/SD	AGFI	GFI	NFI	CFI	RMSEA
Dokuz Faktörlü Model	3864.26	4.771	0.889	0.906	0.927	0.908	0.074
Uyum İndeksi Kriter Değerleri	-	<5	>0.9	≥ 0.9	>0.9	0-1	≤ 0.08

Tablo 4.1.3.2.4. da görüldüğü gibi ölçeğe ait model uyumunu incelemek için birçok uyum indeksinden yararlanılmıştır. Bunlardan RMSEA 0.074, CFI 0.908, NFI 0.927, GFI 0.906, AGFI 0.889, X^2 3864.26 ve X^2/SD 4.771 olarak saptanmıştır. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir (Tablo 4.1.3.4).

4.2. HÇİİRÖÖ'nin Güvenilirliğinin İncelenmesine İlişkin Bulgular

HÇİİRÖÖ'nin güvenilirlik analizi; iç tutarlılığını ölçmek için cronbach α güvenilirlik katsayısı ve testin iki yarıya bölünme yöntemi ile yapıldı.

4.2.1. İç Tutarlılık

Ölçeğin toplam puanı ve alt boyut puanlarının güvenilirlik kat sayıları tablo 4.2.1.1. ve tablo. 4.2.1.2.' de görüldüğü gibidir.

Tablo 4.2.1.1 HÇİİRÖÖ'nin ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Kat Sayısı (n=308)

Ölçekler ve Alt Boyutları		Cronbach α Katsayısı	Madde Sayısı
HÇİİRÖÖ Genel		0.986	44
HÇİİRÖÖ' Bölümleri	Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi	0.986	16
	Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi	0.988	16
	Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik sonuç beklentileri ölçütü	0.945	12
HÇİİRÖÖ Alt Boyutları	Şüpheli vakalar için <i>öncelik</i> alt boyutu	0.963	4
	Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> alt boyutu	0.988	8
	Şüpheli vakalar için <i>güven</i> alt boyutu	0.988	4
	Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> alt boyutu	0.973	4
	Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> alt boyutu	0.993	8
	Bilinen vakalar için <i>güven</i> alt boyutu	0.988	4
	Sonuç beklentisi için <i>çocuk yararı</i> alt boyutu	0.870	4
	Sonuç beklentisi için <i>aile yararı</i> alt boyutu	0.919	4
	Sonuç beklentisi için <i>hizmete olan güven</i> alt boyutu	0.904	4

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nin genel ve alt boyutlarının iç tutarlılığı için yapılan Cronbach α analizinde; ölçeğin, cronbach α güvenilirlik kat sayısı ölçeğin geneli için $\alpha=0.986$ olarak saptandı.

HÇİİRÖÖ'nin üç bölümünün ayrı ayrı cronbach α değerleri; şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeği için 0.986, bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeği için 0.988 ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeği için 0.945 olarak belirlendi.

Alt boyutlarında ise Cronbach α değerleri sırasıyla; şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin öncelik alt boyutu 0.963, şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin meslektaş desteği alt boyutu 0.988, şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin güven alt boyutu 0.988, bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü

ölçeğinin öncelik alt boyutu 0.973, bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin meslektaş desteği alt boyutunun 0.993, bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin güven alt boyutunun 0.988, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin çocuk yararı alt boyutu için 0.870, , hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin aile yararı alt boyutu için 0.919 ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin çocuk hizmetlerine olan güven alt boyutu için 0.904 olarak bulundu (Tablo 4.2.1.1).



Tablo 4.2.1.2. HÇİİRÖÖ'nin Cronbach α Güvenilirlik Analiz Sonuçları Madde-Toplam Analiz

Maddeler	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach α değeri
Şüpheli vakalar için <i>öncelik</i> Madde 1	0.877	0.986
Şüpheli vakalar için <i>öncelik</i> Madde 2	0.829	0.986
Şüpheli vakalar için <i>öncelik</i> Madde 3	0.870	0.986
Şüpheli vakalar için <i>öncelik</i> Madde 4	0.889	0.985
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 5	0.877	0.986
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 6	0.845	0.986
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 7	0.877	0.986
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 8	0.884	0.986
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 9	0.898	0.986
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 10	0.865	0.986
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 11	0.883	0.986
Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 12	0.896	0.986
Şüpheli vakalar için <i>güven</i> Madde 13	0.850	0.986
Şüpheli vakalar için <i>güven</i> Madde 14	0.811	0.986
Şüpheli vakalar için <i>güven</i> Madde 15	0.860	0.986
Şüpheli vakalar için <i>güven</i> Madde 16	0.858	0.986
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 1	0.909	0.985
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 2	0.864	0.986
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 3	0.912	0.985
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 4	0.886	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 5	0.890	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 6	0.835	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 7	0.895	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 8	0.913	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 9	0.908	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 10	0.858	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 11	0.913	0.986
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 12	0.905	0.986

Tablo 4.2.1.2. HÇİİRÖÖ'nin Cronbach α Güvenilirlik Analiz Sonuçları Madde-Toplam Analiz (Devam)

Maddeler	Madde Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach α değeri
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 13	0.829	0.986
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 14	0.773	0.986
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 15	0.817	0.986
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 16	0.837	0.986
<i>Çocuk yararı</i> fiziksel istismar Madde 1	0.597	0.986
<i>Aile yararı</i> fiziksel istismar Madde 2	0.689	0.986
<i>Hizmete olan güven</i> fiziksel istismar Madde 3	0.721	0.986
<i>Çocuk yararı</i> cinsel istismar Madde 4	0.432	0.986
<i>Aile yararı</i> cinsel istismar Madde 5	0.534	0.986
<i>Hizmete olan güven</i> cinsel istismar Madde 6	0.530	0.986
<i>Çocuk yararı</i> duygusal istismar Madde 7	0.387	0.987
<i>Aile yararı</i> duygusal istismar Madde 8	0.639	0.986
<i>Hizmete olan güven</i> duygusal istismar Madde 9	0.599	0.986
<i>Çocuk yararı</i> ihmal Madde 10	0.463	0.986
<i>Aile yararı</i> ihmal Madde 11	0.650	0.986
<i>Hizmete olan güven</i> ihmal Madde 12	0.626	0.986

Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmal Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği maddelerinin madde-toplam puan korelasyon analizi Tablo 4.2.1.2.'de sunulmuştur.

Tablo incelendiğinde maddelerin düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonları 0.387 ila 0.913 arasında bulundu. Madde-toplam korelasyonu 0,30'un altında madde bulunmadığı için ölçekten madde çıkarma işlemi yapılmadı.

4.2.2. Testin İki Yarıya Bölünmesi Yöntemi

HÇİİRÖÖ'nin güvenilirlik analizi için diğer bir yöntem olan testin ikiye bölünmesi yöntemi kullanıldı ve Spearman-Brown Katsayısı'na göre analiz yapıldı (Tablo 4.2.2.1).

Tablo 4.2.2.1. Faktörler için hesaplanan Spearman-Brown Geçerlilik Katsayıları

Ölçekler ve Alt Boyutları		Birinci yarı Cronbach Alfa	İkinci yarı Cronbach Alfa	Spearman - Brown	Guttman split-half	İki yarı arasında korelasyon
HÇİİRÖÖ Toplam		0.989	0.962	0.912	0.899	0.839
HÇİİRÖÖ'nin Bölümleri	Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçütü	0.976	0.977	0.960	0.959	0.923
	Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçütü	0.980	0.980	0.964	0.962	0.931
	Hemşirelerin Çİİ'ye yönelik sonuç beklentileri ölçütü	0.896	0.918	0.904	0.903	0.824
HÇİİRÖÖ Alt Boyutları	Şüpheli vakalar için <i>öncelik</i> alt boyutu	0.938	0.949	0.949	0.948	0.904
	Şüpheli vakalar için <i>meslektaş desteği</i> alt boyutu	0.976	0.983	0.976	0.976	0.954
	Şüpheli vakalar için <i>güven</i> alt boyutu	0.966	0.992	0.984	0.984	0.969
	Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> alt boyutu	0.956	0.976	0.959	0.953	0.921
	Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> alt boyutu	0.989	0.987	0.990	0.990	0.980
	Bilinen vakalar için <i>güven</i> alt boyutu	0.967	0.987	0.989	0.989	0.978
	Sonuç beklentisi için <i>çocuk yararı</i> alt boyutu	0.826	0.686	0.889	0.888	0.800
	Sonuç beklentisi için <i>aile yararı</i> alt boyutu	0.859	0.914	0.884	0.884	0.792
	Sonuç beklentisi için <i>hizmete olan güven</i> alt boyutu	0.828	0.952	0.839	0.839	0.723

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nin bölümlerine ve 9 alt boyutuna ait Spearman-Brown kat sayısı "1" değerine oldukça yakın, 0.839 ile 0.990 arasında bulundu. Guttman Split-Half değerinin ise 0.839-0.990 arasında olduğu gözlemlendi. Alt boyutlara ait Spearman-Brown Katsayısı'nın 0.80'in üzerinde olması ölçek maddelerinin ölçtükleri özellikler açısından ayırt edici olduğu ve ölçeği oluşturan maddelerin güvenilirliklerinin yüksek ve aynı amacı ölçmeye yönelik olduğu görüldü (Tablo 4.2.2.1).

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Çİİ'ye ile İlgili Bilgi Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde HÇİİRÖÖ'deki her bir maddenin ve ölçeğin toplam ortalama puanları ve standart sapmaları, çalışmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma durumları ile ilgili özellikler, istismara yönelik bilgi/uygulama durumları ile ilgili özellikler ve bu özelliklerle ölçek puanının ilişkisine yer verilmiştir.

Tablo 4.3.1. HÇİİRÖÖ maddelerinin ortalama puanları ve standart sapmaları

Maddeler	Ortalama	Standart Sapma
Şüpheli vakalar için öncelik Madde 1	5.4610	2.34245
Şüpheli vakalar için öncelik Madde 2	6.3117	2.31415
Şüpheli vakalar için öncelik Madde 3	4.6494	2.35604
Şüpheli vakalar için öncelik Madde 4	4.0617	2.55865
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 5	6.2403	1.95405
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 6	6.4286	1.93159
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 7	6.1364	1.92724
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 8	6.2045	1.92710
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 9	6.1006	1.95876
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 10	6.3149	1.95424
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 11	6.0552	1.95392
Şüpheli vakalar için meslektaş desteği Madde 12	6.0357	1.88998
Şüpheli vakalar için güven Madde 13	6.7240	2.25387
Şüpheli vakalar için güven Madde 14	6.9838	2.29780
Şüpheli vakalar için güven Madde 15	6.7305	2.18719

Tablo 4.3.1. HÇİİRÖÖ maddelerinin ortalama puanları ve standart sapmaları (Devam)

Maddeler	Ortalama	Standart Sapma
Şüpheli vakalar için <i>güven</i> Madde 16	6.7078	2.22490
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 1	6.6851	2.30171
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 2	7.5162	2.14682
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 3	6.1883	2.38554
Bilinen vakalar için <i>öncelik</i> Madde 4	5.7273	2.74015
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 5	7.3961	1.85085
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 6	7.6169	1.78374
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 7	7.4351	1.79186
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 8	7.4188	1.76001
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 9	7.3539	1.81957
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 10	7.5519	1.76296
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 11	7.3377	1.79111
Bilinen vakalar için <i>meslektaş desteği</i> Madde 12	7.2987	1.83214
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 13	8.0292	2.09290
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 14	8.2110	2.08397
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 15	7.9545	2.07464
Bilinen vakalar için <i>güven</i> Madde 16	7.9903	2.09309
Çocuk yararı fiziksel istismar Madde 1	8.2597	1.72283
Aile yararı fiziksel istismar Madde 2	6.1623	2.26133
Hizmete olan <i>güven</i> fiziksel istismar Madde 3	5.2597	2.38427
Çocuk yararı cinsel istismar Madde 4	8.5357	1.73356
Aile yararı cinsel istismar Madde 5	6.3766	2.31432
Hizmete olan <i>güven</i> cinsel istismar Madde 6	6.1299	2.58963
Çocuk yararı duygusal istismar Madde 7	7.4903	2.04427
Aile yararı duygusal istismar Madde 8	5.7273	2.24776
Hizmete olan <i>güven</i> duygusal istismar Madde 9	4.4643	2.44190
Çocuk yararı ihmal Madde 10	8.4221	1.89731
Aile yararı ihmal Madde 11	6.0487	2.24136
Hizmete olan <i>güven</i> ihmal Madde 12	4.7565	2.37573
Toplam	292.4903	73.76746

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nün toplam puan ortalaması 292.49 ± 73.76 olarak bulundu. Ölçek maddelerinin en düşük puan ortalamasının 4.06 ± 2.55 , en yüksek puann ortalamasının ise 8.53 ± 1.73 olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1).

Çalışmada hemşirelere ait tanımlayıcı özellikler Tablo 4.3.2. ve Tablo 4.3.3.'de verilmiştir.

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin Nitel Olan Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n=308)

Tanımlayıcı Özellikler		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	185	60.1
	Erkek	123	39.9
Medeni Durum	Bekar	118	38.3
	Evli	184	59.7
	Boşanmış	6	2.0
Eğitim Durumu	Lise	88	28.6
	Önlisans	65	21.1
	Lisans	144	46.8
	Yüksek Lisans	11	3.6
Çalışılan Birim	Çocuk Klinikleri	167	54.2
	Yetişkin Klinikleri	128	41.6
	İdari Birim	13	4.2
Pozisyon	Hemşire	292	94.8
	Sorumlu Hemşire	3	1.0
	Süpervisör	13	4.2

Çalışmaya alınan hemşirelerin, %60.1'nin (n=185) kadın, %59.7'sinin (n=184) evli ve %46.8'nin (n=144) lisans mezunu olduğu gözlemlendi. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%54.2; n=167) çocuk kliniklerinde çalıştığı ve tamamına yakınının (%94.8; n=92) klinik hemşire olarak çalıştığı gözlemlendi (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3 Hemşirelerin Nicel Tanımlayıcı Özelliklerinin Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri (n=308)

Tanımlayıcı Özellikler	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Yaş	29.27	5.47	29.00	18.00	45.00
Çalışma Yılı	6.95	4.50	6.00	0.00	27.00
Çocuk Sayısı	0.72	0.99	0.00	0.00	4.00

Çalışmada hemşirelerin yaşlarının 18 ile 45 arasında değiştii yaş ortalamasının 29.27 ± 5.47 yıl olduğu bulundu. Çalışma yılları açısından incelendiğinde en düşük bir yıldan az en fazla 27 yıl çalıştıkları ve çalışma yılı ortalamasının 6.95 ± 4.50 yıl olduğu belirlendi. Çocuk sahibi olma açısından hiç çocuğu olmayan ile en fazla 4 çocuğu olan hemşireye rastlandı ve çocuk sayısı ortalaması 0.72 ± 0.99 olarak saptandı.



Tablo 4.3.4 Hemşirelerin Çİİ'ye Yönelik Bilgi İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=308)

Çİİ'ye Yönelik Bilgi İle İlgili Özellikler		Sayı	%
Hemşirelik Eğitimi Sırasında Bilgi Alma	Evet	49	15.9
	Hayır	259	84.1
Alınan Bilginin Yeterliliği *(n=49)	Evet	28	57.1
	Hayır	21	42.9
Mezuniyet Sonrası Bilgi Alma	Evet	31	10.1
	Hayır	277	89.9
Alınan Bilginin Yeterliliği *(n=31)	Evet	22	71.0
	Hayır	9	29.0
Eğitim/Bilgi Alma İsteği	Evet	296	96.1
	Hayır	12	3.9
Çİİ'yi Raporlamada Zorlanılan Aşamalar *(n=137)	Öykü Alma	42	30.7
	Fizik Muayene	44	32.1
	Kayıt	7	5.1
	İlgili Kuruma Rapor/Yasal Süreç	44	32.1
Hastanede Uygulanan Prosedür Varlığı	Evet	142	46.1
	Hayır	1	0.3
	Bilmiyorum	165	53.6
Uygulanan Prosedürün Yeterliliği *(n=142)	Evet	79	55.7
	Hayır	63	44.3
Çİİ Bildirimi Yapma Durumu	Evet	227	73.9
	Hayır	80	26.1
Hayır ise Neden * (n=83)	Sosyal servislerin konu ile ilgilenmeyeceğini düşünme	13	15.8
	Sorunu bireysel olarak çözebileceğini düşünme	1	1.2
	Konu ile uğraşmak istememe	6	7.2
	Yasal süreçlere ait bilgi eksikliği	48	57.8
	Çocuğu şimdi içinde bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacağından korkma	7	8.4
	Olay ile ilgili yetersiz kanıt olması	7	8.4
	Olay doğrulandığında, çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünme	1	1.2
Araştırma Sonucunu Öğrenme	Evet	305	99.0
	Hayır	3	1.0

*Yüzdeler "n" e göre alınmıştır.

Çalışmaya alınan hemşirelerin %84.1'inin (n=259) hemşirelik eğitimi boyunca Çİİ'ye yönelik bilgi almadığı, bilgi aldığını belirtenlerin sadece %57.1'inin bu bilginin yeterli olduğunu belirttiği gözlemlendi. Mezuniyet sonrası hemşirelerin %89.9'unun (n=308) Çİİ'ye yönelik bilgi almadığı, bilgi aldığını belirten sadece %71.0'nun (n=31) bu bilginin yeterli olduğunu belirttiği gözlemlendi. Hemşirelerin %96.1'i (n=308) bilgi/eğitim alma isteği olduğunu ifade etti. Çalışma kapsamına alınan Çİİ ile karşılaşıldığında zorlanılan durumların öykü alma (%30.7; n=42), fiziksel muayene etme (%32.1; n=44) ve ilgili kuruma rapor etme/yasal süreci başlatma (%32.1; n=44) olduğu hemşireler tarafından açıklandı. Hemşirelerin %53.6'sı (n=165) kurumlarında Çİİ'ye yönelik prosedürün varlığı hakkında bilgisinin olmadığını belirttiği, belirtenlerin ise %55.7'sinin (n=79) var olan prosedürün yeterli olduğunu bildirdikleri görüldü. Hemşirelerin %73.92'u (n=227) Çİİ bildirim yapabileceğini belirttiği, Çİİ bildirim yapmayacağını belirtenlerin ise, bunun nedeni olarak; %57.8 oranında (n=48) yasal süreçlere ait bilgisinin olmadığını, %15.8 oranında (n=13) ise sosyal servislerin konu ile ilgilenmeyeceğini düşündüğü için bildirim yapmak istemedikleri gözlemlendi. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin hemen hemen tamamı (%99.0; n=308) araştırma sonucunu öğrenmek istediğini belirtti (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5 Hemşirelerin Nicel Çİİ'ye Yönelik Bilgi İle İlgili Özelliklerinin Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum ve Maksimum Değerleri (n=308)

Çİİ'ye Yönelik Bilgi İle İlgili Özelliklerinin	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Fiziksel İstismar Rapor Sayısı	0.14	0.62	0.00	0.00	5.00
Cinsel İstismar Rapor Sayısı	0.14	0.60	0.00	0.00	5.00
Duygusal İstismar Rapor Sayısı	0.03	0.26	0.00	0.00	3.00
İhmal Rapor Sayısı	0.09	0.52	0.00	0.00	5.00

Çalışmada hemşirelerin rapor ettikleri fiziksel istismar rapor sayısı 0 ile 5 arasında değiştiği ve fiziksel istismar rapor ortalamasının 0.14 ± 0.62 olduğu bulundu. Cinsel istismar rapor sayısı incelendiğinde 0 ile 5 arasında değiştiği ve cinsel istismar rapor sayısı ortalamasının 0.14 ± 0.60 olduğu belirlendi. Duygusal istismar rapor sayısı incelendiğinde 0 ile 3 arasında değiştiği ve duygusal istismar rapor sayısı ortalamasının 0.03 ± 0.26 olduğu

saptandı. İhmal rapor sayısı incelendiğinde 0 ile 5 arasında değiştiği ve ihmal rapor sayısı ortalamasının 0.09 ± 0.52 olduğu belirlendi (Tablo 4.3.5).

Tablo 4.3.6 Hemşirelere Ait Nicel Değişkenler ile Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklentisi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Nicel Değişkenler		Şüpheli vakalar için “Öncelik”	Şüpheli vakalar için “Meslektaş Desteği”	Şüpheli vakalar için “Güven”
Yaş	r	0.238	0.272	0.268
	p	<0.001	<0.001	<0.001
Çalışma Yılı	r	0.170	0.153	0.152
	p	0.003	0.007	0.007
Çocuk Sayısı	r	0.230	0.258	0.224
	p	<0.001	<0.001	<0.001
Fiziksel İstismar Rapor Sayısı	r	0.214	0.253	0.259
	p	<0.001	<0.001	<0.001
Cinsel İstismar Rapor Sayısı	r	0.261	0.289	0.294
	p	<0.001	<0.001	<0.001
Duygusal İstismar Rapor Sayısı	r	0.108	0.154	0.137
	p	0.059	0.007	0.016
İhmal Rapor Sayısı	r	0.119	0.150	0.164
	p	0.038	0.008	0.004

r:Korelasyon katsayısı

Yaş değişkeni ile **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.238$). Yaş değişkeni ile **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.272$). Yaş değişkeni ile **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.268$). Çalışma yılı ile **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.170$). Çalışma yılı ile **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.153$). Çalışma yılı ile **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.152$). Çocuk sayısı ile **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.230$). Çocuk sayısı ile **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.258$). Çocuk sayısı ile **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.224$). Fiziksel istismar rapor sayısı ile **şüpheli**

vakalar için “öncelik” alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.214$). Fiziksel istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.253$). Fiziksel istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.259$). Cinsel istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.261$). Cinsel istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.289$). Cinsel istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.294$). Duygusal istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.154$). Duygusal istismar rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0,137$). İhmal rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.119$). İhmal rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.150$). İhmal rapor sayısı ile **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.164$) (Tablo 4.3.6).

Tablo 4.3.7 Hemşirelere Ait Nicel Değişkenler ile Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklentisi Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Nicel Değişkenler		Bilinen vakalar için “Öncelik”	Bilinen vakalar için “Meslektaş Desteği”	Bilinen vakalar için “Güven”
Yaş	r	0.181	0.237	0.208
	p	0.001	<0.001	<0.001
Çalışma Yılı	r	0.123	0.182	0.146
	p	0.031	0.001	0.011
Çocuk Sayısı	r	0.181	0.238	0.221
	p	0.001	<0.001	<0.001
Fiziksel İstismar Rapor Sayısı	r	0.206	0.222	0.233
	p	<0.001	<0.001	<0.001
Cinsel İstismar Rapor Sayısı	r	0.250	0.268	0.330
	p	<0.001	<0.001	<0.001
Duygusal İstismar Rapor Sayısı	r	0.111	0.126	0.157
	p	0.051	0.027	0.006
İhmal Rapor Sayısı	r	0.152	0.139	0.162
	p	0.008	0.015	0.004

r:Korelasyon katsayısı

Yaş değişkeni ile **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.181$). Yaş değişkeni ile **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.237$). Yaş değişkeni ile **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.208$). Çalışma yılı ile **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.123$). Çalışma yılı ile **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.182$). Çalışma yılı ile **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.146$). Çocuk sayısı ile **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.181$). Çocuk sayısı ile **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.238$). Çocuk sayısı ile **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.221$). Fiziksel istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.206$). Fiziksel istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “meslektaş**

desteği” alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.222$). Fiziksel istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.233$). Cinsel istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.250$). Cinsel istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.268$). Cinsel istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.330$). Duygusal istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.126$). Duygusal istismar rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.157$). İhmal rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.152$). İhmal rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.139$). İhmal rapor sayısı ile **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.162$) (Tablo 4.3.7).

Tablo 4.3.8 Hemşirelere Ait Nicel Değişkenler ile Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Değişkenler		Çocuk Yararı	Aile Yararı	Hizmete Olan Güven
Yaş	r	0.107	0.137	0.102
	p	0.060	0.016	0.074
Çalışma Yılı	r	0.150	0.206	0.182
	p	0.008	<0.001	0.001
Çocuk Sayısı	r	0.120	0.135	0.130
	p	0.036	0.018	0.022
Fiziksel İstismar Rapor Sayısı	r	0.121	0.153	0.213
	p	0.034	0.007	<0.001
Cinsel İstismar Rapor Sayısı	r	0.189	0.166	0.264
	p	0.001	0.003	<0.001
Duygusal İstismar Rapor Sayısı	r	0.108	0.115	0.132
	p	0.058	0.043	0.021
İhmal Rapor Sayısı	r	0.140	0.163	0.130
	p	0.014	0.004	0.023

r:Korelasyon katsayısı

Yaş değişkeni ile *çocuk yararı* alt boyutu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yaş değişkeni ile *aile yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.137). Yaş değişkeni ile *hizmete olan güven* alt boyutu arasında bir ilişki bulunmamıştır(r=0.102).Çalışma yılı ile *çocuk yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.150). Çalışma yılı ile *aile yararı* alt boyutu arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.206). Çalışma yılı ile *hizmete olan güven* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.182). Çocuk sayısı ile *çocuk yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.120). Çocuk sayısı ile *aile yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.135). Çocuk sayısı ile *hizmete olan güven* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.130). Fiziksel istismar rapor sayısı ile *çocuk yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.121). Fiziksel istismar rapor sayısı ile *aile yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.153). Fiziksel istismar rapor sayısı ile *hizmete olan güven* alt boyutu arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.213). Cinsel istismar rapor sayısı ile *çocuk yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (r=0.189). Cinsel istismar rapor sayısı ile *aile yararı* alt boyutu arasında

pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.166$). Cinsel istismar rapor sayısı ile *hizmete olan güven* alt boyutu arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.264$). Duygusal istismar rapor sayısı ile *çocuk yararı* alt boyutu bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal istismar rapor sayısı ile *aile yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.115$). Duygusal istismar rapor sayısı ile *hizmete olan güven* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.132$). İhmal rapor sayısı ile *çocuk yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.140$). İhmal rapor sayısı ile *aile yararı* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.163$). İhmal rapor sayısı ile *hizmete olan güven* alt boyutu arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.130$) (Tablo 4.3.8).



Tablo 4.3.9 Hemşirelerin Nitel değişken Özellikleri ile Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Bekleti Ölçütü Alt Boyutlarına Ait Ortalamaların Karşılaştırılması

1.A: Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Ölçeği:

Değişkenler		Şüpheli vakalar için “Öncelik”			Şüpheli vakalar için “Meslektaş Desteği”			Şüpheli vakalar için “Güven”		
		Ortalama±S	Ortanca (Min.-Maks.)	p	Ortalama±S	Ortanca (Min.-Maks.)	p	Ortalama±SS	Ortanca (Min.-Maks.)	P
Cinsiyet	Erkek	21.36±9.34	19.00 (4.00-40.00)	0.060 ^b	50.54±15.00	48.00 (16.00-80.00)	0.191 ^b	27.77±8.53	28.00 (0.00-40.00)	0.179 ^b
	Kadın	19.16±8.56	18.00 (4.00-40.00)		47.98±14.58	44.00 (16.00-80.00)		26.21±9.15	27.00 (0.00-40.00)	
Medeni Durum	Bekar	18.87±9.47 ¹	17.00 (4.00-40.00)	0.048 ^c (1-2,3)	45.91±15.70 ¹	42.00 (16.00-80.00)	0.001 ^c (2-1,3)	25.03±9.19 ¹	25.00 (0.00-40.00)	0.043 ^c (1-2)
	Evli	21.52±8.79 ²	19.00 (4.00-40.00)		52.02±13.97 ²	50.00 (22.00-80.00)		28.52±8.37 ²	28.00 (4.00-40.00)	
	Boşanmış	20.33±6.83 ³	19.50 (12.00-32.00)		43.83±9.17 ³	46.50 (32.00-56.00)		26.83±6.08 ³	28.00 (20.00-36.00)	
Eğitim Durumu	Lise	14.00±7.74 ¹	13.00 (4.00-40.00)	<0.001 ^c (1-3,4; 2-3,4)	38.94±12.76 ¹	40.00 (16.00-80.00)	<0.001 ^c (1-2,3,4 ; 2-3,4)	20.50±8.49 ¹	20.00 (0.00-40.00)	<0.001 ^c (1-3,4; 2-3,4)
	Önlisans	18.92±7.94 ²	16.00 (10.00-36.00)		47.18±12.69 ²	42.00 (32.00-73.00)		25.06±9.11 ²	25.00 (4.00-40.00)	
	Lisans	24.35±7.78 ³	23.00 (10.00-40.00)		55.58±12.58 ³	56.00 (32.00-80.00)		31.38±5.42 ³	32.00 (20.00-40.00)	
	Yüksek Lisans	30,91±4.95 ⁴	31.00 (22.00-37.00)		68.55±11.34 ⁴	72.00 (43.00-80.00)		37.27±3.52 ⁴	40.00 (30.00-40.00)	
Pozisyon	Hemşire	19.78±8.75 ¹	18.00 (4.00-40.00)	<0.001 ^c (1-2,3)	48.46±14.42 ¹	48.00 (16.00-80.00)	<0.001 ^c (1-2,3)	26.62±8.71 ¹	28.00 (0.00-40.00)	<0.001 ^c (1-2,3)
	Sorumlu Hemşire	37.33±4.62 ²	40.00 (32.00-40.00)		77.33±4.62 ²	80.00 (72.00-80.00)		38.67±2.31 ²	40.00 (36.00-40.00)	
	Süpervisör	32.21±4.46 ³	34.00 (26.00-36.00)		66.77±8.17 ³	72.00 (55.00-72.00)		36.31±2.87 ³	36.00 (33.00-40.00)	

b:Mann Whitney U test, c:Kruskal Wallis H testi

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile **şüpheli vakalar için “öncelik”, şüpheli vakalar için “meslektaş desteği” ve şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek hemşirelerin her üç alt boyutta da puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş ancak, iki grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre **şüpheli vakalar için “öncelik”, şüpheli vakalar için “meslektaş desteği” ve şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Her üç alt boyutta da evli olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Medeni duruma göre **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puan ortalaması bekar hemşirelerin 18.87 ± 9.47 , evli hemşirelerin 21.52 ± 8.79 ve boşanmış hemşirelerin 20.33 ± 6.83 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görüldü ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın bekar olan hemşireler ile evli ve boşanmış olan hemşireler arasından kaynaklandığı belirlendi. Çalışmada bekar, evli ve boşanmış hemşirelerin **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puan ortalamalarının sırası ile 45.91 ± 15.70 , 52.02 ± 13.97 ve 43.83 ± 9.17 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlendi ($p<0.01$). Gruplar arası farklılığın evli olan hemşireler ile bekar ve boşanmış olan hemşireler arasından kaynaklandığı belirlendi. Medeni duruma göre **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puan ortalamaları bekar hemşire grubunda 25.03 ± 9.19 , evli hemşire grubunda 28.52 ± 8.37 ve boşanmış hemşire grubunda ise 26.83 ± 6.08 olarak bulunmuş olup, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde bu farkın bekar olan hemşireler ile evli olan hemşirelerden kaynaklandığı bulundu. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin eğitim durumuna göre Şüpheli Çocuk İstismarı ve İhmali Ölçeğinin Etkinlik Beklentisi **şüpheli vakalar için “öncelik”, şüpheli vakalar için “meslektaş desteği” ve şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,01$). Her üç alt boyutta da eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamalarının yükseldiği saptandı. Eğitim düzeyine göre **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutu puan ortalaması lise mezunu hemşirelerin 14.00 ± 7.74 , ön lisans mezunu hemşirelerin 18.92 ± 7.94 , lisans mezunu hemşirelerin 24.35 ± 7.78 ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin 30.91 ± 4.95 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görüldü ($p<0.001$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın, hem lise mezunu hem de ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı saptandı. Eğitim durumuna göre **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyut puan ortalamasının lise mezunu

hemşirelerde 38.94 ± 12.76 , ön lisans mezunu hemşirelerde 47.18 ± 12.69 , lisans mezunu hemşirelerde 55.58 ± 12.58 ve yüksek lisans mezunu hemşirelerde 68.55 ± 11.34 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.01$). Yapılan ileri analizde farkın lise mezunu olan hemşireler ile önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı ayrıca, önlisans mezunu olan hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşire gruplarından kaynaklandığı görüldü. Çalışmada lise, önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puan ortalamalarının sırası ile 48.46 ± 14.42 , 77.33 ± 4.62 ve 66.77 ± 8.17 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlendi ($p < 0.01$). Yapılan ileri analizde gruplar arası farklılığın hem lise mezunu olan hemşireler hem de ön lisans mezunu olan hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı belirlendi. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeği, **şüpheli vakalar için “öncelik”, şüpheli vakalar için “meslektaş desteği” ve şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0.01$). Çalıştığı pozisyon duruma göre **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyut puan ortalamaları servis hemşiresi için 19.78 ± 8.75 , sorumlu hemşire için 37.33 ± 4.62 ve süpervisör hemşire için 32.21 ± 4.46 olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p < 0.01$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin çalıştığı pozisyon durumuna göre **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puan ortalamalarının klinik hemşiresi, sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire için sırasıyla 48.46 ± 14.42 , 77.33 ± 4.62 ve 66.77 ± 8.17 olduğu saptandı, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.01$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi. Hemşirelerin çalıştığı pozisyon durumuna göre **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutu puan ortalamalarının klinik hemşirelerde 26.62 ± 8.71 , sorumlu hemşirelerde 38.67 ± 2.31 ve süpervisör hemşirelerde ise 36.31 ± 2.87 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.01$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.3.9).

Tablo 4.3.10 Hemşirelerin Nitel Değişken Özellikleri İle Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Bekleti Ölçütü Alt Boyutlarına Ait Ortalamaların Karşılaştırılması

1.B: Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Ölçeği:

Değişkenler		Bilinen vakalar için “Öncelik”			Bilinen vakalar için “Meslektaş Desteği”			Bilinen vakalar için “Güven”					
		Ortalama±S S	Ortanca (Min.-Maks.)	p	Ortalama±S S	Ortanca (Min.-Maks.)	p	Ortalama±SS	Ortanca (Min.-Maks.)	P			
Cinsiyet	Erkek	26.84±9.17	27.00 (8.00-40.00)	0.098 ^b	60.31±13.71	61.00 (21.00-80.00)	0.180 ^b	32.74±7.83	35.00 (4.00-40.00)	0.169 ^b			
	Kadın	25.03±9.29	24.00 (8.00-40.00)		58.06±14.47	56.00 (21.00-80.00)		31.35±8.71	33.00 (4.00-40.00)				
Medeni Durum	Bekar	24.65±9.76	24.00 (8.00-40.00)	0.122 ^c	55.82±15.62 ¹	56.00 (21.00-80.00)	0.004 ^c	30.61±8.80 ¹	32.00 (4.00-40.00)	0.007 ^c			
	Evli	27.07±8.91	27.50 (10.00-40.00)		61.86±12.37 ²	64.00 (32.00-80.00)		(1,3-2)	33.25±7.71 ²		36.00 (8.00-40.00)	(1,3-2)	
	Boşanmış	25.83±5.74	27.00 (16.00-32.00)		54.67±15.53 ³	60.00 (32.00-72.00)		30.50±6.25 ³	32.00 (20.00-39.00)				
Eğitim Durumu	Lise	19.22±8.14 ¹	18.00 (8.00-40.00)	<0.001 ^c	48.74±13.12 ¹	48.00 (21.00-80.00)	<0.001 ^c	26.13±8.96 ¹	28.00 (4.00-40.00)	<0.001 ^c			
	Önlisans	23.83±8.42 ²	22.00 (14.00-40.00)		(1-3,4; 2-3,4)	57.48±12.94 ²		56.00 (32.00-73.00)	(1-2,3,4 ; 2-3,4)		30.69±8.68 ²	32.00 (12.00-40.00)	(1-3,4; 2-3,4)
	Lisans	30.42±6.99 ³	31.00 (18.00-40.00)		65.67±10.55 ³	66.00 (45.00-80.00)		36.00±4.41 ³	36.00 (24.00-40.00)				
	Yüksek Lisans	38.55±2.50 ⁴	40.00 (34.00-40.00)		74.27±7.6 ⁴	80.00 (60.00-80.00)		39.55±1.04 ⁴	40.00 (37.00-40.00)				
Pozisyon	Hemşire	25.50±9.08 ¹	25.00 (8.00-40.00)	<0.001 ^c	58.50±13.83 ¹	56.00 (21.00-80.00)	<0.001 ^c	31.76±8.21 ¹	33.00 (4.00-40.00)	<0.001 ^c			
	Sorumlu Hemşire	40.00±0.00 ²	40.00 (40.00-40.00)		(1-2,3)	77.33±4.62 ²		80.00 (72.00-80.00)	(1-2,3)		40.00±0.00 ²	40.00 (40.00-40.00)	(1-2,3)
	Süpervisör	36.77±2.52 ³	36.00 (34.00-40.00)		75.69±3.64 ³	74.00 (72.00-80.00)		40.00±0.00 ³	40.00 (40.00-40.00)				

b:Mann Whitney U test, c:Kruskal Wallis H testi

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile **bilinen vakalar için “öncelik”**, **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** ve **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek hemşirelerin her üç alt boyutta da puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş ancak, iki grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** ve **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Her iki alt boyutta da evli olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Medeni duruma göre **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puan ortalaması bekar hemşirelerin 55.82 ± 15.62 , evli hemşirelerin 61.86 ± 12.37 ve boşanmış hemşirelerin 54.67 ± 15.53 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görüldü ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın bekar ve boşanmış olan hemşireler ile evli olan hemşireler arasından kaynaklandığı belirlendi. Medeni duruma göre **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puan ortalamaları bekar hemşire grubunda 30.61 ± 8.80 , evli hemşire grubunda 33.25 ± 7.71 ve boşanmış hemşire grubunda ise 30.50 ± 6.25 olarak bulunmuş olup, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde bu farkın bekar ve boşanmış olan hemşireler ile evli olan hemşirelerden kaynaklandığı bulundu. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin eğitim durumuna göre **bilinen vakalar için “öncelik”**, **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** ve **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.01$). Her üç alt boyutta da eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamalarının yükseldiği saptandı. Eğitim düzeyine göre **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutu puan ortalaması lise mezunu hemşirelerin 19.22 ± 8.14 , ön lisans mezunu hemşirelerin 23.83 ± 8.42 , lisans mezunu hemşirelerin 30.42 ± 6.99 ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin 38.55 ± 2.50 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görüldü ($p<0.001$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın, hem lise mezunu hem de ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı saptandı. Eğitim durumuna göre **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyut puan ortalamasının lise mezunu hemşirelerde 48.74 ± 13.12 , ön lisans mezunu hemşirelerde 57.48 ± 12.94 , lisans mezunu hemşirelerde 65.67 ± 10.55 ve yüksek lisans mezunu hemşirelerde 74.27 ± 7.56 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde farkın lise mezunu olan hemşireler ile

önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı ayrıca, önlisans mezunu olan hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşire gruplarından kaynaklandığı görüldü. Çalışmada lise, önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerin **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puan ortalamalarının sırası ile 26.13±8.96, 30.69±8.68, 36.00±4.41 ve 39.55±1.04 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlendi(p<0.01). Yapılan ileri analizde gruplar arası farklılığın hem lise mezunu olan hemşireler hem de ön lisans mezunu olan hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı belirlendi. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre Bilinen Çocuk İstismarı ve İhmali Ölçeğinin Etkinlik Beklentisi **bilinen vakalar için “öncelik”, bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** ve **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0.01). Çalıştığı pozisyon duruma göre **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyut puan ortalamaları servis hemşiresi için 25.50±9.08, sorumlu hemşire için 40.00±0.00 ve süpervisör hemşire için 36.77±2.52 olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü (p<0.01). Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin çalıştığı pozisyon durumuna göre **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu puan ortalamalarının klinik hemşiresi, sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire için sırasıyla 58.50±13.83, 77.33±4.62 ve 75.69±3.64 olduğu saptandı, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.01). Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi. Hemşirelerin çalıştığı pozisyon durumuna göre **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutu puan ortalamalarının klinik hemşirelerde 31.76±8.21, sorumlu hemşirelerde 40.00±0.00 ve süpervisör hemşirelerde ise 40,00±0,00 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.01).Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.3.10).

Tablo 4.3.11 Hemşirelerin Nitel Değişken Özellikleri İle Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Alt Boyutlarına Ait Ortalamaların Karşılaştırılması

2: Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü Ölçeği:

Değişkenler		Çocuk Yararı		p	Aile Yararı		p	Hizmete Olan Güven		P
		Ortalama±S S	Ortanca (Min.-Maks.)		Ortalama±S S	Ortanca (Min.-Maks.)		Ortalama±SS	Ortanca (Min.-Maks.)	
Cinsiyet	Erkek	33.02±6.59	33.00 (10.00-40.00)	0.130 ^b	25.02±8.36	24.00 (3.00-40.00)	0.042 ^b	21.22±8.90	20.00 (0.00-40.00)	0.099 ^b
	Kadın	32.24±5.79	32.00 (18.00-40.00)		23.26±7.70	21.00 (7.00-40.00)		19.69±8.18	18.00 (6.00-40.00)	
Medeni Durum	Bekar	31.94±6.49	32.00 (13.00-40.00)	0.113 ^c	23.57±8.33	22.00 (7.00-40.00)	0.390 ^c	20.26±8.44	19.00 (6.00-40.00)	0.844 ^c
	Evli	33.34±5.84	33.00 (12.00-40.00)		24.83±7.94	24.00 (3.00-40.00)		20.83±8.78	19.00 (0.00-40.00)	
	Boşanmış	28.33±11.96	30.00 (10.00-40.00)		23.33±10.31	26.50 (7.00-32.00)		20.67±9.42	24.50 (6.00-29.00)	
Eğitim Durumu	Lise	30.19±6.19 ¹	29.00 (12.00-40.00)	<0.001 ^c (1-3,4; 2-3,4)	21.51±6.69 ¹	20.00 (12.00-40.00)	<0.001 ^c (1-3,4; 2-4)	18.57±7.08 ¹	17.50 (0.00-40.00)	0.009 ^c (1-4; 2,3-4)
	Önlisans	32.71±6.39 ²	32.00 (10.00-40.00)		24.85±7.75 ²	24.00 (3.00-40.00)		20.08±8.80 ²	18.00 (3.00-40.00)	
	Lisans	34.06±5.81 ³	35.00 (13.00-40.00)		25.36±8.74 ³	24.00 (7.00-40.00)		21.62±9.13 ³	19.00 (5.00-40.00)	
	Yüksek Lisans	35.09±6.93 ⁴	37.00 (17.00-40.00)		29.91±6.61 ⁴	32.00 (15.00-39.00)		26.91±8.35 ⁴	28.00 (15.00-39.00)	
Pozisyon	Hemşire	32.46±6.33 ¹	32.00 (10.00-40.00)	0.002 ^c (1-2,3)	23.91±7.93 ¹	23.00 (3.00-40.00)	0.002 ^c (1-2,3)	19.92±8.21 ¹	18.00 (0.00-40.00)	<0.001 ^c (1-2,3)
	Sorumlu Hemşire	40.00±0.00 ²	40.00 (40.00-40.00)		37.33±4.62 ²	40.00 (32.00-80.00)		38.00±3.46 ²	40.00 (34.00-40.00)	
	Süpervisör	36.62±3.04 ³	36.00 (33.00-40.00)		30.46±8.67 ³	29.00 (20.00-40.00)		32.00±6.78 ³	29.00 (25.00-40.00)	

b:Mann Whitney U test, c:Kruskal Wallis H testi

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile **çocuk yararı**, **aile yararı** ve **hizmete olan güven** alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkek hemşirelerin her üç alt boyutta da puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş ancak, iki grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışmadaki hemşirelerin medeni durum değişkeni ile **çocuk yararı**, **aile yararı** ve **hizmete olan güven** alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli hemşirelerin her üç alt boyutta da puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuş ancak, üç grup arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma kapsamına giren hemşirelerin eğitim durumuna göre **çocuk yararı**, **aile yararı** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.01$). Her iki alt boyutta da eğitim düzeyi arttıkça puan ortalamalarının yükseldiği saptandı. Eğitim düzeyine göre **çocuk yararı** alt boyutu puan ortalaması lise mezunu hemşirelerin 30.19 ± 6.19 , ön lisans mezunu hemşirelerin 32.71 ± 6.39 , lisans mezunu hemşirelerin 34.06 ± 5.81 ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin 35.09 ± 6.93 olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görüldü ($p<0.001$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın, hem lise mezunu hem de ön lisans mezunu hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı saptandı. Eğitim durumuna göre **çocuk yararı** alt boyut puan ortalamasının lise mezunu hemşirelerde $48,74\pm 13,12$, ön lisans mezunu hemşirelerde 57.48 ± 12.94 , lisans mezunu hemşirelerde $65,67\pm 10,55$ ve yüksek lisans mezunu hemşirelerde 74.27 ± 7.56 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde farkın lise mezunu olan hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı görüldü. Eğitim durumuna göre **aile yararı** alt boyut puan ortalamasının lise mezunu hemşirelerde 21.51 ± 6.69 , ön lisans mezunu hemşirelerde 24.85 ± 7.75 , lisans mezunu hemşirelerde 25.36 ± 8.74 ve yüksek lisans mezunu hemşirelerde 29.91 ± 6.61 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde farkın hem lise mezunu olan hemşireler ile lisans ve yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden hem de ön lisans mezunu hemşireler ile yüksek lisans mezunu hemşirelerden kaynaklandığı görüldü. Eğitim durumuna göre **hizmete olan güven** alt boyut puan ortalamasının yüksek lisans mezunu olan hemşirelerde daha yüksek olduğu ancak 4 grup arasında lise mezunu hemşirelerde 18.57 ± 7.08 , ön lisans mezunu hemşirelerde 20.08 ± 8.80 , lisans mezunu hemşirelerde 21.62 ± 9.13 ve yüksek lisans mezunu hemşirelerde 26.91 ± 8.35 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın, hem lise mezunu olan hemşireler ile yüksek lisans

mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı hem de ön lisans ve lisans mezunu olan hemşireler ile yüksek lisans mezunu olan hemşirelerden kaynaklandığı saptandı. Çalışma kapsamına giren hemşirelerin çalıştıkları pozisyona göre **çocuk yararı**, **aile yararı** ve **hizmete olan güven** alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0.01$). Çalıştığı pozisyon duruma göre **çocuk yararı** alt boyut puan ortalamaları klinik hemşiresi için 32.46 ± 6.33 , sorumlu hemşire için 40.00 ± 0.00 ve süpervisör hemşire için 36.62 ± 3.04 olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi. Çalıştığı pozisyon duruma göre **aile yararı** alt boyut puan ortalamaları klinik hemşiresi için 23.91 ± 7.93 , sorumlu hemşire için 37.33 ± 4.62 ve süpervisör hemşire için 30.46 ± 8.67 olarak belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü ($p<0.01$). Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi. Hemşirelerin çalıştığı pozisyon durumuna göre **hizmete olan güven** alt boyutu puan ortalamalarının klinik hemşirelerde 19.92 ± 8.21 , sorumlu hemşirelerde 38.00 ± 3.46 ve süpervisör hemşirelerde ise 32.00 ± 6.78 olduğu belirlendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.01$).Yapılan ileri analizde bu farklılığın klinik hemşire ile sorumlu hemşire ve süpervisör hemşire arasından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 4.3.11).

5.TARTIŞMA

Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması amacı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen veriler bulgular bölümünde ele alınan ve aşağıda belirtilen 3 ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. HÇİİRÖÖ'nin Geçerliliğinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. HÇİİRÖÖ'nin Güvenilirliğinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Çİİ'ye ile İlgili Bilgi Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. HÇİİRÖÖ'nün Geçerliliğinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Geçerlilik; bir ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni uygun ve doğru ölçüp ölçmediği ya da başka değişkenlerden ne derece ayırarak ölçtüğüdür. Çalışmada HÇİİRÖÖ'nün geçerliliği; dil, kapsam ve yapı geçerliliği ile yapılmıştır (98).

5.1.1. Dil Geçerliliği

Belli bir kültürde, belli bir dilde geliştirilmiş olan ölçekler, o kültüre ve dile özgü özellikleri yansıtmaktadır. Bir ölçeğin dil geçerliliğini yapmak, sadece çeviri yapmak olarak anlaşılmamalıdır. Bir ölçeğin dil geçerliliği yapılırken, çeviri yapılan dili konuşan bireylerin normlarına uygun şekilde en uygun cümle yapısının, deyimlerin kullanılması, ayrıca kültüre tamamen yabancı olan maddelerin değiştirilmesi sadece dil çevirisinin değil, aynı zamanda ölçek uyarlamasının yapıldığını da göstermektedir (99,100).

Ölçek uyarlama çalışmalarında dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik süreç; 1. Ölçeğin her iki dili ve kültürü iyi bilen uzman tarafından uyarlama yapılacak olan dile çevirisinin yapılması, 2. Çevirisi yapılan ölçeğin, her iki dili bilen bağımsız, konu ile ilgili uzmanlar/eleştirmenler/çevirmenler tarafından gözden geçirilmesi ve sonrasında her iki dili çok iyi konuşan ve yazan bir çevirmen tarafından geri çevirisinin yapılmasını içerir. Anlam bütünlüğü açısından orjinal ölçek ile geri çevirisi yapılan ölçekteki maddeler incelenir (99,101).

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nün literatüre uygun olarak dil çevirileri yapılmış olup dil eşdeğerliliği sağlanmıştır. Çevirileri yapılan ölçeğin kültürel eşitliği sağladığı görülmüştür.

5.1.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği; bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekte yer alan her bir maddenin ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçemediğini belirleme amacını içermektedir (102).

Kapsam geçerliliği için kullanılması en sık önerilen yöntem “uzman görüşü” almaktır. Bu yöntemde çevrilen ölçeğin dil uygunluğu, açıklığı ve anlaşılabilirliği uzmanlar tarafından değerlendirilir. Araştırmacı kendi bilim alanındaki uzmanların görüşüne başvurabilir. Uzman sayısının 3 ile 20 arasında olması önerilmektedir (100,103).

Bir ölçeğin kapsam geçerliliğini ölçmede kullanılan yöntemlerden biri de Davis yöntemidir. Davis yöntemine göre; uzmanlardan gelen yanıtlarda her bir maddenin “Oldukça uygun/uygun ancak ufak değişiklik gerekli” ve “Son derece uygun/aynı şekilde kalabilir” ifadelerinin toplamı, hesaplanan KGO değerinin en az %80 bulunması kapsam geçerliliğinin iyi olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (104).

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nün uzmanlar tarafından değerlendirme sonuçlarına göre, ölçek maddelerinin KGO değerleri 0.80 ve üzeri olduğu belirlenmiş ve bütün maddelerin gerekli olduğu düşünülerek ölçekten madde çıkarılmamıştır (Tablo 4.1.2.1). Bunun sonucunda HÇİİRÖÖ'nün ifadelerinin kültürümüze uygun olduğu ve ölçülmek istenen alanı ölçtüğü söylenebilir.

5.1.2. Yapı Geçerliliği

Bir ölçüm aracının ölçülmek istenen soyut kavramı ya da davranışı ne derece doğru ölçtüğünü belirlemek için ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilir (96).

Yapı geçerliliği; ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü ve ölçülmeye çalışılan teorik psiko sosyal yapı ile ne kadar korelasyon gösterdiği ile ilgilidir. Başka bir ifade ile, uyarlanan ölçeğin hem ölçtüğü özelliklerin neler olduğunu, hem de ölçeğin uygulandığı kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğinin araştırılmasıdır. “Bu ölçek ölçmeye çalışılan olgu/olayı ne kadar ölçüyor?” sorusuna yanıt aranmasıdır. Yapı geçerliliği için daha sıklıkla, temelde birbiri ile ilişkili değişkenleri belli bir grupta toplayan Faktör Analizi Yöntemi kullanılır (98,100,105)

Bu çalışmada yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

5.1.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Araştırmacının ölçtüğü faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, değişkenlerden hareketle faktör bulmaya ve bu faktörlerin yapısı hakkında bir bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türlerine açıklayıcı faktör analizi denir. Açıklayıcı faktör analizi, değişken sayısını düşürmek ve aralarındaki ilişkiden faydalanarak yeni yapılar ortaya koymak amacıyla yapılır (106,107).

Bir ölçek uyarlamasında faktor analizinin yapılabilmesi için belirli büyüklükte örneklemin olması gerekmektedir. Literatürde, örneklem büyüklüğü için farklı önerilerde bulunmaktadır. En sık kullanılan 10 kuralı olup buna göre; ölçekte yer alan her bir madde için en az 10 katılımcı bulunması önerilmektedir. Daha az kullanılan 100 kuralına göre ise, madde başına 5 katılımcı olması veya en az 100 kişiye ulaşılması gerekmektedir. Diğer bir yöntem, Kaiser-Meyer-Olkin Testi olup, test sonucunun %50'den büyük olması durumunda faktor analizi yapılması önerilmektedir. Bununla birlikte literatürde örneklem sayısının 100'ün altında olmasının faktör analizi için yetersiz ve güvenilir olmadığı belirtilmektedir (105).

Bir değişkenin bir faktör grubunda yer alabilmesi için faktör yükünün en az %40, bazı araştırmacılara göre ise en az %30 olması gerekmektedir. Ancak faktör yükü %30 olan maddelerin ölçeğe alınabilmesi için örneklem büyüklüğünün en az 350; %40 faktör yükü için en az 200; %50 faktör yükü için en az 120; %60 faktör yükü için en az 85 ve %70 faktör yükü için en az 60 kişilik bir örneklem grubunun yeterli olacağı açıklanmıştır (105).

Faktör analizinden önce örneklem yeterliliği ve faktör analizine uygunluğu değerlendirmek amacıyla KMO ve verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Bartlett's Testi yapılmıştır. Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği için KMO değeri 0.860 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's Testi sonuçları da ($\chi^2 = 12687.405$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği için KMO değeri 0.916 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde

Bartlett's Testi sonuçları da ($\chi^2 = 11007.327$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin Çİİ'yi raporlama sonuç beklentisi ölçeği için KMO değeri ise 0.860 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's Testi sonuçları da ($\chi^2 = 4142.667$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.1.3.1.1)

Maddelerin alt boyutlardaki temel bileşenler analizinde, şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü maddelerinin **öncelik** alt boyutunun faktör yükleri 0.705 ile 0.783 arasında değiştiği, **meslektaş desteği** alt boyutunun faktör yükleri 0.709 ile 0.797 arasında değiştiği ve **güven** alt boyutunun faktör yükleri 0.830 ile 0.849 arasında değiştiği görüldü (Tablo 4.1.3.1.2). Bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü maddelerinin **öncelik** alt boyutunun faktör yükleri 0.654 ile 0.781 arasında değiştiği, **meslektaş desteği** alt boyutunun faktör yükleri 0.753 ile 0.796 arasında değiştiği ve **güven** alt boyutunun faktör yükleri 0.827 ile 0.850 arasında değiştiği görüldü (Tablo 4.1.3.1.3). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin **çocuk yararı** alt boyutu faktör yükleri 0.563 ile 0.924 arasında değiştiği, **aile yararı** alt boyutu faktör yükleri 0.588 ile 0.894 arasında değiştiği ve **hizmete olan güven** alt boyutu faktör yükleri 0.628 ile 0.948 arasında değiştiği görüldü (Tablo 4.1.3.1.4).

Sonuç olarak yapılan bu çalışmada, HÇİİRÖÖ için yeterli düzeyde toplam varyans elde edilmiştir. HÇİİRÖÖ maddelerinin alt boyutlarındaki temel bileşenler analizinde faktör yük değerleri orta ve yüksek seviyede bulunmuştur. Analizler sonucunda HÇİİRÖÖ'nün yapı geçerliliğinin uygun olduğu ortaya konulmuştur.

5.1.2.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçek uyarlamalarında daha çok, ölçeğin orijinal halindeki faktör yapısının model uyumunu incelediği için, DFA kullanımı önerilmektedir. DFA, faktör analizi üzerine kurulu hipotezlerin test edilmesi için geliştirilen bir yöntemdir. Bu yöntemle faktörler arasında yeterli düzeyde ilişki olup olmadığı, hangi maddelerin hangi faktörlerle ilişkili olduğu, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığı ve faktörlerin modeli yeterince açıklayıp açıklamadığı belirlenir (101, 108-110).

Yapı geçerliliğinde DFA ile birlikte genel olarak ölçeğin değerlendirilmesi için geliştirilmiş “*uyum iyiliği ölçütleri*” olarak adlandırılan pek çok uyum iyiliği ölçütleri

bulunmaktadır. Bununla birlikte en iyi sonucu veren kesin kabul görmüş bir test ve ya ölçüt bulunmamaktadır. Bu nedenle yapı geçerliliğinde en az 3 adet uyum iyiliği testinin kullanılması önerilmektedir (109-111).

Çalışmada sık kullanılan uyum iyiliği testlerinden olan RMSEA, CFI, NFI, GFI, AGFI, X^2 ve X^2/SD kullanılmıştır.

RMSEA, modelden tahmin edilen kovaryans matrisin, örnekten elde edilen kovaryans matrise uygunluk düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Bu ölçütünün en büyük avantajı, diğer pek çok uyum ölçütünden farklı olarak model değerlendirilmesinde modelin karmaşıklığından etkilenmemesidir. RMSEA'nın "0" değerine yaklaşması modelin uyum düzeyinin arttığı göstermektedir. RMSEA testinde 0,05'in altındaki değerler iyi uyumu, 0.08 ile 0.10 arasındaki değerler orta düzeyde uyumu 0.08'in altındaki değerler kabul edilebilir uyumu gösterir. Değerin 0.10'un üzerinde olması kabul edilemez uyumu belirtmektedir (109-111).

CFI, özelleştirilen modele ilişkin uyum fonksiyonunu, temel alınan başka bir modelden elde edilen uyum fonksiyonuyla karşılaştırmaktadır. Bazı uyum iyiliği testleri ile karşılaştırıldığında örneklem büyüklüğünden daha az etkilenmektedir. CFI için 0.95 ile 1 arasındaki değerler mükemmel uyum ölçütleri olarak değerlendirilirken, 0.90 ile 0.95 arasındaki değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu açıklanmaktadır (109-112).

NFI, CFI' ya alternatif indeks olarak geliştirilmiş fakat CFI'nın karşılaştırdığı modeller gibi karşılaştırma yapmaktadır. Ki-kare dağılımının ihtiyaç duymuş olduğu tahminlere uyma zorunluluğu olmadan modeller arasında karşılaştırma yapmaktadır. 0-1 arasında değer almaktadır. Değerler 0.90-0.95 arasında yer alıyorsa bu değerlerin kabul edilebilir uyum gösterdiği belirtilmektedir. 0.95 arasında değer gösteriyor ise mükemmel uyum gösterdiği ifade edilmektedir (113).

GFI, uyum iyiliği indeksi anlamına gelir. Modelin örneklemdaki kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü gösterir. GFI değeri 0 ile 1 arasında değişir. GFI'nın 0.90 'ı aşması iyi bir model göstergesi olarak değerlendirilir (114).

AGFI, GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini gidermek amacıyla kullanılan bir indekstir. Değeri 0-1 arasında değişir ve 0.90'ın üzerinde olması gerekir (114).

χ^2 değeri, ki-kare istatistiği evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin uyumuna bakar ve matrisler arasında fark olduğu anlamına geldiği için test sonucunun anlamlı çıkması istenmeyen bir sonuçtur, yani χ^2 testinin anlamsız çıkması gerekir (114).

χ^2 /sd değeri, ki-kare istatistiği örneklem büyüklüğünden çok çabuk etkilendiği için örneklemden daha az etkilenen χ^2 /sd oranı bunun yerine kullanılabilir bir ölçüttür. χ^2 değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen bu değer iki veya altında olmalıdır. Beş ve daha az ise kabul edilebilir bir değerdir (114).

Yapı geçerliği için, orijinal dili İngilizce olan ve geçerlik ve güvenilirliği yapılmış testte kullanılan alt boyutlar (faktörler) olan şüpheli vakalar için “öncelik”, şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”, şüpheli vakalar için “güven”, bilinen vakalar için “öncelik”, bilinen vakalar için “meslektaş desteği”, bilinen vakalar için “güven”, “çocuk yararı”, “aile yararı” ve “hizmete olan güven” olmak üzere toplam 9 alt boyut baz alınmıştır.

Araştırmada 308 hemşirenin yanıtları kullanılarak yapılan 9 faktörlü DFA sonucunda, tüm maddelerin önceden belirlenen faktörlere 0,40’ın üzerinde faktör yükleri ile yüklendikleri belirlenmiş, ölçekten madde çıkarılmamış ve ölçek 44 madde üzerinden değerlendirilmiştir. Şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin faktör yükleri 0.997 ile 0.910 arasında değiştiği, bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütü ölçeğinin faktör yükleri 0.998 ile 0.930 arasında değiştiği, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin faktör yükleri 0.705 ile 0.937 arasında değiştiği görüldü. RMSEA 0.074, CFI 0.908, NFI 0.927, GFI 0.906, AGFI 0.889, X^2 3864.26 ve X^2/SD 4.771 olarak saptanmıştır. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir (Tablo 4.1.3.2.4). Kullanılan uyum iyiliği istatistiği değerleri sonucunda modelin bu hali ile kabul edilebilir ve RMSE değerinin 0,08’den küçük olması ölçek için belirlenen 9 boyutlu yapının Türkçe için geçerli olduğunu göstermektedir. Bu sonuç orijinal ölçek yapısıyla uyumlu olarak yorumlanmıştır (Tablo 4.1.3.2.1; Tablo Tablo 4.1.3.2.2; Tablo Tablo 4.1.3.2.3; Tablo 4.1.3.2.4).

Pei-Yu ve ark (3) orijinal ölçeğin geliştirilmesinde geçerlik aşamasında içerik geçerliliği, test-tekrar test ve yapı geçerliliği kullanılmıştır. Kapsam geçerliliğinde uzman görüşüne başvurulup Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) hesaplanmıştır. Maddelerin bulunan KGI değerleri 0.88-0.96 arasında değişmektedir. Test-tekrar test güvenilirliği

kullanılmış ve Pearson Korelasyonu ile ölçeğin zaman içindeki değişmezliği belirlenmiştir. Pearson korelasyon katsayısı 0.83 bulunmuştur. Yapı geçerliliğinde DFA kullanılmıştır ve DFA yönteminin uyumun iyiliği ölçütleri olarak AGFI, GFI, RMSEA ve NFI kullanılmıştır. Şüpheli ve bilinen vakalar etkinlik beklentisi ölçütü ölçekleri için ayrı ayrı uyum iyiliği hesaplanmıştır. Her iki bölüm için AGFI (0.941 ve 0.981), GFI (0.978 ve 0.993), RMSEA (0.063 ve 0.001), NFI (0.987 ve 0.995) olarak bulunmuştur ve Pei-Yu ve ark tarafından yapı geçerliliği yapılmıştır.

5.2. HÇİİRÖÖ'nin Güvenilirliğinin İncelenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenilirlik, bir ölçme aracının benzer koşullarda ve farklı zamanlarda yapılan ölçümlerde aynı/benzer sonucu vermesidir. Ölçme aracından elde edilen ölçüm değerleri arasındaki kararlılığına ve tutarlılığına o aracın güvenilirliği denmektedir (98).

Bir ölçeğin güvenilirliğinden söz edildiğinde o ölçüm aracının stabilliği, eşdeğerliliği ve homojenliği akla gelmelidir. Uygulayıcılar arası güvenilirlik ve test/tekrar test uygulaması testin stabilliğini, güvenilirlik açısından paralel formlar ve uygulayıcılar arası güvenilirlik testin eşdeğerliliğini, yarıya bölme, Kuder-Richardson ve Cronbach α gibi ölçümler ise homojenliğini belirlemektedir (98).

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nün güvenilirliğini belirlemede Cronbach α ve testin iki yarıya bölünmesi yöntemi kullanılmıştır.

5.2.2. İç Tutarlılığın İncelenmesi

Bir testte yer alan tüm maddelerin birbirleriyle ne derece tutarlı olduğunu belirlemek için kullanılır. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için, ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekmektedir. Aynı özelliği ölçen maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır (100).

HÇİİRÖÖ'nün güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı ve homojenliği ölçmek için likert tipi ölçeklerde kullanımı uygun bir yöntem olan Cronbach α katsayısı ile Madde Toplam Puan Korelasyonu kullanılmıştır.

İç tutarlılık güvenilirliğinin belirlenmesi; Cronbach α değerinin hesaplanması, madde-toplam puan korelasyon analizi, maddeler arası korelasyon analizi, iki şıklı değerlere ait korelasyon analizi gibi farklı hesaplama ve istatistiksel yöntemlerle yapılabilmektedir. Cronbach α değerinin hesaplanması, iç tutarlılığı ölçmek amacıyla sıkça kullanılan yöntemlerden biri olup, maddeleri sürekli değişken değerler alan ölçekler için kullanılmaktadır. Madde-toplam puan korelasyon analizinde ise madde-toplam puan korelasyon katsayılarının ortalaması hesaplanarak ölçüm aracının güvenilirliği belirlenmektedir (115).

Geliştirilen bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğinin sınanması için Cronbach α iç tutarlılık katsayısı (r) ile hesaplanmaktadır. Cronbach α , arka planda yatan gizli kavramsal yapıdaki değişkenlik hakkında bilgi veren, matematiksel hesaplamalara dayanan güvenilirlik indeksi değeridir ve maddelerin birbiri ile tutarlı olup olmadığını ve maddelerin varsayımsal bir değişkeni ölçüp ölçmediğini belirlemektedir. Bu nedenle, ölçeğin kullanıldığı her bir farklı örneklem için yeniden hesaplanması gerekmektedir (105).

α değeri tek boyutlu ölçekler için iyi bir güvenilirlik katsayısı iken, çok boyutlu ölçekler için, her bir faktör bazında α katsayısı ile birlikte test-tekrar test veya paralel formlar güvenilirlik yöntemlerinden biri ile birlikte uygulanması önerilmektedir (105).

Ölçeğin α katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini sınanan maddelerden oluştuğu kabul edilmektedir (115).

Çalışmada HÇİRÖÖ'nün toplam ölçek Cronbach α değeri 0.98 olarak bulunmuştur. Ölçek bölümlerinin Cronbach α değerleri; Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi 0.98, Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi 0.98 ve Çİİ raporlamının sonuç beklentisi ise 0.94 olarak belirlenmiştir. HİİÖÖ'nün 9 alt boyutunun Cronbach α değerlerinin 0.87 ile 0.99 arasında değiştiği görülmüştür (Tablo 4.2.1.1).

Pei-Yu ve ark (3)'ün ölçeğin orijinalinde toplam ölçek için elde edilen Cronbach α değerini 0.92 olarak açıklamışlardır. Ölçek alt boyutlarının Cronbach α değerlerinin 0.91-0.94 arasında bulunduğu belirtilmiştir.

Literatür incelendiğinde Cronbach α katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan kriterler;

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirirdir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir”

şeklinde değerlendirilmektedir (117).

Her iki çalışmada da Cronbach α değerlerinin hem birbirine yakın hem de yüksek değerlerde olduğunu, bunun sonucunda da ölçeğin homojenliğinin yeterli düzeyde bulunduğuna işaret etmektedir. Ayrıca ölçeğin kültürümüzde kullanımının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin madde-toplam puan korelasyon katsayılarının $r=0.387$ ile 0.913 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.1.2).

Madde toplam korelasyonunun yorumlanmasına yönelik olarak literatürde farklı görüşler olmakla birlikte bu katsayının 0.30 'un üzerinde olması gerektiği belirtilmekte ve bu değer altındaki maddelerin düşük korelasyon gösteren maddeler olarak değerlendirilip, ölçme aracından çıkarılması önerilmektedir (118).

Çalışmada bu sonuca göre HÇİİRÖÖ'den herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

5.2.2 Testin İki Yarıya Bölünmesi Yönteminin İncelenmesi

Ölçeğin güvenilirlik hesaplamaları için kullanılan diğer bir test, testin iki yarıya bölünmesi yöntemidir. Bu yöntemin özellikle uygulaması uzun olan testlerde ve motivasyon, yorgunluk ya da zaman içerisinde performansı etkileyebilecek diğer psikolojik etkenler gibi konularda kullanılması önerilmektedir (119). Çalışmada sorular birbirine çok benzediği ve hemşirelerin tekrar testte soruları hatırlama olasılığı yüksek olduğu için testin iki yarıya bölünme yöntemi uygulanmıştır.

Yöntem, ölçeği rastgele olarak iki eş parçaya bölüp, bu bölünen maddeler arasındaki ilişki üzerinden korelasyon güvenilirlik tahminini hesaplamaktadır. Ölçeğin alt boyutları varsa her boyut kendi içinde bütün kabul edilerek uygulanabilir. Ölçeğin

tamamının güvenilirlik katsayısı için Spearman –Brown formülü uygulanır (120). Yarıya bölme yöntemi katsayısının yüksek olması ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu desteklemektedir.

Araştırmada literatürde en sık kullanıldığı bilinen Spearman-Brown katsayısı yöntemine başvuruldu. Bu yöntemde bölünen soruların toplam puanları arasındaki korelasyon (r) üzerinden $r_{sb}=2r/(1+r)$ formülü ile geçerlik katsayıları hesaplandı. Bu yöntemle hesaplanan değer 0,80 ve üzerinde olması istenmekte ve 1'e yaklaştıkça güvenilirliğe daha yüksek düzeyde sahip olduğu vurgulanmaktadır (121).

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nin bölümlerine ve 9 alt boyutuna ait Spearman-Brown katsayısı "1" değerine oldukça yakın, 0.839 ile 0.990 arasında bulundu. Guttman Split-Half değerinin ise 0.839-0.990 arasında olduğu gözlemlendi. Alt boyutlara ait Spearman-Brown Katsayısı'nın 0.80'in üzerinde olması ölçek maddelerinin ölçtükleri özellikler açısından ayırt edici olduğu ve ölçeği oluşturan maddelerin güvenilirliklerinin yüksek ve aynı amacı ölçmeye yönelik olduğu görüldü (Tablo 4.2.2.1).

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Çİİ'ye ile İlgili Bilgi Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada HÇİİRÖÖ'nün toplam puan ortalaması 292.49 ± 73.76 olarak bulundu. Ölçek maddelerinin en düşük puan ortalamasının 4.06 ± 2.55 , en yüksek puan ortalamasının ise 8.53 ± 1.73 olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1).

HÇİİRÖÖ'nin geçerlik güvenilirlik değerlendirmesini yapmak için ölçek, 308 hemşireye uygulandı. Konu ile ilgili daha önce yapılan araştırmalarda, yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve çalışılan birim gibi özelliklerin hemşirelerin öz-yeterliliklerinin üzerinde etkili olabileceği belirtilmiştir (3,4). Bu nedenle, bu araştırmada da veri toplanan örneklem grubunun bu açıdan profilini ortaya koymak amacıyla sosyo-demografik özellikleri incelenmiştir.

Çalışmaya alınan hemşirelerin, %60.1'nin (n=185) kadın, %59.7'sinin (n=184) evli ve %46.8'nin (n=144) lisans mezunu olduğu gözlemlendi. Hemşirelerin yarısından fazlasının (%54.2; n=167) çocuk kliniklerinde çalıştığı ve tamamına yakınının (%94.8; n=92) klinik hemşire olarak çalıştığı gözlemlendi (Tablo 4.3.2).

Çalışmada hemşirelerin yaşlarının 18 ile 45 arasında değiştiği yaş ortalamasının 29.27 ± 5.47 yıl olduğu bulundu. Çalışma yılları açısından incelendiğinde en düşük bir yıldan az, en fazla 27 yıl çalıştıkları ve çalışma yılı ortalamasının 6.95 ± 4.50 yıl olduğu belirlendi. Çocuk sahibi olma açısından hiç çocuğu olmayan ile en fazla 4 çocuğu olan hemşireye rastlandı ve çocuk sayısı ortalaması 0.72 ± 0.99 olarak saptandı (Tablo 4.3.3).

Çalışmaya alınan hemşirelerin %84.1'inin (n=259) hemşirelik eğitimi boyunca Çİİ'ye yönelik bilgi almadığı, bilgi aldığını belirtenlerin sadece %57.1'inin bu bilginin yeterli olduğunu belirttiği gözlemlendi. Mezuniyet sonrası hemşirelerin %89.9'unun (n=308) Çİİ'ye yönelik bilgi almadığı, bilgi aldığını belirten sadece % 71.0'ının (n=31) bu bilginin yeterli olduğunu belirttiği gözlemlendi. Hemşirelerin %96.1'i (n=308) bilgi/eğitim alma isteği olduğunu ifade etti. Çalışma kapsamına alınan Çİİ ile karşılaştığında zorlanılan durumların öykü alma (%30.7; n=42), fiziksel muayene etme (%32.1; n=44) ve ilgili kuruma rapor etme/yasal süreci başlatma (%32.1; n=44) olduğu hemşireler tarafından açıklandı. Hemşirelerin %53.6'sı (n=165) kurumlarında Çİİ'ye yönelik prosedürün varlığı hakkında bilgisinin olmadığını belirttiği, belirtenlerin ise %55.7'sinin (n=79) var olan prosedürün yeterli olduğunu bildirdikleri görüldü. Hemşirelerin %73.92u (n=227) Çİİ bildirim yapabileceğini belirttiği, Çİİ bildirim yapmayacağını belirtenlerin ise, bunun nedeni olarak; %57.8 oranında (n=48) yasal süreçlere ait bilgisinin olmadığını, %15.8 oranında (n=13) ise sosyal servislerin konu ile ilgilenmeyeceğini düşündüğü için bildirim yapmak istemedikleri gözlemlendi. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin hemen hemen tamamı (%99.0; n=308) araştırma sonucunu öğrenmek istediğini belirtti (Tablo 4.3.4).

Çalışmada hemşirelerin rapor ettikleri fiziksel istismar rapor sayısı 0 ile 5 arasında değiştiği ve fiziksel istismar rapor ortalamasının 0.14 ± 0.62 olduğu bulundu. Cinsel istismar rapor sayısı incelendiğinde 0 ile 5 arasında değiştiği ve cinsel istismar rapor sayısı ortalamasının 0.14 ± 0.60 olduğu belirlendi. Duygusal istismar rapor sayısı incelendiğinde 0 ile 3 arasında değiştiği ve duygusal istismar rapor sayısı ortalamasının 0.03 ± 0.26 olduğu saptandı. İhmal rapor sayısı incelendiğinde 0 ile 5 arasında değiştiği ve ihmal rapor sayısı ortalamasının 0.09 ± 0.52 olduğu belirlendi (Tablo 4.3.5).

Korelasyon analizi iki değişken arasında bir ilişkinin olup olmadığını ve yönünü belirlemek için korelasyon katsayısına bakılır. Korelasyon katsayısı küçük "r" ile gösterilir. Korelasyon katsayısı 0 ile +1 arasında ise pozitif yönlü, 0 ile -1 arasında ise negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Korelasyon analizi sonucunda elde edilen r değerinin

0.00 ile 0.30 arasında olmasının düşük bir ilişkiye işaret ettiği, 0.31 ile 0.70 arasındaki değerlerin orta düzeyde bir ilişkiye işaret ettiği ve 0.70 ile 1.0 arasında ki değerlerin yüksek düzeyde bir ilişkiye işaret etmektedir (118).

Tablo 4.3.6. incelendiğinde hemşirelerin yaş değişkeni ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çalışma yılı ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çocuk sayısı değişkeni ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel istismar rapor sayısı ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar rapor sayısı ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar rapor sayısı ile şüpheli vakalar için “*öncelik*” alt boyutu puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır ve duygusal istismar rapor sayısı ile şüpheli vakalar için “*güven*”, şüpheli vakalar için “*meslektaş desteği*” alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İhmal rapor sayısı ile Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.3.6).

Tablo 4.3.6 incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalamaları, çocuk sayısı, fiziksel istismar rapor sayısı ve cinsel istismar rapor sayısı arttıkça şüpheli vakaları raporlama niyetleri azalır. Çalışma yılı, ihmal rapor sayısı arttıkça şüpheli vakaları raporlama niyetleri artar. Duygusal istismar rapor sayısı arttıkça şüpheli vakalar için “*güven*”, şüpheli vakalar için “*meslektaş desteği*” alt boyutlarında raporlama niyetleri artar.

Tablo 4.3.7. incelendiğinde hemşirelerin yaş değişkeni ile bilinen vakalar için “*öncelik*” puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş değişkeni ile bilinen vakalar için “*meslektaş desteği*” ve bilinen vakalar için “*güven*” alt boyutları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çalışma yılı ile bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çocuk sayısı ile bilinen vakalar için “*öncelik*” alt boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çocuk sayısı ile bilinen vakalar için “*meslektaş desteği*” ile bilinen vakalar için “*güven*” alt boyutları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel istismar rapor sayısı ile bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında negatif yönlü

ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar rapor sayısı ile bilinen vakalar için “*öncelik*”, bilinen vakalar için “*meslektaş desteği*” alt boyutları arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar rapor sayısı ile bilinen vakalar için “*güven*” alt boyutu puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar rapor sayısı ile bilinen vakalar için “*öncelik*” puanı bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal istismar rapor sayısı ile bilinen vakalar için “*meslektaş desteği*” ile bilinen vakalar için “*güven*” alt boyutları puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. İhmal rapor sayısı ile bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.3.7).

Tablo 4.3.7 incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalamaları, çocuk sayısı arttıkça “*öncelik*” alt boyutu raporlama niyeti artar. Çalışma yılı arttıkça bilinen vakaları raporlama niyetleri artar. Duygusal istismar rapor sayısı arttıkça meslektaş desteği, güven alt boyutu raporlama niyeti artar. İhmal rapor sayısı arttıkça hemşirelerin raporlama niyeti artar. Cinsel istismar rapor sayısı arttıkça güven alt boyutu raporlama niyeti azalır. Yaş ortalamaları, çocuk sayısı arttıkça “*meslektaş desteği*” ve “*güven*” alt boyutları raporlama niyeti azalır. Fiziksel istismar rapor sayısı arttıkça raporlama niyeti azalır. cinsel istismar rapor sayısı arttıkça “*öncelik*”, “*meslektaş desteği*” alt boyutları raporlama niyetleri azalır.

Tablo 4.3.8. incelendiğinde hemşirelerin yaş değişkeni ile çocuk yararı, hizmete olan güven alt boyutları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yaş değişkeni ile aile yararı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çalışma yılı ile çocuk yararı, hizmete olan güven alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çalışma yılı ile aile yararı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Çocuk sayısı ile sonuç beklentisi ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel istismar rapor sayısı ile çocuk yararı, aile yararı alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel istismar rapor sayısı ile hizmete olan güven arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar rapor sayısı ile çocuk yararı, aile yararı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar rapor sayısı ile hizmete olan güven arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar rapor sayısı ile çocuk yararı bir ilişki bulunmamıştır. Duygusal istismar rapor sayısı ile aile yararı, hizmete olan güven alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki

bulunmuştur. İhmal rapor sayısı ile sonuç beklentisi ölçeği alt boyutları arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.3.8).

Tablo 4.3.8. incelendiğinde hemşirelerin yaş ortalamaları arttıkça aile yararı alt boyutu raporlama niyeti artar. Çalışma yılı arttıkça çocuk yararı, hizmete olan güven alt boyutları raporlama niyetleri artar. çocuk sayısı arttıkça hemşirelerin raporlama niyeti artar. Fiziksel istismar rapor sayısı arttıkça çocuk yararı, aile yararı alt boyutları raporlama niyeti artar. Cinsel istismar rapor sayısı arttıkça çocuk yararı, aile yararı alt boyutları raporlama niyeti artar. duygusal istismar rapor sayısı arttıkça aile yararı, hizmete olan güven alt boyutları raporlama niyetleri artar. İhmal rapor sayısı arttıkça hemşirelerin raporlama niyetleri artar. Çalışma yılı arttıkça aile yararı alt boyutu raporlama niyetleri azalır. Fiziksel istismar rapor sayısı arttıkça hizmete olan güven alt boyutu raporlama niyetleri azalır. Cinsel istismar rapor sayısı arttıkça hizmete olan güven alt boyutu raporlama niyetleri azalır.

Hemşirelerin cinsiyet değişkeni ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi, bilinen vakalar için etkinlik beklentisi, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.9; Tablo 4.3.10; Tablo 4.3.11).

Medeni durum ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi, bilinen vakalar için etkinlik beklentisi, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,01$). Her üç ölçekte de evli olanların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.9; Tablo 4.3.10; Tablo 4.3.11).

Eğitim durumu ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi, bilinen vakalar için etkinlik beklentisi, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,01$). Hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça puanlama ortalamaları artmakta olduğu saptandı (Tablo 4.3.9; Tablo 4.3.10; Tablo 4.3.11).

Çalışma pozisyonu ile şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi, bilinen vakalar için etkinlik beklentisi, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,01$).

Hemşirelerin çalıştıkları pozisyon düzeyi yükseldikçe raporlama puan ortalamaları arttığı gözlemlendi (Tablo 4.3.9; Tablo 4.3.10; Tablo 4.3.11).

Genel olarak ölçeklere bakıldığında şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeğinin **şüpheli vakalar için “öncelik”**, **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** ve **şüpheli vakalar için “güven”** alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında **şüpheli vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu en yüksek puan ortalaması aldığı ve **şüpheli vakalar için “öncelik”** alt boyutunda en düşük puan ortalaması aldığı gözlemlendi.

Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçeğinin **bilinen vakalar için “öncelik”**, **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** ve **bilinen vakalar için “güven”** alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında **bilinen vakalar için “meslektaş desteği”** alt boyutu en yüksek puan ortalaması aldığı ve **bilinen vakalar için “öncelik”** alt boyutunda en düşük puan ortalaması aldığı gözlemlendi.

Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği ile bilinen vakalar için etkinlik beklentisi ölçeği karşılaştırıldığında bilinen vakaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütü ölçeğinin **çocuk yararı**, **aile yararı** ve **hizmete olan güven** alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında **çocuk yararı** alt boyutu en yüksek puan ortalaması aldığı ve **hizmete olan güven** alt boyutu ise en düşük puan ortalaması aldığı saptandı.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

HÇİİRÖÖ'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

Araştırmaya katılım gösteren hemşirelerin (n=308), demografik özelliklerine bakıldığında büyük çoğunluğu (%60.1) kadın olup, yaş ortalaması 29.27'dir. Hemşirelerin %59.7'si evli, hemşirelerin %46.8'i lisans mezunu, hemşirelerin %84.1'i öğrenim hayatları boyunca bir eğitim almamışlar ve ayrıca %89.9'u öğrenim hayatı sonrası eğitim almamışlar ama hemşirelerin eğitim alma isteği %96.1'dir.

Hemşireler çocuk istismarıyla karşılaşınca zorlanılan aşamalarda %32.1'i fiziksel muayene etmede ve %32.1'i yasal sürecin işleyişinden zorlanmışlardır. Hemşirelerin %73.9'u bildirim yapacaklarını ve bunun geriye kalanı bildirim yapmayanların ise neden bildirim yapmadıkları sorulduğunda %57.8'i yasal süreçlere ait bilgileri olmadığı için bildirim yapmaktan çekindikleri ortaya çıkmıştır.

Ölçeğin geçerlilik analizleri için;

HÇİİRÖÖ'nin çeviri-geri çeviri yöntemi ile dil geçerliliği analiz edilmiş ve kapsam geçerliliği değerlendirmesi için alınan uzman görüşlerine göre ölçek maddelerinin KGO 0.8-1.0 arasında çıkmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için yapılan AFA ve DFA sonucunda ölçeğin uyum istatistik değerlerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Uyum iyiliği ölçütlerinden RMSEA 0.074, CFI 0.908, NFI 0.927, GFI 0.906, AGFI 0.889, X^2 3864.26 ve X^2/SD 4.771 olarak bulunmuştur. Kullanılan uyum iyiliği ölçütlerinde RMSEA değerinin 0,08'den küçük olması ölçek için belirlenen 9 boyutlu yapının Türkçe için geçerli olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Güvenilirlik Analizleri İçin;

HÇİİRÖÖ'nin Cronbach α katsayısının şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi için 0.986, bilinen vakalar için etkinlik beklentisi için 0.988, Çİİ raporlamının sonuç beklentisi için 0.945 olduğu ve bu değerlerin iç tutarlılık için oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0.387-0.913 arasında değiştiği ve bu nedenle ölçekten madde atılmasına gerek olmadığı bulunmuştur.

HÇİİRÖÖ'nin güvenilirlik analizinde testi iki yarıya bölme yöntemi için çalışmada en sık kullandığı bilinen Spearman-Brown yöntemine başvurulmuştur. Çalışmamızda alt faktörlere ait bu değerlerin hepsi 0,80'in üzerinde çıkmıştır ve ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilmektedir.

Sonuç olarak, HÇİİRÖÖ'nin; kapsam/içerik geçerliliği, yapı geçerliliği, Cronbach α iç tutarlılığı ile testi iki yarıya bölme yöntemi ile güvenilirliği sağlanarak, Türkiye'deki hemşirelerin Çİİ vakalarıyla karşılaştıklarında raporlama öz-yeterliliklerini ölçmede kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir.

6.2. Öneriler

HÇİİRÖÖ'nin Türk dilinde geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda, ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre ölçeğin;

- Hemşirelerin Çİİ raporlama öz-yeterliliklerinin ölçülmesinde veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Türkçe'ye uyarlanarak geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenen ölçeğin daha geniş ve farklı örneklem gruplarında geçerlilik ve güvenilirliğinin tekrarlanması,
- Hemşirelerin öz-yeterliliğini değerlendirmek ve Çİİ vakalarında raporlama davranışlarını geliştirmek için eğitim programları aracılığıyla kullanılması,
- HÇİİRÖÖ'nin faktör yapısının farklı mesleklerde (doktor, öğretmen, sosyal hizmet vb.) sabit olup olmadığını ölçmek için gelecekteki çalışmalarda, Çİİ raporlamada öz-yeterliliklerini değerlendirmek için kullanılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Bakır E., Kapucu S. (2017). Çocuk ihmali ve istismarının Türkiye’de yapılan araştırmalara yansması: bir literatür taraması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 4(2): 13–24.
- 2) Polat O. (2018). *Türkiye’de çocuk istismarı raporu-2*. İstanbul: Asume&İmdat.
- 3) Lee P. (2008). Child abuse and neglect reporting among nurses in taiwan: Professional knowledge, perceptions, attitudes and self-efficacy. Felsefe Programı Doktora Tezi, Queensland Üniversitesi ,Avustralya,
- 4) Lee P-Y., P-Dunne M., Chou F-H., A Fraser J. (2012). Development of the child abuse and neglect reporting self-efficacy questionnaire for nurses. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* , 28(1): 44-53.
- 5) Erküt Z., Balcı S., Yıldız S. (2017). Tarihsel süreç içinde çocuk. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*. 1: 17-28.
- 6) Çocuk Hakları Sözleşmesi, 2014.
https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf [15/02/2019].
- 7) Acehan S., Bilen A., Ay M.O., Gülen M., Avcı A., İçme F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 22 (4): 591-614.
- 8) Kara B., Biçer Ü., Gökalp A. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 47(2): 140-151.
- 9) Onur B. (2005). *Anılardaki aşklar çocukluğun ve gençliğin psikoseksüel tarihi*. İstanbul: Kitap Yayınları.
- 10) Polat O. (2005). *Çocuk hakları nedir?*. İstanbul: Analiz Yayınları. 5-39.
- 11) Dereobalı N., Karadağ S. Ç., Sönmez S. (2013). Okulöncesi eğitim öğretmenlerinin çocuk istismarı, ihmali, şiddet ve eğitimcilerin rolü konusundaki görüşleri. *Ege Eğitim Dergisi*. 1 (14): 50-66.
- 12) Aşıröz M. (2006). Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2 (50): 39-48.
- 13) Doğrucan A., Yıldırım Z. (2011). Yazılı basında çocuk istismarı haberlerinin incelenmesi: (cumhuriyet, hürriyet, posta, sabah, yeni şafak ve zaman gazeteleri örneğinde). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.4(2): 176-194.
- 14) İşmen E. (2004). Aile içi çocuk istismarı ölçek geliştirme çalışması. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1: 207-221.

- 15) Kar H., Dokgöz H. (2017). Çocukta fiziksel istismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 3(3): 175-180.
- 16) Küpeli S., Kanbur N., Derman O.(2003). Çocuk istismarı: Bir olgu sunumu. *Sürekli Tıp Dergisi*. 12(4): 129-130.
- 17) Pelencioğlu B., Bulut S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abbant İzzet Bysal Üniversite Dergisi*. 9(1): 49-60.
- 18) Polat O. (1997). *Çocuk hakları raporu*. ÇİKORED Yayınları.
- 19) Yiğit R. (2005). Çocukların cinsel istismarı ve ensest. *Anadolu Hemşireelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(3): 90-100.
- 20) Bulut S. (2007). Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. *Türk Psikoloji Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3(28): 139-150.
- 21) Haugaard J.J. (2000). Çocukların cinsel istismarı tanımlama zorluğu. *Amerikan Psikologları*. 55: 1036-1039
- 22) Kaytez N., Yücelyiğit S., Kadan G. (2018). Çocuğa yönelik istismar ve çözüm önerileri. *Eurasian Journal of Health Sciences*. 1(1): 18-24.
- 23) Bilican V. (2018). Cinsel istismar ve çocuk (sivas ili örneği). *The Journal of Academic Social Science Studies*. Spring II(66): 425-432.
- 24) Alpaslan A.H. (2014). Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 15(2): 194-201.
- 25) Tıraşçı Y., Gören S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*. 34(1): 70-74.
- 26) UNICEF, *Adli tip kurumu. çocuk istismari ve ihmali uygulama kitabı kullanım kılavuzu*. İstanbul: Özgün Ofset, 2002 ss.53-54
- 27) Bilgen F.G., Karasu F. (2017). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışları. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(13): 22-34.
- 28) Dinleyici M., Dağlı F.Ş. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 38(2): 18-27.
- 29) Korkmazlar O.Ü., Engin P., Büyükyazıcı Z. (2010). Türkiye' de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması/özet rapor. TNS Piar.
- 30) Örsel S., Karadağ H., Kahiloğulları A.K., Aktaş E.A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 12(2): 130-136.
- 31) Acehan S., Bilen A., Ay M.O., Gülen M., Avcı A., İçme F. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 22 (4): 591-614.

- 32) Polat O., İnanıcı M.A., Aksoy M.E. (1997). *Adli tıp ders kitabı*. İstanbul: Nobel Yayınevi, 315- 339.
- 33) Tuncer P. (2018). Avrupa birliği'nde çocuk istismarına genel bir bakış. *Journal of Institute of Economic Development and Social Resarches*. 4 (10): 418-439.
- 34) Can M., Tırtıl L., Dokgöz H. (2011). *Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu*. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2.baskı: 181-191. DÜZELT
- 35) Gölge Z.B., Hamzaoğlu N., Türk B. (2012). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*. 26(2): 86-96.
- 36) Polat O. (2016). Çocuk istismarına yönelik rapor. İstanbul: Asume&İmdat.
- 37) Dirican R. (2018). Tarihi süreçte çocukluk ve çocuk hakları. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*. 2 (2): 51-62.
- 38) Çocuğun Korunması, https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf [27/02/2019].
- 39) Büker, H. (2014). Çocuk ve Şiddet: Toplumsal şiddetin cenderesinde (Cilt 1). İstanbul: Samer Bilimsel Yayınlar Serisi.
- 40) Berkhan S. (2014). Türkiyede çocuğa karşı cinsel sömürü ve cinsel istismar. Uluslararası Çocuk Merkezi: 11-13.
- 41) Uğurlu Z. ,Gülşen İ. Çocuk hakları ve hukuk bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. *International Journal of Social and Educational Sciences*. 1(1):72-87.
- 42) Koca, M. (2012). Çocuk istismarında ihbar yükümlülüğü. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 3 (1): 113-128.
- 43) Kalichman S.C., Brosig C.I. (1993). Practicing psychologists' interpretations of and compliance with child abuse reporting laws. *Law and Human Behaviour*. 17(1): 83-93.
- 44) Beck K.A., Ogloff J.P. (1995). Child abuse reporting in British Columbia: Psychologists' knowledge of and compliance with the reporting law. *Professional psychology-Research & Practice*. 26(3): 245-251.
- 45) Pollak, J., Levy S. (1989). Countertransference and failure to report child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*. 13(4): 515-522.
- 46) Brosig C.L., Kalichman S.C. (1992). Clinician's reporting of suspected child abuse: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*. 12(2): 155-168.

- 47) Blakeley J., Ribeiro V. (1997). Community health and pediatric nurses' knowledge, attitude, and behaviours regarding child sexual abuse. *Public Health Nursing*. 14(6): 339-345.
- 48) Price J.H., Islarn R., Gruhler J. (2001). Public perceptions of child abuse and neglect in a mid-western urban community. *Journal of Community Health*. 26(4): 271-284.
- 49) Feng J.Y., Levine M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse and Neglect*. 29(7): 783-795.
- 50) İnceoğlu M. (2010). *Tutum, algı, iletişim*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınevi. 5. baskı.
- 51) Russell M., Lazenbatt A., Freeman R., Marcenes W. (2004). Child physical abuse: health professional's perceptions, diagnosis and responses. *British Journal of Community Nursing*. 9(8): 332-338.
- 52) Ko C.M., Koh C.K. (2007). The influence of abuse situation and respondent background characteristics o Korean nurses' perceptions of child sexual abuse: A fractional factorial design. *Intertional Journal of Nursing Studies*. 44(6): 1165-1176.
- 53) Levine M., Doueck H.J. (1995). *The Impact of mandated reporting on the therapeutic process: Picking up the pieces*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- 54) Abrahams N., Casey K., Daro D. (1992). Teachers' knowledge, attitude and beliefs about child abuse and its prevention. *Child Abuse and Neglect*. 16(2): 229-238.
- 55) Nayda, R. (2004). Registered nurses' communication about abuse children: rules, responsibilities and resistance. *Child Abuse Review*. 13(3): 188-199.
- 56) Zimbardo P.G., Ebbesen E.B., Maslach, C. (1977). *Influencing Attitudes and Changing Behavior*(2. baskı). Reading, MA: Addison Wesley.
- 57) Willianm, S.(1991). Factors with influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*. 16(6): 677-688.
- 58) Aikawa K., Ishii M., Shima, S. (2000). The importance of nursing in early identification of child abuse. *Journal of Japanese Acute-Care Nursing*. 2: 190-205.
- 59) Kenny M. C. (2001). Child abuse reporting: Teachers' perceived deterrents. *Child Abuse and Neglect: The Intertional Journal*.25(1): 81-92.

- 60) Kennel R.G., Agresti A.A. (1995). Effects of gender and age on psychologists' reporting of child sexual abuse. *Professional Psychology: Research and Practice*. 26(6): 612-615.
- 61) Hanson R., Resnick H., Suanders B., Kilpatrick D., Best C. (1999). Factors related to the reporting of childhood rape. *Child Abuse and Neglect*. 23(6): 559-569.
- 62) Snyder, J.C., Newberger E.H. (1986). Consensus and differences among hospital professionals in evaluating child maltreatment. *Violence Victims*. 1: 125-139.
- 63) Bandura, A. (1986). *Self-efficacy, Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- 64) Kalichman S.C., Graig M.E. (1991). Professional psychologists' decision to report suspected child abuse: Clinician and situation influences. *Professional psychology*. 22(1): 84-89.
- 65) Manojlovich, M. (2005). The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviours. *Journal of Nursing Administration*. 35(7/8): 366-374.
- 66) Badger, L.W. (1989). Reporting of child abuse: Influence of characteristics of physician, practice and community. *Southern Medical Journal*. 82(3): 281- 286.
- 67) O'Toole A.W., O'Toole R., Webster S.W., Lucal B. (1993). Nurses' recognition and reporting of child abuse: A factorial survey. *Deviant Behavior*. 14(4): 341-363.
- 68) Fagan, D. (1998). Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the A& E nurses. *Accident and Emergency Nursing*. 6(1): 30-35.
- 69) Lagerberg, D. (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*. 25(12): 1583- 1601.
- 70) Nayda, R.(2002). Influences on registered nurses' decision-marking in cases of suspected child abuse. *Child Abuse Review*. 11(3): 168-178.
- 71) Anonim. (2011) *Türk dil kurumu*. İhbar. Ankara. 11. Baskı: 1157-1706.
- 72) İhbar Yükümlülüğü. www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf [16/03/2019].
- 73) İhbar Yükümlülüğü. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-1.htm> [16/03/2019].
- 74) İhbar Yükümlülüğü. <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2009-80-478> [16/03/2019].
- 75) İhbar Yükümlülüğü. <http://www.turkhukuk sitesi.com/mevzuat.php?mid=5228> [16/03/2019].

- 76) İhbar Yükümlülüğü. <http://www.turkhukuksitesi.com/mevzuat.php?mid=5229>
[16/03/2019].
- 77) İhbar Yükümlülüğü. <https://www.turkhukuksitesi.com/mevzuat.php?mid=5205>
[16/03/2019].
- 78) İhbar Yükümlülüğü. <http://www.turkhukuksitesi.com/serh.php?did=1390>
[16/03/2019].
- 79) Yolga T.A, Avcı A, Çekin N. (2008). Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 9: 1-7.
- 80) İhbar Yükümlülüğü. www.tbmm.gov.tr [16/03/2019].
- 81) İhbar Yükümlülüğü. www.unicef.org [16/03/2019].
- 82) Erzurumlu Z., Gözen D. (23-25/10/2014). Çocuk istismarı ve ihmali konusunda hemşirenin rolü. I. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi. İstanbul.127.
- 83) Altınsu A. (2004). *Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 84) Kotaman H. (2008). Özyeterlilik inancı ve öğrenme performansının geliştirilmesine ilişkin yazın taraması. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 21 (1): 111-133.
- 85) Van de Laar K.E.W., Van der Bijl J.J. (2001). Strategies enhancing self efficacy in diabetes education: A review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*. 15(3): 223-245.
- 86) Johnson J.A. (1996). Self-efficacy theory as a framework for community pharmacy based diabetes education programs. *The Diabetes Educator*. 22: 237-241.
- 87) Shortridge-Baggett L.M., Van der Bijl J.J. (1996). International collaborative research on management self-efficacy in diabetes mellitus. *Journal of the New York State Nurse Association*. 27(3): 9-14.
- 88) Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84(2): 191-215.
- 89) Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: WH Freeman and Company.
- 90) Shortridge-Baggett L.M. (2001). Self-efficacy: management and intervention in nursing scholarly inquiry for nursing practice. *An International Journal*. 15(3): 183-188.

- 91) Maibach E., Murphy D.A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement. *Health Education Research Theory and Practice*. 10(1): 37-50.
- 92) Swanson J.L., Woitke M.B. (1997). Theory into practice in career assessment for women: assessment and interventions regarding perceived career barriers. *Journal of Career Assessment*. 5(4): 443-462.
- 93) Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*. 42(6):613-630.
- 94) Laschinger H.K.S., Shamian J. (1994). Staff nurses' and nurse managers' perception of job-related empowerment and managerial self-efficacy. *Journal of Nursing Administration*. 24(10): 38-47.
- 95) Manojlovich M. (2005). Promoting nurses' self-efficacy. *Journal of Nursing Administration*. 35(5): 271-278.
- 96) Esin MN. (2014). Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, (ed.). *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik*. İstanbul: Nobel Matbaacılık. 215-231.
- 97) Cirit C. (2015). *Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- 98) Aktürk Z., Acemoğlu H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*. 39 (2): 316-319.
- 99) 2 tez seba çalışma
- 100) Gözüm S., Aksayan S. (2003). Kültürel arası ölçek uyarlaması için rehber 2: psikometrik özellikler ve kültürelarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. Sayı 1: 1-14.
- 101) Seçer İ. (2015). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci spss ve lisrel uygulamaları*. Ankara: Anı Yayıncılık
- 102) Akşehirli S Y., Baykan Z. (2018). Tıp eğitimi araştırmalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 3(1): 7-33.
- 103) Sümbüloğlu V., Sümbüloğlu K. (2002). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Hatipoğlu Basım ve Yayın. 4. Baskı.

- 104) Çapık C., Gözüm S., Aksayan S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 26(3): 199-210.
- 105) Çam M O., Baysan A L.(2010). Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. Sayı 2: 59-71.
- 106) Açıklayıcı Faktör Analizi
<http://istatistiksel.blogspot.com/2012/04/faktor-analizi.html> (01.07.2019)
- 107) Şeker H., Gençdoğan B. (2006). *Psikolojide ve eğitimde ölçüm aracı geliştirme*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 21-23.
- 108) Yemez İ. (2016). Doğrulayıcı faktör analizi ile sosyal medya reklamlarına yönelik tutum ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi: Cumhuriyet Üniversitesi İİBF’de bir uygulama. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 17(2): 97-118.
- 109) Erkokmaz Ü., Etikan İ., Özdamar K., Demir O., Sanioglu Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 33(1): 210-223.
- 110) Karataş H., Öztürk C. (2011). Anne-baba izleme ölçeğinin psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. Sayı 12: 151-157.
- 111) Karakaş G S. (2014). *Yapısal eşitlik modellemesi: internet servis sağlayıcıları sektöründe müşteri sadakati üzerine bir uygulama*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İstanbul.
- 112) Alpay E., Bellur Z., Aydın A. (2018). Çocuklukta onaylamayan çevre ölçeği (çoçö) türkçe formu’nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Science*. Sayı 31: 40-49.
- 113) Evcı N., Aylar F. (2017). Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Sosyal Bilimler Dergisi*. Sayı: 10: 389-412.
- 114) Çapık C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17(3):196-205.
- 115) Bayık M E., Gürbüz S. (2016). Ölçek uyarlamada metodoloji sorunu: Yönetim ve örgüt alanında uyarlanan ölçekler üzerinden bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*. 3(1):1-20.

- 116) Yıldız D., Uzunsakal E. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi.Sayı 1*: 14-28.
- 117) zdamar K. (2004). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*.Eskişehir: Kaan Kitabevi. Genişletilmiş 5. Baskı: 661- 673.
- 118) evik H., Őimřek K Y. (2018). Kaynak kuramının boş zaman spor etkinliklerinde uygulanabilirliği: geçerlik ve güvenirlik alışması. *Journal of Human Sciences. 15(2)*: 970-983.
- 119) Aksoy S D., Dutucu N., zdilek R., Bektaş A H., Keçeci A. (2019). Gebelik stresi değerlendirme leği”nin türkçe’ye uyarlanması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 5(1)*: 10-14.
- 120) Karakoç F Y., Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası. Sayı 40*.
- 121) Korelasyon Katsayısı,
https://www.academia.edu/9850404/Regresyon_Korelasyon_ve_Fakt%C3%B6r_Analizi (01.07.2019)

EKLER

EK:1

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :71915440-804.01-E.1908150005

Tarih:15.08.2019

Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Sayın Seba BÜR DURGUN

Enstitü Yönetim Kurulunun 16.5.2018 tarih ve 2018/015 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayla YAVA
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
174101034 Seba BÜR DURGUN	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

Adres : Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP
Tel : +90 342 211 80 80
Fax : +90 342 211 80 81

İrtibat : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Web : www.hku.edu.tr
e-Posta : info@hku.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index?EvrakNo=E.1908150005&ErisimKodu=093a7aed>

EK:2

ETİK KURUL ONAY FORMU

**T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)**

06.06.2018

Sayın Seba BÜR

"...Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması..." konulu çalışmanız 06.06.2018 tarih ve 2018-05 nolu girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Rektör Yardımcısı
Etik Kurul Başkanı

EK:3

ETİK KURUL KARARI

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Karar No : 2018/05
Karar Tarihi : 06.06.2018

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu aşağıdaki kararları almıştır.

Melike BAYARÇELİK'in "...Günabirlik Cerrahi Girişim Geçiren Geriatrik Hastanın Perioperatif Bakım Algularının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Selver Dilan HALİGÜR'ün "...Laparoskopik Kolesistektomi Cerrahisi Uygulanan Hastaların Ağrı Düzeyi ve Yönetiminin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Seba BÜR'ün "...Hemşirelerin Çocuk İstisnaları ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İbrahim BİLİR'in "...Gaziantep İl Merkezinde Öğrenimine Devam Eden Erken Ergenlik Dönemindeki Çocukların Güneşten Korunma Davranışlarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Sule YÜKSEL'in "...Onkolojik Cerrahi Geçiren Hastaların Spiritualite ve Umud Durumlarının İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Fatma TARGAN'ın "...Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Hastaların Bilgi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Tulay SONMEZ'in "...Maternal İyot Durumunun Yeni Doğan Bebeğe Etkisinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ahmet ZENGİN'in "...Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Sarkopeni ve Mini Nütrisyonel Araştırma Tarama Testi ile Malnütrisyon Riskinin Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Murat OKTAY'ın "...Kurban Bayramında Meydana Gelen Kesi Vakalarının Tıbbi ve Mali Açından Analizi..." ve "...Kurban Bayramında Meydana Gelen Kesi Vakalarının Analizi..." ve "...İlk ve Acil Yardım, Hemşirelik ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Temel Yaşam Desteği Uygulamalarının Simülasyon Olarak Karşılaştırmalı Analizi..." ve "...Acil Servise Başvuran Kafa Travmalı Çocuklarda Bilgisayarlı Tomografi Kullanımının Gerekliliğinin ve Etkinliğinin Araştırılması..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,
Öğr. Gör. Selver GÜLER'in "...Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Çocuğuma İyi Bakılıyor mu?... ve "...Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Pediatri Yoğun Bakım Ünitesinde Yüksek Akışlı Oksijen Tedavisinin Etkinliği?..." konulu çalışmalarının yürütülmesinin,
Neriman GÜZEL'in "...Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin 'Enhanced Recovery After Surgery' Protokolüne İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Saliha ÇELİK'in "...Katarakt Cerrahisi Öncesi Hastaların Kaygı ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Elif Dilan ATILGAN'ın "... Fiziksel Engelli Çocuğu Olan Annelerde Stabilizasyon ve Solunum Egzersizlerinin Yorgunluk, Kaygı Düzeyi, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Arş. Gör. İsmail AKSU'nun "...Müzik Terapinin Endoskopi Uygulanacak Hastalarda Anksiyete Üzerine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Abdullah AKSOY'un "... Fazla Kilolu ve Obez Bireylerde Kişiyi Özel Yemek Hizmeti ile Kişiyi Özgü Verilen Diyetin Etkilerinin Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Abdurrahim İDER'in "...Farklı Fakültelerdeki Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza Görülme Sıklığı ile Yeme Tutum Davranışları ve Beden Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Buşra DURMUŞ'un "...Farklı Fiziksel Aktivite Düzeylerindeki Ofis Çalışanlarında Anaerobik Gücün İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Pınar YAPICIOĞLU'nun "...Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Yorgunluk, Depresyon Fiziksel Aktivite ve Eğitim Seviyesi ile Kinezyoterapi Arasındaki İlişki..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
İdris DOĞAN'ın "... Presbiyopik Kişilerde göz Egzersizlerinin Görme Fonksiyonu ve İnce Motor Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Buşra ÇILOĞLU'nun "... Gaziantep'te Yaşayan 19-55 Yaş Grubu Kadınların Besinleri Satın Alma, Hazırlama, Pişirme ve Saklama Uygulamalarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mahmut ÇOBAN'ın "... İş Sağlığı ve Güvenliği Uygulamalarının Hastane Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Mustafa GÖKSULAR'ın "... Çocuğu Hastanede Yatan Ebeveynlerin Çocuklarının Sağlık Haklarına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Prof. Dr. Nermin OLGUN'un "... Hemşirelerin Diyabet Konusunda Bilgi ve Yaklaşımları..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Emre UZUN'un "... Diyabetli Hastalarda Diyabet Okul Eğitiminin Öz Bakım Etkisinin Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Nevzat KANDEMİR'in "... Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Sağlıklı Yaşam Bilişimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Veysel TEKPİNAR'ın "...Erişkin Skolyozda Spinal Stabilizasyon ve Solunum Egzersizlerinin Ağrı, Solunum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Elif ÖZÇİFTÇİ'nin "... 8-12 Yaş Çocukların Ailelerinde Çocuklardaki İştah Algısının Ölçümü ve İştah Durumlarının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Dr. Öğr. Üyesi Günseli USGU'nun "... Yaşlı Bireylerde Denge Güven Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kevsir KARTAL'ın "... Düşük Kalorili Diyet Tedavisi Uygulanan Hafif Şişman/Şişman Bireylerin Depresyon Derecesi ve Yeme Davranışının Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Nurullah İLDEM'in "...Diyabetli Hastalarda Diyabet Okul Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Zeliha TURAN'ın "...Kadın Meme Kanseri Önleme Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Belirleme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kübra AKCAN'ın "... Gebelik Semptom Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Neslihan KIZIKLI'nın "... Gaziantep İlinde Bir Lise Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerde Uyku Süresi ve Kalitesi ile Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Okan SAVAŞ'ın "... Serebral Palsili Çocuklarda Solunum Egzersizlerinin Uyku Kalitesine Etkisi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Engin RAMAZANOĞLU'nun "...Farklı Yanık Türlerinde Kas Tonusu ve Elastisitesi ile Ağrının İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ali HASSAN'ın "...Tekerlekli Sandalye Kullananlarda Üst Ekstremité ve Skapular Kasları Kuvvetlendirme Egzersizlerinin Baş, Boyun ve Omuz Postürü, Fonksiyonel Kapasite ve Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Ayşenur ÖZSARAÇ'ın "...Bacak Ağrısı Olan Huzursuz Bacak Sendromlu Kadınlara Kriyokinetik Uygulamanın Etkinliğinin Araştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Kamile Merve KARATEL'in "... Dil Gelişiminde Gecikme Olan 4-6 Yaş Grubu Çocuklarda Uygulanacak Olan Eğitim Öncesi ve Sonrası Kaba Motor Performansın İncelenmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Şahin ÇAKIR'ın "...Lateral Epikondilitli Hastalarda Farklı Fizyoterapi Yöntemlerinin Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Tuba ACIKYOL'un "... Lomber Disk Hernisi Olan Hastalarda Kinezyo Bantlama ve Manuel Terapinin Etkilerinin Karşılaştırılması..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Gülcelem FİNDİKKIRAN'ın "... Tip 1 Diyabetli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Kirilgan Çocuk Sendromu Durumu Açısından Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,
Özlem YEMİŞEN'in "... Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Taburcu Olan Bebeklerin Ev Ortamında Sırtüstü Pozisyonda Yatış Sürecinin Değerlendirilmesi..." konulu çalışmasının yürütülmesinin,

Uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Zerrin PELİN
Başkan

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN
Üye

Prof. Dr. S. Mine YURTTAGÜL
Üye

Prof. Dr. Nermin OLGUN
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR
Üye

Prof. Dr. Yavuz YAKUT
Üye

Prof. Dr. Ayla YAVA
Üye

Prof. Dr. Tülay ORTABAĞ
Üye

Güven HOŞ
Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Sekreteri



ASLIGIBIDİR

EK:4

ORİJİNAL ÖLÇEK YAZARININ YAZILI İZİNİ

Hello Dear Jennifer A.Fraser,
My name is Seba Bür and I am from Turkey. I am a nursing graduate student. In addition, I work as a nurse. Currently, I work on my master thesis and I would like to use the instrument entitled "Development of the child abuse and neglect reporting self-efficacy questionnaire for nurses " which is developed by you. The purpose of my study is to adapt and validate your instrument to Turkish and Turkish culture. I will be so happy if you allow me to use your instrument and share your scoring key with me. if you have permission do you send scales? I am looking forward to hear from you.

Sincerely



Jennifer Fraser
Siz ve Py Li kişisine

12 May 2018

...

Dear Bür

Thank you for your interest in our instrument.
The developer and author of the tool, Dr Pei-Yu Lee has agreed to share the instrument. Dr Lee developed the instrument as part of her PhD studies and the full instrument and its development can be followed in her thesis available online at <https://eprints.qut.edu.au/17800/>

We have tested an English version in Australia (results yet to be published) and have confirmed Dr Lee's results. It remains valid and reliable to combine the "suspected abuse" and "known abuse" variables as they are strongly correlated. This means a short version can be used reliably. We have also reformatted the instrument for better utility.

We look forward to seeing your results and following your research so please stay in touch.

Kind Regards

Jennifer Fraser PhD | Associate Professor
Susan Wakil School of Nursing and Midwifery
Faculty of Health and Medicine
| **THE UNIVERSITY OF SYDNEY**

Hello dear Michael P. Dunne,
Seba BÜR and I are from Turkey. I'm a master of nursing student. I'm also working as a nurse. I am currently working on my master thesis and have started using your partner tool entitled "reporting child abuse and neglect" with your permission. But I don't understand what it means to be measured. "I'm sure I can prioritize my workload to report suspected physical abuse.". I couldn't translate the sentence in Turkish. Could you tell me briefly what you mean? I am looking forward to hear from you.
Sincerely...

[iOS için Outlook](#) uygulamasını edinin

Kimden: Michael Dunne <m.dunne@qut.edu.au>
Gönderme tarihi: Cumartesi, Mayıs 12, 2018 [8:45](#) ÖÖ
Kime: Seba Bür
Konu: Re: Permission to use the scale for graduate thesis

Kimden: Michael Dunne <m.dunne@qut.edu.au>
Gönderme tarihi: Cumartesi, Mayıs 12, 2018 [8:45](#) ÖÖ
Kime: Seba Bür
Konu: Re: Permission to use the scale for graduate thesis

Dear Seba

Thank you for your interest in this questionnaire.

I give permission for you to translate the 'Child abuse and neglect reporting self-efficacy questionnaire for nurses' into Turkish and to use it for your research.

best regards


Michael

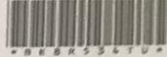

Michael Dunne, PhD
Professor of Social Epidemiology
Director, International Program
School of Public Health & Social Work
Queensland University of Technology
Victoria Park Road, Kelvin Grove, 4059
Queensland, Australia
Ph: (+617) [3138 3928](tel:31383928) or [\(+61\) 0408881858](tel:+6170408881858)

EK:5

KURUM ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/01/2019-1282

 **T.C.**
DİCLE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Dicle Üniversitesi Hastaneleri Başhekimliği

Sayı : 48753533-622.03-
Konu : Tez Çalışması İzni

SAYIN, SEBA BÜR DURGUN
(GÖĞÜS HAST. A.B. DALI)

İlgi : 11.01.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz Başhekimliğimizce incelenmiş olup, söz konusu dilekçede belirtilen "Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu tez çalışmasını hastanelerimizde yapmanız uygun görülmüştür. Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi İsmail YILDIZ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.
16.01.2019


Mücahit DOLU
Birim Sorumlusu

Evrak Doğrulamak İçin : https://ebelge.dicle.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BE8R534TU

Dicle Üniversitesi Rektörlüğü, 21280-Diyarbakır
Telefon:+90 412 248 80 30 Faks+90 412 248 83 20
e-Posta dicle@dicle.edu.tr Elektronik Ağ:http://www.dicle.edu.tr
Kep Adresi : dicleuniversitesi@hs01.kep.tr

Ayrıntılı bilgi için iritibat: Mücahit Dolu
Evrak Pin Kodu: 26312

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre geçerli görülmüştür.



EK:6

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**”dır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Etik kurul ve kurumsal izinlerin alındığı bu ankete vereceğiniz cevaplar doğru sonuçların elde edilebilmesi açısından çok kıymetlidir. Lütfen soruların tümünü yanıtlayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

1.Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

2.Yaşınız?

3.Medeni durumunuz

Bekar Evli Boşanmış

4.Eğitim seviyeniz

Lise Önlisans Lisans Yüksek Lisans Doktora

5.Çalıştığınız birim?

6.Şu anki pozisyonunuz?.....

7. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?.....yıl

8.Çocuğunuz var mı?

Evet, Hayır

9.2019 yılı içinde hastanede kuşkulandığınız kaç çocuk istismarı ve ihmal vakası rapor ettiniz?

Hiç Evet,

10.2018yılı içinde hastanede kuşkulandığınız kaç çocuk istismarı ve ihmal vakası rapor ettiniz?

Hiç Evet,

11.2019 yılı içinde hastanede kuşkulandığınız fakat rapor edilmeyen kaç çocuk istismarı ve ihmal vakası oldu?

Hiç Evet,

12. 2018 yılı içinde hastanede kuşkulandığınız fakat rapor edilmeyen kaç çocuk istismarı ve ihmal vakası oldu?

Hiç Evet,

13. Her bir çocuk istismarı ve ihmali için kaç vaka rapor ettiniz?

.....a) Fiziksel istismar

.....b) Cinsel istismar

.....c) Duygusal istismar

.....d) ihmal

14. Her yıl çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili kaç saat eğitim alıyorsunuz?

0 1 2 3 4 5+

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

Evet Hayır

16. Yanıtınız 'Evet' ise yeterlimiydi?

Evet Hayır

17. Mezuniyet sonrası eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

18. Yanıtınız 'Evet' ise yeterlimiydi?

Evet Hayır

19. İmkan verilirse çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak ister misiniz?

Evet Hayır

20. İş yaşamınız süresince herhangi bir istismar/ihmal olgusu veya şüphesi ile karşılaştıysanız hangi aşamalarda zorlandınız ya da yetersiz kaldınız?

a) Öykü alma

b) Fizik Muayene

c)Kayıt

d)İlgili Kurumlara Rapor Etme / Yasal Süreç ()

e)Diğer(lütfen açıklayınız).....

21.Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat / prosedür var mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

22.Varsa yeterli mi?

Evet Hayır

23. Çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

Evet Hayır

24.Yukarıdaki soruya cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız?

a)Sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğüm için.

b)Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için.

c)Konu ile uğraşmak istemediğim için.

d)Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için.

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

f)Konuya ait yetersiz kanıt olduğu için.

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

h)Diğer (lütfen açıklayınız).....

25. Yapılan çalışmanın sonucu hakkında bilgi almak ister misiniz?

Evet Hayır

EK:7

HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİ RAPORLAMA ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ

EK:7a

Bölüm I: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirelerin Etkinlik Beklenti Ölçütleri

Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü

(A) Aşağıdaki sorular, “*şüpheli*” çocuk istismarı ve ihmal durumlarını bildirdiğinizdeki kendinize duyduğunuz güvenle ilgilidir. Lütfen her öge için derecelendirme ölçeğinden bir sayıyı daire içine alın. “0” *hiç güvenmediğinizi* gösterir ve “10” *tamamen güvendiğinizi* gösterir.

Her satırda bir numarayı daire içine alın											
	Hiç Emin Değilim				Biraz Eminim				Son Derece Eminim		
1. <i>Şüpheli fiziksel istismarı</i> rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. <i>Şüpheli cinsel istismarı</i> rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. <i>Şüpheli duygusal istismarı</i> rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. <i>Şüpheli ihmali</i> rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. <i>Şüpheli fiziksel istismarı</i> raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Şüpheli cinsel istismarı raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Şüpheli duygusal istismarı raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Şüpheli ihmali raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Şüpheli fiziksel istismarı rapor etmek için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Şüpheli cinsel istismarı rapor etmek için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Şüpheli duygusal istismarı rapor etmek için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Şüpheli ihmali raporlamak için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Şüpheli fiziksel istismar vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Şüpheli cinsel istismar vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Şüpheli duygusal istismar vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Şüpheli ihmal vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK:7b**Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü**

(B). Aşağıdaki sorular, “*bilinen*” çocuk istismarı ve ihmal durumlarını bildirdiğinizde ki kendinize güvenle ilgilidir. Lütfen her öge için derecelendirme ölçeğinden bir sayıyı daire içine alın. “0” *hiç güvenmediğinizi* gösterir ve “10” *tamamen güvendiğinizi* gösterir.

Her satırda bir numarayı daire içine alın											
	Hiç Emin Değilim				Biraz Eminim				Son Derece Eminim		
1. Bilinen fiziksel istismarı rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Bilinen cinsel istismarı rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Bilinen duygusal istismarı rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Bilinen ihmal rapor etmek için iş yoğunluğumda öncelik verebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Bilinen fiziksel istismarı raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Bilinen cinsel istismarı raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Bilinen duygusal istismarı raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Bilinen ihmal raporlarken hemşire meslektaşlarımdan destek isteyebileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9. Bilinen fiziksel istismarı rapor etmek için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Bilinen cinsel istismarı rapor etmek için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Bilinen duygusal istismarı rapor etmek için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Bilinen ihmali rapor etmek için sağlık çalışanlarının görüşüne başvurabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Bilinen fiziksel istismar vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Bilinen cinsel istismar vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Bilinen duygusal istismar vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Bilinen ihmal vakalarını raporlayabileceğime eminim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK:7c

**Bölüm II: Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline
Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü**

Aşağıdaki sorular, çocuk istismarı ve ihmal vakalarını bildirirken ne kadar **“güvene sahip”** olduğunuzla ilgilidir. Lütfen her öge için derecelendirme ölçeğinden bir sayıyı daire içine alın. **“0” hiç güvenmediğinizi** gösterir ve **“10” tamamen güvendiğinizi** gösterir.

Her satırda bir sayıyı daire içine alın											
	Hiç Emin Değilim				Biraz Eminim				Son Derece Eminim		
1.Çocuğun fiziksel istismarını raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.Çocuğun fiziksel istismarını raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Fiziksel istismar rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.Çocuğun cinsel istismarını raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.Çocuğun cinsel istismarını raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Cinsel istismar rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7.Çocuğun duygusal istismarını raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.Çocuğun duygusal istismarını raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Duygusal istismar rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Çocuk ihmalini raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Çocuk ihmalini raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Çocuk İhmali rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK:8

CHILD ABUSE AND NEGLECT REPORTING SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE FOR NURSES (CANRSE)

Part I: Measures of Efficacy Expectations for Nurses on Child Abuse and Neglect

(A) The following questions relate to I am confidence when you report ‘**suspected**’ child abuse and neglect cases. Please circle a number from the rating scale for each item. ‘0’ indicates you are not confident at all and a ‘10’ indicates you are completely confident.

Circle on number on each line												
	Not confident				Somewhat				Extremely			
	at all				confident				confident			
1. I am confident that I can prioritise my workload to report suspected physical abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. I am confident that I can prioritise my workload to report suspected sexual abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. I am confident that I can prioritise my workload to report suspected emotional abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. I am confident that I can prioritise my workload to report suspected neglect .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report suspected physical abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report suspected sexual abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report suspected emotional abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

8. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report suspected neglect .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report suspected physical abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report suspected sexual abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report suspected emotional abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report suspected neglect .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. I am confident that I can report suspected physical abuse cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. I am confident that I can report suspected sexual abuse cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. I am confident that I can report suspected emotional abuse cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. I am confident that I can report suspected neglect cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

(B). The following questions relate to I am confidence when you report 'known' child abuse and neglect cases. Please circle a number from the rating scale for each item. '0' indicates you are not confident at all and a '10' indicates you are completely confident.

Circle on number on each line											
	Not confident				Somewhat				Extremelly		
	at all				confident				confident		
1. I am confident that I can prioritise my workload to report known physical abuse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. I am confident that I can prioritise my workload to report known sexual abuse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. I am confident that I can prioritise my workload to report known emotional abuse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. I am confident that I can prioritise my workload to report known neglect.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report known physical abuse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report known sexual abuse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report known emotional abuse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. I am confident that I can ask for support from my nursing colleagues when I report known neglect.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report known physical abuse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report known sexual abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report known emotional abuse .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.. I am confident that I can seek the opinion from medical staff to report known neglect .	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. I am confident that I can report known physical abuse cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. I am confident that I can report known sexual abuse cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. I am confident that I can report known emotional abuse cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. I am confident that I can report known neglect cases.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Part II: Measures of Outcome Expectations for Nurses on Child Abuse and Neglect

The following questions relate to how much confidence when you report child abuse and neglect cases. Please circle a number from the rating scale for each item. '0' indicates you are not confident at all and a '10' indicates you are completely confident.

Circle one number on each line											
	Not confident at all				Somewhat confident			Extremelly confident			
1.How confident are you that reporting child physical abuse is in the child's best interest.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.How confident are you that reporting child physical abuse is in the family's best interest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.How confident are you that Children's Services will respond appropriately when reports of physical abuse are made.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.How confident are you that reporting child sexual abuse is in the child's best interest.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. How confident are you that reporting child sexual abuse is in the family's best interest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. How confident are you that Children's Services will respond appropriately when reports of sexual abuse are made.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. How confident are you that reporting child emotional abuse is in the child's best interest.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. .How confident are you that reporting child emotional abuse is in the family's best interest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. How confident are you that Children's Services will respond appropriately when reports of emotional abuse are made.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. How confident are you that reporting child child neglect is in the child's best interest.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. How confident are you that reporting child child neglect is in the family's best interest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. How confident are you that Children's Services will respond appropriately when reports of child neglect are made.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



EK:9

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma yüksek lisans tez çalışması olup, araştırmanın adı ‘Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması’dır.

Bu araştırma hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmal vakalarını raporlamadaki öz-yeterlilik düzeyini ölçmek için Lee-Pei,Yu ve ark. tarafından 2008’de geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye uyarlanarak, Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilecektir.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Çalışmadan ayrılırsanız dahi size ait veriler bilimsel amaçlı dahi sizin izniniz olmadan kullanılmayacaktır.

Bu araştırmada sizden istenen size verilen formdaki sorulara eksiksiz ve sizin düşüncenize uygun cevabı vermeniz, formları araştırmacıya teslim etmenizdir. Bu araştırmada yer almanız için bir kez form doldurmanız yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 308 olacaktır. Çalışma yaklaşık 2 ay sürecektir ve araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Çalışmada yaş, meslek, medeni durum gibi 25 adet tanıtıcı bilgi sorularından oluşan bir anketle beraber, Lee-Pei,Yu ve ark. tarafından geliştirilmiş olan 44 madde içeren ölçeğin Türkçe formu kullanılacaktır. Soruların cevaplanma süresi 15-20 dakika sürmektedir.

Araştırma hakkında ek bilgi almak, ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen durumlar için 0539 299 06 30 numaralı telefondan veya seba_bur_07@hotmail.com adresinden araştırmacı hemşire Seba BÜR’e ulaşabilirsiniz. Katılımınız ve gösterdiğiniz özen için teşekkür ederiz.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı,
İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)


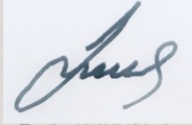
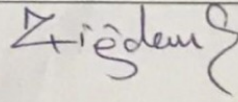
Araştırmacı Seba BÜR
İmzası

EK:10**UZMAN GRUP LİSTESİ**

Uzman	Kurumu
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ	Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Gülümser DOLGUN	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yrd.Doç.Dr.Ayşe KARAKOÇ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Ayşe Ferda OCAKÇI	Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Özlem KOREL BİRKAN	Çocuk Koruma Birimi Hemşire
Dr. Öğr. Üyesi Çağrı ÇÖVENER ÖZÇELİK	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayfer AÇIKGÖZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Candan ÖZTÜRK	Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Diler AYDIN	Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Prof.Dr.Hatice YILDIRIM SARI	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK:11

İNTİHAL RAPORU

		LİSANSÜSTÜ TEZ İNTİHAL RAPOR FORMU	
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE			
Tez Başlığı: Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması			
Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 75 sayfalık kısmına ilişkin, 18/07/2019 tarihinde enstitü sekreterliği/tez danışmanı tarafından intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporu ekte (Orijinal TURNİTİN raporu eklenektir*) olup, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 24'dür. (Benzerlik oranı; alıntılar dahil %30'un üzerindeyse açıklama gerekmektedir).			
Uygulanan filtrelemeler:			
<input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç			
<input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dahil			
<input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç			
Açıklamalar			
Üniversitesi TURNİTİN adlı intihal tespit programı sonucunda; azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.			
Gereğini saygılarımla arz ederim.			
			
Tarih: 18/07/2019			
Adı Soyadı:	Seba BÜR DURGUN		
Öğrenci No:	174101034		
Anabilim Dalı:	Hemşirelik		
Programı:	Hemşirelik		
Statüsü:	<input checked="" type="checkbox"/> Y.Lisans <input type="checkbox"/> Doktora		
*TURNİTİN Programı Orijinal Raporu ektedir.			
DANIŞMAN ONAYI			
UYGUNDUR.			
Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM			
			

EK:12

KISA ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Seba BÜR

Doğum Tarihi: 01.01.1994

Ünvanı: Hemşire

Adres: Peyas mahallesi 488. sokak Yıldız 11 apartmanı Kat:6 No:17 Kayapınar/
DİYARBAKIR

Telefon: 05392990630

Mail: seba_bur_07@hotmail.com

Yabancı Dil: İngilizce (Orta Seviye)

Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lise	Hemşirelik	70.Yıl Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2008-2012
Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2012-2016
Yüksek Lisans	Hemşirelik ABD.	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	2017-2019

Görevler:

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Diyarbakır Memorial Hastanesi	2012-2012
Hemşire	Fırat Üniversite Tıp Merkezi	2013-2014
Hemşire	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri	2014-Devam