

T.C.  
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI



**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRE VE  
EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
Hacer KABAKOĞLU

**Danışman**  
Dr. Öğr. Üyesi Hatice TAMBAĞ

**HATAY-2018**

T.C.  
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRE VE  
EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Hacer KABAKOĞLU

**Danışman**  
Dr. Öğr. Üyesi Hatice TAMBAĞ

Bu tez Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından 16712 proje numarası ile desteklenmiştir.

**HATAY-2018**

T.C.  
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRE  
VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ  
BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi  
Hacer KABAKOĞLU

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafında 01/10/2018 günü sözlü olarak yapılan  
tez savunma sınavında oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tez Jürisi: Jüri Başkanı: Doç. Dr. Figen İNCİ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Rana CAN

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hatice TAMBAĞ

Bu tez Enstitümüz Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında hazırlanmıştır.

26.10.2018  
Prof. Dr. İbrahim Halil Çerçi  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimin başından bu yana bilgisi, emeği ve tecrübesini benimle paylaşan, tez çalışma konumun belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar olan süreçte rehberliğini esirgemeyen ve destek olan kendisi ile çalışmaktan onur duyduğum danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Hatice TAMBAĞ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan eğitimim de emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. Nazan SAVAŞ, Dr. Öğretim Üyesi Rana CAN ve Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAÇYA'ya,

Yüksek lisans tez çalışmalarım sırasında istatistiksel değerlendirmelerdeki desteklerinden dolayı Münevver ÖZDEMİR'e

Yüksek lisans ders dönemim boyunca derslere devam edebilmemde çok büyük katkı ve destekleri olan Hatay Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisindeki değerli mesai arkadaşlarımın tümüne,

Yüksek lisans tez dönemi aşamasında verdikleri destek için Hatay Devlet Hastanesi Gözetmen Hemşire ekibindeki tüm mesai arkadaşlarıma,

Tüm iş yoğunluğuna rağmen çalışmamıza katılan ve sabırla sorularımızı yanıtlayan Aile sağlığı Merkezlerinde çalışan hemşire ve ebelere,

Hayatımın her döneminde yanımda olan sadece akademik yaşantımda değil her konuda büyük bir inanç, güven ve sevgiyle beni destekleyen annem, babam ve kardeşlerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

Kabul Onay .....	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER .....	IV
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	VII
ÖZET .....	VIII
ABSTRACT.....	IX
1.GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırmanın Soruları .....	6
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Çocuk ve Çocuk Gelişimi .....	7
2.2. Çocuk İstismarı ve İhmali.....	8
2.2.1. Fiziksel İstismar.....	11
2.2.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome).....	12
2.2.1.2. Polle Sendromu (Munchausen by Proxy Sendromu).....	13
2.2.2. Cinsel İstismar .....	13
2.2.2.1. Ensest .....	15
2.2.2.2. Pedofili.....	16
2.2.2.3. Çocuklarda Cinsel Sömürü .....	17
2.2.3. Duygusal İstismar .....	17
2.2.4. İhmal .....	18
2.3.Çocuk İhmali İstismarı ve Kuramlar .....	19
2.4. Çocuk İstismarı Epidemiyolojisi .....	20
2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler .....	22
2.6. Dünya da ve Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yeri.....	25
2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi .....	28
2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin ve Ebenin Rolü .....	30
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	34
3.1.Araştırmanın Şekli .....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Veri Toplama Yöntemleri .....	34
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2) .....	34
3.4.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu (EK 3).....	35
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi .....	36
3.6. Araştırmanın Uygulanması .....	36

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	36
4. BULGULAR.....	38
5.TARTIŞMA.....	52
5.1. Hemşire ve Ebelerin ÇİİBRTÖ ve Alt Ölçek Puanlarına Göre Çocuk İstismarı, İhmali Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeyleri.....	52
5.2. Hemşire ve Ebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	54
5.3. Hemşire ve Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	57
5.4.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	60
6.SONUÇ.....	66
6.1.Sonuçlar.....	66
6.2. Öneri.....	67
7.KAYNAKLAR.....	69
EKLER.....	74
EK-1: AYDINLATILMIŞ ONAM.....	74
EK 2:TANITICI BİLGİ FORMU.....	77
EK-3: ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU.....	79
EK-4: ETİK KURUL KARAR FORMU.....	82
EK-4: ETİK KURUL KARAR FORMU(DEVAMI).....	83
EK-4: ETİK KURUL KARAR FORMU(DEVAMI).....	84
EK-5: KURUM İZİN YAZISI.....	85
EK-5: KURUM İZİN YAZISI (DEVAMI).....	86
EK-6: ÖLÇEK İZİNLERİ.....	87
EK-7: HATAY İL MERKEZİ ANTAKYA İLÇESİ VE DEFNE İLÇESİNDE BULUNAN 51 AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ.....	88
ÖZGEÇMİŞ.....	90

## ÇİZELGELER DİZİNİ

	SayfaNo
Çizelge 4.1. Hemşire ve Ebelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	38
Çizelge 4.2. Hemşire ve Ebelerin ÇİİBRTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	41
Çizelge 4.3. Hemşire ve Ebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları.....	42
Çizelge 4.4. Hemşire ve Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları.....	45
Çizelge.4.5. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları.....	48

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri  
ASM: Aile Sağlığı Merkezi  
BMS: Birleşmiş Milletler Sözleşmesi  
ÇİİAÖ: Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler  
ÇİİBRTÖ: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek  
ÇİİÇDB: Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler  
ÇİM: Çocuk İzlem Merkezi  
DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı  
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
İÇÜB: İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri  
İÇÜFB: İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri  
İİYÇÖ: İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri  
İİYEÖ: İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri  
NİS-4: Dördüncü Ulusal İnsidans Çalışması  
TCK: Türk Ceza Kanunu  
TMK: Türk Medeni Kanunu  
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu  
UNİCEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu



## ÖZET

### **Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi**

Çocuk ihmali ve istismarının tanınması aynı zamanda önlenmesinde hemşire ve ebeler önemli bir konumdadır. Araştırma hemşire ve ebelerin çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi düzeyi ile farkındalıklarını belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma Hatay ili Antakya ve Defne merkez ilçelerinde bulunan 51 Aile Sağlığı Merkezi 'nde (ASM) görev yapan 123 hemşire ve ebelerden örnekleme yöntemine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 106 hemşire ve ebe üzerinde Mayıs 2017-Ekim 2017 arasında yapılmıştır. Veri toplanmasında hemşire ve ebelerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen 20 sorudan oluşan veri toplama formu ve 67 sorudan oluşan Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılama Ölçeği (ÇİİBRTÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, t testi, One-way Anova, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Hemşire ve ebelerin %33'ü 37-42 yaşında (35,33±5,35), %69,8'inin ebe olduğu belirlenmiştir. Hemşire ve ebelerin ölçek puan ortalaması 3,65±0,35 bulunmuştur. Ölçek puan ortalamalarının hemşire ve ebelerin meslekleri, meslekte çalışma süresi, meslek hayatı boyunca aldığı eğitim, çalışma hayatı boyunca çocuk ihmali ve istismarı vakası ile karşılaşma durumu, hemşire ya da ebein çocuk ihmal-istismarı tanıyabilme durumu ve kanun bilgisi durumu değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır (p<0.05). Ölçek puan ortalamalarını hemşire ve ebelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuğu olma durumu, çocuk sayısı, öğrenim durumu, ASM de çalışma süresi, ASM den önce çalıştığı kurum, okulda eğitim alma durumu, eğitim alma isteği, hemşire ve ebein çocuk ihmali ve istismarı konusunda kendini yeterli bulma durumu, prosedür varlığından haberdar olma durumu ile çocuk ihmali ve istismarı vakasını bildirme durumu değişkenlerinden etkilenmediği belirlenmiştir (p>0.05). Sonuç olarak hemşire ve ebelerin çocuk istismarının bilgilerinin istenilen düzey de olmadığı saptanmıştır. Hemşire ve ebelerin meslek sırasında aldıkları eğitimlerin çocuk istismarı ve ihmali tanıma üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle hemşirelik eğitimi müfredatında çocuk istismarı ve ihmali şüphelenilmesi gereken durumlar, tanılama süreçleri ve bildirim yapılacak kurumlar konularına daha geniş yer verilmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, İhmal, İstismar, Çocuk istismarı

## ABSTRACT

### **Evaluating The Knowledge Levels Of Child Abuse and Neglect of Nurses And Midwives Working in Family Health Centers**

Nurses and midwives are take an important position for the identification of child abuse and neglect and also prevention. A cross-sectional study was conducted in order to determine the level of knowledge and awareness of nurses and midwives regarding to child neglect and abuse. The research was carried out between May 2017-October 2017 with 106 volunteer nurses who agreed to participate in the study without using any sampling method from 123 nurses working in 51 Family Health Centers (FHC) in the districts of Antakya and Defne in the province of Hatay. The data were collected by a questionnaire form consisting of 20 questions for Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect from consisting of 67 questions. Number, percentage, t test, one-way ANOVA, Kruskal Wallis and Mann-Whitney U tests were used in the evaluation of the data. It was determined that 33% of nurses and midwives were 37-42 years old ( $35,33\pm 5,35$ ) and 69,8% were midwives. The average score of scale of nurses and midwives was  $3,65\pm 0,35$ . It was found that the scale point average score was influenced by nurses and midwives's professions, duration of working in their professions, in-service training throughout their professional lives, the situation of encountering child neglect and abuse case throughout the working life, the situation of midwives and nurses to recognize child neglect and abuse, the status of law knowledge ( $p<0.05$ ). It was detected that the scale point average score was not influenced by nurses and midwives's age, gender, marital status, status of having a child, number of child, educational status, duration of working in the FHC, institution worked before the FHC, status of receive education at school, desire to receive education, the status of self-sufficiency of nurses and midwives about child abuse and neglect, status of being informed about presence of procedure, the status of reporting the case of child abuse and neglect ( $p>0.05$ ). As a result, it was determined that information about child abuse and neglect of the both nurses and midwives is not at the desired level. It was seen that the education received by nurses and midwives was effective on the recognition of child abuse and neglect throughout the professions. For this reason, it may be suggested that the issues of situations in which child abuse and neglect should be suspected, diagnostic processes and institutions to be notified should be giving wider coverage in curriculum of nursing education.

**Keywords:** Child, Neglect, Abuse, Child Abuse

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada 2,2 milyar çocuk yaşadığı ve dünya nüfusunun %30,3'ünü çocukların oluşturduğu bilinmektedir (TÜİK 2016). Türkiye'nin toplam nüfusuna bakıldığında 2016 yılının sonunda 79 milyon 814 bin 871 iken ülkemizdeki 0-18 yaş arası çocuk nüfusu 24 milyon ve tüm nüfus içindeki çocuk nüfusunun oranı %33,3 olduğu görülmektedir (TÜİK 2016). Çocuk Koruma Kanunu “daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişiyi” çocuk olarak kabul etmektedir (ÇKK 2005).

Çocuklar bir toplumun temelini oluşturarak ileriki dönemlerin şekillenmesinde rol oynayan bireylerdir. Toplumun gelişmesi, kalkınması, üretken ve iyi bir geleceğin yaratılmasında çocukların toplumdaki gelişiminin çok önemli bir yer kapladığı bilinmektedir. Çocuk, doğum ile başlayarak gelişme süreci içinde ailesi ve sosyal çevresi ile etkileşiminden çıkardığı sonuçları toparlayarak kişiliğinin ve karakterinin temellerini oluşturmaktadır. Çocuğun fiziksel ihtiyaçları olan bakım ve beslenmeye ek olarak anne-babaları tarafından duygusal ihtiyaç olan ilgi ve sevgi ihtiyacının da karşılanması gerekir (Yalçın 2010).

Sağlıklı çocukların yetişmesi ebeveynlerin tutum ve davranışlarına bağlıdır. Bu nedenden dolayı ana-babaların çocuklarına yönelik gösterdikleri davranış modelleri, çocuğun yetiştiği çevre, çevresindeki diğer rol-model insanların davranışları çocuğun sağlıklı bir kişilik yapısı oluşturabilmesi yönünden önem taşımaktadır (Altıparmak 2008). Anne babasıyla sağlıklı ilişkiler içinde olan ve sağlıklı büyüyen çocuklar gelecek dönemde mutlu yetişkinler olabilmektedirler. Bu nedenle de sağlıklı toplumların oluşabilmesi için geleceğimiz olan çocukların bedensel ruhsal sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi önemlidir (Cirit 2015). Fakat toplumlara baktığımızda çocuklar nüfusun mağdur edilen kesimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) National Crime Victimization Survey (NCVS) suç ve şiddet maruziyeti konusunda en iyi bilgi kaynaklarından biri olarak görülmekte ve bu araştırma her yıl gerçekleştirilmektedir. Bu araştırma sonucuna göre 1990'lı yıllar boyunca, 12-17 yaş arasındaki gençlere yönelik ağırlaştırılmış saldırı oranı 1000'de 15,5 iken, genel nüfusta bu

oran 1000’de 6,9 olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsel istismar için aynı karşılaştırma yapıldığında, gençler için 3,2, yetişkinler için 1,3 oranı görülmektedir. Bu sonuçlar toplumda çocukların mağduriyet oranının yetişkinlere göre yüksek olduğunu göstermektedir (Finkelhor 2011).

Çocuk gelişimini olumsuz etkileyen birçok faktör vardır. Bunlardan biri de hem dünyada hem ülkemizde çok sık rastlanan çocuk istismarı ve ihmalidir. Çocuğa yönelik kötü muamele, yaşam boyu ciddi sonuçlara yol açan küresel bir sorundur. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklarda duygusal, sosyal, biyolojik ve zihinsel işlevler üzerinde olumsuz etkiler ortaya çıktığı bilinmektedir (Uysal 1998, İnsan Hakları Derneği 2008, Abbasi ve ark. 2015). Ebeveynleri ve diğer aile üyeleri tarafından istismara maruz kalan çocuk sayısı hakkında net bir şeyin söylenmesi mümkün olmamakla birlikte, bu durum tüm dünyada halk sağlığı ve insan hakları bakımından olduğu kadar, hukuksal ve toplumsal olarak ciddi bir sorun olarak kabul edilmektedir (UNİCEF 2016).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF) 2016 yılında “Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik bir Kılavuz” adlı yayında çocuk istismarı “bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış veya ticari amaçlı, ya da başka tür sömürü” olarak tanımlanmıştır. Çocuk istismarı ve ihmal, çoğu kez şiddetin diğer çeşitleri ile birlikte ortaya çıkabilir. İstismara maruz kalan çocukların gelecekteki yaşamlarında, şiddetin çeşitli türlerinin faili ya da mağduru olma riskini taşıyabildiği bildirilmiştir (UNİCEF 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki çocuk istismarı olgularının kanser olgularından on kat daha fazla olduğu görülmektedir. Her yıl, 15 yaşın altındaki çocuklarda 41,000 cinayet ölümü olduğu tahmin edilmektedir. Çocuk istismarı ve ihmalden kaynaklı olan ölümlerin önemli bir kısmının yanlışlıkla düşme, yanma, boğulma ve diğer nedenlere bağlanması sorunun gerçek boyutunu tam olarak yansıtmayabilir. Yine DSÖ verilerine göre kadınların yaklaşık % 20’si ve erkeklerin % 5-10’u çocukken cinsel taciz altında olduğunu bildirirken, tüm çocukların %25-50’si fiziksel olarak istismar edildiğini bildirmiştir (Sethi ve ark. 2013, Abbasi ve ark. 2015).

ABD’de 1998 yılında çocuk istismarı konusunda dair kayıt oluşturulmuş ve tutulan bu kayıtlarda çocuk istismarına bağlı ölüm sayısının günde 3,8 olduğu saptanmıştır. 2010 yılında aynı kayıtlar incelendiğinde bu rakamın günde 5’e çıktığı görülmüştür. Bu veriler çocuk istismarı ve ihmalinin günden güne yaygınlaştığını göstermektedir (U.S. Department of Health & Human Services 2010). Yine Doğu Avrupa’da ve eski Sovyetler Birliği gibi 20 ülkede yaklaşık 1,3 milyon çocuk (0-17 yaş arası) sosyal bakım tesislerinde bakım almaktadırlar (Gilbert ve ark. 2009). Bu kurumlarda yaşayan çocukların bakım veren ve bu kurumlardaki akranları tarafından fiziksel ve cinsel istismara uğrama olasılığının yüksek olduğu ifade edilmiştir. 2000 yılında bu kurumlarda bakım alan, 7-18 yaş arasındaki çocukların 3164’ünün (% 38) şiddetli fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (Gilbert ve ark. 2009). Tanzanya’da yapılan bir çalışma öğrencilerin %28’inin cinsel istismara maruz kaldığını, cinsel istismardan erkeklerin kızlara göre daha çok etkilendikleri bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada erkeklerin %20’sinin ve kızların %19’unun pornografiye bakmak zorunda kaldıklarını ifade etmiş olmaları dikkat çekici bir sonuç olarak değerlendirilebilmektedir (Kisanga 2012).

Türkiye’de ise Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu’nun 1995 yılında yaptığı “Aile İçi Şiddetin Neden ve Sonuçları” isimli araştırma da, 7-14 yaşları arasındaki çocukların %40’ı anne ya da babaları tarafından şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada annelerin babalara göre çocuklara daha fazla şiddet uyguladığı saptanmıştır (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995). Bu verilere bakıldığında çocuk istismarı ve ihmalinin sağlıklı toplumların oluşmasının engellenmesindeki en büyük toplumsal sorunlardan biri olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Çocukların birey olarak görülmemesi çocuk istismar ve ihmali zemin oluşturan en önemli nedenlerden biridir.

Çocuk istismar ve ihmali nedenlerine ve kolaylaştırıcı etmenlere bakıldığında çocukla ilgili risk faktörleri, anne-baba ile ilgili risk faktörleri, ailenin sosyal yapısı ile ilgili risk faktörleri ve toplumla ilgili risk faktörleri karşımıza çıkmaktadır. Yoksulluğun yaşanması, işsizlik, sağlıksız beslenme, yeterli olmayan ve sağlıksız ev koşulları, ebeveynlerin kişilik yapısı, çocuğun özellikleri, ebeveyn yoksunluğu, boşanmış ve parçalanmış aile özelliği çocuğun istismarına yol açan faktörler arasında sayılabilmektedir (Gürhan 2015).

Keser ve arkadaşlarının 2010 yılında ana-babaların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yaptığı çalışma da araştırmaya katılan

ebeveynlerin % 27'sinin çocuk istismarı ve ihmali olgularının çok az oranda görüldüğünü düşündüğünü belirtmiştir. Ebeveynlerin %18'i çocuğa dilencilik yaptırılmasının çocuk istismarı ve ihmali olmadığını ve %23'ü fizyolojik nedenler hariç büyüme geriliğinin ihmal edilen çocuklarda görülmeyeceğini ifade etmişlerdir. Yapılan çalışma ebeveynlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin az olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışma sonucunda ebeveynlerin bilgi düzeyinin az olması hem istismar ve ihmale uğramış çocuğu tanıma açısından eksiklik oluşturarak oluşan vakaların ortaya çıkmasını engelleyeceği hem de önlemeye yönelik yapılacak müdahalelerin engellenmesine neden olabileceği ifade edilmiştir.

Çocuk istismar ve ihmali önleme ve müdahaleye yönelik birincil, ikincil ve üçüncül koruyucu uygulamalar bulunmaktadır. Bu üç hizmet alanında da hemşire ve ebeler aktif olarak sorumluluk almaktadırlar. Hemşire ve ebelerin birincil önleyici hizmetleri kapsamında, riskli grupları belirleyerek bu grupları oluşturan aile ve çocuklara gerekli olan eğitimleri verebileceği belirtilmiştir (Turhan ve ark. 2006). İkincil koruyucu hizmet olarak çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşan ebe ya da hemşire olguyu fark ederek gerekli yerlere bildirim yaparak adli işlem başlatmalı ve çocuğa uygun şekilde müdahale de bulunabilmelidir. Üçüncül koruyucu hizmetlerde hemşire ya da ebe istismara uğramış çocuğa yönelik rehabilite edici yöntemler uygulayarak ya da danışmanlık alması için yönlendirerek olayın çocuk üzerindeki etkisini azaltabilir (Şirin 2007).

Şiddet olgularında doktorların ve sağlık çalışanlarının tutumları bu sorunun ortaya çıkmasında ve çözümlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995). Hemşire ve ebeler çocuk istismarı olgularının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler taşırlar. İstismar ya da ihmal vakalarında multidisipliner bir yaklaşımla hekim, hemşire, psikolog, sosyal servisler, polis gibi personelin bir arada çalışması gerekmektedir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 1995, Kocaer 2006). Hekim ya da hemşire istismardan şüphelendiğinde adli makamlarla iletişime geçmeli ve durum belirtir bir rapor yazmalıdır. İstismar ya da ihmal olgusu ile kuruma başvuran çocuğun ya da istismar ve ihmale uğradığından şüphe edilen çocuğun konuyla ilgili uzmanların içinde bulunduğu koruyucu bir ortamda değerlendirilmesi sağlanmalı, tıbbi sorunları (subdural hematoma, fraktürler, yanıklar vs.) tanınıp tedavi edilmelidir. (Kocaer 2006).

İstismar ve ihmale uğrayan çocukların sadece belirli bir kısmı tedavi edici kurumlara ulaşarak sağlık bakımı almaktadır. Genellikle olgular aile içinde gizli kalmakta bu nedenle

kayıtlara işlenmemektedir. Bu süreç değerlendirildiğinde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında erken tanı ve tedavinin başlatılması sürecinde Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) önemli bir sorumluluk düştüğü ifade edilebilir (Bahçecik ve Kavaklı 1994). Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebelerin risk altında olan çocukların istismar ve ihmale eğilimli ailelerin erken tanınmasında önemli rolleri vardır. Hemşire ve ebeler sağlık hizmetlerinde çocuk ve aile ile ilk iletişime geçen meslek üyeleridir. ASM de çalışan hemşire ve ebenin “yüksek risk” gruplarını erken fark etmeleri ciddi olguların önlenmesi açısından önemlidir (Güler 2002). DSÖ 2002 yılında yayınladığı raporda çocuk istismarı ve ihmali önlemek için öneriler belirlemiştir. Bu önerilerden ilki aileye çocuk yetiştirme ile ilgili eğitim verilmesidir. İkinci öneri ise sağlık profesyonellerinin aileleri düzenli ziyaret etmelerini ve eksikliklere yönelik danışmanlık yapılması gerektiğidir. Bu bağlamda hemşire ve ebelerin çocuk istismarını tanımada ve önlemede önemli bir konumda olduğu ifade edilebilir (Ezzati ve ark. 2002).

Old's ve ark. (1998) çocuk istismarı ve ihmali önlemede ev ziyaretlerinin etkisini inceledikleri çalışmalarında, iki yaşına kadar hemşire ve ebeler tarafından ailenin risk durumuna bakılmaksızın düzenli evde ziyaret edilen ailelerin bebeklerinin; acil servise daha az başvurduğu ve kontrol grubundaki bebeklere göre kaza ve zehirlenmelerin daha az görüldüğü saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada hemşire ve ebelerin gebelik süreci ile bebeklik dönemi boyunca ev ziyareti yapıp müdahalede bulunduğu ailelerde görülen çocuk istismarı olgularının, hiç ziyaret yapıp eğitim vermediği ailelere göre anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır (Eckenrode ve ark. 2000). Aynı çalışma da ev ziyaretinin sağlık ve gelişim sorunlarının önlenmesine karşı umut verici bir yaklaşımı şeklinde yorumlanmış hemşire ve ebelerin bu konuda önemli bir noktada olduğu ifade edilmiştir Hemşire ve ebeler çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında, müdahale edilmesinde aynı zamanda önlenmesinde önemli bir konumdadır. Bu bağlamda hazırlanan bu çalışmanın çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde ve tedavi edilmesinde önemli bir faktör olan ebe ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin belirlenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı çocuk istismarı ve ihmalinin tanınması aynı zamanda önlenmesinde önemli bir rolü olan hemşire ve ebelerin konuyla ilgili bilgi düzeyi ile farkındalıklarının belirlenmesidir.

### 1.3. Araştırmanın Soruları

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeyleri nedir?

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Çocuk ve Çocuk Gelişimi

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesine göre 18 yaşından küçük her insan çocuk olarak kabul edilmektedir (BMS 1989). Çocuk gelişimi, spermin yumurtayı döllemesiyle başlamakta ve ergenlik dönemine kadar olan süreci içine alan zihinsel, sosyal ve biyolojik gelişimi kapsadığı görülmektedir. Biyolojik gelişimin en hızlı olduğu dönem bebeğin anne karnında olduğu dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğum olayı gerçekleştikten sonra refleksler, zihinsel gelişim, duygusal ve sosyal gelişimde biyolojik gelişime eklenmektedir. Bu süreçteki her dönem kendi içinde ayrı olarak önemli olup çocuğun ileriki dönemdeki yaşamını etkilemektedir (Yalçın 2010). On yedi yaşına kadar olan zihinsel gelişimin %50'si 4 yaşına, %30'u 4 yaşından 8 yaşına, %20'si ise 8 yaşından 17 yaşına kadar oluştuğu söylenmektedir. Bu bilgilere göre çocuğun eğitiminde erken yaşların önemi büyüktür. Sağlıklı doğan bebek ilk olarak reflekslerle daha sonra öğrenmeye dayalı davranışlarla hayatını devam ettirirken zaman geçtikçe kendini duygusal ve sosyal olarak geliştirir. İlk başta aile ile başlayan bağ genişleyerek zamanla yeni sosyal ortamlar oluşturur (Bertan ve ark. 2009).

Gelişim kavramı bir bütün olarak ele alınmalıdır. Her alandaki gelişim (zihinsel-sosyal-bedensel) birbirini etkiler ve ayrı şekilde düşünülmesi mümkün değildir. Gelişim kavramını olumlu ve olumsuz etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler çocuğun ileriki yaşamını etkileyerek nasıl bir birey olacağı üzerinde rol oynar. Kalıtım, çevre, anne baba tutumu, beslenme, çocukluk döneminde yaşadığı travma ve buna benzer bir çok faktör çocuk gelişimini etkilemektedir (Yenibaş 2010).

Çocuk tüm canlılar içinde en uzun bakım ve ilgi ile büyüyen korunması, desteklenmesi, yönlendirilmesi gereken bir canlı olarak görülmektedir. Çocuk çoğu toplumlarda aileye bağlılık ve itaatle görevlendirilmiş bu görevi yapmayan çocuklara cezalar verildiği belirtilmiştir. Çocuklara eve maddi anlamda destek verme gibi görevler yüklenmiş çocukların gelişimlerini tamamlamadan bu yükler altında ezildiği gözlemlenmiştir (Uysal 1998). Yirminci yüzyıl çocuklar için birçok yenilikler getirmiş artan refah, sağlıktaki yenilikler ve teknik gelişmeler çocuklara olan bakış açısını değiştirmiştir (Gürhan 2015). Dünya ülkelerince en fazla kabul gören sözleşme olan Çocuk

Hakları Sözleşmesi'nin 6. Maddesi çocuğun yaşam ve gelişme hakkıyla ilgili olup “Taraflar Devletler çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için mümkün olan azami çabayı gösterirler” şeklindedir (BMS 1989). Çocuklar toplumun geleceği olarak nitelendirilmekte bu nedenle toplumların sağlıklı gelişmesi için çocukların fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı gelişmelerine çok önem verilmektedir. Tüm şartların hızlı şekilde değiştiği günümüz koşullarında çocuk ve gençlerimizin her yönden sağlıklı olarak yetiştirilmeleri geleceğimiz açısından büyük önem taşıdığı bilinmektedir (Türker 2017, Ünal 2008).

Dünya nüfusunun ciddi bir bölümünü çocukların oluşturduğu bilinmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine baktığımızda 2016 yılında dünya da 2,2 milyar çocuk yaşadığı ve dünya nüfusunun %30,3'ünü çocukların oluşturduğu belirtilmektedir. Bu verilere göre en yüksek çocuk nüfus oranına sahip ilk üç ülkeye bakıldığında %56 ile Nijer, %55,3 ile Uganda ve %54 ile Malidir. TÜİK 2016 verilerinde Türkiye'nin toplam nüfusu 2016 yılı sonunda 79 milyon 814 bin 871 iken ülkemizdeki 0-18 yaş arası çocuk nüfusu 24 milyon ve tüm nüfus içindeki çocuk nüfusunun oranı ise yüzde 33,3'tür (TÜİK 2016). Bu nüfusun 12,3 milyonunu erkek, 11,7 milyonunu ise kız çocukları oluşturmaktadır ve 167 ülke arasında en fazla çocuk nüfus oranına sahip 96. ülke olduğu görülmektedir (Ulusal Çocuk Hakları Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2017). Türkiye' de 2012 yılı verileri incelendiğinde çocuk yuvası, çocuk evi, sevgi evi, yetiştirme yurdu olarak görev yapan 720 kuruluşta toplam 14.008 korunmaya muhtaç çocuğa bakım verildiği, 39 çocuk ve gençlik merkezinde sokakta yaşayan ve çalışan 8.828 çocuğa rehabilitasyon ve topluma yeniden kazandırmaya yönelik hizmet verildiği belirtilmektedir (Ulusal Çocuk Hakları Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2017).

## **2.2. Çocuk İstismarı ve İhmali**

Çocuk istismarı ve ihmali insanlık tarihiyle ortaya çıkan fakat tıbbi literatüre alınması son yıllara dayanan önemli bir konudur. Gürhan'ın (2015) aktardığına göre İlk kez Hugo ve Dicknes'in romanlarında ele alınan bu konu tıbbi literatüre 1860 yılında Tardieu tarafından Paris Tıp Akademisinde ortaya atılmış ve 1946 yılında radyolog Caffey'in çocuklarda subdural hematoma ve uzun kemik fraktürleri olan bazı vakaların örselenmeye bağlı olduğunu söylemesi takip etmiştir. 1962 yılında çocuk hekimi C.Henry Kempe ve arkadaşları örselenmiş çocuk sendromunu tanımlamışlardır (Kempe et al. 1972).

Literatüre geçen ilk bilinen vaka ise ABD de yaşayan 8 yaşındaki bir kız çocuğuna üvey anne tarafından uygulanan fiziksel istismar olgusudur (Gürhan 2015).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğa etrafındaki diğer kişiler tarafından yöneltilen her türlü şiddet olarak tanımlanmıştır. Başka bir tanım olarak ise “çocuğun fiziksel, ruhsal ve cinsel açıdan kötü davranışlara maruz kalması” olarak ifade edilebilir. İstismarın anahtar kelimeleri tekrarlı olması, çocuğu fiziksel, sosyal ve zihinsel olarak etkilemesi, kasıtlı olarak yapılmasıdır (Yalçın 2011). DSÖ tanımına göre çocuk istismarı “18 yaşın altında görülen bir ilişki bağlamında çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya haysiyetine fiili olarak veya potansiyel bir zarara neden olan her türlü fiziksel ve / veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ve ticari veya diğer sömürü türleridir” şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ 2016).

Çocuk istismarı çok sık gündeme gelen bir konu olmasına rağmen günümüzde giderek artmakta olan bu konu toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Savunmasız ve aslında korunması gereken yaşta olan çocukların bu şiddete maruz kalması özellikle de bunu çocuğun güvendiği aile ortamında yaşaması olgunun daha endişe verici hale gelmesine neden olmaktadır. Çocuğun uğradığı şiddet çocuğu biyolojik, psikolojik, sosyal olarak sarsmakta ve gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir (Uysal 1998, Polat 2007).

Toplumdan topluma değişebilmekle birlikte çocuğa karşı olan bakış çocuk istismarına yön vermektedir. Batı ülkelerine baktığımızda çocuğun tüm sorumluluğunun devlet tarafından üstlenildiği, anne-babanın söz hakkının ise en aza indirildiği koruyucu devlet yapısının karşımıza çıktığı görülmektedir. Buna karşıt olarak doğu ülkelerinde, eğitim dahil olmak üzere çocuklar üzerindeki tüm egemenlik hakkının ebeveynlere bırakılması özellikle kız çocuklarının eğitimden verimli şekilde yararlanmaları konusunda problemlere neden olabilir (Polat 2007). ABD ile İsveç’ te aynı ölçek kullanılarak düzenlenen çalışmada İsveç’in ABD’ye göre %5 daha fazla fiziksel istismar prevalansı bildirdiği görülmüştür. Veriler az olmakla birlikte, Makedonya, Letonya, Litvanya ve Moldova’da 10-14 yaş arası çocuklara yönelik düzenlenen ankete göre, Makedonya’da şiddetli ve orta şiddette psikolojik istismar ve fiziksel istismarın en düşük olduğu görülürken (%12-18) Moldova’da en yüksek (%23-49) olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada istismar oranlarının kırsal alanlarda kentsel alanlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Gilbert ve ark. 2009).

Türk toplumuna bakıldığında toplumu oluşturan kişilerin sosyal yapısı, ailesel ve kültürel bazı özellikleri çocuk istismarını kolaylaştırmaktadır. Ekonomik sorunlar, ataerkil aile yapısı, çoğu zaman tek odalı evde yaşama, küçük yaşta evlilik, eğitimde eşitsizlik, kadına yapılan fiziksel şiddetin normal görülmesi gibi durumlar çocuk istismarının önünü açmaktadır. Dilimizde çok kullanılan “dayak cennetten çıkmadır”, “kızını dövmeden dizini döver” gibi atasözleri de ailenin çocuğa uygulayacağı fiziksel istismarı normalleştirdiği görülmektedir (Oral ve ark. 2010). Aile ilişkilerindeki geleneksel kurallar aile içi şiddete karşı olan hukuk ve politikaların geliştirilmesini engelleyerek şiddet görenlere hizmet sunumunu da zorlaştırmaktadır (UNİCEF 2016).

Türkiye Birleşmiş Milletlerin tüm dünya ülkelerinde çocuk haklarını korumak için ortaya koyduğu Çocuk Hakları Sözleşmesi ile 2010 yılında Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesini ilk imzalayan ülkeler arasındadır (BMS 1989, Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi 2010). Ancak Türkiye'nin pratikte bu sözleşmelerin gereklerini yapamadığı görülmektedir. Çünkü bu sözleşmeyi imzalayan her devlet çocukların her türlü sorumluluğunu aldığını kabul etmektedir. Fakat ülkemize baktığımızda hala eğitim göremeyen, sağlık hizmetinden eşit yararlanamayan, çocuk işçiliği yapan, istismara uğrayan birçok çocuk bulunmaktadır (Polat 2007). Buna bağlı olarak Avrupa Konseyi/Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin 2011 yılında hazırladığı “Mahkeme içtihadında çocukların cinsel istismarı ve çocuk pornografisi” adlı raporunda Türkiye’de görülen davada bir devlet görevlisi tarafından çocuk bir tutukluya tecavüz edilmesini devletin suçluya yeterli güvenlik tedbiri almaması olarak değerlendirildiği bildirilmiştir (Council of Europe / European Court of Human Rights 2011).

Çocuk istismarının sağlıkla ilgili ve sosyal sonuçları tek başına ölüm, yaralanma durumlarının çok daha ilerisinde olup mağdurların fiziksel ve zihinsel sağlığı ile bu alanlardaki gelişimleri üzerinde etkili olduğu söylenmektedir. Çocuk istismarının yarattığı sağlık sorunlarının ve toplumsal maliyetin yanı sıra yol açtığı ekonomik etkilerinde olduğu belirtilmektedir. Tıbbi masraflar olarak bakıldığında; özel eğitim, psikolojik ve sosyal hizmetler, koruyucu hizmetler, bakıcı aile, önleyici hizmetlerin öne çıktığı görülmektedir (DSÖ 2016).

Çocuk istismarı ve ihmali kavramını dört ana başlık oluşturmaktadır. Bunlar; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmaldir.

### 2.2.1. Fiziksel İstismar

Çocuğun fiziksel istismarı DSÖ tarafından “çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması” şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ 2016). Bu süreç önemsiz görölen bir tokatla ya da sarsmayla başlayıp ilerleyen dönemlerde çocuğun ölümine yol açacak kadar ilerleyebilir. En sık görölen şekli tokatlama, tekmeleme, ısırma, sarsma ve kulak çekilmesi olarak karşımıza çıkabilir. Çocuğun fiziksel istismarında en önemli nokta “şüphe”dir. Sağlık kurumuna ya da okula giden çocuğun vücudunda yara ya da izler olması akla fiziksel istismar olgusunu getirmelidir (UNİCEF 2016).

Fiziksel istismara ilişkin kültürel normlar çok değişkenlik göstermektedir. Çocuk fiziksel istismarı disiplin olarak algılayabilir ve bunu şiddet olarak algılayamayabilir. Profesyoneller arasında fiziksel istismar disiplin edici bir yöntem olarak kabul edilmemektedir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komitesi, aşağılayıcı muamele ya da cezanın yasaklanması gerektiğini ifade etmiş ve 1979 yılından bu yana, dünya genelindeki 34 öлке çocukların cezalandırılmasını yasaklamıştır (Abbasi ve ark. 2015).

Fiziksel istismar tanısına ulaşmak için ayrıntılı öykü alınması, ayrıntılı fizik muayene yapılması ve kaydedilmesi gerekmektedir. Ağrılı uyarana aşırı tepki, lezyon, hasar görmesi normal olmayan dil, dudak gibi yerlerde kesiler olması, değişik türlerde yanık, gizlenmeye çalışan yara, kırılmalar mevcutsa başvuru istismar açısından çok yönlü ve hassasiyetle değerlendirilmelidir (Önal ve ark. 2013). Yapılan bir çalışmada yanık ünitesine yatan çocukların %35'inin istismar tanısı aldığı saptanmıştır (Maquire ve ark. 2008, Pelendecioğlu ve Bulut 2009, Polat 2007).

Fiziksel istismar bulguları gözle görölebilen ve muayene ile daha kolay saptanabilecek bulgular olabilir. Yaralanma ile gelen her çocukta fiziksel istismar akla gelmeli ve ona göre değerlendirme yapılması gerektiği belirtilmektedir. Tanı koyma kriterlerine baktığımızda fiziksel istismara uğrayan çocuğun travma ve travma öncesi olayların öyküsü, tıbbi doğum öyküsü, büyüme gelişme öyküsü detaylı değerlendirilmelidir. Kazaya bağlı yaralanmalar ile istismar nedeniyle oluşan yaralanmaların ayırımını yapmak önemlidir (şirin 2007). Gereklili olduğunda tıbbi tedaviyi aramada gecikmede de akla fiziksel istismar riski gelmelidir (NSPCC 2009).

Fiziksel istismar uygulanan çocuğun kısa dönemde ve ilerleyen dönemlerde bunun etkilerini yaşamaya devam ettiği belirtilmektedir. Kısa dönem etkilerine baktığımızda; alt ıslatma, parmak emme, okul başarısızlığı, uyku bozukluğu, gelişimsel bozukluk gibi durumlar karşımıza çıkarken; uzun dönem etkileri olarak, saldırgan davranış, suça yönelme, madde kullanımı, intihar düşünceleri gibi durumlar karşımıza çıkabilir (Kulaksızoğlu 2004). Bu çocukların yakın ilişki kurmakta zorlandığı ve fiziksel istismara uğrayan çocuklar da hiperaktivite, kaygı bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların da daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Tıraşçı ve Gören 2007).

Bulut'un 1996 yılında yaptığı çalışmada çocukların %45'nin ihmal ve istismara uğradığı görülmüş %67 gibi büyük bir oranının ise fiziksel istismara maruz kaldığını saptamıştır. Ülkemizde fiziksel istismar oranının yüksek olmasının nedenini ise ailelerin dayığı çocuğa disiplin uygulama şekli olarak görmesinden kaynaklanabileceğini ifade etmiştir. Taner ve Gökler'in (2004) yaptığı çalışmada fiziksel istismarın cinsiyetler arası oranına bakıldığında erkekler ve kızlar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Fakat kızların ergenlik döneminde daha çok fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada çocukların yaşı arttıkça fiziksel istismara maruz kalma oranları azaldığı belirtilirken annelerin daha küçük çocuklara fiziksel istismar uyguladığı babaların daha büyük yaştaki çocuklara fiziksel istismarda bulunduğu bildirilmiştir.

Lansford ve ark. (2009) yaptığı çalışmada 5 yaşından 21 yaşına kadar süregelen 574 çocuğu prospektif olarak uzunlamasına incelemiş erken fiziksel istismar ile şiddet suçluluğu arasındaki ilişkileri ve erken ergenlik dönemdeki sosyal sonuçları değerlendirmişlerdir. Bu çalışma sonucunda hayatının ilk 5 yılında fiziksel istismara uğramış çocukların suç nedeniyle gözaltına alınma riskinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Fiziksel istismar 2 alt başlık altında incelenmektedir.

#### **2.2.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)**

Fiziksel istismar sonucu çocukta oluşan kafa travmaları 2 yaş altındaki çocuklar da morbidite ve mortalitenin en önemli sebebi olarak görülebilmektedir. Sarsılmış bebek sendromu ilk kez 1946 yılında tanımlanmıştır. Çocukların genelde uzun süren ve susturulamaz ağlamaları gözlemlenmektedir. Sarsılmış bebek sendromu kemik kırıkları, retinal kanama ve subdural/subaraknoid kanama olarak tanımlanan çocuk fiziksel

istismarının ciddi bir formudur. Sarsılmış bebek sendromu çocukluk hastalıkları semptomlarından bir çoğuyla uyumlu halde olduğu için teşhis koymak güçtür. Daha önce sağlık problemi olmayan bir çocuk sıklıkla hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile getirilmektedir. Burada sebep olacak enfeksiyon, metabolik rahatsızlıklar, kanama bozuklukları gibi diğer faktörleri öncelikle elemek gerekir. Eğer oluşan olgu bu sebeplerden dolayı değilse akla fiziksel istismar gelmelidir. Tanı koymada iyi bir fizik muayene ve radyoloji bulgusu gerekebilir (Yağmur ve ark. 2010).

#### **2.2.1.2. Polle Sendromu (Munchausen by Proxy Sendromu)**

Munchausen by proxy sendromu çocuk istismarının çok ağır ve spesifik şeklidir. Hastane hastane gezerek hastalık uydurup ve sayısızca cerrahi ve tıbbi müdahale girişimi uygulatan hastaların “Munchausen sendromu” olarak tanımlanmasından sonra Meadow, aynı durumu çocuklarında oluşturan ebeveynleri “Munchausen by proxy sendromu” olarak tanımladı (Gürhan 2015). Aile ya da bakım veren kişi çocukta bir hastalık varmış gibi yapabilir ve çocuğu sürekli doktora götürebilir. Çocuğun tıbbi tanı ve tedavi almasından mutluluk duyarlar. Aile çocuğa aşırı ilgi gösterdiğinden dolayı fiziksel istismar ihtimali gözden kaçabilir fakat yapılan gereksiz medikal tedavi ve cerrahi işlemler çocuğa zarar verebilir (İnce ve Yurdakök 2014).

Bakım veren kişiler ya da ebeveynler birçok nedenden dolayı hastalık oluşturabilirler. Eğer annede çocuğun hasta olduğuna dair delüzyonel inanç (sanrısız inanç) varsa çocuğu sürekli doktora götürüp işlem yaptırabilir. Hipokondriyak ve obsesif-kompulsif bozukluğu olan ebeveynler normal bulguları abartarak çocuğa tıbbi ve cerrahi işlemler uygulatabilir. Munchausen by proxy sendromu tanısı konulduktan sonra çocuğu güvenceye almak için yapılan işlemlerin durdurulması gerektiği söylenmektedir. Tedavi için erişkin bir psikiyatristten yardım alınarak ebeveyn ya da bakım veren tedavi edilir (İnce ve Yurdakök 2014).

#### **2.2.2. Cinsel İstismar**

Cinsel istismar DSÖ tarafından “Çocuğun, kendisinin tam olarak kavrayamadığı, tam onay vermesi mümkün olamayacak veya gelişme düzeyi açısından hazır olmadığı, ya da toplumun verili yasalarını veya toplumsal tabularını ihlal eden bir cinsel etkinliğe dâhil edilmesi” olarak tanımlanmaktadır (DSÖ 2016). Diğer bir tanım olarak “yetişkin kişinin

cinsel doyumunu için çocuğu kullanması” şeklinde belirtilmiştir. Cinsel istismarın şiddet içermesi gerekmediği gibi çocuğun onayının olup olmadığı da önemli değildir (Dönmez ve ark. 2014, UNİCEF 2016). Cinsel istismar için literatürde çok farklı tanımlar kullanıldığı görölmektedir. Bazen iki çocuğun arasında yaşanan cinsel olaylar cinsel deneyim olarak tanımlanmaktadır (Bulut 2005). Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi, cinsel suistimal’i “baskı, zorlama, tehditle veya aile içi de dâhil olmak üzere çocuklar üzerinde otorite, etki, güven gücü bulunan tanıdık kişiler tarafından çocukların yapısı itibarıyla fiziksel, zihinsel olarak kendine yetememe veya bağımlı olma durumundan yararlanılarak gerçekleştirilmesi” şeklinde tanımlamaktadır (Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi 2010).

Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir. Bunlar; temas içermeyen cinsel istismarlar cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgencilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsel dokunma ise istismarcı kurbanı dokunabilir ya da kurbanı kendisine dokunması için zorlayabilir. İnterfemoral ilişki, penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şekli olarak görölmektedir. Cinsel penetrasyon genital ilişki, anal ilişki, oral ilişki, objelerle penetrasyon ve parmakla penetrasyon olarak karşımıza çıkabilir. Son olarak cinsel sömürü çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar (Polat 2007).

Çocukta cinsel istismarın bazı belirtileri vardır. Bu belirtiler genital bölge, ağız, kol, ense, bacaklarda ekimoz ve sıyrıklar, ısırık izleri ile birlikte rektal dokuda yırtılma, vajinal açıklıkta dilatasyon, vajinal ve rektal kanama şeklindedir. Küçük yaştaki çocuklara daha çok oral ve anal tacize rastlanırken vajinal ilişki daha çok 6-8 yaş grubunda görölmektedir. Cinsel taciz ölümle sonuçlanabilir. Çocuk cinsel yaklaşımı fark edip bundan kaçmak istediğinde tacizci buna öfke duyup çocuğa şiddet uygulayabilir. Tacizci aileden biri ise çocuk bunu açıkladığı zaman dışlanacağını ya da ailesinin bozulacağını hissine kapıldığından kendini tacize katlanmak zorunda hissedebilmektedir (Kocaer 2007, Alpaslan 2014).

Pek çok cinsel suç gizlice taahhüt edilmekle birlikte açıklanmamasına rağmen küçük çocuklarda kanama ve ağrı ile kendini gösterir ve genellikle gizlenmesi mümkün değildir. Bu çocuklar, gizlenmesi zor olan HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkları alma riski taşımaktadırlar. Temmuz 2004’ten Haziran 2005’e kadar Zimbabwe’de cinsel istismar vakalarında 1194 kayıtlarının analizi edilmesiyle %94 penetratif cinsel ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bunların arasında HIV testi ve pozitif olanların oranı %6 olarak bildirilmiştir (Kisanga 2012).



Çocuk yaşta cinsel travma deneyimlemek; maruz kalan çocuğun duygusal dünyasını sarsmakta onu yaralayan ve yaşantısı boyunca hatırlayacağı acı bir deneyim olarak çocuğun karşısına çıkabilmektedir. Çocuk istismarları arasında tanı konması en güç olan istismar şekli cinsel istismardır (Polat 2007). Farklı 169 ülkede yapılan araştırmanın meta-analizi sonucunda kadınlar için cinsel istismarın yaşam boyu yaygınlık oranlarının %25, erkekler için %8 olduğu ve Kuzey Amerikalı kadınlarda %15 ila %22 aralığında olduğu saptanmıştır (Ezzati ve ark. 2004).

Dönmez ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları araştırmada en sık bildirilen cinsel istismar tipi kızlarda %42,7 ile bedene cinsel amaçlı dokunma, erkeklerde %50 ile anal penetrasyon olarak belirtilmiştir. Olguların %57,7'sinde istismarcının tanıdık ve %7,4'ünde aile içinden olduğu tespit edilmiştir. Mağdurların %89,8'inde cinsel istismarın temas, %46'sında penetrasyon içerdiğini saptamışlardır (Dönmez ve ark. 2014). Şimşek ve arkadaşlarının (2011) yılında poliklinikte yaptığı çalışmada istismarcıların %48,6'sının mağdur tarafından tanınmayan kişiler olduğu %16,6'sı ise kızların erkek arkadaşları olduğu görülmüştür. Mağdur çocukların %11'inde cinsel içerikli eyleminin bir yıldan uzun sürdüğü, %14'ünde 10'dan fazla sayıda gerçekleştiği bildirilmiştir.

Mendalawi'nin (2012) Bahreyn'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan Sulmaniya Tıp Kompleksi'ndeki geriye yönelik tarama yaparak baktığı ve son on yılda cinsel istismar tanısı alan çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocuk sayısının 440 olduğunu ve yaş ortalamasının 8 olduğunu belirtmiştir. Çalışmadaki olguların 222'sinin erkek, 218'inin kadın olduğu ve bu çalışmada her yıl olgu sayılarında artış olduğu bildirilmiştir. Cinsel istismar kavramı 3 başlık altında incelenmektedir.

### **2.2.2.1. Ensest**

Ensest kelimesinin Latince aslı incestus olup sıfat olarak “pis, kirlenmiş, temiz olmayan” anlamına gelmektedir (Mayer 1983). Ensest ilişki çoğu toplumda reddedilmiştir. Ensesti kabul eden toplumlar tarihte çok azdır. *American Journal of Psychiatry*' de yayınlanan yazıda “çocuk ile ana-baba ya da çocuk ile büyükanne-büyükbaba arasındaki uygunsuz cinsel ilişki” tanımı yapılmıştır (Swanson ve Biaggio 1985).

Ensest, aile içinde anne-baba figürüne, gücüne ve hakimiyetine sahip kişilerin çocuğu cinsel anlamda istismar etmesi olarak tanımlanır. Daha sonra bu tanım genişletilerek “birbiriyle evli olanlar dışındaki aile üyeleri arasındaki her türlü cinsel

davranış olarak” tanımlanmıştır. Ensest diğer istismar tiplerine göre daha önemlidir. Çünkü aile içinde yaşandığından dolayı mağdur olan kişi ailenin parçalanacağı ya da kendisinin suçlanacağından ötürü bu durumu çok uzun süre saklayabilir. Bu nedenle tacize uzun süre maruz kalır ve daha kalıcı sonuçlar ortaya çıkar (Şahin ve Taşar 2012, Genç ve Çoşkun 2013).

Ensest görülen aileler çoğu zaman beklendiği gibi problemlili aileler değildir. Dışarıdan bakıldığında herşey sağlıklı görülebilmektedir. Fakat çocuklarla aralarında daha soğuk ve sınırlı ilişkiler mevcut olduğu belirtilmektedir. Ev içerisinde cinsel içerikli davranışların görülmesi normal karşılanabilir. Babada genellikle kişilik bozukluğu ya da madde kullanımı görülebilir. Anne genelde çocuğa karşı ilgisiz davranabilir. Anne ensest ilişkiyi farketse bile düzenli aile hayatını bozmamak, şiddet görme korkusu ve etrafın ayıplamasından çekindiği için bu durumun ortaya çıkmasına engel olabilir. Aile genelde dışı kapanık ve kendine dışı ortama karşı izole etmiş şekilde karşımıza çıkabilir (Bozbeyoğlu ve ark. 2010). Ensest ilişkiler de risk faktörleri olarak; alkol ya da madde kullanan baba, otoriter baba, ailede koruyucu annenin olmaması, anne-baba arasında cinsel ilişki olmaması, anne-babanın ailesinde daha önce ensest ilişki varlığı gibi faktörler sıralanmaktadır (Polat 2007).

#### **2.2.2.2. Pedofili**

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından en son yayınlanan DSM-V Tanı Kriterleri kitabında pedofiliyi cinsel sapkınlık (parafili) bozuklukların alt başlığında incelemiştir (DSM-5). Tanı kriterlerinde;

- İlk altı aylık bir süre boyunca ergenlik öncesi çocuk ya da çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmakla ilgili yenilenen, cinsel yönden uyarıcı yoğun düşünceler ya da davranışlar bulunması,
- Kişi bu cinsel itkilerine göre davranmıştır ya da cinsel düşlemleri klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası güçlüklereden neden olması (DSM-5).

Pedofili olgularında fantazilerinin genellikle benliğe yabancı olmadığı (egosintonik) ve kişilerde rahatsızlık uyandırmadığı bilinmektedir. Bu nedenle bozukluğu olan kişiler psikiyatri kliniklerine başvurmaz ve olguların ortaya çıkarılıp tedavi edilmesi güçleşebilir. Ancak hukuksal olarak yansıyan vakalar bilinmektedir. Bu kişiler genellikle çocukla önceden bağ kurabilir ya da tanıdıkları çocuklara cinsel davranışları uygulamayı

tercih edebilirler. Yakalandıklarında da çocuğa öğretmek için ya da çocuğunda zevk aldığını ortaya sürerek durumu normalleştirmeye çalışabilirler (Erdoğan 2010).

### **2.2.2.3. Çocuklarda Cinsel Sömürü**

Çocuklara yönelik olan cinsel sömürü tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir sorundur. Dünya da çocuklara yönelik iyileştirici faktörler olsa da hala kötü koşulların devam etmesi çocuklarda cinsel sömürüye zemin hazırlamaktadır. UNICEF’in 2005 ve 2006 raporlarına göre savaşlar, soykırımlar, silahlı çatışmalar ve gelir dağılımındaki adaletsizliklerin daha da büyüyerek yoksulluğun artması bunda en büyük etkidir. UNICEF (2006) çocukta cinsel sömürü kavramını “çocuğun bir yetişkin tarafından aynı veya nakdi herhangi bir kazanç karşılığında cinsel istismara maruz bırakılmasıdır” şeklinde tanımlamıştır. Cinsel sömürü başlığı altında karşımıza yeni kavramlar çıkmaktadır.

*Birincisi Çocuk fuhuşu;* çocuğun maddi ya da başka bir yarar karşılığı cinsel etkinliklerde kullanılması anlamına gelir. Çocuklar çoğunlukla bu işi yöneten ya da denetleyen bir aracı kişi tarafından kontrol altında tutulmasıdır.

*İkincisi Çocuk Pornosu;* çocuğun cinsel obje olarak gösterildiği görüntüsel ve sesli materyallerdir.

*Üçüncüsü Çocuk Seks Turizmi;* çocuğa cinsel aktivitede bulunmak için kendi ülkesinden genellikle daha az gelişmiş olan ülkeye cinsel sömürü için yapılan seyahattir.

*Dördüncüsü Çocuk Evliliği;* çocuğun 18 yaşını doldurmadan önce evlendirilmesidir. Ülkemizde sık görülen bu duruma yasal olarak göz yumulsa da cinsel sömürünün yasal tasdikli kamufürlü halidir (Polat 2007).

### **2.2.3. Duygusal İstismar**

Duygusal istismar “hem tekil olaylar, hem de bir ebeveynin ya da bakıcının, bir süreç içinde, çocuğa gelişimi açısından uygun ve destekleyici bir ortam sağlamadaki başarısızlığı” şeklinde tanımlanmıştır (DSÖ 2016). Fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan her çocuk aynı zaman da duygusal istismara da maruz kalmaktadır (UNICEF 2016). Duygusal istismar ilk kez 1974 yılında ABD’de “Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı” isimli yasada “mental hasar” terimiyle dikkat çekmiştir. Duygusal istismara uğramış çocuklarda diğer istismarlarda olduğu gibi somut belirtiler görülmeyebilir.

Çocuğun davranışlarından ve çocuk ile yapılacak derinlemesine görüşme sonucu tanı konabilmektedir (Kara 2010).

Çocuğun nitelik ve kapasitesinin sürekli kötü olarak kullanılması, sosyal çevreden soyutlanması, gücüne ve yaşına uygun olmayan isteklerde bulunulması, çocuğu reddetme, sözel olarak saldırı, korku yaratmasına neden olan yıkıcı davranış, yalnız bırakma, aşağılama duygusal istismara yol açan yaklaşımlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Duygusal istismar tek başına ya da başka bir istismarla birlikte görülebilir. Sözel ya da sözel olmayan, pasif ya da aktif, istemli veya istemsiz bir suç sonucu meydana gelebilir (Dinleyici ve Dağlı 2016, Polat 2007). Duygusal istismara maruz kalan çocuğun gelişimi olumsuz etkilenebilmektedir. Kendini değersiz hisseden çocuk sosyal olarak çekilme yaşayabilir bu durum ömür boyu süren duygusal problemlerin oluşumuna yol açmaktadır (Gürhan 2015).

Arslan ve Belkıs'ın (2016) ortaöğretim kurumlarında yaptığı araştırmada anne-babadan algılanan duygusal istismar ile problemlili davranışlar arasında pozitif yönde, psikolojik sağlamlık ve öz-yeterlik ile problemlili davranışlar arasında negatif yönde bir ilişki saptamışlardır. UNICEF'in teknik desteği ile SHÇEK Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde yapılan "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" nda 7-14 yaş arasındaki kız çocuklardan alınan bilgiler doğrultusunda duygusal istismara en çok arkadaş, öğretmen, baba ve anneleri tarafından maruz kaldıkları belirtilmiştir. Bu yaştaki erkek çocuklar ise duygusal istismarı en çok uygulayanların öğretmenleri, arkadaşları ve babaları olduğunu bildirmişlerdir (Oral ve ark. 2010).

#### **2.2.4. İhmal**

Çocukta ihmal DSÖ tarafından "hem tekil olaylar, hem de bir ebeveynin veya başka bir aile üyesinin, aslında mümkünken, çocuğun gelişimi ve esenliği için yapılması gerekenleri yapmaması söz konusudur" şeklinde tanımlanır (DSÖ 2016). Diğer bir tanım ise "çocuğun bakımı ile yükümlü olan bireylerin çocuğun beslenme, barınma, sevgi, güven, eğitim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması" olarak tanımlanmıştır (Gürhan 2015).

Çocuk ihmali diğer bir boyut olarak çocuğun pasif istismarıdır. Ebeveyn ya da bakımla yükümlü olan kişi çocuğun bakımı, korunması, güvenliği, beslenmesi, giyimi ve eğitimi gibi ihtiyaçları karşılamaz sağlığını ve temel ihtiyaçlarını ihmal edebilir ve bu

durum çocuğun gelişimi ve güvenliğine zarar verebilmektedir (Gürhan 2015, Polat 2007). İhmal edilen bir çocukta çocuğun sık sık okula gitmeme, yemek yememe, para çalma, tıbbi ve diş bakımında azalma ve sürekli hijyen durumunda azalma yaşanması gibi durumlar gözlemlenebilmektedir (Abbasi ve ark. 2015).

Çocuğun genel ihmali dışında çocuğun tıbbi ihmali kavramı da karşımıza çıkmaktadır. 2006 yılında yapılan araştırmada 19,910 tıbbi ihmal vakası raporlanmış bu da 1000'de 0,3 olarak bildirilmiştir. Çocuk ihmali için en büyük risk faktörünün yoksulluk olduğu söylenebilir. Diğer risk faktörleri ise yetersiz sosyal etkileşim, geniş aile, anne babanın madde kullanımı, tek ebeveyn sahibi olma gibi durumlar karşımıza çıkabilmektedir (Legano ve ark. 2009).

### **2.3.Çocuk İhmali İstismarı ve Kuramlar**

Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerini açıklamaya yönelik birçok kuram ortaya atılmış ve çalışma yapılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmeline ilişkin modeller tek istismar çeşidine özgü olmayıp konuyu bütüncül olarak ele almaktadır. Bu modellere kısaca bakacak olursak;

*Sosyal Öğrenme Modeli:* Bu kuramın temel varsayımına göre çocuk istismarı çevresel faktörlerin ve karşılıklı kişisel etkileşimlerin ortaya çıkardığı davranışlar olarak görülmektedir (Tıraşçı ve Gören 2007 ). Bu kuram ana-babaların kendi ebeveynlerini rol model aldıklarını ve çocuklarından yapabileceklerinden daha fazlasını beklediklerini savunmaktadır. Yani çocukluğunda şiddet gören birey aynı şekilde kendi çocuklarına da şiddet uygulayabilir (Şirin 2007).

Sosyal öğrenme kuramının savunucularından olan Albert Bandura çocukların başkalarının davranışlarını gözlemleyerek bu davranışlara benzer davranışlar göstereceği ve rol model alacağı görüşünü savunur. Saldırgan davranışların oluşmasındaki önemli etkenlerden biri çevrede görülen davranışın gözlenmesi olabilir (Bandura 1971). Bu model insan davranışı üzerinde durmakta sosyokültürel etmenlerle ilgilenmemektedir. Çocuk istismarının anne-babaların kişilik özelliklerinden dolayı değil, öğrenilmiş davranış kalıplarından dolayı oluştuğu teorisini ortaya atmaktadır (Şirin 2007).

*Psikiyatrik Model:* Bu model oluşan davranışın genellikle anne ve babalardan kaynaklanacağını düşünür ve anne-baba özelliklerini incelemeye ağırlık vermiştir. Bu teoriye göre çocuklarını istismar eden ebeveynlerin ortak özelliklerine bakıldığında

çocuklarına karşı kırgınlık, kızgınlık, kıskançlık ve onu reddetme gibi duygular gözlenebilmektedir. İstismar uygulayan ebevyenlerin narsistik eğilimler, impulsif kontrol zayıflığı, kompulsivite, kaygı gibi kişilik özellikleri olduğu belirtilmiştir (Kozcu 1991). İstismarcı ebevyenlerin psikopatolojik olarak değerlendirmelerine bakıldığında; istismarcı kişinin büyük kısmının zeka seviyesinin normal olduğu, kendisine saygısının olmadığı, güven duygusunun az olduğu, yetersizlik duygusu yaşadığı, kişisel ve sosyal hayatta başarısız olduğu gözlemlenmiştir (Polat 2007).

*Sosyolojik Model:* Bu modelde toplumsal değerler, aile, sosyal çevre ve toplumda istismara neden olan faktörler üzerinde durulmaktadır. Aile içi şiddetin kültürel şiddet düzeyinden etkilenebileceğini savunmuştur. Kitle iletişim araçlarının şiddeti normalleştirilmesi, ilişkilerde şiddetin onaylanması, çocuk yetiştirmede fiziksel şiddetin disiplin aracı olarak görülmesi gibi faktörler çocuklara yönelik istismar ve ihmali arttırabilmektedir (Şirin 2007).

Bu model stres ve baskılanmanın da istismar ve ihmale neden olacağını savunur. Herhangi bir iş sahibi olmama, barınma olanaklarının yetersiz olması, yoksul olma, düşük sosyoekonomik koşullar, geleneksel aile modelinden çekirdek aile modeline geçilmesinden kaynaklı, ebevyenlerin çocuk yetiştirme ve diğer konulara ilişkin sosyal destek sistemlerinin azalması gibi stres kaynakları çocuk ihmali ve istismarını arttırabilir (Şirin 2007).

#### **2.4. Çocuk İstismarı Epidemiyolojisi**

Çocuk istismar ve ihmalinin çok yaygın olduğu bilinmekte fakat bu konuyla ilgili yeterli olgulara ulaşılmakta zorluk yaşanmaktadır. Çocuk istismarı hem mağdur için hem de toplum için ciddi sorunlar oluşturabilir. 2010 yılı ABD Çocuk Koruma Hizmetleri raporuna göre ABD’ de 121,380 fiziksel istismar vakası, 55,455 psikolojik istismar vakası ve 63,527 cinsel istismar vakası tespit edilmiştir. 2010 yılı Dördüncü Ulusal İnsidans Çalışmasına (NIS-4) dayanan kongre raporuna göre tek bir çalışma yılında 553,000 çocuğun istismara uğradığı bu mağdurların %58’inin fiziksel istismara uğrarken %24’ünün cinsel istismara uğradığı raporlanmıştır (Gürhan 2015, Lindo ve ark. 2013).

Hindistan Delhi'deki çocuk gözlem evinde erkekler arasında fiziksel ve cinsel davranış ve davranış sorunlarının ele alındığı bir çalışmada, deneklerin yaklaşık %76,7’sinin fiziksel istismarı bildirdiği, fiziksel istismarın en yaygın faillerinin önce babalar (% 55,2) ve ardından polis (% 29,7) olduğu belirtilmiştir. Yine Hindistan’da

yapılan ve ülkedeki 13 şehri kapsayan çalışmada cinsel istismara uğradığını belirten mağdurların % 52,9'u erkek, % 47,'sinin kız olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada cinsel istismarı bir ya da daha fazla formda bildiren çocuklar istismarın 5 yaşındayken başlamasına rağmen, 10 yıl sonrasına kadar 12 ile 15 yıl arasında zirve yaparak düşüşe geçtiği belirtilmiştir (Kacker ve ark. 2007).

Ülkemizde ise çocuk istismarı en önemli problemlerden biri olmasına rağmen yapılan çalışmalar çok yetersizdir. Gerçek durumu yansıtan sayısal verilerin çok az olması, bu konuda sağlıklı verilerin toplanmasını da engellemektedir. Hem çocuğun bu durumu saklaması hem de kişinin bir kuruma başvurduğunda kurumun istismar olayının üstünü kapatıp kayıtlara yanlış geçirmesi sağlıklı çalışmaların yapılmasını engellemektedir (UNİCEF 2016). Çocuk istismarlarında özellikle cinsel istismara maruz kalan çocuk durumu gizleyebilmekte ve bu istismara uzun yıllar boyunca maruz kalabilmektedir. Özellikle ensest ilişkilerde çocuk kendini baskı altında hissedebilir. Aile düzeninin bozulacağından dolayı kendini suçlu hissedebilir, toplum tarafından dışlanacağını düşünebilir bu nedenle yaşadığı durumu kimseyle paylaşmak istemeyebilir (Polat 2007). Olayın toplum içerisinde gizlenmesi oluşan olguların ortaya çıkmasını güçleştirebilir. Bu olguları toplumun gizlemek istemesinin temel sebebi davranışın açığa çıkması halinde mağdur olan kişinin yaşanılan toplumdaki dışlanması, ayıplanması kaynaklıdır. Fakat bu tür olguların gizlenmesi benzer olguların yinelenmesinde önemli bir faktör olabilir. Toplumun kabul ettiği ya da hoş gördüğü diğer konuda bulunduğu toplumda söz sahibi kişilerin kız çocuklarını kullanmakta kendisine verilmiş olan üstünlük olabilir. Bu durum failin kendisini güçlü hissetmesine ve yaptıklarını bir hak olarak değerlendirmesine yardımcı olabilir (İnci 2010).

TÜİK'in 2014 raporunda aktardığına göre 6-14 yaş arasındaki 11,386 çocuktan 577'sinin ekonomik faaliyetlerde çalıştığı saptanmıştır. Yine aynı raporda erkek çocukların % 32, kız çocukların % 33,1 'inin yoksulluk sınırında yaşadığı belirtilmiştir (TÜİK 2014). TÜİK 2014 raporuna göre 273,571 çocuktan 102,350 erkek çocuğun ve 13,089 kız çocuğun suça sürüklenme suçu nedeniyle güvenlik kurumlarına getirildiği bildirilmiştir (TÜİK 2014). Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi'ne başvuran çoğunluğu 12 yaş altındaki çocukların %45'inin fiziksel, %40'ının cinsel, %10'unun ihmal, %5'inin duygusal istismara uğradığı ve istismarın ancak uzmanlar tarafından fark edildiği belirtilmektedir (Yalçın 2011). Zoroğlu ve ark. (2001) 839 lise öğrencisinde yaptıkları araştırmada gönüllülerin

yaşam boyu %16,5'i ihmal, %15,8'nin duygusal istismar, %13,5'nin fiziksel istismar ve %10,7'sinin cinsel istismara uğradığı ifade edilmiştir.

2010 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu koordinasyonu ve UNICEF'in teknik desteği yürüttüğü çalışmada "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" sonuçları okul, aile vb. ortamlarda çocukların %25'inin ihmale, %45'inin fiziksel istismara, %51'inin duygusal istismara ve %3'ünün cinsel istismara maruz kaldığını belirtmektedir (UNICEF 2010). Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 2007 yılında yayınlanan Türkiye'de ortaöğretime devam eden öğrenciler ve Ceza ve İnfaz Kurumlarında bulunan tutuklu ve hükümlülerde yapılan anket çalışmasında çocukların %53'ünün sözel, %36'sının duygusal, %22'sinin fiziksel ve %16'sının cinsel şiddetle karşılaştıkları bildirilmektedir.

## **2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler**

Çocuğun istismar ve ihmale uğramasına neden olacak ailevi, dini, sosyal yapı, ekonomi, kültür gibi birçok faktör mevcuttur. Bunları kendi içinde şu şekilde gruplayabiliriz (Gürhan 2015).

*Aileden Kaynaklı Nedenler:* Çocuğun bakımını üstlenmesi ve çocuğun yetiştirmesi ailenin temel fonksiyonlarından biridir. Olumlu bir çevre yaratmak çocuğa güven vermek, çocuğa anlayışlı ve sevgi dolu yaklaşım göstermek çocuğun olumlu bir kişilik kazanmasına yardımcı olmaktadır (Şirin 2007, Deveci ve Açık 2003 ).

Ebeveynin; düşük eğitim düzeyine sahip olması, alkol madde kullanması, psikiyatrik rahatsızlığının olması, üvey anne ya da baba olması, fiziksel cezayı bir disiplin anlayışı olarak benimsemesi, geçmişinde istismar öyküsü olması, doğan çocuğun beklentiyi karşılamaması çocuk istismar ve ihmalinin oluşması için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (Gürhan 2015). Ebeveynlerin arasındaki ilişkinin bozuk olması, ebeveynlerden birinin iş kaybı yaşaması, ebeveynlerden birinin ölümü gibi daha oluşacak birçok kriz durumunu yönetemeyen aile içinde yaşayan çocuğun istismar ve ihmale maruz kalma olasılığı artmaktadır. Bu istismar ve ihmali yaşayan çocuğun ileride kendi çocuğuna istismar uygulama ihtimali yükselebilmektedir (UNICEF 2016).

Ailedeki çocuk sayısının fazla olması ailede görülen şiddet olgularının artmasına neden olabilmektedir. Aynı şekilde alt sosyoekonomik seviyelerdeki ailelerde şiddetin daha belirgin olarak görüldüğü belirtilmiştir (Arıkan 2000). Düşük sosyoekonomik durum,



çocuğun yoksul ve kalabalık ailede yaşanması hem ihmal edilmesine hem de istismara uğrama durumunu arttırmaktadır (Şirin 2007). Çocuğa istismar uygulayan ebeveynlerin benmerkezci olmaları, sadece kendi haz ve mutluluklarını düşünmeleri, sorumluluklarını yerine getirmemeleri gibi ortak kişilik özelliklerinin olduğu bilinmektedir (Gürhan 2015). İstismara uğrayan çocukların %84'ünün biyolojik ya da biyolojik olmayan bir ebeveyn tarafından zarar gördüğü, fail olarak kalan kısmı diğer akrabalar oluştururken gündüz bakım verenlerin daha az kısmını oluşturduğu ifade edilmiştir (Lindo ve ark. 2013). Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun 1995 yılında yaptığı araştırmada kadınların %10,2'si erkeklerin %19,2'si kendi çocukluklarında anne-babalarından sık sık şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Çocukluklarında anne-babalarından hiç şiddet görmeyen kadınların oranı %36,14 erkeklerin oranı ise %21,34 olarak belirtilmiştir. Anne-babaların çocuğu terbiye etme gerekçesiyle bilinçli ya da bilinçsiz olarak çocuklara zarar vermeleri çocukların fiziksel, ruhsal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir (Lök ve ark.2016).

Steir ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada küçük yaşta çocuk sahibi olan annelerin çocuklarında ihmal ve istismar oranının iki kat daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Çocuğunu istismar ve ihmal eden ebeveynlerin kişilik özelliklerine bakıldığında narsistlik eğilimi, dürtü bozukluğu, takıntılı düşünce, paranoid tutum, depresyon ve içe dönük kişilik özellikleri görülebildiği belirtilmiştir (Pala 2011). NİS-4 raporunda işsiz ebeveynleri olan çocukların, çalışan ebeveynlere sahip olan çocuklara kıyasla 2-3 kat daha fazla ihmale uğradığını belirtmiştir. Yine çalışan çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada çocukların %20,0'ının fiziksel, %9,6'sının duygusal, %2,7'sinin cinsel olmak istismara uğradığı bildirilmiştir. Çalışma sonucunda aile gelirinin kötü olmasının her tür istismar ve ihmal olasılığını arttıracığı tespit edilmiştir ( Öncü ve ark. 2012).

*Çocuktan Kaynaklı Nedenler:* Çocukta bulunan bazı özellikler çocuk istismar ve ihmali kolaylaştırmaktadır. Her yaş grubunda görülse de çocuğun yaşının küçük olması istismara maruz kalma oranını arttırmaktadır. Çocuğun fiziksel ve sosyal özellikleri ailenin beklentisini karşılamıyorsa bu çocuklarında istismar ve ihmale maruz kalma olasılığını arttırabilmektedir (Şirin 2007).

Çocuğun kronik hastalığının bulunması, psikiyatrik rahatsızlık göstermesi, bazı toplumlarda kız çocuğu olması, istenen cinsiyette olmaması, davranış bozukluğu olması,

fiziksel ya da zihinsel özürlü olması istismar ve ihmale uğraması için birer risk faktörü oluşturabilir. Sürekli bakım isteyen çocuklar da ebevyenlerden birinin çocuğa istismarda bulunma olasılığı artabilir (Tezel 2002, UNİCEF 2016). Mental retardasyonu olan ya da gelişim bozukluğu gösteren çocukların daha fazla istismar edildiği ifade edilmektedir. Yoğun bakım ve ilgi gerektiren bu çocukların eğitilmesi de aile için zor olup sabır ve özveri gerektiren bir süreci aileye yükler. Ailenin de beklentisini karşılamayan bu çocuklar istismar edilme açısından riskli grubu oluşturmaktadır (Kocaer 2006). NİS-4 veri raporuna göre cinsel istismar insidans oranının kızlar arasında genel olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine aynı raporda siyah çocuklar için kötü muamele oranının, beyaz ve hispanik çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu söylenmiştir (Sedlak ve ark. 2010).

*Toplumsal Kaynaklı Nedenler:* Şiddete olan bakış açısı toplumlara göre farklılık göstermektedir. Toplumsal etmenler bazı durumlarda çocuk istismarını doğrudan etki edeceği gibi bazen de tetikleyici ve sürdürücü olabilmektedir. Toplumsal kaynaklı en önemli risk faktörü yoksulluktur. Yoksulluk ve işsizliğin artmasıyla beraber zor koşullarda yaşayan çocukların daha çok istismara uğradığı bilinmektedir. Çocuğu koruyan yasaların az olması, şiddetin sosyal olarak kabul edilmesi, erken yaşta evliliklerin normal kabul edilmesi çocuk istismarı için toplumsal kaynaklı nedenlerdir (Gürhan 2015, Tezel 2002).

Çocukların istismara uğramalarının önlenmesi yaşadıkları toplumun duyarlılığı ile ilişkili olabilir. Toplumda şiddetin kabul edilebilir olması çocuğa uygulanacak istismar oranını arttırabilir. Cinsiyetle ilgili eşitsizlikler, korunmaya yönelik yasaların olmaması, çocuğa verilen değerin az olması, sosyal bağlantılar ve ilişkilerin zayıf olması, ceza yaptırım gücünün yeterli olmadığı sistemin mevcudiyeti gibi faktörler çocuk istismarını daha çok görülmesine neden olabilir (UNİCEF 2016). Çevre, istismar ve ihmalde önemli rol oynayan bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Çocuklar sadece kendilerine yöneltilen öfkeden değil, bu unsurların bulunduğu bir çevre de bulunmaktan da etkilenebilir. Televizyonlardaki şiddet içerikli programlar da, şiddetin oluşmasında ya da bunun bir çözüm yöntemi olarak kullanılmasında etkili faktörlerden biri olabilir. Çocukların şiddet görmesine engel olacak ve şiddetin olumsuz etkilerinden koruyacak en önemli toplumsal faktörler; yeterli ve özenli bakım, sağlıklı yetişkin yaklaşımı ve aile fertleri arasında güçlü iletişim olarak gösterilebilir.

## 2.6. Dünya da ve Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yeri

Dünya da çocuk hakları gelişimine baktığımızda savaşlar sonucunda açlık ve hastalık yaşayan çocukların artması milletler arası yardım faaliyetlerinin oluşmasını zorunlu hale getirmiştir. İlk olarak 1923 yılında çocukları her türlü ihmal ve istismardan korumak onları her durumda yetişkinlerden ayrı ve özel olarak değerlendirmek için Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi yayınlanmıştır (Cenevre Hakları Beyannamesi, Örün ve Tatlı 2012). 20 Kasım 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcileri ile beraber Çocuk Hakları Sözleşmesini oybirliği ile onaylanarak metnin hazırlanması gerektiği ifade edilmiş ve yeni çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesini oy birliği ile kabul etmiştir (BMS 1989). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinden sonra bu sözleşmeye ek olarak 8 Eylül 2000 tarihinde New York'ta "Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'ye Ek Çocuk Satışı, Çocuk Fahişeliği ve Çocuk Pornografisi ile İlgili İhtiyari Protokol"ü imzalanmıştır (Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeye Ek Çocuk Satışı, Çocuk Fahişeliği ve Çocuk Pornografisi İle İlgili İhtiyari Protokol 2002). Çocukların Cinsel İstismar ve Sömürüye karşı Korunmasına İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi (Lanzarote Sözleşmesi) suçlara dair Avrupa Komitesi tarafından 2005 yılında oluşturulan çocukların cinsel istismar ve sömürüye karşı korunmasına ilişkin hükümler içermiş ve 2007 yılında kabul edilmiştir (Lanzarote 2007).

DSÖ ve International Society For The Prevention Of Child Abuse&Neglect (ISPCAN) son 20 yıl içinde, çocuklara yönelik şiddetin sonlandırılmasına dair yaklaşımları yeniden ele alarak ve bu anlamda stratejilerini geliştirerek çocuklara yönelik şiddetle ilgili daha etkili veriler toplanmasını sağlayacak uygulamaların üzerinde durmaktadır (DSÖ 2016). Çocuk hakları ve çocuk haklarına dair Türkiye de bulunan düzenlemeler tek bir çatı altında toplanmamış, dağınık ve çeşitlidir. Türkiye'nin 14.09.1990 tarihinde imzaladığı 1995 yılında resmi gazete de yürürlüğe girmiş olan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinde çocuk hakları; yaşamsal haklar, gelişme hakları, korunma hakları ve katılma hakları şeklinde sınıflanmaktadır.

*Yaşamsal Haklar:* Çocuğun yaşama ve uygun yaşam standartlarına sahip olma, tıbbi bakım, beslenme barınma gibi temel hak kavramlarını kapsayan maddelerdir.

*Gelişme Hakları:* Çocuğun eğitim hakkı, oyun hakkı, bilgi edinme hakkı, düşünce özgürlüğünü içine alan haklardır.

*Korunma Hakları:* Çocuğun her türlü ihmal, istismar ve sömürüye karşı korunmasını sağlayan haklardır.

*Katılma Hakkı:* Görüşünü açıklama, kendisini ilgilendiren konularda karara katılma, aile de ve toplum da aktif bir rol kazanmasını sağlayan haklardır (BMS 1989).

Çocukların ihmal ve istismarıyla ilgili durumlarda çocuk hukuku ile ilgili temel ve ceza öngören ilkeler olarak Anayasa ve Türk Medeni Kanunu (TMK) ve bu olgularda uygulanabilecek temel düzenlemeler olarak Ceza Muhakemeleri Kanunu ve Türk Ceza Kanunundaki (TCK) hukuki prosedürlere göre uygulanır (TCK 2004).

*Anayasa:* Anayasanın 10. Maddesinde “Herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inan, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetmeksizin kanun önünde eşittir” demiştir. 2010 yılında yapılan değişiklikle “Çocuklar, yaşlılar, özürllüer, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz” ibaresi eklenmiştir. Yine 2010 yılında yapılan halk oylaması sonucu Anayasamızın 41. Maddesi değiştirilmiş ve başlığı “Ailenin Korunması ve Çocuk Hakları” olmuştur (Anayasa 1982).

Anayasa’nın 50. maddesine göre “kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar” denilerek, güçlü olmayanların korunması ilkesi gereği ile çocukların bu madde ile ekonomik istismardan korunması Anayasa güvencesine alınmıştır. Anayasa’nın 42. Maddesinde “kimse eğitim ve öğretim hakkından yoksun bırakılmaz” ifadesi ile tüm bu hakların kullanılmasında önemli rol oynayan eğitim hakkı Anayasa ile güvence altına alınmıştır (Anayasa 1982).

*TMK:* Medeni Kanunla çocuğun bir birey olarak toplum ve yaşam içindeki statüsü belirlenir. Ülkemizde 1 Ocak 2002 tarihinde yürürlüğe giren, 22.11.2001 tarih ve 4721 sayılı yeni Medenî Kanunla; Çocuk Hukuku alanında köklü değişiklikler yapılmış evlilikle doğan çocuk ile evlilik dışı doğan çocuk arasındaki ayırım büyük oranda kaldırılarak, bütün çocuklar açısından mümkün olduğunca ortak hükümler öngörülmüş ve evlilik yaşı cinsiyet ayırımı kaldırılarak yeniden düzenlenmiştir (TMK 2001).

TMK’nın 346, 347, 348. Maddeleri çocukların ebeveynlerinden gelebilecek her türlü taciz ve sömürüden korunmasına ilişkin maddeler içerir. 346. Madde çocuğun korunması için uygun tedbirler alır. Bu tedbirler aileye rehberlik, ebevymlere ihtar, çocuğa kayyum

atanması gibi önlemleri içerir. 350 ve 351. Maddeler velayet kaldırılrsa da çocuğun maddi sorumluluğun ana ve baba yükümlülüğünde olduğunu ifade eder. Eğer aile maddi olarak yetersiz ise bu masrafları devlet yüklenir ( TMK 2001).

TMK'nın 12. Maddesi 15 yaşındaki çocuğun kendi ya da ailesinin talebi ile ergin kılınabileceğini kabul eder. Bu madde bazı durumlarda çocuğun zararına kullanılabilir. Aile ya da çocuğa baskı ile çocuk ergin kabul ettirilerek bir suç durumunda suç faili olan kişi korunabilir (TMK 2001).

*TCK:* Bu kanunda istismara uğramış çocuklara karşı işlenen suçların cezalandırılmasına yönelik hükümler yer almaktadır. 77. Madde de çocuğa karşı yapılan cinsel istismarın insanlığa karşı işlenmiş bir suç olduğu kabul edilir ve 102. Madde ile ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası ile ceza öngöreceği belirtilir (TCK 2004).

Çocuğa uygulanacak işkence, intihara sevk etme, bilerek ve isteyerek yaralama, çocuğu terk etme, çocukların dilendirilmesi ve maddi olarak kullanılması, müstehcen yayın izletilmesi gibi suç olarak sayılan pek çok eylemde çocuklar kanun gücüyle korunmaktadır. 99-101. Maddelerde ise kürtajlara yasal olarak bir yük getirilmiştir. Fakat bu madde çocuğu koruma kadar tehlike de olabilmektedir. Tecavüz sonucu ya da istenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelen çocukların ebevyinleri tarafından ihmal ve istismara uğrama olasılığı yükselebilmektedir ( TCK 2004).

TCK'nın "15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, 15-18 yaş arası çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar" suç olarak tanımlanmıştır. Suçun sonucunda "mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, 15 yıldan az olmamak üzere hapis cezası hükmolunur" şeklinde olan 103. Maddesi 6545 Sayılı Torba Yasa ile 28 Haziran 2014 yılında kaldırılmıştır. Bu da mağdur olan çocuğun beden ya da ruh sağlığının bozulması halinde uygulanacak ceza hükmü kalmadığı için Ceza Yasasında bir boşluk oluşturabilmektedir (TCK 2004).

*Çocuk Koruma Kanunu:* 5395 No'lu Çocuk Koruma Kanunu 2005 yılında kabul edilmiştir. Kanunun amacı korunmaya ihtiyacı olan çocukların korunması, haklarının güvenceye alınmasıdır. Her yönden tehlikede olan çocukları, istismara ve ihmale uğrayan çocuklar ve suç mağduru olan çocuklar bu kanun ile korunmaya alınır (ÇKK 2005).

*Çocuk Haklarına Dair Sözleşme:* 1995 yılında resmi gazetede yayımlanan bu sözleşme 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve uygulanmaya başlanmıştır. Bu sözleşme de yer alan haklar dünyadaki tüm çocuklar için geçerli olup devletler çocuğun yüksek yararını gözetmek ve haklarına eksiksiz olarak saygı gösterilmesini sağlamakla yükümlüdür (ÇHS 2005, UNİCEF 2004).

*Lanzarote Sözleşmesi:* Lanzarote sözleşmesi suç sorunlarına dair 2005 yılında oluşturulan çocukların cinsel istismar ve sömürüye karşı korunmasına ilişkin uzmanlar komitesi tarafından Türkiye’de dahil Avrupa ve diğer ülkelerdeki yasal düzenlemeler, iyi uygulamalar, soruna dair akademik ve diğer araştırmalar kullanılarak hazırlanmıştır. Sözleşme 25 Ekim 2007 tarihinde İspanya’nın Lanzarote Adasında gerçekleştirilen bir Bakanlar Kurulu toplantısıyla imzaya açılmış ve 1 Temmuz 2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye tarafından 7 Aralık 2011 tarihinde onaylanan Lanzarote Sözleşmesi, Türkiye açısından 1 Nisan 2012 tarihinde yürürlüğe girmiştir (Lanzarote Sözleşmesi 2010).

## **2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi**

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismarından koruma ve önleme de sistematik, bilimsel ve multidisipliner bir yaklaşım izlemek gereklidir ( Kara ve ark. 2004). Rimza ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışma da istismar sonucu hayatını kaybeden çocukların %61’inin korunabileceği saptanmıştır. Önleme çalışmaları arasında hemşirelerin evlerinde ebeveynlere ziyaret yapmaları, ebeveynlerin çocuk yetiştirme becerilerini artırmak için eğitim planlanması, çocuk gelişimi bilgisini artırmak ve pozitif çocuk yönetim stratejilerini teşvik etmek için grup halinde ebeveyn eğitimi verilmesi, okul öncesi eğitim ve çocuk bakımını içeren çok bileşenli müdahaleler çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesi konusunda etkili olabilmektedir (Abbasi ve ark. 2015). Koruma önlemleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak ele alınabilir.

*Birincil Koruma:* Çocuk istismarında ilk koruma önleme ile başlar. Önleme çalışmalarının ilk başında eğitim gelmektedir. Evde, okulda, toplumsal düzeyde genel bir değerlendirme yapılarak bu yapılan değerlendirmelere göre eğitim planlamak önemlidir. Toplumun, ailenin ve kişilerin çocuk istismarı konusunda bilinçlenmesi oluşacak olgular karşısında farkındalık yaratarak bu olguların açığa çıkmasında faktör oluşturabilmektedir (Turhan ve ark 2006).

Çocuk istismar ve ihmali açısından riskli olan grupların saptanması, sağlık bakımı, doğum öncesi ve sonrası izlem, aile planlamasının uygun yapılması, kreş ve anaokulu gibi ailelere destek verecek sosyal kurumların yaygınlaştırılması gibi pek çok konu birincil koruma olarak ele alınır. İstismar riski yüksek olan ailelerin saptanması ile aileleri desteklemek ve eğitim vermek için evde hizmetler verilebilir. İstenmeyen gebelik, evlilik dışı doğum, ebevyenlerden birinin ruh sağlığının bozuk olması gibi özellikler yönüyle aile değerlendirilir ve bunlara yönelik uygun girişimler planlanabilir (Kara ve ark. 2004, Turhan ve ark. 2006).

*İkincil Koruma:* İstismara uğrayan çocukların erken tanı, tedavi, bakım ve izlemine içerir. İstismara uğrayıp sağlık merkezine getirilen çocuğa erken tanı konulması çocuğun göreceği zararın boyutunu azaltabilmektedir. İstismar şüphesi düşünülen olguda ayrıntılı şekilde anamnez alınması, çocuk-aile ilişkisinin gözlemlenmesi, çocuğun muayenesinin ayrıntılı şekilde yapılması, olayın nasıl olduğunun öğrenilmesi erken tanı konulmasını sağlayabilir (Gürhan 2015). İlk başvuruda belirlenemeyen istismar olgularının %30 -50'si yeniden istismara uğramakta, %5-10'u yinelenen travma sonucu hayatını kaybetmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının konuya olan duyarlılığı artırılmalıdır (Turhan ve ark. 2006).

*Üçüncül Koruma:* İstismar olayının gerçekleşmesi durumunda oluşan zararın hafifletilmesi, tekrarlanmasının önlenmesi ve rehabilite edici konuları ele alır. İstismara uğrayan çocuğa psikolojik destek verilir ve travmayı atlatmasına yardımcı olunur. İstismara uğrayanla beraber istismar eden kişilerin de tedavi ve rehabilite edilmeleri gereklidir (Turhan ve ark. 2006, Cirit 2015). Çocuk izlem merkezleri (ÇİM) multidisipliner bir yapı ile kurulmuş rehabilite edici kurumlardır.

Çocuk izlem merkezlerinin kurulma amacı çocuk istismarının engellenmesi ve mağdur çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmeye yönelik ilk olarak cinsel istismara uğramış çocukların ikincil örselenmesini önleme, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitimli ve yetkin kişilerden oluşan bir merkezde ve tek sefer de gerçekleştirilmesini sağlamaktır. Bu kurum sağlık bakanlığınca koordine edilmektedir. ÇİM'in kurulması ve işleyişinin sağlanması için "Çocuk İzlem Merkezi Koordinasyon Kurulu" kurulmuştur. Bu kurulda Sağlık Bakanlığı koordinasyonun da Adalet Bakanlığı, İç İşleri Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adli Tıp

Kurumu Başkanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı temsilcileri bulunmaktadır (Çocuk İzlem Merkezi konulu 2012/20 Genelgesi).

ÇİM ile ilgili Hakim ve Savcılar Yüksek Kurulu 2011 yılında '10 Nolu Soruşturma Usul ve Esasları' konulu genelgesinde "Özellikle cinsel istismar suçunun mağduru olan çocukların etkin korunmalarının sağlanması, ikincil mağduriyetlerinin önlenmesi, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitilmiş kişiler tarafından tek seferde yapılması ve istismarı önleyici tedbirlerin alınması amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde kurulan Çocuk İzlem Merkezlerinde soruşturma işlemlerinin yapılmasının sağlanması" hükmü yer alır. Başbakanlık 4.10.2012 tarihinde 28431 sayılı Resmi Gazete'de Çocuk İzlem Merkezi konulu genelge yayınlamak işleyişi hakkında ilkelere yer vermiştir (Çocuk İzlem Merkezi konulu 2012/20 Genelgesi).

## **2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin ve Ebenin Rolü**

Hemşire ve ebeler çalışma alanlarında sürekli çocuklarla karşılaşmakta ve çocukların koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici gibi sağlık bakımlarını üstlenmektedirler. Hemşire ve ebeler acil durumda erişilebilecek kişiler olmaları nedeniyle sağlık ekibinin önemli üyeleridir. Hemşire ve ebe koruyucu, tedavi edici aynı zamanda rehabilite edici alanda çocuk ve aileyle ilk temas kuran meslek üyesi olma özelliği ile iletişimdeki kilit konumundadır. Çocuk ve aile sağlığı açısından bakıldığında aile sağlığı merkezleri önemli bir yer kapsar. Anne gebelik sürecinde ilk olarak aile sağlığı merkezine başvurur ve gebelik takibi burada gerçekleştirilir. Çocuğun doğumuyla çocuğun gelişimi ya da herhangi bir sağlık sorununda çocuğun takibini aile sağlığı merkezindeki ebe ya da hemşire yapar. Risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla ebeveyn istismar potansiyel ölçekleri kullanılabilir. Hemşire ve ebe ebeveynlerin gebeliğe ilişkin tutumlarını, çocuktan beklentilerini, ebeveynlerin destek sistemlerini inceleyerek risk faktörlerini belirleyebilir bunlara yönelik uygulamalar planlar, uygular ve değerlendirir (Geçkil 2017, Erzurumluoğlu ve Gözen 2014). Bu nedenle istismara uğramış olan çocuklarla ilk iletişime geçen, delil oluşturacak bulgulara ilk ulaşan ve ailesiyle ilk temas kuranlar hemşire ve ebelerdir (Burç 2014).

Hemşire ya da ebeler çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalı, mevcut istismar vakasını iyi değerlendirmeli, istismar edilen çocuğun tepkilerini gözlemlemeli ve kesin tanıya sağlık ekibiyle beraber karar verdikten sonra olay bildirimini yapmalıdır.



Özellikle hastayı ilk gözlemleyen acil servisler de ve çocuk kliniğinde görev yapan hemşireler çocuklarla fazla zaman geçirdiklerinden dolayı ihmal ve istismarı tanımada önemli bir konuma sahip kişiler olarak değerlendirilebilir. İstismar risk ve belirtilerinin değerlendiremeyen hemşire ya da ebe çocuğun sürekli bu istismara maruz kalmasına neden olurken ve çocuğun sağlığı tehdit altına girer. Tanının erken konması çocuğun daha fazla zarar görmesini önleyerek tekrar travma yaşama durumunu ortadan kaldırır (Burç 2014). Sağlık hukukunda istismar olgusuyla karşılaşan sağlık çalışanının vakayı takip etmesi, tıbbi kayıt tutması ve bildirim yapmasının gerekliliği açık olarak görülmektedir. Tıbbi kayıt hastanın kabul edildiği tarih ve saat, hastanın kimliği, hastanın yaşamsal bulguları, teşhisi, tedavi sürecinde hasta yakınlarının tedaviye karşı olan tepkisi ve hasta ile ilgilenen hekimlerin isim ve imzasını içermelidir (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998).

İstismara uğrayan çocuk hayatının devamında bu travmayla yaşamak zorunda kalabilir. Hemşire ve ebeler istismara uğrayan çocuğun yaşadığı olumsuz etkileri en aza indirmek için çocuğa rehabilite edici tedaviler uygulayarak mağdur olan çocuğa yardımcı olabilir. Çocuğun güvende olması için uygun ortamın oluşabilmesi, konuşma ve düşüncesine destek olmak için psikiyatrik destek alması için yardımcı olacak kurumlarla iletişime geçebilir (Burç 2014, Arıkan ve ark. 2000). Tanısal süreçte ailenin üzüntü yaşaması, bu durumun tekrarlanmayacağını söylemesi, suçluluk ve utanma yaşamaları olay bildirimlerini azaltmakta durumla karşılaşan aile hekimi, hemşire ya da ebe aileden gelen bu geri bildirimleri göz önüne alarak olayı bildirmekten vazgeçebilmektedir. Aynı zamanda bildirim yaptıktan sonraki mahkemeye gitme süreci ya da istismar tanı ve tedavisinde eksiklik çıkacağı korkusu da hemşire ve ebenin bildirim yapmamasına neden olabilmektedir (Arıkan ve ark. 2000).

Çatık ve Çam'ın (2006) hemşire ve ebelerle yaptıkları bir çalışma sonucunda hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgiye gereksinimleri olduğu bildirilmiş çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanınmasına yönelik okulda verilen temel eğitimde ve hizmet içi eğitimlerde çocuk istismarı ve ihmali konusunun üzerinde durulması gerektiği vurgulanmıştır. Arıkan ve arkadaşlarının (2000) 68 hemşire ile yaptıkları çalışmada; %35,3'ünün ihmal, %25'inin de istismar, tanımını bildikleri belirlenmiştir. Buna çalışma sonucunda hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarı tanımını bilme konusunda bilgi eksikliklerinin bulunduğu düşünülmüştür.

Khalil ve arkadaşlarının (2018) Suudili anneler üzerinde yaptıkları çalışmada annelerin %89'unun 20-40 yaş arasında olduğu bildirilmiştir. Çalışmada annelere çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili eğitim verilirken eğitim öncesi ve sonrası bilgileri değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda eğitimden sonra çocuk ihmali ve istismarı konusundaki bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Çocuk ihmali istismarı ile ilgili toplumun, ailenin, ebeveynlerin ve çocukların bilinçlendirilmesi önemlidir. Çalışma hayatının her alanında insanlarla iletişim halinde olan hemşire ve ebelere bu konuda önemli görevler düşmektedir.

Çeşitli ülkeler tarafından bildirilen farklı hemşirelerin ünitelerinde çocuk istismarı ve ihmali vakalarının raporlanmasına ilişkin eğitim ve bilgilerin önemini gösteren bir dizi çalışma yapılmıştır. Bunlardan biri Finlandiya'da Paavilainen ve arkadaşları (2003) bir üniversite hastanesinde çalışan 513 hemşirelik personelini araştırmış ve katılımcıların %60'ının çocuk istismarının belirlenmesinde ek eğitim alması gerektiğini tespit etmiştir. Diğer bir çalışmada Smith (2003) Birleşik Krallık'ta klinik hemşirelerin günlük koruma çalışmalarında çocuklarla iletişim kurma olasılığı bulunan tüm personel için çocuk koruma eğitiminin zorunlu olduğuna inandıklarını belirtmiştir.

Tayvan'daki sağlık hizmetlerinde hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki durumu raporlama hakkındaki algı, tutum ve bilgilerinin etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin %70'i çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitimi almaya ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Şüphelenilen cinsel istismar ve ihmal olgularının saptanmıştır (Lee ve ark. 2007). Tayvan'da 2003 yılında Çocuk Bulma Bürosu raporuna göre en fazla istismar ve ihmal vakası bildirenlerin ilk sosyal hizmet uzmanları olduğu ikinci büyük oranı ise polis memurlarının oluşturduğu bildirilmiştir. Diğer vakaların çoğunluğu akrabalar ve komşular tarafından rapor edilmiştir. Bu çalışma sonucuna göre hemşireler çocuk bakımı konusunda ön cephede rol oynamalarına rağmen çocuk istismar ve ihmal vakalarını rapor etme konusunda konumlarına uygun rol oynamadıkları bildirilmiştir (Lee ve ark. 2007).

Hemşire ve ebeler çocuk istismarını önleme, tanılmasını yapma ve olguyu bildirme açısından önemli bir noktada olmalarına rağmen Çatık ve arkadaşlarının aynı zamanda Lee ve arkadaşlarının araştırma sonuçlarına dayanarak bu konuda yeteri kadar duyarlı davranmadıkları söylenebilir. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali olgularının raporlama davranışlarını etkileyen faktörlere bakıldığında uzman eğitimi yetersizliği, uzmanların

kişisel geçmişi, çocuk koruma hizmetinin etkisi hakkında uzmanların tutumları ve uzmanların bilgi ve raporlama tecrübeleri karşımıza çıkmaktadır. Tilden ve arkadaşlarının (1994) yaptığı çalışmada hemşirelerin %44,4 'ü aile içi şiddet içeren çocuk istismarı ve ihmali vakalarını rapor etmek için bir sorumluluk taşımadıklarını ifade etmiş ve hemşirelerin %39'u çocuk istismarı ve ihmali vakalarının zorunlu raporlamasının yararlı olmayacağı konusunda görüş bildirmişlerdir. Bu nedenden dolayı çalışmada hemşire ve ebelerin çocuk istismarı olgularını bildirmeyi görev olarak görmedikleri ve süreçten dolayı karşılaşılabilecek güçlükleri düşünerek olguları bildirmeyebileceği sonucu belirtilmiştir.

Herhangi bir suçla karşılaşıldığında bunu bildirmek TCK'nın 78. maddesinde yükümlülük olarak gösterilir. TCK'nın 279. Maddesinde kamu görevlilerine 280. Maddesinde sağlık mesleği mensuplarına ihbar yükümlülükleri tekrarlanmıştır. Sağlık mesleği mensubu söyleminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır. Çocuk istismarı yasal olarak bir suçtur ve kamu davası açmayı gerektirir (TCK 2004). Çocuk istismarı ile karşılaşan ebe ya da hemşire bu eylemi en kısa zamanda bildirmekle yükümlüdür ve bildirim yapmak için şikayet şartı olmadığı bilinmelidir. Bildirimi yapan kişi suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir. Sorumlulukları sadece çocuk istismarı olan her olguyu raporlayarak adli makama iletmektir (Gürhan 2015). TCK'nın 280. Maddesinde “görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına karşın, durumu yetkili makamlara bildirmeyen ya da bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” ifadesi kullanılarak bildirim yapmayan ebe ve hemşirelere ceza öngörülür (TCK 2004).

Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusuna hakim olmaları ve bu konuda gösterecekleri tutum ve davranış çocuk sağlığı ve toplum sağlığı açısından önemli olup çocuk istismarı ve ihmali konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları, bu olguları ve istismar açısından riskli olan aileyi saptayabilmeleri, iyi bir gözlemci olmaları gerekmektedir. Toplumumuzda sıkça karşımıza çıkan ihmal ve istismarın boyut ve sonuçları göz önüne alınarak, hem şu andaki ihmal ve istismara uğrayan olgulardaki çocukların tespit edilip korunması hem de aynı zamanda oluşabilecek ihmal ve istismar olaylarının artışının önlenmesi için acilen müdahale edilmesi gerekmektedir. Bu konuda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında hemşire ve ebelere önemli görev düşmektedir (Lee ve ark. 2007).

## **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1.Araştırmanın Şekli**

Araştırma aile sağlığı merkezinde çalışan hemşire ve ebelerin sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama üzerine olan etkisini karşılaştırmak amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Hatay ili Antakya ve Defne merkez ilçesinde bulunan 51 aile sağlığı merkezinde (EK 7) yapılmıştır. Aile sağlığı merkezleri hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve hizmetliden oluşan birinci basamak sağlık hizmeti veren küçük binalar şeklinde planlanan kurumlardır. Binalar kolay ulaşılabilir, güvenli, uygun havalandırma, ısıtma ve aydınlatma imkânlarına sahip olup muayene odası, tıbbi müdahale odası, bekleme salonu ve bazılarında hemşire odası bulunmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Hatay ili Antakya ve Defne merkez ilçesine bağlı 51 ASM' de çalışan 123 hemşire ve ebe oluşturmaktadır. Örnekleme yöntemine gidilmeden, araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 106 hemşire ve ebe ile çalışılmış, 17 hemşire ve ebe araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışma 106 hemşire ve ebe ile tamamlanmıştır. Evrenin %86,1'ine ulaşılmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Yöntemleri**

Veri toplanmasında hemşire ve ebelerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen 20 sorudan oluşan veri toplama formu (EK 2) ve 67 sorudan oluşan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” (ÇİİBRTÖ) kullanılmıştır (EK 3).

#### **3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)**

Hemşire ve ebelerin demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu), meslek ve ASM merkezinde çalışma süreleri, öğrenim sürecinde ve mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda sertifikalı

eğitim alıp almadıkları, çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tanılanmasını kendilerinin yapıp yapamayacağı, mesleki çalışma süreleri boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşp karşılaşmadıkları, çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin talimat ve prosedürleri bilip bilmedikleri, çocuk istismarı ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları, bildirim yapmayanların yapmama nedenlerine ilişkin görüşleri, bildirim yapma yükümlülüklerinin farkında olup olmadıklarını içeren literatür doğrultusunda hazırlanmış ve 20 sorudan oluşmuştur (Uysal 1998, Demir 2012, Cirit 2015, Kocaer 2006, Burç 2014).

### **3.4.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu (EK 3)**

Uysal (1998) tarafından geliştirilen çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formuna (ÇİİBRTÖ) ait 6 alt ölçek mevcuttur. Bunlar;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) (19 madde)

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (ÇİİÇDB) (15 madde)

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) (7 madde)

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) (13 madde)

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

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) (8 madde)

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik likert tipi ölçekte yer alan 1, 2, 4, 6, 9, 11, 13, 15, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 67 numaralı sorulara verilen ‘çok doğru’ yanıtına 5 puan, ‘oldukça doğru’ yanıtına 4 puan ‘kararsızım’ yanıtına 3 puan, ‘pek doğru değil’ yanıtına 2 puan ‘hiç doğru değil’ yanıtına 1 puan verilmiştir.

Olumsuz doğrultuda düzenlenen 3, 5, 7, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen ‘çok doğru’ yanıtı 1 puan, ‘oldukça doğru’ yanıtı 2 puan, ‘kararsızım’ yanıtı 3 puan, ‘pek doğru değil’ yanıtı 4 puan, ‘hiç doğru değil’ yanıtı 5 puan olarak değerlendirilmiştir. Puan ortalaması 5’ e yaklaşması çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri konusunda bilgi sahibi olduklarını, 3’ ten uzaklaşması çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri konusunda bilgi sahibi olmadıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru yanıtlayan deneğın 335 tam puan alması beklenmiştir. Uysal’ın (1998) “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti

ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması” isimli çalışmasında da cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Bu araştırma da iç tutarlılık kapsamında cronbach alfa değeri 0,89 olarak bulunmuştur.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 istatistik yazılım programında bilgisayara kaydedilmiş ve analizler gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, Student’s t testi, One-way Anova, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın uygulanmasına Mayıs 2017’de başlanmış Ekim 2017 tarihinde uygulama tamamlanmıştır. Araştırmanın uygulanması için gerekli izinler alındıktan sonra aile sağlığı merkezlerine açıklama yapıp randevu alınarak ziyaretler düzenlenmiştir. Araştırmada kullanılan formlar ve ölçekler araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire ve ebelerin aydınlatılmış onamları (EK 1) alınıp anket ve ölçek formları verilerek doldurmaları istenmiştir. Görüşmeler ortalama 25 dakika sürmüştür.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmada hemşire ve ebelerin kişisel ve ailesel niteliklerine ilişkin bilgiler kendilerine verilen bilgi toplama formlarına verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Araştırma Hatay ili Antakya ve Defne merkez ilçesine bağlı ASM’lerde 2017 yılında hemşire ve ebe olarak görev yapan araştırma kapsamına alınan 106 hemşire ve ebelerle sınırlıdır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırma Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 9 Şubat 2017 tarihinde 04 Karar No’lu yazı ile (EK 4) uygun bulunmuştur. Araştırmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezleri için Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğünden yazılı izin (EK 5) alınmıştır. Cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için hemşireler ve ebelerin gönüllü katılımlarına önem verilmiştir. Ayrıca, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı hemşirelere ve ebelere açıklanıp alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç

kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek onayları (aydınlatılmış onam formu) yazılı olarak alınmıştır. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçeğin kullanılabilmesi için e-posta yolu ile izin (EK 6) alınmıştır.



## 4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Hemşire ve Ebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n:106)

<b>Bireysel Özellikler</b>	<b>n(106)</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
30 yaş ve altı	27	25,5
31-36 yaş	32	30,2
37-42 yaş	35	33,0
43 yaş üstü	12	11,3
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	105	99,1
Erkek	1	0,9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	82	77,4
Bekar	24	22,6
<b>Meslek</b>		
Hemşire	32	30,2
Ebe	74	69,8
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Olan	68	64,2
Olmayan	38	35,8
<b>Çocuk sayısı</b>		
Yok	37	34,9
1-3	66	62,3
4 ve üzeri	3	2,8
<b>Öğrenim durumu</b>		
Lise	9	8,5
Ön lisans	22	20,8
Lisans	75	70,7
<b>Meslekte çalışma süresi</b>		
1 yıldan az	3	2,8
1-5 yıl	22	20,8
6-10 yıl	36	34,0
11 yıl ve üstü	45	42,4
<b>ASM'de çalışma süresi</b>		
1 yıldan az	15	14,2
1-5 yıl	38	35,8
6-10 yıl	43	40,6
11 yıl ve üstü	10	9,4
<b>ASM'den önce çalıştığı kurum</b>		
Devlet hastanesi	36	34,0
Üniversite hastanesi	13	12,3
Özel hastane	25	23,6
Sağlık ocağı	27	25,5
Çalışmadım	3	2,8
Müdürlük	2	1,8



**Çizelge 4.1 (Devam)** Hemşire ve Ebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n:106)

<b>Okulda eğitim alma durumu</b>		
Alan	70	66,0
Almayan	36	34,0
<b>Meslek hayatında aldığı eğitim durumu</b>		
Hizmet içi	63	59,4
Seminer	21	19,8
Konferans	10	9,4
Diğer	10	9,4
Sertifika	2	2
<b>Eğitim alma isteği</b>		
İsteği olan	98	92,5
İsteği olmayan	8	7,5
<b>Vaka ile karşılaşma durumu</b>		
Karşılaşan	30	28,3
Karşılaşmayan	76	71,7
<b>Vaka ile karşılaşma durumunda ne yapıldığı</b>		
Bildirim yapmama	8	27,6
Adli mercie başvurma	8	27,6
Hekime bildirme	6	20,7
Aile ile konuşma	7	24,1
<b>Hemşire ya da ebenin istismarı tanıyabilme durumu</b>		
Tanıyan	82	78,3
Tanımayan	23	21,7
<b>Kendini yeterli hissedebilme durumu</b>		
Yeterli	12	11,3
Kısmen yeterli	80	75,5
Yeterli değil	14	13,2
<b>Prosedür varlığından haberdar olma durumu</b>		
Olan	43	40,6
Olmayan	30	28,3
Bilmeyen	33	31,1
<b>Bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünmesi durumu</b>		
Düşünen	90	84,9
Düşünmeyen	16	15,1
<b>Kanun bilgisi bilme durumu</b>		
Bilgisi olan	34	32,1
Bilgisi olmayan	72	67,9
<b>Toplam</b>	106	100

Çizelge 4.1 de hemşire ve ebelerin bireysel özellikleri görülmektedir. Hemşire ve ebelerin %33,0'ünün 37-42 yaş arasında, %99,1'inin kadın, %77,4'ünün evli, %69,8'inin ebe, %64,2'sinin çocuğu olduğu ve çocuğu olanların %62,3'ünün 1-3 arasında çocuğu olduğu görülmektedir. Hemşire ve ebelerin %70,7'sinin eğitim düzeyi lisans, %42,5'inin meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üstü, %40,6'sının 6-10 yıl arası aile sağlığı merkezinde çalıştığı, %34,0'ının aile sağlığı merkezinden önce devlette çalıştığı, %66,0'ının okul öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldığı, %59,4'ünün meslek hayatında çocuk istismarı ve ihmali konusunda hizmet içi eğitim aldığı, %92,5'inin imkan verilirse çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak istediği, %71,7'sinin meslek yaşamı boyunca hiç çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşmadığı ve %28,3'ünün karşılaştığı, karşılaşanların %27,6'sının karşılaşma durumunda bildirim yapmadığı, %78,3'ünün istismar ve ihmale uğramış bir çocuğu tanıyabileceği, %75,5'inin kendini çocuk istismarı ve ihmali tanıma konusunda kısmen yeterli bulduğu, %40,6'sının çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmali yönelik talimat/prosedürün olduğu, %84,9'unun çocuk istismarı ve ihmali olgusu ya da şüphesi durumunda bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünmekte ve %67,9'unun Türk Ceza Kanunu'nun 280. Maddesinde yer alan sağlık mesleği mensuplarının çocuk istismarı ve ihmali bildirimini yapmaması halinde oluşacak hukuki süreçle ilgili bilgisinin olmadığı görülmektedir.

**Çizelge 4.2.** Hemşire ve Ebelerin ÇİİBRTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Ölçekler	(ort±SS)	Minimum	Maksimum
ÇİİBRTÖ	3,65±0,35	2,91	4,48
İÇÜFB	3,79±0,35	3,00	4,84
ÇİİÇDB	3,73±0,39	2,93	4,73
İÇÜB	3,80±0,61	2,29	5,00
İİYEÖ	3,38±0,54	1,69	4,62
İİYÇÖ	3,25±0,51	2,00	4,80
ÇİİAÖ	3,71±0,58	2,38	5,00

Çizelge 4.2’de hemşire ve ebelerin ölçek puanlarına ilişkin ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları verilmiştir. ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması 3,65±0,35, istismar ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) puan ortalaması 3,79±0,35, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (ÇİİÇDB) puan ortalaması 3,73±0,39, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) puan ortalaması 3,80±0,61, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) puan ortalaması 3,38±0,54, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) puan ortalaması 3,25±0,51, çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) puan ortalaması 3,71±0,58’dir.

**Çizelge 4.3.** Hemşire ve Ebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları

Bireysel Özellikler	ÇİİBRTÖ ve Alt Ölçekler						
	ÇİİBRTÖ (ort±SS)	İÇÜFB (ort±SS)	ÇİİÇDB (ort±SS)	İÇÜB (ort±SS)	İİYEÖ (ort±SS)	İİYÇÖ (ort±SS)	ÇİİAÖ (ort±SS)
<b>Yaş</b>							
30 yaş altı (n=27)	3,65±0,31	3,83±0,39	3,69±0,39	3,86±0,66	3,32±0,43	3,23±0,59	3,74±0,48
31-36 yaş (n=32)	3,57±0,37	3,70±0,35	3,64±0,42	3,79±0,59	3,34±0,52	3,18±0,42	3,57±0,67
37-42 yaş (n=35)	3,73±0,33	3,84±0,29	3,86±0,35	3,83±0,55	3,48±0,55	3,27±0,54	3,80±0,52
43 yaş üstü (n=12)	3,62±0,43	3,77±0,39	3,68±0,39	3,63±0,72	3,35±0,82	3,43±0,48	3,75±0,72
	$\chi^2=3,991$ p=0,262	$\chi^2=3,584$ p=0,310	$\chi^2=7,156$ p=0,067	$\chi^2=0,929$ P=0,819	$\chi^2=1,725$ P=0,631	$\chi^2=2,420$ P=0,490	$\chi^2=3,224$ P=0,358
<b>Medeni Durum</b>							
Evli (n=82)	3,63±0,36	3,77±0,36	3,71±0,38	3,80±0,59	3,35±0,56	3,23±0,52	3,70±0,60
Bekar (n=24)	3,69±0,33	3,82±0,32	3,78±0,45	3,79±0,68	3,47±0,48	3,22±0,46	3,75±0,52
	Z**=862,50 p=0,359	Z=875,50 p=0,12	Z=935,00 p=0,711	Z=982,50 p=0,991	Z=839,00 p=0,273	Z=899,50 p=0,519	Z=909,00 p=0,570
<b>Meslek</b>							
Hemşire (n=32)	3,69±0,39	3,82±0,38	3,75±0,44	3,77±0,53	3,58±0,57	3,13±0,35	3,73±0,64
Ebe (n=74)	3,63±0,34	3,77±0,34	3,72±0,37	3,81±0,64	3,29±0,51	3,30±0,49	3,71±0,56
	t=0,804 p=0,423	t=0,624 p=0,534	t=0,425 p=0,672	t= -0,394 p=0,695	t=2,495 <b>p=0,014</b>	t= -0,1532 p=0,129	t=0,151 p=0,880
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>							
Olan (n=68)	3,65±0,36	3,80±0,36	3,74±0,38	3,79±0,58	3,35±0,57	3,24±0,47	3,71±0,62
Olmayan (n=38)	3,65±0,33	3,76±0,34	3,71±0,42	3,83±0,66	3,43±0,47	3,27±0,43	3,72±0,53
	t***= -0,026 p=0,980	t=0,618 p=0,538	t=0,476 p=0,635	t= -0,301 p=0,764	t= -0,736 p=0,463	t= -0,233 p=0,816	t= -0,091 p=0,928

**Çizelge 4.3. (Devam)** Hemşire ve Ebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları

Öğrenim Durumu							
Lise (n=9)	3,58±0,24	3,77±0,34	3,62±0,35	3,75±0,45	3,21±0,38	3,36±0,59	3,63±0,31
Ön lisans (n=22)	3,74±0,35	3,88±0,31	3,87±0,39	3,76±0,60	3,43±0,68	3,35±0,42	3,86±0,44
Lisans (n=75)	3,63±0,36	3,76±0,36	3,70±0,39	3,82±0,62	3,38±0,52	3,21±0,53	3,68±0,64
	$\chi^2=1,674$ $p=0,433$	$\chi^2=1,952$ $p=0,377$	$\chi^2=3,807$ $p=0,149$	$\chi^2=0,228$ $p=0,982$	$\chi^2=0,938$ $p=0,626$	$\chi^2=1,948$ $p=0,377$	$\chi^2=1,483$ $p=0,476$

\*Kruskal Wallis Testi

\*\*Mann Whitney U testi

\*\*\*Student's t testi

Çizelge 4.3' de hemşire ve ebelerin sosyodemografik özelliklerine göre ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hemşire ve ebelerin yaşları, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları ve öğrenim durumları ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hemşire ve ebelerin mesleklerine göre ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına bakıldığında hemşire ve ebelerden hemşirelerin ebelere göre İİYEÖ alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Çizelge 4.4.** Hemşire ve Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları

Mesleki Özellikler	ÇİİBRTÖ ve Alt Ölçekler						
	ÇİİBRTÖ (ort±SS)	İÇÜFB (ort±SS)	ÇİİÇDB (ort±SS)	İÇÜB (ort±SS)	İİYEÖ (ort±SS)	İİYÇÖ (ort±SS)	ÇİİAÖ (ort±SS)
<b>Meslekte Çalışma süresi</b>							
5 yıl ve az (n=25)	3,67±0,30	3,79±0,33	3,71±0,39	3,86±0,69	3,45±0,40	3,23±0,52	3,79±0,6
6-10 yıl (n=36)	3,58±0,39	3,74±0,41	3,66±0,45	3,76±0,51	3,29±0,55	3,23±0,56	3,52±0,5
11 yıl ve üstü (n=45)	3,69±0,35	3,82±0,31	3,80±0,34	3,81±0,64	3,41±0,61	3,28±0,48	3,82±0,6
	$\chi^2=3,864$ p=0,145	$\chi^2=1,119$ p=0,571	$\chi^2=3,182$ p=0,149	$\chi^2=0,442$ p=0,802	$\chi^2=2,521$ p=0,283	$\chi^2=0,817$ p=0,664	$\chi^2=6,212$ <b>p=0,045</b>
<b>ASM'de çalışma süresi</b>							
1 yıldan az (n=15)	3,60±0,25	3,74±0,29	3,68±0,24	3,87±0,52	3,38±0,38	3,01±0,32	3,61±0,54
1-5 yıl arası (n=38)	3,63±0,34	3,77±0,36	3,72±0,42	3,76±0,59	3,35±0,45	3,26±0,57	3,69±0,57
6-10 yıl arası (n=45)	3,67±0,41	3,80±0,37	3,75±0,43	3,84±0,63	3,40±0,65	3,34±0,53	3,74±0,61
11 yıl ve üstü (n=10)	3,68±0,31	3,85±0,32	3,80±0,33	3,69±0,70	3,39±0,62	3,20±0,39	3,85±0,62
	$\chi^2=0,069$ p=0,881	$\chi^2=1,184$ p=0,757	$\chi^2=0,930$ p=0,818	$\chi^2=1,384$ p=0,709	$\chi^2=0,094$ p=0,993	$\chi^2=5,411$ p=0,144	$\chi^2=0,724$ p=0,868
<b>ASM'DEN önce çalıştığı kurum</b>							
Devlet hastanesi (n=36)	3,62±0,38	3,79±0,28	3,69±0,37	3,76±0,70	3,35±0,64	3,26±0,51	3,62±0,63
Üniversite hastanesi (n=13)	3,59±0,28	3,67±0,28	3,74±0,34	3,80±0,41	3,22±0,36	3,35±0,73	3,65±0,48
Özel hastane (n=25)	3,64±0,35	3,75±0,32	3,71±0,38	3,79±0,66	3,40±0,54	3,20±0,55	3,75±0,60
Sağlık ocağı (n=27)	3,74±0,37	3,87±0,35	3,81±0,49	3,82±0,55	3,51±0,51	3,30±0,38	3,86±0,54
Diğer (n=5)	3,58±0,25	3,83±0,41	3,63±0,11	4,06±0,47	3,18±0,27	2,96±0,33	3,55±0,65
	$\chi^2=1,969$ p=0,741	$\chi^2=3,079$ p=0,545	$\chi^2=1,175$ p=0,882	$\chi^2=0,785$ p=0,940	$\chi^2=2,562$ p=0,634	$\chi^2=4,304$ p=0,366	$\chi^2=2,183$ p=0,702

**Çizelge 4.4. (Devam) Hemşire ve Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları**

<b>Konuyla ilgili Okulda eğitim alma durumu</b>							
Eğitim alan (n=70)	3,66±0,35	3,79±0,34	3,73±0,38	3,84±0,62	3,39±0,52	3,26±0,53	3,72±0,57
Eğitim almayan (n=36)	3,63±0,66	3,80±0,37	3,72±0,42	3,73±0,57	3,35±0,59	3,24±0,47	3,69±0,61
	t** =0,372 p=0,711	t= -0,021 p=0,938	t=0,068 p=0,946	t=0,938 p=0,350	t=0,384 p=0,702	t=0,200 p=0,842	t=0,283 p=0,778
<b>Konuyla İlgili Meslek Hayatında Aldığı Eğitim Durumu</b>							
Seminer (n=21)	3,70±0,38	3,81±0,37	3,74±0,42	3,94±0,65	3,46±0,54	3,25±0,47	3,87±0,59
Konferans (n=10)	3,42±0,33	3,54±0,35	3,40±0,33	3,63±0,54	3,25±0,47	3,04±0,47	3,52±0,43
Hizmet içi eğitim (n=63)	3,66±0,35	3,80±0,34	3,79±0,39	3,76±0,63	3,40±0,57	3,27±0,48	3,68±0,60
Diğer (n=12)	3,68±0,28	3,88±0,29	3,71±0,28	3,94±0,43	3,26±0,48	3,33±0,76	3,79±0,58
	x <sup>2</sup> =4,103 p=0,251	x <sup>2</sup> =4,469 p=0,215	x <sup>2</sup> =8,190 <b>p=0,042</b>	x <sup>2</sup> =2,395 p=0,495	x <sup>2</sup> =1,866 p=0,601	x <sup>2</sup> =2,308 p=0,511	x <sup>2</sup> =2,176 p=0,437

\*Kruskal Wallis Testi

\*\*Student's t testi



Çizelge 4.4'te hemşire ve ebelerin mesleki özelliklerine göre ÇİİBRTÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hemşire ve ebelerden 11 yıl ve üstünde çalışanların diğerlerine göre ÇİİAÖ alt ölçeği puan ortalaması ve konuyla ilgili meslek hayatında hizmet içi eğitim alan hemşire ve ebelerin diğerlerine göre ÇİİÇDB alt ölçek puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). ASM'de çalışma süresi, ASM'den önce çalıştığı kurum ve konuyla ilgili okulda eğitim alma durumu ile ÇİİBRTÖ ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).



**Çizelge.4.5.** Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları

Konuyla ilgili özellikler	ÇİİBRTÖ ve Alt Ölçekler						
	ÇİİBRTÖ (ort±SS)	İÇÜFB (ort±SS)	ÇİİÇDB (ort±SS)	İÇÜB (ort±SS)	İİYEÖ (ort±SS)	İİYÇÖ (ort±SS)	ÇİİAÖ (ort±SS)
<b>Eğitim alma isteği</b>							
Olan (n=98)	3,65±0,36	3,78±0,35	3,73±0,40	3,83±0,61	3,39±0,56	3,23±0,50	3,70±0,60
Olmayan (n=8)	3,66±0,62	3,88±0,29	3,74±0,33	3,48±0,49	3,28±0,33	3,47±0,69	3,86±0,26
	Z*=390,00 p=0,981	Z=330,00 p=0,458	Z=382,00 p=0,905	Z=251,00 p=0,091	Z=358,50 p=0,688	Z=317,00 p=0,365	Z=329,50 p=0,454
<b>Vaka ile karşılaşma durumu</b>							
Karşılaşan (n=30)	3,70±0,36	3,80±0,33	3,79±0,40	3,88±0,49	3,42±0,60	3,42±0,61	3,74±0,62
Karşılaşmayan (n=76)	3,63±0,35	3,78±0,36	3,71±0,39	3,77±0,65	3,36±0,52	3,18±0,45	3,70±0,57
	t**=0,884 p=0,379	t=0,245 p=0,807	t=0,907 p=0,367	t=0,935 p=0,353	t=0,498 p=0,620	t=2,144 <b>p=0,034</b>	t=0,311 p=0,756
<b>Vaka ile karşılaşma durumunda ne yapıldığı</b>							
Bildirim yapmayan (n=8)	3,53±0,19	3,60±0,11	3,71±0,29	3,93±0,28	3,13±0,53	3,37±0,59	3,45±0,48
Adli merciye başvuran (n=8)	3,69±0,41	3,82±0,40	3,72±0,43	3,91±0,69	3,31±0,59	3,58±0,65	3,78±0,54
Hekime yönlendiren (n=6)	3,65±0,40	3,86±0,31	3,84±0,39	3,57±0,36	3,32±0,65	3,47±0,84	3,54±0,79
Aile ile görüşen (n=7)	3,86±0,39	3,91±0,32	3,89±0,54	3,98±0,48	3,81±0,43	3,29±0,50	4,03±0,51
	$\chi^2_{***}=2,590$ p=0,459	$\chi^2_{***}=6,763$ p=0,080	$\chi^2_{***}=0,954$ p=0,812	$\chi^2_{***}=3,690$ p=0,267	$\chi^2_{***}=5,468$ p=0,139	$\chi^2_{***}=0,994$ p=0,803	$\chi^2_{***}=3,867$ p=0,276

**Çizelge.4.5. (Devam) Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları**

<b>Hemşire ya da ebenin istismarı tanıyabilme durumu</b>							
Tanıyan (n=83)	3,64±0,35	3,78±0,36	3,71±0,40	3,81±0,59	3,38±0,51	3,20±0,45	3,71±0,57
Tanıyamayan (n=23)	3,70±0,35	3,83±0,28	3,81±0,35	3,78±0,66	3,37±0,66	3,44±0,67	3,73±0,64
	Z=839,00 p=0,376	Z=844,00 p=0,396	Z=772,50 p=0,162	Z=950,00 p=0,972	Z=949,50 p=0,969	Z=780,00 <b>p=0,043</b>	Z=920,00 p=0,791
<b>Kendini Yeterli Hissedebilme Durumu</b>							
Yeterli (n=12)	3,58±0,31	3,71±0,31	3,64±0,38	3,83±0,67	3,22±0,49	3,28±0,53	3,74±0,48
Kısmen yeterli (n=80)	3,64±0,35	3,79±0,36	3,71±0,37	3,77±0,60	3,39±0,55	3,24±0,51	3,73±0,58
Yeterli değil (n=14)	3,73±0,40	3,84±0,31	3,95±0,48	3,93±0,62	3,44±0,54	3,27±0,53	3,61±0,68
	$\chi^2=1,050$ p=0,592	$\chi^2=1,431$ p=0,489	$\chi^2=3,686$ p=0,158	$\chi^2=0,448$ p=0,799	$\chi^2=1,499$ p=0,473	$\chi^2=0,204$ p=0,903	$\chi^2=0,039$ p=0,981
<b>Prosedür varlığında haberdar olma durumu</b>							
Olan (n=43)	3,63±0,37	3,75±0,35	3,70±0,38	3,69±0,62	3,40±0,59	3,26±0,46	3,76±0,55
Olmayan (n=30)	3,62±0,33	3,76±0,35	3,72±0,34	3,79±0,61	3,29±0,47	3,25±0,55	3,69±0,59
Bilmeyen (n=33)	3,70±0,35	3,86±0,34	3,78±0,46	3,96±0,57	3,43±0,54	3,24±0,56	3,67±0,63
	F****=0,560 p=0,573	F=1,050 p=0,354	F=0,436 p=0,648	F=1,895 p=0,156	F=0,589 p=0,557	F=0,021 p=0,979	F=0,229 p=0,796
<b>Bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünmesi durumu</b>							
Düşünen (n=90)	3,64±0,36	3,79±0,36	3,71±0,38	3,81±0,59	3,38±0,54	3,24±0,47	3,71±0,59
Düşünmeyen (n=16)	3,68±0,34	3,80±0,26	3,83±0,43	3,75±0,68	3,40±0,57	3,32±0,71	3,74±0,54
	Z=656,50 p=0,575	Z=716,00 p=0,972	Z=626,50 p=0,409	Z=681,00 p=0,730	Z=706,50 p=0,905	Z=689,00 p=0,782	Z=671,00 p=0,665

**Çizelge.4.5. (Devam)** Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Özelliklerine Göre ÇİİBRTÖ Puan Ortalamaları

<b>Kanun bilgisi bilme durumu</b>							
Bilgisi olan (n=34)	3,56±0,37	3,71±0,37	3,64±0,35	3,63±0,63	3,29±0,60	3,26±0,48	3,62±0,68
Bilgisi olmayan (n=72)	3,69±0,34	3,82±0,34	3,77±0,41	3,88±0,58	3,42±0,51	3,25±0,53	3,76±0,53
	t= -1,779 p=0,078	t= -1,560 p=0,122	t= -1,563 p=0,121	t= -2,050 <b>p=0,043</b>	t= -1,219 p=0,226	t=0,163 p=0,871	t= -1,162 p=0,248

\*Mann whitney U Testi

\*\*Student's t testi

\*\*\*Kruskal Wallis testi

\*\*\*\*One-way Anova testi

Çizelge 4.5'te hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin özelliklerine göre ÇİİBRTÖ puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde hemşire ve ebelerden vaka ile karşılaşanların vaka ile karşılaşmayanlara göre İİYÇÖ alt ölçek puan ortalaması, istismarı tanımayanların tanıyanlara göre İİYÇÖ alt ölçek puan ortalaması ve kanun bilgisi olmayanların kanun bilgisi olanlara göre İÇÜB alt ölçek puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eğitim alma isteği, vaka ile karşılaşma durumunda ne yapıldığı, kendini yeterli hissedebilme durumu, prosedür varlığından haberdar olma durumu, bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünmesi durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).



## 5.TARTIŞMA

Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ ve alt ölçek puanlarına göre çocuk istismarı, ihmali belirti ve risklerini tanıma düzeyleri, sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri ve çocuk istismarı ihmaline ilişkin özelliklerine göre dört başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. Hemşire ve Ebelerin ÇİİBRTÖ ve Alt Ölçek Puanlarına Göre Çocuk İstismarı, İhmali Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeyleri

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması  $3,65\pm 0,35$ , İÇÜFB alt ölçek puan ortalaması  $3,79\pm 0,35$ , ÇİİÇDB alt ölçek puan ortalaması  $3,73\pm 0,39$ , İÇÜB alt ölçek puan ortalaması  $3,80\pm 0,61$ , İİYEÖ alt ölçek puan ortalaması  $3,38\pm 0,54$ , İİYÇÖ alt ölçek puan ortalaması  $3,25\pm 0,51$ , ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması  $3,71\pm 0,58$  olarak bulunmuştur. Kocaer (2006) çalışmasında ÇİİBRTÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarını araştırmamıza benzer oranlarda bulmuştur. Türker (2017) çalışmasında ÇİİBRTÖ puan ortalamasını  $3,88\pm 0,37$ , İÇÜFB puan ortalamasını  $4,05\pm 0,37$ , ÇİİÇDB puan ortalamasını  $3,98\pm 0,39$ , İÇÜB puan ortalamasını  $4,08\pm 0,68$ , İİYEÖ puan ortalamasını  $3,58\pm 0,51$ , İİYÇÖ puan ortalamasını  $3,30\pm 0,57$ , ÇİİAÖ puan ortalamasını  $3,93\pm 0,67$  olarak saptamıştır. Türker'in yaptığı çalışmada İÇÜB puanı en yüksek alt ölçek puanı olarak İİYÇÖ puanı en düşük alt ölçek puanı olarak saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması  $3,76\pm 0,33$  olarak saptanmış ve aynı çalışmada alt ölçek puan ortalamaları araştırmamız doğrultusunda benzerlik göstermektedir (Gölge ve ark. 2012).

Araştırmamızda ÇİİBRTÖ toplam ölçek puanı  $3,65\pm 0,35$  şeklinde belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında ÇİİBRTÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek belirlendiği görülmektedir (Türker 2017, Kocaer 2006, Gölge ve ark. 2012). Araştırmamıza göre ÇİİBRTÖ puanının daha yüksek belirlendiği çalışmalar incelendiğinde çalışmaların hepsi hekim, hemşire ve ebelerin üzerinde yapıldığı tespit edilmiştir. Çalışmalara hekimlerin dahil edilmesi ve hekimlerin eğitimi süresince çocuk ihmali ve istismarı üzerine daha geniş kapsamlı eğitim almaları nedeniyle bu çalışmalarda ÇİİBRTÖ toplam puanının araştırmamıza göre daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Araştırmamız değerlendirildiğinde belirtiler açısından en yüksek bilgi düzeyinin ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve ihmal/istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri konusunda olduğu saptanmıştır. İÇÜB ve İÇÜFB puanlarının diğer alt ölçek puanlarına göre yüksek olmasının nedeni hemşire/ebelerin sağlık merkezine başvuran çocukların fiziksel muayenesini yapıp durumun gözle görülüp değerlendirilebilir olmasından kaynaklanmaktadır. Hemşire ve ebeler yalnızca fiziksel istismarda oluşan yumuşak doku hasarları, ekimoz, yanıklar, kemik/eklem/beyin ve göz hasarları, iç organlara ait zararları, zehirlenmeler ve gelişim geriliklerinin yanı sıra cinsel istismara ilişkin genital bölgede hasarların olması, erken yaşta gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel kimlik sapmaları gibi fiziksel belirtiler ile ihmal ve istismardan şüphe duyabilmektedir. Bu nedenle fiziksel belirtilerle ilgili olan alt ölçek puanının yüksek olması tanı konması açısından önem taşımaktadır. Akcan ve Demiralay'ın (2016) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin fiziksel istismar durumu örneklerine doğru yanıt verme oranlarının diğer istismar türlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada araştırmamızı destekler niteliktedir

Araştırmamızda en düşük alt ölçek puan ortalaması  $3,25 \pm 0,51$  ile İYÇÖ olarak bulunmuştur. Bu sonuç hemşire ve ebelerin ihmal ve istismar konusunda çocuğun özelliklerini dikkate almadığını bize göstermektedir. Özellikle fiziksel zihinsel özürlü çocukların, kronik rahatsızlığı olan çocukların, istenmeyen gebelik ile dünyaya gelmiş çocukların ihmal ve istismar açısından risk taşıdığı bilinmeli ve sağlık kuruluşuna başvuran bu çocukların daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerekmektedir. Diğer düşük puan türlerinden biri ise İİYEÖ puanıdır. Hemşire ve ebeler sağlık kuruluşuna herhangi bir nedenle gelen çocuğu bütüncül şekilde ele alıp değerlendirmede için çocuğu bireysel olarak ele alabilmekte, sadece görünen belirtilere yoğunlaşmakta ve çevresindeki risk faktörlerini görmezden gelebilmektedirler. Bu da ebeveyn özellikleri ile ilgili olan alt ölçek puanının düşük çıkmasına neden olabilmektedir. Genel olarak puan ortalamalarına bakıldığında toplam puanın 5 olduğu göz önüne alınırsa çalışmamıza katılan ebe ve hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu söylenebilir.

## 5.2. Hemşire ve Ebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan ebe ve hemşireler yaş olarak değerlendirildiğinde 37-42 yaş arası grubun %33,0 ile büyük oranı oluşturduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada hemşire ve ebelerin %41,3'ünün 30-39 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (Türker 2017). Türker'in yaptığı çalışma ile araştırmamız aile sağlığı merkezinde yapıldığı için yaş grupları açısından benzerlik göstermektedir. Bunun aksine Burç'un (2017) hastaneler de yaptığı araştırma da ise hemşire ve ebelerin %57,4'ü 26 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Bu da ileri yaştaki hemşire ve ebelerin aile sağlığı merkezinde çalışmayı tercih ettiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda hemşire ve ebelerin yaşları ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında sonuçlar araştırmamızla benzerlik göstermektedir (Bilgiç 2015, Burç 2014, Kocaer 2006). Demir'in (2012) aile sağlığı merkezinde çalışan hekimlerde yaptığı çalışmada ise yaş ile ÇİİBTRÖ, İÇÜFB, İİYEÖ ve İİYÇÖ alt ölçek puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Hekimlerde yapılan araştırmada yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına rağmen literatürün büyük kısmında hemşire ve ebelerde yapılan araştırmalarda çocuk ihmali/istismarı bilgi düzeyi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (Bilgiç 2015, Burç 2014, Demir 2012). Araştırmamızın sonucu da literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşireler medeni durum olarak değerlendirildiğinde %77,4'ünün evli olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan hemşire ve ebelerin %82,5'inin evli olduğu görülmektedir (Türker 2017). Araştırmamızda hemşire ve ebelerin medeni durumları ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında sonuçların araştırmamızla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (Türker 2017, Cirit 2015, Kocaer 2007, Sarıyurt ve Metin 2016).

Araştırmaya katılan ebe ve hemşireler meslek olarak değerlendirildiğinde %30,2 'i hemşire olarak görev yaparken %69,8'in ebe olarak görev yaptığı bulunmuştur. Ebelerin görev ve tanımları içerisinde cinsel sağlık ve üreme sağlığı, gebelik izlemi yapma, doğum



sürecini yönetme, yeni doğan bebek izlemi yapma gibi maddeler olduğundan birinci basamak hizmetlerinde daha çok tercih edildiği düşünülmüştür. Araştırmamızda İİYEÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında ebelerin alt ölçek ortalaması  $3,29\pm 0,51$ , hemşirelerin alt ölçek ortalaması  $3,58\pm 0,57$  olarak bulunmuş ve hemşirelerin alt ölçek puan ortalaması ebelere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ( $p<0,05$ )

Bilgiç'in (2015) ebe ve hemşirelerde yaptığı çalışmada ebe ve hemşirelerin meslekleri ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark tespit etmemiştir. Bilgiç (2015) aynı çalışmada araştırmamızın aksine ebelerde İİYEÖ alt ölçek puanı ortalaması  $3,51\pm 0,48$ , hemşirelerde alt ölçek puanı ortalaması  $3,42\pm 0,50$  olarak belirtmiştir. Diğer literatür incelendiğinde ise yapılan çalışmaların araştırmamızla benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Uysal'ın (1998) yaptığı çalışmada ebe ve hemşirelerin meslekleri ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğunu belirtmiştir. Uysal hemşirelerde İÇÜFB puanını  $3,82\pm 0,38$ , ebelerde  $3,64\pm 0,39$  olarak bildirmiş hemşirelerin İÇÜFB puan ortalamasını ebelere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söylemiştir. Uysal aynı çalışmada hemşirelerde ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalamasını  $4,05\pm 0,59$ , ebelerde  $3,81\pm 0,53$  olarak bulmuş ve hemşirelerin ÇİİAÖ puan ortalamasının ebelere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalara araştırmamızın sonucunu tam olarak desteklemese de farklı alt ölçek puan türlerinde hemşirelerin daha yüksek puan alması çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Alt ölçek puan türlerinin farklı olmasının nedeni alınan eğitimlerin aynı olmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşire ve ebeler kendi aralarında değerlendirilerek hemşirelerin İİYEÖ alt ölçek puan ortalamaları ebeler göre yüksek bulunmuştur. Kocaer'in (2006) hemşire ve hekimlerde yaptığı çalışmada ise hekimlerin ÇİİBRTÖ, İÇÜFB, İİYEÖ ve İİYÇÖ puan ortalamaları hemşirelere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonucun araştırmamıza göre farklı çıkmasının nedeni hekimlerin aldığı eğitim içeriği, eğitim süresi ve vaka ile karşılaşma durumlarının hemşirelerden farklı olması nedeniyle oluştuğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelere bakıldığında çocuk sahibi olan ebe/ hemşire %64,2, çocuk sahibi olmayanlar %35,8 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda hemşire ve ebelerin çocuk sahibi olma durumları ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Literatür incelendiğinde

çocuk sahibi olma durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çatık ve Çam 2006, Kocaer 2007, Burç 2014, Bilgiç 2015). Bu çalışmalar çocuk sahibi olma durumu yönünden yaptığımız araştırma ile benzerlik göstermektedir. Çocuklar daha masum ve korumaya yönelik bir yapıya sahip olmalarından dolayı toplum onlara karşı çoğu zaman daha duyarlı davranmaktadır. Hemşire ve ebelerin toplum içinde sürekli çocukla karşılaşarak çocukların bakım ve tedavisini üstlenmektedirler. Çocuk sahibi olan ya da olmayan hemşire/ebelerde içinde bulunduğu toplum gibi çocuklara karşı daha duyarlı ve özverili davranarak ihmal ve istismar belirtileri konusunda aynı hassasiyeti gösterdiğinden dolayı iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşire ve ebeler öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde %8,5 lise mezunu, %20,8 ön lisans mezunu ve %70,7 lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Burç'un (2014) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumu %29,5'i lise, %23,0'ü ön lisans ve %47,5'u lisans olarak bildirilmiştir. Uysal'ın (1998) yaptığı çalışmada ise ön lisans mezunlarının fazla olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni ise geçmişte hemşirelik ve ebelik eğitimlerinin lise ve ön lisans düzeyinde yoğunlaşmış olmasıdır. Son yıllarda hemşirelik ve ebelik eğitimlerinin liselerden kısmi olarak alınması ebe ve hemşire adaylarını lisans eğitimine yönlendirmiş ve çalışmalarda lisans düzeyi grup ağırlık kazanmaya başlamıştır. Aynı zamanda bu amaç doğrultusunda 18 Ocak 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 1219 numaralı kanunun geçici 11. Maddesinde sağlık meslek liselerinin hemşire unvanı ile öğrenci mezun edemeyeceği ve mezun olanların hemşire yardımcısı olabilecekleri belirlenmiştir. Bu madde ile hemşirelik eğitimi ön lisans ve lisans düzeyine standardize edilmiştir. Lisans tamamlama programlarının ortaya çıkmasıyla da beraber birçok ön lisans mezunu hemşire bu programlar ile lisans mezunu olarak mesleklerine devam etmektedir.

Yaptığımız araştırma da hemşire ve ebelerin öğrenim durumları ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırmamızda öğrenim grupları arasında belirgin bir farklılık olmaması ve grubun büyük bir kısmını lisans mezunlarının oluşturması bu sonucun oluşmasına faktör olduğu düşünülmektedir. Bilgiç (2015) ebe ve hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada öğrenim durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak bir fark bildirmemiştir. Bu sonuç araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Burç'un

(2014) yaptığı çalışma da öğrenim durumu arttıkça ÇİİBRTÖ puanının arttığı saptanmıştır. Bu sonuç Burç'un çalışmasına katılan lise mezunu hemşirelerin araştırmamıza katılan lise mezunu hemşirelere göre sayısal olarak daha fazla olmasından kaynaklı olabilir.

### **5.3. Hemşire ve Ebelerin Mesleki Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

Araştırmamızda hemşire ve ebelerin meslekte çalışma süreleri ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek arasındaki ilişkiye bakıldığında 11 yıl ve üstü çalışan ebe ve hemşirelerin ÇİİAÖ alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur( $p<0,05$ ). ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması ve İÇÜFB, ÇİİÇDB, İHYÇÖ alt ölçek puan ortalamaları ise 11 yıl ve üzeri çalışanlarda daha yüksek olsa da istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir. Kamiloğlu'nun (2018) aile hekimleri asistan grubunda yaptığı çalışmada son sene asistan grubunun çocuk istismarı ve ihmeline yönelik bilgi düzeyini daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Bu sonuç meslek deneyimi açısından araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Burç (2014) ise hemşirelerde yaptığı çalışmada meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin ÇİİBRTÖ toplam puan ortalamasını yüksek bulurken istatistiksel olarak bir farklılık saptamamıştır. Bu sonuçta puan değerlendirmeleri açısından araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmalara bakıldığında meslekte çalışma süresi fazla olan hemşire ve ebelerin çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla daha çok karşılaşmış olmaları nedeniyle bu vakaları saptama ve risk gruplarını tespit etme açısından kişilere yeterlilik sağladığı düşünülmektedir.

Bilgiç'in (2015) ebe ve hemşirelerde yaptığı çalışma da ise ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması 21 yıl ve üzeri çalışanlarda  $3,67\pm 0,33$  iken 10 yıl ve altı çalışanlarda  $3,88\pm 0,35$  olarak bildirilmiştir. İİYEÖ alt ölçek puanları ise 21 yıl ve üzeri çalışanlarda  $3,35\pm 0,48$  iken 10 yıl ve altı çalışanlarda  $3,62\pm 0,49$  olarak verilmiştir. Yine Çatık ve Çam'ın (2006) yaptığı çalışmada çalışma yılı 1-5 yıl arasında olan ebe ve hemşirelerin puan ortalaması çalışma yılı 11 yıl ve üstü olan ebe ve hemşirelerden daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmalar araştırmamıza göre ters bir sonuç oluşturarak meslek deneyimi daha az olan ebe ve hemşirelerin puan ortalamalarını daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Kocaer (2006) yaptığı çalışmada ise meslekte çalışma süresi ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmediğini bildirmiştir.

Araştırmamıza katılan hemşire ve ebelerin %40,6'sı ASM'de çalışma süresi 6-10 yıl arası olarak belirlenmiştir. Çatık ve Çam'ın (2006) yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin %37'sinin 1-5 yıl arasında halk sağlığı alanında çalıştıklarını bildirmişlerdir. Araştırmamızda hemşire ve ebelerin ASM'de çalışma süresi ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Demir'in (2012) hekimler üzerinde yaptığı çalışmaya bakıldığında aile sağlığı merkezinde çalışma süresi ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmediği görülmüştür. Yine Çatık ve Çam'ın (2006) aynı zamanda Uysal'ın (1998) hemşire ve ebelerde yaptıkları çalışmalarda halk sağlığı alanında çalışma süresi ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bildirilmemiştir. Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçları ile paralelik göstermektedir.

Araştırmamızda hemşire ve ebelerin aile sağlığı merkezinden önce hangi kurumda çalıştığına bakıldığında hemşire ve ebelerin %34'ünün devlet hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir. Bu durum yeni mezun olan hemşire ve ebelerin ilk çalışma yeri açısından hastaneleri tercih etmelerinden kaynaklı olabilir. Halk sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelerin oranı ise %25,5 olarak bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin ASM'den önce çalıştığı kurum ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmasa da ÇİİBRTÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından halk sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun halk sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelerin ailelerle birebir çalışarak aileye ve çocuğa daha çok hakim olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda ana-çocuk sağlığı, sağlığı geliştirme ve sürdürme bağlamında olan konularla ilgilendiğinden dolayı halk sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelerin bu konuda daha duyarlı olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik öğrenim sırasındaki eğitim alma durumuna bakıldığında hemşire ve ebelerin %66'sının eğitim aldığı saptanmıştır. Bu araştırmada öğrenim sırasında çocuk istismarı ve ihmal konusıyla eğitim alan ebe ve hemşirelerin ÇİİBRTÖ toplam puan ortalamasının eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde öğrenim sırasında eğitim alma durumu ile ilgili farklı sonuçların tespit edildiği görülmektedir. Alınan eğitimin tüm çalışmalarda bilgi

düzeşini yükselttiği fakat bunun alt ölçek puan türlerine farklı şekilde dağıldığı belirlenmiştir (Burç 2014, Cirit 2015, Demir 2012, Bilgiç 2015). Burç'un (2014) hemşirelerde ve Cirit'in (2015) ASM' de çalışan sağlık profesyonellerin de yaptıkları çalışmalar incelendiğinde sonucun araştırmamızla paralelik gösterdiği görölmektedir.

Demir'in (2012) aile hekimlerinde yaptığı çalışma da ise okul öğrenimi sırasında çocuk istismarına yönelik eğitim alan hekimlerin ÇİİBRTÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarını eğitim almayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Bilgiç (2015) yaptığı çalışmada öğrenim sırasında çocuk istismarı eğitimi alan ebe ve hemşirelerin İİÇDB alt ölçek puan ortalamasını eğitim almayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Gölge ve ark (2012) yaptığı çalışmada çocuk istismarı ile ilgili öğrenim sırasında eğitim alan hekim ve hemşirelerin İİYEÖ alt ölçek puan ortalaması eğitim almayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda öğrenim sırasında alınan eğitimin çocuk ihmal ve istismarı konusundaki bilgiyi arttırdığını fakat tam ölçek puanın 5 olduğu göz önüne alındığında bilgi konusunda hala eksiklik yaşandığı düşünülmektedir. Alt ölçek puan türündeki istatistiksel farklılıkların nedeni çalışılan grubun farklı olması, eğitimi alma süresi, alınan eğitimin içeriği ve niteliğinin farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Bu araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin %59,4'ünün meslek hayatı boyunca hizmet içi eğitime katıldığı belirlenmiştir. Hemşire ve ebelerden hizmet içi eğitim alanların diğer eğitimlere alanlara göre (konferans, seminer, sertifika) ÇİİÇDB alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlılık tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Literatür incelendiğinde sonuçlar araştırmamıza göre farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda meslek hayatında alınan eğitim ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (Demir 2012, Bilgiç 2015, Çatık ve Çam 2006, Kocaer 2006). Araştırmamızda sonucun farklı olmasının nedeni çocuk istismarı ve ihmalıyla ilgili alınan hizmet içi eğitimin üzerinden çok zaman geçmemesinden dolayı bilgilerin daha yeni olması ve verilen eğitimin içeriğinden kaynaklanacağı düşünülmektedir. Özellikle son dönemde çocuk istismarı ve ihmaline yönelik oluşan hassasiyet ve yeni yönetmeliklerin çıkması hemşire ve ebeleri bu konuda daha duyarlı davranması konusunda tetiklemiş olabilir. Diğer kaynaklarda sonucun farklı çıkmasının nedeni sürekli aynı içerikte eğitimlerin verilmesi ve güncel konuların eğitimlere entegre

edilmemesi verilen eğitimlerin etkinliğini düşürmekte eğitime katılan hemşire ve ebeler üzerinde yeteri verimliliğin sağlanmamasına neden olmaktadır.

Meslek hayatında aldığı eğitim durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde mezuniyet sonrası alınan eğitim ile ÇİİBRTÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir (Demir 2012, Bilgiç 2015, Çatık ve Çam 2006, Kocaer 2006).Tugay'ın öğretmenlerde yaptığı çalışmada ise mezuniyet sonrası sadece %6,3 öğretmenin çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili eğitim aldığı bildirilmiştir. Araştırmamızın, Demir (2012) ve Bilgiç (2015)'in çalışmaları incelendiğinde mezuniyet sonrası öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda hemşirelere göre daha az eğitim aldığı söylenebilir.

#### **5.4.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Özelliklerine Göre Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

Araştırmamızda eğitim alma isteği sorgulandığında hemşire ve ebelerin %92,5'sinin çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma isteği olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada hemşire ve ebelerin eğitim ama isteği ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %93,7'sinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alma isteği olduğunu bildirmiştir (Demir 2012). Bu oran araştırmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda eğitim alma isteği oranı %92,5 olarak tespit edilirken hemşire ve ebelerin hizmet içi eğitim (%59,4), seminer (19,8) ve konferansa (9,4) katılan hemşire ve ebe sayısının bu oranın çok altında kaldığını belirlenmiştir. Hemşire ve ebelerin konuyla ilgili bilgi eksiklerinin farkında olmasına rağmen eğitimlere katılım oranlarının daha az olmasının nedeni verilen eğitimlerin yetersiz olduğunu düşünmeleri ya da eğitimlere yeteri kadar zaman ayırmak istemediklerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim alma isteği ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat eğitim alma isteği olan katılımcıların ÇİİBRTÖ toplam ölçek puanlarının eğitim almak istemeyenlere göre daha yüksek olduğu çalışmaların ortak sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuçlar araştırmamızın sonucu ile paralellik göstermektedir (Demir 2012, Bilgiç 2015).

Bu araştırmada vaka ile karşılaşma durumu sorgulandığında hemşire ve ebelerin %28,3'ünün çocuk ihmali/istismarı vakası ile karşılaştığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda yař ortalamasının 37-42 arasında yoğunlaştığı dūřunulurse deneyimli kişilerin fazla olduğu ve bu neden vaka ile karşılaşma oranının daha yūkssek olması gerektiği beklenmektedir. Fakat literatūr incelendiğinde vaka ile karşılaşma oranları çalışmamızla paralellik gōstermektedir. Canbaz ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin %14,3'ü son bir yılda çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise meslek yaşamı boyunca hekimlerin çocuk istismarı ve ihmaliyle karşılaşma oranı %58,3, hemşirelerde %24,7 olarak bildirilmiştir (Tanřu ve Karadař 2011). Farklı bir çalışmada ise sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma oranları %16,4 olarak bildirilmiştir (Metinyurt ve Sarı 2016). İsrail de sağlık profesyonellerinde yapılan çalışmada %78,9'unun geçmiş bir yıl içinde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili řūpheli olgu bildirdiklerini belirtilmiştir (Yehuda ve ark 2010)

Son zamanlarda űlkemizde çok gūndemde olan ve her gūn yeni vakaların ortaya çıktıęı dūřunulurse literatūrde verilen oranın gerçek olgu sayısını yansıtmadıęı sonucuna varılmaktadır. Bildirilen vaka sayılarının az olması Tűrkiye'de toplumun, kurumlarda çalıřan profesyonellerin ve yetkili kurumların çocuk istismarı konusundaki farkındalıęının dūřuk olduęunu dūřündürmektedir. Hekim, hemřire ve ebeler sadece semptomlara yōnelik giriřimlere űncelik vermekte, űűncű bir kiři tarafından olay yargıya tařınmadıka ya da medya tarafından konu edilmedikçe olguların kaynaęı konusunda bir giriřim gōstermemektedirler. Hastanelerde ve aile saęlıęı merkezlerinde çalıřan hemřire ebe ve hekimlerin çocuk ihmali/istismarıyla ilgili standart bir eęitim almamıř olması bilgi ya da deneyim eksiklięine neden olabileceęini gibi olguların atlanması için dięer bir faktōr olarak dūřunűlmektedir. Aynı zamanda toplumumuzdaki kűltűrel faktōrler ihmal ve istismar olgularının atlanmasına neden olan dięer bir faktōrdűr. Őzellikle dayaęın bir disiplin yōntemi olarak kullanılması hafif řiddetin hoř gōrűlmesi oluřan çocuk istismarı ve ihmali olgularının yeteri kadar yansıtılmamasına neden olmaktadır. Çalıřmada verilen İİBRTŐ toplam ve alt űlek puanları incelenecek olursa hemřire ve ebelerin yeterli bilgi dűzeyinde olmadıkları gōrűlmektedir.

Bu arařtırmada hemřire ve ebelerden vaka ile karřılařanların, vaka ile karřılařmayanlara gōre İİYŐ alt űleęi puan ortalaması yūkssek olup istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Vaka ile karşılaşma durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Araştırmamızın aksine yapılan bir çalışmada hemşire ve hekimlerde vaka ile karşılaşma durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmazken ebelerde vaka ile karşılaşmayanların vaka ile karşılaşanlara göre İİYEÖ alt ölçeği puanı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Cirit 2015). Diğer çalışmalarda ise vaka ile karşılaşma durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir (Burç 2014, Demir 2012, Bilgiç 2015, Çatık ve Çam 2006). Fakat vaka ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve bulgularına daha hakim olacağı düşünöldüğünden ve ölçek puan ortalamasının yüksek olması beklenmektedir. Böylece kuruma gelen olguları değerlendirip tespit etme olasılığı artacaktır.

Bu araştırmada vaka ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin %27,6'sının bildirim yapmadığı, %27,6'sının adli merciye başvurduğu, %20,7'sinin durumla ilgili hekime bilgi verdiği ve %24,1'inin aile ile konuşmayı tercih ettiği tespit edilmiştir. Uysal (1998) yaptığı çalışmada çocuk istismarı vakasıyla karşılaşan hemşire ve ebelerin %63,2'sinin aile ile konuşarak eğitim verdiğini, %10,6'sının olgu karşısında bildirim yapmayarak pasif kaldığını ve %5,3'ünün vakayı adli olarak bildirdiğini bildirmiştir. Uysalın çalışması ile bu araştırma değerlendirildiğinde adli vaka olarak bildirilen olgu sayısının arttığı görölmektedir. Son zaman da çocuk istismarı ve ihmali konusunun güncel olması, verilen hizmet içi eğitimlerin artması, hemşire ve ebelerin yasal olarak yükömlölüklerinin farkında olması adli vaka olarak bildirilen olguların sayısının artmasına neden olabilir. Yapılan başka bir çalışmada hekim ve hemşirelere çocuk ihmali/istismarı vakası ile karşılaştıklarında bildirim yapıp yapmayacakları sorulduğuunda çalışmaya katılan hemşire/ebelerin %94,9'u vakayı adli olarak bildireceğini bildirmiştir (Gölge 2012). Fakat vaka ile karşılaşan ebe ve hemşirelerin adli olarak vakayı bildirim oranlarının düşük olduğu araştırmamızda ve Uysal'ın (1998) yaptığı çalışma da görölmüştür. Bunun nedeni ise yasal sürece ilişkin bilgileri olmaması, başına olumsuz bir şey geleceği endişesi yaşamaları, adli makamların ve sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceklerini düşünmeleri, çocuğu şimdi bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacaklarından korkmaları olarak değerlendirilmektedir.



Bu araştırmada hemşire ve ebelerin vaka ile karşılaşma durumunda ne yaptığı ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bilgiç'in (2015) yaptığı çalışma incelendiğinde sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaşıldığında bildirim yapan hemşirelerin ÇİİBRTÖ toplam puan, İÇÜB, İÜFB, ÇİİÇDB, İİYÖ ve İİAÖ alt ölçek puan ortalamalarının bildirim yapmayan hemşirelerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırmacı bu sonuçla ocuk istismarı ve ihmali konusuna daha hakim olan hemşirelerin ocuk istismarı ve ihmali bildirme konusunda cesaretlendirilmelerinin önemini vurgulamıştır (Cirit 2015).

Bu araştırmada hemşire ve ebeinin istismarı tanıyabilme durumu ile İHYÖ alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ) İstismarı tanıyamayan hemşire ve ebelerin tanıyanlara göre İHYÖ alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında istismarı tanıyabilme açısından istatistiksel olarak bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ).Araştırmada hemşire ve ebelerin %78,3'ünün ocuk ihmali ve istismarını tanıyabileceği saptanmıştır. Araştırmamızda ocuk ihmali ve istismarı konusuna hakim olduğunu düşünen katılımcıların puan ortalamasının düşük olması hemşire/ebelerin kendi bilgi düzeylerini yeteri kadar değerlendiremedikleri sonucunu düşündürmektedir. atık ve am (2006) yaptığı çalışmada hemşire ve ebelerin %90,6'sının ocuk ihmali ve istismarını tanıyabileceklerini bildirmişlerdir. Aynı zamanda katılımcıların ocuk istismarı ihmali tanıyabilme durumu ile ÇİİBRTÖ genel ölçek puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmediği bildirilmiştir. Literatür incelendiğinde hemşire ve ebelerin ocuk ihmal/istismarını tanıyabileceklerini düşünme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (Uysal 1998, Türker 2017).

Tugay'ın (2008) öğretmenlerde yaptığı çalışmada öğretmenlerin %72,3'ü ocuk istismarı ve ihmali tanımlayamadıklarını bildirmişlerdir. Hemşire ve ebeler üzerinde yapılan çalışmalarda ocuk istismarı ihmalinin tanımlama oranının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Örneğin atık ve am'ın (2006) alışmasında hemşire ve ebelerin %90,6'sı istismar ve ihmali tanıyabileceklerini ifade etmişlerdir. Bunun nedeni ise sağlık alanında hemşire ve ebelerin sürekli fizik muayene yaparak sağlık kurumuna başvuran çocukları

biyo-psiko-sosyal yönden ele almasından kaynaklanmaktadır. Aynı zamanda sağlık kurumlarında sürekli çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesi de buna neden olacak diğer bir faktör olarak düşünülmektedir.

Bu araştırmada çocuk ihmali-istismarı konusunda kendini yeterli hissedebilme durumuna bakıldığında hemşire ve ebelerin %11,3'ü kendini yeterli, %75,5'i kısmen yeterli, %13,2'si yetersiz olarak değerlendirmiştir. Çalışmada kendini yeterli hissedebilme durumu ile ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması ile alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Türker (2017) yaptığı çalışmada çocuk ihmali-istismarı konusunda hemşire ve ebelerin %6,2'si kendini çok yeterli, %39,4'ü yeterli, %42,5'i kısmen yeterli, %2,5'i hiç yeterli değil şeklinde değerlendirmişlerdir. Literatüre bakıldığında sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir (Uysal 1998, Türker 2017, Yılmaz 2015).

Bu araştırmada hemşire ve ebelerin %40,6'sı kurumlarında çocuk ihmali-istismarı ile ilgili prosedür olduğunu bildirmişlerdir. Hemşire ve ebelerin %28,3'ü bu prosedürden habersiz, %31,1'i prosedürün içeriğini bilmediğini bildirmiştir. Araştırmada prosedür varlığından haberdar olma durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Literatür incelendiğinde sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermektedir (Gölge ve ark 2012, Çatık ve Çam 2006, Kocaer 2006, Cirit 2015, Yılmaz 2015).

Araştırmamızda hemşire ve ebelerin çocuk ihmali ve istismarını tanımlayabileceklerini söyleyenlerin oranlarının (%78,3) yüksek olmasına rağmen olguyla karşılaştıktan sonra ne yapılması gerektiğini bilmemeleri konuyla ilgili büyük eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Olguyla karşılaşan hemşire ve ebelerin gerekli prosedürü izlemeyip ilgili kurumlara başvurmaması halinde çocuk ihmali ve istismarı olguları yeterince açığa çıkarılmadığı gibi çocukların daha çok zarar görmesine, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili hemşire ve ebeler verilen hizmet içi eğitimlerin daha güncel ve adli olgularla ilgili olması daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır (Çatık ve Çam 2006, Gölge ve ark 2012).

Bu araştırmada ebe ve hemşirelerin %84,9'u çocuk ihmali-istismarı olgusuyla karşılaştıkların da vakayı bildirmenin görevleri olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmamız da

hemşire ve ebelerin bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünmesi durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p<0,05$ ). Bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünen hemşire ve ebelerin oranı yüksek olsa da çalışmada adli bildirim yapan hemşire ve ebelerin oranının daha az olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni kurumlarda çalışan hemşire ve ebelerin yasal süreci tam olarak bilmemeleri, bildirimden sonra yaşayacakları süreçten korkmaları, çocuğa daha fazla zarar verebilme düşüncesi olabilir. Tugay'ın (2008) öğretmenlerde yaptığı çalışmada öğretmenlerin %85,2'si çocuk ihmal-istismarını ahlaki anlamda bildirmeleri gerektiğini ifade ederken %51,2'si kanunlara göre bildirim yapmaları gerektiğini bildirmiştir. Bu sonuçlar çocuk ihmal-istismarının vicdani ve sosyal yönünü de ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada Türk Ceza Kanunu'nun 280. Maddesinde yer alan sağlık mesleği mensuplarının çocuk istismarı ve ihmali bildirimini yapmaması halinde oluşacak hukuki süreçle ilgili bilgileri değerlendirildiğinde hemşire ve ebelerin %67,9'u konuyla ilgili bilgileri olmadığını bildirmişlerdir. Bu durum hemşire ve ebelerin hukuki süreci iyi değerlendirmediklerinden dolayı bildirim yapma sayılarının az olmasına kaynak gösterilebilir. Araştırmamızda hemşire ve ebelerden kanun bilgisi olmayanların oranına göre İÇÜB alt ölçeği puan ortalaması yüksek olup istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kanun bilgisi durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bunun nedeni TCK'da çocuk ihmal-istismarı belirtilerinin açık şekilde verilmemiş olup sadece cezai kanun üzerinde durulmuş olmasından kaynaklanacağı düşünülmektedir. TCK'yı inceleyen ebe ve hemşireler çocuk ihmal-istismarı konusunda bilgi sahibi olmadan sadece kanunla ilgili fikir edinmiş olabilir. Bu nedenle bu durum İÇÜB alt ölçek puan ortalaması düşük fakat kanun bilgisi yeterli şekilde açıklanabilir. Çocuk ihmali-istismarı belirtilerini tanıyan hemşire ve ebelerin İÇÜB puan ortalamasının yüksek olup kanunla ilgili bilgisinin az olması bildirimlerin daha az yapılmasına neden olacaktır. Yapılan bir çalışmada öğretmenlere çocuk ihmal ve istismarını kanunlara göre bildirilmesinin gerekli olup olmadığı sorulmuş %51,2'si bu soruya olumlu yanıt vermiştir. Bu çalışmaya göre öğretmenlerin kanun bilgisinin hemşire ve ebelere göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Aynı çalışmada kanun bilgisi ile çocuk ihmali ve istismarı bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tugay 2008).

## 6.SONUÇ

### 6.1.Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin %33'ünün 37-42 yaş arasında olduğu, %99,'inin kadın olduğu, %77,4'ünün evli olduğu, %69,8'inin ebe olduğu, %64,2'sinin çocuk sahibi ve %62,3'ünün 1-3 arası çocuğa sahip olduğu,
- %70,7'sinin lisans mezunu olduğu, %42,5'inin 11 yıl ve üstünde meslekte çalıştığı, %34'ünün daha önce devlet hastanelerinde çalıştığı belirlenmiştir.
- Hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması  $3,65 \pm 0,35$  olarak saptanmıştır.
- Hemşirelerin İÇÜB alt ölçek puan ortalamasının ebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin meslekte çalışma süresi ile ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 11 yılın üstünde çalışan hemşire ve ebelerin ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hizmet içi eğitim alan hemşire ve ebelerin ÇİİÇDB alt ölçek puan ortalamasının diğer eğitimleri (konferans, seminer, sertifika) alan hemşire ve ebeler göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Vaka ile karşılaşan hemşire ve ebelerin karşılaşmayanlara göre İHYÇÖ alt ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
- İhmali-istismar belirtilerini tanıyamayan hemşire ve ebelerin İHYÇÖ alt ölçek puan ortalaması tanıyanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Kanun bilgisi olmayan hemşire ve ebelerin İÇÜB alt ölçek puan ortalaması kanun bilgisi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, ASM' de çalışma süresi, ASM' den önce çalıştığı kurum, okulda eğitim alma durumu, eğitim alma isteği, vaka ile karşılaşma durumunda ne yaptığı, kendini yeterli hissedebilme durumu, prosedür varlığından haberdar olma durumu ve bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünmesi durumu ile çocuk ihmali

istismarı belirti ve risklerini tanıma genel ölçek puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarını etkilemediği tespit edilmiştir.

## 6.2. Öneri

Bu bölümde, elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda başta hemşire ve ebelere sağlık kurum yöneticilerine, araştırmacılara yönelik çeşitli öneriler sunulmuştur;

- Günümüzde çok güncel olan ve bir çok çocuğun mağduriyet yaşadığı bu konu sağlık çalışanlarını daha yakından ilgilendirmektedir. Hemşire ve ebelerin çocuk ihmali-istismarı konusunda bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla güncel bilgi ve yayınları takip etmeleri, çocuk ihmali-istismarı konusunda bilinçlenmeyi ve olgularını bildirmeyi bireysel sorumluluk olarak görmesi,
- Ebeler üzerinde daha kapsamlı çalışmalar yapılarak bilgi düzeyi eksikliklerinin saptanması ve bu konulara yönelik eğitim planlanması,
- Mesleğe yeni başlayan hemşire ve ebeler üzerinde konuyla ilgili farkındalık yaratılması için kurumların sunumlar planlaması ve sürecin nasıl işlediği konusunda çalışanlara bilgi vermesi,
- Kurumlara verilen eğitimlerin içeriğinin değiştirilmesi, güncellenmesi, rutin bilgilerden çıkarılarak hemşire ve ebelerde mesleki-sosyal bilinç oluşturacak içeriklerin hazırlanması,
- Mesleki eğitimlerinde çocuk ihmali-istismarı konusunda daha geniş yer verilerek istismarı tanılama, hemşirelik süreci ve adli süreç ile ilgili detaylı bilgilerin verilmesi,
- Birinci basamakta çalışan hemşire ve ebelerin ev, okul ziyaretleri yaparak riskli grupların belirlenmesi ve belirlenen bu gruplara yönelik taramaların yapılması,
- Hemşire ve ebelerin çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili kanuni sorumluluklarını anlatan broşür hazırlanarak sağlık kurumlarına dağıtılması ve hemşire ebelerin bu konuda bilinçlenmesinin sağlanması
- Çocuk istismarının önlenmesi ve müdahalesinde hem risk gruplarını belirleme hem de oluşan vakaların sürekli takibini sağlamak için doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanları, öğretmen ve bu uzmanların çalıştıkları kurumların multidisiplinler yaklaşımıyla çalışması,

- Okuldaki çocuklara yüzeysel olarak eğitim verilerek kendilerini korumaları gerektiği ve istismar durumuyla karşılaştıklarında ailelerine ya da yakınındaki diğer kişilerle konuşması gerektiğinin anlatılması ve öğretmenlerle işbirliği yapılması,
- Çocukların durumu bildirmesi için kolay ulaşabilecekleri telefon hatları oluşturulup medya yardımı ile duyurulmasını sağlayarak gizli vakaların ortaya çıkarılmasının kolaylaştırılması
- Yerel ve ulusal medya kullanılarak toplumun bilinçlendirilmesi ve çocuk ihmali-istismarı olguları karşısında durumu bildirmelerinin gerekliliğinin anlatılması önerilmektedir.



## 7.KAYNAKLAR

1. **Abbasi MA, Saeidi M, Khademi G, Hoseini BL, Moghadam ZE.** Child Maltreatment in the Worldwide: A Review Article. *International Journal of Pediatrics*, **2015**, 3(1):353-365.
2. **Akcan A, Demiralay Ş.** Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Algıları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, **2016**, 5(32):275-281.
3. **Alpaslan A.** Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Medical Journal* **2014**;15(2):194-201.
4. **Altıparmak S.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Çocuk Bedeni Üzerine Etkileri. *Çocuk Dergisi*, **2008**, 8(1):9-13.
5. **Anayasa, 1982.** <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>. Erişim tarihi: 12/12/2017.
6. **Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu.** Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Hemşirelerin Bilgileri. *Atatürk Ünv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**, 3(2):29-35.
7. **Arslan G ve ve Balkıs M.** Ergenlerde Duygusal İstismar, Problemler Davranışlar, Öz-yeterlilik ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişki. *Sakarya University Journal of Education*, **2016**, 6(1):9-22.
8. **Aşıröz M.** Acil Servislere Başvuran Çocuk ve Kadın İstismarı Olgularına Hekimlerin Yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, **2006**, 2(50):39-48.
9. Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi. Bakanlar Kurulundan Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesinin Onaylanması Hakkında Karar Karar Numarası: 2011/2060, Karar Tarihi: 18.07.2011 Resmi Gazete Tarihi: 10.09.2011
10. **Bahçecik N ve Kavaklı A.** Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu. *Hemşirelik Bülteni*, **1994**, 8(32):45-52.
11. **Bandura A.** Social learning theory. *General Learning Corporation*, **1971**.
12. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu,1995. Aile İçi Şiddet ve Sonuçları, Tartışma Ve Öneriler. [www.aile.gov.tr/yapilanarastirma](http://www.aile.gov.tr/yapilanarastirma). Erişim tarihi: 14/01/2018.
13. **Bertan M, Haznedaroğlu D, Koln P, Yurdakök K.** Ülkemizde Erken Çocukluk Gelişimine İlişkin Yapılan Çalışmaların Derlenmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2009**; 52(1): 1-8.
14. Bilgiç H. Denizli İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Ebe ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmal Konusundaki Deneyimleri, Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli, **2015**.
15. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi, 1989. [http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat\\_uamevzuat/birlesmismilletler.pdf](http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/birlesmismilletler.pdf), Erişim tarihi: 10.10.2017.
16. **Bozbeyoğlu A, Koyuncu E, Kardam F, Sungur A.** Ailenin Karanlık Yüzü: Türkiye’de Ensest. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, **2010**, 13(1):1-37.
17. **Bulut H.** Pedofilik Bozukluk ve Ensest: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, **2016**, 29(3):281-285.
18. **Bulut S.** Çocuk Cinsel İstismarı Hakkında Bir Derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **2005**, 3(28):139-156.
19. Burç A. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanılama Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2014**.
20. **Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y.** Samsun Merkez Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmal Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **2005**, 14(11):241-246.
21. Child sexual abuse and child pornography in the Court’s case-law, Research Report. Council of Europe / European Court of Human Rights, **2011**. Erişim: [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int). Erişim tarihi: 24/02/2018.
22. Cirit C. Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıkları. Yüksek Lisans Tezi, Mersin üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, **2015**.
23. **Çatık AE ve Çam O.** Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeylerinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**, 22 (2) : 103-119.
24. Çocuk Haklarına dair sözleşmeye ek çocuk satışı, çocuk fahişeliği, ve çocuk pornografisi ile ilgili ihtiyari protokol, **2002**. Erişim: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4755.html>. Erişim tarihi: 01/01/2018.

25. Çocuk Koruma Kanunu, 2005. Yayımlı Tarihi:15/07/2005 Sayı: 25876
26. Çocukların Cinsel İstismar ve Sömürüye karşı Korunmasına İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi, **2010**.
27. Demir H. Edirne ili Aile Sağlığı Merkezlerinde Görevli Hekimlerin Çocuk istismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, **2012**.
28. **Deveci E ve Açık Y.** Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. *Arşiv*, **2003**, 12:1:396-405.
29. **Dinleyici M ve Dağlı F.** Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **2016**, 38(1):1-9.
30. **Dönmez Y, Soylu N, Özcan Ö, Yüksel T, Demir A, Bayhan P ve ark.** Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, **2014**, 21(1):8-44
31. DSÖ, **2016**. Child maltreatment. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>, Erişim Tarihi: 11.12.2017.
32. **Eckenrode J, Ganzel B, Henderson J, Smith E, Olds D ve ark.** Preventing Child Abuse and Neglect With a Program Of Nurse Home Visitation. *American Medical Association*, **2000**, 284(11):1385-1391
33. **Erdoğan A.** Pedofili: Klinik Özellikleri, Nedenleri ve Tedavisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2010**, 2(2):132-160. Erişim: <https://ailetoplum.aile.gov.tr/hakimizda/tarihce>. Erişim tarihi:12/12/2017.
34. **Erzurumluoğlu Z ve Gözen D.** Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Hemşirenin Rolü. I. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi, İstanbul, 23-25.Ekim, 2014, p:127.
35. **Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray C.** Child sexual abuse. Comparative Quantification of Health Risks, Geneva, Switzerland, *WHO*, **2004**, 1(1):29-88
36. **Fırat S, İltaş Y, Gülmen M.** Türk Ceza Kanunu'nda Çocukların Cinsel İstismar Suçu: Beş Olgu Sunumu. *Adli Tıp Bülteni*, **2017**, 22 (1): 76-81.
37. **Finkelhor D.** Prevalence of Child Victimization, Abuse, Crime, and Violence Exposure. *American psychological Association*, **2011**, 12(1):9-29.
38. **Geçkil E.** Çocuklarda Fiziksel İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**, 6(1):129-139.
39. **Genç Ş ve Çoşkun S.** Enstest, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, **2013**, 106(2):216-260
40. **Gilbert R, Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E ve ark.** Burden And Consequences Of Child Maltreatment In High-Income Countries. *Lancet*, **2009**, 373(3):68-81.
41. **Gölge Z, Hamzaoğlu N, Türk B.** Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, **2012**, 26(9):86-96.
42. **Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S.** Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**, Cilt:24, Sayı:3.
43. **Gürhan N.** *Her Yönüyle Çocuk İstismarı ve İhmali*. 1. Baskı Nobel Tıp Kitap Evi, Ankara, **2015**.
44. Hasta Hakları Yönetmeliği, **1998**. 08/05/2014 tarihli 28993 sayılı resmi gazete ile yapılmış değişikliğin istenmiş hali.
45. **İbiloğlu A, Atlı A, Oto R, Özkan M.** Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Enstest Olgularına Çok Yönlü Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2018**, 10(1):84-98.
46. **İnce T ve Yurdakök K.** Munchausen By Proxy Sendromu; Ağır Bir Çocuk İstismarı Formu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, **2014**, 3(1):165-170.
47. İnci Y. Çocukların Cinsel Suistimali ve İstismarının Sosyo-Kültürel Ve Ekonomik Boyutları. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **2010**.
48. İnsan Hakları Derneği. Çocuk İhmali Ve İstismarını Önleme Öğretmenler ve Aileler İçin Eğitim Kılavuz, Berkay Ofset, Ankara, **2008**.
49. **Kacker L, Varadan S, Kumar P.** Study on Child Abuse: India 2007. Ministry of Women and Child Development Government of India, **2007**.
50. **Kafadar H.** Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) ve Adli Tıp Yaklaşımı. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, **2014**, 4(5):279-281.
51. Kamiloğlu M. Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, **2018**.
52. **Kara B, Biçer Ü, Gökalep A.** Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **2004**, 47(2): 140-151.



53. Kara Ö. Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, **2010**.
54. **Kempe ve Helfer**. Helping the battered child and his family. *The journal of pediatrics*, **1976**, 81(6):13-22.
55. **Keser N, Odabaş E, Elibüyük S**. Ana-Babaların Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*,**2010**, 4(3):150-157.
56. **Khalil A, Alsulami R, Alolasi Z, Alsulami S**. Impact of an educational program in developing saudi mothers' knowledge, and preventive practices of children sexual abuse (CSA). *Innovational Journal of Nursing and Healthcare (IJNH)*,**2018**, 4(1):1-14.
57. Kisanga F. Child sexual abuse in urban Tanzania: Possibilities and barriers for prevention. Epidemiology and Global Health Department of Public Health and Clinical Medicine Umeå University, **2012**.
58. Kocaer Ü. Hekim Ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2007**.
59. **Kozcu Ş**. Çocuk İstismarı ve İhmali, Aile Yazıları 3. Başbakanlık A.A.K Yayınları, Ankara, **1991**.
60. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2004.
61. **Lansford J, Miller S, Berlin L, Dodge K, Bates J ve ark**. Early Physical Abuse and Later Violent Delinquency: A Prospective Longitudinal Study. *Child Maltreat. Author manuscript; available in PMC*, **2009**, 12(3):233-245.
62. **Lee P, Fraser J, Chou F**. Nurse Reporting of Known and Suspected Child Abuse and Neglect Cases in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Meical Sciences*, **2007**, 23(3):128-137.
63. **Legano L, Margaret, McHugh T, MD, MPH and Palusci V**. Child Abuse and Neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, **2009**, 9(1):33-39.
64. **Lindo J, Schaller J, Hansen B**. Economic Conditions and Child Abuse. *IZA Discussion*, April **2013**, 2(1):1-10.
65. **Lök N, Başoğlu C, Öncel S**. Aile İçi Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Psikososyal Desteğin Önemi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,**2016**, 8(2):155-161.
66. **Maquire S, Moynihan S, Mann M, Potakar T, Kemp AM**. A Systematic Rewiev of the Features That İndicate İntentional Scalds İn Children. *Burns*, **2008**, 34(1):1072-1081.
67. **Mayer A**. *İncest : a treatment manual for therapy with victims, spouses, and offenders*. Holmes Beach, Fla. : Learning Publications, **1983**.
68. **Mendalawi A**. Reported child sexual abuse in Bahrain: 2000-2009. *Annals of Saudi Med*, **2012**, 3(1):215-216.
69. **Metinyurt H ve Sarı H**. Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, **2016**, 1(3):101-121.
70. **Olds D, Henderson C, Tatelbaum R, Chamberlin R**. Improving the Life-Course Development of Socially Disadvantaged Mothers: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation. *American Journal Of Public Heath*, **1998**, 78(11):1436-1445.
71. **Oral Ü, Engin P, Büyükyazıcı Z**. Türkiye' de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması. Unicef, Özet Raporu, 2010, s:10-37.
72. **Önal S, Celbiş O, Özdemir B, Özdemir M**. Çocuk İstismarı. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, **2013**,23(2): 124-127.
73. **Öncü E, Kurt A, Esenay F, Özer F**. Çalışan Çocukların Ailede İstismarı. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*,**2012**;10(3):128-140.
74. **Örün E ve Tath M**. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne Göre Türk Çocuklarının Sağlık ve Sosyal Hakları Açısından Durumu. *Yeni Tıp Dergisi*, **2012**; 29(3):132-137.
75. **Özcebe H, Tarhan N, Çakır B, Ergüder T, Öner Ö ve ark**.*Türkiye Büyük Millet Meclisi. Türkiye'de Orta Öğretime Devam Eden Öğrencilerde ve Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunan Tutuklu Ve Hükümlü Çocuklara Şiddet Ve Bunu Etkileyen Etkenlerin Saptanması*. TBMM Basım Evi, Ankara, **2007**.
76. **Paavilainen E ve Tarkka MT**. Definition and İndefinition of Child Abuse by Finish Public Health Nurse. *Public Health Nurs*, **2003**,20(1):49-55.
77. Pala B. Geleceğin Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir, **2011**.
78. **Pelendecioglu B ve Bulut S**. Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, **2009**, 9(1):50-62.

79. **Polat O.** *Çocuk ve şiddet.* Der Yayınları, İstanbul, **2001.**
80. **Polat O.** *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı.* 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, **2007.**
81. **Polat O.** Türkiye’de Çocuk Haklarının Durumu. *Toplum ve Demokrasi*, **2008**, 2(2):150-158.
82. **Rimsza M.E, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W.** The Arizona Child Fatality Review Program Experience. *Pediatrics*, **2002**, 23(4):341-345.
83. **Sedlak A, Mettenburg J, Basena M, Petta L, Mcpherson K ve ark.** Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4) Report to Congress. Us. Department Of Health And Human Services, 2010.
84. **Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F ve ark.** European report on preventing child maltreatment, WHO, 2013.
85. **Smith F.** Child Protection: Every Nurse’s responsibility. *Pediatry Nurse*, **2003**, 15(7):28-29.
86. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, TC Resmi Gazete Sayı: 18059, 1989.
87. **Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J.** Are Children Born to Young Mothers At Increased Risk Of Maltreatment? *Pediatrics*, **1993**, 91(3):642-648.
88. **Swanson L, Biaggio M.** Therapeutic Perspectives on Father-Daughter Incest. *American Journal of Psychiatry*, **1985**, 14(3):378-383.
89. **Şahin F, Taşar M.** Cinsel İstismar ve Ensest. *Türkiye Pediatri Arşivi*, **2012**, 47(2):159-164.
90. Şimşek S. Ergenlerde Davranış Problemlerinin Anne-Babadan ve Öğretmenlerden Algılanan Duygusal İstismar Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, **2010.**
91. **Şimşek Ş, Fettahoğlu E, Özatalay E.** Cinsel İstismara Uğramış Çocuklarda ve Ebeveynlerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Dicle Tıp Dergisi*, **2011**, 38 (3): 318-324
92. **Şirin A.** *Ailede Çocuğun İstismarı ve Umutsuzluk.* Nobel Kitabevi, **2007.**
93. **Taner Y ve Gökler B.** Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2004**, 35(2):82-86
94. **Tanşu A ve Karadaş E.** Acil Servise Başvuran Çocuk Hastalar ile Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Milli Pediatri Kongresi, Sözel Bildiri, Antalya, 12-16 Ekim, 2011
95. **Tezel A.** Çocuğa Yönelik Şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2002**, 5(1):94-100.
96. The Definitions and Signs of Child Abuse. NSPCC, 2009. [www.nspcc.vk/inform](http://www.nspcc.vk/inform). Erişim Tarihi: 27/02/2018.
97. **Tıraşçı Y ve Gören S.** Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, **2007**, 34(1):70-74.
98. **Tilden VP, Schmidt TA, Limandri BJ, Chiodo GT, Garland MJ ve ark.** Factors that Influence Clinicians Assesment and Management of Family Violence. *Am J public Health*, **1994**, 84(4):628-633.
99. TUGAY D. Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2008.**
100. **Turhan E, Sangün Ö, İnandı T.** Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2006**, 15(9):153-157.
101. Türk Ceza Kanunu, 2004. Yayımlı Tarihi: 12/10/2004 Sayı: 25611.
102. Türk Medeni Kanunu, 2001. Yayımlı Tarihi: 8/12/2001 Sayı: 24007.
103. Türker G. Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2017.**
104. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Çocuk, **2014.**
105. U.S. Department of Health & Human Services. Child Maltreatment, Children’s Bureau, 2011. <https://archive.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm.10pdf>. Erişim tarihi: 23.01.2018.
106. **Uğurlu Z ve Gülsen İ.** Çocuk Hakları ve Hukuğu Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, **2014**, 1(1):1-24.
107. Uluslararası Çocuk Hakları Strateji Eylem Planı, 2017. <http://www.cocukgozlemevi.org/1476/ulusal-c%CC%A7ocuk-haklar>. Erişim tarihi: 14/12/2017.
108. Unicef, **2004.** Çocuk Haklarına Dair Sözleşme.
109. Unicef, **2016.** Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kantı Toplanmasına Yönelik bir Kılavuz.

110. Uysal A. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanılamada Hemşire Ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzmir, **1998**.
111. Ünal F. Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. *Türkiye Sosyal Araştırma Dergisi*, **2008**, 9(1):9-18.
112. Yağmur F, Asil H, Per H, Aslan D, Çoşkun A. Sarsılmış Bebek Sendromu & 3 Olgu Sunumu. *Adli Tıp Dergisi*, **2010**; 24(1): 42-49.
113. Yalçın H. *Çocuk Gelişimi*. 1. Baskı, Öncü Basım Evi, Ankara, **2010**.
114. Yalçın N. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, **2011**.
115. Yehuda B, Y, Attar-Schwartz S, Ziv A, Jedwab M, Benbenishty R. Child Abuse and Neglect: Reporting by Health Professionals and their Need for Training. *Israel Medical Association Journal*, **2010**, 12(1): 598–602.
116. Yenibaş R. *Çocuk Gelişimi Eğitimi ve Sağlığı*. Ekbil matbaacılık **2010**.
117. Yılmaz B. Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi ve Yaklaşımlarının İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, **2015**.
118. Yücel H ve Ögel K. Çocuklara Yönelik Cinsel Sömürü ve Biçimleri. *Türkiye Klinikleri Journal Peditr Scines*, **2008**, 4 (6):6-11.
119. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora M ve ark. Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**, 2(1):67-98.

## EKLER

### EK-1: AYDINLATILMIŞ ONAM

**T.C.**  
**HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

#### Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu	: Çocuk İstismarı
Araştırmanın Amacı	: “Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmal Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”
Araştırmaya Katılma Süresi	:20-25/dk
Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:	123

#### **Araştırmacının Açıklaması**

##### ***Sayın Katılımcı***

Aile sağlığı merkezinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali tanımasını yönelik bir araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi “Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmal Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi” dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak hemen söyleyeyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, bildiğiniz gibi, çocuk ihmal ve istismarı ülkemizde sürekli yaşanmakta ve medyada gündeme gelmektedir. Koruyucu merkezlerde, tedavi edici merkezlerde ve rehabilite edici merkezlerde sürekli çocuklar ile karşılaşan onlara ilk müdahaleyi yapan, tedavi eden ve eğitim verenler olarak hemşire ve ebelerin önde gelmektedir. Bu nedenle hemşire ve ebelerin çocuk ihmal ve istismarını tanımasını bunun bildirimini nasıl yapmaları gerektiğini bilmeleri konusunda bilgilerinin iyi olması beklenmektedir. Bu nedenle araştırmaya katılmanız hemşire ve ebelerin çocuk ihmal ve istismarının tanınmasında farkındalığı arttıracığına ve bu konuda bildirimlerin yapılmasına katkı sağlayacağını düşünmemdir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda öncelikle size ilişkin bazı sorular soracağım. Daha sonra size çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi ve tutumları belirlemeye yönelik 67 soruluk ölçek vereceğim. Size ilişkin sorular ve ölçeğin doldurulması yaklaşık 20-25dk. sürecektir.

Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonunda elde edilen bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden ancak bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılacaktır, tüm bu bilgiler başka bir amaç için kullanılmayacaktır ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde iş koşullarınızda hiçbir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında da ayrılma hakkına sahipsiniz.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Adres: MKÜ Hatay Sağlık Yüksekokulu  
Antakya  
Tel: 0326 2160686  
e-mail: htambag@mku.edu.tr

### ***Katılımcının Beyanı***

Sayın Hacer Kabakoğlu tarafından Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli bilgi verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Hacer Kabakoğlu'na 0326 2160686 no'lu telefondan ve Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksekokulu adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

<b>GÖNÜLLÜ</b>	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 )  İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
<b>VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)</b>	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 )  İmza:
Yakınlığı:	
<b>ARAŞTIRMACI</b>	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 )  İmza

GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 ) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0 ) Faks : (0 ) İmza



---

## EK 2:TANITICI BİLGİ FORMU

1)Kaç yaşındasınız(yazınız).....

2) Cinsiyetiniz? ( ) Kadın ( ) Erkek

3)Medeni durumunuz

a) Evli b) Bekar c) Diğer.....

4)Mesleğiniz

a)Hemşire b)Ebe

5) Çocuğunuz var mı?

a) Evet b) Hayır

6)Evetse Çocuk sayınız(yazınız).....

7) Eğitim düzeyiniz

a) Sağlık Meslek Lisesi b) Önlisans c) Lisans d) Lisansüstü

8) Meslekte çalışma süreniz nedir?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11 yıl ve üstü

9)Kaç yıldır aile sağlığı merkezinde çalışıyorsunuz?

a)1 yıldan az b)1-5 yıl c)6-10 yıl d)11 yıl ve üstü

10)Aile sağlığı merkezinden önce nerede çalışıyordunuz? (Yazınız)

.....

11) Okul öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı ?

a) Evet b) Hayır

12)Meslek hayatınızda çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı ?

a) Seminer b) Konferans c)Kongre d)Sertifika e)Hizmet içi eğitim  
f)Diğer.....

13) İmkan verilirse çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak ister misiniz?

a) Evet b) Hayır





**EK-3: ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN  
TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU**

	Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3.Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.					
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir					
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir					
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz					
11. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür					
12. İntrakranial( kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13. Genital bölge, ağız,kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21. Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					

23. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.					
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27. Çocukta yeme bozuklukları,huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir					
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.					
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır					
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.					
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşamaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.					
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					

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

## EK-4: ETİK KURUL KARAR FORMU

MKÜ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	27/10/2016/178

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY
	TELEFON	0326 245 51 14
	FAKS	0326 245 51 14
	E-POSTA	tipetik@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç.Dr. Hatice TAMBAĞ (Hacer KABAKOĞLU'nun tezi)		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Anabilim Dalı		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MKÜ Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı : Doç. Dr. Nazan SAVAS  
MKÜ Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı / Anabilim Dalı

İmza:

Prof. Dr. Nazan SAVAS



## EK-4: ETİK KURUL KARAR FORMU(DEVAMI)

MKÜ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	27/10/2016/178

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2017/03	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:04		Tarih: 09/02/2017	
	KARAR 4- Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğ.Gör. Yrd.Doç.Dr. Hatice TAMBAĞ'ın "Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi." İsimli çalışması görüşülmüş olup; çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.			

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOÇ.DR.NAZAN SAVAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Muhyittin TEMİZ	Genel Cerrahi	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Aydın KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Burçin ÖZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Enver Ahmet DEMİR	Tıbbi Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı : Doç.Dr.Nazan SAVAŞ  
MKÜ Tıp Fakültesi

İmza:

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**ASLI GİBİ**  
Enver Sedat B...  
Etik Kurul Sekreteri

## EK-4: ETİK KURUL KARAR FORMU(DEVAMI)

MKÜ  
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalî hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.							
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		27/10/2016/178							
Yrd.Doç.Dr.Neslihan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Not ile
Doç.Dr.Erhan YENİL	Aile Hekimliği	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av.Süleyman TENKEKEÇİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı
Yusuf COŞKUN	Esnaflık	Serbest Çalışan	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Osman ÖZKAN	Eğitimci	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Murat EKENER	Kimyager	Serbest Çalışan	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı : Doç.Dr. Nazım AYVAZ  
MKÜ Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İmza:



## EK-5: KURUM İZİN YAZISI



T.C.  
HATAY VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

HATAY HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - HATAY TOPLUM  
SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ  
15/07/2016 12:25 - 53365225 - 804.01 - E.277



Sayı : 53365225/804.01  
Konu : Yüksek Lisans Tezi Hk. (Hacer  
KABAKOĞLU)

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

05.12.2013 tarihinde imzalanan "Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İşbirliği Protokolü" kapsamında oluşturulan Koordinasyon Kurulu 13.07.2016 tarihinde toplanmış ve başvurular değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda; Enstitümüz Toplum Ruh Sağlığı bölümü yüksek lisansiyeri Hacer KABAKOĞLU'nun "Hatay ili Antakya ve Defne İlçelerinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhlali Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu bilimsel çalışmasını 15.09.2016-15.02.2017 tarihleri arasında Antakya ve Defne ilçelerinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde gönüllülük esasına göre gerçekleştirme talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Ümit Mutlu TIRYAKI  
Halk Sağlığı Müdürü

Fevzi Çakmak Mah. Hastane Cad.No:37 P.K:31070 Antakya /HATAY İrtibat İçin :  
C.ÜNAL Dahili : 2286 - 2285  
Faks No:  
e-Posta:cuma.unal1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: 03262142190

Bilgi için:CUMA ÜNAL  
Unvan:HEMŞİRE  
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2d42f29d-5b97-4d5d-acc8-e5ad328a457f kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-5: KURUM İZİN YAZISI (DEVAMI)

Evrak Tarih ve Sayısı: MKU Kayıt 11/04/2017-9694



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
HATAY VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

HATAY HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - HATAY TOPLUM  
SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ



00042945026

İVEDİ

Sayı : 53365225/804.01  
Konu : Hacer KABAKOĞLU Hk.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapan Hemşire Hacer KABAKOĞLU'nun "Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan Hemşire ve Ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" konulu bilimsel çalışmasını 15.09.2016 ile 15.02.2017 tarihleri arasında gerçekleştirme talebi koordinasyon Kurulu tarafından 13.07.2016 tarihinde kabul edilmiştir. Hacer KABAKOĞLU'nun 31.03.2017 tarihli dilekçesine istinaden, yapılan çalışmanın süresi 01.04.2017 tarihinden itibaren 5(beş) ay uzatılmıştır.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Bayram KERKEZ  
Halk Sağlığı Müdürü

Bu evrakın 5070 Sayılı Kanun gereğince  
E-İMZA ile imzalandığı tasdik olunur.  
02/04/2017 Cengiz DOLMACI  
V.H.Kİ.

Fevzi Çakmak Mah. Hastane Cd.No:37 Kat 3 PK 31020 Antakya /HATAY

Bilgi için:SABAHAT DUMANCI

Faks No:

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:Sabahat.dumanci@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sabahat DUMANCI

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 98316c2d-82e2-43ad-94ff-c261f17bcc1b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## EK-6: ÖLÇEK İZİNLERİ



**EK-7: HATAY İL MERKEZİ ANTAKYA İLÇESİ VE DEFNE İLÇESİNDE  
BULUNAN 51 AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ**

**DEFNE İLÇESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ**

1. DEFNE 1 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
2. DEFNE 2 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
3. DEFNE AŞAĞIOKÇULAR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
4. DEFNE BAHÇEKÖY AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
5. DEFNE ÇEKMECE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
6. DEFNE ÇÖKEK AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
7. DEFNE AŞAĞIDURUNLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
8. DEFNE YUKARI DURUNLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
9. DEFNE GÜMÜŞGÖZE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
10. DEFNE SUBAŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
11. DEFNE HARBİYE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
12. DEFNE TOYGARLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
13. DEFNE TAVLA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
14. DEFNE YEŞİLPINAR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
15. DEFNE TURUÇLU 1 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
16. DEFNE YENİÇAĞ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

**ANTAKYA MERKEZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ**

- 1) 1 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 2) 2 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 3) 4 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 4) 5 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 5) ANTAKYA MERKEZ KARAALİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 6) ANTAKYA MERKEZ KARLISU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 7) ANTAKYA MERKEZ KİSECİK AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 8) ANTAKYA MERKEZ KUZYTEPE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 9) ANTAKYA MERKEZ 6 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 10) ANTAKYA MERKEZ MAŞUKLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 11) ANTAKYA MERKEZ MÜCAHİTLER AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 12) ANTAKYA MERKEZ NARLICA 1 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 13) ANTAKYA MERKEZ NARLICA 2 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 14) ANTAKYA MERKEZ ODABAŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 15) ANTAKYA MERKEZ OĞLAKÖREN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 16) ANTAKYA MERKEZ SELİM NEVZAT ŞAHİN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

- 17) ANTAKYA MERKEZ SERİNYOL 70. YIL AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 18) ANTAKYA MERKEZ SERİNYOL 2. NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 19) ANTAKYA MERKEZ TANIŞMA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 20) ANTAKYA MERKEZ UYDUKENT AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 21) ANTAKYA MERKEZ ÜRGENPAŞA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 22) ANTAKYA MERKEZ ÜZÜMDALI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 23) ANTAKYA MERKEZ 8 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 24) ANTAKYA MERKEZ 9 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 25) ANTAKYA MERKEZ 10 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 26) ANTAKYA MERKEZ 11 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 27) ANTAKYA MERKEZ 12 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 28) ANTAKYA MERKEZ GÜZLBURÇ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 29) ANTAKYA MERKEZ ANAYAZI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 30) ANTAKYA MERKEZ AVSUYU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 31) ANTAKYA MERKEZ BOHŞİN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 32) ANTAKYA MERKEZ CEZAEVİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 33) ANTAKYA MERKEZ DEMİRKÖPRÜ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 34) ANTAKYA MERKEZ EKİNCİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
- 35) ANTAKYA MERKEZ GÜNYAZI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

## ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Hatay'da doğdu. Antakya Hüseyin Özbuğday Anadolu Lisesi'nden 2009 yılında mezun oldu. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden 2013 yılında mezun oldu. 2014 yılında Hatay Antakya Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde göreve başladı. 2015 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaya hak kazandı. 2017 itibariyle Hatay Devlet Hastanesinde Gözetmen Hemşire olarak görev yapmaktadır.

