



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUK  
İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK BİLGİ VE  
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Müge GÜZELMANSUR

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV

İSTANBUL 2018

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÇOCUK KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUK  
İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK BİLGİ VE  
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

**Müge GÜZELMANSUR**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr.Üyesi Gülay MANAV**

**İSTANBUL 2018**



**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Program : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Öğrenci No : 154204023  
Öğrenci Adı Soyadı : Müge GÜZELMANSUR

“Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 08/08/2018 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof.Dr. Güler CİMETE  
Üsküdar Üniversitesi

İmza



Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Gülay MANAV  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

İmza



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Behice EKİCİ  
Maltepe Üniversitesi

İmza



**ONAY**

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Nilgün SARP**  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

Bu araştırmanın amacı pediatri hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesidir. Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini 125 hemşire oluşturmaktadır. Verilerin elde edilmesinde; soru formu ve Uysal tarafından geliştirilen “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (ÇİİBRTÖ)” kullanılmıştır. Bu çalışmada ÇİİBRTÖ cronbach alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeği genel bilgi puanı ortalamaları  $3.6 \pm 0.3$  (yüksek) olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyleri ÇİİBRTÖ ölçeğinin alt boyutlarına göre de incelenmiş olup, “ebeveyn özellikleri” ve “çocuk özellikleri” alt boyut puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Diğer tüm alt boyuttaki bilgi düzeyleri ise yüksek olarak görülmüştür. Hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeğinin “çocuk özellikleri” alt boyut puanları en son mezun olunan okula göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Bu bulgular sonucunda hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgileri genel olarak orta düzeydedir. Eğitim durumunun artması çocuk ihmal ve istismarı genel bilgi puanını artıran belirleyici olarak saptanmıştır. Bu nedenle özellikle mezuniyet öncesi olmak üzere mezuniyet sonrası eğitime de öncelik verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk ihmal, Çocuk istismarı, Bilgi düzeyi, Hemşire

## ABSTRACT

The aim of this research is to examine the knowledge and practices of pediatric nurses for child neglect and abuse. 125 nurses constitute the sample of the descriptive type of research. In obtaining the data; questionnaire developed by Uysal and "Scale for Diagnosis of Signs and Risks of Child Abuse and Neglect (DSRCAN)" was used. In this study, the ÇİBRT cronbach alpha value was found to be 0.84.

The average scale score of diagnosing signs and risks of child neglect and abuse of nurses was found to be  $3.6 \pm 0.3$  (high). Knowledge levels of nurses about child neglect and abuse were also examined according to the subscales of DSRCAN scale and mean scores of "parental characteristics" and "child characteristics" subscale scores were found to be moderate. The level of knowledge in all other sub-dimensions was high. The "child characteristics" subscale scores of the nurses' DSRCAN scale differ significantly from the last graduated exam.

As a result of these findings, nurses' information about child neglect and abuse is generally moderate. Increased educational attainment has been identified as a determinant of increasing the general knowledge score of child neglect and abstinence. For this reason, especially after graduation, post-graduate education should be prioritized.

**Keywords:** Child Abuse, Child Neglect, Knowledge, Nurse

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülay Manav olmak üzere, Hemşirelik bölümündeki tüm hocalarıma sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Çalıőmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan başta annem ve babam olmak üzere, aileme de sonsuz teőekkürler ederim.



## BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

10.08.2018

Müge GÜZELMANSUR

İmza



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iii</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
1.1.Çocuk İstismarı Görülme Sıklığı.....	4
<b>1.2.Çocuk İhmal ve İstismarı Kavramlarının Tarihçesi</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3.Çocuk İhmal ve İstismarının Tanımı ve Kapsamı</b> .....	<b>5</b>
1.3.1.İhmal.....	6
1.3.2.Fiziksel İstismar.....	7
1.3.3.Duygusal İstismar.....	8
1.3.4.Cinsel İstismar .....	10
1.3.4.1.Aile İçi Risk Etmenleri (Ensest) .....	10
1.3.5.Ekonomik İstismar .....	11
1.3.6. İhmal ve İstismarın Çocuk Üzerindeki Etkileri .....	12
<b>1.4.Çocuk İhmal ve İstismarının Yasal Boyutu</b> .....	<b>15</b>
1.4.1.Çocuk Hakları Tanımı ve Tarihçesi.....	15
1.4.2.Çocuk Hakları ile İlgili Bildiriler ve Sözleşmeler .....	15
<b>1.5.Çocuk İhmali ve İstismarı için Risk Etmenleri</b> .....	<b>16</b>
<b>1.6.Türkiye’deki Çocukları Koruyucu Dernek ve Rehabilitasyon Merkezleri</b> .....	<b>19</b>
<b>1.7.Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali</b> .....	<b>20</b>

1.7.1.Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında Çocuk İstismarı ve İhmali.....	20
1.7.2.Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali .....	21
1.7.2.1.Türk Medeni Kanunu.....	21
1.7.2.2.Ceza Muhakemesi Kanunu .....	21
1.7.2.3.Türk Ceza Kanunu .....	22
<b>1.8.Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları.....</b>	<b>22</b>
<b>1.9.Çocuk İhmal ve İstismarının Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları.....</b>	<b>23</b>
1.9.1.Hemşirelik Bakım Amaçları .....	24
1.9.1.1.İstismarı Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları .....	25
1.9.1.2. Şüpheli İstismar Vakalarını Tanımaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları.	26
1.9.1.3.Hastaneye Yatma Sırasında Güvenli Bir OrtamSağlamaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları.....	26
1.9.1.4.Çocuğun Anksiyetesini Azaltma Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları .....	26
1.9.1.5.Hastanedeki Süre İçinde Ebeveynlerin Yeterlilik Duygusunu Artırmaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları.....	27
1.9.1.6.İstismarın Tekrarını Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları .....	27
<b>2.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>29</b>
2.1.Araştırmanın Türü.....	29
2.2.Araştırma Yapılan Yer ve Zaman.....	29
2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
2.4.Araştırmanın Soruları.....	30
2.5.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
2.6.Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	31
2.7.Araştırmanın Etik Yönleri.....	32
2.8.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi .....	33

2.9.Araştırmanın Karşılaşılan Güçlükleri ve Kısıtlıkları.....	33
<b>3.BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
3.1.Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Kişisel Özellikleri.....	34
3.2.Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Eğitim Alma ve Bildirim Yapma Durumları.....	35
3.3.Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi.....	36
3.4.Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeyleri .....	37
<b>4.TARTIŞMA.....</b>	<b>52</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>55</b>
5.1. Sonuç.....	55
5.2.Öneriler.....	55
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>57</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>62</b>
Ek 1.Soru Formu .....	62
Ek 2.Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek.....	66
Ek 3.Etik Kurul.....	69
Ek 4.Kurum İzinleri.....	70
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>73</b>

## TABLULAR DİZİNİ

	Sayfa No
<b>Tablo 1:</b> Türkiye’de Görülen İstismar Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı .....	4
<b>Tablo 2:</b> Çocuk Hakları ile İlgili Bildiriler ve Sözleşmeler Kronolojik Sıralaması.....	15
<b>Tablo 3:</b> Araştırma Örnekleminin Hastanelere Göre Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4:</b> Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçeğin Sorularının Alt Boyutlara Göre Dağılımı .....	32
<b>Tablo 5:</b> Ölçek Boyutlarının Aldığı Puan Aralığı .....	33
<b>Tablo 6:</b> Hemşirelerin Tanımlayıcı Bireysel Özellikleri .....	34
<b>Tablo 7:</b> Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Eğitim Alma ve Bildirim Yapma Durumlarının Dağılımı.....	35
<b>Tablo 8:</b> Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Yapılan Uygulamalarının Dağılımı .....	36
<b>Tablo 9:</b> Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerine Göre Puanlarının Dağılımı .....	37
<b>Tablo 10:</b> Hemşirelerin Fiziksel Belirtiler İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları.....	38
<b>Tablo 11:</b> Hemşirelerin İhmal Belirtileri Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları.....	39
<b>Tablo 12:</b> Hemşirelerin Davranışsal Özellikler Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları .....	40
<b>Tablo 13:</b> Hemşirelerin Ebeveyn Özellikleri Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları .....	41
<b>Tablo 14:</b> Hemşirelerin Çocukların Özellikleri Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları .....	42
<b>Tablo 15:</b> Hemşirelerin Ailesel Özellikler Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları .....	43
<b>Tablo 16:</b> Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçekte En Az Doğru Yanıtı Verdikleri Sorular .....	44

<b>Tablo 17:</b> Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Genel Bilgi Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 18:</b> Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Fiziksel Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 19:</b> Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin İhmal Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 20:</b> Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Davranışsal Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 21:</b> Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Ebeveyn Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 22:</b> Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Çocuk Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 23:</b> Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Bireysel Özelliklerinin Ailesel Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı .....	51

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ÇİKORED</b>	: Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
<b>ÇİM</b>	: Çocuk İzlem Merkezi
<b>SBS</b>	: Sarsılmış Bebek Sendromu
<b>TCK</b>	: Türk Ceza Kanunu
<b>TUİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>NCCAN</b>	: Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>KDKT</b>	: Kaza Dışı Kafa Travması
<b>ÇİİBRTÖ</b>	: Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılama

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından çocuk istismarı “çocuğun sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumunda çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerlerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranış”, ihmalinin ise “her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar” olarak tanımlanmıştır (İbiloğlu, Atlı, Oto ve Özkan, 2018; Pişi, 2013). Çocuk istismarı, çocukların bakıp gözetmekle yükümlü ebeveynlerinin, onların eğitimlerinden sorumlu öğretmenlerinin, koruyucu durumundaki aile fertleriyle benzeri bireylerin veya yabancı kişilerin yaptıkları, bedeni veya psikolojik açıdan bütüncül sağlıkları için zarar meydana getiren; cinsel, fiziki, duygusal veya zihni gelişimlerini olumsuz yönde etkileyen davranış ve tutumların tümüdür. Fakat gerçekleştirilen bu davranışın, mutlaka çocuk tarafından algılanması veya erişkinlerce bilinçli şekilde yapılması gerekmemektedir (Bahar, Savaş ve Bahar, 2009; Polat, 2007; Yılmaz 2009).

Ülkemizde konuyla alakalı yeterince veri bulunmamakla beraber İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi tarafından İstanbul’da bulunan liselerde öğrenim görmekte olan 1955 kız çocuğuna yönelik araştırma sonucunda olguların %95.7’lik bölümünde cinsel istismarla ilgili soruya cevap verdikleri belirlenmiştir (Alikaşifoğlu, Erginoz ve Ercan, 2006). Bu çocuklardan 250’si (%13.4) cinsel istismara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Alikaşifoğlu, Erginoz ve Ercan, 2006).

Literatür sonuçlarına göre çocuk ihmal ve istismarına ilişkin ailelere yönelik en sık görülen risk faktörleri sırası ile; %75 oranında düşük eğitim seviyesi, %69 oranında baba ve annede ruhsal problem, %66 oranında aile içinde şiddetli geçimsizlik, %56 oranında düşük sosyal ve ekonomik seviye, %59 oranında aile içinde şiddet, %47 oranında anne ve babanın alkol kullanması, %44 oranında işsizlik, %44 oranında dağılmış aile tespit edilmiştir (Hancı, 2008). Aynı çalışmada çocuk ihmal ve istismarı olgularının %72’lik bölümü Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne bildirilirken, bu olguların da %52’lik kısmı takip edilebilmiştir. Sonuç olarak %56’sı normal sağlık ve uyuma kavuşurken, %13’lük bölümü hayatını kaybetmiş, %31’lik kısmı ise izlem dışında kalmıştır (Hancı, 2008).

Ülkemizde halen fiziksel istismarın ebeveynlerce bir disiplin aracı şeklinde kullanımı, çocukluk çağında istismar ve ihmale uğrayan çocuklar için bildirim yapılmaması, rapor

edilmesindeki yetersizlik nedeniyle tarama çalışmalarının sayısının az olduğu düşünülmektedir (Altunsu, 2004; Polat, 2007).

Günümüzde tüm dünyada ve buna paralel olarak ülkemizde çocuk istismarı ve ihmaline uğrama vakaları sürekli olarak artmaktadır (Güner, Yavuz, Dörtbudak, 2016). Çocuk ihmali ve istismarına maruz kalan bireylerin gelecekte ruh sağlığı ve yaşam kalitelerine olumsuz etkilerde bulunduğu bilinmektedir. Özellikle çocukluk yaşlarında istismar ve ihmale maruz kalan çocukların çok büyük kısmında psikiyatrik bozukluklar meydana geldiği görülmektedir (Altunsu, 2004; Polat, 2007). Çocukluk yaşlarında ihmal ve istismara uğrayan bireylerin erişkinlik dönemlerinde çocukların ihmal ve istismara uğrama çocuk ihmali ve istismarının önüne geçilmesi bağlamında çok yönlü önlemlerin alınması gereklidir (Güner ve ark., 2016). Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismara uğrayan birçok çocuk ile karşılaşmalarından dolayı çocuk istismarı ve ihmalinin tespiti ve önlenmesinde bilinçli ve bilgili olmasının çok önemli ve gerekli olduğu görülmektedir (Güner ve ark., 2016).

Çocuk istismar ve ihmal vakaları özellikle çocukların en yakınlarında bulunan bireyler tarafından uygulanıyor olması, vakaların tespit ve önlenmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle dışardan bilinçli bir şekilde ihmal ve istismarın tespit edilmesi amacıyla sağlık hizmeti alan çocukların gözlenmesi sağlık çalışanlarınca gözlenmesi gereklidir (Karadaş, 2011). Bu kapsamda çocuk kliniklerinde görev yapan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin bilgi birikimlerinin artırılması ve bilinçlendirilmeleri çok önemli hale gelmektedir (Karadaş, 2011).

Hemşirelik Yönetmeliği'nin 27515 sayılı yönetmeliğinde tanımlandığı üzere: "Hemşirelik mesleğinin gerekliliği olarak, birey, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve sürdürülmesinde görev yapan sağlık ekibi üyesidir. Bu sağlık ekibi üyesi olan hemşireler; çocuğa, aileye ve topluma danışmanlık yapar" hükmü yer almaktadır. Bu sebeple hemşire; toplum sağlığı ve çocuk sağlığını koruyucu ve iyilik halini sürdürmek için çocuk istismar ve ihmali konusunda bilgi sahibi olmalıdır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

Çocuk istismarı ve ihmali etyolojisi, tanı konulması, tedavi ve bütün boyutlarıyla spesifik olmasına karşın kompleks bir olaydır. Bundan dolayı çocukları istismar ile ihmalden koruma, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamaları çocuk hastalıkları



hemşireliğinde eğitim alan hemşirelerin yer aldığı multidisipliner ekibin tarafından yürütülmesi gerekmektedir (Altınsu, 2004; Yılmaz, 2015).

Bu çalışmada hastanelerin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi düzeylerinin ve uygulama yöntemlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hastanelerin çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi düzeylerinin, uygulama yöntemlerinin incelenmesi ve çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerini tespit etmek amaçlanmıştır. Hemşirelerin mezuniyet öncesi ve sonrası çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili eğitim gereksinimleri belirlenerek, eğitim programlarının oluşturulmasında elde edilen sonuçlar bilimsel bir veri kaynağı olarak kullanılabilir.



# 1. GENEL BİLGİLER

## 1.1. Çocuk İhmal ve İstismarı Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı raporuna göre 0-14 yaşları arasındaki 4.2/100000 çocuğun hayatını kaybettiği, her 4 çocuktan birisinin fiziksel açıdan istismara uğradığı, her sene şiddete uğrayan yüzbinlerce genç tarafından acil servislere başvurdukları bildirilmektedir (Selph, Bougatsos, Blazina, Nelson 2013).

Amerika'da çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili 2005-2006 yılında yapılan insidans çalışmasında, istismara uğrayan çocuk sayısının 1.256.600 olduğu sonucuna varılmıştır. Birleşmiş Milletler Çocuk Koruma Ofisi 2007 yılında yapmış olduğu bir istatistik sonucu 794 000 çocuk istismarı vakası tespit etmiştir. Ayrıca istismar neticesinde 1760 çocuğun hayatını kaybettiği ve söz konusu rakamların tespit edilebilen rakamlar olduğu ve tespit edilen rakamların gerçeğin altında olduğunu belirtilmiştir (Geçgil, 2017). İngiltere de 2012 yılında yapılan bir çalışma kapsamında 0-1 yaş arasındaki çocuklardan %13'ü çocuk koruma programına alınmış ve bu çocukların %16'sının fiziki istismara maruz kaldığı gözlemlenmiştir (Geçgil, 2017). Yine İran'da gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda da fiziksel istismar oranı %43,59 olarak kayıt altına alınmıştır (Geçgil, 2017).

Çocuk istismarına ilişkin oranlara bakıldığında; dünyada bu oranın %1 ile %10 arasında değiştiği, ülkemizde ise bu oranın %10 ile %53 arasında olduğu belirtilmektedir (Selph ve ark., 2013; Yılmaz, 2015).

**Tablo 1: Türkiye'de Görülen İstismar Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı**

	2014	2015	2016
<b>Fiziki İstismar</b>	74 087	76 237	83 607
<b>Duygusal İstismar</b>	5 019	5 613	6 995
<b>Cinsel İstismar</b>	11 095	12 689	16 877
<b>Ekonomik İstismar</b>	3 291	1 558	551

(Türkiye İstatistik Kurumu, Merkezi Dağıtım Sistemi, 2014)

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK)'nin yapmış olduğu istatistiksel çalışmada ülkemizde 2014-2016 yılları istismar vakaları artış gösterilmiştir (Güner ve ark., 2016). Cinsel istismara 2014 yılı içerisinde 11.095 maruz kalmış olup, saldırıya uğrayan çocukların %18.5'lik bölümünü 11 yaş ve altında olan çocuklar oluşturmuştur (ve ark., 2016; 2016; TUİK 2014; Yalçın, Koçak ve Duman, 2014).

## **1.2. Çocuk İhmal ve İstismarı Kavramlarının Tarihçesi**

Çocuk, yüzyıllar boyunca toplumların kültürleri, yapıları, inançları ve ekonomilerine bağlı olarak değişim gösteren bir kavramdır (Sağlam ve Aral, 2016). Çocuğa tarihsel süreçte bakış; ilk çağ, orta çağ, rönesans dönemi, modern çağ dönemi olmak üzere dört döneme ayrılarak incelenmiştir (Erkut, Balcı ve Yıldız, 2017; Sağlam ve Aral, 2016).

Çocuk istismarından ilk kez 1700'lü yıllarda bir avukatın, cezaevinde bulunan mahkumlar arasında kaçının çocuklara yönelik olarak işledikleri suç sebebiyle ceza aldığını merak etmesinin sonucunda dikkat çekmiştir. Avukatın çalışması ile ulaştığı bulgular sonucunda çocuk istismarı kavramı ortaya atılmıştır (Acehan, Bilen, Ay, Gülen, Avcı ve İçme, 2013). Çocuk istismarına ilişkin tıbbi olarak ilk tanım 1860'da Fransız bir adli tip profesörü olan Ambres Tardieu tarafından yapılmış olup, Paris Tıp Akademisi'nde dövülmek suretiyle hayatını kaybeden 32 çocuğun otopsi bulgularının derlenmesi sonucunda çocukların fiziki ve cinsel istismarını tanımlamıştır (Acehan ve ark., 2013).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD)'de hukuksal açıdan kayıt altına alınan çocuk istismarına ilişkin ilk olgu, 1874 yılında üvey annesi tarafından 8 yaşındaki bir kız çocuğuna yönelik dayak uygulamasıdır. Hukuki işlem neticesinde üvey anne 1 yıl hapis cezasına çarptırılmıştır. Bu olayın üzerinden 8 ay geçtikten sonra çocuğun avukatlığını üstlenen E. Gerry ilk "Çocuk Koruma Derneği"ni kurmuştur (Sağlam ve Aral, 2016).

Tarihi süreç içerisinde dönüm noktası Kempe ile arkadaşlarının 1962'de "Dövülmüş Çocuk Sendromu" şeklinde tanımladıkları yayınları olmuştur. 1974'de Caffey subdural kanamanın nedeni olarak sallama epizodlarını göstererek "Sallanmış Çocuk Sendromu" tanımlaması yapılmıştır. Kempe tarafından 1962'de ilk defa hırpalanmış çocuk "battered child" terimi kullanılmış, ardından bu terimin yerine çocuk istismarı "child abuse" terimi kullanılmaya başlanmıştır (Güner ve ark., 2010; Shardlow, 2013).

Garbarino ve Gilliam 1980'de çocuğa yönelik zarar verici ve uygunsuz davranışların bilhassa uzmanlarca tespit edilmesi gerektiği belirtilmiştir (Acehan ve ark., 2013). Cinsel istismarın 1970'li yıllarda farkına varılmış, 1980'li yıllar sonrasında ise duygusal istismarın da öteki iki istismar seviyesinde önemli olduğuna yönelik fikirler yaygın hale gelmeye başlamıştır (Acehan ve ark., 2013).

## **1.3. Çocuk İhmal ve İstismarının Tanımı ve Kapsamı**

Çocuk ihmali; çocuğa bakma yükümlülüğü bulunan bireyin söz konusu yükümlülüğü yerine getirme, giyim, beslenme, eğitim, sağlık, duygusal ve sosyal ihtiyaçlar veya hayat

koşulları için gereken alakayı göstermemesi, fiziki veya duygusal bakımdan çocuğun ihmali biçiminde tanımlanmaktadır (Polat, 2007; World Health Organization, 2006; Yılmaz, 2009).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde istismar kelimesi için; “Birinin iyi niyetini kötüye kullanma, sömürme” şeklinde bir tanımlama yapılırken, ihmal kelimesi için ise; “Gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, savsama, önem vermeme” tanımı yapılmaktadır. “Çocuk İhmal ve İstismarı” İngilizce karşılığı “Child Abuse and Neglect” olarak geçmektedir (Yılmaz, 2009).

Çocuk istismarına yönelik pek çok tanım bulunması sebebiyle, tutarsızlık ile karışıklığın önlenmesi amacı ile Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi (NCCAN) tarafından 1991’de yayımlanan tanım kabul edilmiştir (Bilgiç, 2015): “Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel olarak istismarı olarak kabul edilir. Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya belirgin bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir” (Bilgiç, 2015).

İstismar türleri, çeşitlilik göstermektedir. Çocuklara yönelik kötü davranışlar ile alakalı bilgiler çoğaldıkça, söz konusu davranışları tek bir grubun altında toplamının mümkün olmadığı belirlenmiştir. Çocuk istismarı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak ayrılır (Çakmak, Çapar, Konca ve Korku, 2017; Pişi 2013; Polat 2007). İstismar çeşitleri şu şekilde ele alınmıştır (Altunsu, 2004);

### **Çocuk İstismarı;**

1. Fiziksel İstismar
2. Cinsel İstismar
3. Duygusal İstismar

#### **1.3.1. İhmal**

Çocuğa bakma yükümlülüğü bulunan ebeveynin yükümlülüğünü yerine getirmemesi, en uygun yaşam koşulları, giyim, beslenme, tıbbi ve duygusal ihtiyaçlar için gerekli ilgiyi göstermemektir (Polat, 2007).

İhmal, istismarın tersine belirgin bir sınırı olmamakla birlikte belirli semptomları da barındırmamaktadır (Polat, 2007). Cinsel ve fiziksel istismara kıyasla tanısının koyulması zordur. İstismar ile ihmali birbirlerinden farklı kılan temel husus, istismarın aktif ihmalin

ise pasif bir olgu olmasıdır (Polat, 2007). Çocuklarda ihmalin belirtileri; büyüme geriliği, psiko-sosyal açıdan uyum güçlüğü ve eğitim ihtiyaçlarını karşılayamama olarak ifade edilmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

İhmalden kuşulanılması gereken durumlar aşağıda yer almaktadır (Kaş, Yavuz ve Dörtbudak, 2016; Polat, 2007):

1. Çocuğun bakımsız, kirli ve hava şartlarına uygun olmayan giysiler içinde olması,
2. Çocukta büyüme geriliğinin bulunup herhangi sebebe bağlanamaması,
3. Ailesinin çocuğa dair soruların yanıtını bilmemesi,
4. Kazaya uğrama, zehirlenme, silahla yaralanmanın olması,
5. Çocuğun etrafında alkol ve sigara gibi bağımlılığa neden olan maddeleri kullananların var olup çocuğun da bunlara maruz kalması,
6. Çocuğun içe dönük olması ve iletişim kurmada güçlük çekmesi, yinelenen hareketler yapması,
7. Çocuğun zihinsel gelişme geriliği ile öğrenme güçlüğüne bulunması,
8. Çocuğun zorunlu eğitim döneminde bulunduğu halde okula gitmemesi,
9. Sağlık kurumlarına başvurma konusunda gecikme olması ya da hiç başvurulmamış olması,
10. Çocuğun bakımsız, kirli ve hava şartlarına uygun olmayan giysiler içinde olması,
11. Çocukta büyüme geriliğinin bulunup herhangi sebebe bağlanamaması,

### **1.3.2. Fiziksel İstismar**

Külcü ve Karataş (2016) fiziksel İstismarı, 18 yaşına girmemiş bir çocuk veya gencin ebeveyni veya bakım sorumluluğunu taşımayan başka birey tarafından sağlığı zarar görece şekilde fiziksel olarak hasar alması, yaralanması veya yaralanma riski taşıması olarak tanımlamaktadır. Söz konusu hasar; elle veya bir nesne ile vurulma, itilme, sarsılma, yakılma veya ısırılma suretiyle meydana gelebilmektedir (Külcü ve Karataş, 2016).

Cinsel istismar ve ihmale ilişkin vakalar 1960'lı yıllarda fiziksel istismar olarak incelenmiş, bu sebeple batı ülke istatistiklerinde tüm istismar çeşitleri ve ihmaller başlangıçta fiziksel istismar olarak değerlendirilmiştir (Altunsu, 2004; Polat, 2007). Fiziksel istismar

“kaza sonucu olmayan çocukta fiziksel bir hasara, yaralanmaya hatta ölüme neden olabilen tüm erişkin davranışlarını” kapsamaktadır (Altınsu, 2004; Polat, 2007).

Literatür sonuçlarına göre fiziksel istismarda aileye ait en sık görülen risk faktörleri sırası ile: %75 oranında düşük eğitim seviyesi, %69 oranında baba ve annede ruhsal problem, %66 oranında aile içinde şiddetli geçimsizlik, %56 oranında düşük sosyal ve ekonomik seviye, %59 oranında aile içinde şiddet, %47 oranında anne ve babanın alkol kullanması, %44 oranında işsizlik, %44 oranında dağılmış aile risk faktörleri tespit edilmiştir (Hancı, 2008).

Fiziksel istismardan kaynaklanan yaralanmalar büyük oranda göğüs bölgesinde görülürken, sırt, baldır, üst kol, üst dudak, yüz, damaklar ve gözlerde de yaralanmalar ile karşılaşmaktadır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009; Polat, 2007; Taş, 2017). Kaza sonucu görülen deri lezyonları bazı özellikleri ile istismar sonrası görülenlerden farklıdır. Bu nedenle deri lezyonları değerlendirilirken çocuğun gelişim düzeyi, lezyonların yeri, şekli, öyküye uygunluğu göz önüne alınmalıdır (Altınsu, 2004; Polat, 2007). Çocuklar kazaya uğradıkları dönemlerde bulunduğu çocukluk çağlarına göre değerlendirilmesi gerekmektedir (Taş, 2017). Okul öncesi dönemlerde özellikle çocuklar araştırmacı ve meraklı olur. Önerilerine doğru hareket etmeleri nedeniyle kazaların pek çoğu bundan dolayı vücut ön bölümünde meydana gelmektedir (Altınsu, 2004; Polat, 2007).

### **1.3.3. Duygusal İstismar**

Duygusal istismar ABD’de ilk kez 1974 yılında “Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı” adlı yasada “mental hasar” (mental injury) terimi ile dikkat çekmektedir (Altınsu, 2004). Cinsel istismarın 1970’lerde farkına varılmış ve 1980’lerden sonra ise duygusal istismarın en az diğer istismar türleri kadar dikkate alınması gerekliliğine dair görüşler yaygınlaşmaya başlamıştır (Acehan ve ark., 2013).

Duygusal istismar ve ihmal ise, çocuk veya ergenin çevresindeki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen kişiliği zedeleyici, duygusal gelişimi engelleyici davranışlar olarak tanımlanmıştır (Doğanlı ve Karaörs, 2017). UNICEF’e göre duygusal istismar çocuğun isteklerinin sürekli kötülenmesi, sosyal ilişki ve kaynaklarla ilişkisinden sürekli yoksun bırakılması, sosyal açıdan ağır cezalar vermeye ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocukluktan yaşına uygun olmayan taleplerde bulunulması olarak tanımlanmaktadır (Doğanlı ve Karaörs, 2017; Turhan, Sangün ve İnandı, 2006).

Duygusal istismar, toplumsal yapılarda en sık karşılaşılan istismar türüdür. Duygusal istismar diğer istismar türlerine göre vücutta fiziksel bulguların bulunmadığı fakat psikolojik sonuçlarının yoğun olarak çocukta belirti gösterdiği bir istismar türü olarak farklılık göstermektedir (Dinleyici ve Dağlı, 2016). Duygusal istismar, çocuklar üzerinde etkisinin uzun sürmesi, fiziksel ve cinsel istismarla birlikte de görülmesi nedeniyle uzmanların saptaması ve çalışabildikleri bir istismar türüdür. Özellikle erken doğum sonrasında çocukların sıklıkla veya istenmeyen çocuk duygusal istismara maruz kaldığı gözlenmektedir (Altınsu, 2004; Bulut ve Karaman, 2018; Polat, 2007).

Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal ihmal ve istismar da yer almaktadır. Fakat duygusal istismarın tek başına tanınma olanağının düşük olması nedeniyle araştırmaların daha sınırlı olmuştur (Polat, 2007; Şimşek ve Cenkseven, 2011). Fiziksel ve cinsel istismarla kıyaslandığında duygusal istismar toplumlarda daha yaygın, daha zararlı ve tanınması daha zor bir istismar türüdür. Dolayısıyla duygusal istismarın önlenmesinin diğer istismar türlerinin önlenmesinde anahtar rolü vardır (Pala, 2011).

Beş farklı ülkede yapılan bir çalışmada çocuğa bağırmanın en sık görülen duygusal istismar biçimi olduğu saptanmıştır (Pala, 2011). Duygusal istismar veya psikolojik örselenme diğer tüm istismar biçimlerinin içerisinde yer alır (Polat, 2007). Duygusal istismar, tek başına var olabileceği gibi fiziksel ve cinsel istismarın hasarı ortadan kalktığında bile duygusal istismar devam edebilir (Polat, 2007).

Duygusal istismar temelinde çocuğun psikolojik hasar yaşaması bulunmaktadır. Bunun oluşumunun iki temel nedene bağlı olduğu görülmektedir (Polat, 2007):

- 1- Kendilerine bakmakla yükümlü kişiler ya da ebeveynleri tarafından olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalmaları,
- 2- Gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılmaları.

Duygusal istismar iki özelliği ile diğer tür istismarlardan ayrılmaktadır. Bunlar (Polat, 2007);

- 1- Fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut fiziksel bulguların bulunmayışı,
- 2- Duygusal istismar, cinsel ya da fiziksel istismar türleriyle birlikte bulunabileceği gibi tek başına görülebilir.

Duygusal istismar nedenleri incelendiğinde temel olarak kültürel ve sosyal yapının rol oynadığı görülmektedir. Duygusal istismar toplumun tüm katmanlarında rastlanmaktadır.

Ama özellikle toplumdan yalıtılmış olarak yaşayan ailelerde daha yoğun ve sık rastlandığı tespit edilmiştir (Bulut ve Karaman, 2018).

#### **1.3.4. Cinsel İstismar**

Cinsel istismar, “Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel stimülasyonu (cinsel uyarı ve doyum için kullanılması, fuhuşa zorlaması, pornografi gibi) için kullanılmışsa, çocuğun cinsel olarak istismarı olarak kabul edilir (Polat, 2007).

Cinsel istismar diğer bir çocuk tarafından eğer bu çocuğun üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya bariz bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir.” ifadesi çok sayıda tanımı olması nedeniyle 1991 yılında NCCAN (Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi) tarafından benimsenmiştir (Bilgiç 2015). Diğer bir tanımla, çocuğun, bir erişkin ya da yaşça ya da gelişimsel olarak kendinden oldukça büyük bir başka çocuk tarafından ne anlama geldiğini kavrayamayacağı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, onay veremeyeceği, kanunlara ve toplumun kültürel değerlerine aykırı cinsel eylemlere; karşı tarafın cinsel doyumunun sağlanması amacıyla karıştırılmasıdır (Avrupa Konseyi Sözleşmeler Dizisi, 2007). Genital bölgeye dokunma, teşhircilik, pornografi, ırza geçmeye kadar çok geniş yelpazedeki tüm davranışlar cinsel istismar türünü içerir. Cinsel istismarın mutlaka şiddet içermesi gerekmez, çocuğun rızası olup olmadığına bakılmaz (Bilgiç 2015; Polat, 2007).

##### **1.3.4.1. Aile İçi Risk Etmenleri (Ensest)**

Ensest kelimesinin Latince aslı incestus olup sıfat olarak “pis, kirlenmiş, temiz olmayan” anlamına gelmektedir (Genç ve Coşkun, 2013; Polat, 2007). Fransızcada incest, İngilizce incest, Almancada blutschande kelimeleri kullanılmaktadır. Arapçada bu kelime fücür’la karşılanmaktadır (Genç ve Coşkun, 2013; Polat, 2007). Osmanlıca-Türkçe Sözlük’te fücür; “günah, zina” olarak karşılık bulmaktadır. Toplumumuzda ensest kavramı “evlenmeleri, ahlâkça, hukukça ve dince yasaklanmış (nikâh düşmeyen) yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişkide bulunmaları” anlamında kullanılmaktadır (Genç ve Coşkun, 2013; Polat, 2007).

Ensest, tarih açısından bakıldığında Peru, Mısır ve Japonya’da kraliyet ailesinin sağlığını korumak için meşru olarak kullanıldığı görülmektedir (Genç ve Coşkun, 2013; Polat, 2007). Eski Yunan mitolojisinde ise iki tanrı kardeş olan Zeus ve Hera’nın cinsel



ilişkide bulunmalarının çok doğal bir olay olarak anlatılmaktadır (Genç ve Coşkun, 2013; Polat, 2007).

Ensest konusunda düşünülen risk etmenleri şunlardır (Bilgiç 2015; Polat, 2007; Turgay, 2008):

1. Alkolik ebeveyn
2. Alışılmışın dışında şüpheli ya da bağınaz ebeveyn
3. Otoriter ebeveyn
4. Annenin olmaması veya ailede koruyucu güç olmayı beceremeyen anne
5. Annenin ev işlerini yapan ve anne rolünü oynayan bir kız çocuğu
6. Ebeveynlerin bitmiş ya da sorunlu cinsel yaşamlarının olması
7. Babanın kendi kontrolünü sınırlayan faktörler: Madde bağımlılığı, psikopatoloji, sınırlı zekâ
8. Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı
9. Çocuğun insanlarla yakın ilişki kurulmasına izin verilmemesi
10. Anne-babanın yabancılara karşı düşmanca, paranoid bir tutum içerisine girmesi
11. Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı
12. Babanın puberte döneminde kızına karşı aşırı kıskançlık göstermesi

### **1.3.5. Ekonomik İstismar**

Çocuğun gelişim sürecini engelleyen, haklarını ihlal eden işlerde veya düşük ücret verilen işlerde çalışması veya çalıştırılması durumu “ekonomik istismar” kavramı ile açıklanmaktadır (Karadaş, 2011; Acehan ve ark., 2013). Günümüzdeki toplumların en büyük problemlerinden biri de, bu şekilde çalışan çocuklar problemidir (Karadaş, 2011; Acehan ve ark., 2013).

Ülkemizin ekonomik, sosyal ve kültürel problemleri çocukların çalışma veya çalıştırılmasıyla doğrudan alakalıdır. Türkiye İstatistik Enstitüsü (TÜİK) tarafından 1994 yılında yapılan çocuk anketinin neticelerine göre; Türkiye’de 6-14 yaş grubu içinde bulunan ve ekonomik getiri sağlayan işlerde 1 milyon 8 bin çocuğun çalıştırıldığı görülmektedir. Çocukların ekonomik anlamda istismar edilme sebep ve sonuçları aşağıda yer almaktadır (Bahar ve Bahar, 2009; Doğanlı ve Karagöz, 2017, Polat, 2007):

1. Toplumda yaşanan sosyal, ekonomik ve kültürel problemler,
2. Gelir dağılımı kapsamında yaşanan eşitsizlik,
3. Yoksullukta yaşanan yaygınlaşma ve artışı,
4. Köylerden kentlere yaşanan süratli göç,
5. Kaçak işçilik,
6. Çocuk işçi emeğinin ucuzluğu,
7. İşletmelerin ucuz işgücü tercihi sebepler arasındadır.

### **1.3.6. İhmal ve İstismarın Çocuk Üzerindeki Etkileri**

Çocuk istismarı ve ihmali; çocuğun büyüme ve gelişmesini engelleyen veya sınırlayan eylemler ile eylemsizliklerin bütünüdür. Söz konusu eylemlerin neticesinde çocuğun bütüncül sağlığı; ruhsal, fiziki, duygusal, cinsel veya sosyal bakımdan zarar görebilmesi ve sağlık güvenliliği açısından tehlike arz edebilmesi söz konusudur (Ovayolu, Uçan ve Serindağ, 2007; Tıraşçı ve Gören, 2007).

Çocuk istismar ve ihmali acil sağlık sorunları yaratırken ek olarak yaralanmalar, duygusal ve davranışsal sorunlara da neden olmaktadır. Buna göre fizyolojik olumsuzluklar arasında nörolojik ve kas iskelet bozuklukları, gastrointestinal problemler, diyabet gibi görülen sorunlar, otoimmün bozuklukları, obezite, kronik ağrı, adolesan gebelik sayılabilir (Selph ve ark., 2013). Ayrıca çocuk istismar ve ihmali çocuğun ruhsal sağlığında zarar vermekte, gelişmekte olan kişiliğini olumsuz etkilemektedir. Çocukluk dönemi duygusal istismarı ve ihmali nedeniyle çocuk erişkin dönemine geldiğinde çeşitli ruhsal bozuklukların arasında en sık karşılaşılanın depresyon olduğu belirtilmiştir (Arslan, 2016). Çocuk istismar ve ihmali çocuğun ölüm ve morbiditesine katkıda bulunurken madde kötü kullanımına, riskli cinsel davranışlara, obezite gibi uzun süreli etkilere de sahip olmaktadır (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Elspeth ve Janson, 2009).

Çocuk istismar ve ihmali çocuk üzerinde ortaya çıkan sonuçları aşağıdaki sınıflandırılabilir (Polat 2007);

#### **Duygusal Sonuçlar**

1. *Depresyon*: İnsanlar arasında yaşanmış olan şiddet olaylarına karşı verilen evrensel reaksiyon şeklidir. Bu depresyonlar kronik olarak tanımlanmış ve uyku bozukluğu,

kronik yorgunluk, karamsarlık ve sık sık ağlama nöbetleri içerdiği belirtilmiştir (Dinleyici, Şahin ve Dağlı, 2016; Polat, 2007).

2. *Endişe ve Korku*: Endişe ile korku genelde kronik şiddet yaşayan bireyler arasında görülmektedir. Kurban duygusal reaksiyonlar genellikle cinsel istismarı yaşadığı ortam, faili anımsatan uyarıcı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Pek çok araştırmacı çalışmalarıyla ensest kurbanlarının yüksek düzeyde korku ve endişe durumunun olduğu açıklanmıştır (Dinleyici, Şahin ve Dağlı, 2016; Polat, 2007).
3. *Öfke*: Birçok araştırmacı, öfkeyi, ensesti yaşayan kadınların tespit edilmesinde yardım edebilecek bir ipucu olarak kabul edilmiştir. Yetişkin kurbanlarda %70 oranında çocukluk dönemlerinde yaşamış oldukları ensest tecrübesine karşı öfkeleri devam etmektedir (Dinleyici, Şahin ve Dağlı, 2016; Polat, 2007).
4. *Suçluluk ve Utanç*: Çocuklukta yaşanan cinsel istismar ile yetişkinlikte yaşanan suçluluk duygusu arasında bağlantı kurulabilmekte ve bu suçluluk kurbanın, çocukluğunda yaşadığı cinsel istismardan kendini sorumlu tutmak gibi hatalı inanıştan kaynaklanmaktadır. Suçluluk duygusu, literatürde yer alan araştırmalar sonucunda özellikle ensest kurbanların arasında görüldüğü ve depresyonu kuvvetlendirdiği ortaya çıkmıştır (Dinleyici, Şahin ve Dağlı, 2016; Polat, 2007).
5. *Öz Saygının Kalkması*: Kişiler arasındaki şiddetin kurbanlarında sık karşılaşılan durum sonucu kurbanın kendisine olan saygının azalmasıdır. Cinsel istismar mağduru kişiler olayın direk etkilerinden ve diğer insanlardan farklı olma duygusunu, yaşanan olayın gizli tutulması ihtiyacı ile güven eksikliğinden duyulan korku gibi daha uzun vadeli olarak kişiler arası iletişim izolasyonu (yalnızlık) oluşturmaktadırlar. Yalnızlık duygusu öz saygının daha çok azalmasına neden olmaktadır (Dinleyici, Şahin ve Dağlı, 2016; Polat, 2007).

### **Kognitif Sonuçlar**

Beklenmeyen ve yoğun şok yaşayan çocuklarda genelde görsel halüsinasyonlarla, zamanı algılamaya yönelik bozukluklarla karşılaşıldığı ifade edilmektedir. Söz konusu algısal bozukluklar travmatik olaylardan kısa bir zaman sonra görülmekte ve istismarın sona ermesi durumunda dahi devam edebilmektedir (Polat, 2007).

### **Biyolojik Sonuçlar**

Genelde herhangi bir suçta kurban konumundaki insanların olaya ilişkin raporlarında somatoform bozukluklar bulunmaktadır. Ensest olayı yaşamış kişilerin belirlenmesi için

kullanılabilecek belirtilerde birçok somatik semptom bulunmaktadır. Mide bulantısı, uykusuzluk, mide ağrısı, kusma, iştahsızlık, kâbus görme, tıbbi bakımdan teşhis edilemeyen kronik hastalık hissi benzeri bazı somatoform bozukluklarla karşılaşılmaktadır. Özellikle bağırsak ve mide ağrıları ensest kurbanlarıyla cinsel saldırı mağdurları arasında %64 düzeyinde tekrarlayan somatoform bozukluklardandır (Polat, 2007).

### **Davranışsal Sonuçlar**

Kişiler arası travma kurbanlarında sık görülen davranışsal sonuçlar saldırgan ve antisosyal davranışlar, intihara yönelik davranışlar, uyuşturucu kullanımı, zayıf sosyal işlevsel bozukluklar görülmektedir. Kurbanın İntihar ile artan veya alışkanlık düzeyine gelen kimyasal madde kullanımına ilişkin davranışsal sonuçlar incelendiğinde karşılaşılan bulgular aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. İntihar: Ensest kurbanları arasındaki depresyon bulgularına uygun bir biçimde, ensest kurbanları tarafından, ensest yaşamayanlara nazaran daha sık olarak intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Çocukluk döneminde cinsel istismar veya ensest yaşayan kişinin duyduğu öfkeyi kendine çevirme eğilimini sürdürerek damgalanma endişesinden kaynaklanan, bireyin kendisine zarar verici davranış gösterme, intihar davranış göstermektedir (Polat, 2007).
2. Madde Kullanımı: Kişiler arası travmanın neticesinde meydana gelen endişe, korku, depresyon, utanç, suçluluk, öfke, aşağılanma duygularını yüksek oranda madde kullanımı veya ilaçla iyileştirme gayretlerini ifade etmektedir (Polat, 2007; Yılmaz, 2015).

### **Kişilerarası Sorunlar**

Kurban durumuna düşme olayının kişiler arası ilişkilerde yarattığı sonuçla cinsel işlevsizlik, cinsel temas konusunda sorunlar ile yeniden kurban olmaya eğilim ve kuşaklar arası şiddetin aktarılması şeklinde ortaya çıkar (Polat, 2007):

1. *Cinsel Sorunlar*: Cinsel istismar kurbanları; ahlaka ilişkin karmaşık duygular, cinsel aktivitelerin sapması, erken gelişen cinsellik, ilerideki yaşamlarında cinsel birliktelikten korkma ve cinselliğe ilişkin yara, acı ve kontrolün kaybedilmesine benzer olgular ile anımsanması gibi farklı tiplerde cinsel güçlükler yaşadıklarını ifade etmektedirler (Polat, 2007; Yılmaz, 2015).

2. *Tekrar Kurban Olma Eğilimi*: Araştırmacılar tarafından geçmiş dönemden yaşamlarında cinsel istismar yaşayan bayanların yeniden kurban olma eğilimi gösterdikleri neticesine ulaşmıştır (Polat, 2007; Yılmaz, 2015).

#### **1.4. Çocuk İhmal ve İstismarının Yasal Boyutu**

##### **1.4.1. Çocuk Hakları Tanımı ve Tarihçesi**

Çocuk hakları kavramı, kanuni ve ahlaki olarak dünyadaki bütün çocukların (din, dil, ırk, cinsiyet, milliyet, mülkiyet, siyasi ve sosyal sınıf ayrımı yapılmaksızın), doğduğu andan itibaren sahip oldukları sağlık, eğitim, barınma, her çeşit istismara karşı korunma gibi haklarının; zihinsel, fiziksel, ruhsal, ahlaki, sosyal anlamda sağlıklı ve normal olan şartlar altında özgür olacak ve onurlarını zedelemeyecek biçimde sağlanmasını ihtica eden evrensel düzeyde geçerli olan kavramdır (Kurt, 2016).

Çocuk Hakları Sözleşmesi; çocukların huzurlu ortamların içerisinde yaşatılması, geliştirilmesi ve korunması bakımlarından yeni çözümler, standartlar ve yaklaşımlar ortaya koymuştur. Diğer taraftan çocukların yetiştirilmesi kapsamında toplum, devlet ve ailelerin sorumluluklarını, yeni standart ve ilkeler ile tespit etmektedir (Kurt, 2016).

##### **1.4.2. Çocuk Hakları ile İlgili Bildiriler ve Sözleşmeler**

Aşağıdaki tabloda Çocuk Hakları ile İlgili Bildiriler ve Sözleşmeler kronolojik sıraya göre (Kurt, 2016; Türker, 2017) verilmektedir;

**Tablo 2: Çocuk Hakları ile İlgili Bildiriler ve Sözleşmeler Kronolojik Sıralaması**

<b>KRONOLOJİK SIRALAMA</b>	
1924	Cenevre Bildirgesi
1949	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
1959	Çocuk Hakları Bildirgesi
1989	Çocuk Hakları Sözleşmesi
2005	Çocuk Koruma Kanunu

Uluslararası anlamda ilk adım 1924'te Cenevre Bildirgesi ile çocuk hakları hususunda atılmış olan ilk adım olduğu bilinmektedir. Bahse konu bildirge, 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler (BM)'in kurulmasını müteakip, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde ifade edilen modern yaklaşıma bağlı olarak tekrardan düzenlenmiş ve bu bağlamda kabul edildiği görülmüştür. "Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi" uluslararası hukukta çocukların haklarını koruyan en temel sözleşme özelliği taşımaktadır (Kurt, 2016; Türker, 2017).

Çocuk Haklarının daha da fazla bir düzeyde güvence altına alınması maksadıyla Birleşmiş Milletler tarafından Çocuk Hakları Bildirgesi'nin kabulünden 20 yıl sonra, Çocuk Hakları Sözleşmesi hazırlanmaya başlamış ve tasarı 20 Kasım 1989'de oy birliğiyle kabul edilmiştir (Türker, 2017). BM'nin Çocuk Haklarına İlişkin Sözleşmesi, 1989'da onaylanmış ve 29 devlet bu sözleşmeyi imza altına almıştır. ABD ve Somali halihazırda bahse konu sözleşmeyi imzalamayan ülkelerdir. Türkiye bu sözleşmeyi 2 Ekim 1995 tarihinde uygulamaya başlamıştır. Sözleşmeyi onaylayan ülkelerin; toplumlarında mevcut bütün çocukların bu hakları kullanabileceği; diğer taraftan çocuk haklarının yasal olarak tanınması ve korunması, hakların ihlal edildiği durumlarda yargı yoluna gidebileceklerini onayladıkları şeklinde yükümlülük altına girdikleri görülmektedir (Kurt, 2016; Türker, 2017).

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanan sözleşme 14 Eylül 1990 tarihinde imzalanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanmış ve 4058 sayılı yasayla Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır (Uğurlu ve Gülsen, 2014). Anılan sözleşme, önsöz ve üç bölümde toplanmış ve toplamda da 54 maddeden oluşmuştur. Bahse konu sözleşmede çocuğun gelişimi, sağlığı, katılımı ve eğitimi temel hususlar şeklinde belirlenmiştir. Anılan konular kapsamında çocuk ihmal ve istismarı çok ciddi anlamda ele alınmaktadır. Sözleşmedeki 19, 32, 34, 35, 36 ve 39'uncu maddeler çocuk ihmal ve istismarı ile alakalı maddelerdir (Türker, 2017).

Günümüze kadar uzanan bu süreçte yaşanan en kayda değer gelişme 1989 yılında BM tarafından kabul edilmiş olan Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19. Maddesinin çocuğun, bakımı ile yükümlü olan bireylerden gelecek her çeşit kötü muamele karşısında korunmasını sözleşmeyi imza altına alan devletlerin sorumluluğuna bağlama şartını koşmasıdır (Çocuk İzlem Merkezleri Raporu, 2015; Shardlow Steven, 2013).

### **1.5. Çocuk İhmal ve İstismarı için Risk Etmenleri**

İstismar ve ihmal vakalarında çocuk, aile ve toplum düzeylerinde bir takım risk faktörleri yer almaktadır (Bilgiç 2015; Pişi 2013; Türker, 2017). Çocuk istismarının sebeplerinin analiz edilebilmesi amacıyla ileri sürülen ekolojik model, çocuk istismarının bütün çeşitlerinin başlangıcını dikkate alan, karmaşık ve interaktif bir süreçtir. Bahse konu ekolojik modelin, çocuk istismarını birbirleri ile etkileşen risk etmenleri içerisinde gözlemlendiği düzeyler aşağıda sıralandığı gibidir (Bilgiç 2015; Pişi 2013; Türker, 2017);

- a) Ailesel Ait Risk Etmenler
- b) Çocuğa Ait Risk Etmenler
- c) Çevre ve Topluma Ait Etmenler

**a)Aileye Ait Risk Etmenleri:**

Aile ile alakalı birçok özellik istismarı kolaylaştırmakta ve anılan özellikler çocuğun istismara uğrama konusunda risk barındırmaktadır (Bilgiç 2015; Pişi 2013; Türker, 2017).

1. Ailenin sosyoekonomik düzey düşük olması (ebeveynlerin işsizliği, evsizliği, eğitimsizlik)
2. Ebeveynin uyuşturucu veya alkol bağımlısı olması
3. Anne tarafından zorlu bir gebelik süreci geçirilmesi, zor ve güç bir doğum yapması ve çocuğun cinsiyet veya benzeri sebepler ile hayal kırıklığına neden olması ya da diğer sebeplerle annenin çocuğuna bağlanmada zorluk yaşaması
4. İstenmeyen gebelik ve evlilik dışı gebelik
5. Ebeveynin daha önce suça karışmış olması
6. Ebeveynin olmaması
7. Ebeveynin çok genç olması
8. Aile yapısı (zayıf destekli tek ebeveyn, evde çocuk sayısının fazlalığı),
9. Ailede genel stres düzeyinin yüksek olması
10. Ebeveynin çocukluk çağında istismar ve ihmale uğramış olması
11. Çocuğun annesinin kronik depresyon ya da diğer başka bir psikiyatrik hastalık yaşamış olması
12. Aile içinde şiddet yaşanması (ebeveynler ya da diğer aile bireyleri arasında)
13. Ailenin toplumdan ve destek noktalarından uzakta bulunuyor olması
14. Aile fertlerinden gelişimsel, fiziksel ya da mental sağlık problemleri yaşayan bir ferdin mevcudiyeti
15. Ebeveynlerin çocuğun gelişim süreçlerinin ayırımında olmaması, çocuklarının gereksinim ve davranışlarını algılayamamasının sonucunda, çocuğun gelişimiyle alakalı gerçekçi olmayan bir beklenti içerisinde bulunması

### **b)Çocuğa Ait Risk Etmenleri**

Çocuk ile alakalı birçok özellik istismarı kolaylaştırmakta ve anılan özellikler çocuğun istismara uğrama konusunda risk barındırmaktadır. En sık görülen özellik çocuğun dönemsel gelişim özelliklerinden dolayı ebeveynlere yükünün artması olarak dikkati çekmektedir. Çünkü ebeveynler tüm çocuklara kötü davranmazlar, belirli özellikleri olan çocukları ihmal ve istismar ederler (Bilgiç 2015; Pişi 2013; Türker, 2017).

1. Dört yaş altı küçük çocuklar ve adölesanlar
2. İstenmeyen ya da ebeveynlerin beklentilerine cevap veremeyen çocuklar
3. Yetişkinlere karşı güç ve direnç gösteremeyen çocuklar
4. Özel bakıma ve yardıma gereksinim duyan, sürekli olarak ağlayan fiziksel problemi olan çocuklar
5. Kronik ya da akut, mental ya da fiziksel hastalığı (prematüre, mental retardasyon, serebralpalsi vb.) olan çocuklar
6. Okulda başarısız çocuk
7. Hiperaktivitesi ve gece işemeleri olan çocuklar,
8. Üvey çocuklar,
9. Çocuğun engeli olması, anneye bağımlılığı veya kekemesi olan çocuk
10. Yenidoğan sürecinde tedavi amacıyla ya da diğer başka sebeple anneden ayrılmış olan çocuklar
11. Kötü ya da anti sosyal arkadaş grubu olan çocuk
12. Anne ve bebek arasında bağlanma eksikliği olan ve emzirilmeyen çocuklar daha yüksek düzeyde istismar ve ihmale uğramaktadır (Polat, 2007)

### **c)Çevre ve Topluma Ait Risk Etmenleri**

Toplum ile alakalı risk etmenleri ise hemen hemen diğer bütün risk etmenlerinin meydana gelmesine sebep olmakta, istismar ve ihmal edilme riskini yükseltmektedir (Bilgiç 2015; Pişi 2013; Türker, 2017).

1. Toplum içerisinde yoksulluk, cinsiyet ve toplumsal adaletsizliğin olması
2. Toplumsal düzeyde fakirlik ve işsizliğin yüksek seviyede olması



3. Alkol ve uyuşturucuya erişimin kolay ve rahat olması
4. Çocuğun değerli bulunmaması
5. Yaşam şartlarının düşük seviyede olması ile neticelenen iktisadi, sağlık, eğitim ve sosyal politikaların yapılması
6. Çocuğa değer verilmemesi, şiddete destek veren ve şiddeti yücelten toplumsal ve kültürel normların olması, dayağın disiplin maksatlı olarak yaygın bir şekilde kullanılması,
7. Toplum açısından değişmesi mümkün olmayan cinsel rollerin var olması,
8. Kurumların ailelere temel ihtiyaçlarının (konut, beslenme vb.) karşılanamaması ve gerekli olan hizmetlerin yeterli olmaması,
9. Çocuk pornografisi, çocuk işçiliği, çocuk istismarı, ihmali, çocuk fahişeliği gibi kanunsuz faaliyetlerin önüne geçecek, caydırıcı olmayan cezalar veya yasal düzenlemelerin olmaması
10. Ebeveyn-çocuk ilişkilerinde çocuğun statüsünün düşük olmasıdır.

#### **1.6. Türkiye’deki Çocukları Koruyucu Dernek ve Rehabilitasyon Merkezleri**

Türkiye’de çocukların korunması ve rehabilitasyonları için dernekler, rehabilitasyon merkezleri kurulmaya başlanmıştır (Acehan ve ark., 2013). Türkiye’de 1921 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu; çocukların korunmasına yönelik olarak hizmet veren, kurtuluş savaşında yetim kalan çocukların korunması ve yetiştirilmesi amacıyla kurulmuş ilk kurumdur (Pala, 2011).

**a) Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği:** Çocuk istismar ve ihmali alanında 1988 yılında farkındalık yaratmak, alanda çalışanlara yönelik eğitimler yapmak ve toplumda çocuk ihmal ve istismarını önlenmesi çalışmaları yapmak amacıyla kurulmuştur (Acehan ve ark., 2013).

**b) Çocuğun İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED):** Çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili 1998 yılında hem akademik düzeyde hemde toplum bilinçlendirilmesi konusunda görev yapmaktadır (Polat, 2007).

**c) Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM):** Çocuk İzlem Merkezi 2010 yılında kurulmuştur. ÇİM, her bir şehirde olmak üzere Sağlık Bakanlığı bağlısı hastane ve kurumlar bünyesinde kurulması düşünülen, cinsel istismara maruz kalma ihtimali altında

bulunan mağdur çocukların, adli muayene, ifade alma ve diğer soruşturma işlemlerinin tek merkez üzerinden icra edilmesi kurulan yerlerdir (Polat, 2007).

ÇİM'in amacı, cinsel istismara maruz kalma ihtimali bulunan mağdur çocukların, adalet sistemi bünyesinde defalarca ve çoğu zaman konuyla alakalı bilgisi bulunmayan kişilerce adli işlemlere tabi tutulurken örselenmesi ve hatta ikinci bir travma yaşamasına neden olan uygulamaların önüne geçilmesidir başlar (Çocuk İzlem Merkezleri Raporu, 2015; Polat, 2007). ÇİM çocuğu merkeze alarak, kurumlar arası iletişimi sağlamaktadır. Çocukların cinsel istismara maruz kaldığı hususunda şüphe olması halinde, istismar konusunda bilgili olan bireylerin (ana-baba, öğretmenler, sağlık çalışanları...) şüphelenilen durumu hiç beklemezsizin kolluk kuvvetlerine bildirmesi, kolluk kuvvetleri tarafından da mağdur olma şüphesini bulunduran çocuğu, hiçbir görüşme yapmaksızın sivil bir ekip refakatinde ve sivil bir araç ile ÇİM'e ulaştırmasıyla başlar (Çocuk İzlem Merkezleri Raporu, 2015; Polat, 2007).

### **1.7. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali**

Çocukların koruması konusundaki kurallar ilk defa Anayasa ilkeleri ile koruma altına alınmıştır (Kurt, 2016; İpek, 2012). Çocuğun bir birey olarak toplumsal statü kazanması Medeni Kanun vasıtasıyla ortaya konmuştur (Kurt, 2016; İpek, 2012). Çocuk haklarının ihlaliyle alakalı maddeler Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda mevcuttur. Çocuk haklarının ihlalinin önüne geçilmesi ve ihlal edilmesi sonrasında ortaya çıkan neticelere dair yaptırım ve düzenlemeler ise; Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Ailenin Korunmasına Dair Kanun, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun, İş Kanunu vb. birçok kanun ve yönetmelikler ile koruma altına alınmıştır (Kurt, 2016; İpek, 2012).

#### **1.7.1. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında Çocuk İstismarı ve İhmali**

Ailenin ve çocuğun korunması Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982 yılından itibaren güvence altına alınmıştır (Kurt, 2016; İpek, 2012). Ülkemizin anayasasında çocuk istismarı ve ihmaliyle alakalı maddeler; aile ve çocuk haklarının koruma altına alınması ve çocuğun eğitim ve öğretim haklarını koruma ve çocukların çalışma şart ve koşullarını içermektedir (Kurt, 2016; İpek, 2012).

## **1.7.2. Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali**

Çocuk haklarının korunmasına ilişkin yasal düzenlemeler Türk Hukuk Sisteminde tek bir çatı altında toplanamamış, bahse konu düzenlemeler gayet dağınık ve çeşitli kalmıştır. Çocukların korunması ile ilgili düzenlemeler en başta Anayasa'da mevcut olan temel ilkeler ile ortaya konmuştur (Kurt, 2016; Türker 2017).

### **1.7.2.1. Türk Medeni Kanunu**

Türk Medenî Kanunu ile; Çocuk Hukuku konusunda reform denilebilecek değişikliklerin yapılmış ve daha önce birçok batılı ülkelerde olduğu şekilde; evlilik yoluyla doğan çocukla evlilik dışı doğan çocuk arasında bulunan ayırım büyük oranda kaldırılmış, tüm çocuklar bakımından imkân olduğu kadar ortak hükümler ortaya konmuştur (Türk Medeni Kanunu, 2001). Bu duruma ilaveten evlilik yaşında cinsiyet ayırımı kaldırılmış ve tekrardan düzenlenmiş, çocuk hakları uluslararası sözleşmeler ile uyumlu duruma gelecek biçimde yeni düzenleme ve değişiklikler yapılmıştır (Kurt, 2016; Uğurlu ve Gülsen 2017; Türker 2017). Çocuğun korunmasında evlilik dışı ve evlilik içi ayırımının kaldırılmasıyla çok daha medeni ve uluslararası hukuk ile daha uyumlu bir duruma gelinmiştir (Kurt, 2016; Uğurlu ve Gülsen, 2017; Türker, 2017).

### **1.7.2.2. Ceza Muhakemesi Kanunu**

Çocukların cinsel istismarı, ceza muhakemesi kanununa göre Cumhuriyet Savcılığınca serbest bırakılmazsa, soruşturmanın tamamlanması amacıyla gözaltına alınması kararı alınabilir ve yine aynı kanunda yer aldığı üzere; tutuklama ve tutuklu yargılanma gerekli koşullar arasında yer almaktadır (Ceza Muhakemesi Kanunu, 2004). Çocuklara yönelik olarak işlenen cinsel saldırı ve çocukların cinsel istismarı suçları tutuklama nedeni olarak sayılmaktayken daha sonra Türk Ceza Kanununda çocuklara yönelik işlenen suçlarda cezalarda da bir artırıma gidilmiştir. Bu düzenlemeyle çocuğun vücut bütünlüğüne karşı işlenen suçlarda cezayı artırarak caydırıcılığı sağlamayı amaçlandığı görülmektedir (Ceza Muhakemesi Kanunu, 2004; Kurt, 2016).

Bütün bu bahsedilen hükümler hem istismara maruz kalan çocuğun hakkının hukuki zeminde savunulması hem de bahse konu süreçte daha fazla örselenmeye maruz kalmaması bakımından koruyucu uygulamalar olarak öne çıkmaktadır (Kurt, 2016; Uğurlu ve Gülsen, 2014).

### **1.7.2.3. Türk Ceza Kanunu**

Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda ÇOCUK İHMAL VE İSTISMARI'ye yönelik hükümler mevcuttur (Kara, 2014). TCK'da çocuk mağdur olan ve suçu işleyen şekilde iki ayrı şekilde koruma altına alınmaktadır (Doğanlı ve Karaörs, 2017; Koca, 2012). Diğer taraftan yaşlar bakımından ele alındığında 12 yaş altında bulunan çocukların cezai sorumluluğu olmaması nedeniyle, çocukların yaşları (12 yaş altı, 12-15 ve 15-18 yaşlar vb.) farklılık arz eden uygulamalar bulunmaktadır (Kurt, 2016; Uğurlu ve Gülsen, 2014).

### **1.8. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları**

Türk Ceza Kanununun suçun bildirilmesi ilgili maddeleri haricinde, korunma ihtiyacı olan çocuğun bildirilmesini düzenleyen 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununun (ÇKK) 6. Maddesi mevcuttur. Bu maddeleri incelendiğinde (Çocuk Koruma Kanunu, 2005):

ÇKK'nın 6. maddesinin 1. fıkrasında belli kişi ve kurumlar bakımından daha geniş bir ihbar yükümlülüğü öngörülmüştür (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). ÇKK'nın 6. Maddesi şu şekilde düzenlenmiştir (Çocuk Koruma Kanunu, 2005): “Adli ve idari merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, korunma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirmekle yükümlüdür.”

Yukarıda belirtilen hükme göre ÇKK'nın 6. Maddesinde sayılan şahıslardan birisinin korunma ihtiyacı olan çocukla karşılaşması halinde ihbar yükümlülüğünü yerine getirmemesi durumunda TCK'nın görevi kötüye kullanma başlıklı 257. Maddesinde düzenlenen (Türk Ceza Kanunu, 2004):

“Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Ayrıca görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” suçunu işlemiş olacaktır.

TCK'nın sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi başlıklı 280. Maddesi (Türk Ceza Kanunu, 2004): “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık

mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.” şeklinde dzenlenmiştir (Türk Ceza Kanunu, 2004).

Görevi başında (veya görev başında bulunmayan) bir hemşirenin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bir vakayla karşılaşması durumunda bu durumu derhal yetkili mercilere bildirmesi ile ilgili hemşirenin veya diğer sağlık personelinin hem yetkisi hem sorumluluğu hem de zorunluluğu bulunduğu ağıkça kanunlarda belirtilmiştir (Kurt, 2016; Uğurlu ve Gülsen, 2014).

### **1.9. Çocuk İhmal ve İstismarının Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları**

Çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi konusunda hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Çünkü hemşirelerin eğitim, değerlendirme ve sevk etme becerileri bulunmaktadır (Yılmaz, 2013). Toplumdaki bireyleri değerlendirme sonrasında sorunlarıyla başa çıkma, sosyal destek ve yeniden roller üstlenme ve devam ettirme, sağlığı muhafaza ve iyilik durumunu sürdürebilme gibi konularda bireylere destek olmaktadır. Bu sebeple Çocuk ihmal ve istismarını değerlendirebilme, risk faktörlerini tespit etmede, istismar kurbanlarını gerekli kurumlara bildirmede ve bilirkişilerle işbirliğinde tedavinin sağlanması ve izlenmesinde becerileri mevcuttur. Dolayısıyla hemşireler istismarının önlenmesine yönelik programlar geliştirerek onları uygulamaktadır (Yılmaz, 2013).

Hemşirenin, çocuğun yetişkinlere yönelik davranışını iyi gözlemleyip değerlendirmesi gerekir. Çünkü ihmale ve istismara maruz kalan çocuklar genelde yetişkinlerin yaklaşımından huzursuz olurlar ve korkarlar. Bu yüzden hemşire, dikkatli bir gözlem yapmalı ve çocukla arasında güvene dayalı bir ilişki kurmalıdır kazanmalıdır (Altunsu 2004; Geçgil, 2017). Hemşire çocukla oynamalı, çocuğa özel ve önemli olduğunu hissettirmeli çocuğa karşı sevgi dolu davranarak güvenini kazanmalıdır (Altunsu 2004; Geçgil, 2017).

İstismar ve ihmal nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunan ailelerde tedavideki amaç; çocuğu korumak, aileye yahut çocuğa bakmakla yükümlü bireyi destek olarak rehabilite etmektir. Buna göre, çocuğa bakmakla yükümlü kişi ya da ebeveynleri rehabilite edilip, çocuğun ev ortamını dzenledikten sonra eve gönderilmelidir (Altunsu 2004). Sağlık kurumuna başvuran ailenin koşulları bilinmeli, koşulları iyileştirilmeli ve aileye korku ve endişelerine yönelik eğitim verilmelidir (Altunsu,2004; Geçkil, 2017).

Hemşire bu gözlemlerle beraber ailenin hayat şartlarını, sosyo-ekonomik kültürel düzeyini, aile içi ve çevreyle olan ilişkileri konusunda bilgiler toplamalıdır. Böylece bahse konu bilgileri elde eden bir hemşire ihmale ve istismara maruz kalan çocuk ve aileyi erkenden tanımakta, benzer durumun önlenmesi konusunda çocuğa, aileye ve topluma katkıda bulunabilir (Altunsu, 2004; Geçgil, 2017).

Hemşirenin aileye pozitif şekilde yaklaşımı hemşire-aile arasında kurulan ilişkinin gelişmesine katkıda bulunarak terapötik bir ortamın meydana gelmesine vesile olacaktır. Hemşirenin toplayabildiği tüm bu veriler ışığında ebeveynlerin aile olabilme becerisine ve kendisinin onlara destek olabilme becerisini tespit etmeye çalışması ve ailelere yardımcı olmak amacıyla çaba göstermesi gerekir. Bütün bu yaklaşım ve eğitim neticesinde yine de aileyle terapötik ilişki tesis edilemez ve ailede herhangi bir gelişme kaydedilemezse, en makul yol çocuğu aileden uzaklaştırmak olacaktır (Altunsu, 2004).

Çocuk ihmal ve istismarına yönelik birinci bakım hizmeti içerisinde riskin değerlendirilmesi, hemşirelerin risk faktörlerini ele alması, ebeveynler ve sağlık ekip üyeleri için bilgilendirmelerin sağlanması ve çocuğun sağlık bakımını güvenli ortamda almasının sağlanması yer almaktadır (Selph ve ark., 2013). Bu amaçla uygulanan çocuk ihmal ve istismarına ekip halinde müdahale ile vakaların karmaşıklığının azaldığı, düzelemeyecek durumlar için olası çözümler oluşturulduğu ve vaka takip, değerlendirme süresinin kısaldığı bildirilmektedir (Selph ve ark., 2013). Ayrıca bu ekiplerin oluşturulmasının, istismara maruz kalan çocuklarla ilgili uygun karar verebilme, ekip üyelerinin eğitimi, çocukları yüksek iyilik durumlarının koruması, verimlilik ve maliyet açısından daha faydalı olduğu bildirilmektedir (McDonald 2007; Wallace ve ark., 2007).

Çocuğun fiziksel istismarına şahit olanların Cumhuriyet Başsavcılıklarına yahut kolluk kuvvetlerine ihbarda bulunması gerekmektedir. Bununla beraber aşağıda verilen hemşirelik bakım amaçları ve uygulamaları planlanmaktadır (Geçgil, 2017).

### **1.9.1. Hemşirelik Bakım Amaçları**

Hemşirelik bakımı istismarı önlemekle başlar, istismar olaylarının tanınmasını ve çocuğun yeniden istismar edilmesini engellemeyi kapsar. İstismarın meydana çıkmasında rolü bulunan risk etkenleri bakımından ebeveyn, çocuk ve çevre özelliklerini değerlendirme yapılması gerekmektedir. Risk etkenlerini belirlemek amacıyla ebeveyn istismar potansiyelini gözlemleyerek risk etkenlerini tanımaya çalışmalıdır (Geçgil, 2017).

Önleme programları çerçevesinde korunmadaki ilk hedef toplumun tamamının bilinçlendirilmesi şeklinde olmalıdır. İstismara engel olma konusunda klasik anlamda üç aşama bulunmaktadır (Geçgil, 2017; Şahin ve Afşin, 2012):

***Birincil Koruma:***

1. İstismarın meydana gelmeden engellenmesini ve ebeveynlerin çocukluk çağının tamamında desteklenmesini sağlamak
2. Doğumdan önce ve sonra destek programları, çocuk gelişimi eğitimi, kızgınlık ve stresle başa çıkma eğitimi verilerek korumak

***İkincil Koruma:***

1. İstismar açısından yüksek risk taşıyan ailelerin tanımlanması gerekmekte
2. İstismar açısından yüksek risk taşıyan aileler sağlık personelleri tarafından tespit edilerek destek alabilecekleri kuruluşlara yönlendirilmesi sağlanarak olası risk azaltma ve ailelerin sosyal desteklerini arttırmak için yönlendirilmeli

***Üçüncül Koruma:***

1. İstismarın meydana gelmesi durumunda zararı azaltılmaya yönelik, tekrarlanmasını engelleyici ve iyileştirici çabalar
2. İlk istismar olayının tanımlanması ve istismara maruz kalanla beraber istismarı gerçekleştirenin de tedavi ve rehabilite edilerek ilerideki muhtemel istismarların önlenmesi

**1.9.1.1. İstismarı Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları**

1. İstismar riskinin bulunduğu aileleri fark edebilmek
2. Anne bebek ilişkisini ve yakınlığını geliştirmek için bebeğe dokunmaya, yakın ilişki tesis etmeye, bakım vermeye cesaretlendirmek, hastanede yatmış olan bebeği ziyaret etmeye teşvik etmek, bebekle konuşmaya özendirmek
3. Çocuk büyütme ve disiplin uygulama yöntemlerini öğretmek
4. Gelişim dönemleri doğrultusunda çocukların büyümeleri ve gelişmeleri konusunda ebeveynlere bilgi vermek, gelişim evrelerine uygun beklentileri açıklamak
5. Ebeveynlere yeterlilik duygularını ve benlik saygılarını arttırmaya dönük çocuk bakımı uygulamaları öğretmek ve destek olmak

6. Ebeveynlerin kendilerini güvende hissetme seviyelerini değerlendirip desteklemek
7. Ebeveynlerin toplumsal destek mekanizmalarını, yalnızlık durumlarını ve ruhsal problemlerini değerlendirmek
8. Destek mekanizmalarını hareket ettirmesine yardım etmek, erişilir olmak
9. 12 yaşından büyük çocukları evde yalnız bırakma ile alakalı önlemleri öğretmek (Geçgil, 2017).

#### **1.9.1.2. Şüpheli İstismar Vakalarını Tanımaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları**

1. Ebeveynlerin kendilerini güvende hissetme seviyelerini değerlendirip desteklemek
2. Ebeveynlerin toplumsal destek mekanizmalarını, yalnızlık durumlarını ve ruhsal problemlerini değerlendirmek
3. Destek mekanizmalarını hareket ettirmesine yardım etmek, erişilir olmak
4. 12 yaşından büyük çocukları evde yalnız bırakma ile alakalı önlemleri öğretmek
5. Çocuğun davranışlarını ve duygusal durumunu kıymetlendirmek
6. Çocukta görülen lezyonları kaydedip raporlamak
7. Tanısal konularda çocuğa yardımcı olmak
8. İstismar şüphesi görülen durumu ekiplerle paylaşmak ve ilgili makamlara bildirim yapmak (Kolluk Kuvvetleri yahut Cumhuriyet Savcılığı) (Geçgil, 2017).

#### **1.9.1.3. Hastaneye Yatma Sırasında Güvenli Bir Ortam Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları**

1. Primer Hemşirelik Modeli vasıtasıyla bakım vericilerin devamlılığını temin etmek
2. Çocuğun uygun görülmeyen davranışlarını onaylamadan kabullenici bir tutum sergilemek
3. Uygun faaliyetler planlamak ve çocuktaki benlik saygısını geliştirmeye yönelik olumlu özelliklerine övgüde bulunmak (Geçgil, 2017).

#### **1.9.1.4. Çocuğun Anksiyetesini Azaltma Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları**

1. Çocuğa “istismar kurbanı” gibi değil de diğer hastalara olduğu gibi herhangi bir fiziksel rahatsızlığı olan bir çocuk gibi davranmak



2. Tekrar tekrar aynı soruları sormaktan kaçınmak, duygularının ifadesini sağlamak için ev ve aile temalarını içeren oyunlar planlamak
3. Çocuk-ebeveyn ilişkisinin sağlıklı bir şekilde gelişmesine yardım etmek
4. Çocuğu ebeveynleri hakkında olumlu hislerini konuşmaya teşvik etmek
5. Ebeveynlerin hareketlerini çocuğa eleştirmekten sakınmak
6. Çocuk mevcut krizle başatme için regresyonu kullanıyorsa anlayışla karşılamak (Geçgil, 2017).

#### **1.9.1.5. Hastanedeki Süre İçinde Ebeveynlerin Yeterlilik Duygusunu Artırmaya Yönelik Hemşirelik Uygulamaları**

1. Ebeveynlerin kliniğe, hastane kurallarına uyumunu sağlamak
2. Çocuğun bakımında ve iyileşmesinde aktif rol almasını sağlamak
3. Çocuk bakımı aktivitelerinde bilgi ve becerilerini geliştirmesine yardım etmek
4. İstismarcı davranışın ebeveynlerin kişisel özelliği olarak değil de tedavi edilmesi/düzeltilmesi gereken bir sorun olarak yaklaşmak
5. Krizli durumları tanılama ve mücadele için rehberlik sağlamak
6. Yakın akrabalar, arkadaşlar gibi sosyal desteklerin fark edilmesi, kullanılması için desteklemek
7. Ebeveyn destek boyutlarına katılmalarını desteklemek (Geçgil, 2017).

#### **1.9.1.6. İstismarın Tekrarını Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları**

1. Evine veya bakım kurumuna dönen çocuğu düzenli şekilde izlemek amacıyla multidisipliner bir çalışma yapmak
2. İhmali ve istismarı sürdürme belirtilerini izlemek (halk sağlığı yahut okul hemşiresi)
3. Ebeveynlerin istismara yol açan durumları tanınmasına ve bu konuda önlem almasına yardımcı olmak
4. Çevresel krizlerin azaltılmasına yönelik mali destek, çalışma, barınma vb. destek ihtiyacı olan aileleri sosyal yardım kurumlarına yönlendirmek (Geçgil, 2017).

Çocuk ihmal ve istismarı ciddi boyuttaki yaralanmalara, kalıcı sakatlıklara, önlem alınmazsa ölüm tablosuna kadar ilerleyebilen tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli

bir sorundur. Bu nedenle çocukların erken tanı konularak korumaya alınması ve aileler önceden belirlenerek gerek duyulan desteklerin belirlenmesinde yönlendirici rol üstlenerek gelecek nesil çocuklarımızın psikolojik, mental ve sosyal açıdan sağlıklı bir birey olarak yetiştirilmesini sağlamaktır (Altunsu, 2004). Hemşireler çocuk ihmal ve istismarının tanınması ve önlenmesinde önemli bir role sahip olup, araştırma hemşirelerin bu konudaki bilgi ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi ve konu ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.



## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

### 2.2. Araştırma Yapılan Yer ve Zaman

Araştırma Ankara ili devlet hastanelerinde (Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi) Kasım 2017 – Aralık 2017 yapılmıştır. Kurumlardan gerekli izinler alınarak bu kurumlarda görev yapan hemşirelerle yapılmıştır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastaneleri 3. basamak hastane özelliklerine sahiptir. Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi 1964 yılından günümüze 484 yatak kapasitesine sahip halka hizmet veren bir hastanedir. Yüksek İhtisas Hastanesi yıllık ortalama 39 000 hastaya acil serviste, 270 000 ayaktan hasta poliklinik hizmeti vermektedir. Çocuk servisi, çocuk polikliniği ve acil olmak üzere 9 klinik ve 49 hemşiresi mevcuttur. Adli vaka ve çocuk istismarı ile karşılaşıldığında hastane çalışanları doktorlarla multidisipliner bir çalışma yaparak hastane polisine adli bildirim tutanakları doldurularak yasal işlemler başlatılmaktadır.

Ankara Numune Hastanesi 1100 yatak kapasitesine sahip yılda ortalama 100 000 acil servis 530 000 poliklinik hizmeti veren bir hastanedir. Çocuk servisi, poliklinik ve acil servis olmak üzere 8 klinik ve 78 hemşiresi mevcuttur. Adli vakalarla karşılaşılma durumunda hastane polisine bilgi verilmektedir ve protokol bulunmamaktadır.

### 2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Örneklem hesaplamasına gidilmeyerek evren örneklem kabul edilmiştir. Araştırmanın evrenini amaçlı örneklem yöntemine uygun olarak Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin pediatri kliniklerinde çalışan 125 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmayı yürütmek üzere 3 hastaneye başvurulmuştur ve 2 hastane başvuruyu kabul etmiş, 1 hastane araştırmayı reddetmiştir. Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin tamamı araştırmaya katılmıştır.

**Tablo 3: Araştırma Örneklemine Hastanelere Göre Dağılımı**

<b>HASTANELER</b>	<b>HEMŞİRE SAYISI</b>
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	73
Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	49
<b>Toplam</b>	125

#### **2.4. Araştırmanın Soruları**

1. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali ile ilgili genel bilgi puanları kaçtır?
2. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel belirti, ihmal belirti, davranışsal belirti, ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri ve ailesel özellikleri puan dağılım durumları kaçtır?
3. Çocuk servisinde çalışan hemşirelerin yaşı, meslekte çalışma süreleri ve mezun olduktan sonra eğitim düzeyi çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeylerini etkiler mi?
4. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler çocuk ihmal ve istismarı olgularıyla karşılaşma durumları nasıldır?
5. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler çocuk ihmal ve istismarının bildiriminde bulunurlar mı?
6. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler çocuk ihmal ve istismar olgularını tanılanmasında sorun yaşadıkları alanlar nelerdir?
7. Çocuk kliniklerinde çalışan hemşireler çocuk ihmal ve istismar olgularıyla karşılaştıklarında ne tür uygulamalar yapmaktadırlar?

#### **2.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarı belirtileri ile risklerini tanılamaya yönelik ölçek'ten elde ettikleri genel bilgi puanı ve alt boyut bilgi puanı bağımlı değişken olarak belirlenmiştir.

Araştırmadaki bağımsız değişkenler ise eğitim, çocukla ilgili birimlerde çalışma durumu, meslekte çalışma süresi, mezuniyet öncesi ve sonrasında çocuk ihmali ve istismarına yönelik eğitim alma durumu ve olguyla karşılaşma durumu olarak belirlenmiştir.

## 2.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, hemşirelerin özelliklerini belirleyen tanıtıcı bilgi formu ve çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanma ölçeği (ÇİİBRTÖ) kullanılmıştır. Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile çocuk istismarı ve ihmali konusundaki görüşlerini içeren, 18 sorudan oluşan “Tanıtıcı Bilgi Formu” (Altınsu, 2004; Geçgil 2017) ve Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilen 67 sorudan oluşan Likert tipi “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanma Yönelik Ölçek” (ÇİİBRTÖ) formu kullanılmıştır.

Veri toplama aracı olarak kullanılan *tanıtıcı bilgi formu* 3 ana başlık altında değerlendirilmiştir. Bu kısımda kişisel tanımlayıcı sorular sorulmuştur. Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik kişisel özellikler ile ilgili sorular hazırlanmıştır (Altınsu 2004; Yılmaz, 2015).

*İlk bölümde hemşirelerin kişisel özelliklerini tanımlayan; çalışılan bölüm, eğitim ve yaş mesleki deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak çocuk kliniklerinde çalışma sürelerini içeren 3 soru;*

*İkinci bölümde Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgileri* konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla; mezuniyet öncesinde ve sonrasında Çocuk İstismarı ve İhmaline yönelik eğitim alma durumu ile bu eğitimin yeterliliği, önceden çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaşma durumu, olguyla karşılaşılan durumlar çerçevesinde zorlanılan konularla, çalışılan kurum içerisinde Çocuk İstismarı ve İhmali’ne yönelik prosedür varlığını içeren 10 soru;

*Üçüncü bölümde ise Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Uygulamalarının değerlendirilmesi* içeren çocuk istismarı ve ihmali olgusu ve şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları, bildirim yapanların nasıl bir bildirim yapacakları, bildirim yapmayanların bildirim yapmama nedenleri, çocuk koruma birimleri ve çocuk izlem merkezleri konusunda bilgi durumlarını içeren 5 soru, toplamda 18 sorudan oluşmaktadır.

*Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek,* Aynur Uysal tarafından geliştirilmiş ve benzer araştırmalarda kullanılmıştır. Hemşirelerin bilgi seviyelerinin ölçülmesi amacıyla 6 alt boyutta toplam 67 maddeden meydana gelen likert tipi ölçek kullanılmış olup, ölçekte yer alan maddelerin dağılımları aşağıda belirtilmiştir:

**Tablo 4: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçeğin Sorularının Alt Boyutlara Göre Dağılımı**

Alt Boyut	Madde Sayısı	Madde Sırası
Fiziksel Belirtisi	19	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17,18, 19, 20
İhmal Belirtisi	7	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
Davranış Belirtisi	15	14, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 67
Ebeveyn Özellikler	13	42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 55, 56, 60, 66
Çocuk Özellikler	5	41, 51, 52, 53, 54
Ailesel Özellikler	8	57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65
Genel Bilgi	67	1-67

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılamada hemşire farkındalıklarının saptanmasına yönelik likert tipi ölçekte yer alan 1,2,4,6,7,9,11,13,15,17-26,29,31,33,35-40,43-45,47,48,50-53,55,57,58,60,62, 64-67 no’lu sorulara “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir. Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen, 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30,32,34,41,42,46,49,54,56,59,61,63 no’lu sorulara verilen “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Ölçekten ve alt boyutlardan alınacak en düşük puan 1, en yüksek puan 5'dir. Puan yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır.

Araştırma izini alınan hastanelerde hemşirelerin çalışmakta oldukları kliniklerde hemşirelerle anketler yüz yüze doldurulmuştur. Araştırmada belirtilen örneklem sayısına ulaşılmıştır. Uysal tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.92 bulunmuştur. Araştırmada kullanılan ÇİİBRTÖ ölçeğinin cronbach alfa değeri ise 0.84 olarak bulunmuştur.

## **2.7. Araştırmanın Etik Yönleri**

Araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 05.06.2017 tarih ve B.08.6.YÖK.2.ÜS.05.06/2017/143 nolu etik kurul kararı alınmıştır.

## 2.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

**Tablo 5: Ölçek Boyutlarının Aldığı Puan Aralığı**

Ölçek Boyutlarının Puan Aralıkları				
1.00-1.79	1.80-2.59	2.60-3.39	3.40-4.19	4.20-5.00
Çok düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Çok Yüksek

(Sümbüloğlu 1993)

Ölçek boyutlarının aldığı puanlar 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Dağılım aralığının hesaplanması amacıyla, puan aralığı= en büyük değer- en küçük değer/ derece sayısı formülü kullanılmıştır. Bu aralık 4 puanlık genişliğe sahiptir. Bu genişlik beş eşit genişliğe bölünerek 1.00- 1.79 arası “çok düşük”, 1.80- 2.59 arası “düşük”, 2.60- 3.39 arası “orta”, 3.40-4.19 arası “yüksek”, 4.20-5.00 arası “çok yüksek” olarak sınır değerleri belirlenmiş ve bulgular yorumlanmıştır (Sümbüloğlu,1993).

İki bağımsız boyut arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız boyut arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 2.9. Araştırmanın Karşılaşılan Güçlükleri ve Kısıtlıkları

Soru formlarını doldurma aşamasında, hemşireler tarafından anlaşılmamış sorular olabileceği düşünülerek bütün merkezlere araştırmacı bizzat gitmiş ve anketin yüz yüze yapılması sağlanmıştır. Hemşireler anketleri kendileri okuyarak doldurmuştur. Formları hemşireler doldururken araştırmacı yanlarında bulunmuştur.

Bu araştırmada, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görevli hemşirelerin konuya dair durumları yansıtılmaktadır.

### 3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hemşireler ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklamalar yapılmıştır.

Araştırmaya Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 125 hemşire katılmıştır. Araştırma bulguları aşağıda belirtilen dört başlıkta ele alınmıştır:

- 3.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bireysel Özellikleri
- 3.2. Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Eğitim Alma ve Bildirim Yapma Durumları
- 3.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi
- 3.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeyleri

#### 3.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Hemşirelerin 86'sı (%68,8) çocuk, kliniklerde çalışmaktadır. En son mezun olunan okul değişkenine göre hemşirelerin 47'si (%37,6) lisans, 11'i (%8,8) yüksek lisans, 67'si (%53,6) diğer olarak dağılmaktadır. Çocuk sağlığı alanında çalışma süresi değişkenine göre ise 44'ü (%35,2) 1 yıl ve aşağısı, 56'sı (%44,8) 2-5 yıl, 25'i (%20,0) 6 yıl ve üzeri olarak dağılmaktadır.

**Tablo 6: Hemşirelerin Tanımlayıcı Bireysel Özellikleri**

Hemşirelerin Tanımlayıcı Bireysel Özellikleri	Boyutlar	N	%
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	<b>68.8</b>
	Diğer	39	31.2
Yaş	18-25	52	<b>41.6</b>
	26-30	37	29.6
	31-35	16	12.8
	35 üzeri	20	16.0
En son mezun olunan okul	Lisans	47	37.6
	Yüksek Lisans	11	8.8
	Lise	67	<b>53.6</b>
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 Yıl ve Aşağısı	44	35.2
	2-5Yıl	56	<b>44.8</b>
	6 Yıl ve üzeri	25	20.0
	Toplam	125	100



### 3.2. Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Eğitim Alma ve Bildirim Yapma Durumları

Bu bölümde hemşirelerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik eğitim alma ve bildirim yapma durumlarına yönelik analizleri içermektedir.

**Tablo 7: Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Eğitim Alma ve Bildirim Yapma Durumlarının Dağılımı**

Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Eğitim Alma ve Bildirim Yapma Durumları	Boyutlar	N	%
Tanılamada hemşirelerin sorumluluğu olma durumu	Evet	96	<b>76,8</b>
	Hayır	29	23,2
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet İçi Eğitim	55	<b>44,0</b>
	Lisans Eğitimi	24	19,2
	Seminer Ve Kurs Katılım	12	9,6
	Konu İle İlgili Araştırma Yaptım	34	27,2
Adli Bildirim Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	43	34,4
	Hayır	82	<b>65,6</b>
Bildirim Yapıldıktan Sonra Takip Yapan Kurum Olma Durumu	Evet	61	48,8
	Hayır	64	<b>51,2</b>
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	<b>92,8</b>
	Hayır	9	7,2
	Toplam	125	100
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi (n=91)	1-3 Saat	59	<b>64,8</b>
	3-5 Saat	18	19,8
	5-8 Saat	8	8,8
	8-10 Saat	6	6,6
Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Güçlü Olduğunuz Belirti 1-2-3 (n=16)	İçine Kapanıklık	7	<b>43,8</b>
	Korku	5	31,2
	Yabancılardan Korma	4	25,0
Adli Bildirim Hakkında Nereden Eğitim Alındığı (n=43)	Hastanenin Hizmet İçi Eğitim Programında	29	<b>67,4</b>
	Kendi İmkanlarımla Katıldığım Kurs	1	2,3
	Lisans Eğitimi	8	18,6
	Konu İle İlgili Araştırma Yaptım	5	11,6

Çocuk ihmal ve istismarı tanılamada hemşirelerin sorumluluğu olma sorusuna hemşirelerin verdiği yanıtı göre 6'sı (%76,8) evet olarak yanıtlamış, konu hakkında fazla bilgi isteği sorusuna hemşirelerin 116'sı (%92,8) evet olarak yanıtlamıştır. Hemşireler çocuk ihmal ve istismar alınan eğitim süresi 59'u (%64,8) 1-3 saat, eğitimini nereden aldığı değişkenine göre 55'i (%44,0) hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Çocuk ihmal ve istismarı konusunda güçlü oldukları ilk 3 belirti değişkenine 125 hemşirede 16 hemşire cevap vermiştir. Verilen en sık cevaplar sırasıyla 7'si (%43,8) içine kapanıklık, 5'i (%31,2) korku ve 4'ü (%25,0) yabancılardan korkma ifadeleri yer almaktadır.

Adli bildirim konusunda eğitim alma durumu değişkenine göre, 82'si (%65,6) hayır yanıtını vermiştir ve nereden eğitim alındığı değişkenine göre, 29'u (%67,4) hastanenin hizmet içi eğitim programında olarak dağılmaktadır.

### 3.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik uygulamalarının analizlerini içermektedir.

**Tablo 8: Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Yapılan Uygulamalarının Dağılımı**

Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Yaptıkları Uygulamalar	Boyutlar	N	%
Çocuk İhmal ve İstismarı İle Karşılaşma Durumu (n=125)	Evet	22	17,6
	Hayır	103	<b>82,4</b>
Adli Bildirimde Bulunma Durumu (n=22)	Evet	11	50,0
	Hayır	11	50,0
Çocuk İhmal ve İstismarı Bildirim Yapmama Nedeni (n=11)	Bu Konu Hakkında Yeterli Bilgim Olmadığı İçin	5	<b>45,5</b>
	Nereye ve Nasıl Bildirim Yapacağımı Bilmediğim İçin	3	27,3
	Çocuk Şimdiki Bulunduğu Durumdan Daha Kötü Bir Duruma Sokmaktan Korkma	2	18,2
	Yasal Süreçte Karşılaşılacak Zorluklar	1	9,1
Kurumda Çocuk İhmal ve İstismarı Prosedürü Bulunma Durumu (n=125)	Evet	27	21,6
	Hayır	37	29,6
	Bilmiyorum	61	<b>48,8</b>
İhmal ve İstismarı tanılama Aşamasında Yaşanan Zorluklar (n=125)	Öykü Alma	39	<b>31,2</b>
	Fizik Muayene	16	12,8
	Ruhsal Muayene	36	<b>28,8</b>
	Konsültasyon İsteme	1	0,8
	Kayıt	3	2,4
	İlgili Kurumlara Rapor Etme	13	10,4
	Yasal Süreç	17	13,6
Çocuğun Korunmasına Yönelik Ne Yapılması Gerektiği (n=125)	Hastanede Yatışı Yapılıp Korumaya Alınır	17	13,6
	Adli Tıp Konsültasyonu İstenir	12	9,6
	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına Bildirilir	55	<b>44,0</b>
	Çocuk Bir Yakınına Teslim Edilir	2	1,6
	Savcılığa Bildirilir	8	6,4
	Fikrim Yok	31	<b>24,8</b>
Çocuk İhmal ve İstismarı Olgularının Nereye Bildirileceği (n=125)	Savcılık	6	4,8
	Emniyet Çocuk Şube Birimi	34	<b>27,2</b>
	Hastane Polisi	28	22,4
	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	38	<b>30,4</b>
	Fikrim Yok	19	15,2

Araştırmaya katılan hemşirelerin 22'si (%17,6) çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaştıklarını, 103'ü (%82,4) karşılaşmadıklarını ifade etmiştir. Hemşireler adli bildirimde bulunma durumlarında 11'i (%50,0) evet, 11'i (%50,0) hayır olarak bildirmiştir. Ancak hemşirelerin bildirim sayısının 1 olduğu saptanmıştır. Hemşireler

çocuk ihmal ve istismarı bildirim yapmama nedeni yönelik, 5'i (%45,5) bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için, 3'ü (%27,3) “nereye ve nasıl bildirim yapacağımı bilmediğim için”, 2'si (%18,2) çocuk şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan korkma, 1'i (%9,1) yasal süreçte karşılaşılabilecek zorluklar ifadelerinde bulunmuşlardır. Bu iki soruyu tüm hemşireler cevaplandırmışlardır.

Hemşireler kurumda çocuk ihmal ve istismarı prosedürü bulunma durumu hakkında 27'si (%21,6) evet, 37'si (%29,6) hayır, 61'i (%48,8) bilmiyorum demişlerdir. Hemşireler ihmal ve istismarı tanılama aşamasında yaşanan zorlukları sırası ile öykü alma (%31,2), ruhsal muayene (%28,8), yasal süreç (%13,6), fizik muayene (%12,8), ilgili kurumlara rapor etme (%10,4), kayıt (%2,4) ve konsültasyon isteme (%0,8) olarak sıralamışlardır.

Hemşireler çocuğun korunmasına yönelik uygulanması beklenen davranış değişkenine göre 17'si (%13,6) hastanede yatışı yapıp korumaya alınır, 12'si (%9,6) adli tıp konsültasyonu istenir, 55'i (%44,0) aile ve sosyal politikalar bakanlığına bildirilir, 2'si (%1,6) çocuk bir yakınına teslim edilir, 8'i (%6,4) savcılığa bildirilir, 31'i (%24,8) fikrim yok ifadeleri verilmiştir.

#### 3.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeyleri

Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği'nde yer alan 67 soruya verdikleri yanıtların dağılımı 6 alt boyutlara göre dağılımları ayrıntılı olarak yer almaktadır. Katılımcıların ölçeğe verdiği yanıtlar önce genel olarak, daha sonra alt boyutlarda en çok doğru ve en çok yanlış yanıtlanan sorular olarak ele alınmıştır.

**Tablo 9: Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerine Göre Puanlarının Dağılımı**

Hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeğinden aldıkları puanlar	N	Ort	Ss	Puan Aralığı	Bilgi Düzeyleri
Genel Bilgi	125	3,600	0,323	3,40-4,19	Yüksek
Fiziksel Belirtiler	125	3,763	0,444	3,40-4,19	Yüksek
İhmal Belirtileri	125	3,847	0,627	3,40-4,19	Yüksek
Davranışsal Belirtiler	125	3,729	0,441	3,40-4,19	Yüksek
Ebeveyn Özellikleri	125	3,392	0,475	2,60-3,39	Orta
Çocukların Özellikleri	125	3,121	0,516	2,60-3,39	Orta
Ailesel Özellikler	125	3,428	0,523	3,40-4,19	Yüksek

Araştırmaya katılan hemşirelerin “fiziksel belirtiler” düzeyi yüksek (3,763±0,444); “ihmal belirtileri” düzeyi yüksek (3,847±0,627); “davranışsal belirtiler” düzeyi yüksek (3,729±0,441); “ebeveyn özellikleri” düzeyi (3,392±0,475); “çocukların özellikleri”

düzeyi orta (3,121±0,516); “ailesel özellikler” düzeyi yüksek (3,428±0,523); “genel bilgi” düzeyi yüksek (3,600±0,323); olarak saptanmıştır.

Ölçek genelinde en çok doğru yanıtladıkları soru “Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir” olmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin 1.Alt boyut *Fiziksel Belirtiler* ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar;

**Tablo 10: Hemşirelerin Fiziksel Belirtiler İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları**

Fiziksel Belirtiler İle İlgili Alt Boyut Maddeleri	Hiç Doğru Değil		Pek Doğru Değil		Kararsızım		Oldukça Doğru		Çok Doğru		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	0	0,0	2	1,6	7	5,6	39	31,2	77	<b>61,6</b>	<b>4,528</b>	0,679
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	0	0,0	3	2,4	22	17,6	49	39,2	51	40,8	4,184	0,807
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	25	20,0	28	22,4	39	31,2	15	12,0	18	14,4	2,784	1,299
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	2	1,6	15	12,0	44	35,2	45	36,0	19	15,2	3,512	0,947
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar, ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	5	4,0	27	21,6	36	28,8	32	25,6	25	20,0	3,360	1,146
6. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izlerine rastlanır.	0	0,0	4	3,2	27	21,6	59	47,2	35	28,0	4,000	0,793
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.	8	6,4	8	6,4	26	20,8	39	31,2	44	35,2	3,824	1,171
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	11	8,8	19	15,2	44	35,2	39	31,2	12	9,6	3,176	1,086
9. Tek bir kırık yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	1	0,8	16	12,8	27	21,6	52	41,6	29	23,2	3,736	0,985
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distalfemur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	26	20,8	28	22,4	34	27,2	16	12,8	21	16,8	2,824	1,356
11. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	3	2,4	4	3,2	35	28,0	48	38,4	35	28,0	3,864	0,945
12. İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	26	20,8	37	29,6	34	27,2	21	16,8	7	5,6	2,568	1,159
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıklann olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	1	0,8	4	3,2	13	10,4	45	36,0	62	<b>49,6</b>	<b>4,304</b>	0,845
15. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	4	3,2	6	4,8	16	12,8	38	30,4	61	48,8	4,168	1,037
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	32	25,6	33	26,4	33	26,4	13	10,4	14	11,2	2,552	1,286
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.	3	2,4	9	7,2	28	22,4	40	32,0	45	36,0	3,920	1,044
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	0	0,0	1	0,8	15	12,0	46	36,8	63	<b>50,4</b>	<b>4,368</b>	0,724
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	4	3,2	6	4,8	20	16,0	41	32,8	54	43,2	4,080	1,036
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	0	0,0	2	1,6	19	15,2	48	38,4	56	44,8	4,264	0,774

Çalışmada bulunan 19 fiziksel belirtiler alt grubuna hemşirelerin verdikleri cevaplar incelendiğinde 1,13 ve 18 numaralı sorulardan yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin “Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak basısı izleri fiziksel istismarın belirtisidir” %61,6’sı (n=77) çok doğru yanıtını vererek çok yüksek ( $4,528 \pm 0,679$ ) düzeyde fiziksel istismar belirtisini tespit edebildiklerini belirtmişlerdir. Fiziksel belirtiler sıralamasında hemşirelerin diğer yüksek puan aldıkları soruları sırasıyla: “Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir” yanıtıyla %50,4’ü (n=63) ve “Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir” %49,6’sı (n=62) çok doğru yanıtlarını vermişlerdir. Ortalama puanı 5’e yaklaştıkça hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarı fiziksel belirti alt boyut puanı yüksek düzeyde bildiği ortaya çıkmıştır (Ort =3,763).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 2.Alt boyut ***İhmal Belirtileri*** ile ilgili ifadelerle verdiği cevaplar incelendiğinde;

**Tablo 11: Hemşirelerin İhmal Belirtileri Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları**

İhmal Belirtileri İle İlgili Alt Boyut Maddeleri	Hiç Doğru Değil		Pek Doğru Değil		Kararsızım		Oldukça Doğru		Çok Doğru		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
21. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	2	1,6	12	9,6	41	32,8	43	34,4	27	21,6	3,648	0,978
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	3	2,4	10	8,0	21	16,8	42	33,6	49	39,2	3,992	1,051
23. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	3	2,4	7	5,6	24	19,2	39	31,2	52	41,6	4,040	1,027
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	4	3,2	7	5,6	26	20,8	42	33,6	46	36,8	3,952	1,046
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	5	4,0	6	4,8	27	21,6	50	40,0	37	29,6	3,864	1,027
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	4	3,2	4	3,2	18	14,4	46	36,8	53	42,4	4,120	0,989
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	31	24,8	23	18,4	38	30,4	20	16,0	13	10,4	2,688	1,292

Çalışmada bulunan 7 ihmal belirtisi alt grubuna hemşirelerin verdikleri cevaplar incelendiğinde 22, 23 ve 26 numaralı sorulardan yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin “çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir” ihmal belirtisini ifade eden likert sorusuna %42,4’ü (n=53) çok doğru yanıtını vererek ihmalde diğer seçeneklere oranla daha yüksek ( $4,120 \pm 0,989$ ) düzeyde katılım sağlanmıştır.

Hemşirelerin ihmal belirtilerine ilişkin verilen cevaplardan sırayla yüksek düzeyde aldıkları oran ve yüzdeleri: “Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir” %41,6'sı (n=52) çok doğru ve “Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir” (n=49) çok doğru olduğunu belirterek ihmal belirtisinin orta (3,992 ± 1,051) düzeyde tanıdıkları görülmektedir (Ort=3,347).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 3.Alt Boyut **Davranışsal Özellikleri** ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde;

**Tablo 12: Hemşirelerin Davranışsal Özellikler Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları**

Davranışsal Özellikler İle İlgili Alt Boyut Maddeleri	Hiç Doğru Değil		Pek Doğru Değil		Kararsızım		Oldukça Doğru		Çok Doğru		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
14. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	38	30,4	31	24,8	32	25,6	16	12,8	8	6,4	2,400	1,225
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsaygıları yüksektir.	62	49,6	21	16,8	25	20,0	11	8,8	6	4,8	2,024	1,221
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	28	22,4	9	7,2	39	31,2	33	26,4	16	12,8	3,000	1,326
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	65	52,0	19	15,2	18	14,4	8	6,4	15	12,0	2,112	1,415
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	6	4,8	2	1,6	11	8,8	44	35,2	62	49,6	4,232	1,017
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	2	1,6	1	0,8	26	20,8	40	32,0	56	44,8	4,176	0,899
33. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	4	3,2	5	4,0	29	23,2	43	34,4	44	35,2	3,944	1,018
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	17	13,6	29	23,2	40	32,0	22	17,6	17	13,6	2,944	1,227
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	2	1,6	1	0,8	22	17,6	46	36,8	54	43,2	4,192	0,868
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	1	0,8	3	2,4	21	16,8	50	40,0	50	40,0	4,160	0,846
37. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	4	3,2	9	7,2	43	34,4	35	28,0	34	27,2	3,688	1,050
38. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	4	3,2	2	1,6	26	20,8	49	39,2	44	35,2	4,016	0,959
39. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	1	0,8	1	0,8	37	29,6	45	36,0	41	32,8	3,992	0,857
40. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	1	0,8	1	0,8	17	13,6	48	38,4	58	46,4	4,288	0,791
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	3	2,4	2	1,6	23	18,4	51	40,8	46	36,8	4,080	0,912

Çalışmada bulunan 15 davranışsal özellikleri alt boyutuna hemşirelerin verdikleri cevaplar incelendiğinde 34, 35 ve 40 sorulardan yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin ailesel özelliklerinden istismar ve ihmale yatkın olan belirtilerinde aldıkları “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler” yanıtı %49,6’sı (n=62) çok doğru yanıtını vererek  $4,232 \pm 1,017$  ortalama puan almıştır ve bu belirtiyeye yüksek düzeyde katıldıkları saptanmıştır. Davranışsal belirtilerden yüksek puan aldıkları diğer iki belirtisi ise “İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler” yanıtını %46,4’ü (n=58) çok doğru olarak vererek  $4,288 \pm 0,791$  ortalama puan, “İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir” ifadesiyle de %43,2’si (n=54) çok doğru yanıtını vererek  $4,192 \pm 0,868$  ortalama puan almışlardır (Ort=3,729).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 4.Alt Boyut **Ebeveyn Özellikleri** ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde,

**Tablo 13: Hemşirelerin Ebeveyn Özellikleri Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları**

Ebeveyn Özellikleri İle İlgili Alt Boyut Maddeleri	Hiç Doğru Değil		Pek Doğru Değil		Kararsızım		Oldukça Doğru		Çok Doğru		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocukların istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	7	5,6	11	8,8	49	39,2	28	22,4	30	24,0	3,504	1,119
43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocukların daha çok istismar ederler.	6	4,8	10	8,0	61	48,8	28	22,4	20	16,0	3,368	1,004
44.Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	3	2,4	15	12,0	36	28,8	39	31,2	32	25,6	3,656	1,063
45.Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	4	3,2	8	6,4	39	31,2	55	44,0	19	15,2	3,616	0,931
46.Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	30	24,0	20	16,0	33	26,4	27	21,6	15	12,0	2,816	1,340
47.Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşamaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	9	7,2	3	2,4	35	28,0	52	41,6	26	20,8	3,664	1,062
48.Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	2	1,6	8	6,4	23	18,4	43	34,4	49	39,2	4,032	0,991
49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	30	24,0	35	28,0	26	20,8	27	21,6	7	5,6	2,568	1,227
50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	10	8,0	21	16,8	44	35,2	35	28,0	15	12,0	3,192	1,105
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.	20	16,0	20	16,0	37	29,6	37	29,6	11	8,8	2,992	1,208
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	8	6,4	22	17,6	34	27,2	33	26,4	28	22,4	3,408	1,199
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	4	3,2	22	17,6	36	28,8	44	35,2	19	15,2	3,416	1,049
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	3	2,4	15	12,0	38	30,4	35	28,0	34	27,2	3,656	1,078

Çalışmada bulunan 13 ebeveyn özellikleri alt boyutuna hemşirelerin verdikleri cevaplar incelendiğinde 47, 48 ve 66 numaralı sorulardan yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin ebeveyn özelliklerinden istismar ve ihmale yatkın olan belirtilerinde aldıkları en yüksek puan “*Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir*” %39,2'si (n=49) çok doğru yanıtını vererek en yüksek ortalama puanıyla  $4,032 \pm 0,991$  katıldıklarını ifade etmişlerdir. “*Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar*” belirtisine, %20,8'i (n=26) çok doğru yanıtı ile aldıkları ortalama puanı  $3,664 \pm 1,062$ , “*Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir*” %27,2'si (n=34) çok doğru yanıtıyla ortalama puanı  $3,656 \pm 1,078$  almışlardır. Hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeği Ebeveyn özellikleri alt boyutu bilgi düzeyi orta bulunmuştur (Ort=3,392).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 5.Alt Boyut **Çocukların Özellikleri** ile ilgili ifadelerine verdiği cevaplar incelendiğinde;

**Tablo 14: Hemşirelerin Çocukların Özellikleri Alt Boyutu İle İlgili İfadelerine Verdiği Cevapların Dağılımları**

Çocukların Özellikleri İle İlgili Alt Boyut Maddeleri	Hiç Doğru Değil		Pek Doğru Değil		Kararsızım		Oldukça Doğru		Çok Doğru		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	31	24,8	32	25,6	20	16,0	22	17,6	20	16,0	2,744	1,419
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	15	12,0	20	16,0	33	26,4	38	30,4	19	15,2	3,208	1,233
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	18	14,4	20	16,0	20	16,0	31	24,8	36	28,8	3,376	1,418
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.	11	8,8	25	20,0	47	37,6	32	25,6	10	8,0	3,040	1,066
54.Fiziksel veya mental özürli bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	27	21,6	31	24,8	27	21,6	27	21,6	13	10,4	2,744	1,301

Çalışmada bulunan 5 çocuk özelliği alt boyutuna hemşirelerin verdikleri cevaplar incelendiğinde 51 ve 52 numaralı sorulardan yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin çocuk özelliklerinden istismar ve ihmale yatkın olan belirtilerinde aldıkları



“Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur” ifadesine hemşirelerin %28,8'i (n=36) çok doğru yanıtını vererek  $3,376 \pm 1,418$  ortalama puan almışlardır ve orta düzeyde katıldıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin verdikleri diğer yanıt sıralamasında “Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır” ifadesine %15,2'si (n=19) çok doğru yanıtını vererek ortalama  $3,208 \pm 1,233$  puan almışlardır. Araştırmada alt boyutlarda yer alan sorularda hemşirelerin çocuk özellikleri en yüksek çıkması beklenen araştırmada çocuk özellikleri puanında hemşireler en düşük ortalamaları almıştır (Ort=3,121).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 6.Alt Boyut **Ailesel Özellikleri** ile ilgili ifadelere verdiği cevaplar incelendiğinde;

**Tablo 15: Hemşirelerin Ailesel Özellikler Alt Boyutu İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları**

Ailesel Özellikler İle İlgili Alt Boyut Maddeleri	Hiç Doğru Değil		Pek Doğru Değil		Kararsızım		Oldukça Doğru		Çok Doğru		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	4	3,2	14	11,2	33	26,4	53	42,4	21	16,8	3,584	1,001
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmali için önemli bir etkidir.	5	4,0	21	16,8	28	22,4	54	43,2	17	13,6	3,456	1,051
59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	10	8,0	27	21,6	36	28,8	37	29,6	15	12,0	3,160	1,139
61.Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali için önemli bir faktör değildir.	9	7,2	26	20,8	49	39,2	29	23,2	12	9,6	3,072	1,056
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.	13	10,4	7	5,6	36	28,8	49	39,2	20	16,0	3,448	1,146
63.Çocuk istismar ve ihmali üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.	32	25,6	28	22,4	22	17,6	29	23,2	14	11,2	2,720	1,365
64.Anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali için yol açar.	3	2,4	11	8,8	24	19,2	46	36,8	41	<b>32,8</b>	<b>3,888</b>	1,041
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali için önemli bir etkidir.	2	1,6	4	3,2	29	23,2	47	37,6	43	<b>34,4</b>	<b>4,000</b>	0,925

Çalışmada bulunan ailesel özellikleri alt boyutuna hemşirelerin verdikleri cevaplar incelendiğinde 64 ve 65 numaralı sorulardan yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Hemşirelerin ailesel özelliklerinden istismar ve ihmale yatkın olan belirtilerinde aldıkları “Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir” %34,4’ü (n=43) çok doğru yanıtını vererek  $4,000 \pm 0,925$  ortalama puan almıştır. Ailesel özelliklerden bir diğeri olan; “Anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar” ifadesine hemşirelerin %32,8’i (n=41) çok doğru yanıtını ile  $3.888 \pm 1.041$  puan ortalaması almışlardır. Hemşirelerin verdikleri cevaplar doğrultusunda ailesel özelliklerinde orta düzeyde oldukları anlaşılmaktadır (Ort=3,428).

Araştırmaya katılan hemşirelerin **çocuk ihmal ve istismarının belirti ve risk tanılması ölçeğinde en az doğru yanıtı** verdiği cevaplar incelendiğinde;

**Tablo 16: Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılamasına Yönelik Ölçekte En Az Doğru Yanıtı Verdikleri Sorular**

ÇİİBRTÖ ölçeğinde hemşirelerin en az doğru yanıtı verdikleri sorular	Hiç Doğru Değil		Pek Doğru Değil		Kararsızım		Oldukça Doğru		Çok Doğru		Ort	Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
32.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	2	1.6	1	0.8	26	20.8	40	32.0	56	44.8	<b>4.176</b>	0.899
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocukların istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	7	5.6	11	8.8	49	39.2	28	22.4	30	24.0	<b>3.504</b>	1.119

Ankete katılan hemşirelerin yanıtı negatif olan “Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocukların istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar” ve “İhmal ve istismara uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” sorularına çoğunlukla yanlış cevap vermişlerdir.

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya katılan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismar konusundaki bilgi düzeyini etkileyen değişkenler alt boyutlara göre incelenmiştir.

**Tablo 17: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Genel Bilgi Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	Genel Bilgi Puanı Ortalamaları				
	Boyutlar	n	Ort±SS	t	p
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	3,57±0,31	-1,732 <sup>1</sup>	0,086
	Diğer*	39	3,67±0,34		
Yaş	18-25	52	3,57±0,29	0,753 <sup>2</sup>	0,523
	26-30	37	3,58±0,35		
	30-35	16	3,63±0,26		
	35 ve üzeri	20	3,69±0,40		
En Son Mezun Olunan Okul	Lisans	47	3,65±0,37	1,354 <sup>2</sup>	0,262
	Yüksek Lisans	11	3,66±0,43		
	Lise	67	3,56±0,27		
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 yıl ve aşağısı	44	3,62±0,33	0,179 <sup>2</sup>	0,837
	2-5 yıl	56	3,59±0,31		
	6 yıl ve üzeri	25	3,59±0,35		
Tanılamada Hemşirelerin Sorumluluğu Olma Durumu	Evet	96	3,61±0,34	0,410 <sup>1</sup>	0,683
	Hayır	29	3,58±0,28		
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet içi eğitim	55	3,56±0,33	1,086 <sup>2</sup>	0,358
	Lisans eğitimi	24	3,70±0,36		
	Seminer ve kursa katılım	12	3,58±0,39		
	Konu ile ilgili araştırma yaptım	34	3,60±0,24		
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi	1-3 Saat	59	3,58±0,35	-0,700 <sup>1</sup>	0,486
	3 Saat ve üzeri	32	3,64±0,35		
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	3,59±0,32	-1,056 <sup>1</sup>	0,293
	Hayır	9	3,71±0,36		
Çocuk İhmal ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu	Evet	22	3,80±0,39	3,244 <sup>1</sup>	0,012
	Hayır	103	3,56±0,29		
Adli Bildirimde Bulunma Durumu	Evet	11	3,80±0,42	0,024 <sup>1</sup>	0,981
	Hayır	11	3,79±0,38		

1: t- Testi

2: varyans analizi

\*çocuk hasta takibi yapan klinikler

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre genel bilgi arasında bir fark istatistiksel olarak fark görülmediği saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 18: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Fiziksel Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	Fiziksel Belirti Alt Boyut Puan Ortalamaları				
	Boyutlar	n	Puan Ort±SS	t <sup>(1)</sup> /F <sup>2)</sup>	p
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	3,70±0,45	-2,205 <sup>1</sup>	<b>0,029</b>
	Diğer*	39	3,89±0,41		
Yaş	18-25	52	3,68±0,45	1,172 <sup>2</sup>	0,323
	26-30	37	3,79±0,43		
	30-35	16	3,86±0,41		
	35 ve üzeri	20	3,85±0,48		
En son mezun olunan okul	Lisans	47	3,84±0,43	1,310 <sup>2</sup>	0,273
	Yüksek Lisans	11	3,79±0,45		
	Lise	67	3,70±0,45		
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 yıl ve aşağısı	44	3,83±0,48	1,268 <sup>2</sup>	0,285
	2-5 yıl	56	3,69±0,42		
	6 yıl ve üzeri	25	3,80±0,42		
Tanılamada hemşirelerin sorumluluğu olma durumu	Evet	96	3,78±0,47	0,806 <sup>1</sup>	0,422
	Hayır	29	3,70±0,35		
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet içi eğitim	55	3,76±0,45	1,721 <sup>2</sup>	0,166
	Lisans eğitimi	24	3,92±0,48		
	Seminer ve kursa katılım	12	3,78±0,42		
	Konu ile ilgili araştırma yaptım	34	3,65±0,40		
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi	1-3 Saat	59	3,75±0,44	-1,559 <sup>1</sup>	0,122
	3 Saat ve üzeri	32	3,90±0,47		
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	3,76±0,44	0,057 <sup>1</sup>	0,955
	Hayır	9	3,75±0,51		
Çocuk İhmal ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu	Evet	22	3,91±0,49	1,775 <sup>1</sup>	0,078
	Hayır	103	3,73±0,43		
Adli Bildirimde Bulunma Durumu	Evet	11	3,88±0,50	-0,356 <sup>1</sup>	0,726
	Hayır	11	3,95±0,51		

1: t- Testi

2: varyans analizi

\*çocuk hasta takibi yapan klinikler

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre fiziksel belirtisi alt boyut arasında fark istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin İhmal Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	İhmal Belirti Alt Boyut Puan Ortalamaları				
	Boyutlar	n	Ort±SS	t <sup>(1)</sup> /F <sup>(2)</sup>	p
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	3,79±0,62	-1,629 <sup>1</sup>	0,106
	Diğer*	39	3,98±0,63		
Yaş	18-25	52	3,75±0,56	1,226 <sup>2</sup>	0,303
	26-30	37	3,83±0,71		
	30-35	16	4,00±0,48		
	35 ve üzeri	20	4,01±0,72		
En Son Mezun Olunan Okul	Lisans	47	3,85±0,66	0,139 <sup>2</sup>	0,871
	Yüksek Lisans	11	3,75±0,70		
	Lise	67	3,86±0,60		
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 yıl ve aşağısı	44	3,80±0,65	0,217 <sup>2</sup>	0,805
	2-5 yıl	56	3,86±0,60		
	6 yıl ve üzeri	25	3,90±0,67		
Tanılamada Hemşirelerin Sorumluluğu Olma Durumu	Evet	96	3,85±0,63	0,092 <sup>1</sup>	0,927
	Hayır	29	3,84±0,63		
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet içi eğitim	55	3,82±0,68	1,103 <sup>2</sup>	0,351
	Lisans eğitimi	24	3,93±0,54		
	Seminer ve kursa katılım	12	3,58±0,73		
	Konu ile ilgili araştırma yaptım	34	3,93±0,55		
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi	1-3 Saat	59	3,78±0,59	-0,646 <sup>1</sup>	0,520
	3 Saat ve üzeri	32	3,88±0,76		
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	3,83±0,64	-1,316 <sup>1</sup>	0,191
	Hayır	9	4,11±0,40		
Çocuk İhmal ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu	Evet	22	4,05±0,50	1,647 <sup>1</sup>	0,102
	Hayır	103	3,80±0,65		
Adli Bildirimde Bulunma Durumu	Evet	11	3,92±0,52	-1,178 <sup>1</sup>	0,252
	Hayır	11	4,17±0,46		

1: t- Testi

2: varyans analizi

\*çocuk hasta takibi yapan klinikler

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre ihmal belirtisi alt boyut arasında bir fark istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 20: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Davranışsal Belirti Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	Davranışsal Belirti Alt Boyut Puan Ortalamaları				
	Boyutlar	n	Ort±SS	t <sup>(1)</sup> /F <sup>(2)</sup>	p
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	3,68±0,43	-2,022 <sup>1</sup>	<b>0,045</b>
	Diğer*	39	<b>3,85±0,46</b>		
Yaş	18-25	52	3,71±0,38	0,558 <sup>2</sup>	0,644
	26-30	37	3,68±0,47		
	30-35	16	3,78±0,52		
	35 ve üzeri	20	3,83±0,49		
En Son Mezun Olunan Okul	Lisans	47	3,73±0,49	0,008 <sup>2</sup>	0,992
	Yüksek Lisans	11	3,75±0,43		
	Lise	67	3,73±0,41		
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 yıl ve aşağısı	44	3,72±0,46	0,609 <sup>2</sup>	0,545
	2-5 yıl	56	3,70±0,41		
	6 yıl ve üzeri	25	3,81±0,48		
Tanılamada Hemşirelerin Sorumluluğu Olma Durumu	Evet	96	3,74±0,46	0,643 <sup>1</sup>	0,521
	Hayır	29	3,68±0,40		
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet içi eğitim	55	3,63±0,42	2,947 <sup>2</sup>	<b>0,036</b> <b>4&gt;1</b>
	Lisans eğitimi	24	<b>3,80±0,55</b>		
	Seminer ve kursa katılım	12	3,62±0,40		
	Konu ile ilgili araştırma yaptım	34	3,88±0,36		
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi	1-3 Saat	59	3,63±0,43	-1,254 <sup>1</sup>	0,213
	3 Saat ve üzeri	32	3,75±0,49		
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	3,72±0,44	-0,603 <sup>1</sup>	0,547
	Hayır	9	3,81±0,50		
Çocuk İhmal ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu	Evet	22	<b>3,94±0,46</b>	2,476 <sup>1</sup>	<b>0,015</b>
	Hayır	103	3,68±0,43		
Adli Bildirimde Bulunma Durumu	Evet	11	3,95±0,45	0,152 <sup>1</sup>	0,881
	Hayır	11	3,92±0,49		

1: t- Testi

2: varyans analizi

\*çocuk hasta takibi yapan klinikler

Hemşirelerin davranışsal belirtiler puanları çocuk ihmal ve istismar eğitimini nereden aldığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=2,947; p=0,036<0,05). Farkın nedeni çocuk ihmal ve istismar eğitimini nereden aldığı konu ile ilgili araştırma yaptım olanların davranışsal belirtiler puanlarının çocuk ihmal ve istismar eğitimini nereden aldığı hizmet içi eğitim olanların davranışsal belirtiler puanlarından yüksek olmasıdır (p<0,05).

**Tablo 21: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Ebeveyn Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	Ebeveyn Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamaları				
	Boyutlar	n	Ort±SS	t <sup>(1)</sup> /F <sup>x2</sup>	p
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	3,39±0,44	0,015 <sup>1</sup>	0,988
	Diğer*	39	3,39±0,54		
Yaş	18-25	52	3,43±0,39	0,817 <sup>2</sup>	0,487
	26-30	37	3,34±0,57		
	30-35	16	3,28±0,44		
	35 ve üzeri	20	3,48±0,51		
En Son Mezun Olunan Okul	Lisans	47	3,41±0,50	0,505 <sup>2</sup>	0,605
	Yüksek Lisans	11	3,50±0,56		
	Lise	67	3,36±0,45		
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 yıl ve aşağısı	44	3,42±0,47	1,213 <sup>2</sup>	0,301
	2-5 yıl	56	3,43±0,45		
	6 yıl ve üzeri	25	3,26±0,53		
Tanılamada Hemşirelerin Sorumluluğu Olma Durumu	Evet	96	3,38±0,50	-0,727 <sup>1</sup>	0,469
	Hayır	29	3,45±0,40		
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet içi eğitim	55	3,39±0,53	0,875 <sup>2</sup>	0,456
	Lisans eğitimi	24	3,44±0,42		
	Seminer ve kursa katılım	12	3,55±0,49		
	Konu ile ilgili araştırma yaptım	34	3,31±0,42		
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi	1-3 Saat	59	3,44±0,53	0,399 <sup>1</sup>	0,691
	3 Saat ve üzeri	32	3,40±0,43		
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	3,37±0,48	-1,693 <sup>1</sup>	0,093
	Hayır	9	3,65±0,37		
Çocuk İhmal ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu	Evet	22	<b>3,66±0,51</b>	2,999 <sup>1</sup>	<b>0,003</b>
	Hayır	103	3,34±0,45		
Adli Bildirimde Bulunma Durumu	Evet	11	3,78±0,46	1,128 <sup>1</sup>	0,273
	Hayır	11	3,54±0,54		

1: t- Testi

2: varyans analizi

\*çocuk hasta takibi yapan klinikler

Çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşanların 22 hemşiresinin genel bilgi puanları ( $x=3,80$ ), davranışsal belirtiler puanları ( $x=3,94$ ) ve ebeveyn özellikleri puanları ( $x=3,66$ ) çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşmayanların puanlarından ( $x=3,68$ ) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 22: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Çocuk Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması**

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	Çocuk Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamaları				
	Boyutlar	n	Ort±SS	t <sup>(1)</sup> /F <sup>(2)</sup>	p
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	<b>3,14±0,51</b>	0,521 <sup>1</sup>	<b>0,603</b>
	Diğer*	39	3,09±0,53		
Yaş	18-25	52	3,11±0,48	0,649 <sup>2</sup>	0,585
	26-30	37	3,21±0,58		
	30-35	16	3,08±0,46		
	35 ve üzeri	20	3,03±0,55		
En Son Mezun Olunan Okul	Lisans	47	3,26±0,49	5,267 <sup>2</sup>	<b>0,006</b> <b>1&gt;3,2&gt;3</b> <b>(p&lt;0,05)</b>
	Yüksek Lisans	11	3,33±0,59		
	Lise	67	2,99±0,49		
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 yıl ve aşağısı	44	3,16±0,44	0,550 <sup>2</sup>	0,578
	2-5 yıl	56	3,13±0,56		
	6 yıl ve üzeri	25	3,03±0,54		
Tanılamada Hemşirelerin Sorumluluğu Olma Durumu	Evet	96	3,13±0,52	0,212 <sup>1</sup>	0,832
	Hayır	29	3,10±0,51		
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet içi eğitim	55	3,06±0,52	1,406 <sup>2</sup>	0,244
	Lisans eğitimi	24	3,28±0,38		
	Seminer ve kursa katılım	12	3,24±0,56		
	Konu ile ilgili araştırma yaptım	34	3,06±0,57		
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi	1-3 Saat	59	3,18±0,42	0,844 <sup>1</sup>	0,454
	3 Saat ve Üzeri	32	3,08±0,61		
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	3,14±0,52	1,293 <sup>1</sup>	0,198
	Hayır	9	2,91±0,49		
Çocuk İhmal ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu	Evet	22	3,24±0,63	1,214 <sup>1</sup>	0,227
	Hayır	103	3,10±0,49		
Adli Bildirimde Bulunma Durumu	Evet	11	3,23±0,69	-0,110 <sup>1</sup>	0,913
	Hayır	11	3,26±0,59		

1: t- Testi

2: varyans analizi

\*çocuk hasta takibi yapan klinikler

Çocuk kliniğinde çalışanların çocuk özellikleri puanları ( $x=3,14$ ), diğer kliniklerde çalışanların puanlarından ( $x=3,09$ ) daha yüksek bulunmuştur ( $t=0,521$   $p=0,0603$ ).



Hemşirelerin çocukların özellikleri puanları en son mezun olunan okul değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $F=5,267$ ;  $p=0,006<0,05$ ). Farkın nedeni en son mezun olunan okul yüksek lisans olanların çocukların özellikleri puanlarının, lisans ve diğer olanların çocukların özellikleri puanlarından yüksek olmasıdır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 23: Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Bireysel Özelliklerinin Ailesel Özellikleri Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı**

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	Ailesel Özellik Alt Boyut Puan Ortalamaları				
	Boyutlar	n	Ort±SS	t <sup>(1)</sup> /F <sup>(2)</sup>	p
Çalışılan Klinik	Çocuk	86	3,43±0,50	-0,067 <sup>1</sup>	0,947
	Diğer*	39	3,43±0,57		
Yaş	18-25	52	3,46±0,53	1,375 <sup>2</sup>	0,254
	26-30	37	3,30±0,53		
	30-35	16	3,43±0,47		
	35 ve üzeri	20	3,58±0,52		
En Son Mezun Olunan Okul	Lisans	47	3,52±0,60	2,249 <sup>2</sup>	0,110
	Yüksek Lisans	11	3,58±0,51		
	Lise	67	3,34±0,45		
Çocuk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	1 yıl ve aşağısı	44	3,44±0,53	0,451 <sup>2</sup>	0,638
	2-5 yıl	56	3,46±0,52		
	6 yıl ve üzeri	25	3,34±0,53		
Tanılamada Hemşirelerin Sorumluluğu Olma Durumu	Evet	96	3,43±0,54	0,217 <sup>1</sup>	0,829
	Hayır	29	3,41±0,49		
Çocuk İhmal ve İstismar Eğitimini Nereden Aldığı	Hizmet içi eğitim	55	3,37±0,47	0,552 <sup>2</sup>	0,648
	Lisans eğitimi	24	3,52±0,54		
	Seminer ve kursa katılım	12	3,38±0,46		
	Konu ile ilgili araştırma yaptım	34	3,47±0,61		
Çocuk İhmal ve İstismar Alınan Eğitim Süresi	1-3 Saat	59	3,44±0,50	0,906 <sup>1</sup>	0,367
	3 Saat ve Üzeri	32	3,35±0,47		
Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkında Fazla Bilgi İsteği	Evet	116	3,40±0,52	-1,937 <sup>1</sup>	0,055
	Hayır	9	3,75±0,53		
Çocuk İhmal ve İstismarı ile Karşılaşma Durumu	Evet	22	3,65±0,65	2,262 <sup>1</sup>	0,071
	Hayır	103	3,38±0,48		
Adli Bildirimde Bulunma Durumu	Evet	11	3,67±0,53	0,121 <sup>1</sup>	0,905
	Hayır	11	3,64±0,77		

1: t- Testi

2: varyans analizi

\*çocuk hasta takibi yapan klinikler

Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre ailesel özellikleri alt boyut arasında bir fark istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4. TARTIŞMA

Tartışma, hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeğinden aldıkları genel puanların, ÇİİBRTÖ ölçeğine ait alt boyutlardan aldıkları puanların, çocuk ihmal ve istismarına yönelik uygulamalarının ve bilgi düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi üzerine toplam dört bölümde yapılmıştır.

Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve uygulamalarını inceleyen bu araştırma 125 hemşire ile yapılmıştır. Bu hemşirelerin %53,6'sı lise mezunu hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeğinden aldıkları genel puan  $3,6\pm 0,3$ 'tür. Bu ortalama hemşirelerin bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Yılmaz (2015)'in yapmış olduğu benzer bir çalışmada da hemşirelerin genel bilgi puanı ortalaması  $3,9\pm 0,4$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeği genel bilgi puanlarının yüksek çıkması, çocuk ihmal ve istismarına duyarlı olmaları ve karşılaşma oranlarının (%82) yüksek olması ile açıklanabilir.

Ölçeğe ait alt boyutlar incelendiğinde ise iki alt boyuta ait puan ortalamalarının orta, dört alt boyuta ait puan ortalamalarının ise yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hemşirelerin "ebeveyn özellikleri" alt boyut puan ortalaması  $3,3\pm 0,4$  ve "çocukların özellikleri" alt boyut puan ortalaması  $3,1\pm 0,5$  olarak orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 10). Araştırma sonuçlarından farklı olarak Yılmaz (2015) yaptığı çalışmada ÇİİBRTÖ ölçeğine ait diğer tüm alt boyutlardaki bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu ifade etmiştir. Külcü ve Karataş (2016) yaptıkları çalışmada ÇİİBRTÖ ölçeği "çocuk özellikleri" alt boyutu puanını araştırmamızdan farklı olarak çok yüksek değerlendirmişlerdir. Hemşirelerin çocuğa ilişkin riskli grupları (bebekler, aşırı hareketli ve engelli çocuklar) tanımlamada bilgilerinin orta düzeyde olmasının nedeni olarak konu ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması sonucuna ulaşılabilir. Ayrıca ebeveynlere ait riskli özelliklerin (işsizlik, gelir düzeyi, aile tipi, tek ebeveyn olma gibi) hemşireler tarafından daha az bilinmesinin de kaynağının konuya ilişkin aldıkları eğitimlerin yetersiz olmasından olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hemşireler çocuk istismar ve ihmaline yönelik aldıkları eğitim süresini 1-3 saat olduğunu bildirmişlerdir. Hemşireler çocuk ihmal ve istismarı hakkında daha fazla bilgi isteğine ise çoğunlukla "evet" yanıtını vermişlerdir (Tablo 8). Eğitim alan katılımcıların içerik ve süre açısından değerlendirilmesi dikkate alındığında hemşirelerin

çoğunluğu kendilerini “yetersiz” olarak değerlendirmiştir. Yılmaz (2015)’in çalışmasında katılımcıların çocuk ihmal ve istismarı konusunda mezuniyet öncesi eğitim aldıklarını belirtmiş ve ortalama eğitim süresi  $4,0 \pm 2,8$  saat olarak ifade etmiştir. Kocaer (2006), Metinyurt ve Yıldırım (2016) da yaptıkları çalışmalarda çocuk ihmal ve istismarına yönelik eğitim alan hemşirelerin içerik ve süre yönünden sonuçları diğer çalışma ve araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Bu bulgulara yönelik olarak, mezuniyet öncesi çocuk ihmal ve istismarına yönelik verilen eğitim içeriğinin geniş kapsamlı olmasından dolayı konu için ayrılan sürenin yeterli olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeğinden aldıkları genel bilgi puanları incelendiğinde mezun olunan okula göre alınan puanların yükseldiği görülmüştür (Tablo 18). ÇİİBRTÖ ölçeğinin alt boyutlarından orta düzeyde puan alınan “çocukların özellikleri” alt boyut puanında en son mezun olunan okulu lisans olan hemşirelerin daha yüksek puan aldıkları dikkat çekmektedir (Tablo 22). Ayrıca hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanları etkileyen faktörler incelendiğinde ise;

1. Davranışsal belirti alt boyutunda konu ile ilgili araştırma yapmanın ve hizmet içi eğitimin etkili olduğu (Tablo 20).
2. Çocuk özellikleri alt boyutunda en son mezun olunan okul lisans olan hemşirelerin bilgi düzeylerinin yüksek olduğu (Tablo 23) görülmüştür.

Küçük ve ark.’ları Ankara’daki çocuk hastanesinde yapmış oldukları çalışmalarında, çocuk ihmal ve istismarını tanılama adli ve sosyal sürecinde pediatri hemşirelerinin eğitim ve mesleki tecrübelerinin tanıma, adli ve yasal süreçlerin farkındalığını arttırdığı sonucuna ulaşmıştır (Küçük, Korkmaz, Kayademir ve Otuzoğlu, 2017). Yılmaz’ın (2015) çalışmasında lisans ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeği genel ve alt boyut puanlarının yüksek olduğunu bildirmektedir. Gölge ve ark. (2012)’nin hemşireler ile birlikte yaptıkları çalışmalarında da çocuk özellikleri alt boyutu puanlarının öğrenim düzeyi arttıkça yükseldiğini ifade etmektedirler. Araştırmanın “davranışsal özellikler” ve “çocuk özellikleri” alt boyut puanlarını eğitimin etkilediği sonucu literatür ile uyumludur. Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarı konusuna ilişkin dikkatlerinin artması, araştırmaları takip etmeleri ve uzman pediatri hemşirelerinin artması ile bu sonuçlar açıklanabilir.

Hemşireler çocuk ihmal ve istismarını bildirim yapmama nedenlerini “konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için”, “nereye ve nasıl bildirim yapacağımı bilmediğim için”,

“çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan korkma” ve “yasal süreçte karşılaşılabacak zorluklar” olarak sıralamışlardır (Tablo 9). Yılmaz’ın (2015) araştırmasında da verilen yanıtlar sırasıyla hemşirelerin, konu hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı, çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğü, çocuğun ailesinden ayrılmasına neden olacağı, nereye bildirim yapacağını bilmedikleri ve bu konuya ayıracak zamanlarının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Gölge ve ark. (2012) çalışmalarında hemşireler çocuk ihmal ve istismar olgusu ile karşılaşma durumunda bildirim yapmayacaklarını ifade ettiklerini, bunun nedenini yasal prosedür hakkında bilgisi sahibi olmamaları olarak gösterdiklerini bildirmektedir. Kocaer (2006) araştırmasında çocuk ihmal ve istismar olgusu ile karşılaşmaları durumunda hemşirelerin adli birimlere bildirim yaptıklarını ifade etmiştir. Çocuklarda ihmal ve istismar bildirimine yönelik yasal süreç bilgisi özellikle önem taşımaktadır. Çocuk ihmal ve istismarına yönelik hastane prosedürlerinin araştırmanın yapıldığı bir hastanede olmaması, di ve bundan dolayı hemşirelerin bildirimler konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin ÇİİBRTÖ ölçeğinin fiziksel belirti alt boyut “Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir” sorununa hemşireler çoğunlukla yüksek oranda katıldıkları belirtmişlerdir (Tablo 11). Yılmaz (2015) ve Burç (2014) çalışmalarında benzer sonuç elde edilmiştir ve çalışma literatür ile uyum göstermiştir. Çocuklarda görünür olan fiziksel istismar belirtilerinin hemşireler tarafından daha kolay ayırt edilebildiği söylenebilir.

ÇİBRTÖ ölçeğine ait davranışsal alt boyut kapsamında yer alan “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyanarlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” ifadesine hemşireler en az doğru cevabı vermişlerdir. Diğer çalışmalar incelendiğinde (Kocaer 2006; Metinyurt ve Karataş 2016; Yılmaz 2015) aynı sonuca ulaştıkları görülmüştür. Hemşirelerin ihmal ve istismara maruz kalan çocukların ağrı yaşamadıkları yorumunda buldukları düşünülebilir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Sonuçlar

Pediyatri hemşirelerinin çocuk ihmal ve istismarına yönelik belirti riskleri tanılama düzeylerinin değerlendirildiği, etkileyen faktörlerin belirlendiği, bilgi ve uygulamalarının incelendiği araştırmada:

1. Hemşirelerin genel bilgi düzeyi yüksek  $3,6\pm 0,3$  olarak belirlenmiştir (Tablo 10).
2. Hemşirelerin alt boyutları incelendiğinde; fiziksel belirtiler puanları  $3,7\pm 0,4$  (yüksek), ihmal belirtiler puanları  $3,8\pm 0,6$  (yüksek), davranışsal belirtiler puanları  $3,7\pm 0,4$  (yüksek), ebeveyn özellikleri puanları  $3,3\pm 0,4$  (orta), çocukların özellikleri puanları  $3,1\pm 0,5$  (orta) ve ailesel özellikler puanları  $3,4\pm 0,5$  (yüksek) olarak belirlenmiştir (Tablo 10).
3. Hemşirelerin 47'sinin (%37,6) lisans, 11'inin (%8,8) yüksek lisans mezunu oldukları belirlenmiştir (Tablo 7).
4. Hemşirelerin %37,6 sinin lisans düzeyde eğitim ve bilgi aldıkları (Tablo 7), %17,6' sının çocuk ihmal ve istismarı olgusu ile karşı karşıya geldiği ve %50'sinin çocuk ihmal ve istismar olgusunu bildirmediği belirlenmiştir (Tablo 9).
5. Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismar olgularını tanıması aşamasında yaşadıkları zorluklar sırasıyla en çok öykü alma, ruhsal muayene, fizik muayene, yasal süreç, ilgili kurumlara rapor etme, kayıt ve konsültasyon istene aşamalarında zorluk yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 9).

### 6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda:

1. Hemşireler genel ölçek puanlarından yüksek puan alırken, ebeveyn özellikleri ve çocuk özellikleri iki alt boyuttan diğer alt boyutlara göre daha düşük puan almaları sonucunda araştırma sonuçlarının hastane ve okullarla paylaşılarak çocuk ihmal ve istismarına yönelik eğitimlerin daha kapsamlı yapılması

2. Araştırma sonuçları Çocuk İhmal ve İstismar Derneği ile iletişim sağlanması ve dernek liderliğinde öğrenci ve mezun hemşirelere çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili gerekli eğitimler konusunda işbirliğinin yapılması
3. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda hizmet içi eğitim programlarıyla belirli aralıklarla bilgilerin güncellenmesi önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

- ACEHAN, S., BİLEN, A., AY, M.O., GÜLEN, M., AVCI, A., İÇME, F. (2013) Çocuk istismari ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, Archives Medical Review Journal. ,(4):591-614
- ARSLAN, R. (2016) Çocukluk dönemi duygusal istismari ile depresyon arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların aracı rolüne ilişkin bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri;(12):210-220
- ALİKAŞİFOĞLU, M., ERGİNOZ, E., ERCAN, O. (2006) Sexual abuse among female high school students in İstanbul, (3):247-255
- ALTINSU, B. (2004) Çocuklara bakım veren hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali tanıyabilmeleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
- CETS (2007) Çocukların cinsel suistimal ve cinsel istismara karşı korunmasına ilişkin avrupa konseyi sözleşmesi. Avrupa Konseyi.
- BAHAR, G., SAVAŞ, H. A., BAHAR, A. (2009) Çocuk istismari ve ihmali: Bir gözden geçirme.Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12), 51-65.
- BİLGİÇ H. (2015) Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismari ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Denizli
- BURÇ, A., GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, F. (2015) Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeyleri. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 144-151.
- BULUT, S., KARAMAN, H. (2018) Engelli bireylerin cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi.
- ÇAKMAK, C., ÇAPAR, H., KONCA, M., KORKU, C. (2017) Bir halk sağlığı sorunu olarak çocuklara yönelik şiddet: Gazete haberleri üzerinden bir araştırma. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi.

- ÇATIK, A., ÇAM, O., (2006) Hemşire ve ebelerin çocuk istismari ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22:103-19.
- ERKUT, Z., BALCI, S., YILDIZ, S. (2018) Tarihsel süreç içinde çocuk. Çocuk ve Medeniyet Dergisi. (1):17 - 28
- DİNLEYİCİ, M., ŞAHİN DAĞLI, F. (2016) Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. Osmangazi Tıp Dergisi. 38 (2): 18 - 27
- DOĞANLI, B., KARAÖRS, G. (2017) Çocuk istismari ve sosyal devlet kapsamında çocuk istismarina yönelik alınan önlemler. The Journal of International Scientific Researches, (7):82-92
- GEÇGİL, E. (2017) Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1): 129 - 139.
- GENÇ, Ş., COŞKUN, S. (2013) Enstest. Türkiye Barolar Birliği Derneği, (106):215-260
- GILBERT, R., WIDOM, CS., BROWNE, K., FERGUSON, D., WEBB, E., JANSON, S. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries, (373): 68–81
- GÖLGE, Z. B., HAMZAOĞLU, N., TÜRK, B. (2012) Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi, (2):86-96
- GÜNER, C., YAVUZ, H.O., DÖRTBUDAK, Z. (2016) Çocuk istismari ihmali vakalarıyla karşılaşan hemşirelerin görüş ve uygulamaları. Kastamonu Sağlık Akademisi, (1):39-55
- HANCI, İ. H. (2008) İzmir'de eğitim hastanelerinde çocuk istismarı tanısı alan olgularla ilgili İzmir çocuk istismarı araştırma grubunun on sekiz aylık deneyimi.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011, Nisan 19) Resmi Gazete Sayı:27910 Erişim: [http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/2011\\_0419-5.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/2011_0419-5.htm)
- IŞIK METİNYURT, H., YILDIRIM SARI, H. (2016) Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. Çocuk ve Medeniyet, 1:101-121.
- İBİLOĞLU, A., ATLI, A., OTO, R., VE ÖZKAN, M., (2018) Çocukluk çağı cinsel istismar ve enstest olgularına çok yönlü bakış, (1):84-98



- KARADAŞ, G. (2011) Çocuk İstismar ve İhmali. Acıbadem Sağlık Dergisi. (5);56-60
- KOCA, M. (2012) Çocuk istismarında ihmal yükümlüğü. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, (8):267-272
- KOCAER, Ü. (2006) Hekim ve hemşirelerin çocuk istismari ve ihmeline yönelik farkındalık düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Marmara Üniversitesi.
- KURT, L.(2016) Çocuk haklarına ilişkin temel uluslar arası belgeler ve tarihsel uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, (36): 99-127
- KÜÇÜK, S., KORKMAZ, Z., KAYADEMİR, N., OTUZOĞLU, M. (2017) Çocuk cinsel istismarının tanılama adli ve sosyal sürecinde pediatri hemşireleri. Journal of Forensic Medicine Uncorrected Prof, (31):68-77
- KÜLCÜ POLAT, D., KARATAŞ, H. (2016) Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismari ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, (32):48-58
- MBS. Ceza Muhakemesi Kanunu Erişim: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf> Erişim tarihi: 06.08.2018
- MBS. Çocuk Koruma Kaunu :<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> Erişim Tarihi:06.08.2018
- MBS. Türk Ceza Kanunu Erişim:<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> Erişim Tarihi:06.08.2018
- MCDONALD, KC. (2007) Child abuse. Approach and Management. Am Fam Physician, (2):221-228
- METİNYURT, H., YILDIRIM SARI, H. (2016) Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. Çocuk ve Medeniyet, 1:101-121.
- OVAYOLU, N., UÇAN, Ö., SERİNDAG, S. (2007) Çocuklarda istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, (4); 13-22
- PALA, B. (2011) Geleceğin flerinin çocuk istismari ve ihmali konusundaki bilgi ve

- farkındalık düzeyleri. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.
- PELENDECİOĞLU, B., BULUT, S. (2009) Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi, (9):49-62
- PIŞİ, D. (2013) İstismar ve ihmale uğrayan çocukların psiko-sosyal özellikleri. Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya
- POLAT, O. (2007) Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Tanımları. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- SAĞLAM, M., ARAL, N. (2016) Tarihsel süreç içerisinde çocuk ve çocukluk kavramları. Çocuk ve Medeniyet, (2): 43-56
- SELPH, S., BOUGATSOS, C., BLAZİNA, NELSON H. (2013) Behavioral Interventions and Counseling to Prevent Child Abuse and Neglect Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Evidence Syntheses, (3):179-183
- SHARDLOW STEVEN, M. (2013) Protecting The Child, The Family And The State: A Brief Reflection Prof. Dr., Keele University, The UK.
- SUCU, G., DİCLE, A., SAKA, O. (2012) Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, (9): 52-60
- SÜMBÜLOĞLU, K. (1993) Biyoistatistik. Özdemir Yayıncılık, Ankara.
- ŞAHİN, F., AFŞİN, TAŞAR. (2012) Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. Türk Pediatri Dergisi, (49):203-209
- ŞİMŞEK, S., CENKSEVEN, F. (2011) Ergenlerde davranış problemlerinin, anne-babadan ve öğretmenlerden algılanan duygusal istismar açısından incelenmesi. Elementary Education Online, (10): 1124-1137
- TAŞ, A. (2017) Hacettepe üniversitesi öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- TIRAŞCI, Y., GÖREN, S. (2007) Çocuk istismarı ve ihmali. Dicle Tıp Dergisi, (1): 70-74
- TURHAN, E., SANGÜN, Ö., İNANDI, T. (2006) Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, (9):153-157
- TURGAY, D. (2008) Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalık

düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

TÜRKER, G. (2017) Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

UĞURLU, Z., GÜLSEN, İ. (2014) Çocuk hakları ve hukuk bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. International Journal of Social and Educational Sciences, (1):1-24

UYSAL, A. (1998) Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Ege Üniversitesi

WALLACE, GH., MAKOROFF, KL., MALOTT, HA., SHAPIRO, RA. (2007) Hospital based multidisciplinary teams can preventun necessary child abuse reportsand out-of- home placements. Child Abuse Negl. (31):623-629.

Trabzon Hukuk Barosu. (2015) Çocuk İzlem Merkezleri Raporu. Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu

YALÇIN, H., KOÇAK, N., DUMAN, G. (2014) Anne babaların çocuk istismarıyla ilgili tutumlarının incelenmesi. KMÜ Sosyal ve Ekonomi k Araştırmalar Dergisi. (1): 137-143

YILDIRIM SARI, H., ARDAHAN, E., ÖZGÜVEN ÖZTORNACI, B. (2016) Systematic reviews about child abuse and neglect in last 10 years TAF Prev Med Bull. (6): 501-511

YILMAZ, B. (2015) Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

## EKLER

### Ek 1.

Değerli katılımcı;

‘Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi’ isimli araştırma ile siz hemşirelerimizin konu ile ilgili bilgi düzeyi ve uygulamayı belirleyen etmenleri değerlendirmeyi amaçladık.İsim belirtmeden doldurmanız istenen anket formunda katılımcılarımıza ait kimlik bilgilerine ait soru bulunmamaktadır. Ankete katılmanız da herhangi bir zorunluluk yoktur. Ankete katılımınız da gönüllülük ilkesi geçerlidir.Çocuk sağlığı için önemli bir sorun olan bu konudaki katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

**Hem.Müge GÜZELMANSUR**

**Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Çocuk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi**

### A-SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

ÇALIŞTIĞINIZ KLİNİK:

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. En son mezun olduğunuz okul hangisidir?
  1. Hemşirelik Yüksek Okulu
  2. Yüksek Lisans
  3. Diğer.....
3. Çocuk sağlığı alanında kaç yıldır çalışıyorsunuz?  
..... Ay  
..... Yıl

**B- HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK EĞİTİM ALMA VE DURUMLARI**

4. ocuk İstismar ve İhmali tanılamayı hemşirelerin sorumluluğunda mıdır?

- a)Evet b)Hayır

5. ocuk İhmal ve İstismar eğitimini nerden aldınız?

- a)Hizmet içi eğitim  
b)Lisans eğitimi  
c)Seminer ve Kursu katıldım  
d)Konu ile ilgili araştırma yaptım

6. ocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim süreniz kaç saattir?

- a )1-3 saat b) 3-5 saat c)5-8 saat d) 8-10 saat

7. Adli bildirim konusunda eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 10. Soruya geçiniz)

- a)Evet b)Hayır

8. Adli bildirim hakkında nerden eğitim aldınız mı?

- a)Hastanenin hizmet içi eğitim programında  
b)Kendi imkanlarımla katıldığım kurs/seminer  
c)Lisans eğitimi  
d)Konu ile ilgili araştırma yaptım  
e)EĞitim almadım

9. ocuk ihmali ve istismarı konusunda güçlü olduğunuz. iyi bildiğiniz. aklınıza ilk gelen 3 belirti belirtiniz:

- 1.....  
2.....  
3.....

10. ocuk İstismar ve İhmal bildirimleri yapıldıktan sonrasında takibini gerçekleőtiren kurum var mı?

- a)Evet (Adı:.....) b)Hayır

11.(10. soruya yanıtınız “evet” ise) Çocuk İstismar ve İhmal bildirimleri işleyişi hakkında kısa bilgi yazınız.

.....

12. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyuyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

### C- ÇOCUKİSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK UYGULAMARI

13. Meslek yaşamınız boyunca hiç çocuk istismarı ve ihmali şüphesi/olgusu ile karşılaştınız mı? (Cevabınız Hayır ise 12. Soruya geçiniz)

- a)Evet b)Hayır

Yanıtınız Evet ise adli bildirimde bulundunuz mu?

- a)Evet b)Hayır

Yanıtınız evet ise kaç bildirimde bulundunuz?

- a)1 b)1-3 c)3-5 d)5 den fazla

14. Çalıştığınız kurumda çocuk istismar ve ihmaline yönelik talimat / prosedür var mı?

- a)Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

15. (14. soruya yanıtınız “hayır” ise) Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapmaz iseniz bildirim yapmama nedeniniz?

- a)Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için (yanlış tanı koymak endişesi)  
b)Nereye ve nasıl bildirim yapacağımı bilmediğim için  
c)Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için  
d) çocuk şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan korkma  
e) sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceği  
f)yasal süreçte karşılaşılabilecek zorluklar  
g)her ailede benzer durumlar olabileceği  
h)şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi  
ı)Hiçbiri  
i)Diğer(belirtiniz:.....)

16. Çocuk İhmal ve istismar olgularının tanılanması aşamasında hangi zorlukları yaşıyorsunuz?

- a)öykü alma
- b)fizik muayene
- c)ruhsal muayene
- d)konsültasyon isteme
- e)kayıt
- f)ilgili kurumlara rapor etme
- g)yasal süreç

17. Çocuk İhmal ve İstismarı olguları ile karşılaşıldığında çocuğun korunmasına yönelik yapılması gereken nedir?

- a)Hastanede yatışı yapıp korumaya alınır
- b)Adli tıp Konsültasyonu istenir
- c)Aile ve sosyal politikalar bakanlığına bildirilir
- d)Çocuk bir yakınına teslim edilir
- e)Savcılığa bildirilir
- f)Fikrim yok
- g) Diğer.....

18. Çocuk İhmal ve İstismarı olguları nereye bildirilir?

- a)Savcılık
- b)Emniyet Çocuk Şube Birimi
- c)Hastane polisi
- d)Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- e)Fikrim yok

## Ek 2. ÇOCUK İSTİSMARI İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMADA HEMŞİRE BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size en uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz.

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

	ÇOK DOĞRU	OLDUKÇA DOĞRU	KARARSIZIM	PEK DOĞRU DEĞİL	HIÇ DOĞRU DEĞİL
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 ısırık izlerine rastlanır.					
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.					
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9. Tek bir kırık yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, Distalfemur, Tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11. Fiziksel istismara uğrayan 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 sıyrıklann 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 düşündürmelidir.					
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					




21.Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24.Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26.Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıları 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 ağır verici uyarılara 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 ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocukların istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocukların 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 ihmaliinde önemi yoktur.					
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.					
54.Fiziksel veya mental özürli bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır.					
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.					
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali uğramasını etkilemez.					
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.					
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkindir.					

59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin 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 ihmali önemli bir faktör değildir.					
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.					
63.Çocuk istismar ve ihmali üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.Anne baba arasındaki şiddet. çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal 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 3. ETİK KURUL KARARI



Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56  
info@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 /143 05.06.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülay Manav  
(Müge Güzelmansur)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15 Mayıs 2017 tarihinde, 05 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. İlgili kurumdan onay alınmak kaydı ile belge şerhli imzalanmıştır.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAS  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

(Şerhli İmza\*)

\*İlgili kurumdan onay alınmak kaydı ile belge şerhli imzalanmıştır.

NT.FTS.001 Revizyon No: 0 (14.12.2015)

## Ek 4. KURUM İZİNLERİ



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği



Sayı : 75252626-604.01.02  
Konu : Müge GÜZELMANSUR - Araştırma  
İzni

### ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Müge GÜZELMANSUR'un "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesislerinde yapılmasına ilişkin Hastane Yöneticiliği görüş yazılan ekte gönderilmiştir.

Tez çalışmasının onay yazısıyla birlikte ilgili sağlık tesislerinin Ar-Ge Birimine başvurarak başlatılması, ilgili sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması, çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, çalışma sonunda sonuç raporunun Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ali EDİZER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EK: 2 Sayfa

Emrah Mah General Dr. Tevfik Sağlam cad Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kulfiyesi İçi Etlik/ ANKARA  
Faks No:0312 311 63 64

e-Posta:gulay.devki@saglik.gov.tr İnt.Adresi: İdari Hizmetler Başkanlığı Ar-Ge  
Birimi Gülşay DEVKİ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 08234b95-2b44-4d2d-8884-f86f3468f44 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Gülşay DEVKİ

Unvan:EBE

Telefon No:0 312 306 37 20



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SBÜ Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ - SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ  
07/11/2017 10:28 - 20796219 - 929 - E.31649  
00056116097

Sayı : 20796219-929  
Konu : Müge GÜZELMANSUR - Araştırma  
İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi:23.10.2017 tarih ve E-2693 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Müge GÜZELMANSUR'un "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhtimaline Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapması talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Süreyya KALE  
Hastane Yöneticisi a.  
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

Hacettepe Mahallesi Talatpaşa Bulvarı No:44 Altındağ Ankara

Faks No:3125084910

e-Posta:ferda.ataman@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.anh.gov.tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 08234b95-2b44-4d2d-8884-ff86f3468f44 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Ferda ATAMAN

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:



T.C. Sağlık Bakanlığı

SBU Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

SBU ANKARA TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SBU ANKARA TÜRKİYE  
YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
30/10/2017 14:42 - 29620911 - 771 - E.11011



00055448699

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 29620911-771  
Konu : Müge GÜZELMANSUR-Araştırma  
İzni

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**İlgi:** 23/10/2017 tarihli ve 75252626-044-E.2693 sayılı yazınız.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Müge GÜZELMANSUR'un "Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında hastanemizde anket yapma talebi, hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 26/10/2017 tarih ve 27 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.  
Prof.Dr.Mustafa PAÇ  
Hastane Yöneticisi  
TUEK Başkanı

Kızılay Sok.No:4 06100 Sıhhiye/ANKARA

Faks No:0 312 312 41 20

e-Posta:seher.atalay@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Seher ATALAY

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0 312 306 17 72

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 08234b95-2b44-4d2d-8884-ff86f3468f44 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Müge Güzelmansur  
Doğum Yeri ve Tarihi : Antakya 01/08/1990  
Yabancı Dili : İngilizce  
İletişim (Telefon/e-posta) : 0537 369 42 88 / muge.guzelmansur31@gmail.com

### Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise : Hüseyin Özbuğday Lisesi – 4 Yıl  
Lisans : Mustafa Kemal Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu  
Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl : Defne Hastanesi

Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Tahakkuk ve Avanslar

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi