



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**BİR HASTANEDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINA YÖNELİK
BİLGİ VE YAKLAŞIMLARININ İNCELENMESİ**

Burcu YILMAZ

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN**

2015-ANKARA

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
İçindekiler	ii
Önsöz	iii
Simgeler ve Kısaltmalar	iv
Şekiller	v
Çizelgeler	vi
1. GİRİŞ	1
1. 1. Tarihsel Süreçte Çocuk	4
1. 2. Çocuk İhmal ve İstismarının Tarihçesi	5
1. 3. Çocuk İhmal ve İstismarının Tanımı ve Kapsamı	8
1. 3. 1. İhmal	10
1. 3. 2. Fiziksel İstismar	12
1. 3. 2. 1. Sarsılmış Bebek Sendromu (ShakenBabySyndrome)	13
1. 3. 3. Duygusal İstismar	14
1. 3. 4. Cinsel İstismar	17
1. 3. 4. 1. Cinsel İstismar Türleri	18
1. 3. 4. 2. Aile İçi Cinsel İstismar(Ensest)	18
1. 3. 4. 3. Cinsel İstismar ve Ensestin Çocuk Üzerindeki Etkileri	20
1. 3. 5. Ekonomik İstismar	22
1. 3. 6. İnternette İstismar (Grooming)	23
1.4. Çocuk İhmali ve İstismarı için Risk Etmenleri	25
1. 4. 1. Aileye Ait Risk Etmenleri	25
1. 4. 2. Çocuğa Ait Risk Etmenleri	25
1. 4. 3. Çevre ve Topluma Ait Risk Etmenleri	26
1.5. Çocuk İhmal ve İstismarının Yasal Boyutu	27
1. 5. 1. Çocuk Hakları Sözleşmesi ve Çocuk Koruma Kanunu	27
1. 5. 2. Türk Ceza Kanunu	30
1. 6. Çocuk İhmal ve İstismarında Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları	32

2. GEREÇ VE YÖNTEM	35
2. 1. Araştırmanın Tipi	35
2. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
2. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
2. 4. Araştırmanın Hipotezleri	35
2. 5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	36
2. 6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi	37
2. 7. Araştırmanın Etik Yönleri	39
2. 8. Verilerin Değerlendirilmesi	39
2. 9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar	40
3. BULGULAR	41
3.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri	41
3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusundaki Görüşleri	45
3.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi	53
3.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyini ile İlişkili Etmenler	63
4. TARTIŞMA	64
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
ÖZET	75
SUMMARY	77
KAYNAKLAR	79
EKLER	84
Ek-1 Anket Formu	84
Ek-2 Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeğine Verdiği Cevapların Dağılımı	94
ÖZGEÇMİŞ	101

ÖNSÖZ

Çocuk İhmali ve İstismarı(Çİİ) karmaşık nedenleri ile birlikte, trajik sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı bir sorundur.

Tüm dünyada ve ülkemizde Çİİ önemli bir sorun olmakla beraber, çocuğu yalnız içinde bulunduğu dönemde değil gelecekteki yaşantısını da olumsuz etkilemektedir.

Çocuk İstismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki, kanuni yükümlülükleri olan hemşirelerin Çİİ'nin bulgu ve belirtilerini bilmeleri ve bu konuda yeterli eğitim almaları gerekmektedir.

Lisansüstü eğitimim süresince iyi bir halk sağlığı hemşiresi olmam için beni yetiştiren değerli hocalarıma,

Gerek tez çalışmam sırasında gerekse diğer zamanlarda göstermiş olduğu kolaylık, anlayış ve yardımlarından dolayı değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN'a,

Beni bugünlere getiren, her zaman, her konuda bana destek veren, hiçbir zaman hakkını ödeyemeyeceğim canım annem ve babama,

Beraber büyüdüğümüz, her zaman yanımda olduğunu bildiğim bir kardeşten çok arkadaşım olan sevgili kardeşim İsmail'e,

Her zaman yanımda olan, hiçbir konuda desteğini esirgemeyen, her şeyin özveri ile olması için elinden geleni yapan sevgili eşim Emrah'a
Sonsuz teşekkürler...

Burcu YILMAZ

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ÇİKORED	: Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneğı
Çİİ	: Çocuk İhmali ve İstismarı
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
SBS	: Sarsılmış Bebek Sendromu (ShakenBabySyndrome)
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil 1. Şekil 1. Sarsılmış Bebek Sendromu

13

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1.1.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	42
Çizelge 3.1.2.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Lisansüstü Eğitim Durumlarının Dağılımı	43
Çizelge 3.1.3.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuklara Hizmet Veren Bir Bölümde Çalışma Durumlarının Dağılımı	43
Çizelge 3.1.4.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Dağılımı	45
Çizelge 3.2.1.	Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda İyi Bildikleri, Merak Ettikleri Konu Başlıklarının Dağılımı	46
Çizelge 3.2.2.	Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim ve Bilgi Alma, Olgu ile Karşılaşma ve Zorlanma, İlk Yapılan Müdahale Durumlarının Dağılımı	48
Çizelge 3.2.3.	Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarına yönelik Prosedür Varlığı, Şüpheli Bir Durumda Bildirim Yapma ve Yapmama Nedenleri Sorularına Verdikleri Cevapların Dağılımı	50
Çizelge 3.2.4.	Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Tanı Aşamasında Mutlaka Olması Gerektiğini Düşündükleri Uzmanlık Alanlarının Dağılımı	51
Çizelge 3.2.5.	Katılımcıların En Çok Bilgi Almak İstedikleri Konu Başlığı, Yakın Çevrede İhmal veya İstismar Varlığı ve Çocuk İhmal ve İstismarında Hemşirenin Rolü Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	52
Çizelge 3.3.1.	Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeğine En Çok Doğru Yanıt Verdikleri Sorular ve Ortalama Puanlarının Dağılımı	53
Çizelge 3.3.2.	Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeğine En Çok Doğru Yanıt Verdikleri Sorular ve Ortalama Puanlarının Dağılımı	54
Çizelge 3.3.3.	Katılımcıların “Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Alt Ölçeklere ait Ortalama Puanların Dağılımı	56
Çizelge 3.3.4.	Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi	57
Çizelge 3.3.5.	Katılımcıların Lisansüstü Eğitim Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi	58

Çizelge 3.3.6.	Katılımcıların Çocuklara Hizmet Veren Bir Bölümde Çalışma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi	59
Çizelge 3.3.7.	KatılımcılarınÇocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim /Bilgi Alma, Olgu ile Karşılaşma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi	60
Çizelge 3.3.8.	Katılımcıların Olguda Zorlanma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi	61
Çizelge 3.3.9.	Katılımcıların Şüpheli Bir Durumda Bildirim Yapma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi	61
Çizelge 3.3.10.	Katılımcıların ÇİM ve Çocuk Koruma Birimlerine Ait Görüşlerine Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi	62
Çizelge 3.4.1.	Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılamaya Yönelik Ölçek Genel BilgiPuanını Etkileyen Etmenlerin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	63

1. GİRİŞ

Çocuk ihmali ve istismarı (Çİİ) yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın, insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir. Kempe, 1962’de ilk kez “hırpalanmış çocuk” “batteredchild” terimini kullanmış, daha sonra bu terim yerini “çocuk istismarı” “child abuse” terimine bırakmıştır (Kocaer, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında çocuk istismarını: “Çocuğun sağlık, büyüme ve gelişmesini olumsuz olarak etkilenmesine neden olan her türlü fiziksel ve/ veya duygusal, cinsel, ihmal veya ihmale neden olacak ticari reklam amaçlı ya da diğer bütün etkileme şekilleri de dahil olmak üzere her türlü tutum ve davranışlara maruz kalması” olarak tanımlamıştır (Özcebe, 2009).

Çocukların ihmali de istismar olarak kabul edilmektedir. “Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, eğitim, korunma ve gözetim gibi temel gereksinimlerinin onun bakımını üstlenen ana-babası ya da diğer yakınları tarafından karşılanamaması” olarak tanımlanmaktadır (Özcebe, 2009).

Başka bir tanıma göre; çocuk ihmali, çocuklara bakım veren kişilerin onun bedensel, zihinsel, duygusal gelişimlerini yeterince karşılayamaması sonucu çocuğun gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesi durumudur (Derman, 2014).

Pek çok ülkede çocuk sağlığı ve gelişimi açısından olumlu gelişmeler kaydedilmiş olmasına rağmen halen çocukların çeşitli şekillerde İhmal ve istismar biçimleriyle karşılaştıkları görülmektedir (Kürklü, 2011, Tugay, 2008).

Türkiye’de Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu’nun yaptığı bir çalışmada çocukların %46’sının, Türkiye genelinde yapılan bir çalışmaya göre de %45’inin Çİİ’na uğradığı belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’de ise 2003’te yapılan bir çalışmanın verilerine göre çocukların yaklaşık %1’i istismar, %1.5’i ise ihmale uğramaktadır ve bu oranların buzdağının sadece görülebilen kısmı olduğu düşünülmektedir (Yalçın, 2011, ECPAT, 2007).

Ülkemizde Çİİ’na ilişkin bilgiler, polise, adliyeye, hastaneye ve basına intikal eden vakalarla sınırlı kalmakta ve ortak bir veri sisteminin olmaması nedeniyle yeterince kayıtlara geçmemektedir. Gizli kalan ve müdahale edilemeyen her olgudaki İhmal ve istismar edilen çocuk, süreç kesintiye uğramadığı takdirde, ne yazık ki kendisi de istismarcı birer ebeveyn olmaktan kaçamamaktadır (Kürklü, 2011, Tugay, 2008).

Toplumların geleceklerini sağlam temeller üzerine kurabilmeleri için çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması ve eğitilmeleri gerekliliği herkes tarafından kabul gören bir gerçektir (Kocaer, 2006, Kürklü, 2011).

Çocuk, doğduğu andan itibaren uzun süre korunması, desteklenmesi ve yönlendirilmesi gereken bir varlıktır. Bir toplumun ilerleyebilmesi toplumdaki çocukların bedenlen, ruhen ve sosyal yönden gelişimiyle mümkündür (Bostancı ve ark., 2006, Bahar ve ark., 2009).

Tüm Dünyada çocuk haklarının korunması önemli bir sorundur. Çocukların koruyucu bir ortamda büyümeye hakları vardır. Koruyucu ortam, çocukların fiziksel ve zihinsel bakımdan sağlıklı, kötü muamele ve ihmale uğramayacağı, insanların haklarına saygı göstereceği bir ortamdır (Uğurlu ve ark., 2014, Bellamy, 2004).

Çocuk yetiştirirken aileler bilerek ya da farkında olmadan çocuğun gelişimini olumsuz etkileyecek şiddet veya ihmal şeklinde davranışlarda bulunabilirler (Bostancı, 2006).

Çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde müdahale edilmesi amacıyla, öncelikli olarak cinsel istismara uğramış

çocukların ikincil örselenmesini en aza indirmek, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitimli kişilerden oluşan bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini temin etmek üzere; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde Çocuk İzlem Merkezlerinin (ÇİM) kurulması ve bu merkezlerin işleyişinin Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilmesi gerekli görülmüştür. İstismara uğrayan çocuklara multidisipliner hizmet veren bir yapıdır (Acehan ve ark., 2013).

İstismara uğramış bir çocuğa yaklaşımda en önemli unsur çocuğun daha fazla zarar görmesinin engellenmesidir. İstismara uğramış çocuğun tekrar tekrar sorgulanıp muayene edilmesi ile çocuk örselenmekte olayı defalarca yaşamasına neden olmaktadır (Yalçın, 2011).

Her ne kadar son yıllarda ülkemizde Çİİ ile ilgili çalışmalara hız verilmiş ve bu kapsamda çocukların korunmasına yönelik Çocuk Koruma Kanunu çıkartılmış ve çocuk polisi çalışmalarına başlamış, Alo Çocuk Merkezleri (İstanbul ve Ankara) kurulmuş olsa da sokaklara baktığımızda yapılanlar halen çok yeterli değildir (Kürklü, 2011).

Günümüzde haklarını bilen ve uygulayabilen bir çocukluk oluşturabilmek için, çocukların gereksinimlerinin belirlenmesine, ihtiyaçları doğrultusunda etkinliklerin oluşturulmasına ve gelinen noktayı gösterebilecek sağlıklı değerlendirmelere ihtiyaç vardır (Yalçın ve ark., 2014).

Bu nedenle toplum daha fazla bilgilendirilmeli, istismara maruz kalan çocukların koruma altına alınacağı ve tedavi edilebileceği merkezlerin sayıları arttırılmalı, istismarla ilgili kanun maddelerinin uygulanışında zorunluluklar getirilmelidir. Ayrıca önemli bir nokta da konuyla ilgili meslek gruplarının eğitilmesidir (Kürklü, 2011, www.childwelfare.gov.tr).

Çİİ, etyolojisi, tanı ve tedavisi ve tüm boyutları ile karmaşık bir olaydır. Bu nedenle çocukların İhmal ve istismardan korunması, erken tanı, tedavisi ve rehabilitasyonu aşamalarında multidisipliner ekibin görev alması gerekir ve hemşire bu ekibin bir üyesidir (Arıkan ve ark., 1999, Bahçecik ve ark., 1993, Polat, 2003, Altınsu, 2004).

Hemşireler riskli çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanısında önemli bir konumdadırlar. Hemşireler gerek koruyucu gerekse tedavi edici sağlık kurumlarında bu sorumluluğu almalıdırlar. Çünkü bu kurumlarda çocuk ve aile ile ilk karşılaşan çoğunlukla hemşiredir (Bahçecik ve ark., 1993).

Hemşirelerin, bu çocukların tanısının konulması ve tedaviye başlanmasındaki rolü çok önemlidir. Unutulmamalıdır ki erken tanı çocuğa sağlığını kazandıran en önemli faktördür (Bahçecik ve ark., 1993, Altınsu, 2004, Kavaklı, 1986).

Bu çalışmada, hemşirelerin Çİİ konusunda farkındalık düzeylerini tespit etmek amaçlanmıştır. Hemşirelerin mezuniyet öncesi ve sonrası Çİİ ile ilgili eğitim gereksinimleri belirlenerek, eğitim programlarının oluşturulmasında elde ettiğimiz sonuçlar bilimsel bir veri kaynağı olarak kullanılabilecektir.

1.1. Tarihsel Süreçte Çocuk

Çocuk kavramı tarih boyunca toplumların yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavramdır (Aral, 1997).

Toplum içerisinde farklı tarihsel dönemlerde, farklı sosyo-ekonomik ve kültürel sınıflarda çocukluk çağı dönemi değişik şekillerde tanımlanmıştır (Kara, 2014, Çakıcı, 2002).

Ortaçağ ve günümüz Latin Amerika'sının bazı kesimlerinde, çocukluk çağı yaşamın ilk beş yılını içerirken, batı dünyasının orta sınıfı için bu dönem 25 yaşına kadar yükselmektedir. Batı dünyasında çağlar boyu çocuğun yerine baktığımızda antik dönem hatta aydınlanma ve endüstriyel dönem boyunca altı yaşlarından itibaren çocuğun erişkin iş ve görevlerinde rol almaya başladığı görülmektedir. Rönesans'dan

20. yüzyıla kadar tarım işçilerinin kız çocuklarını genellikle 10 yaşından sonra zengin ailelerin evine çalışmaya verdikleri görülmektedir. Çocuklar için bu zor şartlar sadece fakirler için geçerli değildi. Ortaçağ asilzadesinin de oğlunu yedi yaşına geldiğinde bir silahşör olarak eğitilmek üzere evden uzağa gönderdiği bilinmektedir (Çakıcı, 2002, Yörükoğlu, 1997).

Tarih boyunca süre gelen çocuğa karşı farklı yaklaşımlar günümüze gelindikçe bilimsel buluşlar, teknolojideki gelişmeler ile değişime uğramıştır. Çocuğun sağlıklı beslenmesi, temiz bir çevrede yetişmesi, iyi bir eğitim alması olanakları artmış bu da çocuk sağlığını olumlu yönde etkilemiştir.

Ne yazık ki tüm bu olumlu gelişmelere karşın dünya üzerinde çok sayıda çocuğun kötü muamele ve ihmal ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Kötü ekonomik koşullar ile küçük yaşta çalışan, sokakta yaşayan, suça itilen, madde kullanan, afete maruz kalan çocukların sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Kürklü, 2011, Uysal, 1998).

1.2. Çocuk İhmal ve İstismarının Tarihçesi

Çocuğa yönelik sömürü, kötü muamele ya da çocuk istismarı insanlık tarihi kadar eskidir.Çİİ bilinen, ortaya çıkarılan olgulardan daha çok sayıda bilinmeyen, gizlenen, örtbas edilerek ortaya çıkarılmayan olguların olduğu sosyal ve tıbbi bir sorundur (Ertan ve ark., 2003, Pala, 2011).

Çİİ'nin tarihsel gelişimi çok eskiye dayanmaktadır. Polat, “Çocuk ve Şiddet” adlı kitabında milattan önce 400’de Plato’nun öğretmenlere, “çocukları kaba kuvvetle değil, oyun oynuyorcasına eğitin” diyerek cezalandırma yöntemi dayaa, alternatif görüş sunan ilk düşünür olduğunu, belirtmiştir (Pala, 2011, Polat, 2001).

Çocuk istismarı Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) çocuk refahı hareketlerinin başlaması ile ele alınmış ve 1825’de New York’ da suçlu çocuklar için ilk defa bir ıslahevi kurulmuştur (Pala, 2011, Polat, 2001).

Çİİ'nin tıbbi boyutu toplumsal boyutuna göre çok daha yavaş gelişmiştir. Bu konuda yapılmış, kabul edilen ilk çalışma Adli Tıp Profesörü AmboroiseTardieu'nun 1860 yılında, kırbaçlanarak ve yakılarak öldürüldüğü belirtilen 32 çocuğun otopsi bulgularını içeren yayındır (Pala, 2011, Hilal, 2005).

Bununla birlikte 1860 yılında Tardieu tarafından alan yazındaki ilk tanımlama yapılmadan önce, V. Hugo ve C. Dickens' in romanlarında konuya değinildiği görülmektedir. 1871'de ABD'de“Çocuklara İşkenceyi Önleme Derneği” kurulmuştur (Pala, 2011, Başbakal ve ark., 2004).

ABD'nde bildirilen ilk çocuk istismarı olayı 1874 yılında New York şehrinde ortaya çıkmıştır. Mary Ellen Wilson adında üvey annesi ile birlikte yaşayan sekiz yaşındaki bir kız çocuğunun tek başına bırakıldığı ve sürekli dayak yediği, bir kadın misafir tarafından saptanmıştır. Yardım için birçok yere başvuran kadın en sonunda Hayvanları Koruma Derneği'nden destek görebilmiştir.

Dernek Başkanı Henry Berg, bir vatandaş olarak, mahkemeden çocuğu koruma kararı aldırtıp, bir bakım evine yollanmasını sağlamıştır. Üvey anne de bir yıl hapis cezasına çarptırılmıştır (Lazoritz, 1990).

Henry Kempe 1961 yılında, Amerikan Pediatri Akademisi'nin yıllık toplantısında “Hırpalanmış Çocuk Sendromu” (Battered Child Syndrome) ile ilgili görüşlerini sunmuştur. Bu sendrom ile ilgili kapsamlı tanımlamalar bir sonraki yıl basılmış ve ABD'nin geçmiş istatistikleri ile birlikte pediatrik, psikiyatrik, radyolojik, adli ve hukuki kavramları da içermiştir (Kempe et al., 1972).

ABD'nde 1974 yılında "Çocukİstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı" (Child AbusePreventionandTreatment) adı altında bir yasa çıkarılmıştır. Bu yasa ile istismara uğrayan çocukların tanınması, korunması ve tedavileri için bir fon ayrılmıştır (Kara, 2014).

Ülkemizde Çİİ'ne karşı hareketler son yıllarda gündeme gelmiştir. Geleneksel disiplin yöntemi olmasından dolayı dayak olgusunun istismar olarak değerlendirilmesi ancak 1985'li yıllarda başlamıştır. Ülkemizdeki ilk çalışmaların hukukçular ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yapıldığı gözlenmektedir (Polat, 2001).

Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği 1988 yılında Ankara'da kurulmuştur. Bu dernek, toplumu ve ilgili kişileri bilinçlendirmek için ulusal ve uluslararası düzeyde toplantılar düzenlemekte, konuya ilişkin çeşitli yayınlar ve araştırmalar yapmaktadır. İstismarla ilgili çalışan sivil toplum örgütlerinin sayısı her geçen gün artış göstermektedir (Polat, 2001).

Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) 1992 yılında kurulmuştur. ÇİKORED, konuyla ilgili hem akademik düzeyde hem de toplum bilinçlenmesi bazında görev yapmaktadır. Daha sonra konuyla ilgilenen pek çok dernek kurulmuştur (Polat, 2001).

Günümüzde Çİİ, değişik disiplinler içerisinde değerlendirilen ve üzerinde multidisipliner çalışılan bir konudur. Medikal yaklaşımların yanısıra hukuksal, psikolojik ve sosyal yaklaşımlar da aynı temel konu üzerinde farklı disiplinlerin farklı yaklaşımlarını göstermektedir.

Ancak Türkiye'deki hastanelerin çoğunda ekip çalışması anlayışı henüz yeterince yerleşmemiştir. İstismara uğrayan çocuk hastaneye başvurduğunda bölümler arasında dolaşmaktadır. Hastaneye ilk başvuruda karşılaştığı hekim genellikle bu konuda uzmanlığı olmayan biri olmakta, ilk öykü ve muayene sıklıkla acil ya da poliklinik gibi hastanenin en kalabalık ve yoğun bölümlerinde yapılmaktadır. Uygun olmayan koşullarda yapılan muayene ve alınan öykü, beyin cerrahisi, ortopedi, çocuk cerrahisi, adli tıp, çocuk psikiyatrisi bölümlerinden istenen konsültasyonlarla ve her birimde tekrar tekrar yapılan muayenelerle çocuk örselenmekte, mevcut durumu daha da kötüleşmektedir. Ayrıca adli tıp kurumundan da resmi yazı için tekrar muayene edilmesi istenen çocuk ikincil olarak örselenmektedir.

Bu kapsamda çocuk istismarı olgularına en uygun tedavi ve yaklaşım çok merkezli bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Bu amaçla bazı hastanelerde, şehir ve ilçelerde Çocuk Koruma Birimleri bu amaçla kurulmuştur. Çocuk Koruma Birimleri, çocuk İstismarının tanınması ve istismara uğrayan çocuğun örselenmeden izlemi, gerekli önlemlerin alınması için yaptırımlarda bulunulması vb. önemli yararlar sağlamaktadır (Yalçın, 2011).

Çİİ konusunda bir diğer yapılanma ise ilki Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan Çocuk Koruma Merkez'leridir. Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Kayseri, Antalya, Samsun, Düzce, Aydın gibi pek çok ilimizde de üniversite ya da eğitim hastanelerinde de benzer birimler oluşturulmuştur (Yalçın, 2011).

Çİİ konusunda son yapılanma Çocuk İzlem Merkezleri'dir (ÇİM). ÇİM'nde, çocukların cinsel istismara maruz kaldığına dair bilginin kolluk kuvvetlerine ulaşmasının ardından, savcının talimatı ile çocuğun ifadesinin uzmanlarla birlikte – herhangi bir yenilemeye ihtiyaç kalmaması için avukat ve savcının da bulunduğu aynalı odada kayıt altında- alınması, gerekli ise merkezden çıkarılmadan muayenenin yapılması gibi gerekli ispat araçlarının bir araya getirilmesini, mağdur çocuğa psikolojik olarak daha fazla zarar vermeden yapılmasını sağlamak amaçlanmıştır. Türkiye'de halen 13 Çocuk İzlem Merkezi bulunmaktadır (www.ankarabarusu.org.tr).

1.3. Çocuk İhmal ve İstismarının Tanımı ve Kapsamı

Çİİ çok geniş perspektifte ele alınması gereken, değişik disiplinler içerisinde değerlendirilen bir konudur. Tıbbi, hukuksal, psikolojik ve sosyolojik boyutları söz konusudur (Tugay, 2008, Açık ve ark., 2003, Sertler, 2002).

Türkçede “İstismar” karşılığı olarak Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde “birinin niyetini kötüye kullanma, sömürme” şeklinde tanımlanmaktadır. İhmal ise “gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, önem vermeme” olarak tanımlanmaktadır (Kocaer, 2006, Ediskun ve ark., 1983).

İngilizcede “Child AbuseandNeglect” karşılığı olarak Türkçede farklı sözcükler kullanılmakla birlikte “Çocuk İhmali ve İstismarı” daha sık kullanılan kelimelerdir. “Abuse” yerine ise sömürü, örseleme, ezim, kötü muamele veya istismar kelimeleri kullanılmaktadır (Kocaer, 2006, Kars, 1994).

Çİİ genel başlığı altında yapılan ilk tanımlardan birisi “çocukla bakıcısı arasında, çocuğun fiziksel veya gelişimsel durumuna yansıyan, kaza sonucu ortaya çıkmayan, etkileşim ya da etkileşim eksikliği” olarak yapılan tanımlamadır (Faller, 1981).

Helfer ve Kempe 1972 yılında ise, tanımda bazı değişiklikler yaparak, “Çİİ, anne ve babaların veya çocuktan sorumlu kişilerin uyguladığı veya yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasara uğramasıdır” şeklinde tanımlamışlardır (Kempe et al., 1972).

Felthous isimli bir araştırmacı da daha net kavramlar üzerinde durarak çocuk istismarını çocuğu kasıtlı olarak dışlamak, incitmek ve zarar vermek amacıyla, doğrudan çocuğun bakımı ile yükümlü birey tarafından fiziksel güç kullanarak çok hafiften başlayarak öldürücü olabilen fiziksel yaralanmaya sebebiyet verilmesi olarak tanımlamıştır (Felthous, 1984).

DSÖ; çocuk sağlığını, fiziksel ya da psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen; bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışları çocuk istismarı olarak kabul etmektedir (Kocaer, 2006, Kavaklı ve ark., 1998, Oral ve ark., 1997).

Polat’ın tanımına göre çocuk istismarı; 0-18 yaş grubundaki çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişi veya kişiler tarafından zarar verici olan, kaza dışı ve önlenabilir bir davranışa maruz kalmasıdır. Bu durum çocuğun fiziksel, psiko-sosyal gelişimini engelleyen, gerçekleştiği toplumun kültür değerleri dışında kalan ve uzman tarafından istismar olarak kabul edilen bir davranış olması gerekmektedir (Polat, 2005, Polat, 1997).

Çocuk istismarı genellikle dört ana başlık altında incelenir (Kuğuoğlu, 2004, Oral ve ark., 2002, Polat, 1998).

Ancak son yıllardaki artış oranlarına bakıldığında Groomingde ve ekonomik istismarda ana başlıklar arasında yer almaktadır.:

Çocuk İstismarı;

- 1.İhmal
- 2.Fiziksel istismar
- 3.Duygusal istismar
- 4.Cinsel istismar
- 5.Ekonomik istismar
- 6.Grooming (İnternette istismar)

1.3.1. İhmal

Çocuğun sağlığı, fiziksel veya psikolojik gelişimi için gerekli ihtiyaçların karşılanmaması “Çocuk İhmali” olarak tanımlanmaktadır (Kocaer, 2006, Polat, 1999, Tercan, 1995).

Bir başka tanımda ise; çocuğun bakımı, sağlığının korunması ve desteklenmesinden sorumlu kişilerin onun temel gereksinimlerini karşılayamaması sonucu çocuğun her türlü gelişiminin ve güvenliğinin zarar görmesidir (Kocaer, 2006, Polat, 1999, Tercan, 1995).

Çocuk ihmali genelde ailenin, ilgili kurumların ya da devletin çocuğa karşı en temel sorumluluklarını yerine getirmemesi şeklinde de tanımlanabilir. Çocukla sürekli alay etme, aşağılama, çocuktan kapasitesinin ötesinde aşırı beklenti içinde olma, aşırı koruma, bağımlı kılma, aşırı otorite, çocuğun davranışlarıyla uyumsuz ağır cezalandırma ve iz bırakmasa da yüze şiddet uygulama, beslenme, giyim, tıbbi gereksinimler, duygusal ihtiyaçlar veya optimal yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi eylemler “Çocuk İhmali” kapsamında değerlendirilmektedir (Kocaer, 2006, Polat, 1999, Tercan, 1995).

İhmal istismarın tersine belirgin sınırları olan bir sendrom değildir. İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta istismarın aktif, ihmalin pasif bir olgu olmasıdır. İhmalin belirti ve bulguları, yasal tanımı daha belirsizdir (Munkel, 1994).

Aşağıdaki bulgular saptandığı zaman ihmalden kuşkulandırılmalıdır (Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2012):

- Çocuk kirli, bakımsız ve hava koşullarına uymayan giysiler içindeyse,
- Çocukta büyüme geriliği var ancak organik bir nedene bağlanamıyorsa,
- Ailesi çocuk hakkındaki soruların yanıtlarını bilmiyorsa,
- Zehirlenme, kazaya uğrama, silahla yaralanma varsa,
- Çevresinde sigara, alkol, bağımlılık yapan maddeler kullanan var ve çocuk bunlara maruz bırakılıyorsa,
- Çocuk içe dönük, iletişim kurma güçlüğü içindeyse, yineleyen hareketler yapıyorsa,
- Zihinsel gelişme geriliği, öğrenme güçlüğü varsa,
- Zorunlu eğitim çağında olduğu halde okula gitmiyorsa,
- Sağlık kurumuna başvurmada gecikme varsa veya hiç başvurulmamışsa,
- Tedavi, bakım, koruma konusundaki önerilere uymuyorsa,
- Terk edilmiş ve evden kovulmuş ise.

1.3.2. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir (Kürklü, 2011, Taner, 2004).

Fiziksel istismarın yaygınlığının belirlenmesi güçtür, çünkü genellikle bu olaylar kaza olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalar, kız ve erkekler arasında fiziksel istismara uğrama ihtimali açısından herhangi bir fark olmadığını, fiziksel istismarın en çok 4–8 yaş grubu çocuklarda görüldüğünü ve yaşla birlikte istismarın azaldığını belirtmişlerdir (Kara, 2014, Taner, 2004).

Erol'un yaptığı çalışmada da anne ve babaları tarafından çocuklara uygulanan fiziksel istismar incelenmiştir. Sonuç olarak çocukların yarısı anne ya da babaları tarafından sadece tokata maruz kaldıklarını, diğer yarısı ise terlikle dayağa maruz kalanlar, kulağı çekilenler olarak sınıflandırılmıştır. Ebeveynleri tarafından fiziksel istismara maruz kalan bu çocukların %70'i ileride çocuklarına fiziksel istismar uygulayıcısı olacaklarını belirtmiştir (Kocaer, 2006, Erol, 2004).

Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED)'in bir çalışmasında, 6-12 yaş ilköğretim öğrencilerinde cezalandırma yöntemi olarak dayağın kullanıldığı olguların görülme oranı %85'lere ulaşmaktadır. Öğretmenlerin “bir tokat atmayı” veya “saç çekme”yi dayak olarak nitelendirmediği, ancak vücuda zarar veren davranışların bu kapsamda ele aldıkları belirlenmiştir (Polat, 2005).

Fiziksel İstismara bağlı yaralanmalar en fazla göğüste, sırtta, baldırlarda, genital bölgede, üst kolda, yüzde, üst dudak ve damak ile gözlerde görülmektedir (Kuğuoğlu, 2004, Polat, 1998, Polat, 2004).

Çocukta fiziksel istismar öykülerinde oldukça sık rastlanılan ortak özellikler vardır. Bu özellikler sayesinde tanı koymak ve sonuca ulaşmak sağlık ekibine kolaylık sağlamaktadır (Kuğuoğlu, 2004, Oral ve ark., 2002, Polat, 2004).

Fiziksel istismar şüphesi/tanısı koymada yönlendirici ortak özellikler:

1. Tedaviye başvurmada açıklanamayan gecikme,
2. İlk gelişte verilen öykünün sonradan değiştirilmesi,
3. Tek tek verilen ebeveyn öykülerinde farklılık,
4. Çocuğun yaş ve gelişim durumu ile uyum sağlamayan öykü,
5. Çocuğun kardeşinin suçlandığı yaralanmalar,
6. Ebeveynde veya bakıcıda düşmanca tavırlar (Kuğuoğlu, 2004, Oral ve ark., 2002, Polat, 2004).

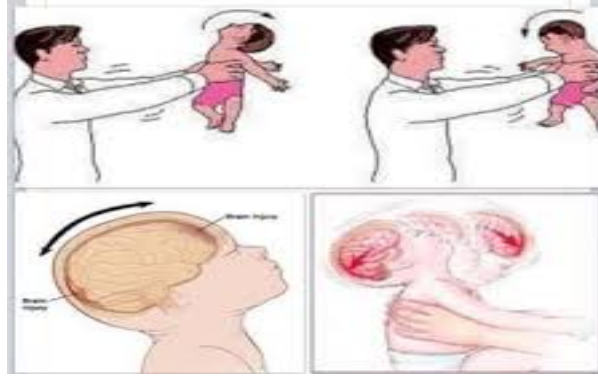
Genellikle fiziksel istismar olaylarında sık rastlanılan hikaye düşme veya küçük kazalardır. Çocuğun yataktan düştüğü söylenir. Bu duruma kardeşinin sebep olduğu da sık olarak rastlanılan ifadelerdendir. Sağlık çalışanları için çocuğun gelişim süreçlerinin bilinmesi fiziksel istismar olgularının atlanmaması açısından çok önem taşımaktadır. Çocuğun motor gelişimini bilen bir sağlık ekibi çocuğun henüz kendi kendine dönmeyi öğrenemeden yataktan düşmeyeceğini veya henüz emeklemeyen bir çocuğun merdivenlerden yuvarlanamayacağını bilir (Kuğuoğlu, 2004, Oral ve ark., 2002, Polat, 2004).

1.3.2.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (ShakenBabySyndrome)

Çocuk fiziksel istismarının ağır bir formudur. İlk kez Guthkelch'in 1971 yılında kamçı vuruşu (whiplash) hareketi ile kortikal köprü venlerindeki yırtılmalar nedeni ile subduralhematomlar oluşabildiğini bildirmesinden bir yıl sonra pediatrik radyolog Caffey tarafından "WhiplashShakenInfantSyndrome" olarak tanımlanan bulgular bütünü için günümüzde "Sarsılmış Bebek Sendromu" (ShakenBabySyndrome-SBS) terimi daha yaygın olarak kullanılmaktadır.

Bugün, başka travmatik bulguların varlığına bakılmaksızın, bebeğin sarsılması sonucu oluşan bütün bulgular bu tanıma dahil edilmektedir (Guthkelchan, 1971).

İki yaşın altında sık görülür, ancak beş yaşa kadar olabileceği bildirilmektedir. Genellikle 15 ayın, özellikle de altı ayın altındaki çocuklar kızgın anne-babaları tarafından, bebeğin mamasını yememesi ya da sürekli ağlaması nedeni ile şiddetlice sallandıklarında oluşmaktadır.



şekil 1. Sarsılmış Bebek Sendromu

Bebeğin gövdesinden veya kollarından tutulup sarsılması sonucu oluşan subdural ve/veya subaraknoidhematom, retinal kanamalar ve minimal travmatik dış bulgular ile karakterizedir. Solunum güçlüğü, bradikardi, irratibilite, apne ve bilinç kaybı sık karşılaşılan bulgulardır. Metafizkırıkları veya gelişme geriliği gibi ihmal ve istismari düşündürecek bulgular eşlik edebilmesine karşın, çoğu zaman herhangi bir travmatik lezyon yoktur (Guthkelchan, 1971).

SBS'demortalite oranı %20–25 oranındadır. Başlangıçta koma tablosunda getirilen olgularda mortalite %60'a yükselir, yaşayan olgularda da ağır mental gerilik, spastik quadripleji veya ağır motor fonksiyon bozukluğu gelişebilir (Polat, 2004, Kairys, 2001, Billmire, 1985).

1.3.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar oldukça sık olmakla birlikte, fark edilmesinde, tanımlanmasında, anlaşılmasında ve yasal olarak kanıtlanmasında güçlük ve sıkıntılar yaşanmaktadır. Duygusal istismar, çevredeki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen, çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemler ya da eylemsizlikler

olarak tanımlanır. Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal İhmal ve istismar de yer almaktadır. Ancak fiziksel ve cinsel istismardan daha zararsız gibi yorumlandığından uzun süre konuyla ilgili çalışmalar sınırlı kalmıştır (Kürklü, 2011, Taner ve ark., 2004).

Duygusal istismar ilk kez 1974 yılında ABD’de “Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı” isimli yasada “mental hasar” terimiyle dikkat çekmiştir (Sertler, 2002).

Garbarino 1978 yılında duygusal istismar ile ilgili şu tanımı yapmıştır. “Çocukların benlik saygısı ve kişiler arasında ilişki kurma becerilerinin gelişimini kabul etmeyen ya da cezalandıran tutumları içeren davranışlardır” (Gabarino, 1977).

Seeley ve Guttman ise 1986 yılında duygusal istismar için şöyle bir tanımlama getirmişlerdir. “Aile, bakıcı ya da çocuğun bakımından sorumlu kişiler tarafından yapılan veya yapılması ihmal edilen, toplumsal değerler ya da uzmanlar tarafından uygunsuz, zarar verici olarak değerlendirilen eylem ya da eylemsizliklerdir” (Gabarinoet al.,1986).

Duygusal istismar iki özelliği ile diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır:

1. Fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut bulguların bulunmayışı
2. Tek başına bulunabileceği gibi birçok olguda diğer istismar türleri ile birlikte bulunması

Duygusal istismarın tanımlanmasındaki zorluklar karşısında anne-baba ve hareket odaklı kategorik sınıflandırma geliştirilmiştir (Çakıcı, 2002, Sıbert et al., 2002):

Reddedici tavır: Çocuğu ihmal etmek ya da uzak tutmak, kendini değersiz, istenmeyen, sevilmeyen biri olarak görmesine yol açmak.

Aşağılayıcı tavır: Ebeveynlerin çocuğa değer vermemeleri, kötölemeleri, saygınlığını düşürmeleri, aşağılamaları ve utandırmalarıdır.

Korkutma: Çocuğa sözel olarak saldırma, korkutma, fiziksel veya duygusal zarar vermek ve tehdit etmek.

Yalnız Bırakma: Aile dışında sosyal ilişkiden mahrum bırakma, arkadaşlara izin vermeme, sosyal etkileşim olmadan uzun süre kısıtlı alanda tutmak.

Gerekli Uyarılma, Duygusal Yanıt veya Ulaşılabilirliğin Olmaması: Çocuğun sevgiden ve duyarlı bakımdan mahrum olması, duygusal ve zihinsel gelişiminin baskılanması, çocuğun genellikle ihmal edilmesi ya da yok sayılması

Güven Vermeyen Tutarsız Bakım: Çocuktan birbirine zıt isteklerde bulunulması, ebeveyn desteği veya bakımının tutarsız ve güven vermeyen niteliklerde olarak belirtilmektedir.

Sömürme: Çocuğun kendisine bakmakla yükümlü kişinin gereksinimlerini karşılaması için kullanılması.

Türkiye’de duygusal istismarın varlığı ve sıklığı hakkında yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır. İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubu’nun 18 aylık deneyimi sonucunda Psikiyatri Polikliniğine başvuran çocuklar (n=32) arasında yapılan araştırmada %36 oranında fiziksel ve duygusal istismar saptanmıştır. İstismar tipi %85’inde duygusal, %66’sında fiziksel, %38’inde cinsel olarak tanımlanmış, cinsel istismar olgularının tümüne duygusal istismarda eşlik etmiş, olguların %13’ünde ise üç tip istismar birden saptanmıştır (Oral, 2004).

Fiziksel ve cinsel istismarla karşılaştırıldığında duygusal istismar toplumlarda daha yaygın, daha zararlı ve ortaya konması daha güç bir istismar türüdür. Duygusal istismar bütün istismar türlerine neden olan bir faktör olarak görülmektedir. Dolayısıyla duygusal istismarın önlenmesi diğer istismar türlerinin önlenmesinde de bir anahtar rolü oynar (Karaman, 1993).

1.3.4. Cinsel İstismar

Çocuğun bir yetişkin tarafından; cinsel uyarı ve doyum için kullanılması, fuhuşa zorlanması, pornografi gibi suçlarda cinsel obje olarak kullanılması cinsel istismardır. Genital bölgeye dokunma, teşhircilik, pornografi, ırza geçmeye kadar çok geniş yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır. Cinsel istismarın mutlaka şiddet içermesi gerekmez, çocuğun rızasının olup olmadığına bakılmaz (Nurcombe, 2000, Polat, 2000).

Çocukların cinsel istismarı çok yaygın ve ciddi bir sorundur. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik sınıf ve coğrafi bölge farkı gözetmeksizin herkesi etkileyebilir. Her yaş grubundan çocuk cinsel istismara uğrasa da ortalama olarak bildirilen 8–11 yaştır. Bazı araştırmacılar 4–9 yaş arası çocukların cinsel istismar için daha büyük risk grubu oluşturduğunu söylemektedir (Russell, 1993).

Diğer bir araştırmada cinsel istismara maruz kalan çocukların yaşa göre dağılımları incelendiğinde; %30'unun 2–5, %40'ının 6–10, %30'unun 11-17 yaş grubunda olduğu görülmektedir. İstismara maruz kalan çocuklarda kız/erkek oranı 3'tür. İstismarcıların %96'sı erkek, %80'i çocuğun tanıdığı bireydir (Hancı ve ark., 2004).

Ülkemizde konu ile ilgili yeterli veriler olmamakla birlikte; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nce İstanbul'daki liselere devam etmekte olan 1955 kız çocuğu arasında yapılan bir araştırmada olguların %95,7'sinin cinsel istismar ile ilgili soruya yanıt verdiği saptanmıştır. Bu çocukların 250'si (%13,4) cinsel istismara uğradığını bildirmiştir.

Bu istismarların %11,3'ü cinsel bölgelerinin ellenmesi ve %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlanma olarak tanımlanmıştır (Alikışifoğlu ve ark., 2006).

1.3.4.1. Cinsel İstismar Türleri

Cinsel istismarı CoulbornFaller yedi başlığa ayırmıştır (Faller, 1988):

1. Temas İçermeyen İstismar: İstismarcının çocuğun cinsel özelliklerine yönelik olarak seksî konuşması, cinsel organları gösterme (teşhircilik), açıkça veya gizlice çocuğu çıplakken gözlemek gibi röntgencilik eylemleridir.

2. Cinsel İlişki İçermeyen Dokunma: İstismarcının ve çocuğun giyinik veya çıplak olması halinde cinsel organlara dokunma, okşama ve/veya mastürbasyonu kapsar.

3. Oral-Genital Seks: İstismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anüs yoluyla cinsel ilişki yapmasıdır.

4. İnterfemoral İlişki: İstismarcının penisini çocuğun bacaklarının arasına yerleştirdiği ilişki türüdür.

5. Cinsel Penetrasyon: Vajen ve/veya anüse parmakla, bir yabancı cisimle veya penisle penetrasyon söz konusudur.

6. Cinsel Sömürü: Cinsel tatminden çok parasal kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi yollarla çocuk istismarıdır.

7. Başka İstismar Türleri de İçeren Cinsel İstismar: Cinsel istismara aşağılama, fiziksel olarak kötü muamele, uyuşturucu ve alkol kullanmaya zorlama eşlik edebilir.

1.3.4.2. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)

Cinsel istismarın farklı bir şekli de ensest ilişkilerdir. Kelimenin Latince aslı incestus olup, sıfat olarak pis, kirlenmiş, temiz olmayan anlamına gelmektedir. Ayrıca ahlaksız, uygunsuz, iffetsiz, suçlu karşılığında da kullanılmaktadır. İsim olarak kirlilik, iffetsizlik, uygunsuzluk demektir (Mayer et al.,1983).

Ensest binlerce yıldan bu yana bazı istisnalar hariç bir tabu olarak görülmüştür. Tarihsel açıdan bakıldığında Peru, Mısır ve Japonya'da kraliyet ailesinin saflığını korumak için bu yolun meşru olarak kullanıldığı görülmektedir. Sofokles'in Kral Oidipus Tragedyasında Oidipus'un istemeden babasını öldürdüğü sonrada öz annesi ile evlendiği ve Oidipus'un bu gerçeği öğrendikten sonra gözlerini kör ederek kendisini cezalandırdığı anlatılır (Polat, 1999).

Yapılan araştırmalara göre ensest çok erken yaşlarda, bebeklikten başlamakta ve uzun yıllar sürmektedir. ABD'nde Suç Önleme Komitesi'nin raporuna göre %55'i 5–10 yaş arasında, %40'ı 10–16 yaş arasında başlamaktadır. Ensestin başlama yaşı bebeklikten 17 yaşına kadar olabilir, ortalama başlama yaşı 9 'dur. Ayrıca bu rapora göre ensest saldırılarının %39'u anne-babalar, %32'si kardeşler, %28'i geniş aile üyelerinden oluşmaktadır (Crime Prevention Committee Report, 1995).

Ensest konusunda düşünülen risk etmenleri (ensestin olabileceğini düşündüren belirtiler) ise;

- Anne babanın bitmiş ya da sorunlu cinsel yaşantılarının olması,
- Anne babanın yabancılara karşı düşmanca, paranoid tutum içine girmesi,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı,
- Annenin olmayışı ya da ailede koruyucu güçte olamaması
- Babanın alışılmışın dışında şüpheli ya da bağınaz olması,
- Babanın alkolik olması,
- Babanın aşırı otoriter olması,
- Babanın kendi kontrolünü sınırlayan etmenlere (madde bağımlılığı, psikopatoloji, sınırlı zekâ) sahip olması,
- Babanın puberte döneminde kızına karşı aşırı kıskançlık göstermesi
- Çocuğun insanlarla yakın ilişki kurmasına izin verilmemesi,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,
- Annenin ev işlerini yapan ve anne rolünü oynayan kız çocuğu olarak belirtilmektedir (Tugay, 2008, Yılmaz, 2006).

1.3.4.3 Cinsel İstismar ve Ensestin Çocuk Üzerindeki Etkileri

Cinsel istismar sonucu çeşitli fiziksel, psikosomatik ve psikososyolojik semptomlar görülebilmektedir. Çocuğun tepkisinin gerek yapısı, saldırganla olan ilişkiye, cinsel aktivitenin şekline, çocuğun işbirliğine, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlıdır (Kara, 2014).

Cinsel İstismar sonucu ortaya çıkan sonuçlar (Polat, 2007);

1) Duygusal Sonuçlar

Depresyon: Depresyon insanlar arasında yaşanan şiddete karşı gösterilen evrensel bir reaksiyondur. Felitti'nin çocuklukta cinsel istismara uğradığı bilinen 131 hasta üzerinde yaptığı bir araştırmada %83'ünün istismar olayının üzerinden on yıldan fazla geçmesine karşı sıkıntılı ve üzüntülü olduğu saptanmıştır. Bu depresyonlar kronik olarak tanımlanmış ve kronik uyku bozuklukları, kronik yorgunluk, karamsarlık ve sık sık ağlama nöbetleri içerdiği belirtilmiştir (Bruno, 1992).

Endişe ve Korku: Endişe ve korku genellikle kişiler arasında kronik şiddeti yaşayanlarda görülmektedir. Birçok araştırmacı ensest kurbanları arasında yüksek oranda endişe ve korku durumunu belgelemiştir (Polat, 2007).

Öz saygının Kalkması: Kişinin kendisine olan saygısının azalması kişiler arası şiddetin kurbanlarında sık gözlenen bir durumdur. Manitoba Üniversitesi'nin Cinsel İşlev Bozukluğu Kliniği'ne başvuran, çocuklukta cinsel istismarı yaşamış 51 olgu üzerinde yapılan araştırmada kadınların %92'sinin ilk değerlendirmede öz saygısının az olduğu bildirilmiştir (Bruno, 1992).

Öfke: Çoğu ensest kurbanında bir dereceye kadar öfke bulunmasına rağmen, kimi kurbanlar öfkelerini ifade etmekte ciddi zorluklar yaşamakta ve öfkelerini uysallık ve mükemmelmecilikle maskeleyemeye çalışmaktadırlar.

Yetişkin kurbanların %70'inin çocuklukta yaşadıkları enstest deneyimine karşı öfkelerinin sürdüğü bilinmektedir (Lofberg et al., 1990).

Suçluluk ve Utanç: Suçluluk duygusunun genellikle enstest kurbanları arasında görüldüğü ve depresyonu kuvvetlendirdiği bilinmektedir.

2) Kognitif Sonuçlar

Yoğun, beklenmedik bir şok yaşamış çocuklarda genellikle yanlış saptama, görsel halüsinasyon ve zaman algılama bozuklukları görüldüğü belirtilmektedir. Bu tür algısal bozukluklar travmatik olaydan kısa süre sonra meydana gelmekte ve istismar son bulduktan sonra bile devam etmektedir.

3) Biyolojik Sonuçlar

Somatoformseptomlar genellikle bir suçun kurbanı olan insanların olay raporlarında mevcuttur. Uykusuzluk, kabus görme, kusma, mide bulantısı, mide ağrısı, iştahsızlık, tıbbi olarak teşhis edilemeyen kronik hastalık duygusu gibi bir takım somatoform bozukluklar görülebilmektedir. Cinsel saldırı ve enstest kurbanlarının %64'ünde tekrarlayan bağırsak ve mide ağrıları bildirilmiştir (Friederich, 1993).

4) Davranışsal Sonuçlar

İntihar:Enstest kurbanlarının, enstest yaşamamış olan insanlara göre daha sık intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Kişinin kendine zarar verici hareketleri ve intihar girişimi çoğunlukla istismarı yaşayan kişinin duyduğu öfkeyi kendine çevirme eğilimini sürdürmesi anlamına gelmektedir.

Madde Kullanımı: Araştırmacılar madde kullanımının bireyin kurban olma olayı sonucunda ortaya çıkan korku, endişe, depresyon, utanç, suçluluk, öfke, aşağılanma duygularını ilaçla tedavi etme çabalarını ifade ettiğini bildirmektedir. Uyuşturucu veya alkol bağımlılığı tedavisi gören kişiler üzerinde yapılan değişik araştırmalarda,

cinsel istismar olgularının, özellikle de çocuk cinsel İstismarının %60 ile %80 arasında yüksek oranda olduğunu saptamıştır (Polıt et al., 1990).

5) Kişilerarası Sorunlar

Cinsel Sorunlar:Finkelhorn ve Browne cinsel istismar kurbanları arasında ahlaka ilişkin karmaşık duygular, seksin başkalarını idare etmek için kullanılabileceği inancı ve cinsel ilişkinin acı, yara ve kontrolü kaybetme gibi olgularla anımsanması dahil değişik tipte cinsel zorluklar yaşadıklarını belirtir. ·

Yeniden Kurban Olma Eğilimi: Geçmişlerinde cinsel istismarı yaşamış olan kadınların tekrar kurban olmaya eğilim gösterdikleri düşünülmektedir. Denekleri rastgele seçilen bir çalışmada çocukluğunda cinsel istismar yaşayan kurbanların %33-68'inin daha sonra tecavüze uğradıkları ve tecavüze uğrama riskinin çocuklukta yaşanan istismarın şiddet ve süresinin artması ile arttığı saptanmıştır (Talmadge et al.,1991).

1.3.5. Ekonomik İstismar

Çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli işgücü olarak çalışması veya çalıştırılmasıdır (Karadaş, 2011).

Çocukların çalışma nedenleri Türkiye'nin sosyal, ekonomik ve kültürel sorunları ile yakından ilgilidir. Gelir dağılımında giderek artan adaletsizlik, yaygınlaşan yoksulluk, köyden kente hızlı göçler ve bunun sonucunda ortaya çıkan toplumsal ve ekonomik sorunlar, kaçak işçiliğin artması, çocuk emeğinin ucuz olması ve işverenin ucuz işgücünü tercih etmesi sonucunda çalışan ya da çalışma yaşamına zorlanan çocuk sorunu ortaya çıkmaktadır (Güler ve ark., 2002).

Çocuğun çalışması dünya genelinde olumsuz çağrışımları olan bir kavramdır. Bunun nedeni özellikle uzun çalışma saatleri ve ağır işlerin çocuğun zihinsel, fiziksel ve duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkileri olmasıdır. Ayrıca, çalışmak çocukların ya okul performansını düşürerek ya da çocukları tamamen okuldan uzaklaştırarak

onların eğitimin ekonomik ve sosyal getirilerinden mahrum olmalarına yol açabilmektedir. Bununla birlikte, ucuz işgücü olarak kullanılan çocuklar yetişkinlerin işsiz kalmalarına da neden olabilmektedir (Dikbayır, 2001, Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2012).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından Hane Halkı İşgücü Anketi ile birlikte 2006 yılı Ekim, Kasım ve Aralık aylarında Çocuk İşgücü Araştırması yapılmıştır. Araştırmada 6-17 yaş grubundaki toplam 28.978 çocuk ile görüşülmüştür. Araştırma döneminde Türkiye genelinde 6-17 yaş grubundaki çocuk sayısı 16 milyon 264 bindir. Bunların %60,9'u kentte, %39,1'i kırsal alanlarda yaşamakta, %84,7'si bir okula devam ederken, %15,3'ü okula devam etmemektedir. 6-17 yaş grubundaki çocukların %5,9'u ekonomik bir işte çalışmakta, bu çocukların %31,5'i bir okula devam ederken, %68,5'i öğrenimine devam etmemektedir (Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2012).

Uluslararası Çalışma Örgütü ve UNICEF gibi kuruluşlar çocuğun ekonomik istismarı konusunu uluslararası gündemde tutmakta, çeşitli çalışmalar yaparak kısa vadede çocukların çalışma koşullarının iyileştirilmesi, uzun vadede ise çocukların çalıştırılmasının tamamen engellenmesi için adımlar atılmasına katkıda bulunmaktadır.

Bu çalışmalar sonucunda konuyla ilgili çeşitli uluslararası sözleşmeler imzalanmıştır (Dikbayır, 2001, Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2012).

1.3.6. İnternette İstismar(Grooming)

İnternet, hem bir fırsat hem de tehlike olarak değerlendirilmektedir. İnternette çocukları bekleyen tehlikelerden biri de 'grooming'dir. Grooming, internet ortamında bir yetişkinin kendini çocuk olarak tanıtmaması, bu şekilde sanal ortamda tanıştığı çocukların güvenini kazanarak sanal ya da gerçek dünyada istismar etmesidir (Çalışkan ve ark., 2013).

Bilişim teknolojilerinin çocuk ve ergenlere eğitim, eğlence ve gelişimi destekleme anlamında vazgeçilmez olanaklar sunduğu açıktır. Buna karşın bu teknolojilerden, özellikle de internetten en fazla çocuklar ve ergenler etkilenmektedir.

Avrupa Çevrimiçi Çocuklar (EU Kids Online) Projesi'nin Türkiye verilerine göre 9-16 yaş arası çocukların tamamı interneti kullanırken, ebeveynlerinin ancak %29'u internet kullanmaktadır. İnternet kullanmaya 10 yaş civarında başladıkları ve günde 1-1.5 saat internet kullandıkları tespit edilmiştir. Çocuklar internete girdiklerinde çoğunlukla tanımadıkları kişilere güvenmekte, kişisel bilgilerini paylaşmakta ve bunun sonucunda akran istismarı, cinsel istismar ve çocuk pornografisi gibi üç önemli riskle karşılaşmaktadırlar (Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2012).

İngiltere'de her yıl ortalama 10 bin cinsel istismar olgusu olduğu ve bunun yaklaşık %10'unun grooming olgusu olduğu bildirilmektedir (Ceop, 2013). ABD'nde 2006 yılında grooming olguları 707'den 6,384'e yükselmiştir (Choo, 2009).

Çocukların internet ortamında istismarında en sık sosyal ağlar kullanılmaktadır. İngiltere'de siber suçlar konusunda yapılan bir çalışmada 2006 yılında yaklaşık 850 bin kişinin internet konuşma/sohbet odalarında istenmeyen cinsel içerik ve mesajla karşılaştığı ve 238 grooming girişimi olduğu tespit edilmiştir. Yaşları 10-15 arasında değişen 1,588 genci kapsayan araştırmada gençlerin %35'inin internet ortamında taciz edildiği veya istenmeyen cinsel içerikle karşılaştığı bildirilmiştir. Bu oran bir diğer çalışmada 9-16 yaş grubunda %19 olarak bulunmuştur. Polis kayıtlarına göre Avustralya'da 2007 yılında 130 grooming olgusu tespit edilmiştir. İngiltere'de 2006-2007 döneminde grooming kayıtlı olgu sayısı 322'dir ve ortalama ayda 10 vaka tespit edildiği ve yaş grubunun ağırlıklı 8-11 yaş olduğu belirtilmektedir (Choo, 2009).

1.4. Çocuk İhmal ve İstismarında Risk Etmenleri

İhmal ve istismar, aile, çocuk ve toplumda bazı risk etmenleri olması halinde daha sık görülmektedir (Kürklü, 2011, Yurdakök, 2010).

1.4.1. Aileye Ait Risk Etmenleri

- Ailede akut veya kronik stres (iş ve ev kaybı, sorunlu evlilik vb) olması
- Anne, baba veya her ikisinde alkol, uyuşturucu bağımlılığı olması
- Annenin zor bir gebelik geçirmesi, güç ve zor doğum yaşması,
- Doğan çocuğun hayal kırıklığı yaratması veya daha başka birçok nedenle annenin bebeğine bağlanma güçlüğü yaşaması
- Anne veya babanın suça karışmış olması
- Sosyoekonomik düzey düşüklüğü (ailede ekonomik sorun olması, işsizlik, kalabalık aile gibi)
- Anne veya babanın olmaması
- Anne babanın çok genç olması
- Anne veya babanın çocukken ihmal ve istismar edilmiş olması
- Annede kronik depresyon veya başka bir psikiyatrik hastalık olması
- Aile için şiddetin olması (ebeveynler veya diğer aile fertleri arasında)
- Ailenin toplum ve destek sistemlerinden uzakta yaşıyor olması
- Aile bireylerinden fiziksel, gelişimsel veya mental sağlık sorunları olan birinin varlığı
- Ebeveynin çocuğun gelişim basamaklarının farkında olmaması, çocuğun ihtiyaç ve davranışlarını algılayamaması sonucu, çocuktan gerçekçi olmayan bir beklenti içinde olması

1.4.2. Çocuğa Ait Risk Etmenleri

Bazı olayların ve çocuğun davranış modellerinin istismarı kolaylaştırıcı etmen olabileceği görülmektedir. Öncelikle de aile içinde çocuğun bazı davranışlarıyla ebeveynlerin yükünün artması kolaylaştırıcı faktör olarak dikkati çekmektedir.

Çünkü anne-babalar tüm çocuklara kötü davranmazlar, belirli özel çocukları ihmal ve istismar ederler (Bulut, 1996).

- Dört yaşından küçük çocuklar ve adölesanlar
- İstenmeyen veya anne babanın beklentilerini karşılayamayan çocuklar
- Özel bakım ve yardıma ihtiyaç duyan, sürekli ağlayan fiziksel sorunu olan çocuklar
- Akut veya kronik fiziksel veya mental hastalığı (prematüre, serebralpalsi, mentalretardasyon gibi) olan çocuklar
- Anneye bağımlılığı veya hiperaktivitesi olan çocuklar
- Yenidoğan döneminde tedavi için veya bir başka nedenle anneden ayrılan çocuklar
- Üvey çocuklar
- Emzirilmeyen ve anne-bebek bağlanması olmayan çocuklar daha fazla ihmal ve istismar edilmektedir (Ethier et al.,2004).

1.4.3. Çevre ve Topluma Ait Risk Etmenleri

Toplumdaki bazı özellikler çocuğun ihmal ve istismar edilme riskini artırmaktadır (Kürklü, 2011).

- Toplumda cinsiyet eşitsizliği ve sosyal eşitsizliğin olması
- Toplumda işsizlik ve fakirliğin yüksek oranda olması
- Uyuşturucu ve alkole erişimin kolay olması
- Sosyoekonomik eşitsizliğe ve karışıklığa yol açan, yaşam koşullarının çok kötü olmasıyla sonuçlanan sosyal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikalarının olması
- Şiddeti yücelten ve destekleyen sosyal ve kültürel normların olması, dayanın disiplin amaçlı yaygın kullanılıyor olması,
- Toplumda katı ve değişmez cinsel rollerin olması,
- Aile ve kurumların desteklenmesi için konut ve diğer verilmesi gereken hizmetlerin yetersiz olması

- Çocuk istismarını, ihmalini, çocuk pornografisini, çocuk işçiliğini, çocuk fahişeliğini önleyecek politika ve programların olmaması
- Ebeveyn-çocuk ilişkilerinde çocuğun statüsünün düşük olmasıdır.

1.5. Çocuk İhmal ve İstismarının Yasal Boyutu

Çocukların korumasına ilişkin kurallar başta Anayasa’da yer alan temel ilkelerle düzenlenmiştir. Çocuğun kişi olarak toplum içinde statüsü Medeni Kanun’la belirlenir. Çocuk hakları ihlali ile ilgili maddeler Türk Ceza Kanununda yer almaktadır. İhlalin önlenmesi ve olumsuz sonuçların ortadan kaldırılmasına ilişkin düzenlemeler ise Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunmasına Dair Kanun, Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun, İş Kanunu, Basın Kanunu, Çocukları Muzır Neşriyattan Koruma Yasası gibi pek çok yasa ve yönetmeliklerde yer almaktadır (Anayasa -TCK- CMK- İnfaz Kanunu, 2005).

1.5.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi ve Çocuk Koruma Kanunu:

Uluslararası hukukta çocukların haklarını koruyan en temel düzenleme 20 Kasım 1989 tarihli “Çocuk Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi”dir. Türkiye, sözleşmeyi 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamış ve Ocak 1995’de Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde Çocuk Koruma Kanunu olarak onaylanmıştır (Kepenekçi, 2001, Polat, 1997).

Çocuk hakları konusunda uluslararası ilk adım 1924 Cenevre Bildirgesi ile atılmıştır. Bu bildirge Birleşmiş Milletler Örgütü kurulduktan sonra, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ndeki modern anlayışa göre yeniden düzenlenerek 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nca Çocuk Hakları Bildirgesi olarak kabul edilmiştir.

Çocuk Hakları Bildirgesi’nin kabulünden 20 yıl sonra Birleşmiş Milletler tarafından çocuk haklarının daha fazla güvenceye alınmasını sağlamak amacıyla Çocuk Hakları Sözleşmesi hazırlanmaya başlamıştır. Hazırlanan tasarı 20 Kasım 1989 tarihinde

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından oy birliği ile kabul edilmiştir (Öztaş, 2005).

Türkiye tarafından 14 Eylül 1990 tarihinde imzalanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995 tarihinde resmi gazetede yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır (Cılga, 1999).

Bu sözleşme "Dünya Çocuklarının İnsan Hakları Yasası" sayılmaktadır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 18 yaşına kadar olan bireyleri "çocuk" olarak niteleyip, fiziksel ve mental olgunluğa erişmemiş olması nedeni ile çocuğun özel himayeye ve bakıma ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Önsöz ve üç kısımda toplanan sözleşme toplam 54 maddeden oluşmaktadır.

Çocukların refahı alanında, çocukların yaşatılması, korunması ve geliştirilmesi açılarından yeni yaklaşımlar ve standartlar getiren Çocuk Hakları Sözleşmesi, çocukların yetiştirilmesinde toplumun, devletin ve ailenin sorumluluklarını, yeni ilke ve standartlarla açıklamaktadır.

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuğun sağlığı, gelişimi, eğitimi ve katılımı temel konular olarak ele alınmaktadır. Temel konular çerçevesinde Çİİ önemli yer tutmaktadır. Çİİ'ne ilişkin maddeler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 32, 34, 35, 36 ve 39'uncu maddeleridir.

Madde 19: Anne babaların, vasilerin ya da çocuklardan sorumlu başka herhangi bir kişinin gözetimi altında bulundukları sırada, çocukların her türlü fiziksel, zihinsel şiddet ve baskıdan, ihmal ve kötü muameleden korunmaları için gerekli her türlü önlem alınacaktır. Sözleşme'nin 19'uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet, çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara

maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür.

Madde 32: Devlet, çocuğu, sağlığı, eğitimi ve gelişimi açısından tehlike teşkil eden işlere karşı koruyacaktır.

Madde 34: Devlet, fuhuş ve pornografi dahil, çocuğu cinsel sömürü ve suistimalden koruyacaktır.

Madde 35: Devlet, çocukların satışa, kaçırmaya ve fuhuşa konu olmalarını önlemek üzere her türlü çabayı gösterecektir.

Madde 36: Devlet çocuğun esenliğine herhangi bir şekilde zarar verebilecek başka her türlü sömürüye karşı koruyacaktır.

Madde 39: Devlet, her türlü ihmal, sömürü veya suistimal, işkence yada her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve toplumla yeniden bütünleşmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alacaktır. Sözleşme'nin 39'uncu maddesi, silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunması veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır.

Taraf devletlerin silahlı çatışma, işkence, ihmal, kötü muamele ve sömürü mağduru çocukların sağlıklarına kavuşturulmaları ve toplumla bütünleşmelerini sağlamak amacıyla uygun önlemleri almakla yükümlü oldukları belirtilmektedir. Şiddete maruz kalmış çocukların rehabilitasyonunu bu madde irdelemektedir (Polat, 2001, Öztan, 2005, Polat, 2000, Kepenekçi, 2001, Polat, 1997).

1.5.2.Türk Ceza Kanunu

Türk Hukuk Sistemi'nde Çİİ'ni düzenleyen ayrı bir yasa bulunmamaktadır. Ancak çeşitli yasalarda Çİİ'ne yönelik hükümler mevcuttur (Kara, 2014).

Türk Ceza Kanunu (TCK)'nunda çocuk mağdur olan ve suçu işleyen olarak iki ayrı biçimde korunmaktadır. Ayrıca yaşlar açısından bakıldığında 12 yaş altındaki çocukların cezai sorumluluğu olmadığı için, çocukların yaşları (12 yaş altı, 12-15 yaş ve 15-18 yaşlar gibi) farklı uygulamalara yer verilmektedir. Özellikle çocuklara yönelik işlenen suçlarda ağırlaştırıcı hükümler söz konusu olurken, yaş küçüklüğü nedeniyle suç işleyen çocuklara yönelik koruyucu tedbirler ve ceza indirimleri öngörülmüştür (Uğurlu ve ark.,2014).

Suçun Faili Olarak TCK'da Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Hükümler:Çocuk Koruma Kanununun kapsamı korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında alınacak tedbirler ile suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usûl ve esaslarına, çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri kapsamaktadır (Uğurlu ve ark., 2014).

TCK'ya göre fiili işlediği sıradaki yaşına göre üç gruba ayırmıştır.

1. 12 yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

2. Fiili işlediği sırada 12 yaşını doldurmuş olup da 15 yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların

üçte ikisi indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası altı yıldan fazla olamaz.

3. Fiili işlediği sırada 15 yaşını doldurmuş olup da 18 yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde on dört yıldan yirmi yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan on iki yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu halde her fiil için verilecek hapis cezası sekiz yıldan fazla olamaz (Uğurlu ve ark., 2014).

Suçun Mağduru Olarak TCK'da Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Hükümler:
(Uğurlu ve ark. 2014).

Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişiler kanuna göre şikayet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Ancak, çocukların zarar gördüğü pek çok durumda hakim şikayet şartı aranmaksızın direkt müdahale ederken bakım, eğitim ve destek olma yükümlülüğünde şikayet şartı aranması bu maddeyi görece etkisizleştirmektedir. Çocukların ihmali açısından ele alınabilecek bu sorun, çocukların bunu talep edecek yaşta ve bilinç düzeyinde olmamaları, diğer hakların bilincinde olmalarına olanak sağlayan eğitim hakkından yoksun kalmaları nedeniyle sahip oldukları haklarını bilmiyor olmaları, aile mahremiyeti nedeniyle yakın çevrenin şikayet olasılığının düşük olması ya da kültürel olarak gereksiz bulunması gibi sebepler dikkate alınırsa, şikayet şartı aranması yerine bildirim ya da tespitle direkt müdahalenin daha doğru bir yaklaşım olacağı düşünülebilir. Ayrıca cezanın azlığı caydırıcı olmaktan uzaktır. Zira TCK'na göre iki yıldan az hapis cezaları para cezasına çevrilmektedir.

TCK'da aynı konutta birlikte yaşadığı kişilerden birine karşı kötü muamelede bulunan kimse cezalandırılmaktadır. İdaresi altında bulunan veya büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veya bir meslek veya sanat öğretmekle yükümlü olduğu kişi üzerinde, sahibi bulunduğu terbiye hakkından doğan disiplin yetkisini kötüye kullanan kişiye ceza öngörülmesi özellikle zayıf konumda bulunan kadınların ve çocukların şiddetten korunması amacıyla konulmuş yasa hükümleridir.

TCK’nda suç olarak sayılan diğerk pek çok eylemde (kasten adam öldürme, yaralama, kötü muamele, insanlık onuru ile bağdaşmayacak muamele, dilencilik, bilimsel araştırmalarda denek olarak kullanılmama gibi) çocuklara karşı işlenen suçlarda ağırlaştırıcı hükümler bulunmakta ve çocuklar şiddetin her türünden kanun gücüyle korunmaktadırlar.

Yine TCK’nda çocuklara müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri vermek ya da bunların içeriğini göstermek ve çocuğun fuhşa zorlanması Ek Çocukların Satılmaları, Çocuk Fuhşu ve Pornografisi Konusundaki İsteğe Bağlı Protokol ile uyumlu olarak yasaklanmıştır. Kanun koyucu, çocuğa yönelik cinsel istismarı geniş olarak düzenlemiştir.

1.6. Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesinde Hemşirelerin Rollerı

Çİİ’nin önlenmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Çünkü hemşireler değerlendirme, sevk etme, eğitim gibi becerilere sahip olduklarından sorunlarla baş etme, sosyal destek sağlama, sosyal rolleri yeniden kazanma ve sürdürme, sağlığı koruma ve iyilik halini sürdürme gibi konularda bireylere yardımcı olmaktadır. Bu nedenle Çİİ’nin değerlendirilmesinde, risk etmenlerinin belirlenmesinde, istismar mağdurlarının gerekli kurumlarla işbirliği içinde tedavisinin sağlanmasında ve izlenmesinde bu becerilerini kullanmakta ve istismarı önlemeye yönelik programlar geliştirmekte ve uygulamaktadırlar (Yılmaz, 2013).

Hemşire, çocuğun yetişkinlere davranışlarını iyi gözleyip değerlendirmelidir, ihmal ve istismara uğrayan çocuklar yetişkinlerin yaklaşımlarından sıklıkla korkarlar ve huzursuz olurlar. Bu nedenle hemşire, gözlemine çok dikkatli yapmalı ve çocukla güven verici olumlu ilişki kurmak için çaba sarfetmelidir. Hemşire çocukla oynamalı, çocuğa karşı dürüst ve sevgi dolu davranarak güvenini kazanmalıdır(Altunsu, 2004).

İstismar veya ihmalle sağlık kurumuna başvuran ailelerde tedavinin amacı; çocuğu koruma, aile veya çocuğa bakan kişiyi destekleyerek rehabilite etmektir. Ancak, çocuğa bakan kişi rehabilite edilip, çocuğu gideceği bir ortam hazırlandıktan sonra çocuk eve gönderilmelidir (Altunsu, 2004).

Sağlık hizmeti bir ekip işidir. Bu ekip; adli tıp uzmanları, çocuk hekimleri, jinekologlar pratisyen hekimler, çocuk cerrahları gibi doktorlar, hemşire, sosyolog, psikolog, demekler vb.den oluşmaktadır. Bu ekip içinde hemşirenin rolü çok önemlidir. Hemşire öncelikle bu değişik disiplinler arasında ilişki kurmada yardımcı olmalıdır (Altunsu, 2004).

Sağlık kurumuna başvuran ailenin endişe ve korkusunun ne yönde olduğu gözlenmelidir. Çocuğunu ihmal veya istismar eden aileler korku ve endişelidir. Ancak bu korku çocuğu tedavisine yönelmemiştir (Altunsu, 2004).

Hemşire bu gözlemlerine ek olarak ailenin yaşam koşulları, sosyoekonomik kültürel düzeyi, aile içi ve çevre ile ilişkileri hakkında veri toplamalıdır. Ancak bu bilgilere sahip olan bir hemşire ihmal ve istismar edilen çocuk ve aileyi erken tanımada, bu durumun önlenmesinde çocuk, aile ve topluma yardımcı olabilir (Altunsu, 2004).

Hemşirenin aileye olumlu yaklaşımı hemşire-aile arasındaki ilişkinin gelişmesine yardım ederek terapötik bir ortamın oluşmasını sağlayacaktır. Hemşire topladığı tüm bu verilerin ışığı altında ebeveynlerin aile oluşturabilme yeteneğine ve kendisinin onlara yardım edebilme becerisini belirlemeye çalışarak ailelere yardımcı olmak için çaba sarf etmelidir (Altunsu, 2004).

Hemşirenin aileyi, çocuğu dönüşüne hazırlaması çok önemlidir. Tüm bu yaklaşım ve eğitime rağmen bazen aile ile terapötik bir ilişki kurulamaz ve ailede bir gelişme sağlanamaz. Bu durumda en iyi yol çocuğu aileden uzaklaştırılmasıdır (Altunsu, 2004).

Hemşireler Çİİ' nin tanınması ve önlenmesinde önemli bir role sahip olup, araştırmamız heşirelerin bu konudaki bilgi ve yaklaşımlarının değerdendirilmesi ve konu ile ilgili eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Çocuk ihmal ve istismarının tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolü olan hemşirelerin konu ile ilgili bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını değerlendirmek amacı ile yapılmış olan tanımlayıcı bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ankara İli Keçiören ilçesinde yer alan Gülhane Askeri Tıp Akademisi(GATA) Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşireler arasında 01 Kasım 2014-31 Ocak 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni olarak, Ankara İli Keçiören ilçesinde yer alan GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşireler alınmıştır. Toplam çalışan hemşire sayısı 690'dır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında 125 hemşire doğum izninde, yıllık izinde ve raporlu olduğu için evren 565 kişi olarak alınmıştır. 85 kişiarastırmaya katılmayı kabul etmediği için evrenimizin %91'ine ulaşılmıştır (n=436).

2.4. Araştırmanın hipotezleri

Çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyi açısından gruplar arasında fark vardır.

1. Hemşirelerin yaşı ve meslekte çalışma süreleri Çİİ'ne yönelik bilgi düzeyini etkiler. Yaş ve meslekte çalışma süresi arttıkça bilgi düzeyi de artar.

2. Lisans eğitimi sürecinde ve sonrasında Çİİ'ne yönelik eğitim/bilgi alan hemşirelerin bilgi düzeyleri lisans eğitimi sürecinde ve sonrasında eğitim/ bilgi almayanlardan yüksektir.
3. Lisans mezunu (4 yıllık) hemşirelerin Çİİ'ne yönelik bilgi düzeyleri sağlık meslek lisesi(kolej) mezunu olan hemşirelerden yüksektir.
4. Çocuklara hizmet veren bir bölümde çalışmış/çalışan hemşirelerinÇİİ'ne yönelik bilgi düzeyi çalışmayanlara göre daha yüksektir.
5. Hemşirelerin medeni durumu ve çocuk sahibi olma durumu Çİİ'ne yönelik bilgi düzeylerini etkiler. Evli/evlenmiş ve çocuk sahibi olan hemşirelerin bilgi düzeyi daha yüksektir.
6. Hemşirelerin ihmal veya istismar olgusuyla karşılaşma durumları Çİİ'ne yönelik bilgi düzeylerini etkiler. Olguyla karşılaşanların bilgi düzeyi karşılaşmayanlardan daha yüksektir.

2.5. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri:

Hemşirelerin Çİİ'ninBelirti ve Risklerini Tanılamaya YönelikÖlçek'ten elde ettikleri genel bilgi puanı ve alt ölçek bilgi puanları bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri,

- Yaş
- Meslekte çalışma süresi
- Halen çalıştıkları birim
- Çocuk ile ilgili bir birimde çalışmış olma durumu
- Mezuniyet öncesi ve sonrasında çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim alma durumu
- Medeni durum
- Çocuk sayısı
- Olguyla karşılaşma durumu

2.6. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm kişisel bilgi formu ve ikinci bölümü ise Uysal A. Tarafından geliştirilen “Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Ölçek” ten oluşmaktadır (Bakınız EK-1). Veri formları yüz-yüze yöntemle araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Soru formunun birinci bölümü katılımcıların demografik özellikleri, Çİİ konusundaki görüş ve yaklaşımlarını kapsayan 32 sorudan oluşmakta ve hemşirelerin demografik özelliklerini, eğitim ve mesleki bilgilerini ve mesleki deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak benzer konudaki çalışmalarından alan yazından derlenerek hazırlanmıştır. Bu bölümde yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslekte çalışma yılı, çalışılan bölüm, kendi bildirimleri ile Çİİ konusunda bilgi düzeyleri, mezuniyet öncesi ve sonrası Çİİ konusunda eğitim alma durumları ve alınan eğitimin yeterliliği, daha önce Çİİ, olgusu ile karşılaşma durumları, olgu ile karşılaşılan durumlarda zorlanılan konular, çalışılan kurumda Çİİ’ ne yönelik prosedür varlığı ve yeterliliği, Çİİ olgusu ve şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumları, bildirim yapanların nasıl bir bildirim yapacakları, bildirim yapmayanların bildirim yapmama nedenleri, Çİİ vakası tanı aşamasında olması gereken branşlar, çocuk koruma birimleri ve çocuk izlem merkezleri konusunda bilgi durumları, en son soru olan Çİİ’nde hemşirenin rolüne verdikleri cevaplar değerlendirilmiştir.

Soru formunun ikinci bölümünde Uysal A., tarafından “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına” yönelik geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Ölçek;

- İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (19 madde)
- Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler (15 madde)
- İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (7 madde)
- İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri (13 madde)
- İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri (5 madde)

- Çocuk İhmal ve İstismarında Ailesel Özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt grubu bulunan hemşirelerin bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik toplam 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir.

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 alann 1,2,4,6,7,9,11,13, 15,17,18,19, 20,21,22,23,24,25,26,29,31,33,35,36,37,38,39,40,43,44,45,47,48,50,51,52,53,55, 57,58,60,62,64,65,66,67 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.

Puan ortalaması 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir.

Uysal tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,92 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise 0,93olarak bulunmuştur.

Hazırlanan soru formları hekimlere araştırmacı tarafından, yüz yüze yöntemle doldurulmuştur. Araştırmacı önce kendini tanıtmış ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapmış ve her katılımcıdan gönüllü olur formu almıştır. Anket formunda anlaşılmayan noktalarda gerekli açıklamalar yapılmıştır. Soru formunun doldurulması ortalama 30-45 dakika sürmüştür. Bu süre bazen hemşirelerin ankete yönelik soruları ve iş yoğunlukları nedeni ile uzamıştır.

2.7. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmaya GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onaylandıktan sonra başlanmıştır.

- Araştırma örneklemini oluşturacak hemşirelere,
- Araştırmaya katılan hemşirelere gönüllü olur formu ile, çalışmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak **isteklilik**, **gönüllülük** ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için **“bilgilendirilmiş izin”** alınmıştır.
- Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, katılmalarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve **“otonomi”** ilkesine saygı gösterilmiştir.
- Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **“sadakat-gizlilik”** ilkesine bağlı kalınmıştır.
- **“Zarar vermeme- yarar sağlama ”** ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinde risk oluşturan durumlardan korunmaları, bakım ve tedavinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlanmıştır.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS for Windows 20 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler kesikli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma (minimum - maksimum) olarak, kategorik değişkenler ise kişi sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sayısal değişkenlerden ortalama $\pm$ standart sapma olarak gösterilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Sayısal verilerin iki kategorili gruplar arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız örneklemelerde t testi ile, 3 kategorili gruplar arasındaki karşılaştırmalarda ANOVA testi kullanılmış, ANOVA testinde anlamlı bulunan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları Bonferroni testi ile incelenmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare ve Fisher'in

Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tek yönlü analizi takiben etkili olduğu tespit edilen değişkenler çok yönlü regresyon analizine alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar %95 güven aralığında yapılmıştır.

2.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Soru formlarının doldurulması aşamasında hemşirelerin ankete yönelik anlaşılmayan soruları olabileceği düşünüldüğünden tüm merkezlere araştırmacı tarafından gidilmiş, formlar sadece araştırmacı tarafından yüz yüze yapılmıştır.

Araştırma GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin konuya ilişkin durumlarını yansıtmaktadır.

3. BULGULAR

Araştırmaya GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 436 hemşire katılmıştır. Araştırma bulguları aşağıda belirtilen dört başlıkta ele alınmıştır.

3.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri

3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusundaki Görüşleri

3.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

3.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyini ile İlişkili Etmenlerin Değerlendirilmesi

3.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş ortalaması $29,9 \pm 6,5$ olarak bulunmuştur. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde; 24 yaş ve altı ($n=117$, %26,8), 25-29 yaş arası ($n=127$, %29,1), 30-34 yaş arası ($n=76$, %17,4), 35-39 yaş arası ($n=69$, %15,8), 40-44 yaş arası ($n=34$, %7,7), 45 yaş ve üzeri ($n=13$, %2,9) olarak dört grup olduğu görülmüştür (Bakınız Çizelge 3.1.1.).

Katılımcıların %0,7'sinin ($n=2$) sağlık meslek lisesi, %3,2'sinin ($n=14$) ön lisans, %88,8'inin ($n=388$) lisans ve %7,3'ünün ($n=32$) yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %47,9'u ($n=209$) evli, %51,1'i ($n=223$) bekâr, %0,9'u diğer (dul) olarak medeni durumunu belirtmiştir.

Katılımcıların %65,8'i ($n=287$) çocuk sahibi değil iken, %34,2'sinin ($n=149$) çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.1.1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
≤24	117	26,8
25-29	127	29,1
30-34	76	17,4
35-39	69	15,8
40-44	34	17,7
>45	13	2,9
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	2	0,7
Ön Lisans	14	3,2
Lisans	388	88,8
Yüksek Lisans	32	7,3
Medeni Durum		
Evli	209	47,9
Bekar	223	51,1
Diğer(dul)	4	0,9
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Hayır	287	65,8
Evet	149	34,2
1	100	67,1
2	46	30,9
3	3	2,0
TOPLAM	436	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %93,1'inin (n=406) lisansüstü bir eğitim programına katılmadığı, %6,9'unun (n=30) lisansüstü bir eğitim programına katıldığı saptanmış, eğitime katılanların %23,3'ü çocuk sağlığı, %23,3'ü cerrahi hastalıklar, %3,3'ü iç hastalıkları, %3,3'ü hemşirelik esasları, %13,3'ü kadın hastalıkları ve doğum, %20'si halk sağlığı, %3,3'ü psikiyatri, %3,3'ü sosyoloji ve %6,7'i hastane ve sağlık kurumları yönetimi ile ilgili eğitim aldıkları görülmüştür (Bakınız Çizelge 3.1.2.).

Çizelge 3.1.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Lisansüstü Eğitim Durumlarının Dağılımı

Lisansüstü eğitim programına katılma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	406	93,1
Evet	30	6,9
Çocuk Sağlığı	7	23,3
Cerrahi	7	23,3
İç Hastalıkları	1	3,3
Hemşirelik Esasları	1	3,3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	4	13,3
Halk Sağlığı	6	20
Psikiyatri Hemşireliği	1	3,3
Sosyoloji	1	3,3
Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi	2	6,7
TOPLAM	436	100,0

Katılımcıların %26,4'ünün (n=115) mesleki yaşamının herhangi bir döneminde çocuklara hizmet veren bir bölümde çalıştığı saptanmış ve çalışanların da %61,7'sinin (n=71) çocuk sağlığı, %2,6'sinin (n=3) üroloji, %13,9'unun (n=16) çocuk cerrahisi, %9,6'sinin (n=11) dış biriminde, %12,2'sinin (n=14) kadın doğumda çalıştığı saptanmıştır (Bakınız Çizelge 3.1.3).

Çizelge 3.1.3. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuklara Hizmet Veren Bir Bölümde Çalışma Durumlarının Dağılımı

Çocuklara hizmet veren bir bölümde çalışma durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	321	73,6
Evet	115	26,4
Çocuk Sağlığı	71	61,7
Üroloji	3	2,6
Çocuk Cerrahi	16	13,9
Dış Birimi	11	9,6
Kadın Hastalıkları ve Doğum	14	12,2
TOPLAM	436	100,0

Çizelge 3.1.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Dağılımı

Halen çalıştığı bölüm	Sayı	Yüzde
Çocuk Hastalıkları	50	11,5
Kalp Damar Cer.	38	8,3
Genel Cer.	28	6,4
Dâhiliye Yoğun Bakım	27	6,2
Kardiyoloji	23	5,3
Acil	24	5,5
Anestezi	20	4,6
Göğüs Hastalıkları	19	4,4
Dâhiliye	18	4,1
Beyin Cerrahisi	16	3,7
Üroloji	13	3,0
Nöroloji	13	3,0
Hematoloji	13	3,0
Kadın Hastalıkları ve Doğum	13	3,0
Yanık	12	2,8
Onkoloji	12	2,8
Plastik Cer.	11	2,5
Endokrin	11	2,5
Dermatoloji	11	2,5
Ortopedi	10	2,3
Hemşirelik Birimi	7	1,6
Biyokimya	7	1,6
Kulak Burun Boğaz	6	1,4
Nefroloji	6	1,4
Göğüs Cerrahisi	5	1,1
Diş	4	0,9
A Polikliniği	4	0,9
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	4	0,9
Kan Bankası	3	0,7
Alerji	2	0,5
Gastroenteroloji	1	0,2
Çocuk Cerrahisi	1	0,2
Romatoloji	1	0,2
Göz Hastalıkları	1	0,2
Nükleer Tıp	1	0,2
Psikiyatri	1	0,2
TOPLAM	436	100,0

Katılımcıların çalıştıkları bölümler Çizelge 3.1.4.'de detaylı olarak gösterilmiştir.

3.2. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusundaki Görüşleri

Katılımcıların “Çocuk ihmali ve istismarı konusunda güçlü olduğunuz, iyi bildiğiniz, aklınıza ilk gelen 3 konu başlığını belirtiniz” sorusuna verdikleri cevaplar Çizelge 3.2.1’te gösterilmektedir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%52,1) fiziksel istismar yanıtını verirken, bunu sırasıyla; duygusal istismar (%16,3), çocuk işçiler (%14,0), ihmal (%12,6) izlemektedir (Bakınız Çizelge 3.2.1.)

Katılımcıların “Çocuk ihmali ve istismarı konusunda merak ettiğiniz, öğrenmek istediğiniz, aklınıza ilk gelen 3 konu başlığını belirtiniz” sorusuna verdikleri cevaplar Çizelge 4.2.1’de gösterilmektedir. Buna göre katılımcılarda istismar (%18,8), ihmal (%10,6) çocuk hakları (%9,4), internette istismar (%8,9), başvurulacak yerler (%8,3), ekonomik istismar (%8,3) konu başlığı olarak öne çıkmaktadır.

Çizelge 3.2.1. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda İyi Bildikleri, Merak Ettikleri Konu Başlıklarının Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda güçlü olunan, iyi bilinen, akla ilk gelen konu başlıkları		
Fiziksel İstismar	227	52,1
Duygusal İstismar	71	16,3
Çocuk İşçiler	61	14,0
İhmal	55	12,6
Çocuk Gelinler	24	5,5
Çocuğu Koruma	8	1,8
Çocuk Hakları	6	1,4
İnternette İstismar	5	1,1
Genel Özellikler	4	0,9
Çocuğa Yaklaşım	3	0,7
İlgili Birimler	1	0,2
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda merak edilen, öğrenmek istenilen, akla ilk gelen konu başlıkları		
İstismar	82	18,8
İhmal	46	10,6
Çocuk Hakları	41	9,4
İnternette İstismar	39	8,9
Ekonomik İstismar	36	8,3
Başvurulacak Yerler	36	8,3
Verilen Cezalar	35	8,0
Duygusal İstismar	25	5,7
Yürütülen Programlar	19	4,4
Çocuk İzlem Merkezi	17	3,9
Çocuğa Yaklaşım	17	3,9
Hemşirenin Rolü	13	3,0
Çocuk İşçiler	8	1,8
Sosyal Hizmet Yönetimi	6	1,4
Ailenin Tepki Kontrolü	5	1,1
Çocuk Cezaları	4	0,9
Ana Baba İstismar Oranı	4	0,9
Bakıcı İstismarı	1	0,2
Nasıl Önlenir	1	0,2
Toplumsal Algılanış	1	0,2
TOPLAM	436	100,0

Katılımcıların %18,3'ü (n=80) Çİİ konusunda mezuniyet öncesi/lisans/ön lisans eğitim süresince eğitim/bilgi aldıklarını belirtmiştir. Eğitim/bilgi alan katılımcıların ortalama eğitim süresi $4,0 \pm 2,8$ saat olarak bulunmuş, eğitim/bilgi alan katılımcıların içerik ve süre açısından değerlendirilmesi dikkate alındığında ise; %12,5'inin (n=10) yeterli, % 61,3'ünün (n=49) kısmen yeterli ve %26,3'ünün (n=21) yetersiz olarak değerlendirdiği görülmüştür (Bakınız Çizelge 3.2.2).

Katılımcıların %3,7'si (n=16) Çİİ konusunda mezuniyet sonrası eğitim/bilgi aldıklarını belirtmiş, eğitim/bilgi alan katılımcıların ortalama eğitim süresi $4,0 \pm 2,8$ saat olarak bulunmuştur. Eğitim/bilgi alan katılımcıların içerik ve süre açısından değerlendirilmesi dikkate alındığında; %31,3'ü (n=5) yeterli, %56,3'ü (n=9) kısmen yeterli ve %12,5'i (n=2) yetersiz olarak değerlendirmiştir (Bakınız Çizelge 3.2.2).

Katılımcıların %12,6'sı (n=55) çalışma süresi boyunca Çİİ olgusu ile karşılaştığını ifade etmiştir. Çalışma süresi boyunca Çİİ olgusu ile karşılaşan katılımcıların %20'si ihmal, %36,4'ü fiziksel istismar, %16,4'ü duygusal istismar, %16,4'ü cinsel istismar, %5,5'i ekonomik istismar ve %5,5'i internette istismar ile karşılaştığını belirtmiştir (Bakınız Çizelge 3.2.2).

Çalışma süresi boyunca Çİİ olgusu ile karşılaştığını ifade eden katılımcıların %45,5'i olgu ile ilgili herhangi bir aşamada zorlandığını ifade etmiştir. Bu katılımcıların %52'si öykü, %16'sı kayıt tutma, %20'si fizik muayene, %48'i gerekli kurum ile iletişim ve %48'i yasal süreç ile ilgili zorlandığını belirtmiştir (Bakınız Çizelge 3.2.2.).

“Çocuk ihmali ve istismarı şüphesi ile karşılaşır iseniz ilk ne yaparsınız” sorusuna katılımcıların çoğunluğu (%47,2) polise haber veririm ifadesini kullanırken, bunu sırasıyla ilgili birimlere haber veririm (%23,6) ve tutanak tutarım (%9,9) izlemiş, diğer ifadeler Çizelge 3.2.2.'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.2.2. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim ve Bilgi Alma, Olgu ile Karşılaşma ve Zorlanma, İlk Yapılan Müdahale Durumlarının Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Mezuniyet öncesi eğitiminde çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim/bilgi alma durumu		
Hayır	356	81,7
Evet	80	18,3
Mezuniyet öncesi eğitim içerik ve süre açısından değerlendirme		
Kısmen Yeterli	49	61,3
Yetersiz	21	26,3
Yeterli	10	12,5
Mezuniyet sonrası eğitiminde çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim/bilgi alma durumu		
Hayır	420	96,3
Evet	16	3,7
Mezuniyet sonrası eğitim içerik ve süre açısından değerlendirme		
Kısmen Yeterli	9	56,3
Yeterli	5	31,3
Yetersiz	2	12,5
Çalışma süresi boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaşma durumu		
Karşılaşmayan	381	87,4
Karşılaşan	55	12,6
Karşılaştığınız Olgu/Olgular Grubu		
Fiziksel İstismar	20	36,4
İhmal	11	20,0
Duygusal İstismar	9	16,4
Cinsel İstismar	9	16,4
Ekonomik İstismar	3	5,5
İnternette İstismar	3	5,5
Olgu ile ilgili herhangi bir aşamada Zorlanma Durumu		
Hayır	30	54,5
Evet*	25	45,5
Öykü	13	52,0
Gerekli Kurum İletişim	12	48,0
Yasal Süreç	12	48,0
Fizik Muayene	5	20,0
Kayıt Tutma	4	16,0
Çocuk ihmali ve istismarı şüphesi ile karşılaşır iseniz ilk yapılacak müdahaleler		
Polise Haber Veririm	206	47,2
İlgili Birimlere Haber Veririm	103	23,6
Tutanak Tutarım	43	9,9
Doktora Haber Veririm	30	6,9
Emin Olmaya Çalışırım	16	3,7
Çocuğu Korumaya Alırım	13	2,9
Ekiple Konuşurum	8	1,8
Bilgi Edinirim	6	1,4
Pembe Kod	3	0,7
Psikolojik Destek	3	0,7
İstismarcıyla Konuşurum	3	0,7
Fizik Muayene Yaparım	2	0,5
TOPLAM	436	100,0

*(bir kişi birden çok seçeneği belirtmiştir)

Katılımcıların %5,0'i (n=22) kurumunda Çİİ'ne yönelik düzenlenen bir form/prosedür olduğunu belirtmiştir. Kurumunda Çİİ'ne yönelik düzenlenen bir form/prosedür olduğunu belirten katılımcıların %22,7'si prosedürü yeterli, %50,0'si kısmen yeterli ve %27,3'ü yetersiz bulmuştur (Bakınız Çizelge 3.2.3.).

Katılımcıların %96,1'i (n=419) Çİİ şüpheli bir durumda bildirim yapacaklarını belirtmiş ve bildirim yaparım diyen katılımcılarda bildirim türü incelendiğinde; %29,4'ü "adli rapor tutarım", %19,6'sı "İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne rapor yazarım", %77,6'sı "Polise haber veririm", %0,5'i "Doktora haber veririm", %1,7'si "Cumhuriyet Savcılığı'na yazılı bildirim yaparım", %0,7'si "Klinik şefe haber veririm" ifadesini kullanmış.

"Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapmama nedeni" incelendiğinde katılımcıların %70,6'sı "Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için", %11,8'i "Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için", %5,9'u "Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için", %5,9'u "Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için", %5,9'u "Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için" ifadesini kullanmıştır.

Çizelge 3.2.3. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarına yönelik prosedür varlığı, Şüpheli Bir Durumda Bildirim Yapma ve Yapmama Nedenleri Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik düzenlenen bir form/prosedür varlığı		
Hayır	414	95,0
Evet	22	5,0
Prosedür yeterliliği		
Yeterli	5	22,7
Kısmen yeterli	11	50,0
Yetersiz	6	27,3
Çocuk ihmal ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapma durumu		
Hayır	17	3,9
Evet	419	96,1
Adli rapor tutarım	123	29,4
Polise haber veririm	325	77,6
İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne rapor yazarım	82	19,6
Cumhuriyet Savcılığına yazılı bildirim yaparım	7	1,7
Klinik şefe haber veririm	3	0,7
Doktora haber veririm	2	0,5
Çocuk ihmal ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapmama nedeni		
Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için	12	70,6
Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için	2	11,8
Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için	1	5,9
Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için	1	5,9
Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için	1	5,9

Çoktan seçmeli olarak sorulan “Çocuk ihmal ve istismarı olgularının tanı aşamasında mutlaka olması gereken branşlar nelerdir” sorusuna katılımcıların %91,7’sinin “Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı”, %23,2’sinin “Adli tıp uzmanı”, %95,6’sının “Çocuk ruh sağlığı uzmanı”, %11,7’sinin “Erişkin psikiyatrist”, %47,7’sinin “Sosyal hizmetler uzmanı”, %32,1’inin “Çocuk cerrahı”, %8,3’ünün “Ortopedist”, %10,8’inin “Kadın doğum uzmanı”, %6,9’unun “Beyin cerrahı”, %76,6’sının “Çocuk hemşiresi” ve 1 katılımcı da diğer olarak belirtti (Bakınız Çizelge 3.2.4).

Katılımcıların %9,4’ü (n=41) çocuk koruma birimleri, katılımcıların %6,7’si (n=29) ise; Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 3.2.4. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Tanı Aşamasında Mutlaka Olması Gerektiğini Düşündükleri Uzmanlık Alanlarının, Çocuk Koruma ve Çocuk İzleme Merkezleri ile ilgili Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Çocuk ihmal ve istismarı olgularının tanı aşamasında mutlaka olması gereken uzmanlık alanları		
Çocuk ruh sağlığı uzmanı	417	95,6
Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı	400	91,7
Çocuk hemşiresi	334	76,6
Sosyal hizmetler uzmanı	208	47,7
Çocuk cerrahı	140	32,1
Adli tıp uzmanı	101	23,2
Erişkin psikiyatrist	51	11,7
Kadın doğum uzmanı	47	10,8
Ortopedist	36	8,3
Beyin cerrahı	30	6,9
Diğer	1	0,2
Çocuk koruma birimleri konusunda bilgi sahibi olma durumu		
Hayır	395	90,6
Evet	41	9,4
Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda bilgi sahibi olma durumu		
Hayır	407	93,3
Evet	29	6,7
TOPLAM	436	100,0

Katılımcıların %64,9'u "İnternette istismar", %36'sı "Cinsel istismar, %37,2'si "Ekonomik istismar", %19,7'si "İhmal", %18,8'i "Duygusal istismar" ve %17'si "Fiziksel istismar" konularını en çok bilgi almak istedikleri başlık olarak belirlemişlerdir (Bakınız Çizelge 3.2.5).

Katılımcıların %6,0'sı (n=26) yakın çevresinde ihmal ve istismara uğrayan birisi olduğunu belirtirken, istismar türü olarak %30,8'i "fiziksel istismar", %23,1'i "duygusal istismar", %19,2'si "cinsel istismar", %15,4'ü "ihmal" ve %11,5'i "ekonomik istismar" olduğunu belirtmiştir.

"Çocuk ihmal ve istismarında hemşirenin rolü nedir" sorusu yöneltilen katılımcıların %25,5'i "fark etme", %20,9'u "bildirim yapma", %18,1'i "destek olma", %13,1'i "gözlem yapma" ifadelerini belirtmiş, diğer ifade edilen roller Çizelge 3.2.5. 'te detaylı olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.2.5. Katılımcıların En Çok Bilgi Almak İstedikleri Konu Başlığı, Yakın Çevrede İhmal veya İstismar Varlığı ve Çocuk İhmal ve İstismarında Hemşirenin Rolü Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
En çok bilgi almak istenilen konu başlığı		
İnternette İstismar	283	64,9
Ekonomik İstismar	162	37,2
Cinsel İstismar	157	36
İhmal	86	19,7
Duygusal İstismar	82	18,8
Fiziksel İstismar	74	17
Yakın çevresinde ihmal ve istismara uğrayan birisinin olması durumu		
Hayır	410	94
Evet	26	6
Fiziksel İstismar	8	30,8
Duygusal İstismar	6	23,1
Cinsel İstismar	5	19,2
İhmal	4	15,4
Ekonomik İstismar	3	11,5
Çocuk ihmal ve istismarında hemşirenin rolü		
Fark Etme	111	25,5
Bildirim Yapma	91	20,9
Destek Olma	79	18,1
Gözlem Yapma	57	13,1
Hemşirelik Bakımı	43	9,9
Koruyucu Olma	30	6,9
Bilgi Verme	28	6,4
İletişim Kurma	18	4,1
Fizik Muayene	11	2,5
Prosedür Uygulama	9	2,1
Kayıt Tutma	8	1,8
Ekiple İşbirliği	7	1,6
Önlem Alma	6	1,4
Savunucu Olma	6	1,4
TOPLAM	436	100,0

3.3. Araştırmaya Katılan HemşirelerinÇocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği'nde yer alan 67 soruya verdikleri yanıtların dağılımı ayrıntılı olarak Ek-2' de yer almaktadır. Katılımcıların ölçeğe verdiği yanıtlar önce genel olarak, daha sonra alt ölçeklerde en çok doğru ve en çok yanlış yanıtlanan sorular olarak ele alınmıştır.

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.”(n= 433) olmuştur.

Çizelge 3.3.1. Katılımcıların “Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğe” En Çok Doğru Yanıt Verdikleri Sorular ve ortalama Puanlarının Dağılımı

Sorular	Ortalama puan± St. Sapma
Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	4,37±0,81,
Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	4,58±0,79,
Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	4.45±0,78
Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	4,43±0,68
Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması Çocuk İhmal ve İstismarı açısından bir risktir.	4,34±0,69,
Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların İhmal ve istismar edilmesine yol açar.	4,33±0,76

Katılımcılar yanıtı negatif olan “İhmal ve istismara uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.” ve “İhmal ve istismara uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.” sorularına çoğunlukla yanlış cevap vermişlerdir.

Çizelge 3.3.2. Katılımcıların “Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğe” En Az Doğru Yanıt Verdikleri Sorular ve ortalama Puanlarının Dağılımı

Sorular	Ortalama puan± St. Sapma
Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	3,45±0,1
Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla İhmal ve istismar ederler.	3,17±1,0
Çocuğun cinsiyetinin İhmal ve istismarda önemi yoktur.	3,60±1,1
Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması Çocuk İhmal ve İstismarında önemli bir faktör değildir.	3,00±0,9
Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	2,50±0,8
İhmal ve istismara uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	1,85±0,9

Katılımcıların “Çocuk İhmal ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğe” verdikleri yanıtların ortalama puanları alt ölçeklerle incelendiğinde; “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” başlığı altında en çok doğru yanıt verilen “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.” seçeneğine ait ortalama puan düzeyi 4,37±0,81, en az doğru yanıt verilen “Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz” seçeneğine ait ortalama puan düzeyi 2,5±0,8 olarak saptanmıştır.

“Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” başlığı altında en çok doğru yanıt verilen “Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.”, seçeneğine ait ortalama puan düzeyi 4,58±0,79, en az doğru yanıt verilen “İhmal ve istismara uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.” seçeneğine ait puan ortalaması 1,85±0,88 olarak saptanmıştır.

“İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri” başlığı altında en çok doğru yanıtı verilen “Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.” seçeneğine ait ortalama puan düzeyi 4.45 ± 0.78 , en az doğru yanıtı verilen “Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.” seçeneğine ait puan ortalaması 3.45 ± 0.1 olarak saptanmıştır.

“İhmal Ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri” başlığı altında en çok doğru yanıtı verilen “Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması Çocuk İhmal ve İstismarı açısından bir risktir” seçeneğine ait ortalama puan 4.43 ± 0.68 , en az doğru yanıtı verilen “Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla İhmal ve istismar ederler.” seçeneğine ait ortalama puan 3.17 ± 1.0 olarak saptanmıştır.

“İhmal Ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri” başlığı altında en çok doğru yanıtı verilen, “Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.” seçeneğine ait ortalama puan 4.34 ± 0.69 , en az doğru yanıtı verilen “Çocuğun cinsiyetinin İhmal ve istismarda önemi yoktur.” seçeneğine ait ortalama puan 3.6 ± 1.1 olarak saptanmıştır.

“Çocuk İhmali Ve İstismarında Ailel Özellikler” başlığı altında en çok doğru yanıtı verilen “Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların İhmal ve istismar edilmesine yol açar.” seçeneğine ait ortalama puan 4.33 ± 0.76 , en az doğru yanıtı verilen “Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması Çocuk İhmal ve İstismarında önemli bir faktör değildir.” seçeneğine ait ortalama puan 3.00 ± 0.9 olarak saptanmıştır.

Alt ölçeklere ait ortalama puanlar Çizelge 3.3.3.' de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Çizelge 3.3.3. Katılımcıların “Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Alt Ölçeklere ait Ortalama Puanlarının Dağılımı

Alt Ölçekler	Ortalama puan± St. Sapma
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	3,9±0,4
Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler	3,9±0,4
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	4,3±0,6
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,7±0,5
İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri	3,8±0,6
Çocuk İhmali ve İstismarında Ailesel Özellikler	3,9±0,5
Çocuk İhmali ve İstismarında Genel Bilgi Puanı	3,9±0,4

Bulguların bu bölümünde katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalamaları bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Ölçekten alınan puanın 5'e yaklaşması doğru yanıtı, 3'ün altında kalması ise yanlış yanıtları göstermektedir. Araştırma grubunun hem genel bilgi puanı hem de alt ölçek puan ortalamaları 3'ün üzerinde bulunmuştur. En yüksek puan ortalaması “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeğinden elde edilmiştir (4,3±0,6), en düşük ise “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçeğinden elde edilmiştir (3,7±0,5).

Çİİ genel ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarının ilk olarak yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların yaşları iki grup şeklinde ele alınmış; 30 yaşın üzerinde olan katılımcılarda Çİİ genel bilgi puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.3.4, $p<0,005$). Yaş gruplarına göre alt ölçek grupları arasında karşılaştırma yapıldığında ise “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” ,“İhmal Ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri”ne ait puan ortalamaları, 30 yaş ve altında olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. “Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler” “İhmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri” ve “Çocuk İhmali ve İstismarında ailesel özelliklerine” dair puan ortalamaları ise yaş grupları açısından anlamlı farklılık göstermemiştir (Bakınız Çizelge 3.3.4).

Çizelge 3.3.4. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Değişkenler	Fiziksel belirtileri Ort±St.S	Davranışsal belirtiler Ort±St.S	İhmalin belirtileri Ort±St.S	Ebeveyn özellikleri Ort±St.S	Çocukların özellikleri Ort±St.S	Ailesel özellikler Ort±St.S	Genel Bilgi Puanı Ort±St.S
Yaş Grupları							
≤30 (n=266)	3,7±0,4	3,9±0,4	4,1±0,6	3,7±0,5	3,6±0,6	3,9±0,5	3,7±0,4
>30(n=170)	3,9±0,4	3,9±0,3	4,3±0,6	3,8±0,4	3,9±0,6	3,9±0,4	4,0±0,4
P değeri	<0.001	0.809	0.021	0.161	0.005	0.578	0,005
Eğitim Durumu							
Sağlık Meslek Lisesi(n=2)	3,4±0,4	3,5±0,2	3,2±0,5	3,1±0,1	3,0±0,2	3,3±0,2	3,3±0,2
On Lisans(n=14)	3,5±0,5	3,6±0,7	3,7±0,9	3,5±0,6	3,5±0,7	3,6±0,7	3,4±0,5
Lisans(n=388)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,3±0,6	3,8±0,4	3,8±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
Yüksek Lisans(n=32)	3,9±0,3	4,0±0,4	4,2±0,6	3,7±0,5	3,7±0,7	4,0±0,4	4,0±0,4
P değeri	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0,001
Medeni Durum							
Evli (n=209)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,3±0,6	3,8±0,5	3,8±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
Bekar(n=223)	3,8±0,4	3,9±0,4	4,2±0,6	3,7±0,5	3,7±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
Dul(n=4)	3,6±0,5	3,5±0,4	3,2±0,4	3,0±0,2	3,1±0,3	3,2±0,4	3,3±0,3
P değeri	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0,001
Çocuk Sahibi Olma Durumu							
Hayır(n=287)	3,8±0,4	3,9±0,4	4,2±0,6	3,7±0,4	3,7±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
Evet(n=149)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,3±0,7	3,8±0,5	3,9±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
P değeri	0.125	0.748	0.257	0.431	0.007	0.749	0,999
Çocuk Sayısı							
1 çocuk (n=100)	4,0±0,4	3,9±0,4	4,4±0,6	3,8±0,5	3,9±0,5	4,0±0,5	4,0±0,4
2 çocuk(n=46)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,3±0,7	3,8±0,5	3,8±0,7	3,9±0,6	3,9±0,4
3 çocuk (n=3)	3,4±0,6	2,9±0,5	2,9±1,2	3,0±0,5	3,2±0,5	2,9±0,6	3,1±0,5
P değeri	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0,001

Katılımcıların ölçek genel ve alt ölçek puan ortalamaları eğitim durumlarına göre karşılaştırma yapıldığında; lisans ve yüksek lisans mezunlarının ölçeğin bütün alt gruplarına dair puan ortalamaları, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.3.4, $p<0,001$).

Medeni duruma göre ölçek genel ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde evli ve bekarların benzer puan ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür (Bakınız Çizelge 3.3.4.).

Çocuk sahibi olma durumu ile ölçek genel ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında hem “Çİİ genel bilgi puanı” hem de “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler”, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”, “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ve “Çocuk İhmali ve İstismarında Ailesel Özelliklerine” ait alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık göstermemiştir (Bakınız Çizelge 3.3.4.)

Çizelge 3.3.5. Katılımcıların Lisansüstü Eğitim Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi

Değişkenler	Fiziksel belirtileri Ort±St.S	Davranışsal belirtiler Ort±St.S	İhmalin belirtileri Ort±St.S	Ebeveyn özellikleri Ort±St.S	Çocukların özellikleri Ort±St.S	Ailesel özellikler Ort±St.S	Genel Bilgi Puanı Ort±St.S
Lisansüstü bir eğitim programına katılma durumu							
Hayır(n=406)	3,7±0,4	3,8±0,4	4,2±0,6	3,8±0,5	3,8±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
Evet(n=30)	3,9±0,3	4,0±0,4	4,3±0,6	3,7±0,5	3,7±0,7	4,0±0,5	3,9±0,4
P değeri	0,028	0,031	0,248	0,307	0,401	0,106	0,566

Lisansüstü bir eğitim programına katılma durumu ile puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Bakınız Çizelge 3.3.5) katılımcılarda “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ve “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtilere” ait puan ortalamaları eğitime katılanlarda katılmayanlara göre yüksek bulunmuş olup; “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”, “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri”, “İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri” ve “Çocuk İhmali ve İstismarında Ailesel Özelliklerine” ve ölçek “Genel Bilgi” puan ortalamaları açısından lisansüstü eğitime katılan ve katılmayanlarda farklılık saptanmamıştır.

Mesleki yaşamının herhangi bir döneminde çocuklara hizmet veren bir bölümde çalışan katılımcılarda Çİİ genel bilgi puanı daha yüksek bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.3.6, p=0,025) “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ve “İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özelliklerine” ait puanlar, çalışmayanlara göre yüksek saptanmış, fakat

“İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”, “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ve “Çocuk İhmali ve İstismarında Ailesel Özelliklerine” ait puan ortalamaları çalışan ve çalışmayanlarda farklılık göstermemiştir.

Çizelge 3.3.6. Katılımcıların Çocuklara Hizmet Veren Bir Bölümde Çalışma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi

Değişken	Fiziksel belirtileri Ort±St.S	Davranışsal belirtiler Ort±St.S	İhmalin belirtileri Ort±St.S	Ebeveyn özellikleri Ort±St.S	Çocukların özellikleri Ort±St.S	Ailesel özellikler Ort±St.S	Genel Bilgi Puanı Ort±St.S
Çocuklara hizmet veren bir bölümde çalışma durumu							
Hayır(n=321)	3,7±0,4	3,7±0,4	4,3±0,6	3,8±0,4	3,5±0,6	3,9±0,5	3,8±0,4
Evet(n=115)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,2±0,6	3,7±0,5	3,8±0,6	3,9±0,6	4,0±0,4
P değeri	0,011	0,024	0,305	0,674	<0,001	0,753	0,025

Çİİ konusunda mezuniyet öncesi/lisans/ön lisans eğitimi süresince eğitim/bilgi alanlarda Çİİ genel bilgi puan ortalaması almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.3.7, $p<0,001$). Alt ölçek puan ortalamaları açısından “İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri”, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ve “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özelliklerine” ait puan ortalamaları açısihangruplar anlamlı farklılık göstermemiş olup, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”, “İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri” ve “Çocuk İhmali ve İstismarında Ailesel Özelliklerine” ait puan ortalamaları eğitim alanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Çİİ konusunda mezuniyet sonrasında eğitim/bilgi alanlarda Çİİ Genel Bilgi puan ortalaması almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.3.7, $p<0,001$). Alt ölçek puan ortalamaları “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ve “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtilere” ait puan ortalamaları eğitim almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Çİİ konusunda mezuniyet sonrasında eğitim/bilgi alan katılımcılarda “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ve “İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özelliklerine” ait puan ortalamaları eğitim almayanlara göre düşük bulunmuş, “Çocuk İhmali ve

İstismarında Ailesel Özelliklerine” ait puan düzeyleri ise eğitim alan ve almayanlarda farklılık göstermemiştir (Bakınız Çizelge 3.3.7).

Çalışma süresi boyunca Çİİ olgusu ile karşılaşan katılımcılarda ölçeğin hem genel hem de bütün alt gruplarına ait puan ortalamaları karşılaşmayan katılımcılara göre düşük saptanmıştır (Bakınız Çizelge 3.3.7).

Çizelge 3.3.7. Katılımcıların Çocuk İhmal ve İstismarı ile İlgili Eğitim /Bilgi Alma, Olgu ile Karşılaşma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi

Değişkenler	Fiziksel belirtileri Ort±St.S	Davranışsal belirtiler Ort±St.S	İhmalin belirtileri Ort±St.S	Ebeveyn özellikleri Ort±St.S	Çocukların özellikleri Ort±St.S	Ailesel özellikler Ort±St.S	Genel Bilgi Puanı Ort±St.S
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda mezuniyet öncesi/lisans/ön lisans eğitiminiz süresince eğitim/bilgi alma durumu							
Hayır(n=356)	3,8±0,4	3,9±0,4	4,1±0,6	3,8±0,5	3,6±0,7	3,8±0,5	3,8±0,4
Evet(n=80)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,3±0,6	3,7±0,5	3,8±0,6	4,0±0,5	4,1±0,4
P değeri	0,125	0,794	0,005	0,089	0,021	0,013	<0,001
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda mezuniyet sonrası eğitiminiz süresince eğitim/bilgi alma durumu							
Hayır(n=420)	3,7±0,4	3,7±0,5	3,7±0,5	3,8±0,5	3,8±0,6	3,9±0,5	3,8±0,3
Evet(n=16)	3,9±0,4	3,9±0,4	3,9±0,4	3,5±0,5	3,4±0,6	3,8±0,6	4,0±0,3
P değeri	0,008	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	0,081	0,001
Çalışma süresiniz boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaşma durumu							
Hayır(n=381)	3,9±0,4	3,9±0,5	3,9±0,4	3,8±0,5	3,8±0,5	4,0±0,5	4,0±0,4
Evet(n=55)	3,7±0,4	3,6±0,4	3,7±0,5	3,4±0,4	3,4±0,6	3,5±0,6	3,7±0,4
P değeri	0,012	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Olgu ile karşılaşılması durumunda zorluklar yaşayan ve yaşamayanlarda “Çocuk İhmali ve İstismarında Ailesel Özelliklere” ait puan düzeyi zorlanma yaşayanlarda yüksek bulunmuş olup, ölçeğe ait genel ve diğer alt gruplara ait puanlar farklılık göstermemiştir (Bakınız Çizelge 3.3.8.).

Çizelge 3.3.8. Katılımcıların Olguda Zorlanma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi

Değişken	Fiziksel belirtileri Ort±St.S	Davranışsal belirtiler Ort±St.S	İhmalin belirtileri Ort±St.S	Ebeveyn özellikleri Ort±St.S	Çocukların özellikleri Ort±St.S	Ailesel özellikler Ort±St.S	Genel Bilgi Puanı Ort±St.S
Olgu ile İlgili Herhangi Bir Aşamada Zorlanma Durumu							
Hayır(n=30)	3,7±0,5	3,7±0,6	3,8±0,8	3,5±0,5	3,3±0,6	3,7±0,7	3,6±0,5
Evet(n=25)	3,6±0,4	3,7±0,4	3,9±0,6	3,5±0,4	3,4±0,6	3,9±0,6	3,7±0,4
P değeri	0,516	0,898	0,483	0,985	0,745	0,011	0,248

Çİİ şüpheli bir durumda bildirim yaparım diyen katılımcıların ölçeğe ait hem genel hem de bütün alt gruplara dair puan düzeyleri bildirim yapmam diyen katılımcılara göre yüksek bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.3.9).

Çizelge 3.3.9. Katılımcıların Şüpheli Bir Durumda Bildirim Yapma Durumlarına Göre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi

Değişkenler	Fiziksel belirtileri Ort±St.S	Davranışsal belirtiler Ort±St.S	İhmalin belirtileri Ort±St.S	Ebeveyn özellikleri Ort±St.S	Çocukların özellikleri Ort±St.S	Ailesel özellikler Ort±St.S	Genel Bilgi Puanı Ort±St.S
Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapma durumu							
Hayır(n=17)	3,4±0,4	3,4±0,4	3,4±0,6	3,1±0,3	3,2±0,6	3,3±0,5	3,3±0,3
Evet(n=419)	3,8±0,5	3,9±0,6	4,2±0,7	3,9±0,5	3,9±0,4	4,0±0,5	3,9±0,4
P değeri	0,005	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Çizelge 3.3.10. Katılımcıların Çocuk İzlem Merkezi ve Çocuk Koruma Birimleri Konusunda Bilgi Sahibi Olma DurumlarınaGöre Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Ölçek/Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarını Değerlendirilmesi

Değişkenler	Fiziksel belirtileri Ort±St.S	Davranışsal belirtiler Ort±St.S	İhmalin belirtileri Ort±St.S	Ebeveyn özellikleri Ort±St.S	Çocukların özellikleri Ort±St.S	Ailesel özellikler Ort±St.S	Genel Bilgi Puanı Ort±St.S
Çocuk koruma birimleri konusunda bilgi sahibi olma durumu							
Hayır(n=395)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,3±0,6	3,8±0,5	3,8±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
Evet(n=41)	3,8±0,4	3,9±0,5	4,1±0,7	3,6±0,5	3,4±0,7	3,9±0,6	3,8±0,5
P değeri	0,133	0,899	0,014	0,027	0,001	0,905	0,641
Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda bilgi sahibi olma durumu							
Hayır(n=407)	3,9±0,4	3,9±0,4	4,3±0,6	3,8±0,5	3,8±0,6	3,9±0,5	3,9±0,4
Evet(n=29)	3,7±0,4	3,8±0,5	4,0±0,8	3,5±0,5	3,4±0,7	3,8±0,5	3,7±0,5
P değeri	0,031	0,142	0,001	0,001	0,001	0,568	0,007

Çocuk koruma birimleri konusunda bilgi sahibi olan katılımcılarda Çİİ Genel Bilgi puanı, “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, “Çocuk İhmali ve İstismarındaAilesel Özellikleri”ve “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtilerine” ait puan düzeyleri, bilgi sahibi olmayan katılımcılara göre anlamlı farklılık göstermedi, fakat “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri”, İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri” ve “İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özelliklerine” ait puan düzeyi bilgi sahibi olmayanlara göre düşük bulunmuştur (Bakınız Çizelge 3.3.10).

Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda bilgi sahibi olan katılımcılarda Genel Bilgi puanı, “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri”, “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri”, “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtilerine” ve “İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özelliklerine” ait puan düzeyleri bilgi sahibi olmayan katılımcılara göre düşük bulunmuş olup, “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” ait puan düzeyleri bilgi sahibi olmayan katılımcılara göre anlamlı farklılık göstermemiştir (Bakınız Çizelge 3.3.10).

3.4. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyini ile İlişkili Etmenler

Veri toplama formunun birinci bölümünde yer alan tüm bağımsız değişkenler adım adım regresyon modeline dahil edilerek Çİİ genel puanı üzerindeki etkileri incelenmiştir, buna göre; eğitim durumunun artması ($p=0,003$), çalışma süresi boyunca Çİİ olgusu ile karşılaşma durumunda ($p<0,001$), kurumunda/biriminde Çİİ yönelik düzenlenen form/prosedür varlığında ($p=0,003$), Çİİ şüpheli bir durumda bildirim yapma durumunda ($p<0,001$) Çİİ genel bilgi puanı artmaktadır. Medeni durumun bekar olması durumunda ise evli olanlara göre Çİİ genel bilgi puanı azalmaktadır (Çizelge 3.4.1.).

Çizelge 3.4.1. Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılamaya Yönelik Ölçek Genel Bilgi Puanını Etkileyen Etmenlerin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Değişkenler	$\beta \pm SH$	%95 G.A.		P
		Alt sınır	Üst Sınır	
Eğitim durumu	0,146 $\pm$ 0,049	0,050	0,243	0,003*
Medeni durum	-0,098 $\pm$ 0,033	-0,164	-0,032	0,004*
Çalışma süresi boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaşma durumu	0,216 $\pm$ 0,057	0,104	0,328	<0,001*
Kurumda çocuk ihmali ve istismarına yönelik düzenlenen form/prosedür var olması	0,252 $\pm$ 0,083	0,088	0,416	0,003*
Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapacağını belirtenler	0,517 $\pm$ 0,094	0,333	0,701	<0,001*
$R^2 = 0,370$; $p<0,001$				

$\beta \pm SH$: Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı $\pm$ standart hata

%95 G.A. = %95 Güven Aralığı

Adım Adım (Backward) regresyon modeline anketin 1.kısımındaki tüm değişkenler dahiledildi.

4. TARTIŞMA

Bu çalışma Ankara ili Keçiören ilçesinde bulunan GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarı (Çİİ) konusunda farkındalık durumlarını belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması $29,9 \pm 6,5$ olup, katılımcıların üçte biri 25-29 (n=127, %29,1) yaş grubundadır (Çizelge 3.1.1.). Altınsu' nun hemşirelerle yaptığı çalışmada; hemşirelerin %81,3'ü 20-29 yaş arası, % 13,4'ü ise 30-39 yaş arasında olup, araştırmamızla paralel olarak katılımcılar genç yaş gruplarından oluşmuştur (Altınsu, 2004). Araştırmamızda genç yaş grubunun fazla oranda olması, bünyemizde bulunan büyük sağlık kuruluşlarında (askeri hastanelerde) genç personeli görevde bulundurma, meslek yılı fazla olan personelin ise perifer hastanelerine gönderilme yaklaşımının etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında; %0,7'sinin (n=2) sağlık meslek lisesi, %3,2'sinin (n=14) ön lisans, %88,8'inin (n=388) lisans ve %7,3'ünün (n=32) yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.1.). Uysal'ın hemşire ve ebelerle yaptığı çalışmada, hemşirelerin %14,9'unun hemşirelik yüksek okulu mezunu, %55,2'si açıköğretim, önlisans mezunu, %29,9'u sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptanmıştır. Yıllar geçtikçe hemşirelerin eğitim düzeylerindeki artış umut verici bir bulgudur (Uysal, 1998).

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %47,9'u (n=209) evli, % 51,1'i (n=223) bekâr olarak medeni durumunu belirtmiştir (Çizelge 3.1.1.). Altınsu' nun çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiş olup, hemşirelerin % 57,1'i bekar, % 40,2'si evlidir (Altınsu, 2004).

Katılımcıların %65,8'i (n=287) çocuk sahibi değilken, % 34,2'sinin (n=149) çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1.1.).

Katılımcıların %26,4'ünün (n=115) Mesleki yaşamının herhangi bir döneminde çocuklara hizmet veren bir bölümde çalıştığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.1.).

Katılımcıların %18,3'ü (n=80) Çİİ konusunda mezuniyet öncesi/lisans/ön lisans eğitimi süresince, katılımcıların %3,7'si (n=16) ise mezuniyet sonrası eğitim/bilgi aldıklarını belirtmiştir (Çizelge 3.1.2.). Tugay'ın öğretmenler ile yaptığı çalışmada, öğretmenlerin sadece % 6,3'ü çocuk ihmal/istismarı ve çocukların korunmasına yönelik eğitim aldığını belirtmiştir (Tugay, 2008). Baysal' ın polis memurları ile yürüttüğü çalışmasında ise 152 polis memurunun %87,5'inin Çİİ ile ilgili eğitim almadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tugay, 2008, Başbakal ve ark., 2004). Kocaer' in hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmasında da çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup; katılımcılara Çİİ ilişkin eğitim alma durumları sorulmuş, hekimlerin %48,6'sı, hemşirelerin ise %27,9'u eğitim aldıkları sonucuna ulaşılmıştır (Kocaer, 2006). Yi-Wen'in 588 hemşire ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin yaklaşık üçte birinin Çİİ ile ilgili hemşirelik okulunda ve ya çalıştıkları kliniklerde eğitim aldıkları saptanmıştır (Chen et al.,2015). Bu bulgu ışığında, Çİİ konusunda sağlıkla ilgili meslek gruplarında eğitim alma oranı diğer gruplardan yüksek olarak bulunmakla birlikte eğitim gereksinimi gözler önüne serilmektedir.

Çİİ ilişkin eğitim/bilgi alan katılımcıların ortalama eğitim süresi 14,5±30,7 saat olarak bulunmuştur. Eğitim/bilgi alan katılımcıların içerik ve süre açısından değerlendirilmesi dikkate alındığında; %12,5'i (n=10) yeterli, %61,3'ü (n=49) kısmen yeterli ve %26,3'ü (n=21) yetersiz olarak değerlendirmiştir. Hemşirelerin %87,6'sı eğitim süresince aldıkları konuya ilişkin eğitimlerini yeterli bulmamaktadır.

Katılımcıların %12,6'sı (n=55) çalışma süresi boyunca Çİİ olgusu ile karşılaştığını ifade etmiş olup; en çok karşılaşılan olgu %36,4 fiziksel istismardır (Çizelge 3.2.2.). Kocaer'in çalışmasında ise Çİİ olgusu ile karşılaşma oranı daha yüksek olup; hekimlerin %52,8'i, hemşirelerin ise %30,1'i Çİİ olgusu ile karşılaşmıştır (Kocaer,

2006). Uysal'ın çalışmasında da hemşirelerin %28.4'ü ihmal ve istismar ile karşılaşmış olduğunu belirtmiştir (Uysal, 1998).

Çalışma süresi boyunca çocuk ihmal ve istismarı olgusu ile karşılaşmış olduğunu ifade eden katılımcıların %45,5'i olgu ile ilgili herhangi bir aşamada zorlandığını ifade etmiştir. Bu katılımcıların %52'si öykü, %48'i gerekli kurum ile iletişim, %48'i yasal süreç, %20'si fizik muayene ve %16'sı kayıt tutma ile ilgili zorlandığını belirtmiştir (Çizelge 3.2.2.). Çalışmamıza benzer bir sonuç Kocaer'in çalışmasında mevcut olup; katılımcılara Çİİ olgularının tanınmasında zorlandıkları ve yetersiz kaldıkları aşamalar sorulmuş, hekimlerin %47,4'ü, hemşirelerin de %40,9'u ilgili kurumlara rapor etme, yasal süreçte sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir (Kocaer, 2006).

Her iki çalışmada da yasal süreçte zorlanma oranının yüksek olması, Çİİ bildirimine yönelik yasal sürecin yeterince bilinmemesinden kaynaklanabilir. Bu nedenle eğitim programında olgu ile karşılaşma durumunda sağlık çalışanlarının yasal görev ve sorumlulukları, bildirim süreçleri öncelikle ele alınmalıdır.

Çİİ'nin tanınması zordur. Multidisipliner bir yaklaşım sergilenmediği ve doğru tanılama kriterleri kullanılmadığı takdirde gözden kaçan vaka sayısını gün geçtikçe artması kaçınılmaz olacaktır (Uysal, 1998, Paradise et al., 1994).

Katılımcıların "Çocuk ihmal ve istismarı şüphesi ile karşılaşır iseniz ilk ne yaparsınız" sorusuna çoğunluğu (%47,2) polise haber veririm yanıtını vermiş, bunu sırasıyla ilgili birimlere haber veririm (%23,6) ve tutanak tutarım (%9,9) yanıtı izlemiştir (Çizelge 3.2.2.). Katılımcıların %96,1'i (n=419) Çİİ şüpheli bir durumda bildirim yapacaklarını belirtmiş ve bildirim yaparım diyen katılımcılarda bildirim türü incelendiğinde; %29,4'ü "adli rapor tutarım", %19,6'sı "İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne rapor yazarım", %77,6'sı "Polise haber veririm", %0,5'i "Doktora haber veririm", %1,7'si "Cumhuriyet Savcılığına yazılı bildirim yaparım", %0,7'si "Klinik şefe haber veririm" ifadesini kullanmıştır (Çizelge 3.2.3.). Yehuda ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada, katılımcıların %78,9'u en az bir kez Çİİ olgusu ile karşılaşmış olduğunu, karşılaşanların %65,3'üne bildirimde bulunduğunu ifade etmiştir. Bildirimde bulunan katılımcıların %71,6'sı çocuk koruma servisine ve %29,5'i polise haber vermiştir (Yehuda et al., 2010). Çatık'ın

hemşire ve ebelerle yaptığı çalışmada ise hemşire ve ebelerin %32,8'i meslek yaşantıları boyunca Çİİ olgusuyla karşılaştığını belirtirken, olgu ile karşılaşanların %62'si yapılan davranışın yanlışlığını aileye anlatarak aileye eğitim verme, %18'i hiçbir şey yapmama gibi pasif davranış içinde bulunmuş, hemşire ve ebelerin %13,7'si ise karşılaştığı vakayı adli vaka olarak bildirmiştir (Çatık ve ark., 2006). Arıkan 2000 yılında yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer bulgular elde edilmiş olup, hemşire ve ebelerin çoğunluğunun Çİİ olgusuyla karşılaşınca polise bildirdiklerini ifade ettiklerini saptanmıştır (Arıkan ve ark., 2000).

“Çocuk ihmal ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapmama nedeni” incelendiğinde katılımcıların %70,6'sı “Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için”, %11,8'i “Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için”, %5,9'u “Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için”, %5,9'u “Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için”, %5,9'u “Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için” yanıtını vermiştir (Çizelge 3.2.3.). Gölge'nin sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada ise bildirimde bulunmayacaklarını belirten çok az bir grup, bildirimde bulunmama gerekçesi olarak, yasal sürece ilişkin bilgileri olmamasını, başına olumsuz bir şey geleceği endişesi yaşamalarını, adli makamların ve sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceklerini düşünmeleri, çocuğu şimdi bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacaklarından korkmalarını veya uğraşmak istememelerini göstermişlerdir (Gölge ve ark., 2012). Kürklü'nün öğretmenlerle yaptığı çalışmada, ihmal ve istismardan şüphelenen öğretmenlerin %39'u konuya ait yetersiz kanıt olduğu için bildirim yapmadıklarını, %22'si çocuğu şimdi içinde bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacağından korktuğu için, %23,7'si yasal süreçlere ait bilgisi olmadığı için, %10,4'ü ise sosyal servislerin konu ile ilgilenmeyeceğini düşündüğü için bildirim yapmadığını belirtmiştir (Kürklü, 2011). Her iki çalışmada elde edilen bulgular çalışmamızı desteklemektedir. farklı meslek gruplarında çalışılmış olsalarda Çİİ ile ilgili benzer yanıtlar alınmıştır.

“Çocuk ihmal ve istismarı olgularının tanı aşamasında mutlaka olması gereken branşlar nelerdir” sorusuna katılımcıların %91,7'si “Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı”, %95,6'sı “Çocuk ruh sağlığı uzmanı, %76,6'sı “Çocuk hemşiresi” yanıtını

vermiştir (Çizelge 3.2.4.). Kara'nın hekimlerle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kara'nın çalışmasında hekimlere Çİİ olgularının tanı aşamasında bulunması gereken branşlar sorulduğunda ilk üç sırada çocuk ruh sağlığı (%94,4), çocuk sağlığı uzmanı (%89,3), adli tıp uzmanı (%74,0) yer almıştır (Kara, 2014). Uysal'ın hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada, Çİİ olgularının tanınması aşamasında mutlaka olması gereken branşlar sorulduğunda hekimlerin yanıtlarında ilk üç sırada %82,2 çocuk psikiyatristi, %80,4 çocuk hekimi, %69,2 adli tıp hekimi olması gerekliliği yer almıştır.

Hemşirelerin yanıtlarında ise ilk üç sırayı, %89 çocuk psikiyatristi, %72,1 çocuk hekimi ve %70,6 sosyal hizmet uzmanı almıştır (Uysal, 1998).

Katılımcıların sadece %9,4'ü (n=41) Çocuk Koruma Birimleri ve %6,7'si (n=29) ise Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.2.4.).

Katılımcılar Çİİ konusunda en çok bilgi almak istedikleri başlığı olarak %64,9'u "İnternette istismar", %37,2'si "Ekonomik istismar", %36'sı "Cinsel istismar", %19,7'si "İhmal", %18,8'i "Duygusal istismar" ve %17'si "Fiziksel istismar", yanıtını vermişlerdir. Son yıllarda gündeme gelen internette istismar konusunun, araştırmamıza katılan hemşirelerin en çok bilgi almak istedikleri konu başlığı olarak yer alması eğitim programları için önemli bir nokta niteliği taşımaktadır (Çizelge 3.2.5.).

Yakın çevresinde ihmal ve istismara uğrayan birisi olup olmadığı sorusuna katılımcıların %6'sı (n=26) evet yanıtı vermiştir. İstismar türü olarak %30,8'i "fiziksel istismar", %23,1'i "duygusal istismar", %19,2'si "cinsel istismar", %15,4'ü "ihmal" ve %11,5'i "ekonomik istismar" yanıtını vermişlerdir (Çizelge 3.2.5.). Fiziksel istismarın diğer istismar türlerine göre göreceli olarak daha çok bulgularının olması nedeni ile daha sık karşılaşılmakta olduğu, fiziksel belirtilerin ön planda olmadığı ihmal ve duygusal istismarın daha az karşılaşılmakta olduğu görülmektedir.

“Çocuk ihmal ve istismarında hemşirenin rolü nedir” sorusu yöneltilen katılımcıların %25,5’i “fark etme”, %20,9’u “bildirim yapma”, %18,1’i “destek olma”, %13,1’i “gözlem yapma” ifadelerini kullanmışlardır (Çizelge 3.2.5.).

Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği’nde yer alan 67 sorudan en çok doğru yanıt verdikleri soru “Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.”(n= 433) olmuştur (Çizelge 3.3.1.).

Katılımcılar yanıtı negatif olan “İhmal ve istismara uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.” ve “İhmal ve istismara uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.” sorularına çoğunlukla yanlış cevap vermişlerdir (Çizelge 3.3.2.). Bu durum negatif ifadelerle ilgili likert tipi soruların katılımcılar tarafından zor anlaşıldığını düşündürmüştür.

Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği’nde her soru, alt ölçek ve genel bilgi puanı için ortalama puanının 3’ün üstünde olması bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Katılımcıların “Çocuk İhmal ve İstismarı Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği”nin Genel Puan ortalaması **3,9±0,4**; “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalaması **3,9±0,4**; “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki Davranışsal Belirtiler” alt ölçeğinin puan ortalaması **3,9±0,4**; “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalaması **4,3±0,6**; “İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçeğinin puan ortalaması **3,7±0,5**; “İhmal ve İstismara Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçeğinin puan ortalaması **3,8±0,6**; “İhmal ve İstismarında Ailesel Özellikler” alt ölçeğinin puan ortalaması **3,9±0,5** olarak bulunmuştur (Çizelge 3.3.3.). Ölçek puanının 5’e yaklaşması doğru, 3’ün altında olması yanlış yanıtları göstermektedir. Grubun hem genel hem de tüm alt ölçeklerde puan ortalamaları 3’ün üzerindedir. En yüksek ortalama puan ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçeğinden elde edilmiştir.

Katılımcıların yaş grupları ile genel ölçek puanı anlamlı farklılık göstermektedir. Katılımcılar yaş grubuna göre değerlendirildiğinde 30 yaş ve üstü yaş grubu

katılımcıların genel ölçek puan ortalaması $4,0 \pm 0,4$, 30 yaş ve altı katılımcılarda ise $3,7 \pm 0,4$ olarak bulunmuştur ($p < 0.005$).

“Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama” Genel Puan ortalaması ve alt ölçek ortalamaları eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir. Lisans ve yüksek lisans mezunlarının puanları, ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunlarının puanlarından yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Uysal’ın çalışmasında bizimkinden farklı bir sonuç elde edilmiş olup; hemşirelerin mezun oldukları okula göre Çİİ’nin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Uysal’ın çalışmasında hemşirelerin mezun oldukları okulun bilgi puan ortalamalarını etkilememesinin nedeni, hiçbir gruba okul eğitimlerinde Çİİ konusunda programlı ve kapsamlı bir eğitimin verilmemesinin olabileceğini düşünmüştür (Uysal, 1998).

Katılımcıların medeni durumları ile ölçek ortalamaları arasındaki ilişkiye baktığımızda, evli ve bekâr olanlarda “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanımlama” puanları farklılık göstermemektedir. Buna karşın Kara’nın hekimlerle yaptığı çalışmada evli olanların bilgi düzeyi bekar olanlara oranla yüksek bulunmuştur (Kara, 2014).

Çocuk sahibi olan ve olmayanlarda “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanımlama” puanları farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Uysal’ın çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiş olup; iki ve daha fazla çocuk sahibi olan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları (3.76 ± 0.32) bir çocuk sahibi olan hemşirelerden (3.65 ± 0.33) daha yüksek olmasına rağmen yapılan istatistiki incelemede anlamlı bir fark saptanmamıştır (Uysal, 1998). Ancak Kara’nın yaptığı çalışmada çocuk sahibi olma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (Kara, 2014).

Lisansüstü bir eğitim programı ile ölçek puanları ilişkisine baktığımızda, lisansüstü eğitim programına katılan katılımcılarda hem genel bilgi puanı hem de “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” ve “Çocuk İstismarına İlişkin Çocuktaki

Davranışsal Belirtilere” dair puanlar katılmayanlara göre yüksek bulunmuş olup; diğer alt gruplarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Mesleki yaşamının herhangi bir döneminde çocuklara hizmet veren bir bölümde çalışan katılımcıların “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama” puanları çalışmayan katılımcılara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,025$).

Araştırmaya katılan katılımcıların tümü “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama” sorularına doğru cevap vermiştir. Ayrıca eğitim/bilgi alan katılımcıların “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama” puan ortalaması eğitim/bilgi almayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Gölge’nin yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Gölge ve ark., 2012). Ancak Çatık’ın hemşire ve ebelerle yaptığı çalışmada bilgi/ eğitim alma durumlarının “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama” puan ortalamalarına etkisi bulunmamıştır (Çatık ve ark., 2006). Kocaer’ in çalışmasında ise hekimlerin ve hemşirelerin Çİİ’nin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı öğrenimleri sırasında bilgi alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Kocaer, 2006).

Çİİ konusunda mezuniyet sonrası eğitimi süresince eğitim/bilgi alan katılımcılarda “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama” genel puan ortalaması eğitim almayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Çalışma süresi boyunca Çİİ olgusu ile karşılaşan katılımcıların “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerini Tanılama” puan ortalaması karşılaşmayan katılımcılara göre düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Ancak Çatık’ın hemşire ve ebelerle yaptığı çalışmada çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşan ve karşılaşmayanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Çatık ve ark., 2006).

Bağımsız değişkenler adım adım regresyon modeline dahil edilerek Çİİ genel puanı üzerindeki etkileri incelenmiştir, buna göre; eğitim durumunun artması ($\beta \pm SH = 0,146 \pm 0,049$; $p=0,003$), çalışma süresi boyunca çocuk ihmal ve istismarı olgusu ile karşılaşma ($\beta \pm SH = 0,216 \pm 0,057$; $p<0,001$), kurumunda/biriminde çocuk ihmal ve

istismarına yönelik düzenlenen form/prosedür varlığı ($\beta \pm SH = 0,252 \pm 0,083$; $p = 0,003$), çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapma durumu ($\beta \pm SH = 0,517 \pm 0,094$; $p < 0,001$) Çİİ genel bilgi puanını arttıran belirleyiciler olarak saptanırken, medeni durumun bekar olması ise evli olanlara göre Çİİ genel bilgi puanını azaltan belirleyiciler olarak saptanmıştır (Çizelge 3.4.1.).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşire Çocuk İhmali ve İstismarı (Çİİ)’nin konusunda bilgi ve yaklaşımlarının belirlendiği araştırmaya 436 hemşire katılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin Çİİ’nin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Bilgi puan ortalaması $3,9 \pm 0,4$ olarak bulunmuştur. Ölçek puanının 5’e yaklaşması doğru yanıtı işaret etmektedir. Elde edilen bu ortalama puan hemşirelerin Çİİ konusunda orta düzeyde bilgileri olduğunu göstermektedir.

Eğitim durumunun artması, çalışma süresi boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaşma durumu, kurumunda/biriminde çocuk ihmali ve istismarına yönelik düzenlenen form/prosedür varlığı, çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapma durumu Çİİ genel bilgi puanını arttıran belirleyiciler olarak saptanırken, medeni durumun bekar olması ise evli olanlara göre Çİİ puanını azaltan belirleyiciler olarak saptanmıştır

Katılımcıların %18,3’ü (n=80) çocuk ihmali ve istismarı konusunda mezuniyet öncesi/lisans/ön lisans eğitimi süresince, %3,7’si (n=16) ise mezuniyet sonrası eğitim/bilgi aldıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %12,6’sı (n=55) çalışma süresi boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaştığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %96,1’i (n=419) çocuk ihmal ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapacaklarını belirtmiş ve bildirim yaparım diyen katılımcılarda bildirim türü incelendiğinde; %77,6’sı “Polise haber veririm” ifadesini kullanmıştır. “Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapmama nedeni” incelendiğinde katılımcıların %70,6’sı “Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için” ifadesini kullanmıştır.

Çoktan seçmeli olarak sorulan “Çocuk ihmal ve istismarı olgularının tanı aşamasında mutlaka olması gereken branşlar nelerdir” sorusuna katılımcıların %91,7’si “Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı”, %95,6’sı “Çocuk ruh sağlığı uzmanı”, %76,6’sı “Çocuk hemşiresi” olarak belirtmiştir. Katılımcıların %9,4’ü (n=41) çocuk koruma birimleri, %6,7’si (n=29) Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda bilgi sahibidir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre:

- Hemşirelere lisans eğitimlerinde Çİİ ile ilgili yeterli ve ayrıntılı bilgi verilmeli, İhmal ve istismara yatkın ailelerin saptanmasına yönelik çeşitli toplumsal etmenler, ebeveyn ve çocuk özellikleri gözden geçirilerek riskli durumlar konusunda bilinçlendirilmesi ve farkındalık oluşturulmalıdır.
- Hizmet içi eğitim programlarında Çİİ konusuna yer verilerek hemşirelerin bilgilerini tazelenmeli ve konu ile ilgili son gelişmelerden haberdar edilmeli, seminer ve konferans sayısı arttırılmalıdır.
- Hemşirelere Çİİ olgusu ile karşılaştıklarında, hemşire olarak ve yasal olarak neler yapmaları gerektiği ve çocuk hakları konusunda bilgilendirilmelidir.
- Çİİ’nin önlenmesi için hekim, hemşire ve sosyal hizmet uzmanından oluşan ekipler oluşturulmalıdır.
- Konuyla ilgili olan kurumlar arasında gerekli koordinasyon ve işbirliğinin sağlanmalıdır.

Özet

Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi ve Yaklaşımlarının İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının belirlenmesidir.

Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 565 oluşturmuştur. Araştırma kapsamında evrenin %91'ine ulaşılmıştır (n= 436). Verilerin toplanmasında; kişisel bilgi formu ve Uysal tarafından geliştirilen “Çocuk İhmali ve İstismarının Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek” kullanılmış ve yüz-yüze yöntemle araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayarda Statiscal Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 programı ile değerlendirilmiştir. Sayısal verilerin iki kategorili gruplar arasındaki karşılaştırmalarda bağımsız örneklemelerde t testi ile, 3 kategorili gruplar arasındaki karşılaştırmalarda ANOVA testi kullanılmıştır, ANOVA testinde anlamlı bulunan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları Bonferroni testi incelenmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare ve Fisher'in Kesin Ki-Kare testi kullanılmıştır. Etkili bağımsız değişkenler adım adım regresyon analizine alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan 436 hemşirenin yaş aralığı 21-52 yıl arasında olup ortalama $29,9\pm6,5$ yıldır. Katılımcıların %88,8'i (n=388) lisans mezunudur. Katılımcıların %18,3'ü (n=80) çocuk ihmali ve istismarı konusunda mezuniyet öncesi/lisans/ön lisans eğitimi süresince, %3,7'si (n=16) ise mezuniyet sonrası eğitim/bilgi aldıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %12,6'sı (n=55) çalışma süresi boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaştığını ifade etmiştir.

Çİİ'nin Belirti ve Risklerini Tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması $3,9\pm0,4$ olarak bulunmuştur.

Eğitim durumunun artması, çalışma süresi boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaşma durumu, kurumunda/biriminde çocuk ihmali ve istismarına yönelik düzenlenen form/prosedür varlığı, çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapma durumu Çİİ genel bilgi puanını arttıran belirleyiciler olarak saptanırken, medeni durumun bekar olması ise evli olanlara göre Çİİ puanını azaltan belirleyiciler olarak saptanmıştır

Bu bulgular ışığında Çİİ konusunda genel olarak hemşirelerin bilgileri orta düzeydedir. Eğitimin, hemşirelerin Çİİ'ne yaklaşımlarında, bilgi düzeyini belirgin düzeyde arttırdığı görülmektedir. Bu nedenle özellikle mezuniyet öncesi olmak üzere mezuniyet sonrası eğitime de öncelik verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk ihmali, Çocuk istismarı, Bilgi düzeyi, Hemşire

Summary

The Investigation of Nurse's Knowledge Level and Approach Towards Child Abuse and Neglect

The aim of this study is to research the knowledges of the nurses that participate in a hospital on about child abuse and neglect and their approaches.

565 nurses who worked in Gulhane Military Medical Academy (GATA) Training and Research Hospital has formed the universe of the research is planned as a descriptive study. Within this research, reached 91% of the universe (n=436). Personal information forms and "Recognition of the Child Abuse and Neglect's Signs and Risks Intended for Scale" were formed by UYSAL will be used for data collection and data collection will be performed by the investigators by face to face method. Collected data will be evaluated by Statistical Package for Social Science (SPSS) Programme. Descriptive variables will be detected by frequency if they are categorical or by mean standard deviation, minimum, maximum, mode, median values if they are constant (confidence interval: %95). The association between dependent and independent variables will be evaluated by one-way non-parametric (chi-square) and parametric (student t test, ANOVA, Bonferroni) tests and the associated variables will be included for Multivariate Regression Model. Statistical significance level is accepted as $p < 0.05$.

The population's age range of 21-52 years and the average age are 29.9 ± 6.5 years. The participants of 88.8% (n = 388) is a graduate degree. The participants of 18.3% (n=80) received the child neglect and abuse in undergraduate/graduate /undergraduate training duration. The participants of 3.7% (n=16) received the postgraduate education / information. The participants of 12.6% (n=55) stated that faced with child neglect and abuse during the study period.

Child abuse and neglect signs and risks of diagnostic information overall
Scale mean score was found to be 3.9 ± 0.4 .

The determinants which increase the child abuse and neglect general knowledge scores were increase of education, child neglect and abuse encounter cases during the study period with the case, institution / unitheld on child abuse and neglect forms / procedures existence, suspected child abuse and neglect to report a case statement. The fact bachelor's marital status was found to be decisive for reducing the child abuse and neglect score than those married.

This findings show that the nurses knowledge is moderate about child abuse and neglect. It seen the education that increasing the level of nurses knowledge about child abuse and neglect. Therefore, it should be given especially including undergraduate education and than post-graduate education about child abuse and neglect.

Keywords: Child Abuse, Child Neglect, Knowledge, Nurse

KAYNAKLAR

- ACEHAN S., BİLEN A., AY M., GÜLEN M., AVA A., İÇME F. (2013). Çocuk İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **22**(4):591-614.
- AÇIK Y., DEVECİ E., OKUR İ., YILDIRIM A. (2003). Bir fiziksel istismar olgusu. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, **20**(2):92-96.
- ALİKAŞİFOĞLU M., ERGİNOZ E., ERCAN O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse&Neglect*, **30**: 247–255.
- ALTINSU B. (2004). Çocuklara Bakım Veren Hemşirenin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Anayasa -TCK- CMK- İnfaz Kanunu. Seçkin Yayınevi, Ankara 2005.
- ARAL N. (1997). Fiziksel İstismar ve Çocuk. 1. Baskı. Ankara.
- ARIKAN D., YAMAN S., ÇELEBİOĞLU A. (1999). Çocuk İstismar ve İhmali Konusunda Hemşirelik Bilgileri. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 409-414.
- BAHAR G., SAVAŞ H., BAHAR A. (2009). Çocuk İstismarı ve İhmali: Bir Gözden Geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4**(12).
- BAHÇEÇİK N. (1993). Toplumumuzda Kötü Davranılan ve İhmal Edilen Çocukların Erken Tanı ve Tedavisinde Hemşirenin Eğitici Rolünün Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- BAŞBAKAL Z., BAYSAN L. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali Konusuna İlişkin Polislerin Bilgi Düzeylerinin ve Düşüncelerinin İncelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi*, 65-70.
- BELLAMY C. (2004). Dünya Çocukları Tehdit Altında. UNICEF Yayınları, Ankara.
- BILLMIRE ME., MYERS PA. (1985). Serious head injury in infants: accident or abuse? *Pediatric*, **75**(2).
- BOSTANCI N. (2006). Albayrak B., Bakoğlu İ., Çoban Ş. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. *New Symposium Journal*, **44**.
- BRUNO JF. (1992). The Family Encyclopedia Of Child Psychology and Development, 166–167.
- BULUT I. (1996). Genç Anne ve Çocuk İstismarı, Bizim Büro, Ankara.
- CEOP. (2013). Child Exploitation and Online Protection Center. Threat Assessment of Child Sexual Exploitation and Abuse, **9**.
- CHOO KR. (2009) Online child grooming: a literature review on the misuse of social networking sites for grooming children for sexual offences, Australian Government, Institute of Criminology, *Research and Public Policy Series*.
- CILGA İ. (1999). Türkiye’de çocuk hakları çalışmaları. Cumhuriyet ve Çocuk. 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Crime Prevention Committee Report. *Combating child sexual assault-Sexoffenders*, 1995.

- ÇAKICI M. (2002). Çocuk istismarının Madde Kullanımına Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- ÇALIŞKAN D., ÇIKMAN B., SALMAN Ö. (2013). İnternette Çocuk İstismarı Olgu Sunumu . Çocuk ve İnternet Kongresi, Ankara.
- ÇATIK E., ÇAM O. (2006). Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **22** (2): 103-119.
- CHEN Y., HUANG J. (2015). Clinical competency in child maltreatment for community nurses in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice*, **21**:21–26.
- Çocuklara Yönelik Ticari Cinsel Sömürü Hakkında Sorular ve Cevaplar. Uluslararası ECPAT Bilgi Kitapçığı, 2007. (Erişim Tarihi: 14.02.15).
- DERMAN O. (2014). Çocuk İstismarına ve İhmaline Yaklaşım Temel Bilgiler, Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği, Akademisyen Tıp Kitabevi.
- DİKBAYIR G. (2001). Gelirin Çocuk İstihdamı Üzerindeki Etkisi. Türkiye’de Çalışan Çocuklar Semineri, DİE-ILO, DİE Yayın No: 2534, Ankara.
- EDİSKUN H., DÜRDER B. (1983). Türk Dil Kurumu Sözlüğü, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- EROL D. (2004). Anne ve babalar tarafından çocuklara uygulanan fiziksel istismarın incelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi*.
- ERTAN Ü., İŞİTEN N., ÖNER A., YILMAZ G. Bir Çocuk İstismar Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2003; **46**(4): 295-298.
- ETHIER L.,COUTURE G., LACHARITE C. (2004). Risk Factors Associated with the Chronicity of High Potentialfor Child Abuse and Neglect. *Journal of Family Violence*, **19**(1).
- FALLER CK. (1988) .Child Sexual Abuse An Interdisciplinary Manual For Diagnosis, Case and Treatment, Colombia University Pres., 52–53.
- FALLER KC. (1981). Social work with abused and neglected children: A manual of interdisciplinary practice. Free Pres, New York.
- FELTHOUS AR. (1984). Psychosocial dynamics of child abuse, *J Forensic Sci*, **29**(1):219–36.
- FRIEDERICH WN. (1993). Sexual Victimization and Sexual Behavior in Children: A Review of Recent Literature. *Child Abuse and Neglect*, **17**:59–66.
- GABARINO J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and Family*, **39**: 721– 735.
- GARBARINO J, GUTTMANN E, SEELEY JW. (1986). The Psychological Battered Child. The *Jossey-Basssocial and Behavioral Science Series*. United States.
- GÖLGE Z., HAMZAOĞLU N., TÜRK B. (2012). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, **26**(2).
- GUTHKELCHAN. (1971). Infantile subdural haematoma an ditsrelation ship to whiplash injuries. *BrMed J.*, **22**(2): 430–431.
- GÜLER N., UZUN S., BOZTAŞ Z., AYDOĞAN S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/ İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler.

- HANCI H, ÖZDEMİR Ç. (2004). Çocuk cinsel istismarı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.
- HİLAL A. (2005). Çocukta Fiziksel İstismar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **14**(3):403-409..
<http://www.ankarabarasu.org.tr/siteler/ankarabarasu/hgdmakale/2013-2/23>. (Erişim Tarihi: 25.05.15).
- KAIRYS SW, ALEXANDER RC, BLOCK RW. (2001). Shaken baby syndrome. *Pediatrics*, **108**:206–210.
- KARA Ö., ÇALIŞKAN D., SUSKAN E. (2014). Ankara İlinde Görev Yapan Çocuk Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi*, **49**: 57-65.
- KARADAŞ G. (2011). Çocuk İstismar ve İhmali.
- KARAMAN Y. (1993). İlkokul Öğretmenlerinin Gözlemlerine Göre Çocukların Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmali, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KARS Ö. (1994). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Nedenleri ve Okul Başarısına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KAVAKLI A. (1986). Hırpalanmış Çocuk Sendromu Olgularında Hemşirenin Aileye ve Çocuğa Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, **2**:43-47.
- KAVAKLI A., PEK H., BAHÇECİK N. (1998). Hırpalanmış çocuk sendromu. Çocuk Hastalığı Hemşireliği, Düzeltilmiş 2. Baskı, Yüce Yayın, İstanbul.
- KEMPE CH, HELFER R. (1972). Helping the battered child and his family. *The Journal of Pediatrics*, **81**(6): 11-12.
- KEMPE CH, SILVERMAN FN, STELE BF, DROEGEMUELLER W, SILVER HK. (1962). The battered child syndrome. *JAMA*, **181**: 17–24.
- KEPENEKÇİ K. (2001). Hukuksal Açıdan Çocuk İstismar ve İhmali. *Katkı Pediatri Dergisi*, **22**:263-275.
- KOCAER Ü. (2006). Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- KUĞUOĞLU S. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali. Ed: Felimen D. Acil Bakım. 3. Baskı, Yüce Yayıncılık, İstanbul.
- KÜRKÜ A. (2011). Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- LAZORITS S. (1990). What ever happened to Mary Ellen? *Child Abuse And Neglect*, **14**(2): 143–149.
- LOFBERG CE, SIRLES AE. (1990). Factors Associated With Divorce In Intrafamily Child Sexual Abuse Cases. *Child Abuse and Neglect*, **14**:165–170.
- MAYER A. INCEST A. (1983). Treatment Manuel, Learning Publications, USA.

- MUNKEL WI. (1994). Neglect and Abandonment. Child Maltreatment GW medical Publishing St. Louis, 241–258.
- NURCOMBE, B (2000); Child Sexual Abuse I: Psychopathology, *J Psychiatry*, **34**(1): 85-91.
- ORAL G, POLAT O, SÖZEN S, FAHİN F, TEKEŞ SA, TOPUZOĞLU YA. (2002). Çocuk İstismarı ve İhmal Uygulama Kitabı Kullanım Kılavuzu.
- ORAL R, HANCI H. (2004). Türkiye’de çocuk istismarı serileri. İzmir Dr. Behçet Uz hastanesi olguları. İzmir’de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı Almış Çocuklarla İlgili İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubunun 18 Aylık Deneyimi, İzmir.
- ORAL R., YAVUZ Ş., CAN D. (1997). Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde çocuk istismarı sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **22**(2): 137-144.
- ÖZCEBE H. (2009). Halk Sağlığı Bakış Açısıyla İstismar Bildirimi ve Karşılaşılan Güçlükler. Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Kongresi, Ankara.
- ÖZTAN B. (2005). Türk Medeni Kanunu, Turhan Kitabevi , 2. Baskı, s:144-147, 346-350.
- PALA B. (2011). Geleceğin Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmal Konusunda Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri. Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.
- PARADISE E. J., ROSE L., SLEEPER A.L., NAHANSON M., (1994). Behavior, Family Function, School Performance and Prediction of Persistent Disturbance in Sexually Abused Children, *Pediatrics*, **93**:3, 452-459.
- POLAT O. (1998). Çocuk istismarı nedir? *Çocuk Formu*.
- POLAT O. (2004). Çocuk istismarı. Klinik Adli Tıp, Seçkin Yayıncılık, İstanbul.
- POLAT O. (1997). Çocuk ve Hakları. Analiz Yayınları, İstanbul.
- POLAT O. (1999). Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı. Cumhuriyet ve Çocuk 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 517–533.
- POLAT O. (2000). Çocukta Cinsel İstismar, *Adli Tıp Der. Yayınları*, 207-231.
- POLAT O. (2000). İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu, Birinci İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı, Umut Matbaası, İstanbul.
- POLAT O. (2001). Çocuk ve Şiddet. Der Yayınevi, İstanbul.
- POLAT O. (2003). Çocuk İstismarı ve İhmal isimli yayınlanmamış ders notları.
- POLAT O. (2005). Çocuğa Karşı Cinsel İstismarın Gün Yüzüne Çıkartılması Projesi / Destek Hattı Operatör Eğitimi.
- POLAT O. (2005). Çocuk istismarı ve Türkiye’deki durumu. *Klinik Çocuk Forumu*.
- POLAT O. (2007). Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. I. Seçkin yayıncılık, Ankara, 13,329–339,159–186, 291–310
- POLAT O., İNANICI M.A., AKSOY M.E. (1997). Adli Tıp Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- POLIT DF, WHITE CM., MORTON TD. (1990). Child Sexual Abuse and Premarital Intercourse among High-risk Adolescents. *Journal of Adolescent and Health Care*, **11**:231-234.
- RUSSELL D. (1993). The prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female

children. *Child Abuse and Neglect*, 7: 56–63.

SERTLER Ş. (2002). Kronik Hastalık Tanısı Konmuş Hastanede Yatan 6 Yaş Üstü Çocuklarda Duygusal İhmal ve İstismarın İncelenmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

SIBERT JR, PAYNE EH, KEMP AM, BARBER M, ROLFE K, MORGAN RJ, LYIONS RA, BUTLER I. (2002). The incidence of severe physical child abuse in wales. *Child Abuse and Neglect*, 26(12): 1207.

TALMADGE DL, WALLACE CS. (1991). Reclaiming Sexuality In Female Incest Survivors. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, Vol.17, No:3, Brunner/Mazel, Inc, USA, pp.163–181.

TANER Y, GÖKLER B. (2004). Çocuk İstismarı Ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35:82-86.

TERCAN M. (1995). Çocuğun Ana Babası Tarafından Fiziksel İstismarı ve İhmali, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

TUGAY D. (2008). Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Türkiye Büyük Millet Meclisi. Bilgi Toplumu Olma Yolunda Bilişim Sektöründeki Gelişmeler İle İnternet Kullanımının Başta Çocuklar, Gençler ve Aile Yapısı Üzerinde Olmak Üzere Sosyal Etkilerinin Araştırılması Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Bilişim Ve İnternetin Eğitim Üzerindeki Etkileri (S Sayısı: 381.), Haziran 2012.

UĞURLU Z., GÜLSEN İ. (2014). Çocuk Hakları ve Hukuki Bağlamda Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması.

UYYSAL A. (1998). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

www.childwelfare.gov.tr

YALÇIN H., KOÇAK N., DUMAN G. (2014). Anne Babaların Çocuk İstismarıyla İlgili Tutumlarının İncelenmesi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(1): 137-143.

YALÇIN N. (2011). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Projesi İstanbul.

YEHUDA Y., SCHAWARTZ S., ZİVA., JEDWAB M., BENBENİSTHY R. (2010). Child Abuse and Neglect: Reporting by Health Professionals and Their Need For Training. *IMAJ*.

YILMAZ G. (2006). Çocuk istismarı ve ihmali nedir. *Çocuk Dergisi*, 56:32-33.

YILMAZ E. (2013). Çocuk İstismarının Önlenmesinde Kullanılan Programlar ve Özellikleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.

YÖRÜKOĞLU A. (1997). Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. Altıncı Baskı, Özgür Yayınları, 220–222.

YURDAKÖK K. (2010). Çocuk İstismar ve İhmali Risk Faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4):12-18

EKLER

Ek-1: Soru Formu (Bölüm 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri)

Değerli katılımcı;

‘Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının İncelenmesi’ isimli araştırma ile siz hemşirelerimizin konu ile ilgili bilgi düzeyi ve yaklaşımınızı 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. Bu çalışma ile elde edilecek veriler çocuk ihmali ve istismarı konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası programların belirlenmesinde yön verecek, kurumsal politikalara temel oluşturacaktır. Çocuk sağlığı için önemli bir sorun olan bu konudaki katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Hem. Burcu

YILMAZ

**Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü**

Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

- 1) Doğum yılınız:
- 2) Eğitim durumunuz? (En son bitirdiğiniz/tamamladığınız eğitim)
 - 1) Sağlık Meslek Lisesi (Kolej) mezunuyum
 - 2) Ön lisans (2 yıllık) Meslek Yüksek Okulu mezunuyum
 - 3) Lisans (4 yıllık) Hemşirelik Fakültesi mezunuyum
 - 4)Diğer (ne olduğunu belirtiniz:.....)
- 3) Lisansüstü bir eğitim programına katıldınız mı?
 - 1)Evet (belirtiniz:.....)
 - 2)Hayır
- 4) Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz:..... yıl (1 yıldan daha kısa süredir çalışanlar için çalışma süresi:.....ay

- 5) Mesleki yaşamınızın herhangi bir döneminde çocuklara hizmet veren bir bölümde çalıştınız mı?
- 1)Evet (Süre ve yeri belirtiniz:.....)
- 2)Hayır
- 6) Halen çalıştığınız bölüm:.....
- 7) Medeni durumunuz?
- 1)Evli 2) Bekâr 3)Diğer (belirtiniz:.....)
- 8) Çocuğunuz var mı?
- 1)Evet (Yaşayan çocuk sayınızı belirtiniz:.....) 2) Hayır
- 9) Çocuk hakları konusunda var olan bilgilerinizi 10 “Çok iyi”, 5 “Orta”, 1 “Çok Yetersiz” olacak şekilde 10 puan üzerinden değerlendirecek olsanız kaç puan verirsiniz:.....
- 10) Çocuk ihmali ve istismarı konusunda var olan bilgilerinizi 10 “Çok iyi”, 5 “Orta”, 1 “Çok Yetersiz” olacak şekilde 10 puan üzerinden değerlendirecek olsanız kaç puan verirsiniz:.....
- 11) Çocuk ihmali ve istismarı konusunda güçlü olduğunuz, iyi bildiğiniz, aklınıza ilk gelen 3 konu başlığını belirtiniz:
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 12) Çocuk ihmali ve istismarı konusunda merak ettiğiniz, öğrenmek istediğiniz, aklınıza ilk gelen 3 konu başlığını belirtiniz:
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 13) Çocuk ihmali ve istismarı konusunda **mezuniyet öncesi**/lisans/ön lisans eğitiminiz süresince eğitim/bilgi aldınız mı?
- 1) Evet (eğitimin konu ve süresini belirtiniz):.....
- 2) Hayır (15. soruya geçiniz)

- 14) Çocuk ihmali ve istismarı konusunda **mezuniyet öncesi**/lisans/ön lisans döneminde eğitim aldı iseniz (13. Soruya yanıtınız “evet” ise verilen eğitim/bilgiyi içerik ve süre açısından nasıl değerlendirirsiniz?)
- 1)Yeterli 2)Kısmen Yeterli 3)Yetersiz
- 15) Çocuk ihmali ve istismarı konusunda **mezuniyet sonrası** eğitiminiz süresince eğitim/bilgi aldınız mı?
- 1)Evet (eğitimin konu ve süresini belirtiniz):.....
- 2) Hayır(17. Soruya geçiniz)
- 16) Çocuk ihmali ve istismarı konusunda **mezuniyet sonrası** döneminde eğitim aldı iseniz (15. Soruya yanıtınız “evet” ise verilen eğitim/bilgiyi içerik ve süre açısından nasıl değerlendirirsiniz?)
- 1)Yeterli 2)Kısmen Yeterli 3)Yetersiz
- 17) Çalışma süresiniz boyunca çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaştınız mı?
- 1) Evet(19. Soruya geçiniz) 2) Hayır(18. Soruya geçiniz)
- 18) Çocuk ihmali ve istismarı şüphesi ile karşılaşır iseniz ilk ne yaparsınız:
-
-
- 19) Çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaştınız ise (17. Soruya yanıtınız “evet” ise) karşılaştığınız olgu/olgular en sık hangi grupta yer almaktadır idi?)
- 1)İhmal 2)Fiziksel istismar
- 3)Duygusal istismar 4)Cinsel istismar
- 5)Ekonomik istismar 6)İnternette istismar
- 7)Diğer (belirtiniz:.....)
- 20) Çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaştınız ise (17. Soruya yanıtınız “evet” ise) olgu ile ilgili herhangi bir aşamada zorlandığınızı düşünüyorsunuz?
- 1) Evet 2) Hayır(22. Soruya geçiniz)
- 21) Çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile zorlukla karşılaştınız ise (20. Soruya yanıtınız “evet” ise) hangi aşamada/aşamalarda zorlandığınızı belirtiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1)Öykü-anamnez 2) Kayıt tutma 3)Fizik muayene
- 4)Gerekli kurumlarla iletişim kurma 5)Yasal süreç
- 6)Diğer(belirtiniz:.....)

22) Kurumuzda çocuk ihmali ve istismarına yönelik düzenlenen bir form/prosedür var mı?

1)Evet

2)Hayır(24. Soruya geçiniz)

23) Kurumuzda çocuk ihmali ve istismarına yönelik düzenlenen bir form/prosedür var ise (22.soruya yanıtınız “evet” ise) form/prosedür sizce yeterli mi?

1)Yeterli

2)Kısmen Yeterli

3)Yetersiz

24) Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapar mısınız?

1)Evet

2)Hayır?(26. Soruya geçiniz.)

25) Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapar iseniz (24. Soruya yanıtınız “evet” ise) nasıl bir bildirim yaparsınız?

1)Adli rapor tutarım

2)Cumhuriyet Savcılığına yazılı bildirim yaparım

3)İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne rapor yazarım

4)Polise haber veririm

5)Diğer(belirtiniz:.....)

26) Çocuk ihmali ve istismarı şüpheli bir durumda bildirim yapmaz iseniz (24. soruya yanıtınız “hayır” ise) bildirim yapmama nedeniniz?

1)Bu konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için (yanlış tanı koymak endişesi)

2)Nereye bildirim yapacağımı bilmediğim için

3)Bu konuya ayıracak zamanım olmadığı için

4)Çocuğun daha sonra zarar göreceğini düşündüğüm için

5)Çocuğun ailesinden ayrılacağını düşündüğüm için

6)Diğer(belirtiniz:.....)

27) Çocuk ihmali ve istismarı olgularının tanı aşamasında aşağıdaki branşlardan hangisi ya da hangilerinin mutlaka olması gerekmektedir? (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

1)Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı

2)Adli tıp uzmanı

3)Çocuk ruh sağlığı uzmanı

4)Erişkin psikiyatrist

5)Sosyal hizmetler uzmanı

6)Çocuk cerrahı

7)Ortopedist

8)Kadın doğum uzmanı

9)Beyin cerrahı

10)Çocuk hemşiresi

11) Diğer(belirtiniz:.....)

28) Çocuk koruma birimleri konusunda bilginiz var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

29) Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda bilginiz var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

30) En çok bilgi almak istediğiniz konu başlığı hangisidir?

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1)İhmal | 2)Fiziksel istismar |
| 3)Duygusal istismar | 4)Cinsel istismar |
| 5)Ekonomik istismar | 6)İnternette istismar |

31) Yakın çevrenizde ihmal ve istismara uğrayan biri oldu mu?

- 1)Evet (türünü belirtiniz:..... 2)Hayır

31) Sizce çocuk ihmal ve istismarında hemşirenin rolü nedir, ne olmalıdır?

.....

.....

.....

Ek-1: Soru Formu (Bölüm 2:Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek)

AÇIKLAMA: Lütfen çocuk ihmal ve istismar konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz. İçten yanıtlarınız için teşekkür ederiz.

	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3.Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4.Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6.Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.					
7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8.Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9.Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					

10.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distalfemur, tibia, kafatası, el ve ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13.Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
17.Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18.Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21.Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.Asıların 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 öz saygıları yüksektir.					
29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
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 çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.					
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46. Anne yasının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yasaması çocuk istismar ve ihmaliine 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 yüksektir.					

54.Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir 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 ihmaliinde önemli bir faktör değildir.					
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.					
63.Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.					
66.Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

EK-2 : Katılımcıların “Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeğine” Verdikleri Cevapların Dağılımı

Sorular	Hiç doğru değil	Pek doğru değil	Kararsızım	Oldukça doğru	Çok Doğru
1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	0(0)	3(0,7)	14(3,2)	196(45)	223(51,1)
2.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	0(0)	5(1,1)	33(7,6)	197(45,2)	201(46,1)
3.Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	51(11,7)	66(15,1)	205(47)	71(16,3)	43(9,9)
4.Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	3(0,7)	31(7,1)	79(18,1)	177(40,6)	146(33,5)
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	141(32,3)	194(44,5)	73(16,7)	25(5,7)	3(0,7)
6.Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	1(0,2)	8(1,8)	72(16,5)	205(47)	150(34,4)
7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	0(0)	7(1,6)	66(15,1)	198(45,4)	165(37,8)
8.Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	18(4,1)	99(22,7)	224(51,4)	75(17,2)	20(4,6)

9.Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	2(0,5)	11(2,5)	87(20)	199(45,6)	137(31,4)
10.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	55(12,6)	130(29,8)	201(46,1)	39(8,9)	11(2,5)
11.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	1(0,2)	12(2,8)	98(22,5)	198(45,4)	127(29,1)
12.İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	57(13,1)	211(48,4)	146(33,5)	19(4,4)	3(0,7)
13.Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	3(0,7)	8(1,8)	29(6,7)	171(39,2)	225(51,6)
14.Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	30(6,9)	59(13,5)	157(36)	131(30)	59(13,5)
15.Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	2(0,5)	12(2,8)	44(10,1)	141(32,3)	237(54,4)
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	1(0,2)	33(7,6)	213(49,1)	124(28,6)	63(14,5)
17.Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	6(1,4)	9(2,1)	55(12,6)	171(39,2)	195(44,7)
18.Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	0(0)	6(1,4)	34(7,8)	168(38,5)	228(52,3)

19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	0(0)	11(2,5)	110(25,2)	155(35,6)	160(36,7)
20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	0(0)	11(2,5)	49(11,2)	175(40,1)	201(46,1)
21.Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	3(0,7)	28(6,4)	64(14,7)	185(42,4)	156(35,8)
22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	2(0,5)	15(3,4)	33(7,6)	210(48,2)	176(40,4)
23.Asıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	0(0)	9(2,1)	41(9,4)	212(48,6)	174(39,9)
24.Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	3(0,7)	19(4,4)	79(18,1)	188(43,1)	147(33,5)
25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	1(0,2)	12(2,8)	121(27,8)	186(42,7)	116(26,6)
26.Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	3(0,7)	11(2,5)	71(16,3)	185(42,4)	166(38,1)
27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	44(10,1)	76(17,4)	243(55,7)	44(10,1)	29(6,7)
28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	218(50)	75(17,2)	113(25,9)	25(5,7)	5(1,1)
29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	29(6,7)	38(8,7)	155(35,6)	123(28,2)	91(20,9)
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	162(37,2)	178(40,8)	82(18,8)	9(2,1)	5(1,1)

31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	1(0,2)	8(1,8)	27(6,2)	178(40,8)	222(50,9)
32.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	3(0,7)	20(4,6)	61(14)	176(40,4)	176(40,4)
33.Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	0(0)	12(2,8)	51(11,7)	190(43,6)	183(42)
34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	179(41,1)	115(26,4)	93(21,3)	36(8,3)	13(3)
35.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	1(0,2)	9(2,1)	23(5,3)	211(48,4)	192(44)
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	2(0,5)	7(1,6)	45(10,3)	202(46,3)	180(41,3)
37. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	3(0,7)	14(3,2)	86(19,7)	177(40,6)	156(35,8)
38.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	1(0,2)	13(3)	49(11,2)	199(45,6)	174(39,9)
39. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	3(0,7)	11(2,5)	62(14,2)	197(45,2)	163(37,4)
40. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	3(0,7)	8(1,8)	36(8,3)	207(47,5)	182(41,7)
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	262(60,1)	88(20,2)	62(14,2)	21(4,8)	3(0,7)

42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	51(11,7)	90(20,6)	232(53,2)	43(9,9)	20(4,6)
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	5(1,1)	18(4,1)	189(43,3)	138(31,7)	86(19,7)
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	3(0,7)	11(2,5)	151(34,6)	166(38,1)	105(24,1)
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	2(0,5)	19(4,4)	145(33,3)	165(37,8)	105(24,1)
46. Anne yasının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	58(13,3)	168(38,5)	169(38,8)	35(8)	6(1,4)
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	3(0,7)	12(2,8)	54(12,4)	190(43,6)	177(40,6)
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	2(0,5)	3(0,7)	27(6,2)	176(40,4)	228(52,3)
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	89(20,4)	194(44,5)	98(22,5)	41(9,4)	14(3,2)
50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	16(3,7)	82(18,8)	206(47,2)	74(17)	58(13,3)
51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	11(2,5)	31(7,1)	87(20)	131(30)	176(40,4)
52. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	32(7,3)	38(8,7)	156(35,8)	142(32,6)	68(15,6)

53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	17(3,9)	36(8,3)	91(20,9)	122(28)	170(39)
54.Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	117(26,8)	204(46,8)	66(15,1)	34(7,8)	15(3,4)
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	23(5,3)	44(10,1)	80(18,3)	130(29,8)	159(36,5)
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	71(16,3)	185(42,4)	107(24,5)	49(11,2)	24(5,5)
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.	5(1,1)	17(3,9)	42(9,6)	171(39,2)	201(46,1)
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkendir.	10(2,3)	27(6,2)	61(14)	145(33,3)	193(44,3)
59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	45(10,3)	87(20)	203(46,6)	56(12,8)	45(10,3)
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	6(1,4)	24(5,5)	141(32,3)	126(28,9)	139(31,9)
61.Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	29(6,7)	67(15,4)	243(55,7)	67(15,4)	30(6,9)
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	3(0,7)	19(4,4)	115(26,4)	139(31,9)	160(36,7)
63.Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	77(17,7)	226(51,8)	110(25,2)	16(3,7)	7(1,6)

64. Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	2(0,5)	9(2,1)	38(8,7)	179(41,1)	208(47,7)
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	1(0,2)	9(2,1)	54(12,4)	161(36,9)	211(48,4)
66. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	2(0,5)	28(6,4)	153(35,1)	143(32,8)	110(25,2)
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	0(0)	8(1,8)	64(14,7)	150(34,4)	214(49,1)

ÖZGEÇMİŞ

17.04.1991 tarihinde Manisa’da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Manisa’da tamamladı. 2008-2012 yılları arasında GATA Hemşirelik Yüksek Okulunda (HYO) lisans öğrenimini tamamladı. Temmuz 2012 ve Ağustos 2013 tarihleri arasında GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji AD’ da görev yaptı.Şubat 2013 tarihinde Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı AD’ da lisansüstü eğitimine başladı. Halen aynı bölümde lisansüstü eğitimine devam etmektedir. Ağustos 2013 tarihinde GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD’ da göreve başladı. Halen aynı bölümde görev yapmaktadır.