

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK



ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE EZGİ KURTULUŞ

İSTANBUL, 2024

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK



ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN SAĞLIK
PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ
HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE EZGİ KURTULUŞ

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ MUZAFFER BERNA DOĞAN

İSTANBUL, 2024

KABUL VE ONAY

AYŞE EZGİ KURTULUŞ tarafından hazırlanan “ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 14.08.2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik programı Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer Berna

DOĞAN

İstanbul Arel Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Selvi

ÇALIŞKAN

İstanbul Arel Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KARAKUŞ

TÜRKER

Üsküdar Üniversitesi

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....
PROF. DR. ALİ AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

14.08.2024

AYŞE EZĐİ KURTULUŞ

ÖZET

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ
AYŞE EZGİ KURTULUŞ
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK

(DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ MUZAFFER BERNA DOĞAN)

İSTANBUL, 2024

Amaç: Acil serviste çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilip ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma evrenini Ekim 2023 ile Ocak 2024 tarihleri arasında, İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinin çocuk, erişkin ve kadın doğum acil servislerinde çalışan 210 sağlık profesyonelleri oluştururken, örneklemini ise evrenin tamamı oluşturdu. Araştırma verilerine "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek" kullanılarak ulaşıldı. Verilerin analizi R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Katılımcıların %67.6'sı (n=142) kadın, %61'i (n=128) 25-30 yaş arası, %24.3'ü (n=51) Marmara bölgesi doğumlu, %64.3'ü (n=135) bekâr, %71.9'u (n=151) acil serviste 1-5 yıldır görev yapmakta, %68.1'i (n=143) 1-5 yıldır çalışmakta, %61'i (n=128) Çocuk İstismarı ve İhmali (Çİİ) konusunda eğitim aldığı saptandı. Ölçeğin toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutların 3.5 puan ve üzerinde olduğu görüldü. Ayrıca katılımcıların eğitim durumu, meslek, acil serviste çalışma süresi, Çİİ konusunda eğitim alma ve bu durumlarla karşılaşma durumu ile Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının ölçek toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutları bakımından 3.5 puan ve üzerinde olduğu ve Çİİ belirti ve risklerini tanımlamadaki farkındalıklarının

yüksek olduğu saptandı. Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının Çİİ bilgi ve farkındalıklarının güncel tutulması amacıyla çalıştıkları kurumda belli zaman aralıklarında adli vakalara yaklaşım konusunda hizmet içi eğitimlerin yapılması önerilmektedir.



Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Çocuk ihmali, Çocuk istismarı, Sağlık Profesyonelleri

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF HEALTH PROFESSIONALS WORKING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT ABOUT CHILD ABUSE AND NEGLECT AND RELATED FACTORS

MASTER'S THESIS

AYŞE EZGİ KURTULUŞ

GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY

NURSING

(SUPERVISOR: ASSİST. PROF. DR. MUZAFFER BERNA DOĞAN)

İSTANBUL, 2024

Objective: It is a descriptive study conducted to evaluate the level of knowledge of health professionals working in the emergency department about child abuse and neglect and to determine the related factors.

Material and Method: The study population consisted of 210 healthcare professionals working in the pediatric, adult and obstetric emergency departments of a training and research hospital in Istanbul between October 2023 and January 2024, while the sample consisted of the entire population. The research data were obtained using the “Introductory Information Form” and the “Scale for the Diagnosis of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect”. 2.15.3 program (R Core Team, 2013).

Results: 67.6% (n=142) of the participants were female, 61% (n=128) were between 25-30 years old, 24.3% (n=51) were born in Marmara region, 64.3% (n=135) were single, 71.9% (n=151) had been working in the emergency department for 1-5 years, 68.1% (n=143) had been working for 1-5 years, 61% (n=128) had received training on Child Abuse and Neglect (CAIN). The mean total score of the scale and all sub-dimensions were 3.5 points and above. In addition, there was a significant difference ($p<0.05$) between the participants' educational status, occupation, working time in the emergency department, receiving training on CSA and encountering these situations and the Scale for Diagnosis of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect and its sub-dimensions.

Conclusion: It was found that the level of knowledge and awareness of the participants about child abuse and neglect was 3.5 points and above in terms of the mean total score and all sub-dimensions of the scale and their awareness in identifying the symptoms and risks of CSA was high. It is recommended that in-service trainings on the approach to forensic cases should be provided at certain time intervals in the institution where they work in order to keep the knowledge and awareness of health care workers working in the emergency department up to date.



Key Words: Emergency Service, Child neglect, Child abuse, Health professionals

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ	viii
ÖNSÖZ	ix
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	2
1.3 Araştırmanın Soruları	2
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Çocuğun Tanımı	3
2.2 Çocuk İstismar ve İhmalinin Tanımı.....	3
2.3 Çocuk İstismar ve İhmalinin Tarihçesi	4
2.4 Çocuk İstismarı Çeşitleri	5
2.4.1 Fiziksel İstismar	5
2.4.2 Duygusal İstismar	7
2.4.3 Cinsel İstismar.....	8
2.4.3.1 Aile İçi İstismar (Ensest)	9
2.4.3.2 Pedofili.....	9
2.4.4 Ekonomik İstismar	9
2.5 Çocuk İhmali	10
2.6 Çocuk İstismar ve İhmalinin Nedenleri	10
2.6.1 Çocukla İlgili Faktörler	10
2.6.2 Aileyle İlgili Faktörler.....	10
2.6.3 Çevresel Faktörler	11
2.7 Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesi.....	11
2.7.1 Birincil Koruma	12
2.7.2 İkincil Koruma	12
2.7.3 Üçüncül Koruma	12
2.8 Çocuk İstismar ve İhmalinin Bildirilmesi	13
2.9 Çocuk İstismarı ve ihmali Tanımda ve Önlemede Sağlık Profesyonellerini Rolü	13
3 GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1 Araştırmanın Türü	16
3.2 Araştırmanın Amacı	16
3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	16
3.5.1 Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-D)	17
3.5.2 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek (EK-E)	17
3.6 Araştırmanın Etik Yönü	18
3.7 İstatistiksel Analizi	18
4 BULGULAR	19

5	TARTIŞMA	40
5.1	Katılımcıların Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	40
5.2	Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma.....	41
5.3	Katılımcıların Mesleki Bilgilerine Göre Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma.....	42
5.4	Katılımcıların Toplam ve Ölçek Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeylerine İlişkin Tartışma.....	46
6	SONUÇ ve Öneriler	48
6.1	Sonuç.....	48
6.2	Öneriler	49
7	KAYNAKLAR	50
8	EKLER	54
	EK A T.C. Arel Üniversitesi Etik Kurul Kararı.....	54
	EK B Kurum İzni	55
	EK C Bilgilendirilmiş Onam Formu	56
	EK D Tanıtıcı Bilgi Formu	57
	EK E Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek	62
9	ÖZGEÇMİŞ	68

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1 Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgiler	19
Tablo 4.2 Katılımcıların meslek ve çocuk istismar-ihmaline ilişkin bilgiler.....	20
Tablo 4.3 Ölçek alt boyut ve toplam puanlarına ilişkin bilgiler	23
Tablo 4.4 Sosyodemografik verilere göre ölçek alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması	24
Tablo 4.5 Katılımcıların mesleki bilgileri ve çocuk istismar-ihmaline ilişkin bilgilere göre ölçek alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 4.6 Ölçek alt boyut ve toplam puanları arası ilişki düzeyleri	38

KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

Çİİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu
TCK	: Türk Ceza Kanunu
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
İÇÜFB	: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri
İİÇDB	: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri
İÇÜB	: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri
İİYEÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri
İİYÇÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri
ÇİİAÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
WHO	: World Health Organization

ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen herkese teŖekkür etmek isterim. İlk olarak bana kıymetli zamanını ayıran tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer Berna DOĞAN tarafından sağlanan tez sürecimdeki rehberlik, destek ve değerli katkılarından dolayı kendisine teŖekkür etmek isterim.

Bu alıŖmayı hazırlamamda bana destek olan aileme, sabır ve teŖvikleri için değerli eŖime teŖekkür ederim.

14.08.2024

AYŖE EZGİ KURTULUŖ

1 GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Doğumundan başlayarak 18 yaşına gelene kadar tüm gelişimi süresince bakıma ihtiyaç duyan ve korunması gereken insanlar, çocuk olarak kabul edilir (Yükseler, 2020). Toplumun genç bireyleri olarak değerlendirilen çocuklar, gelecekteki yetişkin rollerine hazırlanan ve ihtiyaçlarının karşılanmasına ihtiyaç duyan bireylerdir (Kaptan, 2017). Sağlıklı bir toplum oluşması için nesillerin iyi yetiştirilmesi gereklidir. Toplum tarafından çocuğun çıkarını gözeten onu gelecek için odak noktası haline getiren bir yaklaşım bugün ve yarınlar için oldukça önemlidir (Solak, 2018). Bunlarla birlikte son zamanlarda çocuk istismarı ve ihmali dünyanın birçok noktasında görüldüğü gibi ülkemizde de sıkça gündemde olan önemli bir toplum sağlığı sorunu haline gelmiştir (Kamiloğlu, 2018). Uluslararası İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile bağlantılı sağlık sorunları çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili sorunları da içermektedir (Wilson, 2023).

Çocuk istismarı ve ihmali, yaygın olarak kabul gören bir tanıma göre; “Bir çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişimi ve onuru açısından zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar doğurabilecek her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkâr davranış ile ticari amaçlı ya da diğer türde sömürü” olarak tanımlanmaktadır (Krug, 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuğun gelişimini olumsuz olarak etkileyen her türlü kötü davranışları (küfür etme, dövme, tacizde bulunma vb.) çocuk istismarı ve ihmali olarak değerlendirmektedir (WHO, 2023). Çocuk istismarı ve ihmali maruz kalan çocuklarda, sadece maruz kaldığı dönem değil gelecek yaşantısında da sosyal, ruhsal ve fiziksel olarak ciddi sorunlar görülebilmektedir (Çüçen, 2021). Bir çocuğun istismar veya ihmale maruz kaldığını anlayabilmek için çocuğun fiziksel, duygusal olarak verdiği işaretleri iyi anlayıp, değerlendirmek gerekmektedir (Özcan, 2017). Çocuk istismarı ve ihmali üzerine yapılmış çalışmalar incelendiğinde; çocuklarda depresyon, anksiyete, alkol-madde kullanımına yatkınlık, suça eğilimli olma, öfke, uyku-yemek bozukluğu gibi yaşamsal faaliyetlerini olumsuz yönde etkileyecek sorunlarla karşılaştığı bildirilmiştir (Çetin, 2020). Çocuk istismarı ve ihmali vakaları ne yazık ki her geçen gün dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış göstermektedir. Fakat çocuk istismarı ve

ihmali konu olduğunda çoğu vakanın gizli kalıp açığa çıkmaması sebebiyle gerçek oranlar veri olarak yansımamaktadır. Gerek vaka ile karşılaşan meslek üyelerinin yetersizliği gerek toplum baskısından ötürü ses çıkarmama, utanç duyma gerekse istismar eden bireyin korunması gibi sebeplerle birçok vaka açığa çıkmamaktadır (Altın, 2021). Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında bu durumu tanımak ve yapılacak işlemlerin adımlarını biliyor olmak sağlık personellerinin önemli görevlerinden biridir (Yaman, 2017). Sağlık çalışanlarının istismar ve ihmal hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ve yasal süreçleri bilmemeleri, çocukların hayatında ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Çünkü çocuğun tekrar sağlık kuruluşuna gelme fırsatı olmayabilir ve çocuğun istismar ve ihmale maruz kalmasının devam etmesine yol açabilir. Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının erken dönemde tespit edilmesi, çocuğun fiziksel ve duygusal durumunun değerlendirilmesi, benlik saygısının güçlendirilmesi ve güvenli bir ortamda yaşamını sürdürmesi için gerekli önlemlerin alınması önemlidir (Okur ve Parlak, 2024).

1.2 Araştırmanın Amacı

Ebe, hemşire ve doktorları dahil ederek yapılan bu araştırmada; çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan sağlık personellerinin farkındalık düzeyini belirleyerek bilgi düzeylerini değerlendirmek, bu vakaların tanınması, tespit edilmesi ve tedavi sürecinde etkin rol alan sağlık profesyonellerinin eksiklikleri tamamlama noktasında önerilerde bulunmak amacıyla yapıldı.

1.3 Araştırmanın Soruları

- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları nedir?
- Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyut düzeyleri ile sosyo-demografik özellikler ve araştırma ile ilgili sorular arasında ilişki/fark var mıdır?

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Çocuğun Tanımı

Türk Dil Kurumu'na göre çocuk terimi, bebeklik ile ergenlik arasında bulunan gelişim dönemindeki bireyi ifade eder (Kaptan, 2017). Çocuk hakları sözleşmesine göre kişinin çocuk olarak kabul edilme yaşı genel olarak 18 yaşına kadar olan dönemi kapsamaktadır (Çüçen, 2021). Yine bu tanıma benzer olarak 2005 yılında ülkemizde yürürlüğe dahil olan Çocuk Koruma Kanunu'nun üçüncü maddesi uyarınca, birey; 18 yaşını doldurmamış herkes çocuk kabul edilmektedir (Çetin, 2020).

2.2 Çocuk İstismar ve İhmalinin Tanımı

Çocuk istismarı ve ihmalinin tarih boyunca var olduğu bilinmektedir fakat tanımı ve algısı kültürler ve nesiller arasında değişkenlik göstermektedir. Günümüz toplumunda şiddet olarak kabul gören bir aksiyon geçmiş nesiller ve diğer kültürler tarafından farklı şekillerde tanımlanabilir. Bu tanımların farklılık göstermesi istismar ve ihmale uğrayan çocukların fark edilmesinde sağlık profesyonelleri açısından kafa karışıklığına sebebiyet verebilir (Skarsaune ve diğerleri, 2015).

Çocuk ihmali; ebeveynler veya çocuğun bakımından sorumlu diğer bireylerin yürüttüğü eylemler, yetersiz bakımı, eğitimi, çevredeki tehlikelerden koruyamama ve yetersiz beslenme gibi temel ihtiyaçların karşılanamamasını içerir. İhmal, çocuk istismarının en yaygın şeklidir (Gonzales ve diğerleri, 2021).

Çocuk istismarı; çocuğun anne, baba, akraba, arkadaş gibi tanıdığı bireyler ya da hiç tanımadığı yabancı kişiler tarafından farkında olarak ya da olmayarak gerçekleştirilen, çocuğun fiziksel, ruhsal ve gelişimsel açıdan olumsuz etkilenmesine neden olan tüm davranışları kapsayan bir olgudur (Çüçen, 2021).

İstismar ve ihmal arasındaki temel ayrım, istismarın aktif bir eylemi temsil etmesi, ihmalin ise pasif bir durum olarak ortaya çıkmasından kaynaklanmaktadır (Çetin, 2020).

Çocuk istismarı veya ihmalinin tanımlanmasındaki en temel zorluklar; hangi davranışın net bir şekilde istismar veya ihmal olarak tanımlanamaması, hukuksal

boyutta ispatlanamayışı ya da ispatlanabildiği durumlarda sonraki yaşamında etkili bir koruma sağlayacak uygulamaların yetersizliğidir (Durgun, 2019).

2.3 Çocuk İstismar ve İhmalinin Tarihçesi

Çocuk istismar ve ihmalinin tarihçesi insanlığın varoluşuyla başlamıştır. Tarih öncesi dönemde, hasta ya da sakat olarak doğan bebekler ölüme terk edilir, kadınlar gibi alınıp satılabilir, kurban edilebilirlerdi. Orta çağdan sonra çocuk daha çok aile bakımı, avlanma gibi yaşından bedeninden büyük sorumluluklar verilirdi. Modern çağla birlikte çocuk işçilerin sayısı artarak ortaya çıkmıştır (Kaptan, 2017).

ABD de ortaya çıkan ilk çocuk istismarı annesinden şiddet gören sekiz aşındaki bir çocuğun eve gelen misafir tarafından bildirilmesiyle olmuştur. Birçok yere başvuruda bulunan misafir kadın defalarca başarısızlığa uğramıştır. Uzun uğraşları sonucunda mahkemeden çocuğun bakım evine gönderilmesi ve annesinin bir yıl hapis cezası almasını sağlamıştır. Olayın üstünden sekiz ay geçmesinden sonra mahkemede çocuğun avukatlığını yapan Gerry tarafından çocukları koruma amacıyla ilk derneği kurmuştur. Bu derneğin kurulmasından sonra bu gibi derneklerin sayısı artarak çocuklara verilen önemde artmaya başlamıştır (Kara, 2010).

Çocuk istismarı ve ihmali çeşitli kaynaklarda her dönem rastlanan fakat tıbbi literatürde son yıllarda daha detaylı ve sık rastlanan bir konudur. İlk kez 1860 yılında Tardieu tarafından bahsedilen bu konu, 1946 yılında Caffey dura mater ve araknoid mater tabakaları arasında hematoma ve uzun kemik kırıkları tespit edilen vakaların kötü muameleye bağlı olduğunu belirterek literatüre C.Henry Kempe ve arkadaşlarının 'örselemiş çocuk sendromunu' eklemesine yardımcı olmuştur (Kabakoğlu, 2018).

Yirminci yüzyılda gerçekleşen bilimsel buluşlar ve teknolojik gelişmeler, refah düzeyini arttırarak çocukların kaderini değiştirerek onlar için altın çağı başlatarak çocuğa verilen değeri arttırmıştır. Fakat ne yazık ki hala dünyada rastlandığı gibi ülkemizde de çocuk istismarı ve ihmali rastlanmaktadır (Kaptan, 2017).

Çocuk istismarı ve ihmalinin görülme sıklığı son yıllarda daha belirgin hale gelmesiyle birlikte küçük duygusal ihmaller, çocuğun disiplin edilmesiyle ilgili sorunlar gibi görünüşte hafif olaylardan başlayarak ağır cinsel istismar, hayati tehlike

arz eden ciddi fiziksel istismarlara kadar değişen vakalarla sık karşılaşılmaktadır (Fraser ve diğerleri, 2010).

2.4 Çocuk İstismarı Çeşitleri

Çocuğun maruz kaldığı onun zararına olan istismar ve ihmal olarak nitelendirebileceğimiz muamelenin birçok türü bulunmaktadır. Bu farklı istismar ve ihmal türleri ailenin toplumun kurum ve kuruluşların ortak sorunu hale gelmiştir (Blakely, 1967).

2.4.1 Fiziksel İstismar

Çocuğun ebeveyn ya da bakımından yükümlü olduğu birey tarafından fiziksel hasara uğratması, çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanır (Bilgiç, 2015).

Fiziksel istismar, genellikle en yaygın karşılaşılan ve fark edilmesi en kolay olan istismar çeşididir. Çocuğun fiziksel yetenekleriyle uyuşmayan, kendiliğinden gelişme olasılığı düşük hasarlar istismar olasılığını göz önünde bulundurmalıdır (Burç, 2014).

Fiziksel istismar çeşitli şekillerde kategorize edilebilir.

Ebeveyn tarafından gerçekleştirilen istismar veya kurumda öğretmen, eğitimci ya da yönetici tarafından gerçekleştirilen istismar şeklinde alt başlıklarda değerlendirilebilir. Uygulama şekline göre ise herhangi bir aleti (kemer, sigara, ütü vs.) kullanarak ya da bir alet kullanmaksızın tokat atma sarsma gibi çocuğa zarar verme eylemi olarak da kategorilerde incelenebilir (Kara, 2010).

Yapılan araştırmalarda fiziksel istismar riski, genellikle çocuğun yaşıyla birlikte artmasına rağmen iki yaşın altındaki çocuklarda mortalite oranı daha fazla görülmektedir (Kural, 2014).

Kırıklar, kafa travmaları, abdominal yaralanmalar, insan ısırığı izleri, vücudun çeşitli yerlerinde ekimozlar şeklinde vücutta iz bırakan yaralanmalar fiziksel istismarı gösteren bulgulardan birkaçıdır (Kocaer, 2006). Fiziksel istismar bulguları;

İskelette oluşan kırıklar buldukları yerlere göre çocuğun kendisinin yanlışlıkla ya da bilerek yapma ihtimaline uygun olmadığında bize fiziksel istismarın varlığı hakkında önemli ipuçları sağlayabilir. Bunlar arasında uzun kemiklerde meydana gelen kırıklar, sterna kırıkları, omurga kırıkları, kaburga kırıkları, köşe, kova sapı adı verilen kırıklar bulunur. Röntgen çekilerek tanı koyulabilir. Başta oluşan travmalar; çocuğu şiddetli sarsarak ya da başına direkt darbe gelmesi sonucunda hematoma, fışkırır tarzda kusma, konvülsiyon gibi durumlarla karşılaşıldığı gibi daha ağır vakaları koma ve ölümle sonuçlanabilir. Kafa travmalarında en yüksek ölüm oranına sahip fiziksel istismar şekli sarsılmış bebek sendromu olarak bilinir. Kafa ultrasonu, beyin tomografisi ile tanı koyulabilir. Abdominal travmalar; başta oluşan travmalardan sonra en yüksek ikinci ölüm oranına sahip fiziksel travma şeklidir. Karın bölgesine gelen direk darbe sonucu oluşur. Bu bölgelerdeki travmalar karaciğer, mide, bağırsaklara zarar verebilir niteliktedir. Abdominal travmalar sonucunda özellikle karaciğer fonksiyon testleri, hematüri testleri bize önemli ipuçları verecektir. Bu testlerin sonucunda gerek duyulursa karın BT yapılabilir. (Gonzalez ve diğerleri, 2021).

Vücuttaki ısırık izleri; buldukları bölgeye göre çeşitli anlamlar taşımaktadır. Örneğin küçük yaştaki çocuklarda cezalandırma amacı güdülürken, büyük yaştaki çocuklarda görüldüğü yerlere göre cinsel bir saldırıyı işaret edebilir. Ekimozlar; darbe sonucunda travmanın bulunduğu bölgelerde görülen renk değişikliği fiziksel istismar belirtilerindedir. Bu renk değişikliği bize travmanın ne kadar süre önce gerçekleştiğinin de bilgisini verebilir. Isırık izlerinde olduğu gibi yine vücutta oluşan ekimozların bulunduğu bölgelere göre cinsel saldırıyı işaret edebilir (Bilgiç, 2015).

Fiziksel istismara uğramış çocuklar davranışları ile kendilerini fark ettirebilirler. Bu yüzden sağlık profesyonelleri bu vakaları tanımak için çocukların sergiledikleri davranışları iyi takip edip karşılaştıkları istismar vakalarını uygun şekilde bildirmelidir. Fiziksel istismara maruz kalmış çocuklarda görülen bazı farklılıklar; ebeveynlerinden ya da fiziksel şiddete maruz kaldığı kişilerden korkması, içe kapanık olması, zor iletişim kurulması, zaman zaman saldırgan davranışlarının olması, yaralarını saklama çabası edinmiş olup oluşan yaraları hakkında tutarlı cevaplar verememesi örnek olarak sayılabilir (Kırbaç, 2017).

Dünya bazında yapılan araştırmalara göre çocukların %80-98 inde fiziksel istismar bulgularına rastlanmakta, üçte birlik kısmında ise yardımcı bir aletle fiziksel istismar gerçekleştiği görölmüştür (Kaptan, 2017).

2.4.2 Duygusal İstismar

Duygusal istismarı UNİCEF ‘çocuğun kişisel özelliklerinin, yeteneklerinin ve isteklerinin devamlı olumsuzlanması, sosyal çevreden izole edilmesi, sürekli doğaüstü güçlerle korkutulması veya terk edilme tehdidiyle karşı karşıya bırakılmasıdır’ şeklinde tanımlamıştır (Yükseler, 2020). Duygusal istismar en zor tanınan istismar türlerin arasındadır. Çocukların ihtiyaç duyduğu sevgi ilgi güven duygularından eksik bırakılarak psikolojik olarak yıldırma durumudur. Yalnız başına olabileceği gibi fiziksel ve cinsel istismarla birlikte de meydana gelebilir (Burç, 2014).

Duygusal istismar genellikle çocuğun yakın olduğu, çocuğun bakımından sorumlu olan ya da duygusal bağ kurduğu kişiler tarafından gerçekleşir. Duygusal istismar farklı şekillerde gerçekleşebilir. Çocuğun yok sayılması, isteklerinin reddedilmesi, toplumdaki uzaklaştırılması, değersiz gösterilmesi, başka çocuklarla kıyaslanarak yetersiz hissettirilmesi, kapasitesinin üstünde performans beklenerek çocuğun kendine güveninin kırılması, çocuğun hislerinin kötüye kullanılması duygusal istismar örneklerindedir (Kural, 2014).

Duygusal istismar fiziksel istismar gibi ölümlerle sonuçlanmasa da çocukta derin yaralara yol açarak ileriki yaşamından derin izler bırakabilir (Türker,2017). Çocuklarda duygusal istismarın görölmesi; benlik saygısında düşme, yalan söyleme, başarısızlık, depresyon, kendine ve çevresine güvensizlik, bağımlılık, ie kapanıklılık, saldırganlık, suça yatkınlık, iletişim problemleri gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Bilgiç, 2015).

İlk kez 1974 yılında ABD de ‘mental hasar’ ifadesi kullanılarak duygusal istismara vurgu yapılmıştır. Türkiye’de duygusal istismar oranları değerlendirilmek istendiğinde net rakamlara ulaşılmamaktadır. Duygusal istismarın somut bir göstergesi olmadığından çocuğun konumu, yaşı, cinsiyeti gelişim evresi tanı aşamasında iyi değerlendirilmelidir (Kaptan, 2017).

2.4.3 Cinsel İstismar

Cinsel istismar çocuğun tanıdığı ya da tanımadığı biri tarafından cinsel gereksinimlerini karşılamak için kandırılarak ya da istediği dışında zorla kullanılmasıdır. Bu eylem çocuğa bakmakla yükümlü olan bireyler tarafından gerçekleşiyorsa 'ensest' olarak adlandırılır. Çocuğun rızasının olup olmaması cinsel istismar varlığını değiştirmez. İstismarlar arasında en gizli kalan istismar tipi olduğundan net verilere ulaşmak oldukça zordur (Işık, 2021).

Dünyada yapılan çalışmalar incelendiğinde cinsel istismara uğrayan kız çocuklarının oranı %71 iken erkek çocukların oranı %29dur (Çetin, 2020).

Cinsel istismarın birçok çeşidi vardır. Bunlardan birincisi fiziksel bir temas sağlanmadan sözel ya da gözetleyerek taciz etme durumudur. İkincisi temasın var olduğu dokunarak ya da dokunması için zorlayarak yapılan taciz türüdür. Üçüncüsü sürtünme yolu sağlanan cinsel tacizdir. Dördüncüsü cinsel organa yabancı bir cisim ya da elle yapılan cinsel tacizdir. Beşincisi ise çocuk fuhuşu gibi yapılan cinsel sömürülerdir (Çüçen, 2021).

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda görülen farklılıklar tanı koymak için önemli olduğundan bu farklılıkları iyi tanımak gerekir. Kâbus görme, çabuk öfkelenme, saldırgan tutum sergileme, intihar düşüncesi, depresyon, bağımlılık, dikkat dağınıklığı, uyku bozukluğu, suça yatkınlık görülebilir (Durgun, 2019). Bunlarla birlikte fiziksel olarak rektal kanama, oturmada güçlük, genital bölge ve anal bölgede oluşan yaralanmalar, himende yırtık, göğüs ya da dudak çevresindeki ekimozlar ya da erken yaşta gebelik cinsel saldırının en önemli belirtilerindendir (Kamiloğlu, 2018). Çocuk istismarı sadece çocuğun olaya maruz kaldığı dönem ve sonraki yaşantısını etkilemesinin dışında aile ve toplum üzerinde de oldukça olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Altın, 2021).

Kız çocuklarının ya da kendini ifade etmede güçlük yaşayan çocukların cinsel istismara maruz kalma riski daha fazla olduğu gibi daha önce istismara uğramış çocukların gelecek yıllarda istismarcı olma olasılığı daha yüksektir (Yükseler, 2020).

2.4.3.1 Aile İçi İstismar (Ensest)

Cinsel istismarın aile bireyleri, akrabalar çocuğun bakımından sorumlu bireyler tarafından gerçekleşmiş olmasıdır. Bu cinsel istismar türü en gizli tutulmaya çalışılan istismar türüdür. Gerek çocuğun kendisine inanılmayacağı endişesi gerek kendini suçlaması sebebiyle üzeri çoğu zaman örtülen istismar türüdür. Ailenin duyulmasından korkması istismarcıya bu davranışı yakıştıramaması ya da korumaya çalışması gibi sebeplerle de gizlenmeye çalışılabilir. Gizli tutuldukça çocuk için daha travmatik duruma gelip istismarın uzun dönemleri kapsadığı bilinmelidir (Erol, 2018).

2.4.3.2 Pedofili

Bu bireyler çoğunlukla istismar ettiği çocukla öncesinde bağ kurmuş kişilerdir. Son yıllarda ne yazık ki oldukça sık rastlanan bu cinsel istismar tipinde istismarcı çocuğunda istediğini ona öğretmek için yaptığını belirterek kendini aklamaya çalışmaktadır (Kabakoğlu, 2018).

Cinsel istismarın çocuk üzerindeki etkilerini iyi tanımlamak ve olası risk faktörlerini belirlemek oldukça önemlidir. Çocuğun yakın çevresi tarafından gerçekleşen cinsel istismarlar gizli tutulmaya çalışılacağından geç fark edilmesi ve çocuk üzerinde bu eylemin tekrarlanması olasıdır.

2.4.4 Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar, genellikle düşük sosyoekonomik duruma sahip ailelerde çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimine zarar veren, eğitimini engelleyen, çalıştırılarak gelir elde edilme amacıyla ekonomik açıdan suiistimal edilmesini içeren durum ifade eder (Kırbaç, 2017). Çocuğun çalıştırılması, kapasitesini aşan ve onu zorlayan sorumluluklar almasına sebep olur. Çalışmak için belli bir yer bulamayan çocukların bir kısmı sokakta çalışırken diğerlerinden çok daha fazla yaşamını olumsuz etkileyecek risklerle karşılaşmaya açıktırlar (Kural,2014). Çocuğun köle olarak kullanılması, özellikle kız çocuklarının pornografik gösterilerde kullanılması, zararlı madde alım satımında kullanılması çocuk işçiliğin en zararlı durumlarından birkaçıdır (Kaptan, 2017).

Çocuğa uygulanan ekonomik istismarın önüne geçilmesi çocuk hakları sözleşmesinin 32. Maddesinde şu şekilde belirtilmiştir; “Çocukların ekonomik sömürüye maruz kalmaları ve tehlikeli işlerde çalıştırılmaları, eğitime zarar verebilecek veya sağlığına, bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ya da toplumsal gelişimine olumsuz etkileri olabilecek işlerde çalışmaları, devlet tarafından güvence altına alınarak engellenir.”. Bu ifade ile çocuk işçiliğın ortadan kaldırılması amaçlanmıştır (Solak, 2019).

Yoksulluğun sebep olduğu ekonomik açıdan istismar edilen çocuklar eğitimden uzaklaştırdığı için yoksulluğu kronik hale getirmektedir (Kaptan, 2017).

2.5 Çocuk İhmali

Çocuğun başta ebeveynleri ya da devlet tarafından olmak üzere sağlık, beslenme, eğitim, güvenlik gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması durumu çocuk ihmali olarak değerlendirilebilir (Çalışkan ve diğerkleri, 2023).

2.6 Çocuk İstismar ve İhmalinin Nedenleri

Dünyanın birçok bölgesinde görüldüğü gibi çocuk istismarı ve ihmali ülkemizde de yaş cinsiyet dil din ırk ayırt edilmeksizin farklı oranlarda görülmekle birlikte bireysel çevresel ailesel toplumsal risk faktörleri söz konusudur (Çüçen, 2021).

2.6.1 Çocukla İlgili Faktörler

Çocuğun yaşı, cinsiyeti, bedensel ya da zihinsel olarak özel gereksinimli olması, kronik rahatsızlığı olması, ailenin beklentisinin dışında olan çocuklar, istenmeyen gebelik sonucunda doğan çocuklar, kendini ifade ederken zorluk yaşayan çocuklar istismar ve ihmal bakımından daha riskli grup arasındadır.

2.6.2 Aileyle İlgili Faktörler

Ebeveynlerin yaşı, maddi olanakları, sosyokültürel seviyesi, ailede bağımlı birey bulunması, çok çocuk doğurma, eğitim eksikliği, istenmeyen gebelik, gebelik sürecinin zor geçmesi, üvey ebeveyn varlığı, daha önce istismara ya da ihmale maruz kalmış ebeveyn varlığı istismar ve ihmal bakımından daha riskli grup arasındadır.

2.6.3 Çevresel Faktörler

Ailenin yaşadığı coğrafyadaki inanışlar, bazı bölgelerde çocuğun çokluğundan ya da törelerinden ötürü çocuğun değersiz görülmesi, aileye yeterli maddi-manevi destek sağlanamaması, çevredeki istismar ve ihmal suçlarına karşı caydırıcı ceza verilmemesi, medyanın kötü örnekleri, işsizliğin artmasıyla sosyoekonomik düzeyin düşmesi, alkol-maddeye kolay ulaşılabilir olmasıyla bağımlı sayısının artması, sosyoekonomik yapının düşük olmasından kaynaklı çocuk işçiliğini önleyecek uygulamaların yetersizliği, eğitimin ulaşılabilirliğinin zorluğu nedeniyle çocuk istismarı ve ihmali bölgeden bölgeye farklılık gösterebilmektedir.

2.7 Çocuk İstismar ve İhmalinin Önlenmesi

Çocuk istismarı ve ihmali milyonlarca çocuğun fiziksel, ruhsal, sosyal gelişimini engelleyen bir toplum sorunu olup, etkilenen çocukla birlikte aileleri ve toplumu da olumsuz etkileyen bir durumdur (Çüçen, 2020). Çocuk istismarı ve ihmali vakalarındaki riskli grupların belirlenerek, değerlendirilmesi, bu vakalar görüldüğünde gerekli aşamaları doğru bilip uygulamak, bildirimini yaparken dikkatli davranmak çocuğun yararına olabilecek her detaya hâkim olmak, toplumdaki birçok kurum ve kuruluşun içinde olduğu bütüncül bir durumdur. Bu vakalarla karşılaşıldığında çocukta oluşabilecek travmalar göz önünde bulundurularak hem çocuğun gelecekteki karakteri için hem de toplum sağlığı için çok önemlidir. İletişimi kuvvetli, topluma faydalı bireyler yetiştirmek anne babanın olduğu kadar devletin ve toplumun her bireyinin görevidir (Yükseler, 2020).

Çocukların istismar ve ihmale maruz kaldığı durumlar için geniş kapsamlı önlemlerin alınması gerekliliği, çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili farklı alanlarda çeşitli tedbirlerin alınmasının önemini vurgular (Güzelmansur ve diğerleri, 2019). Çocuk istismarına ilişkin yetersiz bilgidен ya da başka sebeplerden kaynaklanan yanlış teşhis, erken tedaviyi geciktirerek kronik psikiyatrik ve tıbbi bozukluklara yol açabilir (Lupariello ve diğerleri, 2023).

İstismar ve ihmali önlemek çok yönlü bir yaklaşım gerektirir ve genel olarak üç aşamada değerlendirilir (Altın, 2021). Birincil koruma, şiddetin ortaya çıkmasının engellemeye yönelik çabaları içerirken, erken tanı ve tedavi çabalarını ikincil koruma

içerirken, üçüncül koruma istismar ve ihmale maruz çocukların rehabilitasyon çabalarını kapsar (Çetin, 2020).

2.7.1 Birincil Koruma

Birincil koruma çocuk istismar ve ihmale maruz kalmadan önce risk faktörlerini belirleyerek çocuğu korumaya çalışan çabaları içerir. Ailenin ve çocukların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik politikalar belirleyip, istenmeyen gebelikleri önleme amaçlı aile planlaması yapılması, çocuğun çevresinde zararlı madde kullanımını varsa gerekli tetkik ve tedavinin sağlanması, risk altındaki çocuklar belirlenip gerekli danışmanlık sağlanması, eğitim seviyesinin yükseltilerek çocuğa verilen değerin artırılması, ailenin sosyoekonomik durumunu arttırılarak çocuk işçiliğinin önüne geçilmesi, çocukla ilgilenen tüm birimlerin profesyonel eğitim almalarının sağlanması ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi birincil korumanın adımlarındandır (Erol, 2018).

2.7.2 İkincil Koruma

İstismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarda erken tanı ve tedavi çabalarını içerir. İhmal veya istismar sonrası sağlık kurumlarına getirilen çocukların ayrıntılı anamnezini alarak, muayenesinin detaylı ve özenli yaparak, çocuğun aileyle ilişkisin gözlemleyip tespit etmek olayın tekrarlanması ve bildirilmesiyle çocukta oluşabilecek zararları azaltabilmektedir (Kabakoğlu, 2018). Tespit edilemeyen istismar ve ihmale vakalarında tekrar etme olasılığı %30 ila %50 arasında değişirken önlenmeyip devam eden vakalarda ölüm olasılığı %5 ila %10 civarındadır (Kamiloğlu,2018).

2.7.3 Üçüncül Koruma

Üçüncül koruma istismar ve ihmale maruz kalmış çocukların fiziksel ruhsal ve hukuksal boyutta rehabilitasyon çabalarını içerir (Solak, 2018). Üçüncül korumada görev alan tüm kurum ve kuruluşlar çocuğun çıkarlarını gözeterek profesyonel ve işlevsel olarak doğru politikalar izlemelidir. Gerekli muayene ve tıbbi tedavi sonrasında çocuğun çıkarları göz önünde bulundurularak ya ailesine ya da sosyal hizmetler birimine teslim edilip sonraki destek ve rehabilitasyon aşamaları için yakından izlenip hukuksal hakları korunmalıdır (Kocaer, 2006). Üçüncül koruma istismarın tekrarlanmaması ölüm oranının düşmesi, topluma her açıdan sağlıklı

bireyler kazandırmak için oldukça önem verilmesi gereken bir konudur (Yaman, 2017).

İstismar ve ihmal maruzu çocuklarda fiziksel ve ruhsal sağlığını arttıracak somut adımlar atılmalı, medyanın, kurum ve kuruluşların sorunun olumsuz sonuçlarının büyümesine engel olarak duyarlılığı arttırması multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir (Demir, 2012).

2.8 Çocuk İstismar ve İhmalinin Bildirilmesi

Sağlık profesyonelleri savunmasız ihmal edilmiş ya da istismara uğramış çocukları korumak tanı koyma, müdahalede bulunmak karşılaşıldığında bildirimini yaparak gelecek tehditlere karşı uyanık olma konusunda benzersiz bir konuma sahiptir (Acar ve diğerleri, 2021).

Yaralı çocukların ilk başvuru yeri olan acil serviste çalışan sağlık profesyonelleri gerek ortam koşulları gerekse hasta yoğunluğu ve zaman kısıtlaması gibi olumsuz koşullar sebebiyle istismar olasılığını dikkate almazsa tanı koyulması ve müdahalenin yapılmasını geciktireceğinden bu konuda daha duyarlı ve özverili olması gerekir (Keane ve diğerleri, 2008).

Çocukların istismar ve ihmale uğramaması yönünde korunup bu konuda zarar görmüş çocukların bildirimini yapmak eğitim yargı sağlık sistemleri arasında anlamlı bir işbirliğini gerektirir (Schiling ve diğerleri, 2014).

Çocuğun istismar ve ihmale uğradığının bildirilmemesi Türk Ceza Kanununa göre suç sayılmaktadır. Çocuk Koruma Kanunu'nun 6. Maddesi, adli ve idari mercilerin, kolluk görevlilerinin, sağlık ve eğitim kuruluşlarının ve sivil toplum kuruluşlarının korunmaya muhtaç çocukları Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bildirme yükümlülüğüne sahip olduğunu belirtir. Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan sağlık profesyonelleri bu durumu gerekli mercilere bildirmediğinde TCK'nın 267. Maddesine göre görevin ihmali davranışıyla kötüye kullanılması suçunu işlemiş olacaktır (Cirit, 2015).

2.9 Çocuk İstismarı ve ihmali Tanımda ve Önlemede Sağlık Profesyonellerini Rolü

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında tedavi edilmesinde ve rehabilite edilmesinde sağlık profesyonelleri büyük ölçüde görev almaktadır. Tespit edilemeyen çocuk istismarı ve ihmal vakaları bu durumun tekrarlanması ve mortalite oranlarının artmasına sebep olacağından istismar ve ihmal vakalarının hastaneye müracaatlarında ayrıntılı anamnez almak, aile ile çocuk arasındaki iletişimi incelemek sağlık personellerinin sorumluluklarındandır. Hem çocuğun çıkarları hem mesleki gelişimi açısından sağlık profesyonelleri görev ve yetkilerini iyi bilip adımları doğru izlemelidir. Belirlenen istismar ve ihmal vakalarında doğru yerlere bildirim yapmak sağlık profesyonellerinin yasal sorumluluğudur (Işık, 2021).

Çocuk istismar ve ihmali hemşirelik uygulamaları da dâhil olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri içim duygusal ve zorlayıcı bir konu olarak kabul edilir. Danışmanlık, rehabilitasyon, tedavi, eğitim, hastaneler, aile sağlık ocakları gibi çocuğun görüldüğü, fark edilebileceği her kurumda bölümler arası iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır (Skarsaune, 2015).

Hemşireler, istismar ve ihmal riski taşıyan çocuklarla sıklıkla temas ederler. Pediatri veya çocuk sağlığı ortamlarındaki hemşireler burada bulunan çocuklarla doğrudan, evsizlik veya fiziksel sağlığın kötü olması gibi sıkıntılar yaşayan ebeveynlerle dolaylı olarak çalışabilirler (Lines ve diğerleri, 2018). Acil servis hemşireleri vaka ile ilk karşılaşan değerlendirmeyi ilk yapan delillerin saklanması ve korunması konusunda yardımcı olan sağlık profesyonelleridir. Bu yüzden hemşirelerin bu vakalarda farkındalık ve bilgi düzeyini arttırmak amaçlı eğitimler düzenlenmelidir. Hemşireler çocukların zarar görmekten korunmasına yardımcı olmak için konumları nedeniyle bilinen ya da şüphelenilen vakaları ilgili kurumlara bildirmek için seçilen meslek gruplarından bir tanesidir (Fraser ve diğerleri, 2010). Çocuk istismarı ve ihmali vakalarında birincil hemşirelik girişimi toplumun ve meslektaşlarının bilinçlenmesini sağlamaktır. İkincil hemşirelik girişimi istismar ve ihmale uğrayan çocukların erken tanınması bildirilmesi, diğer çocuklar için risk faktörlerinin kaldırılmasını içerir. Üçüncül hemşirelik girişimi ise istismar veya ihmal mağduru olan çocuklarda oluşan zararı en aza indirmek için çalışmalar yaparak rehabilite edici girişimleri kapsar (Altın, 2021).

Acil serviste çalışan hekimler gerek hemşirenin ilk değerlendirmesini yaptığı gerekse kendi karşılaştığı çocuk istismar ve ihmal vakalarını iyi tanımak doğru

raporlanmasını sağlayan sağlık profesyonelleridir. Suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir fakat karşılaştığı istismar ve ihmâl vakalarını adli makamlara bildirmekle yükümlüdür (Çetin, 2020). İstismar ve ihmâlden şüphelendiği ya da tespitinin yapıldığı durumlarda çocuğu aileye vermeyip gerek görürse hastanede yatırabilir bu aşamalarda doğru makamlarla iletişime geçip doğru kayıt tutulmalıdır (Erol, 2018). Çocuk istismar ve ihmâl olgularında fiziksel bir olgu olması şart değildir. Hekim ruhsal değerlendirmeyele çocuğun tepkilerini depresif durumunu ya da intihara eğiliminin olup olmadığını değerlendirip doğru kayıt altına alıp bildirimini yapmalıdır (Solak, 2018).

Sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmâl vakalarını bildirim zorunluluğu anayasamızda önemli madde 278 ve madde 279 ile açıkça belirtilmiştir. Bu maddelerde şuçu bildirmeyen kişilerin hapis cezası ile cezalandırılacağı, mağdurun kendini savunamayacak durumda olması halinde cezanın yarı oranda artması, mağduriyeti yaşatan kişinin kolluk kuvvetlerinden olması cezayı yarı oranda arttıracadı belirtilmiştir (Yükseler, 2020).

Genellikle çocuk istismar ve ihmâli vakalarından ilk karşılaşma yerleri olan acil servisteki başta hekim ve hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi ve donanıma sahip olması beklenir. Bu vakaların tespiti diğer risk altındaki çocukları korumak maruz kalmış çocukta bu durumun tekrarlanmasını önlemek oluşan zararları en aza indirmek açasından oldukça önemlidir (Çüçen, 2020).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinin çocuk acil, erişkin acil ve kadın doğum acil servisinde çalışan sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Amacı

Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan sağlık personellerinin farkındalık düzeyini belirleyerek bilgi düzeylerini değerlendirmek, bu vakaların tanınması, tespit edilmesi ve tedavi sürecinde etkin rol alan sağlık profesyonellerinin eksiklikleri tamamlama noktasında önerilerde bulunmak amacıyla yapıldı.

3.3 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmada İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinin çocuk acil, erişkin acil ve kadın doğum acil servisi dâhil edildi. Araştırmada gerekli izinler alındıktan sonra veriler, Ekim 2023-Ocak 2024 tarihleri arasından toplandı.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Evreni İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servislerinde çalışan 117 hemşire, 10 ebe, 83 doktordan oluşan toplam 210 sağlık profesyoneli oluşturdu. Araştırmada evreninin tamamına ulaşılması amaçlanmış ve tam sayım yöntemi ile örneklem seçim yöntemine gidilmeyerek kriterlere uyan ve eksiksiz form dolduran, araştırmanın uygulandığı tarihlerde yıllık izinde olmayan ve onam formunu kabul eden evrenin tamamı çalışmanın örneklemi oluşturdu.

3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmak isteyen gönüllü katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu dağıtılarak onam veren katılımcılar çalışmaya dâhil edildi. Çalışmada katılımcılardan ilk aşamadan 25 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formu'nu, ikinci aşamada Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek formunu doldurmaları sağlandı.

3.5.1 Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-D)

Ankette katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni hali, eğitim seviyesi gibi bilgiler istenirken hangi meslekte olduğu, kaç yıldır çalıştığı, çocuk istismar ve ihmali vakalarında yeterlilik düzeyi ve bu konuya yaklaşımlarını değerlendiren toplam 25 soru bulunmaktadır (Altın, 2021; Yaman, 2017; Burç, 2014).

3.5.2 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (EK-E)

1998 yılında Aynur Uysal tarafından geliştirilen ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlar için Cronbach alfa değerleri ise 0,59 ile 0,86 arasında değişmektedir. Sorular beşli Likert tipinde olup her bir madde, 1-5 puan arasında değerlendirme yapılacak şekilde tasarlanmıştır. Ölçek soruları cevaplanırken ‘çok doğru’, ‘oldukça doğru’, ‘kararsızım’, ‘pek doğru değil’, ‘hiç doğru değil’ cevaplarından birisinin işaretlenmesi istenmiştir. 6 tane alt ölçeği bulunan ölçeğin 67 sorusu vardır. Ölçekte; 1-19 arasındaki maddelerde istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtisi (İÇÜFB), 20-34 arasındaki 15 maddelik istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri (İİÇDB), 35-41 arasındaki 7 maddelik ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İİÇÜB), 42-54 arasındaki 13 maddelik istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerdeki özellikler (İİYEÖ), 55-58 arasındaki 5 maddelik istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ), 59-67 arasındaki 8 maddelik istismar ve ihmalde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) yer almaktadır.

Ölçek değerlendirmesinde 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 ve 67 sorularında “çok doğru” cevabı için 5 puan, “oldukça doğru” cevabı için 4 puan, “kararsızım” cevabı için 3 puan, “pek doğru değil” cevabı için 2 puan “hiç doğru değil” cevabı için 1 puan verilerek hesaplanmaktadır. Bunlar dışında kalan 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 sorularında diğerlerinin tam tersi olacak şekilde “çok doğru” cevabı için 1 puan, “oldukça doğru” cevabı için 2 puan, “kararsızım” cevabı için 3 puan, “pek doğru değil” cevabı için 4 puan, “hiç doğru değil” cevabı için 5 puan verilerek hesaplanmaktadır. Puan ortalamasının 5’e doğru yaklaşması soruları “doğru” yanıtladıklarını, 1’e doğru yaklaşması soruları “yanlış” yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçekten elde edilen

cronbach alpha değerleri Tablo 4.3'te gösterildi. İÇÜFB alt boyutu 0.750, İİÇDB alt boyutu 0.764, İÇÜB alt boyutu 0.765, İİYEÖ alt boyutu 0.709, İİYÇÖ alt boyutu 0.711, ÇİİAÖ alt boyutu 0.722, ölçeği oluşturan maddelerin cronbach alpha değeri 0.924 olarak saptandı (Tablo 4.3).

3.6 Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın ncesinde İstanbul Arel Üniversitesi etik kurulundan (Ek-A) onay alınıp, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-B) gerekli izinler alındı. Katılımcılara araştırmanın amacı ve önemi sözel ve yazılı olarak açıklandıktan sonra katılmaları durumunda verdikleri cevapların başka kişilerle paylaşılmayacağı belirtildi. Çalışma için gizlilik ve gönüllük ilkesi benimsenerek, katılımcılardan yazılı olarak “Bilgilendirilmiş Onam Formu” (Ek-C) alındı.

3.7 İstatistiksel Analizi

Çalışma verilerinin istatistiksel incelenip analiz edilmesi için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırmalarında bağımsız gruplar t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin değerlendirilmesinde ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Kruskal-Wallis testi uygulandı. Nicel veriler arasındaki ilişkileri belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Ölçek maddelerinin iç tutarlılık düzeylerini belirlemek amacıyla Cronbach alfa katsayısı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4 BULGULAR

Tablo 4.1 Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgiler

	n(210)	%
Cinsiyet		
Erkek	68	32.4
Kadın	142	67.6
Yaş		
18-24 yaş	46	21.9
25-30 yaş	128	61.0
30 yaş üzeri	36	17.1
Doğum yeri		
Marmara	51	24.3
İç Anadolu	34	16.2
Karadeniz	33	15.7
Akdeniz	43	20.5
Güneydoğu	22	10.5
Doğu Anadolu	11	5.2
Ege	16	7.6
Medeni hal		
Evli	75	35.7
Bekar	135	64.3
Eğitim durumu		
Ortaokul/Lise	25	11.9
Üniversite	176	83.8
Lisansüstü	9	4.3
Çocuk varlığı		
Evet	41	19.5
Hayır	169	80.5

Katılımcıların %67.6'sı (n=142) kadın, %61'i (n=128) 25-30 yaş arası, %24.3'ü (n=51) Marmara bölgesi doğumlu, %64.3'ü (n=135) bekar, %83.8'i (n=176) üniversite mezunu, %80.5'i (n=169) çocuk sahibi değildir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2 Katılımcıların meslek ve çocuk istismar-ihmaline ilişkin bilgiler

	n(210)	%
Meslek		
Ebe	10	4.8
Hemşire	117	55.7
Doktor	83	39.5
Acil serviste çalışma süresi		
1 yıldan az	44	21.0
1-5 yıl	151	71.9
>5 yıl	15	7.1
Çalışma süresi		
1 yıldan az	18	8.6
1-5 yıl	143	68.1
>5 yıl	49	23.3
Çİİ konusunda eğitim alma		
Evet	128	61.0
Hayır	82	39.0
Alınan eğitim (n=128)		
Kongre	30	23.4
Kurum hizmet içi	30	23.4
Ders kapsamında	30	23.4
Diğer	38	29.8
Çİİ vakası ile karşılaşma		
Evet	123	58.6
Hayır	87	41.4
Çİİ tanılama yeterliliği		
Çok yeterli	8	3.8
Yeterli	52	24.8
Yeterli değil	124	59.0
Hiç yeterli değil	26	12.4
Kurumda prosedür varlığı		
Evet	108	51.4
Hayır	22	10.5
Bilmiyorum	80	38.1
Çocuk hastaları değerlendirirken Çİİ göz önünde bulundurma		
Evet	191	91.0
Hayır	19	9.0
Adli hemşirelik dersi alma		

Evet	43	20.5
Hayır	167	79.5
Kurumda adli hemşire varlığı		
Evet	26	12.4
Hayır	184	87.6
Kurumda adli tıp uzmanı varlığı		
Evet	56	26.7
Hayır	154	73.3
Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünme		
Evet	205	97.6
Hayır	5	2.4
Çİİ vakasında kanıtların yok olmasına sebep olunması durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünme		
Evet	166	79.0
Hayır	6	2.9
Fikrim yok	38	18.1
Çİİ ile karşılaştığında bildirim yapma		
Evet	197	93.8
Hayır	13	6.2
Bildirim yapmama nedeni (n=13)		
Sorumluluğu olmadığını düşünme	6	46.2
Verilecek tepkiden çekinme	3	23.1
Hukuki sonuç alamayacağına inanma	2	15.4
Prosedürler kompleks olduğu için külfet gelmesi	1	7.6
Diğer	1	7.7
Çocuk istismarının bildirildiği yer		
Yönetici	27	12.9
Sosyal hizmetler	36	17.1
Polis	129	61.4
Fikrim yok	14	6.7
Diğer	4	1.9
Çİİ konusunda daha fazla bilgilendirme gereksinimi duyma		
Evet	204	97.1
Hayır	6	2.9
Çİİ durumunda bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünme		
Evet	187	89.0
Hayır	23	11.0

Katılımcıların %55.7'si (n=117) hemşire, %71.9'u (n=151) acil serviste 1-5 yıldır görev yapmakta, %68.1'i (n=143) 1-5 yıldır çalışmaktadır (Tablo 4.2).

Katılımcıların %61'i (n=128) Çİİ konusunda eğitim almışken, eğitim alanların %23.4'ü (n=30) kongrede, %23.4'ü (n=30) kurumda, %23.4'ü (n=30) ders kapsamında eğitim almıştır (Tablo 4.2).

Katılımcıların %58.6'sı (n=123) Çİİ vakası ile karşılaştığını, %59'u (n=124) Çİİ tanılama konusunda kendisini yeterli bulmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.2).

Katılımcıların %51.4'ü (n=108) çalıştıkları kurumda çocuk istismar ve ihmaline ilişkin prosedür olduğunu, %91'i (n=191) çocuk hastaların değerlendirirken Çİİ'yi göz önünde bulundurduğunu, %79.5'i (n=167) adli hemşirelik dersi almadığını, %12.4'ü (n=26) çalıştığı kurumda adli hemşire olduğunu, %26.7'si (n=56) çalıştığı kurumda adli tıp uzmanı olduğunu, %97.6'sı (n=205) hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini ifade etmiştir (Tablo 4.2).

Katılımcıların %79'u (n=166) çocuk istismar ve ihmali vakasında kanıtların yok olmasına sebep olunması durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünmekteyken, %93.8'i (n=197) Çİİ ile karşılaştığında bildirim yaptığını ifade etmiştir. Katılımcıların %61.4'ü (n=129) çocuk istismarının polise bildirildiğini düşünmektedir (Tablo 4.2).

Katılımcıların %97.1'i (n=204) Çİİ konusunda daha fazla bilgilene gereksinimi duyduğunu ifade ederken, %89'u (n=187) çocuk istismar ve ihmali durumunda bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3 Ölçek alt boyut ve toplam puanlarına ilişkin bilgiler

	Min-Maks (Medyan)	Ort±ss	İç tutarlılık (Cronbach Alpha)
İÇÜFB	3-5 (4.11)	4.05±0.36	0.750
İİÇDB	2.87-5 (4.07)	4.01±0.43	0.764
İÇÜB	2-5 (4)	3.97±0.57	0.765
İİYEÖ	2.33-4.75 (3.75)	3.70±0.44	0.709
İİYÇÖ	1-4.83 (3.5)	3.51±0.67	0.711
ÇİİAÖ	2.13-5 (4)	3.91±0.53	0.722
Toplam	3.03-4.94 (4.03)	3.91±0.37	0.924

İÇÜFB alt boyutundan alınan puanlar ortalama 4.05 ± 0.36 , İİÇDB alt boyutundan alınan puanlar ortalama 4.01 ± 0.43 , İÇÜB alt boyutundan alınan puanlar ortalama 3.97 ± 0.57 , İİYEÖ alt boyutundan alınan puanlar ortalama 3.70 ± 0.44 , İİYÇÖ alt boyutundan alınan puanlar ortalama 3.51 ± 0.67 , ÇİİAÖ alt boyutundan alınan puanlar ortalama 3.91 ± 0.53 , ölçekten alınan toplam puanlar ortalama 3.91 ± 0.37 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4 Sosyodemografik verilere göre ölçek alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

	n(210)	İÇÜFB	İİÇDB	İÇÜB	İİYEÖ	İİYÇÖ	ÇİİAÖ	Toplam
Cinsiyet								
Erkek	68	3.99±0.4	3.97±0.45	3.96±0.62	3.68±0.44	3.43±0.81	3.83±0.6	3.86±0.4
Kadın	142	4.08±0.34	4.03±0.42	3.97±0.55	3.71±0.45	3.55±0.59	3.95±0.49	3.93±0.35
^aTest değeri (t)		-1.821	-0.930	-0.089	-0.469	-1.036	-1.562	-1.323
P		0.070	0.354	0.929	0.640	0.302	0.120	0.187
Yaş								
18-24 yaş	46	4.07±0.37	4.14±0.5	4.04±0.52	3.72±0.37	3.46±0.53	3.99±0.5	3.96±0.36
25-30 yaş	128	4.05±0.37	4±0.41	3.94±0.59	3.72±0.49	3.59±0.71	3.92±0.53	3.91±0.39
>30 yaş	36	4.05±0.32	3.89±0.38	3.98±0.56	3.59±0.36	3.3±0.65	3.75±0.56	3.82±0.3
^bTest değeri (F)		0.094	3.754	0.501	1.293	2.756	2.162	1.415
P		0.911	0.025*	0.607	0.277	0.066	0.118	0.245
Doğum yeri								
Marmara	51	4.05 (3.74, 4.21)	4.07 (3.73, 4.27)	4 (3.71, 4.29)	3.58 (3.33, 3.92)	3.33 (3, 3.83)	4 (3.5, 4.13)	3.87 (3.6, 4.12)
İç Anadolu	34	4.11 (3.74, 4.26)	4 (3.8, 4.13)	4.07 (3.86, 4.14)	3.92 (3.42, 4.08)	3.67 (3.5, 4)	4.06 (3.63, 4.25)	4.04 (3.63, 4.16)
Karadeniz	33	4.21 (4, 4.32)	4.13 (3.87, 4.33)	4 (4, 4.29)	3.83 (3.58, 4)	3.67 (3.17, 4)	4.25 (3.88, 4.5)	4.09 (3.97, 4.18)
Akdeniz	43	4.05 (3.89, 4.26)	4.13 (3.87, 4.27)	4 (3.71, 4.43)	3.75 (3.42, 4)	3.33 (3.17, 4)	4.13 (3.75, 4.25)	4.04 (3.76, 4.19)
Güneydoğu	22	4.11 (3.84, 4.37)	4.07 (3.73, 4.47)	4 (3.29, 4.43)	3.67 (3.33, 3.92)	3.42 (3, 4)	3.94 (3.38, 4.25)	4.04 (3.66, 4.16)
Doğu Anadolu	11	4 (3.79, 4.53)	3.93 (3.73, 4.27)	4 (3.57, 4.14)	3.67 (3.33, 3.92)	3.67 (3, 4.17)	3.75 (3.5, 4.38)	3.85 (3.7, 4.19)
Ege	16	4 (3.79, 4.24)	4.07 (3.8, 4.27)	4 (3.57, 4.43)	3.83 (3.63, 4.17)	3.67 (3.42, 3.92)	3.94 (3.63, 4.06)	3.96 (3.84, 4.21)
^cTest değeri (χ^2)		4.654	3.736	3.450	5.996	7.648	14.065	5.427
P		0.589	0.712	0.751	0.424	0.265	0.029*	0.490
Medeni hal								
Evli	75	4.02±0.33	3.97±0.41	3.9±0.56	3.65±0.39	3.44±0.66	3.88±0.48	3.86±0.32
Bekar	135	4.07±0.38	4.04±0.44	4.01±0.58	3.72±0.47	3.55±0.68	3.92±0.56	3.93±0.39
^aTest değeri (t)		-1.056	-1.009	-1.403	-1.012	-1.142	-0.564	-1.290

P		0.292	0.314	0.162	0.313	0.255	0.574	0.199
Eğitim durumu								
Ortaokul/Lise	25	3.89 (3.47, 4)	3.73 (3.4, 4.07)	3.71 (3.29, 4)	3.42 (3.17, 3.67)	3.33 (2.83, 3.5)	3.5 (3.25, 4)	3.66 (3.31, 3.88)
Üniversite	176	4.16 (3.87, 4.32)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.83 (3.5, 4)	3.67 (3.17, 4)	4.06 (3.75, 4.25)	4.06 (3.75, 4.18)
Lisansüstü	9	4.11 (3.74, 4.37)	3.93 (3.87, 4)	4.14 (4.14, 4.43)	3.58 (3.08, 3.75)	3.17 (3, 3.17)	3.63 (3.25, 3.75)	3.82 (3.54, 3.96)
^c Test değeri (χ^2)		15.954	12.912	10.557	17.464	11.351	12.644	17.763
P		<0.001*	0.002*	0.005*	<0.001*	0.003*	0.002*	<0.001*
Çocuk varlığı								
Evet	41	4.03±0.3	3.93±0.43	3.93±0.61	3.6±0.43	3.34±0.62	3.82±0.51	3.83±0.33
Hayır	169	4.06±0.38	4.04±0.43	3.98±0.57	3.72±0.44	3.55±0.68	3.93±0.53	3.92±0.38
^a Test değeri (t)		-0.409	-1.480	-0.443	-1.589	-1.832	-1.180	-1.418
P		0.683	0.140	0.658	0.114	0.068	0.240	0.158

^aBağımsız gruplar t testi, sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.

^bTek yönlü varyans analizi, sonuçlar ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur.

^cKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.

*p<0.05

Cinsiyet, medeni durum ve çocuk varlığına göre İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutlar ve toplam puan arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Yaşa göre İÇÜFB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutlar ve toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaşa göre İİÇDB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.025$). Post-hoc analizi sonucu 18-24 yaş arası olanların puanının 30 yaş üzeri olanların puanından daha yüksek çıktığı bulunmuştur ($p=0.023$) (Tablo 4.4).

Doğum yerine göre İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ alt boyutlar ve toplam puan arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Doğum yerine göre ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.029$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda Karadeniz bölgesinde doğanların puanının, Marmara bölgesinde doğanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.028$) (Tablo 4.4).

Eğitim durumuna göre İÇÜFB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda üniversite mezunu olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Eğitim durumuna göre İİÇDB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda üniversite mezunu olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Eğitim durumuna göre İÇÜB alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.005$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda üniversite mezunu ve lisansüstü eğitime sahip olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.011$, $p=0.022$). Eğitim durumuna göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda üniversite mezunu olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Eğitim durumuna göre İİYÇÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.003$). Post-hoc sonucu üniversite mezunu olanların puanının lisansüstü eğitime sahip olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.030$). Eğitim durumuna göre ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında

anlamli fark olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Gerçekleştiren post-hoc değerlendirmeler sonucunda üniversite mezunu olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.004$). Eğitim durumuna göre ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Gerçekleştiren post-hoc değerlendirmeler sonucunda üniversite mezunu olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.4).



Tablo 4.5 Katılımcıların mesleki bilgileri ve çocuk istismar-ihmaline ilişkin bilgilere göre ölçek alt boyut ve toplam puanlarının karşılaştırılması

	n(210)	İÇÜFB	İİÇDB	İÇÜB	İİYEÖ	İİYÇÖ	ÇİİAÖ	Toplam
Meslek								
Ebe	10	4.03 (3.74, 4.21)	4 (3.47, 4.33)	4 (3.57, 4)	3.54 (2.92, 3.92)	3.42 (3, 3.67)	3.63 (3.5, 4)	3.69 (3.39, 4.09)
Hemşire	117	3.95 (3.79, 4.21)	4 (3.73, 4.27)	4 (3.57, 4.43)	3.58 (3.25, 3.83)	3.33 (3, 3.83)	3.88 (3.5, 4.25)	3.85 (3.63, 4.13)
Doktor	83	4.21 (4.05, 4.37)	4.07 (3.93, 4.2)	4 (3.86, 4.29)	4 (3.83, 4.08)	3.83 (3.5, 4.17)	4.13 (4, 4.25)	4.1 (4, 4.18)
°Test değeri (χ^2)		20.755	0.812	4.785	36.748	25.736	9.845	18.194
P		<0.001*	0.666	0.091	<0.001*	<0.001*	0.007*	<0.001*
Acil serviste çalışma süresi								
1 yıldan az	44	3.95 (3.68, 4.21)	3.97 (3.5, 4.27)	3.86 (3.43, 4.14)	3.58 (3.29, 3.83)	3.42 (3.17, 3.83)	3.75 (3.31, 4.06)	3.84 (3.43, 4.08)
1-5 yıl	151	4.16 (3.89, 4.32)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.83 (3.5, 4.08)	3.67 (3.17, 4)	4.13 (3.75, 4.25)	4.06 (3.75, 4.18)
>5 yıl	15	4.05 (3.68, 4.26)	3.8 (3.27, 4.53)	4.14 (3.57, 4.43)	3.58 (3.17, 3.75)	3.17 (2.83, 3.67)	3.75 (3.5, 4.25)	3.69 (3.43, 4.19)
°Test değeri (χ^2)		9.693	2.870	6.509	12.524	7.818	9.860	10.611
P		0.008*	0.238	0.039*	0.002*	0.020*	0.007*	0.005*
Çalışma süresi								
1 yıldan az	18	4.08 (3.68, 4.21)	3.93 (3.47, 4.33)	3.93 (3.43, 4)	3.67 (3.33, 3.92)	3.58 (2.67, 3.83)	3.81 (3.25, 4)	3.86 (3.33, 4.13)
1-5 yıl	143	4.11 (3.84, 4.32)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.83 (3.42, 4)	3.67 (3.17, 4)	4 (3.75, 4.25)	4.04 (3.75, 4.16)
>5 yıl	49	4.05 (3.84, 4.26)	4 (3.73, 4.47)	4.14 (3.71, 4.43)	3.67 (3.42, 4)	3.17 (3, 3.67)	4 (3.5, 4.25)	3.88 (3.63, 4.19)
°Test değeri (χ^2)		0.822	1.070	3.566	1.675	11.112	3.841	2.778
P		0.663	0.586	0.168	0.433	0.004*	0.147	0.249
Çİİ konusunda eğitim alma								
Evet	128	4.11±0.35	3.99±0.39	3.99±0.57	3.76±0.42	3.6±0.74	3.98±0.49	3.95±0.35
Hayır	82	3.97±0.37	4.05±0.49	3.94±0.58	3.6±0.46	3.36±0.51	3.8±0.57	3.84±0.38
*Test değeri (t)		2.737	-0.956	0.685	2.553	2.743	2.332	1.974
P		0.007*	0.340	0.494	0.011*	0.007*	0.021*	0.051
Alınan eğitim								
Kongre	30	4.1±0.36	4.03±0.39	4.1±0.38	3.86±0.36	3.51±0.96	4.02±0.41	3.98±0.35
Kurum hizmet içi	30	4.12±0.31	4.03±0.28	4.03±0.36	3.74±0.36	3.73±0.69	4.02±0.36	3.97±0.27
Ders kapsamında	30	4±0.4	3.94±0.47	3.87±0.79	3.55±0.49	3.42±0.75	3.88±0.69	3.83±0.42

Diğer	38	4.18±0.32	3.97±0.41	3.97±0.62	3.85±0.4	3.72±0.55	3.99±0.47	3.99±0.36
^b Test değeri (F)		1.565	0.407	0.910	3.946	1.368	0.505	1.490
P		0.201	0.748	0.438	0.010*	0.256	0.680	0.221
Çİİ vakası ile karşılaşma								
Evet	123	4.1±0.33	4.07±0.43	4.04±0.57	3.76±0.47	3.51±0.75	3.95±0.54	3.95±0.36
Hayır	87	3.98±0.4	3.94±0.43	3.86±0.57	3.61±0.4	3.51±0.55	3.84±0.51	3.83±0.37
^a Test değeri (t)		2.284	2.203	2.273	2.330	0.019	1.482	2.348
P		0.023*	0.029*	0.024*	0.021*	0.985	0.140	0.020*
Çİİ tanılama yeterliliği								
Çok yeterli	8	3.66 (3.63, 3.97)	3.23 (2.97, 3.67)	3.36 (3, 3.71)	3.46 (2.88, 3.67)	3.17 (2.67, 3.5)	3.38 (2.81, 3.56)	3.37 (3.1, 3.72)
Yeterli	52	4.16 (3.74, 4.37)	4.07 (3.8, 4.27)	4.14 (3.86, 4.5)	3.67 (3.25, 4)	3.5 (3.17, 4)	3.94 (3.5, 4.19)	4.07 (3.6, 4.16)
Yeterli değil	124	4.11 (3.89, 4.26)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.21)	3.83 (3.42, 4.08)	3.67 (3.17, 4)	4.13 (3.69, 4.25)	4.04 (3.72, 4.16)
Hiç yeterli değil	26	4.03 (3.84, 4.21)	4.2 (3.93, 4.33)	3.93 (3.71, 4.29)	3.67 (3.5, 4)	3.5 (3.17, 3.83)	4.06 (3.88, 4.38)	3.98 (3.82, 4.19)
^c Test değeri (χ^2)		8.638	14.540	11.227	9.011	4.895	14.637	12.221
P		0.035*	0.002*	0.011*	0.029*	0.180	0.002*	0.007*
Kurumda prosedür varlığı								
Evet	108	4.21 (4, 4.32)	4.13 (3.93, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.92 (3.71, 4.08)	3.83 (3.33, 4.17)	4.13 (3.94, 4.25)	4.1 (3.89, 4.18)
Hayır	22	3.97 (3.79, 4.05)	4.2 (3.93, 4.73)	4.07 (3.71, 4.57)	3.63 (3.17, 4)	3.17 (3, 3.5)	3.81 (3.63, 4.38)	3.87 (3.64, 4.27)
Bilmiyorum	80	3.95 (3.74, 4.18)	3.93 (3.63, 4.2)	4 (3.43, 4.21)	3.58 (3.21, 3.75)	3.33 (3, 3.67)	3.75 (3.38, 4.13)	3.84 (3.52, 3.99)
^c Test değeri (χ^2)		17.836	13.652	5.267	34.857	27.473	15.900	22.508
P		<0.001*	0.001*	0.072	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
Çocuk hastaları değerlendirirken Çİİ göz önünde bulundurma								
Evet	191	4.11 (3.84, 4.32)	4.07 (3.8, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.75 (3.42, 4)	3.5 (3.17, 4)	4 (3.63, 4.25)	4.03 (3.67, 4.18)
Hayır	19	3.89 (3.63, 4.21)	4.2 (3.87, 4.33)	4 (3.43, 4)	3.58 (3.42, 3.92)	3.5 (2.83, 3.83)	3.88 (3.5, 4.13)	3.85 (3.64, 4.09)
^d Test değeri (z)		-2.286	-0.789	-2.159	-1.290	-1.728	-1.918	-1.974
P		0.022*	0.430	0.031*	0.197	0.084	0.055	0.048*
Adli hemşirelik dersi alma								
Evet	43	4.03±0.4	3.98±0.44	3.91±0.68	3.58±0.46	3.4±0.89	3.88±0.6	3.85±0.4
Hayır	167	4.06±0.36	4.02±0.43	3.99±0.54	3.73±0.44	3.54±0.6	3.91±0.51	3.92±0.36

^aTest değeri (t)		-0.351	-0.669	-0.700	-1.911	-0.929	-0.332	-1.059
P		0.726	0.504	0.487	0.057	0.357	0.740	0.291
Kurumda adli hemşire varlığı								
Evet	26	3.87 (3.63, 4.05)	3.63 (3.2, 3.93)	3.64 (3, 4.14)	3.46 (3.17, 3.75)	3.17 (3, 3.5)	3.63 (3.13, 3.75)	3.68 (3.25, 3.81)
Hayır	184	4.16 (3.87, 4.32)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.36)	3.83 (3.42, 4)	3.67 (3.17, 4)	4.13 (3.75, 4.25)	4.06 (3.75, 4.18)
^dTest değeri (z)		-3.799	-4.600	-3.646	-3.443	-3.168	-4.841	-5.123
P		<0.001*	<0.001*	<0.001*	0.001*	0.002*	<0.001*	<0.001*
Kurumda adli tıp uzmanı varlığı								
Evet	56	3.91±0.38	3.88±0.52	3.78±0.69	3.52±0.43	3.32±0.71	3.69±0.61	3.74±0.4
Hayır	154	4.1±0.34	4.06±0.38	4.04±0.51	3.76±0.43	3.58±0.65	3.99±0.48	3.97±0.34
^aTest değeri (t)		-3.629	-2.471	-2.554	-3.575	-2.549	-3.328	-4.117
P		<0.001*	0.016*	0.013*	<0.001*	0.012*	0.001*	<0.001*
Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünme								
Evet	205	4.11 (3.84, 4.26)	4.07 (3.8, 4.27)	4 (3.71, 4.29)	3.75 (3.42, 4)	3.5 (3.17, 4)	4 (3.63, 4.25)	4.03 (3.67, 4.16)
Hayır	5	3.89 (3.89, 3.89)	3.67 (3.6, 3.93)	3.71 (3.71, 3.86)	3.42 (3.33, 3.75)	3.17 (3.17, 3.5)	3.75 (3.63, 4.13)	3.76 (3.67, 3.84)
^dTest değeri (z)		-1.836	-1.369	-1.413	-1.430	-1.418	-0.916	-1.729
P		0.066	0.171	0.158	0.153	0.156	0.359	0.084
Kanıtların yok olmasına sebep olma durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünme								
Evet	166	4.16 (3.89, 4.32)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.83 (3.5, 4)	3.58 (3.17, 4)	4 (3.75, 4.25)	4.06 (3.75, 4.16)
Hayır	6	3.95 (3.63, 4)	3.83 (3.67, 4.2)	4.29 (3.71, 4.71)	3.75 (3.17, 3.83)	3.42 (3, 3.67)	3.75 (3.63, 4.38)	3.8 (3.67, 4.19)
Fikrim yok	38	3.92 (3.63, 4.05)	3.93 (3.53, 4.2)	3.93 (3.29, 4.14)	3.5 (3.17, 3.75)	3.33 (3.17, 3.83)	3.88 (3.25, 4.25)	3.82 (3.48, 3.94)
^cTest değeri (χ^2)		17.121	3.635	4.954	12.053	1.777	2.324	8.349
P		<0.001*	0.162	0.084	0.002*	0.411	0.313	0.015*
Çİİ ile karşılaştığında bildirim yapma								
Evet	197	4.11 (3.89, 4.26)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.75 (3.42, 4)	3.5 (3.17, 4)	4 (3.63, 4.25)	4.04 (3.72, 4.16)
Hayır	13	3.79 (3.42, 3.84)	3.6 (3.27, 4.07)	3.43 (3, 3.86)	3.25 (3, 3.5)	3 (2.67, 3.17)	3.5 (3.13, 3.75)	3.39 (3.15, 3.76)
^dTest değeri (z)		-3.979	-2.670	-3.926	-3.534	-2.843	-2.558	-3.922

P		<0.001*	0.008*	<0.001*	<0.001*	0.004*	0.011*	<0.001*
Çocuk istismarının bildirildiği yer								
Yönetici	27	4 (3.84, 4.37)	4 (3.73, 4.33)	4.14 (3.86, 4.71)	3.67 (3.5, 4)	3.33 (3.17, 3.67)	4.13 (3.75, 4.38)	3.94 (3.67, 4.19)
Sosyal hizmetler	36	4.21 (4.03, 4.29)	4.13 (3.9, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.88 (3.58, 4)	3.67 (3.17, 4)	4.06 (3.88, 4.13)	4.09 (3.86, 4.17)
Polis	129	4.11 (3.84, 4.26)	4.07 (3.8, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.83 (3.33, 4)	3.67 (3.17, 4)	4 (3.63, 4.25)	4.04 (3.69, 4.16)
Fikrim yok	14	3.82 (3.32, 4.11)	3.93 (3.4, 4.13)	3.43 (2.71, 3.86)	3.46 (2.92, 3.58)	3.17 (3, 3.67)	3.56 (3, 3.88)	3.74 (3.15, 3.96)
Diğer	4	3.63 (3.58, 3.84)	3.53 (3.1, 3.93)	3.79 (2.93, 4.21)	3.67 (3.33, 3.67)	3.42 (2.08, 3.83)	3.56 (3.13, 3.69)	3.59 (3.25, 3.77)
^a Test değeri (χ^2)		11.846	8.983	17.344	12.270	6.142	12.235	16.024
P		0.019*	0.062	0.002*	0.015*	0.189	0.016*	0.003*
Çİİ konusunda daha fazla bilgilene gereksinimi duyma								
Evet	204	4.11 (3.84, 4.26)	4.07 (3.83, 4.27)	4 (3.79, 4.29)	3.75 (3.42, 4)	3.5 (3.17, 4)	4 (3.63, 4.25)	4.03 (3.69, 4.16)
Hayır	6	3.5 (3.32, 3.89)	3.33 (3.2, 3.67)	3.71 (3.57, 3.86)	3.33 (3.17, 3.42)	3 (2.67, 3.17)	3.31 (3.13, 3.63)	3.33 (3.19, 3.67)
^d Test değeri (z)		-3.131	-2.496	-2.027	-2.317	-2.883	-2.434	-2.918
P		0.002*	0.013*	0.043*	0.021*	0.004*	0.015*	0.004*
Çİİ durumunda bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünme								
Evet	187	4.11 (3.89, 4.32)	4.07 (3.87, 4.27)	4 (3.86, 4.29)	3.75 (3.42, 4)	3.67 (3.17, 4)	4 (3.63, 4.25)	4.04 (3.75, 4.16)
Hayır	23	3.79 (3.58, 4.11)	3.87 (3.4, 4.2)	4 (3.29, 4.29)	3.42 (3, 3.83)	3 (2.67, 3.5)	3.75 (3.13, 4.13)	3.61 (3.19, 4.06)
^d Test değeri (z)		-3.464	-1.876	-1.262	-2.973	-3.313	-2.461	-2.870
P		0.001*	0.061	0.207	0.003*	0.001*	0.014*	0.004*

^aBağımsız gruplar t testi, sonuçlar ortalama \pm standart sapma olarak sunulmuştur.

^bTek yönlü varyans analizi, sonuçlar ortalama \pm standart sapma olarak sunulmuştur.

^cKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.

^dMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik) olarak sunulmuştur.

*p<0.05

Adli hemşirelik dersi alma, hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünme durumuna göre İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutlar ve toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Mesleğe göre İİÇDB, İÇÜB alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Mesleğe göre İÇÜFB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Gerçekleştirilen post-hoc sonucu doktorların puanının hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Mesleğe göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Post-hoc sonucu doktorların puanının ebe ve hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.012$, $p<0.001$). Mesleğe göre İİYÇÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Post-hoc sonucu doktorların puanının ebe ve hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.048$, $p<0.001$). Mesleğe göre ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.007$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda doktorların puanının ebe ve hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.043$, $p=0.036$). Mesleğe göre ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda doktorların puanının ebe ve hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.034$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).

Acil serviste çalışma süresine göre İİÇDB alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Acil serviste çalışma süresine göre İÇÜFB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.008$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 1 yıldan az süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.006$). Acil serviste çalışma süresine göre İÇÜB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.039$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 1 yıldan az süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.035$). Acil serviste çalışma süresine göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Post-hoc sonucu acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 1 yıldan az süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.007$). Acil serviste çalışma süresine göre İİYÇÖ alt boyut puanı arasında fark olduğu bulunmuştur

($p=0.020$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 5 yıldan uzun süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.049$). Acil serviste çalışma süresine göre ÇİİAÖ alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.007$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 1 yıldan az süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.015$). Acil serviste çalışma süresine göre ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.005$). Post-hoc sonucu acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 1 yıldan az süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.006$) (Tablo 4.5).

Çalışma süresine göre İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutlarında ve toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma süresine göre İİYÇÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.004$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda çalışma süresi 1-5 yıl arası olanların puanının 5 yıl üzeri olanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.004$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim alma durumuna göre İİÇDB, İÇÜB alt boyutlarında ve toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim alanların İÇÜFB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyut puanı eğitim almayanlardan daha yüksektir (sırasıyla, $p=0.007$, $p=0.011$, $p=0.007$, $p=0.021$) (Tablo 4.5).

Alınan eğitime göre İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutları ve toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Alınan eğitime göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.010$). Gerçekleştirilen post-hoc değerlendirmeler sonucunda ders kapsamında eğitim alanların puanının kongre ve diğer eğitimleri alanların puanından daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.022$, $p=0.018$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismar ve ihmali vakası ile karşılaşma durumuna göre İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çocuk istismar ve ihmali vakası ile karşılaşmış olanların İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ alt boyut ve toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.023$, $p=0.029$, $p=0.024$, $p=0.021$, $p=0.020$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismar ve ihmalini tanılama konusunda kendini yeterli görme durumuna göre İİYÇÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çocuk istismar ve ihmalini tanılama konusunda kendini yeterli görme durumuna göre İÇÜFB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.035$). Post-hoc sonucu çok yeterli olduğunu düşünenlerin puanının yeterli olmadığını ve yeterli olduğunu düşünenlerin puanından daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.033$, $p=0.036$). Çocuk istismar ve ihmalini tanılama konusunda kendini yeterli görme durumuna göre İİÇDB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Post-hoc sonucu çok yeterli olduğunu düşünenlerin puanının hiç yeterli olmadığını, yeterli olmadığını ve yeterli olduğunu düşünenlerin puanından daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.004$, $p=0.006$). Çocuk istismar ve ihmalini tanılama konusunda kendini yeterli görme durumuna göre İÇÜB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.011$). Post-hoc sonucu çok yeterli olduğunu düşünenlerin puanının yeterli olduğunu düşünenlerin puanından daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.007$). Çocuk istismar ve ihmalini tanılama konusunda kendini yeterli görme durumuna göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.029$). Post-hoc sonucu çok yeterli olduğunu düşünenlerin puanının yeterli olmadığını düşünenlerin puanından daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.009$). Çocuk istismar ve ihmalini tanılama konusunda kendini yeterli görme durumuna göre ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Post-hoc sonucu çok yeterli olduğunu düşünenlerin puanının hiç yeterli olmadığını ve yeterli olmadığını düşünenlerin puanından daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.004$, $p=0.004$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismar ve ihmalini tanılama konusunda kendini yeterli görme durumuna göre ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.007$). Post-hoc sonucu çok yeterli olduğunu düşünenlerin puanının hiç yeterli olmadığını, yeterli olmadığını ve yeterli olduğunu düşünenlerin puanından daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.013$, $p=0.003$, $p=0.016$) (Tablo 4.5).

Çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmal prosedürü olma durumuna göre İÇÜB alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmal prosedürü olma durumuna göre İÇÜFB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Post-hoc sonucu çalıştığı

kurumda prosedür olanların puanının prosedür olmayanların ve prosedür varlığı hakkında bilgi sahibi olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.048$, $p<0.001$). Çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmali prosedürü olma durumuna göre İİÇDB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.001$). Post-hoc sonucu prosedür varlığı hakkında bilgi sahibi olmayanların puanının çalıştığı kurumda prosedür olanların ve prosedür olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.010$, $p=0.005$). Çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmali prosedürü olma durumuna göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Post-hoc sonucu çalıştığı kurumda prosedür olanların puanının prosedür olmayanların ve prosedür varlığı hakkında bilgi sahibi olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.032$, $p<0.001$). Çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmali prosedürü olma durumuna göre İİYÇÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Post-hoc sonucu çalıştığı kurumda prosedür olanların puanının prosedür olmayanların ve prosedür varlığı hakkında bilgi sahibi olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$). Çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmali prosedürü olma durumuna göre ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Post-hoc sonucu çalıştığı kurumda prosedür olanların puanının prosedür varlığı hakkında bilgi sahibi olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmali prosedürü olma durumuna göre ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Post-hoc sonucu çalıştığı kurumda prosedür olanların puanının prosedür varlığı hakkında bilgi sahibi olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.5).

Çocuk hastaları değerlendirirken çocuk istismar ve ihmali göz önünde bulundurma durumuna göre İİÇDB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çocuk istismar ve ihmali göz önünde bulunduranların İÇÜFB, İÇÜB alt boyut ve toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.022$, $p=0.031$, $p=0.048$) (Tablo 4.5).

Çalıştığı kurumda adli hemşire olanların İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutları ve toplam puanının daha düşük olduğu bulunmuştur

(sırasıyla, $p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).

Çalıştığı kurumda adli tıp uzmanı olanların İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutları ve toplam puanının daha düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0.001$, $p=0.016$, $p=0.013$, $p<0.001$, $p=0.012$, $p=0.001$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).

Kanıtların yok olmasına sebep olma durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünme durumuna göre İİÇDB, İÇÜB, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutları ve toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kanıtların yok olmasına sebep olma durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünme durumuna göre İÇÜFB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Post-hoc sonucu suçlu konuma düşebileceğini düşünenlerin puanının fikri olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.001$). Kanıtların yok olmasına sebep olma durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünme göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Post-hoc sonucu suçlu konuma düşebileceğini düşünenlerin puanının fikri olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Kanıtların yok olmasına sebep olma durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünme göre ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.015$). Post-hoc sonucu suçlu konuma düşebileceğini düşünenlerin puanının fikri olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.013$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştığında bildirim yapanların İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutları ve toplam puanının bildirim yapmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p<0.001$, $p=0.008$, $p<0.001$, $p<0.001$, $p=0.004$, $p=0.011$, $p<0.001$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismarının bildirildiği yer düşüncesine göre İİÇDB, İİYÇÖ alt boyutları puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çocuk istismarının bildirildiği yer düşüncesine göre İÇÜFB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.019$). Post-hoc sonucu çocuk istismarının sosyal hizmetlere bildirildiğini düşünenlerin puanının bu konuda fikri olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.007$). Çocuk istismarının bildirildiği yer düşüncesine

göre İÇÜB alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.002$). Post-hoc sonucu çocuk istismarının yönetici, sosyal hizmetler ve polise bildirildiğini düşünenlerin puanının bu konuda fikri olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.013$, $p=0.005$). Çocuk istismarının bildirildiği yer düşüncesine göre İİYEÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.015$). Post-hoc sonucu çocuk istismarının sosyal hizmetler ve polise bildirildiğini düşünenlerin puanının bu konuda fikri olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.011$, $p=0.032$). Çocuk istismarının bildirildiği yer düşüncesine göre ÇİİAÖ alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.016$). Post-hoc sonucu çocuk istismarının yönetici, sosyal hizmetler ve polise bildirildiğini düşünenlerin puanının bu konuda fikri olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.011$, $p=0.010$, $p=0.012$). Çocuk istismarının bildirildiği yer düşüncesine göre ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0.003$). Post-hoc sonucu çocuk istismarının sosyal hizmetler ve polise bildirildiğini düşünenlerin puanının bu konuda fikri olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.009$, $p=0.023$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyanların İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyutları ve toplam puanının bilgilenme gereksinimi duymayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.002$, $p=0.013$, $p=0.043$, $p=0.021$, $p=0.004$, $p=0.015$, $p=0.004$) (Tablo 4.5).

Çocuk istismarı ve ihmali durumunda bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünme durumuna göre İİÇDB, İÇÜB alt boyutları puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünenlerin İÇÜFB, İİYEÖ, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt boyut ve toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.003$, $p=0.001$, $p=0.014$, $p=0.004$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 Ölçek alt boyut ve toplam puanları arası ilişki düzeyleri

		İÇÜFB	İİÇDB	İÇÜB	İİYEÖ	İİYÇÖ	ÇİİAÖ
İÇÜFB	r	1.000					
	p	-					
İİÇDB	r	0.655	1.000				
	p	<0.001*	-				
İÇÜB	r	0.600	0.641	1.000			
	p	<0.001*	<0.001*	-			
İİYEÖ	r	0.561	0.636	0.559	1.000		
	p	<0.001*	<0.001*	<0.001*	-		
İİYÇÖ	r	0.369	0.359	0.233	0.487	1.000	
	p	<0.001*	<0.001*	0.001*	<0.001*	-	
ÇİİAÖ	r	0.602	0.714	0.554	0.713	0.442	1.000
	p	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	-
Toplam	r	0.832	0.867	0.751	0.831	0.579	0.843
	p	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*

Pearson korelasyon analizi

*p<0.05

İÇÜFB alt boyutu puanı ile İİÇDB ($r=0.655$, $p<0.001$), İÇÜB ($r=0.600$, $p<0.001$), İİYEÖ ($r=0.561$, $p<0.001$), İİYÇÖ ($r=0.369$, $p<0.001$), ÇİİAÖ ($r=0.602$, $p<0.001$) alt boyut ve toplam ($r=0.832$, $p<0.001$) puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

İİÇDB alt boyutu puanı ile İÇÜB ($r=0.641$, $p<0.001$), İİYEÖ ($r=0.636$, $p<0.001$), İİYÇÖ ($r=0.359$, $p<0.001$), ÇİİAÖ ($r=0.714$, $p<0.001$) alt boyut ve toplam ($r=0.867$, $p<0.001$) puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

İÇÜB alt boyutu puanı ile İİYEÖ ($r=0.559$, $p<0.001$), İİYÇÖ ($r=0.233$, $p=0.001$), ÇİİAÖ ($r=0.554$, $p<0.001$) alt boyut ve toplam ($r=0.751$, $p<0.001$) puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

İİYEÖ puanı ile İİYÇÖ ($r=0.487$, $p<0.001$), ÇİİAÖ ($r=0.713$, $p<0.001$) alt boyut ve toplam ($r=0.831$, $p<0.001$) puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

İİYÇÖ puanı ile ÇİİAÖ ($r=0.442$, $p<0.001$) alt boyut ve toplam ($r=0.579$, $p<0.001$) puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

ÇİİAÖ puanı ile ölçek toplam ($r=0.843$, $p<0.001$) puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).



5 TARTIŞMA

İhmal, çocuk istismarının en yaygın biçimlerinden biridir ve genellikle diğer istismar biçimleriyle ilişkilendirilmektedir. Çocuk ihmali diğer istismar biçimlerinden farklıdır, bir çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmaması ihmal veya ihmalkârlık anlamına gelmektedir. Bu ihmaller zaman içinde tekrarlanır ve çocuğun ölümü de dâhil olmak üzere ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Avdibegović ve Brkić, 2020). Bu doğrultuda, çocuk istismarı ve ihmali önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu bölümde sağlık profesyonellerinin Çİİ ile ilgili bilgi düzeyleri ve farkındalıklarına ilişkin bulgular tartışıldı.

1. Katılımcıların Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma
3. Katılımcıların Mesleki Bilgilerine Göre Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma
4. Katılımcıların Toplam ve Ölçek Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeylerine İlişkin Tartışma

5.1 Katılımcıların Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğindeki toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutların 3.5 puan ve üzerinde olduğu ve Çİİ belirti ve risklerini tanımlamadaki farkındalıklarının yüksek olduğu görüldü. Işık'ın (2021) çalışmasında benzer olarak, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında görevli yardımcı sağlık personelinin Çİİ belirti ve risklerini tanılamalarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Farklı bir çalışmada ise Çİİ belirti ve risklerini tanılama puanlarının yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Başdaş ve Bozdağ, 2018). Farklı sonuçların olmasının nedeni, çalışılan alana göre farklı sıklıklarda çocuk istismarı vakalarıyla karşılaşılıyor olmaları olabilir. Yatan hasta servisi veya poliklinik gibi farklı çalışma ortamlarında görev yapan sağlık profesyonelleri çocuk istismar ve ihmal vakalarını daha az sıklıkla görebilir veya bu tür durumları raporlama konusunda daha az tecrübeli olabilirler. Buna karşılık acil servis ve acil sağlık hizmetlerinde çalışan

sağlık profesyonelleri daha sık ve çeşitli çocuk istismarı vakalarıyla karşılaşmakta ve bu nedenle bu tür durumları daha iyi tanıyabilmektedir.

5.2 Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma

18-24 yaş arası olanların puanının 30 yaş üzeri olanların puanından daha yüksek olduğu ve yaşa göre çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt boyut puanı arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Bağ ve Bozkurt'un (2021) yapmış olduğu çalışmada 40 yaş ve üzeri katılımcıların diğer katılımcılara göre çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt boyutu puan ortalaması daha yüksek olup yaşa göre çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırma bulguları ile ilgili literatür farklılık göstermektedir. Bu çalışmada tek bir kurumda çalışan acil servis hemşirelerinin, Bağ ve Bozkurt'un (2021) çalışmasında ise İstanbul genelindeki tüm hemşirelerin dahil edilmesi bu farklılığı yaratmış olabilir. Hemşirelerin sosyo-demografik verileri, eğitim düzeyleri, mesleki deneyimleri, çalıştıkları alan gibi bilgiler çocuk istismarı konusundaki bilgilerini ve farkındalıklarını etkileyebilir. Bu araştırmada 18-24 yaş arasındaki hemşirelerin daha fazla çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerini fark etmesi ise üniversiteden yeni mezun olmalarından kaynaklı olarak daha güncel bilgilere sahip olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çİİ yaş, sosyoekonomik düzey ve coğrafi konum fark etmeksizin her toplumda ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de Ceza Mahkemeleri'nde çocuk cinsel istismarıyla ilgili açılan davaların sayısının, 2012 yılında 17.589 iken 2019 yılında 22.689'a yükseldiği kaydedilmiştir (Bozdağ ve ark., 2023). Karadeniz bölgesinde doğanların istismar ve ihmalde ailesel özellikler puanının, Marmara bölgesinde doğanların puanından daha yüksek olduğu ve istismar ve ihmalde ailesel özellikleri fark edebilmelerinin daha yüksek olduğu bulundu. Karadeniz bölgesinde aile içi ilişkiler ve dinamikler Marmara bölgesinde yaşayanlardan daha sıkı olabilir ve bu durum çocuk istismar ve ihmalindeki farkındalıklarını daha belirgin hale getirebilir.

İstismar ve ihmale ait fiziksel belirtiler, davranışsal belirtiler, ebeveynlerdeki özellikler, ailesel özellikler alt boyutlarında ve ölçek toplam puanında üniversite mezunu olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek

olduğu bulundu. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri ve istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutunda üniversite mezunu ve lisansüstü eğitime sahip olanların puanının ortaokul/lise mezunu olanların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Özcan'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada ise ölçek puanları mezun olduğu okula göre karşılaştırıldığında bütün ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada üniversite ve lisansüstü mezunlarının daha yüksek puan almalarında Çİİ konularında daha fazla eğitim almış ve farkındalık kazanmış olmalarından kaynaklanabilir. İki çalışmanın araştırma metodolojisi ve örneklem grupları farklı olabilir. Bu durum farklı sonuçların çıkmasına sebep olmuş olabilir.

5.3 Katılımcıların Mesleki Bilgilerine Göre Toplam Puan ve Ölçek Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma

Çİİ çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutunda doktorların puanının hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu tespit edildi. Ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri, ailesel özellikleri alt boyutunda ve ölçek toplam puanında doktorların puanının ebe ve hemşirelerin puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Tepe'nin (2021) yapmış olduğu çalışmada aile hekimi olan katılımcıların çocuk istismar ve ihmali toplam puanı ve alt boyutlarında doktor olan katılımcıların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucu elde edilen bulgular ile ilgili çalışma benzerlik göstermektedir. Hekimlerin tıp eğitimlerine adli tıp dersinin teorik ve uygulamasının zorunlu olması nedeni ile eğitim hayatlarında daha fazla bilgi ve farkındalık kazanmış olmaları beklenebilir. Meslek hayatlarında ise bu olguların ilk muayenesini yapıyor olmaları nedeni ile çocuk istismar ve ihmal konusunda daha fazla deneyim kazandıkları ve bu doğrultuda bilgi ve farkındalıklarının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk üzerindeki belirtileri, yatkın ebeveyn özellikleri, ailesel özellikler alt boyutunda ve ölçek toplam puanında acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 1 yıldan az süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu bulundu. İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt boyutunda acil serviste 1-5 yıl arası süredir çalışanların puanının 5 yıldan uzun süredir çalışanların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Önder ve Öztürk Şahin'in (2023) yapmış olduğu çalışmada 6-10 yıl arası çalışan

katılımcıların ölçek puan ortalamasının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup çalışma yılı ile çocuk istismar ve ihmali toplam puanı arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Işık Metinyurt ve Yıldırım Sarı'nın (2016) yapmış olduğu çalışmada ise çalışma yılı ile Çİİ bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. Bu çalışmada çalışma yılı daha az olan sağlık profesyonellerinin Çİİ bilgi ve farkındalıklarının yüksek olmasının nedeni üniversiteden yeni mezun olmalarından kaynaklı olarak daha güncel bilgilere sahip olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Eğitim alanların Çİİ'nin çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri, ailesel özellikler alt boyut puanı eğitim almayanlardan daha yüksek görüldü. Türk ve ark.'nın (2021) çalışmasında eğitim alan katılımcıların genel ölçek ve alt ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu araştırma sonucu ile ilgili çalışma benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının eğitim alması Çİİ hakkında genel bilgi, bilinç, duyarlılık ve algı düzeylerini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir. Daha yüksek bir bilgi, bilinç, duyarlılık ve algı düzeyi, belirtilerin daha kolay fark edilmesini ve raporlanmasını sağlayabilir.

Ebeveyn özellikleri alt boyutunda ders kapsamında eğitim alanların puanının kongre ve diğer eğitimleri alanların puanından daha düşük olduğu saptandı. Suzan'ın (2023) yapmış olduğu çalışmada ebeveyn özellikleri alt boyutunda çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitimi derste alan katılımcıların diğer katılımcılara göre puan ortalaması daha yüksek olup alınan eğitime göre ebeveyn özellikleri alt boyutu arasında anlamlı bir fark vardır. Araştırma sonucu elde edilen bulgular ilgili çalışma ile farklılık göstermektedir. Bu çalışma sonucunda kongre ve diğer eğitimleri alanların puanı daha yüksek bulunmuş olup bunun nedeninin kongre ve eğitimlere katılan sağlık çalışanlarının çoğunlukla üniversite eğitimini bitirmiş ve klinikte çalışan sağlık profesyonelleri olması nedeni ile Çİİ vakalarına karşı daha duyarlı ve bu vakaların yönetilmesinde aktif rol alan çalışanlar olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çİİ vakası ile karşılaşmış olanların çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, davranışsal belirtileri, ebeveyn özellikleri alt boyut ve toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Altıok'un (2019) yapmış olduğu çalışmada Çİİ vakası ile karşılaşan katılımcıların Çİİ ölçek toplam puanı ve alt boyutlardaki puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Altıok, 2019). Bu doğrultuda araştırma bulguları ilgili

çalışma benzerlik göstermektedir. Çİİ vakası ile karşılaşma bu vakaların aktif yönetimini gerektirdiğinden bu vakalarla ilgili bilgi ve farkındalıklarının yüksek olması beklenmektedir.

İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, davranışsal belirtileri, çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmalde ailesel özellikler alt boyutunda ve ölçek toplam puanında Çİİ'yi tanılama konusunda çok yeterli olduğunu düşünenlerin puanının yeterli olmadığını ve yeterli olduğunu düşünenlerin puanından daha düşük olduğu bulunmuştur. Bağ ve Bozkurt'un (2021) yapmış olduğu çalışmada Çİİ tanılama konusunda kendini yeterli görmeyen katılımcıların diğer katılımcılara göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup Çİİ tanılama konusunda zorlanma durumuna göre Çİİ ölçeği toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Araştırma sonucu elde edilen bulgular çalışma ile farklılıklar göstermekte olup bu farklılığın çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşma ve Çİİ hakkındaki bilgi düzeylerinin farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri, istismar ve ihmalde ailesel özellikler alt boyutunda ve ölçek toplam puanında çalıştığı kurumda prosedür olanların puanının prosedür olmayanların ve prosedür varlığı hakkında bilgi sahibi olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Üstünsoy'un (2022) yapmış olduğu çalışmada çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk üzerindeki belirtileri ve çocukların özellikleri alt boyutlarında kurumda prosedür bulunan katılımcıların, çocukların davranışsal belirtileri, ebeveyn özellikleri, ailesel özellikler alt boyutlarında ve Çİİ toplam puanında kurumda prosedür bulunmayan katılımcıların puan ortalaması daha yüksek olduğu saptanmıştır (Üstünsoy, 2022). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Çİİ ile ilgili prosedürlerin olduğu kurumlar bu vakalarla ilgili bir algoritma sunduğu için bu konu ile ilgili eğitimler de sunmaktadır. Bu eğitimler, çalışanların istismar ve ihmalin belirtilerini tanıma ve doğru şekilde raporlama konusunda bilgi sahibi olmalarını sağlar. Bu, prosedür olan kurumlarda çalışanların daha yüksek puanlar almasına katkıda bulunur.

Çalıştığı kurumda adli hemşire olanların çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, davranışsal belirtileri, çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocuk

özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanının daha düşük olduğu bulunmuştur. Adli Tıp Kurumu'nda Cinsel Saldırı Muayenesi (CSM) yapılan çocuklarla ilgili bir çalışmada, adli hemşire ile etkileşimde bulunan ve muayeneleri sırasında adli hemşirenin de yer aldığı çocukların anksiyete puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (Kaplan ve ark., 2020). Bu doğrultuda Çİİ konusunda profesyonel bilgiye sahip bir uzmanın olmasının hem çocuk üzerinde hem de sağlık profesyonelleri üzerinden olumlu etki yarattığı düşünülebilir. Zira adli hemşirenin varlığı durumunda sağlık profesyonelleri Çİİ vakalarında bu alanda uzmanlaşmış hemşirelerden destek almaktadır. Bu durumda ise Çİİ vakalarının yönetimi konusunda destek mekanizmaları olduğu için bu konuda sağlık profesyonellerinin ayrıntılı bilgi ve farkındalık düzeyine ihtiyaç duymayacağı düşünülmektedir. Bu sebeple sağlık profesyonellerinin Çİİ puanlarının daha düşük çıkmış olabilir.

Sağlık profesyonelleri adli vakalarla karşılaştıklarında adli değerlendirme yapmalıdır. Sağlık profesyonellerinin önceliği hastanın bakım ve tedavisidir; ancak, bu görevleri yerine getirirken kanıtlara zarar vermemeye dikkat etmeleri gerekmektedir. Kanıtların toplanması, saklanması ve kaydedilmesi konusunda bilgi sahibi ve hassas davranmaları, tedavi ve bakım sürecinde kanıtların gözden kaçırılmasını, kaybedilmesini veya yok edilmesini engelleyebilir (Mavili ve Altun, 2022). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, ebeveyn özellikleri alt boyutunda ve ölçek toplam puanında suçlu konuma düşebileceğini düşünenlerin puanının fikri olmayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda katılımcıların kanıtların tutulması ve doğru bir şekilde kayıt altına almaları gerektiğinin bilincinde olduğu söylenebilir.

Türkiye'de 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) uyarınca Çİİ'nin bildirilmesi zorunludur ve bildirim yapılmaması durumunda cezai yaptırımlar uygulanmaktadır. Ayrıca, TCK'nın 279. maddesi gereğince bu bildirim yükümlülüğü tüm kamu görevlilerine aittir (Tiryaki ve Tüfekçi, 2023). Bildirim yapmanın görevi olduğunu düşünenlerin çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocuk özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çİİ ile karşılaştığında bildirim yapanların çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, davranışsal belirtileri, çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanının bildirim yapmayanların puanından daha

yüksek olduğu bulunmuştur. İstismar ve ihmalin fiziksel belirtileri alt boyutunda çocuk istismarının sosyal hizmetlere bildirildiğini düşünenlerin puanının bu konuda fikri olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, ailesel özellikler alt boyutunda ve ölçek toplam puanında çocuk istismarının yönetici, sosyal hizmetler ve polise bildirildiğini düşünenlerin puanının bu konuda fikri olmayanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda katılımcıların Çİİ vakalarını bildirme ile ilgili yükümlülüklerini bildikleri ve ilgili kurumlarla ilgili yeterli düzeyde bilgiye sahip oldukları söylenebilir.

Çİİ konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyanların çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, davranışsal belirtileri, çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanının bilgilenme gereksinimi duymayanların puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Külcü ve Karataş'ın (2016) yapmış olduğu çalışmada katılımcılar Çİİ konusunda daha fazla bilgi edinmek istedikleri belirlenmiştir Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin Çİİ konusuna önem gösterdikleri ve daha fazla bilgiye sahip olmak istedikleri düşünülmektedir.

5.4 Katılımcıların Toplam ve Ölçek Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki Düzeylerine İlişkin Tartışma

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt boyutu puanı ile davranışsal belirtileri, çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. İstismar ve ihmalin davranışsal belirtileri alt boyutu puanı ile çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocuk özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt boyutu puanı ile ebeveyn özellikleri, çocuk özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. İstismara ve ihmalde ebeveyn özellikleri puanı ile çocuk özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. İstismar ve ihmalde çocukların özellikleri puanı ile ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu

saptanmıştır. Ailesel özellikleri puanı ile ölçek toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Altın'ın (2021) yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer olarak çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Çalışmalarda benzer sonuçların elde edilmesi, bu konudaki farkındalığın ve bilginin doğru bir şekilde değerlendirildiğini gösterebilmektedir. Aynı zamanda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalık ve bilinç arttıkça, bireyler bu konunun farklı yönlerini daha iyi anlayıp kavrayarak bağlantı kurabilir. Örneğin, fiziksel belirtiler, davranışsal belirtiler, ailesel özellikler gibi çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farklı kavramlara bütüncül şekilde bakarak aralarındaki ilişkiyi daha iyi kavrayabilirler.



6 SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Araştırma sonucu elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

- Katılımcıların çoğunluğunun kadın, 25-30 yaş arası, Marmara bölgesi doğumlu, bekar, üniversite mezunu, çocuk sahibi olmadığı,
- Katılımcıların çoğunluğunun hemşire, acil serviste 1-5 yıldır görev yapmakta olduğu,
- Katılımcıların çoğunluğunun Çİİ konusunda eğitim almışken, eğitim alanların kongrede, kurumda, ders kapsamında eğitim aldığı,
- Katılımcıların çoğunluğunun Çİİ vakası ile karşılaştığını, Çİİ tanılama konusunda kendisini yeterli bulmadığını ifade ettiği, çalıştıkları kurumda çocuk istismar ve ihmaline ilişkin prosedür olduğunu, çocuk hastaların değerlendirirken Çİİ'yi göz önünde bulundurduğunu, adli hemşirelik dersi almadığı, çalıştığı kurumda adli hemşire olmadığı, çalıştığı kurumda adli tıp uzmanı olmadığı, hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini ifade ettiği, Çİİ vakasında kanıtların yok olmasına sebep olunması durumunda suçlu konuma düşebileceğini düşünmekteyken, Çİİ ile karşılaştığında bildirim yaptığını ifade ettiği, Çİİ konusunda daha fazla bilgilendirme gereksinimi duyduğunu ifade ederken, Çİİ durumunda bildirim yapmanın görevi olduğunu düşündüğü,
- Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının ölçek toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutları bakımından 3,5 ve üzerinde olduğu ve Çİİ belirti ve risklerini tanımlamadaki farkındalıklarının yüksek olduğu,
- Eğitim durumu, meslek, acil serviste çalışma süresi, kurumda Çİİ ile ilgili prosedür varlığı, çocuk hastaları değerlendirirken Çİİ'yi göz önünde bulundurma, kurumda adli hemşire varlığı, kurumda adli tıp uzmanı varlığı ile Çİİ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0.05$),
- İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt boyutu puanı ile ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, ebeveyn özellikleri, çocukların özellikleri, ailesel özellikler alt boyut ve toplam puanı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşıldı.

6.2 Öneriler

- Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarına çalıştıkları kurumda belli zaman aralıklarında adli vakalara yaklaşım konusunda hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Adli hemşireliğin standartlarının belirlenmesi, yetki ve görev tanımının yapılması,
- Acil servislerde adli olguların değerlendirilmesi, delillerin toplanması ve saklanması aşamalarının kimin sorumluluğunda olduğunun belirlenmesi,
- Çocukları korumak için güçlü yasal düzenlemeler ve politikalar oluşturulması ve etkin bir şekilde uygulanması
- Çocuğa yönelik istismar ve ihmal durumlarını engellemek için caydırıcı cezalar ve çocuk koruma hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Çocuk istismarı ve ihmali belirtileri erken fark edildiğinde, hızlı ve etkili müdahalede bulunulması önerilmektedir.

7 KAYNAKLAR

Acar, M. D., & Bulut, E. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(6), 51-57.

Altın, B. (2021). *Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve Adli Olgulara Yaklaşımlarının İncelenmesi* (Yükseklisans Tezi). Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Altıok B. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Esenler Örneği*. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child neglect-causes and consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 3), 337-342.

Başdağ Ö., & Bozdağ F. (2018). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama durumlarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 267-275.

Blakely, SE (1967). *Sosyal Hizmet Uzmanlarının Çocuk İstismarı ve İhmaline İlişkin Algıları* (Doktora Tezi, British Columbia Üniversitesi).

Bozdağ, F., Aydın, M. F., & Bozdağ, S. (2023). Üniversite Öğrencilerinin Çocuk Cinsel İstismarcılarına Yönelik Bilgi Ve Farkındalık Düzeyleri. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(14).

Bozkurt, G., & Bağ, Ö. F. (2021). Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin farkındalıklarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 17-24.

Burç, A., & Tüfekçi, F. G. (2015). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 144-151.

Cirit, C. (2015). *Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları* (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Çalışkan, S., & Demir, D. (2023). Çocuk ihmal-iistismarı ve hemşirelik yaklaşımı. S. Şenol (Ed.), *Akademisyen Kitabevi* (1. baskı, ss. 209-222). Akademişyen Kitabevi. ISBN: 9786253993733.

Çetin, E., Koç, E. M., & Aksoy, H. (2021). İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 9-17.

Çüçen, S. (2021). *Kadın Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörler* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık

Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

Erol, D. (2018). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarının ve Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeyleri +klausurlarının Değerlendirilmesi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.

Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors Influencing Child Abuse And Neglect Recognition And Reporting By Nurses: A Multivariate Analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, 47(2), 146-153.

Gonzalez, D., Mccall, J. D., & Doerr, C. (2021). Child Abuse And Neglect (Nursing).

Güzelmansur, M. ve Manav, G. (2019). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaliyle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının İncelenmesi.

Işık Metinyurt, H.A ve Yıldırım Sarı, H. (2016) Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri, *Çocuk ve Medeniyet*, 101-121

Işık, A. N. (2021). *Edirne İli 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Görevli Yardımcı Sağlık Personelinin Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi Tutum ve Farkındalıkları* (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne.

JA Fraser, B Mathews, K Walsh, L Chen, M Dunne (2010). *Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*

Kabakoğlu, H. (2018). *Aile Sağlığı Merkezinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Kamiloğlu, M. (2018). *Ankara İlinde Görev Yapan Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

Kaplan, B., Çalışkan, Z., & Evgin, D. (2020). Türkiye’de çocuk istismar ve ihmaline ilişkin hemşirelik alanındaki lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 9(2), 135-141.

Kaptan, D. (2017). *Trabzon İl Merkezindeki Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyleri* (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Keane, C. ve Chapman, R. (2008). Acil Serviste Çocuk İstismarının Tespitinde Hemşirelerin Bilgi ve Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Acil Hemşireliği*, 16 (1), 5-13.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., Zwi, A. B. (2002) The World reports on violence and health. *The Lancet*. 360 (9339), 1083-1088.

Külcü, D. P., & Karataş, H. (2016). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 48-58.

Lines, L., Grant, J., & Hutton, A. (2018). How Do Nurses Keep Children Safe From Abuse And Neglect, And Does It Make A Difference? A Scoping Review. *Journal Of Pediatric Nursing*, 43, E75-E84.

Lupariello, F., Mattioda, G., & Di Vella, G. (2023). Knowledge Of Child Abuse And Neglect In Nursing Students: Assessment And Perspectives. *Journal Of Forensic Sciences*, 68(6), 2012-2020.

Mavili, A., & Altun, G. (2022). Aile Hekimleri, Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeyleri: Burdur Örneği. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 6(1), 41-58.

Okur, A., & Parlak, S. (2024). Çocuk İhmal ve İstismarında (İlk Başvuru Yerleri Olarak) Acil Servislerin Farkındalık ve Yeterlilik Düzeyleri. *İZÜ Eğitim Dergisi*, 6(1), 97-114.

Önder, N., & Şahin, Ö. Ö. (2023). Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Belirleme Durumları. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 578-587.

Özcan, E. *Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirtileri ve Risklerinin Tanınmasına İlişkin Bilgi Düzeyleri* (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Schilling, S., & Christian, C. W. (2014). Child physical abuse and neglect. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(2), 309–ix. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.001>

Skarsaune, K. ve Bondas, T. (2015). Çocuk İstismarından Şüphelenildiğinde Hemşirelik Sorumluluğunun İhmal Edilmesi.

Solak, Y. (2018). *Adana İl Merkezi Aile Hekimliği Birimlerinde Görev Yapan Doktorların Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Farkındalık ve Tutumlarının Belirlenmesi*. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi, 8.

Süzan, F. (2023). *Okul öncesi öğretmen adaylarının çocuk ihmal ve istismarına yönelik farkındalıklarının incelenmesi*. T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Temel Eğitim Anabilim Dalı Okul Öncesi Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Tepe M. (2021). *Tekirdağ Süleymanpaşa Aile Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler*. T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

Tiryaki, E., & Tüfekçi, F. G. (2023). Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali: Çocuklar Ebeveynler Ve Öğretmenler Boyutuyla. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 328-334.

Türk, B., Hamzaoğlu, N., Yayak, A., & Şenyuva, G. (2021). Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin İncelenmesi: Kesitsel Araştırma, *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*, 18(3):205-14

Üstünsoy M. (2022). Hekimlerin Çocuk İhmal ve İstismar Vakaları ile Karşılaşma Durumları, Bildirim Yükümlülükleri ve Eğitim Gereksinimleri. İksad Yayınevi, Ankara.

Wilson, I. A. (2023). *Mandatory Child Abuse And Neglect Reporting Behaviors Among Registered Nurses In New Mexico: A Statewide Comparative Study* (Doctoral Dissertation, The University Of New Mexico).

World Health Organization. Child Maltreatment. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>. Erişim tarihi: 02.12.2023

Yaman, S. (2017). *Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Yükseler, A. (2020). *Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi* (Master's Thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

8 EKLER

EK A T.C. Arel Üniversitesi Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

ETİK KURUL TOPLANTI KARARLARI

Toplantı No : 2023-09
Tarih : 28.04.2023
Saat : 16.00
Yer : Microsoft Teams (Online Görüşme)-Yüz Yüze Görüşme

TOPLANTIYA KATILANLAR

Prof. Dr. Ali AKDEMİR	Kurul Başkanı
Prof. Dr. Selahattin GANİZ	Üye
Prof. Dr. Güler ERTAN	Üye
Prof. Dr. Niyazi ACER	Üye
Prof. Dr. Özge UZUN	Üye
Prof. Dr. Nurdan ÇOLAKOĞLU	Üye
Prof. Dr. Mazlum ÇÖPÜR	Üye

TOPLANTI GÜNDEMİ

17. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans programı öğrencisi **Ayşe Ezgi Kurtuluş**'a ait "**Acil Serviste Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi**" isimli çalışmasının görüşülmesi.

KARARLAR

KARAR NO-17: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans programı öğrencisi **Ayşe Ezgi Kurtuluş**'a ait "**Acil Serviste Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi**" isimli çalışma görüşüldü. **Yapılan görüşmeler sonucunda;** öğrenci **Ayşe Ezgi Kurtuluş**'un çalışmasının, raportörün görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

EK B Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-229114058
Konu : Araştırma İzni Hk. (Ayşe Ezgi
KURTULUŞ)

13.11.2023

HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 21.09.2023 tarihli ve 367597 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazıda konu olan Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşe Ezgi KURTULUŞ'un, "**Acil Serviste Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi**" konulu tez çalışmasını Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 31.10.2023 tarih ve 2023 / 17 sayılı kararınca; oy birliği ile uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 66670355-4FF6-48A0-87EA-08E0C4F591E8

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Fatma DEMİRKAYA
Hemşire

Telefon No: 02126383399



EK C Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sultangazi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesinin acil servisinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk istismar ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya değerli katılımınız için davetlisiniz. Araştırma acil servislerde çalışmaya katılmayı kabul eden doktor, hemşire ve ebeleri kapsamaktadır. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılma hakkınız vardır. Araştırma soruları için tahmini 30 dakikanızı ayırmanız yeterli olacaktır. Araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, toplum ve çocuk sağlığı açısından yararlarını anlamınız önemlidir. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler sadece araştırma için kullanılarak kişisel bilgileriniz talep edilmemektedir. Sorulara vereceğiniz cevaplar araştırmanın sonuçları açısından çok önemli olup cevaplarınızın doğru şekilde ve boş bırakılmadan işaretlenmesi gerekmektedir.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, çalışmadan elde edilen bilgilerin kimliğim gizli kalmak koşulu ile yayın ve diğer bilimsel çalışmalarda kullanımına ve çalışmaya gönüllü olarak kabul ediyorum.

Değerli zamanınızı ayırıp katıldığınız için teşekkür ederim.

Katılımcının ;

Araştırmacının;

Adı-Soyadı :

Adı-Soyadı : Ayşe Ezgi KURTULUŞ

Tarih :

e-mail :

İmza :

İmza :

EK D Tanıtıcı Bilgi Formu

Acil Serviste Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi Düzeyinin ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi

Bu çalışma İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek lisans programı kapsamında İstanbul ilindeki Sultangazi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesinin acil servisinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyini ve ilişkili faktörlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Ankete katılmanızda herhangi bir zorunluluk bulunmamakla birlikte kişisel bilgileriniz talep edilmemektedir. Sorulara (X) işareti koymanız yeterli olup, kimlik bilgilerinizi yazmanıza gerek yoktur. Zaman ayırıp katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Hemşire Ayşe Ezgi KURTULUŞ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer Berna DOĞAN

Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz nedir?

() Erkek

() Kadın

2. Yaşınız nedir?

() 18-24 yaş

() 25-30 yaş

() 31-46 yaş

() 46 yaş üzeri

3. Nerede doğdunuz?

- Marmara Bölgesi
 İç Anadolu Bölgesi
 Karadeniz Bölgesi
 Akdeniz Bölgesi
 Güneydoğu Anadolu Bölgesi
 Doğu Anadolu Bölgesi
 Ege Bölgesi

4. Medeni durumunuz nedir?

- Evli
 Bekar

5. Eğitim durumunuz nedir?

- İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite
 Lisansüstü

6. Çocuğunuz var mı?

- Evet
 Hayır

7. Mesleğınız nedir?

- Ebe
 Hemşire
 Doktor
 Paramedik
 Acil tıp teknisyeni
 Diğer

8. Kaç yıldır acil serviste çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan az (en az 1 ay)
 1-5 yıl
 6-10 yıl
 11 yıldan fazla

9. Meslekte kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- 1 yıldan az (en az 1 ay)
 1-5 yıl
 6-10 yıl
 11 yıldan fazla

10. Çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim aldınız mı?

- Evet
 Hayır

11. Cevabınız evet ise aldığınız eğitimi belirtiniz.

- Kongre, konferans veya seminer
 Kurumda hizmet içi eğitim
 Sertifika
 Adli hemşirelik dersi kapsamında lisansta
 Diğer

12. Meslek yaşamınız boyunca hiç çocuk ihmal ve istismarı vakası ile karşılaştınız mı?

- Evet
 Hayır

13. Kendinizi çocuk ihmal ve istismarı tanılama konusunda ne kadar yeterli görüyorsunuz?

- Çok yeterli
 Yeterli
 Yeterli değil
 Hiç yeterli değil

14. Çalıştığınız kurumda çocuk ihmal ve istismarına yönelik herhangi bir prosedür var mı?

- Evet
 Hayır
 Bilmiyorum

15. Çocuk hastaları değerlendirirken çocukta ihmal ve istismarı göz önünde bulundurur musunuz?

- Evet
 Hayır

16. Öğreniminiz sırasında adli hemşirelik dersi aldınız mı?

- Evet
 Hayır

17. Çalıştığınız kurumda adli hemşire var mı?

- Evet
 Hayır

18. Çalıştığınız kurumda adli tıp uzmanı var mı?

- Evet
 Hayır

19. Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır

20. Çocuk istismarı ve ihmali vakasında kanıtların yok olmasına sebep olmanız durumunda kanunen suçlu konumuna düşebileceğinizi düşünüyor musunuz?

- Evet
 Hayır
 Fikrim yok

21. Çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaştığınız durumlarda bildirim yapar mısınız?

() Evet

() Hayır

22. Cevabınız hayır ise nedeni nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

() Bildirim yapmak benim sorumluluğumda değildir.

() Hastanın ve hasta yakınlarının vereceği tepkiden çekinirim

() Hukuki olarak sonuç alınacağına inanmadığım için bildirim yapmam

() Prosedürleri kompleks olduğu için bildirmek kulfet gelir

() Diğer

23. Çocuk istismarını ilk olarak nereye bildirirsiniz?

() İş yerimdeki yöneticiye

() Sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumuna

() Hastane polisine

() Adli tıp uzmanı

() Fikrim yok

() Diğer

24. Çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha fazla bilgilendirme gereksinimi duyuyor musunuz?

() Evet

() Hayır

25. Çocuk istismarı/ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda ilgili makamlara bildirim yapmanın sizin göreviniz olduğunu düşünüyor musunuz?

() Evet

() Hayır

**EK E Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına
Yönelik Ölçek**

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK						
Çocuk istismar ve ihmal konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine (X) işareti koyunuz.						
		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 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 yırtılma fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6.	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.					
7.	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.					
8.	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9.	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkolkemiklerinde 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.					

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklardan gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21.	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmaldir.					
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmali işaretleri değildir.					
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul Başarılarını etkilemez.					
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
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 yalansöyler 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 ihmeline yol açan önemli bir etmendir.					
45.	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmali için önemi yoktur.					
47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşamaması çocuk istismar ve ihmali için 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 ihmali etmesini etkilemez.					
50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmali ederler.					
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmali için önemi yoktur.					
53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54.	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmali için uğrama olasılığı daha azdır.					
55.	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkiler.					
56.	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali için etkilemez.					

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
57.	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58.	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkidir.					
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 ihmalinde önemli bir faktör değildir.					
62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.					
63.	Çocuk istismar ve ihmaline 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 etkidir.					
66.	Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

9 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ayşe Ezgi KURTULUŞ

ORCID Numarası : 0000-0002-8395-8198

Öğrenim Durumu

2007 – 2011 Lise: Mersin Hacı Sabancı Anadolu Lisesi

2012 – 2016 Lisans: Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

2021-Halen Yüksek Lisans: İstanbul Arel Üniversitesi