



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDE BİR GRUP OKUL ÖNCESİ
ÖĞRETMEN İLE BİR GRUP SAĞLIK ÇALIŞANININ ÇOCUK
İSTİSMARI VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: HİLAL ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Doç. Dr. DİLEK ERGİN

MANİSA- 2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDE BİR GRUP OKUL ÖNCESİ
ÖĞRETMEN İLE BİR GRUP SAĞLIK ÇALIŞANININ ÇOCUK
İSTİSMARI VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN: HİLAL ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Dilek ERGİN

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Dilek ERGİN

Doç. Dr. Hakan BAYDUR

Doç. Dr. Figen YARDIMCI

MANİSA - 2019

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10282794
Yazar Adı / Soyadı	HİLAL ŞAHİN
T.C.Kimlik No	59638551002
Telefon	5057878356
E-Posta	hbalci86@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Eskişehir İl Merkezinde Bir Grup Okul Öncesi Öğretmen ile Bir Grup Sağlık Çalışanının Çocuk İstismarı ve İhmali Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi
Tezin Tercümesi	Studying the Level of Awareness for Child Abuse and Neglect of a Group of Pre-School Teachers and a Group of Health Professionals in Eskişehir.
Konu	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları = Child Health and Diseases
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	183
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. DİLEK ERGİN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Çocuk İstismarı, İhmali, Hemşire, Hekim, Öğretmen

16.08.2019

İmza:.....

Eskişehir İl Merkezinde Bir Grup Okul Öncesi Öğretmen İle Bir Grup Sağlık Çalışanının Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi

Öğrenci: Hilal ŞAHİN

Danışman: Doç. Dr. Dilek ERGİN

İkinci Tez Danışmanı: -

Bu tez çalışması 25/07/2019 tarihinde jürimiz tarafından “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Dilek ERGİN

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi)



Üye:

Doç. Dr. Figen YARDIMCI

(Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi)



Üye :

Doç. Dr. Hakan BAYDUR

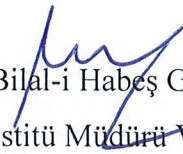
(Manisa Celal Bayar Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi)



Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

09 / 08 / 2019

Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Hilal ŞAHİN



TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmamın başından sonuna kadar kıymetli bilgisini, tecrübe ve deneyimlerini benimle paylaşan, her aşamasında yol gösteren, kolaylaştıran, beni yüreklendiren, devamlı desteğini hissettiğim, kendisiyle çalışmaktan onur duyduğum değerli danışman hocam Doç. Dr. Dilek ERGİN'e,

Hayatımın her döneminde koşulsuz şartsız yanımda olan, maddi manevi desteğini esirgemeyen, büyük bir güvenle, özveriyle bugünlere gelmemi sağlayan, kızları olduğum için her zaman gurur duyduğum annem Aynur BALCI, babam İsa BALCI, her zaman ve her yerde varlığını hissettiğim kıymetli abim Bilal BALCI'ya,

Bana moral verip motive eden, bu süreçte yanımda olan dostlarıma, yoğun iş temposunda zaman ayırıp anketimi dolduran değerli hemşire, hekim ve öğretmenlerimize,

Desteğini esirgemeyen, inanç, güven ve sevgisiyle, sabırla beni destekleyen, sıkıntılı zamanlarımda bana güç veren değerli eşim Gürol ŞAHİN'e

Varlığına şükrettiğim, her zaman gurur duyduğum, azmi ve merhametiyle, vicdan ve dürüstlüğüyle geleceğe umutla bakmamı sağlayan, mutlulukların en büyüğünü yaşatan biricik kızım Asya ŞAHİN'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hilal ŞAHİN



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜRLER	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
3.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	3
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	5
3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI	5
3.4 SAYILTILAR	6
3.5 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	6
3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	7
3.7. TANIMLAR.....	8
4. GENEL BİLGİLER.....	9
4.1 ÇOCUK TANIMI.....	9
4.2 ÇOCUK HAKLARI.....	12
4.2.1 Dünya’da ve Türkiye’de Çocuk Haklarının Tarihsel Gelişimi.....	14
4.2.2 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (1924)	14
4.2.3 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi.....	15
4.2.4 Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS).....	17
4.3. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ TANIMI, KAPSAMI	20
4.4. ÇOCUK İSTİSMARININ BOYUTLARI.....	23
4.5. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNDE RİSK FAKTÖRLERİ.....	25
4.5.1 Çocukla İlgili Faktörler.....	25

4.5.2 Aile ile İlgili Faktörler	26
4.5.3 Çevreye Ait Toplumsal Faktörler	27
4.6. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ TÜRLERİ	28
4.6.1 Fiziksel İstismar	28
4.6.1.1 Shaken baby syndrome (Sarsılmış bebek sendromu)	31
4.6.1.2 Munchausen by proxy sendromu (Oluşturulmuş hastalık sendromu- polle sendromu).....	32
4.6.2 Cinsel İstismar	33
4.6.2.1 Aile içi cinsel istismar (Ensest).....	38
4.6.2.2 Pedofili	39
4.6.3 Duygusal İstismar	41
4.6.4 İhmal	42
4.7. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN ÖNLENMESİ.....	44
4.8. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRE, HEKİM ve ÖĞRETMENLERİN ROLÜ	45
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	48
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI	48
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	48
5.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	49
5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	49
5.5.1 Sosyo-Demografik Veri Formu	50
5.5.2 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Veri formu.....	50
5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	52
5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	53
5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	53
6. BULGULAR	55

6.1. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNE İLİŞKİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR	56
6.2. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ KONUSUNDA BİLGİLERİ, KARAR VERME DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	58
6.3. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN BELİRTİ ve RİSKLERİNİ TANILAMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	65
6.3.1 Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular	65
6.3.2 Pediatri Biriminde Çalışan Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular	77
6.3.3 Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular	90
6.4. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN BELİRTİ ve RİSKLERİNİ TANILAMA ALT ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR	104
7. TARTIŞMA	110
7.1. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	110
7.2. HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ KONUSUNA İLİŞKİN EĞİTİM ALMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI	112

7.3. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ VAKASI ile KARŞILAŞMA ve BİLDİRİM YAPMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI	114
7.4. HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİ TANILAMA KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ ve ÇALIŞTIKLARI KURUMLARDA ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ SİRASINDA UYGULANAN PROSEDÜRÜ BİLME DURUMLARININ TARTIŞILMASI.....	118
7.5. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ ÇEŞİTLERİNİN ÖNEM SIRASI ve EN ÇOK KARŞILAŞTIKLARI İSTİSMAR ve İHMAL TÜRLERİNİN TARTIŞILMASI	119
7.6. HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN BELİRTİ ve RİSKLERİNİ TANILAMA GENEL ÖLÇEK ve ALT ÖLÇEK MADDELERİNE VERDİKLERİ YANITLARIN TARTIŞILMASI	120
8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	133
8.1 SONUÇ	133
8.2 ÖNERİLER	139
1. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde pediatri biriminde çalışan hemşirelerin büyük sorumluluğu vardır, bu nedenle hemşirelerin risk faktörlerini tespit edip çocukların tedavi ve takibinin yapılması ile ilgili gerekli donanıma sahip olması sağlanmalıdır.	139
9.KAYNAKLAR	140
10. EKLER.....	154
EK 1: Sosyo-Demografik Veri Formu	154
EK 2: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu.....	157
EK 3: Yönetim Kurulu Kararı	163
EK 4: Etik Kurul Onayı.....	164

EK 5: Kurum İzni (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi)	166
EK 6: Kurum İzni (Eskişehir Milli Eğitim Müdürlüğü Odunpazarı İlçesi’ne Bağlı Okul Öncesi Eğitim Veren Kurumlar)	169
EK 7: Ölçek Kullanım İzni.....	173
EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	174
EK 9: Çocuk İstismarı (Kötü Muamele) ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlerin Bilgi Düzeylerinin Saptanma Ölçeği Puanlama Formu	176
11. ÖZGEÇMİŞ.....	183

Tablo 1. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	56
Tablo 2. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alma Durumları	58
Tablo 3. Pediatri Biriminde Çalışılan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası İle Karşılaşma Durumları.....	60
Tablo 4. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çalıştıkları Kurumlarda Çocuk İstismarı ve İhmali Sırasında Uygulanan Prosedür Olup Olmadığına İlişkin Dağılımları	62
Tablo 5. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Çeşitlerinin Önem Sırasına Göre Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları.....	63
Tablo 6. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlere Göre En Çok Karşılaşılan İstismar Türüne Meslek Gruplarının Verdikleri Cevaplar	64
Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular.....	66
Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	78
Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları	90
Tablo 10. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Pediatri Biriminde Çalışan Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Toplamlarının Dağılımı	102
Tablo 11. Hemşire, Hekim Ve Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Fiziksel Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	104
Tablo 12. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İhmal Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	105
Tablo 13. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İstismar ve İhmalin Çocukta Davranışsal Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	105

Tablo 14. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İstismar ve İhmale Yatkin Ebeveynlerin Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	106
Tablo 15. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İstismar ve İhmale Yatkin Çocukların Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	107
Tablo 16. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	108



Şekil 1. Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Bilgi Puan Ortalamaları.....	109
--	-----



KISALTMALAR

TCK : Türk Ceza Kanunu

BM : Birleşmiş Milletler

UNICEF : Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu

TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi

ÇHS : Çocuk Hakları Sözleşmesi

SHÇEK : Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

MBPS : Munchausen By Proxy Sendromu

KIBAS : Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu

Başlık: Eskişehir İl Merkezinde Bir Grup Okul Öncesi Öğretmen İle Bir Grup Sağlık Çalışanının Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi.

Öğrencinin Adı: Hilal ŞAHİN

Danışman: Doç. Dr. Dilek ERGİN

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı

1. ÖZET

Amaç: Çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini ve risklerini tanılamada pediatri biriminde çalışan hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin bilgi ve farkındalık düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2017- Mart 2018 tarihleri arasında, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri Birimleri ve Eskişehir İli Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okul öncesi eğitim kurumlarında yürütülmüştür. Araştırmaya 71 hemşire, 32 hekim ve 204 öğretmen katılmıştır. Veriler 'Sosyo-demografik Veri Formu' ve 'Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği' kullanılarak elde edilmiştir. SPSS for Windows 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %49,3'ü, hekimlerin %68,8'i, öğretmenlerin %67,2'si konu ile ilgili eğitim almışlardır fakat vakayla karşılaştıklarında hemşirelerin %54,9'u, hekimlerin %28,1'i, öğretmenlerin %44,1'i karar vermede kendilerini yeterli görmemektedir. Hemşireler ($x=3,55\pm0,31$) ve öğretmenler ($x=3,59\pm0,33$) en yüksek puanı 'İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri' maddesinden, hekimler ise 'İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri' maddesinden ($x=3,62\pm0,34$) almışlardır. Çalışanlar 'İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri' maddesinden ise en düşük puanı almışlardır.

Sonuçlar: Hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada bilgi gereksinimlerinin olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Çocuk İstismarı, İhmali, Hemşire, Hekim, Öğretmen.

Title of the thesis: Studying The Level of Awareness For Child Abuse and Neglect of A Group of Pre-School Teachers and A Group of Health Professionals in Eskişehir.

Student Name: Hilal ŞAHİN

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Dilek ERGİN

Department: Department of Nursing, Child Health and Disease Nursing Program

2. ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to examine the level of knowledge and awareness of the nurses and doctors working in the pediatrics department , pre-school teachers about symptoms and risks of child abuse and neglect.

Methods: This study was conducted in Educational Institutions providing pre-school education and training affiliated to Odunpazarı District National Education Directorate and in The Health Training and Research Center of Eskişehir Osmangazi University Pediatric Sciences between September, 2017 and March, 2018. 71 nurses, 32 doctors and 204 teachers attended to the research. The data were collected with Socio Demographic Data Sheet and the Scale for Diagnosis of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect. SPSS for Windows 22.0 programme was used.

Results: %49,3 of nurses,%68,8 of doctors and %67,2 of teachers participating in the survey were trained in child abuse and neglect; however, when faced with the case, %54,9 of nurses, %28,1 of doctors and %44,1 of teachers feel incompetent in deciding. In the case of child neglect and abuse, %35,5 of nurses, %21,1 of doctors and %76,6 of teachers stated that they mostly encountered with emotional abuse. Among the subgroups in the scale, the highest mean points were recorded by nurses($x=3,55\pm 0,31$) and teachers ($x=3,59\pm 0,33$) in ‘Physical Symptoms of Child Abuse and Neglect’ and by doctors($x=3,62\pm 0,34$) in ‘Symptoms of Child Neglect and Abuse’.

Conclusion: In this study, nurses, doctors and teachers were found to have not enough levels of diagnosing signs and risks of child abuse and neglect according to the answers given to general scale items.

Key Words: Child, Abuse, Neglect, Nurse, Doctor, Teacher.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

Toplumun gelişmesinde temel unsur olan çocukların, çocukluk çağında yaşadıklarının kalitesi ilerleyen dönemleri için büyük önem taşımaktadır. Dünyada ve ülkemizde, ailenin içinde bulunduğu kültürel ekonomik ve sosyal yönler; çocuğa yönelik davranışları etkileyerek çocuğa karşı istismar ve ihmal olarak yansımaktadır (Pişi 2013; Türk 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında çocuk ihmalini ‘Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, eğitim, korunma ve gözetim gibi temel gereksinimlerinin onun bakımını üstlenen anne babası ya da diğer kişiler tarafından karşılanamaması’ olarak tanımlanmaktadır (Fırat ve ark. 2016).

DSÖ 2016 yılında çocuk istismarını ise ‘Çocuğun sağlığını, fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin, toplum veya ülkesi tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar’ olarak tanımlamaktadır (Fırat ve ark. 2016).

İstismara ve ihmale uğrayan çocuklar pasif, sıkılgan, içe kapanık olmakla birlikte, yabancı ve yetişkinlere karşı korkak davranış sergilerler. Parmak emme, okuldan kaçma, alkol ve madde bağımlılığı, öğrenme güçlüğü ve benzeri hareketler, hırsızlık, saldırganlık, suça eğilim gibi problemler görülmektedir. İhmale uğrayan çocuklarda konuşma geriliği ve buna bağlı olarak okul başarısızlığına da sık rastlanmaktadır (Ballı 2010). Çocuk istismarı ve ihmali, öncelikle birey olarak çocuğu etkiler, sonrasında çocuğun da içinde bulunduğu toplumdaki en küçük yapı taşı olan aileyi etkiler. Kimi zaman aile bütünlüğünün bozulmasına yol açar (Dilsiz 2015).

Fiziksel istismar bulgularında çocuğun çeşitli yerlerinde kırıklar, çeşitli yanıklar, ısırma ve sıyrık belirtileri, yaralanmalar, farklı dönemlerde ve sıklıkla olduğu tespit edilen morarmalar ve hasarlar ortaya çıkmaktadır. Fiziksel istismarın en ağır sonucu ise çocuğun yaşadığı travma sonrası hayatını kaybetmesidir (Erol 2007). Fiziksel istismar veya ihmale maruz kalan çocukların sosyal yaşamında davranış bozukluğu

görülür, arkadaşlık ilişkilerinde zorlanırlar, duygusal yoğunluğu da azdır. İstismara uğrayan çocuklarda bilişsel becerilerde bozukluk, nörolojik sorunlar ve okul başarısızlığı da çok görülmektedir. Etrafına karşı saldırgan, sinirli ve suç işlemeye meyilli davranışlar fiziksel istismar ve ihmalle birlikte en çok karşılaşılan sorunlardır (Kürklü 2011).

Fiziksel istismar, ihmalden sonra en çok görülen istismardır. Çocukların yaşıyla uyumsuz, kaza ile oluşamayacak ve sık tekrarlayan travmalar istismarı düşündürmelidir. Fiziksel istismar sonucu ölümlerin %80'i üç yaş altındaki çocuklarda görülmektedir. Finlandiya, Kore, ABD gibi ülkelerde çocukların %5 ile %10'u fiziksel istismara maruz kalmaktadır (Yılmaz ve Turgut 2017).

Cinsel istismarın da çocuk üzerinde duygusal ve fiziksel yıkıcı etkileri olmaktadır. Çocuk birçok kişi tarafından birden fazla cinsel istismara maruz kalmışsa bedenini kirli olarak algılamasına, düşük benlik saygısına, beden imajının bozulmasına, ilerleyen yaşlarda sağlıklı cinsel ilişki kuramamasına ve çocuğun psikosomatik tepkiler geliştirmesine neden olmaktadır (Kürklü 2011).

DSÖ araştırmalarına göre her yıl 150 milyon kız çocuk ve 73 milyon erkek çocuk cinsel istismara maruz kalmakta. Bu istismarın failleri ise çoğu kez çocuğun güvendiği aile üyeleridir. Günümüzde internet kullanımının artmasıyla cinsel istismar vakalarında da artış yaşanmaktadır. ABD'de 12-18 yaş arasındaki çocuklar %97 oranında, İsveç'te ise 12-16 yaş arasındaki çocuklar %95 oranında internet kullanmaktadır. Amerika'da %20, İsveç'te ise %32 oranında sanal ortamda cinsel taciz vakaları ile karşılaşmaktadır (Yılmaz ve Turgut, 2017).

Duygusal istismar ise; çocuğa bakmakla yükümlü anne, baba veya etraftaki yetişkinler tarafından, çocuğun yaşı ve gelişimiyle uyumsuz aşırı beklenti içinde olma ve bunun için çocuğa baskı oluşturmaktır. Çocuğu aşağılama, lakap takma, kötü konuşma gibi davranışlarla çocuğun benlik saygısından yoksun bırakma ve bununla birlikte asosyal kişilik oluşumuna ve yetişkine bağımlı yaşamasına sebep olur. En çok rastlanan fakat tanımlanması en zor olan istismar tipidir (Ballı, 2010).

Türkiye'de istismara uğrayan 13 yaş üzeri çocukların, çocukların %77'si cinsel istismara maruz kalmış olup bunun %85'ini kız çocuklar, %15'ini ise erkek çocuklar oluşturur. Fiziksel istismara maruz kalan çocukların %13'ü ağır ihmal, %13'ü

boğma, %9'u kırık, %9'u zehirlenme, %6'sı yakma, %3'ü ise psikolojik istismar mağduru kapsamına alınmıştır (Polat 2007).

Ağustos 2009-2010 tarihlerinde Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nde çocuk istismarı tanısı alan 1-17 yaş arası çocuklar incelendiğinde; %51,7'sinin kız, %48,3'ünün erkek, %24,7'sinde fiziksel istismar, %49,4'ünde cinsel istismar, %11,2'sinde duygusal istismar vakası olduğu tespit edilmiştir. Olguların %47,1'i çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniklerinden çocuk koruma birimine yönlendirilerek tedavi ve rehabilitasyonuna başlanmıştır (Koç ve ark. 2012).

Çocuklarda tekrarlayan ve artan istismar ve ihmal vakalarında fizyolojik ve psikolojik travma ile baş etmede güçlük yaşanacaktır. İstismar ve ihmal sonlandırılmış olsa bile çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri devam edebilmektedir. Ciddi olay yaşayanlarda uykusuzluk görülebilir ve aynı travmayı günlük hayatlarında tekrar yaşadıklarını varsayabilirler. Bu travmayı yaşayan çocukların büyüdüklerinde suç ve şiddete meyilli yetişkin olma oranları yüksektir (Özmert 2017).

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini ve risklerini tanılamada pediatri biriminde çalışan hemşire, hekim ve okul öncesi eğitim kurumlarında görev yapan okul öncesi öğretmenlerinin bilgi ve farkındalık düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

I. Meslek grupları arasındaki farklılık, çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi düzeylerinde de farklılık yaratır mı?

II. Çalışanların çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıkları, meslekte çalışma yılı, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim sırasında veya sonrasında konu ile ilgili alınan eğitimden etkilenir mi?

III. Hemşire, hekim ve öğretmenler çocuk istismarı ve ihmalinin farkında olup kendilerini bu konuda yeterli görüyorlar mı?

IV. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda çocuk sahibi olanların konuyla ilgili farkındalıkları diğerlerine göre daha fazla mıdır?

V. Üç meslek grubu da herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası veya şüphesiyle karşılaştığında bu durumu gerekli birimlere bildirim yaparlar mı?

3.4 SAYILTILAR

- Veri toplama teknikleri, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

- Araştırmanın yapıldığı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi pediatri biriminde çalışan hemşire ve hekimlerin, Eskişehir İl genelinde çalışan hemşire ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalıklarını yansıtacağı varsayılmaktadır.

-Araştırmanın yapıldığı Eskişehir Odunpazarı İlçesi Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okul öncesi eğitim veren kurumlarda çalışan okul öncesi öğretmenlerinin, Eskişehir İl genelinde çalışan okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalıklarını yansıtacağı varsayılmaktadır.

3.5 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlıklı çocukların yetişmesi, onlara bakmakla yükümlü olan yetişkinlerin tutum ve davranışlarına bağlıdır. Bu nedenden dolayı anne-babaların çocuklarına yönelik gösterdikleri davranış, çocuğun büyüdüğü sosyal ortam, çevresinde rol-model olan insanların davranışları çocuğun sağlıklı bir kişilik yapısı oluşturabilmesi açısından önem taşımaktadır (Kabakoğlu, 2018).

Çocuğun yaşadığı travmatik olaylar çocuğun yakınında ve güvendiği kişiler tarafından uygulanması ve tekrarlanması, kimi zaman süreklilik göstermesi, zamanla şiddetlenmesi, biçimlerinin farklılaşması sebebiyle çocukluk çağında en zor tedavi edilen durumlar arasındadır (Yetiş, 2017).

İstismar sonrası iyi bir değerlendirme ile tedavi ve rehabilitasyonu sağlanmadan yaşadığı ortama geri gönderilen çocukların, daha sonra %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ağır zarara uğradığı görülmektedir (Türker, 2017).

Çocukları her türlü istismardan korumak özel yetenek, çaba, donanım aynı zamanda özveri ve titizlikle inceleme gerektirir (Tugay, 2008). Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tespiti ve önlenmesinde hukukçular, emniyet mensupları, sosyal hizmet uzmanları, hastanede ve alanda çalışan hemşireler, ebeler, sağlık memurları, psikologlar, hekimler ve tüm sağlık çalışanlarıyla aynı zamanda deneyimli ve bilgili öğretmenlerle birlikte multidisipliner bir çalışma gerektirir (Tugay, 2008; Kepenekçi, 2012).

Okul öncesi eğitim veren kurumlarda çalışan okul öncesi öğretmenleri ve sağlık çalışanları mesleklerinin verdiği tecrübe ve aldıkları eğitimler doğrultusunda çocukları tanımada avantajlıdır. Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma ve önleme oranları da yüksektir.

Bu çalışma hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali şüphesiyle karşılaştıklarında doğru tespiti yapma konusunda kendilerini yeterli bulup bulmadıkları konuyla ilgili, çalışanların güçlü ve zayıf yönlerinin tespiti açısından önem taşımaktadır.

Konu ile ilgili farkındalık yaratmak, çocukların sağlığını ve gelişimini olumsuz yönde etkileyebilecek bu durumlara karşı gerekli önlemlerin alınması açısından veri sağlayacaktır. Olası ve mevcut sorunların erken dönemde fark edilerek önlenmesinde ve olumsuz etkileyen faktörlere yönelik girişimlerin planlanmasında, çalışanların konu ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi açısından da önemlidir.

3.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi pediatri birimlerinde çalışan hemşire ve hekimler ile Eskişehir İli Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı kurumlarda eğitim veren okul öncesi öğretmenleri oluşturmuştur.

Anketin uygulama aşamasında etik ilkeler doğrultusunda çalışanlara bilgi verilmiş, çalışmanın amacı anlatılmıştır. Zaman zaman çalışanlardan randevu alınarak görüşme sağlanmıştır. Anket çalışmasına katılmayı reddeden veya yoğun

mesailerinden dolayı zaman ayıramayacağını belirten çalışanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7. TANIMLAR

Çocuk: Daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, 18 yaşına kadar her insan çocuk sayılmaktadır.

Çocuk İstismarı ve İhmali: Çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini ve sağlığını olumsuz etkileyecek davranışların, yetişkinler, toplum veya ülkesi tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan girişimleri çocuk istismarı olarak tanımlanmaktadır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1 ÇOCUK TANIMI

‘Çocuk’ tanımı çok eski zamanlardan beri toplumların yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre farklılık gösteren bir kavramdır (Uğurlu 2014).

Ülkemizde 5237 sayılı Türk Ceza Kanununa (TCK) göre 18 yaşını doldurmamış kişi, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’na göre 18 yaşını doldurmamış kişi, ergin olsa bile çocuk kabul edilmektedir (Polat 2010).

Çocukluk dönemi yaşamın özel bir bölümüdür. Yaşam, doğumdan ölüme kesintisiz bir süreçten çıkarılmış; bir evreden diğerine geçiş kabul edilmiştir. Çocuğun günümüzdeki tanımında, zayıflığı ve masumiyeti vurgulanmıştır (Polat 1997).

Medeni hukukta çocuk, ‘hısımlık’ olgusunu ifade etmektedir. Ayrıca anne ve babası belli olan evlat olarak da belirtilmektedir (Serozan 2005).

Çocuk tanımı, sosyolojide üç ana zemin üzerine kurulmuştur. Çocuklar yetişkinlerden farklı bir biyolojik sınıftadır. Çocukların yetişkinliğe hazırlanması gerekir ve bunun sorumluluğu çocuğa bakmakla yükümlü kişilere aittir (Uçuş 2009).

Çocuk kavramına hak temelli olarak bakıldığında, kendi yaşamını kurabilmesi için yetişkinlerin desteğine ihtiyacı vardır. Çocuk, zamanla kendi görüşlerini geliştirebilen, özgür, yetişkinlerle eşit hakları olan kişilerdir (Özcan ve ark. 2013).

Çocuk kavramını tanımlamak zor olduğu için çeşitli tanımlarına rastlanmaktadır. Türkiye’nin taraf olduğu Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin 1. maddesine göre çocuk; ‘Sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, 18 yaşına kadar her insan çocuk sayılmaktadır’ ifadesinin kanun hükmünde ve hatta kanun üstünde olduğu belirtilmektedir (Kartal 2014).

Tarih boyunca farklı dönemlerde toplumlar sosyo-ekonomik ve kültürel yapılarına göre çocukluk dönemini kendilerine göre tanımlamıştır. Çocukluk kavramının tarihsel gelişim sürecinin, insanlık tarihi ile benzer değişiklikler

göstermesi gerekmektedir. Fakat, ‘çocukluğun’ kendisine has bir döneme yerleştirilmesi toplumsal anlamda daha geç bir dönemde ortaya çıkmıştır (Kocaer 2006).

Çocukluk, kişilerin bakıma muhtaç ve kendilerine yetersiz oldukları dönemdir. Yetişkinlik döneminden ayrı fakat yetişkinlerin belirlediği sosyal bir oluşumdur. Yani kendi dönemleri ile ilgili karar verebilecek olan grup çocuklar değil onlara bakmakla yükümlü yetişkinlerdir. Bu dönemde çocuk, kazandığı tecrübe ve yetenek ile yetişkin döneme hazırlanır. Çocukluk, geçici bir dönem olsa da etkileri hayat boyu sürmektedir bu yüzden yetişkinlik dönemine iyi hazırlanılabilmesi için beden ve ruhen sağlıklı geçirilmesi gerekmektedir (Özcan ve ark. 2013; Canbulut 2014). Çünkü bu dönem bireylerin önce kendi yaşamını, zamanla bütün toplumun da yaşamını etkilemektedir (Fazlıoğlu 2007).

Ortaçağ ve Latin Amerika’nın bazı yerlerinde çocukluk çağı yaşamın ilk beş yıl olarak tanımlanmıştır. Batı dünyasının orta sınıfı için ise 25 yaşına kadar çocuk kabul edilir (Kocaer 2006).

Rönesans’tan önce çocuklar küçük yetişkinler olarak kabul edilmiştir. Çocukluğa verilen özel statü 17. Yüzyıl başlarında ortaya çıkmıştır. Önceleri sanatçıların çizdiği resimlerde çocuklar birer yetişkin olarak küçük kadın ve erkek şeklinde anlatılırken; 17.yy’dan itibaren daha masum çocuk tasvirleri ortaya çıkmaya başlamıştır (Fırat ve ark. 2016).

Çocukların gelişimlerine uygun oyuncaklar, oyunlar ve kitaplar da bu dönemde ortaya çıkmıştır. Çalışma dünyasından uzaklaştırılmış, eğitime ve okula yönlendirilmiştir. Bu dönemde çocuk ölümleri yine de fazla sayıda olup, 8-9 yaşlarında çocuklar çalışmakta ve 12-13 yaşında askere gitmekteydi (Fırat ve ark. 2016). Modern toplumla birlikte çocukluk dönemi yetişkinlerden ayrılarak özel bir yaşam evresi olarak görülmüştür (Kırdök 1998).

Batı dünyasında antik dönem ve endüstriyel dönemlerde çağlar boyunca çocukların altı yaşından itibaren yetişkin iş ve görevleri yapmaya başladığı bilinmektedir. Kız çocukları 10 yaşından sonra Rönesans’tan 20. yüzyıla kadar, zengin ailelerin yanına çalışmak için verilmektedir. Gerek asilzadeler, gerekse

fakirler erkek çocuklarının silahşor olması için yedi yaşından sonra evden uzaklaştırmaktadırlar (Kocaer 2006).

Çocuk; tıp, hukuk, psikoloji, edebiyat, antropoloji, tarih, sosyoloji ve daha pek çok disiplin grubunu kapsamaktadır (Kartal 2014). Barınma, sağlık, eğitim, beslenme gibi alanlarda yaşanan sorunlardan en çok çocuklar etkilenir. Sağlıklı toplumun oluşması için çocukların gelişim dönemlerini sağlıklı geçirmeleri gerekmektedir (Güner ve ark. 2010).

Çocuğun büyüme ve gelişimini olumlu şekilde tamamlaması için temiz çevreye, yeterli ve dengeli beslenmeye, iyi bir eğitime ihtiyacı vardır. Böyle olması gerektiği halde dünyada her gün birçok çocuk kötü muameleye, istismar ve ihmale uğramaktadır. Ekonomik yetersizlik, sokakta yaşam şartları, küçük yaşta iş hayatı ile çocuklarda suça itilme ve madde kullanım oranları artış göstermektedir (Uysal 1998).

Aile, çocuğun büyüme ve gelişimi üzerinde doğumdan ölümüne kadar tüm süreçlerde; ekonomik, kültürel, sosyal ve fizyolojik etkisini göstermektedir (Özcebe ve ark. 2011).

Çocukların, hak ve ihtiyaçları yetişkinlerin karar verdiği uygulamalardır. Yetişkinler çocukları koruyup ihtiyaçlarını karşılarken aynı zamanda onları toplumsal fikirler ve sosyal politikalardan uzak tutmaktadır (Mayall 2016).

Çocuk, çok eski zamanlardan beri toplumun ilgisini çekmektedir. Tarihsel süreçte ilginin kapsam ve niteliği değişiklik göstermiştir. Bu değişiklikler, her toplumun kendi sosyal, kültürel yapılarına ve bağımsızlık düzeylerine bağlı olarak görülmektedir (Akyüz 2011).

Ailenin ekonomisinde katkısı olan çocuk; avcılık, su taşımacılığı, odun kesme, kardeşlerine bakma gibi işlerde de sorumluluk sahibidir (Kocaer 2006). Ayrıca çok eski toplumlarda genel olarak sakat doğan bebekleri veya kız çocuklarını öldürmek yaygın bir gelenektir. Engelli doğan çocuklar ise göz ardı edilir büyüme ve gelişmeleri desteklenmezdi (Kocaer 2006; Uysal 1998).

Çocuğun korunmasına baktığımızda, dinsel etki ile din adamları ve din kurumlarının yönlendirmeleriyle başlamıştır. Daha sonra dini etkenler dışında ise 19. yüzyılda kurumsallaşmaya yönelik etkiler görülmektedir (Akyüz 2011).

Hristiyanlıkla birlikte çocuklara acıma, ihtiyacı olanlara yardım, kimsesiz çocuklara destek olma gibi duygular gelişmiştir. Çocuklar dinin gerektirdiği gibi eğitilirken, dinin ve Tanrı'nın emri altına girerek kilise adına ezilmeye başlamışlardır (Uysal 1998).

İslam dini çocuklara daha hoşgörülüdür, yetimlere kardeş gibi davranmayı, mallarına el sürmemeyi, ana baba sözü dinlemeyi, yaşlılıklarında iyi davranıp saygılı olmayı öğütler. Bunların yanında anne babaya karşı gelmek en büyük günahlardan sayılır. Çocuğa bakış açısı zaman içinde günümüze kadar farklılıklar göstermiştir. Sağlık alanındaki gelişmeler, bilimsel buluşlar, bulaşıcı hastalıklara, salgınlara karşı alınan önlemlerle, yeni tanı ve tedavi yöntemleriyle çocuk ölümleri azalarak toplumda çocuğun yeri önem kazanmıştır (Uysal 1998).

Günümüzde her çocuk ayrı bir birey olarak görülmekte, büyüme ve gelişme evresinde insan olduğu, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Uğurlu 2014).

4.2 ÇOCUK HAKLARI

Eski tarihlerde birçok filozof, çocukların hiçbir hakkı yoktu ya da çok kısıtlı haklara sahip olduğunu belirtmiştir. Örneğin Hobbes, çocukların kayıtsız şartsız anne-baba sahipliğinde olduğunu, bunun dışında kendi haklarının olmadığını savunmaktadır. Bunun aksine fakat bazı benzerliklerle Locke, yetişkinlerin çocuk üzerinde akıl sahibi olduğunu, aynı zamanda doğal haklarının da olduğunu savunmaktadır (Hill ve ark. 1997).

Çocuk hakları, insan hakları çatısı altında özel bir hak ve üçüncü kuşak haklar çerçevesinde yeniden tanımlanmıştır. Çocukluk yetişkinlikten apayrı bir dönem olarak kabul görmüştür. İnsan yaşamına etki eder, böylelikle toplumun yapısında temelleri meydana getirmektedir (Erbay 2013).

Çocuk haklarının, insan haklarının içinde vazgeçilmez yeri vardır. Anayasanın yetişkinlere sunulan temel haklarının on sekiz yaşından küçük olanlara da tanınmasıyla ortaya çıkmıştır. Çocukluk yetişkinlikten ayrı bir yaşam bölümüdür, ihtiyaçları ve beklentileri apayrıdır (Serozan 2000).

Mill, çocukları özgür bırakmamak gerektiğini savunmuştur. Sebebini ise tamamen akıl sahibi olmamalarına bağlamış, onları koruma yükümlülüğünün de anne babaya ait olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple ebeveynler, çocuklar üzerinde belli bir otoriteye ve gerekli eğitime yönlendirme sorumluluğuna sahiptirler (Erbay 2013).

Çocuk hakları konusu toplumsal sorunların yanı sıra felsefi, sosyal, ahlaki ve hukuki sorunları da beraberinde getirmektedir (Kırdök 1998).

Pozitif hukuk açısından çocuk hakları kavramı, özel hukuk, sosyal hukuk, kamu hukuku ve uluslararası sözleşmelerde yer alan kuralların çocuklara tanıdığı hak ve sorumlulukların tümünü ifade eder. Kanunlarda ve uluslararası sözleşmelerde ayrıntıları ile düzenlenen, belirli bir yasal güvenceye ve özellikle de yargı organlarınca gerçekleştirilecek koruma yollarına kavuşturulan haklardan oluşur (Akyüz 2001).

Doğal hukuk açısından çocuk hakları, çocuğun da bir insan olması, aynı zamanda bakıma ve korunmaya ihtiyaç duyması nedeniyle doğuştan sahip olduğu hakların tamamıdır (Akyüz 2001).

Sağlıklı yaşama, dengeli ve düzenli beslenme, tıbbi bakım gibi haklar, çocuğun yararına olup yaşam standardını yükseltirken; kötü muamele, istismar ve sömürden sakınma gibi haklar da koruyucu haklardır (Senemoğlu 2001).

Çocuk haklarının hedefi, sadece çocukların bireysel hakları değil, toplumsal olaylarda ve alınacak kararlarda da hak sahibi olarak katılımlarını sağlamaktır. Çocuklara tanınan sosyal, kültürel ve medeni haklar dışında politik haklar da tanınmalı bu konuda çekinceli olunmamalıdır. Politik haklar onları yetişkinlerden ayıran noktadır (Lordoğlu 1995).

Çocuk hakları, onları zarar görmekten ve her türlü istismardan korumayı, çocukları duygusal ve fiziksel olarak uygun şekilde büyüyüp gelişmeleri için fırsat tanımayı; barınma, eğitim, sağlık gibi temel ihtiyaçları karşılamayı öngören haklar olarak tanımlanmaktadır (Erbay 2013).

4.2.1 Dünya’da ve Türkiye’de Çocuk Haklarının Tarihsel Gelişimi

İlk olarak 1894 yılında uluslararası alanda çocukların korunmasına yönelik bir örgütün kurulması düşüncesi Jules de Jeune tarafından ortaya atılmıştır (Demir 2012).

1. Dünya Savaşı’ndan sonra Avrupa’da çocukların korunması sorununun, her zamankinden daha çok gündeme gelmiş ve önem kazanmıştır. İngiliz Eglantyne Jebb’in, ‘çocukları kurtarın’ çağrısı üzerine, o dönemde istenilen ilgi gösterilmiş ve 1920’de Cenevre’de ‘Uluslararası Çocuklara Yardım Birliği’ adında bir örgüt kurulmuştur. Kurulan bu örgüt Çocuk Hakları Bildirgesi’ni yayınlamıştır (Erbay 2013).

4.2.2 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi (1924)

26 Eylül 1924 yılında kabul edilmiştir, ülkemiz adına Gazi Mustafa Kemal Atatürk tarafından imzalanmıştır. Çocuk hakları alanında yapılan ilk girişim beş maddeden oluşan Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi’dir (Akyüz 1980).

Bildirgenin maddeleri ise şu şekildedir:

1. Çocuk, beden ve ruhen doğal biçimde gelişmesine olanak sağlayan şartlar içinde bulundurulmalıdır.
2. Acıkan çocuk beslenmeli, hasta çocuk tedavi edilmeli, fikren geri kalmış çocuk eğitilmeli, yoldan çıkmış çocuk doğru yola getirilmeli, terk edilmiş çocuk korunmalıdır.
3. Herhangi bir felaket anında yardım öncelikle çocuğa yapılmalıdır.
4. Çocuk hayatını kazanabilecek hale getirilmelidir ve her türlü istismara karşı korunmalıdır.
5. Çocuk yeteneklerini hemcinslerinin hizmetine adayacak bir ruh ve düşünce içerisinde yetiştirilmelidir (Akyüz 1980).

Birleşmiş Milletler (BM), kurulduktan sonra ‘Sosyal Sorunlar Meclisi’ oluşturulmuş, böylece çocukların korunması gibi sorunlar incelenmeye başlamıştır. 3 Nisan 1950 tarihinde yaptığı toplantı sonucunda Cenevre Çocuk Hakları Bildirisinin daha da genişletilip düzenlenmesi kararı alınmıştır (Erbay 2013).

4.2.3 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra 1946 yılında ‘Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu’ kurulmuştur. Bugünkü adıyla UNICEF olan bu fonun amacı 13 Avrupa ülkesinde bütün çocuklara yardım etmektir. Birleşmiş Milletler Teşkilatı, 1946 yılında BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi’ne ‘Dünya halklarını 1924’lerdeki gibi birbirlerine bağlamak’ amacıyla 1924 Cenevre Bildirgesi’nin yeniden canlandırılması gerektiğini önerdi (Aktürk 2006). Hazırlanan yeni tasarı 1947 yılında, BM’ye üye devletlere incelemeleri maksadıyla gönderilmiştir (Erbay 2013).

İkinci Dünya Savaşı birincisine oranla çocukların daha fazla zarar gördüğü, onları daha fazla şiddet ve felaketlere maruz bıraktığı savaş olmuştur. Yaşanan bu olumsuzlukların etkisini azaltmak için Çocuk Hakları Bildirgesi’nde çocuğun fiziksel ve duygusal olarak daha olgunlaşmamış olduğu göz önünde tutularak, doğum öncesinde ve sonrasında özel bakıma, korunmaya muhtaç olduğu vurgulanmıştır. Çocuklar arasında ayrımın sonlanması, çocukların gelişimlerini destekleyecek tüm imkan ve olanaklardan yararlanmaları gerektiği önemle vurgulanmıştır. Ayrıca fiziksel, zihinsel veya ruhsal engeli olan çocukların özel eğitim ve bakım görmeleri, bu çocukların daha fazla sevgi ve anlayışa gereksinimleri ve eğitim hakları olduğu düşüncesi savunuluyordu (Müftü 2001).

Önerilerin ardından yapılan düzenlemelerle son şeklini almış, BM Çocuk Hakları Bildirgesi, 20 Kasım 1959’da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda oy birliğiyle kabul edilmiştir (Erbay 2013).

Bildirgede yer alan ilkeler şu şekildedir:

1. İlke: Tüm dünya çocukları bu bildirgedeki haklardan din, dil, ırk, renk, cinsiyet, milliyet, mülkiyet, siyasi, sosyal sınıf ayrımı yapılmaksızın yararlanmalıdır.

2. İlke: Çocuklar özel olarak korunmalı, yasa ve gerekli kurumların yardımı ile fiziksel, zihinsel, ahlaki, ruhsal ve toplumsal olarak sağlıklı normal koşullar altında özgür ve onurunun zedelenmeyecek şekilde yetişmesi sağlanmalıdır. Bu amaçla çıkarılacak yasalarda çocuğun en yüksek çıkarları gözetilmelidir.

3. İlke: Her çocuğun doğduğu anda bir adı ve bir devletin vatandaşı olma hakkı vardır.

4. İlke: Çocuklar sosyal güvenlikten yararlanmalı, sağlıklı bir biçimde büyümesi için kendisine ve annesine doğum öncesi ve sonrası özel bakım ve korunma sağlanmalıdır. Çocuklara yeterli beslenme, barınma, dinlenme, oyun olanakları ile gerekli tıbbi bakım sağlanmalıdır.

5. İlke: Fiziksel, zihinsel ya da sosyal bakımdan özürlü çocuğa gerekli tedavi, eğitim ve bakım sağlanmalıdır.

6. İlke: Çocuğun kişiliğini geliştirmesi için anlayış ve sevgiye gereksinimi vardır. Anne ve babasının bakımı ve sorumluluğu altında her durumda bir sevgi ve güvenlik ortamında yetişmelidir. Küçük yaşlarda çocuğu annesinden ayırmamak için bütün olanaklar kullanılmalıdır. Ailesi ve yeterli maddi desteği olmayan çocuklara özel bakım sağlamak toplumun ve kurumların görevidir. Çocuk sayısı fazla olana ailelere devlet yardımı yapılmalıdır.

7. İlke: Genel kültür ve yeteneklerine, bireysel karar verme gücü, ahlaki ve toplumsal sorumluluğu geliştirecek ve topluma yararlı bir üye olmasını sağlayacak eğitim hakkı verilmelidir. Bu eğitimde sorumluluk önce ailenin olmalıdır. Eğitim ilk aşamaları parasız ve zorunlu olmalıdır.

8. İlke: Çocuk her koşulda koruma ve kurtarma olanaklarından ilk yararlananlar arasında olmalıdır.

9. İlke: Çocuklar her türlü istismar, ihmal ve sömürüye karşı korunmalı ve hiçbir şekilde ticaret konusu olmamalıdır. Çocuk uygun bir asgari yaştan önce çalıştırılmayacak, sağlığını ve eğitimini tehlikeye sokacak fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişmesini engelleyecek bir işe girmeye zorlanmayacak ve izin verilmeyecektir.

10. İlke: Çocuk ırk, din ya da başka bir ayrımcılığı teşvik eden uygulamalardan korunacaktır. Anlayış, hoşgörü, insanlar arası dostluk, barış ve evrensel kardeşlik ortamında enerji ve yeteneklerini diğer insanların hizmetine sunulması gerektiği bilinciyle yetiştirilmelidir (Erbay 2013).

Türkiye'de çocuk hakları konusundaki en önemli gelişme Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin kabul edilmesidir. Türkiye, sözleşmeyi 14 Eylül 1990'da imzalamıştır, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'de sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde kabul edilmiş, 27 Ocak 1995 günü Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Doğan 2017).

BM, Çocuk Hakları Bildirgesi'nin kabulünden 20 yıl sonra, çocuk haklarının daha fazla alanda ve daha fazla düzeyde güvence altında olması için Çocuk Hakları Sözleşmesi'ni hazırlamaya başlamış ve 20 Kasım 1989'da bu tasarı oy birliği ile kabul edilmiştir (Türker 2017).

Günümüzde, çocuk hakları konusunda en eksiksiz hazırlanmış olan belge Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Bu belge ile çocuk haklarına uluslararası özellik ve boyut kazandırmıştır (Doğan 2000).

4.2.4 Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)

Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi; insan hakları ilke ve standartlarının çocuklara özgü uyarlanarak geliştirildiği bir sözleşmedir. Sözleşme, çocukların insan hakları yasasıdır. Çocukların ve sonraki dönemde gençlerin her açıdan nitelikli ve bilinçli yetişkinler olarak büyümesine, toplumun ve insanlığın huzurunu, geleceğini korumasına yönelik bir yatırımdır. Çocukların yeteneklerini özgürce keşfedip geliştirilebilecekleri imkanlar ve bu imkanların sağlanması koşullarını tanımlar (Cılga 2001).

ÇHS, üzerinde uluslararası planda mutabakata varılmış, hiçbir şekilde pazarlık yapılması mümkün olmayan standartlar ve yükümlülükleri içermektedir (Polat 2007).

ÇHS, 18 yaşın altında olanları çocuk olarak tanımlayarak başlar. Belge, nerede doğduklarına, konuştukları dillere, kim olduklarına; cinsiyetlerine, ırklarına, dinlerine ya da sosyal kökenlerine bakmadan bütün çocukların haklarını tanımlar ve

korur. ÇHS’de tanımlanan haklar, nerede ve ne koşulda olurlarsa olsunlar bütün çocukları kapsar. Çocuklarla ilgili bütün konularda da çocuğun yüksek yararını gözetir (UNICEF 2008).

Sözleşmenin maddeleri 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin korunma, yaşama, geliştirme, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile ele alan önsöz ve üç temel alanı kapsayıp toplam 54 maddeden meydana gelmiştir (Dikmen ve ark. 2011).

Önsözde, BM’nin temel ilkeleri ile insan hakları sözleşmeleri ve bildirgelerinin bazı maddelerine gönderme yapılmış, savunmasız konumları sebebiyle çocukların özel bir dikkate ve korunmaya gereksinim duydukları vurgulanmıştır. Çocukları koruma sorumluluğunun ilk önce onu büyüten aileye ait olduğu, devletin de gerekli yerlerde aileye bu konuda yardım edeceği belirtilmiştir (Demir 2012).

Birinci Bölümde 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yasama, geliştirme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile işleyen dört temel alan ve bunların gerçekleştirilmesi için devlete düşen görevler yer almıştır (Madde 1-41). İkinci ve üçüncü bölümlerde sözleşmenin öğretilmesi, yürürlüğe girmesini ve sözleşmeye uyulmasını düzenleyen kurallar işlenmiştir (Madde 43-54). Çocukların refahı alanında, çocukların yaşamlarını sürdürmesi, korunması ve geliştirilmesi yönünde yeni yaklaşımlar ve standartlar getiren ÇHS çocukların sosyal ortama hazırlanmasında toplumun, devletin ve ailenin sorumluluklarını, yeni ilke ve standartlarla belirtmektedir (Dikmen ve ark. 2011).

Bu ilke ve standartlara bakıldığında nitelikli insanın yetiştirilmesi ana hedef olarak belirlenmiştir. Temel konular içerisinde çocuk istismarı ve ihmali önemli yer almaktadır (Kepenekçi 2012).

ÇHS’nin 19, 34 ve 39’uncu maddeleri çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesine yöneliktir. Sözleşmenin 19’uncu maddesine göre çocuğun büyüüp gelişmesinden sorumlu olan yetişkinler, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet, çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu olan yetişkinlerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğa yönelik istismarı, ihmali engellemek ve bu tür kötü davranışlara maruz kalan çocukların bakım ve rehabilitasyonunu sağlamayı amaçlayan sosyal programlar hazırlayıp uygulamakla yükümlüdür (Polat 2000).

Sözleşme uluslararası hukuk açısından bağlayıcı güce sahip olmasıyla hukuksal bir metin olarak kabul görmüştür. İç hukuk açısından da kanun hükmünde yer alır (Kepenekçi 2012).

Çocuk haklarının Anayasası sayılan ve çocukların sahip oldukları hakları daha sistematik şekilde incelemeyi sağlayan Birleşmiş Milletler ÇHS dört şekilde sınıflandırılmaktadır.

1. Yaşamsal Haklar: Çocuğun yaşama ve uygun yaşam standartlarına sahip olma, tıbbi bakım, beslenme, barınma gibi temel gereksinimlerinin karşılanmasını öngören haklardır.

2. Gelişme Hakları: Çocuğun kendini en üst düzeyde gerçekleştirebilmesi için gerekli olan eğitim hakkı, oyun ve dinlenme hakkı, bilgi edinme hakkı, din-vicdan ve düşünce özgürlüğü haklarıdır.

3. Korunma Hakları: Çocuğun her türlü ihmal, istismar ve sömürüye karşı korunmasını sağlayan haklardır. Bunlar yargı sisteminde, silahlı çatışmada, çocuk işçiliği; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, ilaç bağımlılığı ve mülteci çocuklar için özel bakıma ilişkin konularda çocukların korunmasını sağlayan haklardır.

4. Katılma Hakları: Çocuğun ailede ve toplumda aktif bir rol kazanmasını sağlamaya yönelik haklardır. Bu haklar, görüşlerini açıklama ve kendisini ilgilendiren konularda karara katılma, dernek kurma ve barış içinde toplanma haklarıdır (Uğurlu ve Gülsen 2014).

Sözleşmenin son bölümleri uygulama, izleme, onay, değişiklik, çekince ve geri çekilme işlemleriyle ilgilidir (https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23a.html erişim: 10.02.2019).

20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda oy birliği ile kabul edilmiştir. Türkiye tarafından 14 Eylül 1990'da imzalanan ÇHS Aralık 1994 de TBMM'den geçirilmiş kağıt üzerinde yürürlüğe girmiştir (Polat 2007).

ÇHS, 22184 sayılı resmi gazete ve 27 Ocak 1995 tarihinde yayınlanmasıyla iç hukuk kuralına dönüşen sözleşmenin ülkemizde uygulanması ve uygulamaların

takibinden sorumlu koordinatör kuruluş Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) olmuştur (Polat 2007).

Toplumun geleceğinde etkisi büyük olan yeni nesillerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olmaları, kendi değerlerinin bilincinde olarak büyümeleri, bu değerleri insanların faydası için kullanabilmeleri, içinde bulundukları şartlarla doğrudan ilişkilidir. Çocuğun birey olarak yararını gözeten ve çocuğun yararını toplumun yararı ile bütünleştiren bu yaklaşım, çocuğun, toplumun geleceği için önemli bir fert olduğu düşüncesine anlam katmaktadır. Çocukların sağlıklı, sorumluluk sahibi, bilinçli ve nitelikli bir birey olarak büyümesi, toplumun bugünü ve geleceği ile bütünlük göstermektedir (Akçay 2008).

1989'da BM tarafından kabul edilen sözleşmenin 19. maddesi, çocuğun bakımıyla sorumlu olan yetişkinlerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunması, gerekli önlemlerin alınması sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması şartını getirmiştir. ÇHS geçmişten günümüze kadar uzanan süreçte çocuk istismarı ile ilgili en önemli gelişmedir. (Cem ve ark. 2011).

4.3. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ TANIMI, KAPSAMI

Çocukluk dönemi yetişkinlikten önce onların; bilişsel, fiziksel ve sosyal gelişimi açısından önemli adımların atıldığı bir süreci kapsamı sebebiyle insanın gelişim dönemi üzerinde çok etkilidir. Çocukların gelecekte aktif, katılımcı, ne istediğini bilen, yeterli, kültürlü ve eğitilmiş bireyler olabilmeleri için çocukluk döneminin eğitim ve sosyal gereksinimlerini de kapsayan temel bakım ihtiyaçlarının tam ve zamanında karşılanması gerekmektedir. Böylece yetişkinliğe hazırlanması sağlanmalıdır (Çakmak 2013).

Çocuk istismarı birçok sebebi ve travmatik sonuçları olan, hukuki, gelişimsel, tıbbi ve psikososyal kapsamlı ciddi bir problemdir. Her toplumda, her sınıfta, her sosyo-ekonomik seviyede ve iki cinsiyette de görülebilen önem arz eden toplum ve ruh sağlığı sorunudur (Ziyalar 1999).

Çocuk istismarı ve ihmali evrensel bir sorun olup dünyada birçok ülkelerin bilim literatüründe yer almaktadır. Buna rağmen her ülkenin kültürü ve etnik yapısı farklı olduğu için karşılaştırma yapmak oldukça zor bir durumdur. İstismar ve ihmalin

kapsamı ve tanımı toplumdan topluma farklılık gösterdiğinden kültürlerarası kabul gören bir tanıma ulaşmak gerekmektedir. Her toplumda çocuk istismarı ve ihmali sorun olarak algılanmamakta ve bazı durumlarda da kabul görmemektedir (Atamer 2005).

Çocuk istismarı ve ihmali insanlığın varoluşu kadar eski bir durum olduğu görülmekte ve yazılı tarihin oluşumundan itibaren farklı kaynaklarda da rastlanmaktadır (Kepenekçi 2001; Kural 2014). Fakat, insanlığın konu ile ilgili duyarlılığı son yüzyıl içinde ortaya çıkmıştır. Hugo ve Dickens'in istismar ve ihmal konusunu romanlarında işlediği görülmektedir. Sonrasında 1860 yılında, Tardieu konu ile ilgili literatürdeki ilk tanımlamayı yapmıştır (Kural 2014). Tardieu Paris Tıp Akademisi'nde ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismarına değinmiştir (Can ve ark. 2006).

Zaman içinde ne kadar geriye gidilirse o kadar çok çocuğun hayatını kaybetmesi, dövülmesi ve ailesi tarafından terk edilmesi durumlarıyla karşılaşılmaktadır (Kepenekçi 2001).

Çocuğa yapılan her türlü şiddet ve kötü muamele olarak da ifade edebileceğimiz çocuk istismarı, çok eski zamanlardan beri sürmesine rağmen, günümüzde bu konu ilk defa 1962'de Henry Kempe tarafından ortaya atılmış ve tartışmaya sunulmuştur (Polat 2007).

Kempe ilk olarak hırpalanmış çocuk (battered child) ifadesini kullanmış, daha sonra bu ifade yerini çocuk istismarı (child abuse) ifadesine bırakmıştır (Kara ve ark. 2004).

Çocuk istismarı ve ihmali UNICEF 1986 yılında; çocuğa karşı kasıtlı olarak zarar verilmesi, yapılan bu davranışın toplum tarafından yasaklanmış olması, davranışın istismar olduğu konusunda uluslararası alanda kabul görmesi, toplumun değil kişinin bu eylemi yapması ve sadece çocukların zarar görmüş olması olarak tanımlamıştır (Bilgi 2014).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin, kendilerine karşı sağlanan güveni veya fiziksel üstünlüklerini kullanarak çocuğun gelişimini

olumsuz etkileyecek, sağığına ve hayatına olumsuz etki yaratacak davranışların tamamı olarak da tanımlanmıştır (Yılmazırmak 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre; çocuğun fiziksel, psikososyal gelişimini ve sağığına olumsuz etkileyecek davranışların, yetişkinler, toplum veya ülkesi tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan girişimleri çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda çocuğun, yapılan şiddeti istismar olarak algılaması veya yetişkin tarafından kaza dışı olarak yapılması şartı yoktur (DSÖ 2002).

Çocuk istismarı ve ihmali farklı meslek gruplarını ilgilendirmesi ve zaman içinde kültürdeki değişimleri sebebiyle tanımında da oldukça farklılıklar göstermektedir. Psikologlar ezik ve örselenme terimini tercih ederken, hukukçular fena muamele terimini tercih etmektedir. Doktorlar ise bu tanımı ilk olarak dövülmüş çocuk sendromu ifadesi haliyle kullanmışlar daha sonra istismar kelimesini kullanmaya başlamışlardır (Polat 2007).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğa bakmakla yükümlü olan anne babaların veya çocuktan sorumlu olan yetişkinlerin yerine getirdiğı ya da yerine getirmediğı eylemler neticesinde çocukların kaza dışı yaralanmaları, zarar görmeleri olarak da tanımlanmıştır. Yapılan tanımda hem istismar hem ihmal belirtilmiştir ve istismarın kaza dışı oluşu aynı zamanda çocuğun gelişimini olumsuz etkilediğı vurgulanmıştır (Kempe 1972). Fakat zaman ilerledikçe konu ile ilgili farklı çalışmalar ve tartışmalar yapılmış her boyutuyla irdelenen geniş bir durum haline gelmiştir (Kara ve ark. 2004).

1970’te çocukla bakıcısı arasında oluşan, çocuğun gelişimsel veya fiziksel durumunu etkileyen ve kaza sonucu oluşmayan, etkileşim eksikliğine bağılı ortaya çıkan çocuk istismarı ve ihmali tanımlarından birisi de Hellnes tarafından ortaya atılmıştır (Faller 1981).

Parke ve Colimer tarafından istismar ve ihmal tanımına 1975 yılında kültürel boyut da eklenmiştir (Bartholdsson 2001). Çocuğı eğitmek ve terbiye etmek maksadıyla küçük boyutta şiddetin hoş görölmesi, en önemli sorunların başında gelmektedir. Çocuklara karşı yapılan şiddet, çocuğun hastaneye yatmasına sebep olacak travma, ölüm veya ölüm sınırı boyutunda ise toplum tarafından hassasiyet görmektedir (Youssef 1998).

Çocuğun istismar ve ihmalinin sonuçları çocuğa verilen ceza amacıyla onu tokatlama veya çimdik sebebiyle oluşan ekimozdan psikotik ebeveynden ya da bakımından sorumlu olan yetişkin tarafından çocuğun hayatını kaybedecek düzeye kadar uzanabilir (Polat 2004). Çocukluk döneminde kazalar sık görülmekle birlikte, oluşan travmanın çocuğun kaza ile kendi kendine yapamayacağı ya da onun yaşına uygun bir hasar şekli olmayışı akla istismarı getirmelidir (Kamiloğlu 2018).

Çocuk ve ergenin madde kullanımı da istismar çeşitleri arasındadır. Madde bağımlısı çocuk ve ergenler, o maddenin etkisi altındayken istismar ve ihmale yatkın bireylerdir, fiziksel ve cinsel istismara uğrama ihtimali de fazladır. Bağımlısı oldukları maddeye ulaşmak için ekonomik istismara da maruz kalmaktadırlar. Küçük yaşta başlayan madde bağımlılığı çocuğun yaşam kalitesini düşürmektedir. Gördüğü eğitimin aksamasına, daha kötü koşullarda büyümesine ve hatta yaşamını ceza evlerinde sürdürmesine sebep olmaktadır (Polat 2007).

4.4. ÇOCUK İSTİSMARININ BOYUTLARI

Çocuk istismarı çok geniş bakış açısıyla, multidisipliner çalışmayla değerlendirilmesi gereken konudur (Açık ve ark. 2003).

Çocuk istismarına sebep olan davranışlar yapılış ve oluşma şekline göre değişiklik göstermektedir. Çocuğa karşı yapılan ve istismar olarak adlandırılan bu eylemler açısından, temel kriter bu davranışta bulunan kişi tarafından gerçekleştirilen kasıt ögesidir (Altıparmak 2008).

Davranışların çocuğa zarar verme veya incitme amacını taşıması biçiminde derecelendirilmekle birlikte kasıt içeren, zarara yol açan davranışların da çocuk istismarı olarak adlandırılması kolay olmaktadır (Altıparmak 2008).

Çocuk istismarı olarak adlandırılan eylemler topluma, o toplumun içinde bulunduğu yöresel normlara göre farklılıklar gösterebilmektedir. (Polat 2007). Bu durum toplumları oluşturan kültürel yapıları, o toplumdaki ailelerin çocuk eğitimi konusundaki bilgi ve inanış farklılıklarından oluşabildiği gibi çocuğun anne babasının ve diğer yetişkinlerin kendisine karşı gösterdiği eylemleri farklı algılayıp değerlendirmesinden de kaynaklanabilir. Bu sebeple bir toplumda çocuğa karşı yapılan davranışlardan hangisinin çocuk istismarı ve ihmali olarak düşünülmesi, o

toplumu oluşturan bireylerin değerleri, inançları, benimsedikleri toplumsal standartlar, çocuk gelişimi ile ilgili toplumun kazandırdığı davranışlar ve çocuğun aile ile olan yaşam tarzıyla yakından ilişkilidir (Turla ve ark. 2005).

Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili uluslararası platformda çocuğa karşı ne tür davranışların istismar ve ihmal olarak tanımlanabileceği konusunda yapılan değerlendirmelerle uluslararası boyutta kabul edilen eylemlerin herkes tarafından benimsendiği görülmüştür (Aral ve ark. 2001). Çocuk istismarı ve ihmalinin uluslararası boyutta kabul görmesi için altı temel kriter vardır. Bunlar;

1. Yapılan davranışın kasıtlı olması gerekmektedir.
2. Yapıldığı ortamda davranış kabul görmeli, onaylanmalıdır.
3. Eylemin istismar olduğuna ilişkin uluslararası konsensus sağlanmalıdır.
4. Yapılış biçimi bireysel, devlet eliyle, ekonomik ya da dini eylemler de olsa istismar kapsamına alınmalıdır.
5. Toplumdaki diğer kesimlere değil direkt çocuğa karşı zarar verecek bir davranış olmalıdır.
6. Eylem, toplumda birey olarak kabul edilen çocuğa yönelik olmalıdır (Finkelhor 1994).

İstismar olarak adlandırılan davranışlar hem bireysel hem de toplumsal sebeplerden kaynaklanabilmektedir. Fakat, bireylerden çocuklara yönelik gerçekleştirilen davranışlar toplumun veya kurumların çocuklara yönelik yaptığı eylemlere oranla daha kolay bir şekilde istismar olarak değerlendirilebilmektedir (Kozcu 1990).

Çocuk istismarı ve ihmal türlerini birbirinden kesin bir biçimde ayırmak kolay değildir. Çünkü uygulamada, çoğunlukla bir çocuğun birden fazla türden istismar ve ihmale maruz kaldığı bilinmektedir. Örneğin; fiziksel istismar gören çocukların duygusal yönden zarar gördüğü ve birçok yönden ihmal edildiği görülmektedir (Kozcu 1990).

4.5. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

İstismar ve ihmale eğilim; aile, çocuk ve toplumda var olan risk faktörleri halinde daha sık rastlanmaktadır. Bu faktörlerin varlığı çocuk istismarı ve ihmali için tanı koydurucu olmamakta fakat bu risklerin varlığı bilindiği zaman daha dikkatli olunmasını gerektirir (Yurdakök 2010).

Çocuk istismarı ve ihmaline neden olan risk faktörleri dört ana başlık altında ele alınmaktadır. Bu başlıklar; çocukla ilgili faktörler, aile ile ilgili faktörler, yaşanan çevreye ilişkin faktörler, kültüre ilişkin faktörler şeklindedir (Baysal ve Şahin 2014).

4.5.1 Çocukla İlgili Faktörler

Araştırmalar, istismar ve ihmale uğrayan çocukların bazı ortak özelliklerinin varlığını ve bu özelliklerin çocuğa bakmakla yükümlü olan diğer kişilerin de olumsuz özellikleriyle birleşince istismarın kaçınılmaz bir eyleme dönüştüğünü göstermektedir (Erol 2007). Çoğu yazarın ortak görüşüne göre aslında istismar ve ihmale çocukların değil bazı risk yaratan sebepler neden olmaktadır (Tower 2005).

Çocukla ilgili çocuk istismarı ve ihmali risk faktörleri aşağıda belirtilmektedir:

- İstenmeyen ya da anne babanın istediği davranışı karşılayamamış bir bebek. Cinsiyet, görünüş, huy ve bebekteki engeller gibi.
- Prematüre doğan, sık sık ağlayan, ruhsal veya fiziksel engeli olan veya kronik hastalık gibi ihtiyaçları fazla olan bir çocuk,
- Anne babanın bakıma muhtaç özelliklerde yaşça yakın kardeşe sahip olmaları,
- Devamlı ağlayan ve susturulamayan bebek,
- Yüzde bulunabilen kusurlar gibi fiziksel özelliklere sahip olma nedeni ile anne baba tarafından hoşlanılmama,
- Mental bir hastalığın oluşu,
- Çocuğun, hiperaktivite ya da tikler gibi anne baba tarafından sorun olarak algılanan geçici alışkanlıklara sahip olması,
- Dört yaşından küçük çocuklar ve ergenler

Travmatik ebeveyn şiddeti, suç içeren davranışlar, kendi kendini istismar, hayvanlara yönelik istismar gibi tehlikeli davranış gösteren ya da davranışlara maruz kalan bir çocuk, akranlarına karşı agresif ve saldırgan davranışlar göstermektedir (Akbayrak 2018; Either ve ark. 2004).

4.5.2 Aile ile İlgili Faktörler

Her yaş ve cinsiyete, ırk ve etnik gruba ve sosyo-ekonomik seviyeye sahip çocukların kötü muameleye maruz kalmasına rağmen anne babaların ve ailelerin bazı özellikleri istismar ve ihmal gibi eylemlerin riskini arttırmaktadır (Sarıbeyoğlu 2007).

Çocukları istismar ve ihmale uğratan ebeveynlerin sıklıkla eleştiri, düşmanlık ve çocuğa saldırgan tutumlarını içeren tutarsız çocuk yetiştirme davranışları göstermektedir. Bununla birlikte çocuklarıyla ilişkilerinde daha olumsuz ve agresif yaklaşım içinde oldukları, sınırlı ilgi gösterdikleri belirtilmektedir (Sarıbeyoğlu 2007).

Çocuğuna kötü davranan anne babaların aralarındaki en önemli ortak kriter, hemen hemen hepsinin kendileri çocukken kötü davranışa maruz kalmış olmalarıdır. Sosyal öğrenme kuramcılarının da belirttiği gibi, bu anne-babalar çocuklarına karşı iyi davranma modelinden yoksundurlar (Cüceloğlu 2003).

Aileden kaynaklı çocuk istismarı ve ihmali risk faktörleri aşağıda belirtilmektedir:

- Anne-babanın alkol, uyuşturucu madde kullanması,
- Annenin zor bir hamilelik geçirmesi,
- Yoğun stresli ebeveynlerin düşük benlik ve özgüvene sahip olmaları, çocuğa tutarsız davranış gösterme,
- İstenmeyen gebelik,
- Eğitim ve bilgi eksikliği,
- Anne veya babadaki zihinsel bozukluk,
- Çocuğun gelişimine ilgisiz kalmak, gereksinim ve davranışlarını anlamamak,
- Anne babanın çocukluğunda istismar ve ihmale uğramış olmaları,
- Anne ve babanın yoğun iş hayatı,
- Anne ve babanın çocuğu sahiplenmesi ile ilgili sorunlar,

- Genç evlenen anne babanın erken yaşta çocuk sahibi olmaları,
- Aile içi yaşanan şiddet,
- Anne ve babanın boşanma ya da ölümü sonucunda tek ebeveynlik,
- Eşler arası rol karmaşası,
- Anne babanın kendini toplumdan soyutlaması, asosyal davranışlar, çocuk istismarı ve ihmeline aile kaynaklı faktörler olarak gösterilmektedir (Erol 2007; Zara 2012).

4.5.3 Çevreye Ait Toplumsal Faktörler

Ailenin gelişmemiş köy ya da şehirlerde ikamet etmesi, belli adet ve törelere uymak zorunda kalması gibi durumlarda da çocuk istismarı ve ihmali söz konusu olmaktadır (Dönmez 2009).

Çocuğun yaşadığı sosyal çevredeki stres faktörleri ile çocukla olan ilişkiler olumsuz etkilenmektedir. Ailenin, sınırlı bir sosyal çevrede fazla arkadaşlarının olmaması ya da çevreleriyle gerekli geçimi sağlayamamaları sorunlara neden olabilmektedir. Aile bireylerinin başına gelen hastalık ve kazaların oluşturduğu sosyal sorunlar ailenin iç yapısını olumsuz etkileyerek çocuk istismarı ve ihmeline sebep olmaktadır (Özcan 2010).

Çocuğun okulda istismara maruz kalması da kalabalık sınıf ortamı, sosyal baskı, dayanın disiplin aracı olarak görülmesi ve öğretmenin sınıf ortamında gösterdiği davranış şekli ve bu konudaki tavrı şiddeti arttırmaktadır (Kurtay 2007).

Çocuğun değersizleştirilmesi, çıkan savaşılar, kavgalar, organize şiddet, toplumun şiddeti istismar olarak algılamaması, sosyal eşitsizlik, medyanın yaklaşımları ve kültürel farklılıklar çocuğa karşı şiddette risk faktörlerine sebep olmaktadır (Göregen 2010).

Çevreye ait çocuk istismarı ve ihmali risk faktörleri aşağıda belirtilmektedir:

- Ekonomik eşitsizlikle birlikte ortaya çıkan kötü ekonomi ve eğitim politikaları,
- Kadın ve erkeklere yüklenen cinsiyet rolleri, kültürel beklentiler,
- Ailenin ve kurumların yeterli maddi desteği alamaması,
- Çocuk istismarı ve ihmali, çocuk pornografisini, çocuk işçiliğini, çocuk fahişeliğini önleyecek politika ve uygulamaların eksikliği,

- Şiddeti popüler hale getiren ve özendiren medya ve oyunlar,
- Çocuğun ailesi ile olan iletişimini önemsizleştiren sosyal ve kültürel faktörler,
- İşsizliğin ve fakirliğin toplumdaki artışı,
- Alkol ve uyuşturucu gibi maddelere ulaşımın kolaylığı,
- Toplum ve çocuk ilişkilerinde çocuğun değersizleştirilmesi çocuk istismarı ve ihmaline çevresel kaynaklı faktörler olarak gösterilmektedir (Tugay 2008; Yılmaz 2015).

4.6. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ TURLERİ

Çocuk istismarı ve ihmali türlerini birbirinden ayırmak kolay bir durum değildir. Bazı vakalara baktığımızda çocuğun birden fazla türde istismara uğradığını görmekteyiz (Kozcu 1990).

4.6.1 Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun yakın ilişki içinde olduğu genellikle anne baba veya çocuğa bakmakla yükümlü yetişkinler tarafından, kaza sonucu olmayan kasıtlı davranış sonucu çocukta morarmadan ölüme kadar kötü sonuçları olan, elle veya bir cisimle vurma, dövme, yakma, ısırma ve diğer doku hasarlarına neden olan davranışlar olarak tanımlanır (Kaya 2015). Fiziksel travma ve ceza çocuklara yapılan istenmeyen davranışların başında gelmektedir (Doğan 2001). Bulguların gözle görünebilir nitelikte olması nedeniyle en çok dikkat çeken ve bildirim yapılan istismar çeşididir (Vatansever 2004).

Bıraktığı izler açısından en kolay tespit edilebilen istismar türü olmasına rağmen birçok vaka da atlanabilmektedir. Fiziksel istismar en çok üç yaş altında görülür fakat ergenlerde de rastlanmaktadır (Cirit 2015).

Aile ortamındaki bu istismar biçimi bir çeşit terbiye yöntemi olarak görülmekte ve yasak olmasına rağmen eğitim kurumlarında da karşımıza çıkmaktadır (Doğan 2001).

Fiziksel istismar en kapsamlı biçimde ‘çocuğun kaza dışı yaralanması’ olarak da tanımlanmaktadır. En çok rastlanılan şekli çocuğun cezalandırılma amacıyla, bir tokat veya çeşitli objelerle çocukların dövülmesidir (Kocaer 2006).

Çocukların fiziksel yönden istismarı ve ihmalinin sonucunda, yaşanan travmanın derecesine göre klinik muayenede ekimozlar, ödemler, yanıklar, yumuşak doku hasarları, yara izleri, kaynar su ile haşlanmalar, kemik kırıkları, eklem hasarları ve ağır beyin, göz yaralanmaları görülmektedir. Ayrıca iç organlara ait hasarlar oluşmaktadır. Travmatik alopesi, boğulma, frenulum yırtılması, zehirlenmeler, insan ısırığı izleri, sık ve tekrarlayan yaralanmalara, farklı dönemlere ait farklı iyileşme sürecindeki yaralara ve enfeksiyonlara sebep olmaktadır. Gelişme gerilikleri ile birlikte travmanın şiddetine bağlı durumlarda nedeni belli olmayan ölümlere de yol açmaktadır (Bilir ve ark. 1991; Kocaer 2006).

Fiziksel istismar konusunda çeşitli tanımlar vardır. Hepsinin ortak sonucu; çocuğun büyüme, gelişimi ve sağlığını olumsuz etkileyen ve vücutta hasar bırakan yara ve lezyonların olmasıdır. Bu belirtiler çocuğun bir kez veya defalarca fiziksel istismara maruz kaldığının göstergesidir. Çocuğun başını suya sokma, sevdiği şeylerden men etme, tekmeleme, sarsma ve itme gibi çocuğa karşı güç gerektiren olumsuz davranışların tamamı fiziksel istismar kapsamına girmektedir (Giardino 1997; Wekerle 2006).

Fiziksel istismar vakası ile hastaneye kaldırılan çocuklarda, diğer çocuklara göre büyüme ve gelişiminde gecikmeler, hafif düzeyde nörolojik bozukluklar, ciddi fiziksel darp sonucu beden imajında bozulma, uyarıcı ilaç ve madde kullanımı olduğu ortaya çıkmıştır (Sarıbeyoğlu 2007).

Çocuklarda Fiziksel İstismar Bulguları

Deride; sıyrıklar, ekimozlar, ısırıklar ve yanıklar şeklinde görülmektedir. Sıyrıklarda önemli olan sıyrığın bulunduğu bölge ve aynı lokalizasyonda tekrarlayan sıyrık oluşumudur. Büyük eklemlerin etrafında, özellikle de üst kol, dirsek, bilek ve dizlerdeki sıyrıklar ile aynı bölgede paralel tekrarlayan sıyrıklar istismar olasılığını düşündürmektedir (Tugay 2008).

Isırıklar, bebeklerde ve daha büyük çocuklarda olduğu yerlere göre farklılık göstermektedir. Bebeklerde kalça ve genital organlara yakın bölgelerde

cezalandırılmak ve terbiye etmek amacıyla uygulanırken, daha büyük çocuklarda ise genellikle cinsel amaçlı saldırı sonucu ortaya çıkmaktadır (Polat 2007).

Ekstremitelerdeki kemiklerde ve kostalarda meydana gelen kırıklar istismar vakalarında rastlanabilir. Fiziksel istismar sonucu ortaya çıkan kırıklar özellikle üç yaşın altındaki çocuklarda karşılaşılmaktadır. İstismar sonucu görülen bu kırıklar özellikle fiziksel istismar olgularının %10-20'sinde rastlanılmaktadır (Turla 2002; Karakuş 2002).

Çocuklarda meydana gelen ekimozlar, çocuğun yaşı ve sebep olan aletlere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Oluşan ekimoz çocuğun yaş ve gelişimiyle uyumsuz aynı zamanda da kaza ile oluşabilecek yerlerde olmayabilir. Uyluk iç yüzü, koltuk altı, gluteal bölge, skapula bölgesi bunlara örnek gösterilebilir. Kullanılan cismin şekline göre laserasyon ve abrazyonlar görülebilir (Tugay 2008).

Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının %5-10'u yanıklardan meydana gelir. Yanıklar genellikle cezalandırma amacı ile oluşturulur. El sırtlarında, gluteal ve genital bölgelerde rastlanabilir. Etkenin en çok sıvılar olduğu, bunun da sıcak sıvı içine daldırma şeklinde uygulandığı, kızgın bir cisimle deriyi dağlama veya direk alev yanığı şeklinde görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Yakmak için kullanılan aletin şekline göre deride lezyon meydana gelir (Tugay 2008).

İstismara uğrayan çocuklarda sigara yanıkları genellikle derin, küçük ve yuvarlaktır. Kaza ile meydana gelen yanıklar ise sıklıkla daha yüzeysel, tek ve düzenli değildir (Polat 2007).

Deride oluşan travma sonrası lezyonda oksijeni kaybolan kapiller kan koyulaşır 3-5 günde mor-kahverengine dönüşür. Vücudumuzdaki enzimlerin etkisiyle 7- 12 günde yeşil renk safra pigmentine dönüşür. Yaklaşık 12-18 günde ise lezyon sarı renk alır ve zamanla kaybolur. Bu iyileşme sürecindeki değişimler travmanın oluşma zamanı ve farklı yerlerdeki ekimozların yoğunluğu hakkında bilgi verir (Polat 2007) .

Batın içi organların rüptürü istismara uğramış çocuklarda kafa travmalarından sonra görülen en yaygın ikinci ölüm sebeplerindendir. İç organ travmaları genellikle batınla sınırlıdır, kalp ve akciğerde de nadir yaralanma riski görülmektedir (Uncu 2013).

Çocuk istismarı ve ihmali göz lezyonları önemli bulgular arasındadır. Özellikle retina kanamaları iki aydan büyük bebeklerde tipik bir istismar tablosunu düşündürmektedir (Vatansever 2004).

Çocuk istismarı sonucu oluşan ölümlerin en sık karşılaşılan nedeni kafa travmasıdır (Yılmaz ve ark. 2003). Kafa travmalarında ön cephede (çene, burun, diş) oluşan lezyonlarda daha çok kaza gibi düşünülürken, yüz kenarlarında (kulak, yanak, elmacık kemiği) oluşan lezyonlar daha çok fiziksel istismar tablosunu düşündürmektedir (Turla 2002; Karakuş 2002).

4.6.1.1 Shaken baby syndrome (Sarsılmış bebek sendromu)

Sarsılmış bebek sendromu, en çok iki yaş altındaki çocuklarda görülen fakat 5 yaşına dek olanları da etkileyen çocuk fiziksel istismarının en ağır bir biçimidir. Guthkelch ilk defa 1971 yılında kamçı vuruşu (whiplash) hareketi ile kortikal köprü venlerindeki yırtılmalara sebep olacak subdural hematomların oluşabildiğini belirtmiştir (Yılmaz 2015). 1972 de pediatrik radyolog olan John Caffey tarafından tanımlanmıştır (Dönmez 2009).

Görülen subdural hematom %38-100 olasılıkla tabloya eşlik eder ve %80 ihtimalle çift taraflı olup, ‘Sarsılmış Bebek Sendromu’nun tek bulgusu olabilmektedir. Bununla birlikte spinal kord yaralanmaları ve uzun kemik, kosta, torakolomber spinöz çıkıntı kırıklarına çok rastlanmaktadır. Bu çocuklarda letarji, kusma, sürekli huzursuzluk ve beslenme yetersizliği gibi bulgular görülmektedir (Ballı 2010).

Tek veya çift taraflı retina hemorajisi sarsılmış bebek sendromunda %85 veya daha sık olarak saptanır (Kural 2014).

Bebek komada gözetimdedir veya konvülsiyonlar, kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) bulguları mevcuttur. Sarsılmış bebek sendromunda %20-25 oranında mortalite görülür. Başlangıçta koma tablosunda getirilen vakalarda mortalite %60’a kadar çıkabilir (Kürklü 2011).

Bebeğini sarsan kişiler genellikle anne, baba, annenin erkek arkadaşı veya bakıcılarıdır. Sarsmanın genellikle bebeğin ağlamasını durdurmak ya da huzursuzluğunu ortadan kaldırmak amacı ile yapıldığı düşünülmektedir (Akar 2007).

4.6.1.2 Munchausen by proxy sendromu (Oluşturulmuş hastalık sendromu-polle sendromu)

Anne veya babaların sağlıklı olan çocuklarını hastaymış gibi gösterip doktor doktor gezdirerek bu durumdan tatmin olmalarıdır (Polat 2007).

Munchausen sendromu 1951’de ilk defa, hastane hastane dolaşıp hastalık hikayeleri uyduran ve kendilerine gereksiz yere cerrahi girişimler uygulanmasına istekli bir grup hastayı tanımlamak için kullanılmıştır. Sendroma adı verilen Baron Karl von Munchausen 18. yy’da yaşamış eski bir subaydır. Savaştan döndükten sonra kendi uydurduğu öykülerle daha da ilginç hale getirdiği maceralarını anlatmıştır ve yakın çevresinin ‘Munchausen Sendromu’ olarak tanımladığı durumda hasta, doktorun muayenehanesine ya da acil servise çoğunlukla klinik belirtilerle de destekleyen uydurma bir öykü ile başvurmaktadır (Bahadır 2018).

Munchausen by proxy sendromu (MBPS) ise özel bir çocuk istismarı formudur. Munchausen by proxy sendromunun tanımı ilk kez 1977’de Meadow tarafından yapılmıştır. Aile ya da bakmakla yükümlü olan yetişkin, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta ya da olmayan bir hastalık yaratmakta ve ‘hasta çocuğu’ doktora götürmektedir. Sonuçta, tıbbi anamnez, laboratuvar testleri ya da hastalığın gerçek nedeni değişmekte ya da tıbbi tedavi nedeniyle çocukta yaralar meydana gelmektedir (Hancı 2000).

Hasta, sonuç alamadan hastaneden gitmekte ve aynı tabloyu yineleyerek tekrar tekrar hastaneye başvurmaktadır (Bahadır 2018).

Bu sendrom hastane bağımlılığı, cerrahi girişim bağımlılığı ve profesyonel hasta sendromu olarak da adlandırılmaktadır. Bu bozukluğu olan hastaların ortak özellikleri, hastaneye yatış ve hastanede kalmaya yol açacak fiziksel bulguları ortaya çıkarabilme becerileridir. Bu hastalardaki belirti ve bulgularda ateş, karın ağrısı, bulantı, kusma ve döküntü, kan ve idrar test materyallerinin kontamine edilmesi, kanama bozukluğunu taklit için antikoagülan ilaç kullanımı veya hipoglisemi için insülin kullanımı gibi bulgular mevcuttur (Meadow 2002).

Çocuk, doğrudan anne-babanın yarattığı hastalık sonucu veya uygulanan tanı-tedavi girişimleri sonucu zarar görür. Çocukta normal olarak açıklanamayan fiziksel

bulgular sadece çocuğa bakmakla yükümlü kişiler yanında oluşuyorsa bu sendromdan şüphelenmek gerekmektedir (Kürklü 2011).

Altta yatan nedeni anlamak zordur. Narsistik fragilite (kendini beğenen, kırılgan) ve borderline (sınırdaki) kişilik fazladır, ama bu kişilerde pasif-bağımlı histerik kişilik bozukluğu ya da sadomazoist davranışlar ve depresyon da görülmektedir. Hekimler ölümcül olabilen bu senaryoya gerek duyulmadan invaziv (girişimsel) muayeneleri ve incelemeleri yaparak ya da tehlikeli ilaçları reçete ederek, istemeden ortak olmaktadır. Bu olgularda iyi bir anamnez ve dikkatli bir fizik muayene olması gerekmektedir (Hancı 2000).

Fiziksel istismarı düşündürecek bulgular:

- Tedavisinde açıklanamayan gecikme,
- Anne babanın ve çocuğun ifadelerindeki tutarsızlık,
- Fiziksel bulgulara uymayan öykü,
- Çocuğun gelişimi ile tutarsız anamnez,
- Çocuktaki travmanın önemsiz gibi gösterilme çabası,
- Ailenin tanı koyulması için gerekli tetkikleri yaptırmayı reddetmesi,
- Çocuğun veya kardeşlerinden herhangi birinin suçlanması,
- Çocuğun vücudunda farklı zamanlarda oluşan ekimozlar,
- Çocuğun istismar öyküsünü anlatması,
- Çocuğun hastane hastane dolaştırılması,
- Ailenin acil serviste uygunsuz hareket ve tutumları,

Çocuğun anne-babaya olan suçlayıcı, öfkeli davranışları, aileden kaçarmış gibi görünmesi, fiziksel temastan çekinmesi, aileyi idare etmeye çalışması, küfür etmesi, yaşına uygun davranmama gibi garip hareketler içinde olması fiziksel istismar şüphesini arttırmaktadır (Alikışifoğlu 2002).

4.6.2 Cinsel İstismar

5237 Sayılı TCK; cinsel istismarı, ‘On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış’ ve ‘Diğer

çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar' olarak tanımlamıştır (Azizoğlu 2009).

İsteği dışında çocuğun ırzına geçilmesi, çocuğun cinsel organlarının ellenmesi, müstehcen sözler söylenmesi, cinsel fuhuşta kullanılması, çocuğa pornografik filmler izlettirilmesi, teşhircilik gibi hareketler cinsel istismar davranışları olarak kabul görmektedir (Şimşek 2010).

Çocuk ve yetişkin arasındaki temas ve ilişki, o yetişkinin veya başka birinin cinsel uyarılması için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismarı olarak tanımlanır. Cinsel istismar farklı şekillerde olmaktadır:

1-Temas içermeyen cinsel istismar:

- Çocukla cinsellik ve seks üzerine konuşma,
- Çocuğun cinsel içerikli uygunsuz fotoğraflarının çekilmesi ve çocuk pornografisi,
- Çocuğa pornografik görsellerin izletilmesi,
- Çocuğun çıplakken veya istismarcıyı cinsel olarak tatmin edecek aktivite sırasında izlenmesi (röntgencilik=voyerizm),
- Çocuğun cinsel tercihi, gelişimi ve cinsel organlarıyla dalga geçme,
- Çocuğun cinsel gelişimiyle sözlü ve duygusal istismar,
- İstismarcının çocuğa kendi genital bölgelerini göstermesi,
- Çocuğa gösterilerek mastürbasyon yapılması,
- Çocuğun başkalarının cinsel istismarına şahit edilmesidir.

2-Temas içeren cinsel istismar:

- Çocuğun cinsel tatmin amacıyla öpülmesi,
- Çocuğa cinsel tatmin amacıyla dokunulması,
- Çocuğun istismarcıya cinsel tatmin amacıyla dokunmaya zorlanması,
- Çocuğun istismarcıya mastürbasyon yapmak için zorlanması,
- Çocuğun istismarcıya oral seks yapmak için zorlanması,
- İnterfemoral ilişki,
- Cinsel haz sağlamak için çocuğa karşı cinsel şiddet uygulanması,

- Çocukla vajinal ya da anal birleşme,
- Çocuğu fuhuş için kullanma,
- Çocuğu hayvanlarla seks için zorlama olarak sıralanabilir (Ballı 2010).

Şiddet suçları içinde en fazla artış gösteren suç türleri cinsel suçlardır. İstatistiksel verilere bakıldığında vakaların büyük bir kısmının çocuk olduğu ve özellikle küçük yaştaki çocuklar arasından seçildikleri tespit edilmiştir (Finkelhor 1994).

En çok istismara uğrayan çocuklar; 6-11 yaş grubundaki çocuklardır. İkinci sırada 0-5 yaş grubu, üçüncü sırada da 12-15 yaş grubu gelmektedir. Daha küçük çocuklar en çok oral ve anal tacize maruz kalırlar. Vajinal ilişki daha çok 6-8 yaşlarında görülür. Cinsel taciz ölümle sonuçlanabilir. Kızlar erkeklerden 5 kat daha fazla cinsel istismara uğrar ve tacizcilerin ise çoğunun erkek olduğu görölmektedir (Kocaer 2006).

Çocuk istismarı ve ihmali türlerinden saptanması en güç olanı cinsel istismardır. Çoğunlukla gizli kalır ve aile bireyleri tarafından saklanır gün yüzüne çıkmaz. Cinsel istismarın özellikle kısa ve uzun dönemli etkileri çok önem taşımaktadır (Dervişoğlu 2012).

Cinsel istismarın fark edilmesi genellikle tesadüf sonucudur. Çocukta fark edilen anormal hareketler ve çocuğun fiziksel yaralanma ile doktora başvurusuyla ortaya çıkar. Nadir olarak da istismar edilenin üçüncü bir şahsa konu hakkında bir şeyler anlatmasıyla olaylar gün yüzüne çıkar (Polat 2007).

Cinsel istismar vakaları genellikle; toplumdan izole olmuş, ekonomik sıkıntıları olan, aile bireylerinde psikolojik sorunları olan, annenin evi terk ederek evden ayrılması veya hastalanması, yetişkinlerin aynı odayı ve yatağı paylaşması ile ortaya çıkabilmektedir (Korkut 2012).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda istismarın dışa yansıması da farklılık göstermektedir. Çoğu çocukta davranışsal ve dolaylı bulgulara rastlanmaktadır. İlk tepki olarak korku, kaygı, kaçınma, öfke, kızgınlık ve uygunsuz cinsel söz ve davranışlarla karşılaşmaktadır (İşeri 2008).

Cinsel istismara maruz kalan çocukların yaklaşık %50'sinde travmaya bağlı stres bozukluğu görölmekte, depresyon, düşük benlik saygısı, intihar girişimleri, damgalanmışlık hissi, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi olumsuz davranışlara rastlanmaktadır. Kişilik bozukluğu saptanan yetişkinlerin %70-80'inde, çoğul kişilik

bozukluğu saptanan yetişkinlerin ise %85-95'inde çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Cinsel istismarda bulunan kişilerin ise %60-95'inde geçmişte yaşadığı cinsel istismar öyküsü vardır (Topbaş 2004).

Cinsel istismarın çocukta yaratacağı dört önemli etki;

1-Zedelenmiş Cinsellik: Cinsel istismar vakaların en çok rastlanan bu durum, çocukta cinsel gelişimin her alanında normalden sapmayı ifade etmektedir (Selvi 2011).

2-İhanet Duygusu: Çocukların sevdiği ve güvendiği kişiler genelde onları cinsel istismara maruz bırakan kişilerdir. Bu sebeple çocukta şiddetli bir şekilde ihanete uğramışlık duygusu oluşur, korku, üzüntü, güven kaybı ile ruhsal çöküntüye ise sık rastlanmaktadır (Selvi 2011).

3-Acizlik: Çocuk isteği dışında cinsel istismara uğradığı için kendisini aciz ve çaresiz görmesine sebep olmaktadır. Bu da; hem çocukluk hem de erişkinlik döneminde öfke, endişe, korkulu rüyalara, bedensel şikayetlere, öğrenme güçlüklerine, suça yönelmelere ve intikam duygularına yol açmaktadır (Selvi 2011).

4-Damgalanma: Cinsel istismara eşlik eden kötülük, utanç ve suçluluk gibi durumlar zamanla çocuğun benlik algısını farklılaştırarak, onun kendisini böyle algılamasına sebep olmaktadır. Cinsel istismarın tüm etkilerinin damgalanma duygusuyla birleştiği durumlarda büyük bir soyutlanma ve toplumdan izole olmuş duygusu gelişebilir (Selvi 2011).

Çocuklarda cinsel istismar bulguları

Çocuklarda görülen cinsel istismar bulguları fiziksel ve davranışsal olmak üzere iki şekilde gözlenmektedir,

a) Fiziksel Bulgular:

- Yürümede ve oturmada zorluk,
- Erken pupertal dönemde istenmeyen gebelik.
- Abdominal, genital ve rektal hassasiyet ve ağrı,
- Hymen, anüs ya da vajinada skar doku görülmesi,
- Sekonder gelişen enürezis ve enkoprezis,

- Genital ya da anal bölgede görülen irritasyon veya inflamasyon,
- Sebebi bilinmeyen sık görülen idrar yolu enfeksiyonu, vulvovajinit veya vajinit,

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar,
- Genital travmayı gösteren kanama, yırtılma ve morluklar,
- Prepubertal veya cinsel olarak inaktif bir çocukta hymen/anüs dilatasyonu,
- Ağız, vajina ya da anüste bulunan semen,

b) Davranışsal Bulgular:

- Yetişkinlerle iletişim kurmaktan korkma,
- Evden veya okuldan kaçma,
- Sosyal ilişkilerden kendini soyutlama,
- Yetişkinlerden aşırı ilgi alaka bekleme,
- Öldürme düşünceleri,
- Çocuğun yaptığı resimler veya oyunların cinsel içerikli olması,
- Suçluluk hissi,
- Anksiyete ve depresyon durumları,
- Postravmatik stres bozukluğu,
- İntihar düşünceleri,
- Uyku bozuklukları, uyuyamama, kabuslar,
- Somatik rahatsızlıklar,
- Yeme içme bozuklukları,
- Maddeyi kötüye kullanımı,
- Yaşanan fobiler,
- Regresif semptomların görülmesi (mutizm, infantil davranış, bebek gibi konuşma),
- Öğrenme zorluğu,
- Cinsel konularla çok ilgi ve alakalı olma, erken cinsel uyarılma,
- Kendinden küçük çocuklara tecavüz, taciz,
- Artmış ve alenen her yerde mastürbasyon yapılması,
- Seks işçiliği olarak sayılabilir (Uncu 2013).

Cinsel istismar vakalarının hastanelere, yargıya ve basına yansıyanlardan daha fazla olduğu bilinmektedir. Cinsel istismara maruz kalan çocukların ve gençlerin bir bölümü, cinsel istismarın diğer zarar verici fiziksel ve duygusal travmalarının yanında, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler açısından da risk altındadırlar (Öztürk 2007).

4.6.2.1 Aile içi cinsel istismar (Ensest)

Ensest geleneksel olarak biyolojik olarak akrabalığı olan aile bireyleri arasında görülen cinsel ilişki olarak tanımlanmaktadır. Ancak bazı araştırmacılar, sadece çekirdek aile kapsamında düşünürken, bazıları da bakmakla yükümlü olan tüm yetişkinleri biyolojik bağa bakmadan aynı kapsamda ele almaktadır (Polat 2007).

Ensest, evlenmeleri hukuksal, ahlaki ve dini açılardan uygun olmayan yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişki içinde bulunmaları olarak ortaya çıkmaktadır. Cinsel sapkınlık olan ensest, ‘akraba aşkı’ olarak da adlandırılmaktadır. Bununla birlikte ensest vakalarının büyük kısmını baba ensesti olarak ortaya çıkmakta, anne ensesti ile oldukça az karşılaşılmaktadır (Kural 2014).

Cinsel istismar ve ensest arasındaki fark, suçlunun çocuğa bakmakla yükümlü kişi olması, otorite olması ve istismarın yıllarca devam etmesidir (Adalı 2007).

Ensest olgularının çoğu annelerin çocuklarındaki davranış sorunlarını fark edip çocuklarını bir uzmana götürmeleri sırasında yapılan araştırmalarla fark edilmektedir. Olayın mağdurlarının içinde bulunduğu suçluluk, utanma ve dışlanma korkuları vakanın bildirilmesine engel olmaktadır. Genellikle başka araştırmalar yapılırken tesadüf sonucu olay aydınlatılmaktadır (Kara ve ark. 2004).

Enseste sebep olabilecek risk faktörleri;

- Anne babanın cinsel yaşantılarının olmaması veya sorunlu ilişkileri,
- Yabancılara karşı ailenin kuşkucu, paranoid davranması,
- Çocuğun anne veya babasının ailesinde yaşanmış ensest vakası,
- Annenin koruyucu olmayışı,
- Babanın aşırı bağnaz ve şüpheli yaklaşımı,
- Babanın madde bağımlısı olması,
- Babanın aşırı disiplinli olması,
- Babanın sınırlı zekaya sahip oluşu,

- Babanın puberte döneminde gelişimi sırasında kızına karşı aşırı kıskançlık sergilemesi,
- Çocuğun insanlarla yakın ilişki içinde olmasının yasaklanması,
- Çocukta birden gelişen baştan çıkarıcı davranışların varlığı (Yılmaz 2006; Tugay 2008).

4.6.2.2 Pedofili

Cinsel istismar faili bakımından kullanılan pedofili kavramı hukuki olmayan bir sıfattır. Cinsel suçlar içerisinde pedofilin en yaygın tür olduğu ifade edilmektedir (Kartal 2014).

DSÖ'ye göre, pedofili kavramı başta erkekler olmak üzere, ergenlik yaşına girmeyen (12 yaş altı) çocuğa karşı yapılan cinsel içerikli hareketlerdir. Pedofili, kriminal ya da adli bir kavram değil, klinik bir tanımdır (Kural 2014).

Çocuğa karşı cinsel istismarın tıbbi bir tanısı olmamakla birlikte, çocuğa cinsel istismarda bulunan her yetişkine de pedofili tanısı ile yaklaşılmamaktadır. Yaşıt çocuklar arasında, eğlence amacıyla zorlama olmadan, acı çekmeden ve çocukta utanç yaratmayan cinsel aktiviteler çocukların gelişimlerinden kaynaklı arayış içinde oldukları ve masum deneyimler olarak görülmedir ve cinsel istismar olarak tanımlanmazlar (Serdar 2013).

Pedofililer sadece kızları tercih etmezler, iki cinse de ilgi duyabilirler ve cinsel tercihi olabilir. Erkeklere yönelen pedofiller ise biraz daha büyük çocukları tercih etmektedirler (Travin 2001).

Pedofili hareketi fiziksel temas içermeden teşhircilik yapma ile cinsel bölgelere hedeflenmiş ya da amaçlanmadan ortaya çıkan penetrasyon fiilleri arasında değişkenlik göstermektedir (Polat 2007).

Yapılan çalışmalarda, pedofilik kişilerin genellikle asosyal yaşadıkları, genellikle içe dönük, eşi ya da ailesiyle sıcak ilişki kuramayan psikopatik, psikoseksüel ve sosyal açıdan yeterli olmayan kişilik özelliklerine sahip oldukları görülmektedir (Avcı ve ark. 2007).

Pedofili Tanı Ölçütleri

1. Kişinin ergenlik dönemine girmemiş bir çocuğu ya da çocukları en az altı aylık dönemde sürekli olarak cinsel fantezilerine alet etmesi, cinsel dürtülerinin tekrarlaması ve bu hareketlerinin tekrarlayıcı nitelikte olması,
2. Cinsel açıdan dürtülerin, fantezilerin veya davranışların kişi için oldukça belirgin klinik sorun oluşturması, mesleki ve toplumsal alanlarda problem yaratması,
3. Bu kişinin en az 16 yaşında olması ve cinsel içerikli hareketleri gösterdiği çocuk ya da çocuklardan en az beş yaş büyük olması olarak ölçütlendirilmiştir (İşeri 2008).

Pedofilileri kalıplaşmış bir davranış ile genellemek imkansızdır. Durumsal pedofililer tanımında yetişkinler çocuklara kesinlikle cinsellik hissetmeden pedofili davranışı sergilerler. Bunlar patolojik kişilik yapısına sahiptirler. Tercihe bağlı pedofililer ise ergenlik dönemi öncesi çocuklara yönelik, farklı tiplerde harekete geçen cinsel sapma olarak tanımlanır (Polat 2007).

Çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarında pedofililer; çocuk pornosu veya internet kullananlar ve kullanmayanlar olarak da iki çeşittir. Çocuk pornografisi izleyen kişilerin %30-80'inin bir çocuğa karşı cinsel istismar suçu işledikleri görülmüştür. Bu araçları kullanarak çocukları istismar eden pedofilik bireylerin motivasyonları birbirinden farklılaşmakta olup beş ayrı grupta ele alınmaktadır.

Bunlar:

1. Takipçiler: Çocuklarla iletişim kurabilmek amacıyla kullananlar,
2. Geziciler: Fiziksel temas olmadan cinsel haz için kullananlar,
3. Mastürbatörler: Çocukların pornolarını izleyerek cinsel haz yaşamak için kullananlar,
4. Ağcılar: İnterneti kullanarak sanal ortamda diğer pedofililerle iletişim içine girerek çocuk pornosunu yayarak satanlar,
5. Kombine özellikleri içerenler olarak gruplandırılırlar (Taçyıldız 2013).

Günümüzde internet aracılığıyla çocuklara yönelik saldırıların çok arttığı gözlenmektedir. Pedofili, çocukları cinsel hazları için obje olarak kullanırken teknolojinin gelişmesiyle aynı zamanda çocuklara karşı cinsel suçların tipi de farklılık göstermektedir (Polat 2007).

4.6.3 Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocuğun etrafındaki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen çocuğun kişiliğini ve onurunu zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemler ya da eylemsizlikler olarak adlandırılırlar. Duygusal istismar; sözel istismar, fiziksel nitelikte olmayan fakat çok ağır olan cezalar ya da tehditleri kapsamaktadır (Özcan 2010).

İstismar çeşitleri içinde, temelinde çocuğun psikolojik travma yaşadığı en çok karşılaşılan istismar türlerinden birisi de duygusal istismardır.

Duygusal istismar iki özelliği ile diğerlerinden farklılık göstermektedir;

1- Fiziksel ve cinsel istismar gibi somut fiziksel belirtiler yoktur,

2- Tek başına bulunabileceği gibi birçok vakada diğer istismar türleriyle birlikte de görülmektedir. Cinsel ya da fiziksel istismara maruz kalan bir çocuk aynı zamanda duygusal istismara da uğramış olabilmektedir (Polat 2007).

Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmal de gözlemlenmektedir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90'ında duygusal istismar ve ihmal olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kürklü 2011).

Duygusal istismar vakalarının iki ana sebebi olduğu düşünülmektedir.

1- Çocukların kendilerine bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından olumsuz olarak etkilendikleri tutum ve davranışlara maruz kalmaları

2- Çocuğun ihtiyacı olan ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılmaları (Polat 2001).

Toplumsal yapılar, gereksiz yere çocukları suçlayan eleştiren yapılar olarak günlük yaşamda duygusal istismarın göz ardı edilen yansımaları olarak görülürler (Köknel 2001).

Çocuğa karşı yapılan duygusal istismar daha çok çocuğun yakın çevresi tarafından gösterilen davranışlardır. Bunları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz,

- Reddetme, kabul etmeme: Çocuğa bakmakla yükümlü kişi tarafından, çocuğun ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi.
- Aşağılama: Çocuğun onurunu zedeleyici tutum ve davranış sergileme.
- Yalnız bırakma, yalıtma, ayırma: Çocuğu toplumdan ve sosyal ortamından yoksun bırakma, izole etme.

- Korkutma, yıldırma: Ebeveynin çocuğu sözel ve fiziksel olarak tehdit etmesi, korkutması.

- Suça yöneltme: Kötü örneklerle çocuğa rol model olma.

- Duygusal yoksunluk: Çocuğun duygusal ve sosyal yönden ihtiyaçlarını karşılayacak tepki gösterilmemesi.

- Vaktinden önce yetişkin rolü verme: Çocuğun yaşından büyük beklenti içine girme, başaramayacağı sorumluluğu yükleme.

- Kendi çıkarına kullanma: Ebeveynin kendi çıkarı için çocuğu kullanması. Genellikle sorunlu evliliklerde çocuğu güvence görmek (Polat 2007; Erkman 1991).

Bunların dışında çocukla alaylı konuşma, değer vermeme, lakap takma, sık ve yersiz eleştirme, kardeşler arasında ayırım yapma gibi birçok aile içinde görülen davranışlar da duygusal istismar kapsamı içinde ele alınır (Köknel 2001).

Duygusal istismara uğrayan çocukların psikolojik işlevselliği diğer istismar türlerine göre olumsuz etkileri daha fazladır. Davranış bozuklukları, gelişimsel ve sosyal bozukluklar yaşanmaktadır. Dışavurum, kendine güvensizlik, sosyal ilişkilerde başarısızlık, intihar girişimi, erken çocukluk çağında mastürbasyon ve bunlara eşlik eden birçok psikolojik bozukluklara rastlanmaktadır (Taner ve Gökler 2004).

4.6.4 İhmal

Çocuk ihmali, çocuğun büyüme ve gelişmesi ve aynı zamanda psikolojik sağlığı için gerek duyduğu ihtiyaçların karşılanmamasıdır. Yani, çocuğun bakımı, sağlığının korunması ve desteklenmesinden sorumlu yetişkinlerin bu gereksinimleri karşılamaması sonucu çocuğun bu durumdan zarar görmesidir (Kocaer 2006).

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin bu görevi yerine getirmemesi ve çocuğu fiziksel veya duygusal olarak yoksun bırakma olarak da tanımlanmaktadır (Hlady 2004).

Fiziksel ihmal, çocuğun yaşam için beslenme, tıbbi bakım, korunma, barınma ve giyinme gibi temel ihtiyaçlarının giderilmemesi veya bunlardan mahrum bırakma durumu olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ihmalin de fark edilmesi fiziksel istismar gibi kolay olabilmektedir (Ünal 2008).

Duygusal ihmal, kapsamı ve sınırlarının tanımlanması oldukça zor olan bir istismar çeşididir. Çocuğuna koruyucu olan, sorumluluk yüklemeyen, özgürlüğünü

kısıtlayan baskıcı tutum içinde olan veya kız çocuğuna eğitim hakkı tanımayan anne babalar bu kavram içinde değerlendirilirler (Özcan 2010).

Ekonomik ihmal, çocuğun gelişim döneminde onun büyümesini engelleyici haklarını ihlal eden ağır ve az ücretli işlerde iş gücü niteliğinde çalışması veya çalıştırılması olarak tanımlanmaktadır. Kültürel, sosyal ve ekonomik sorunlar buna neden olmaktadır (Fırat 2007).

Çocuğun işgücü olarak emeğinin kullanılması, küçük yaşta iş hayatına girmesi, çoğu ülkede olduğu gibi ülkemizde de temel sorunu oluşturmaktadır (Özcan 2010).

İhmale maruz kalan çocuklardaki en temel belirti okul öncesi çocuklarda görülen konuşma geriliğidir. İhmal edilen çocuklara yeterince sözel uyarı verilmemesi temel nedendir. Bu çocuklar fark edilmezlerse yaş büyüdükçe çevreleriyle iletişim kurmayan davranış içinde olacaklar ve okul başarıları da düşük olacaktır (Polat 2007).

Çocuğun temel gereksinimleri başlıca altı grupta toplanmaktadır:

- 1- Dokunulma
- 2- Güven
- 3- Düzen ve yapı
- 4- Sosyalleşme
- 5- Uyarılma
- 6- Kendini değerli hissettirme (Ballı 2010).

İhtiyaçları karşılanmayan, yeterli beslenmeyen, kötü davranılan çocuklar cilt hijyeninin bozukluğu, agresif davranışlar, bastırılmış kişilikle birlikte diğer psikolojik ve fiziksel büyüme gerilikleriyle doktora başvururlar (Dubowitz 2000).

Gelişme geriliğine neden olan yetersiz beslenme de ihmal kapsamında yer alır. Beslenme yetersizliği sonucunda ciddi kilo kayıpları, baş çevresi ve boy uzamasında gerilik gözlenmektedir. Çocukta büyüme sorunlarına sebep olan tıbbi bir durum yoksa çocuk yaşadığı ortamda kilo artışı gösteremiyorsa vakit kaybetmeden sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Akbaşrak 2018).

İhmal ve istismarı birbirinden ayırmak oldukça güçtür. İhmal pasif olgu, istismar ise aktif bir olgudur. İhmalde en çok farkedilip bildirim yapılan ruhsal travmadır. En çok bildirilen vakalar duygusal, fiziksel ve cinsel istismardır (Şimşek 2010).

4.7. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN ÖNLENMESİ

Çocuk istismarının önlenmesi, istismarın oluşmasından sonraki tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine göre daha kolaydır ve elde edilen sonuçlar bakımından da daha iyi sonuçları vardır. İstismar ve ihmalin önlenmesi için multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşım ile eğitim ve danışmanlık hizmetini de içeren bir yol izlemek gerekmektedir (Kamiloğlu 2018).

Çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61'i önlenabilir niteliktedir. Çocuk istismarı ve ihmalinden korunmaya yönelik önlemler üç başlık altında ele alınmıştır. Birincil koruma, istismar ve ihmalin ortaya çıkışını önlemeye yönelik çalışmaları, ikincil koruma erken tanı ve tedavi süreçlerini, üçüncül koruma ise kötü muameleye maruz kalmış kişinin rehabilitasyon dönemini kapsar (Göregen 2010).

1. Birincil Önleme

Birincil önleme, çocuğun istismara uğramadan önce yapılacak müdahalelerin tümünü oluşturur. Birincil önleyici hizmetler, çocukların gelişimlerini destekleyen ortamı oluşturmayı hedeflemektedir. Her alanda ve düzeyde uygulanabilir olduğu durumlarda başarılı olması beklenmektedir (Türker 2017).

Birincil korumadaki sağlık bakımı, riskli grupların tespit edilmesi, doğum öncesi ve sonrasında izlem, aile planlaması, anne ve babalara çocuk bakımı eğitimi sağlanması birincil koruma hizmetidir (Burç 2014). Kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasını da içerir (Akçay 2008).

Sağlık hizmetlerinin yanı sıra, kreş ve anaokulu gibi ailelere destek verecek sosyal kurumların çoğalarak ulaşımın kolaylaştırılması, işsizlik ve yoksullukla mücadele gibi pek çok konuyu da kapsamaktadır (Burç 2014).

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesi, birincil önleme stratejilerinde risk faktörleri göz önüne alınarak geniş çaplı yapılacak değerlendirmelerle sosyal programlar düzenlenmelidir. Önleme çalışmaları bireysel düzeyden çok sosyal düzey seviyesinde olmalıdır (Akbayrak 2018).

2. İkincil Önleme

İkincil önleme, istismar olayı gerçekleştikten sonra çocuğu ilk olarak gözlemleyen hemşire ve diğer ekip elemanlarının girişimlerini kapsamaktadır (Akgiray 2007). İstismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi, rehabilitasyonu ve gerekli izlemine içerir. İstismara uğrayanların erken tanı ve tedavisi, kısa süredeki müdahale ile çocukların göreceği zararın boyutunu en aza indirecektir (Göregen 2010).

Bu basamakta asıl önemli olan çocuğun daha fazla zarar görmemesini sağlamaktır (Akçay 2008).

Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezleri rehberliğinde okullarla iş birliği içinde eğitim programları sağlanabilir. Ayrıca yapılan ev ziyaretlerine de bu amaçla eklenebilir. Hemşirelere bu alanda aktif olarak büyük eğitici görev düşmektedir (Türker 2017).

3. Üçüncül Önleme

Üçüncül önleme, istismarın gerçekleşmesi durumunda çocukta oluşan zararın hafifletilmesine yönelik, tekrarlanmasını önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyonunu sağlayan çabaları içerir. İstismara uğrayanlarla birlikte istismar edenler de tedavi ve rehabilite edilmelidir (Demir 2012).

Çocuk istismarı ihmalinin sonuçlarının ciddi boyutlarda olması ve giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel olarak planlanması sağlanmalıdır. Karşılaşılan fiziksel ve cinsel istismar durumlarında ilk muayene ve tıbbi tedavi sonrasında, çocuk ya bir sosyal hizmet kuruluşuna yerleştirilmekte ya da ailelerine verilmektedir. Bu durum da çocukların ve ailelerin sorunla yalnız başa çıkmaları gerekliliği sonucunu doğurmaktadır (Burç 2014).

4.8. ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRE, HEKİM ve ÖĞRETMENLERİN ROLÜ

Çocukları istismardan korumak zor, sıkıntı verici, özel yetenek ve bilgi gerektiren bir durumdur (Kürklü 2011).

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hemşirelerin büyük sorumluluğu vardır. Çünkü hemşireler değerlendirme, gerekli yerlere sevk etme, yönlendirme, eğitim gibi becerilere sahiptirler. Böylece sorunlarla baş etme, sosyal destek sağlama sağlığı koruma ve geliştirme konularında bilgileriyle bireylere destek sağlamaktadırlar. Bu sebeple hemşireler, çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesinde, risk faktörlerinin tespit edilip mağdurların gerekli yerlerde tedavisinin ve takibinin yapılmasını kolaylaştıran sağlık çalışanlarıdır (Yılmaz 2013).

İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar yetişkinlerden korkarlar ve davranışlarına da bunu yansıtırlar. Hemşirenin çocuktaki bu korkuyu anlayabilmesi için onu iyi bir şekilde gözlemlemesi gerekmektedir. Öncelikle çocuğun güvenini kazanmalı ve olumlu ilişki kurabilmesi için dürüst davranmalı, sevgi dolu olmalı ve bunun için çaba sarf etmelidir (Altunsu 2004).

Çocuk istismarı ve ihmali vakaları tanı ve tedavisinde hekimler ve diğer sağlık personelleri bazı etik, ahlaki ve hukuksal yükümlülük taşımaktadırlar. Bununla birlikte hastanelerde aynı sorumluluk ve güvenli şartları barındırması nedeniyle mağdur çocukları tedavi için kabul etme sorumluluğu vardır. İstismar şüphesi olan çocuk konuyla ilgili uzmanların bulunduğu güvenli bir ortamda hızla ve zarar görmeden değerlendirilmelidir (Akçay 2008).

Özellikle acil servislerde çalışan çocuk hekimleri küçük istismar bulgularını tanımlayamazsa ileride daha büyük vakalarla karşılaşmalarına çıkacağı için bu konuda daha dikkatli olmalıdırlar. Hekimlerin çocuk istismarını tanımlamaları titiz bir ekip çalışması ile istismarın hastalık ve ölüm oranlarını azaltarak çocuğu etkili bir şekilde koruyacaktır. Bu yüzden çocuk istismarının tanı ve tedavisinde hekimlerin konuyla ilgili bilgi ve becerisi önem taşımaktadır (Yılmaz 2018).

Çocuğun maruz kaldığı istismar ve ihmal, genellikle güvendiği yakın çevresi tarafından yapıldığı için ortaya çıkması, tespiti ve tanımlaması oldukça zor bir olgudur. Özellikle istismara maruz kalan çocuk, yakınları tarafından kaza geçirmiş gibi hastaneye başvurusu yapılır. Bu yüzden, sağlık profesyonelleri özellikle travma ile kuruma başvuran çocuğa şüpheli yaklaşmalı ve istismar olasılığını değerlendirmelidir (Kaptan 2017).

Sağlık çalışanları, istismar ve ihmali bulgu ve semptomlarını dikkatli bir şekilde değerlendirerek tam ve yeterli bir şekilde tanı koyabilmelidirler. Çocuğun daha fazla zarar göreceği durumlarda koruyucu önlemleri alabilmelidir. Çocuk ve bakmakla sorumlu olan yetişkinle objektif ve profesyonel tutumla terapötik ilişki

kurmalıdır. Evde yaşayan diğer çocukları da tıbbi açıdan incelemeli istismar vakası olanları yasal organlara bildirimini yapmalıdır (Solak 2018).

Tüm sağlık çalışanları çocuk istismar ve ihmali vakalarına karşı multidisipliner ekip anlayışıyla aile ve toplumun bilinçlendirilmesinde aktif rol almalıdır (Uncu 2013). Çocuk istismarının tanısı ve tedavisinde sağlık çalışanlarının etik, ahlaki ve hukuki açıdan birçok sorumluluğu olduğunu bilmelidirler. Risk grubundaki ailelere danışmanlık yaparak oluşabilecek sorunlara karşı toplumun sağlığını sürdürmeleri gerekmektedir (Bilgiç 2015; Kaptan 2017).

Öğretmenlerin çocuklarla sürekli iletişim halinde olmaları, çocuk eğitimi ile ilgili bilgi ve deneyime sahip olmaları sebebiyle, istismara uğrayan çocukların tanınması ve korunmasında önemli görevleri vardır. Çocuklar ev ortamı dışında en çok okulda vakit geçirirler. Öğretmenler çocukların maruz kaldığı istismarın bulgularını çok rahat gözlemleyebilecek ve bunun farkına varabilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar (Yılmaz 2018).

Öğretmenlerin istismar ve ihmal olgularını tespit etmede rol almaları gereği öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almaları gereğini de beraberinde getirmektedir. Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri, bulguları, müdahale ve bildirim konularında kendilerini geliştirmelidirler (Tugay 2008).

Çocuğun ihmal ve istismara uğraması sonucunda etkileri; çocuğun öğrenmesini engelleyen önemli faktörlerdendir. Tüm gün çocukla birlikte vakit geçiren öğretmen çocuğun davranışlarındaki değişikliği fark etmeli ve çocuğun yararını gözetmelidir (Sağır 2013).

Çalışanların çocuk istismarı ve ihmali durumunda yapması gereken en önemli davranış bunu yetkili kurum ve kuruluşlara durumu bildirmesidir. Yapılacak bildirim çocuk istismar ve ihmali son noktadır. Çocuğa karşı bu davranışları durdurmak, aileye ve çocuğa destek olmak ve tekrarını engellemek açısından önem taşımaktadır (Uncu 2013).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma Eskişehir İl merkezinde bir grup okul öncesi öğretmeni ile bir grup sağlık çalışanının çocuk istismarı ve ihmeline yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve analitik tipte planlanmıştır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma, Ekim 2017- Mart 2018 tarihleri arasında, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri Birimleri ve Eskişehir İli Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okul öncesi eğitim veren kurumlarda yürütülmüştür.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri Birimlerinde çalışan hemşire ve hekimler ile Eskişehir İli Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı kurumlarda eğitim veren okul öncesi öğretmenleri oluşturmuştur. Evrenin tümü çalışma kapsamına alınmış olup örneklem seçimine gidilmemiştir. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri biriminde çalışan hemşirelerin sayısı 105, aynı hastanedeki hekimlerin sayısı 38, Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okul öncesi eğitim veren kurumlardaki öğretmen sayısı ise 256'dır. Araştırmada toplam 307 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri biriminde çalışan hemşireler ve hekimler,
2. Eskişehir Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okul öncesi eğitim veren kurumlarda çalışan okul öncesi öğretmenleri,

3. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü, pediatri biriminde çalışan hemşireler, hekimler ve okul öncesi öğretmenleri araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya alınmama kriterleri;

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri birimi dışında çalışan hemşireler ve hekimler,

2. Eskişehir Odunpazarı ilçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı olmayan okul öncesi eğitim veren kurumlar,

3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan, pediatri biriminde çalışan hemşireler hekimler ve okul öncesi öğretmenleri araştırma kapsamına alınmamıştır.

5.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Pediatri biriminde çalışan hemşire, hekim ve okul öncesi kurumlarda eğitim veren öğretmenlerin meslekleri üzerine yapılan çalışmada bu üç meslek grubunun yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, çocuk sahibi olma durumu, mezun oldukları okul düzeyi, meslekteki çalışma süreleri, çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alma, çocuk istismarı ve ihmali konusunda karar vermek için kendini yeterli bulma, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma, meslek hayatı boyunca istismar ve ihmal bulgusu ile karşılaşma, meslek gruplarının çalıştığı gruplarda çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili uygulanan bir prosedürün olup olmadığını belirleme durumları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi düzeyleri bağımlı değişkenlerdir.

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenleriyle ilgili sosyo-demografik özellikleri içeren 'Sosyo-Demografik Veri Formu' (Ek 1) ve 'Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği' kullanılarak elde edilmiştir (Ek 2). Uysal (1998) tarafından geliştirilen ölçek kullanımı için gerekli izin kendisinden alınmış ve ölçek üzerinde değişiklik yapılmamıştır.

5.5.1 Sosyo-Demografik Veri Formu

Sosyo-demografik veri formunda araştırma kapsamında alınan hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerin cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, yaşı, meslekte çalışma süresi, ele alınmıştır.

Eğitimi sırasında veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alma durumları, çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendilerini yeterli görüp görmedikleri, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almak isteyip istemedikleri soruları yer almaktadır. Ayrıca meslek hayatları boyunca çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları, karşılaşma durumunda bu belirtilerin hangileri olduğu, çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştıklarında bildirim yapma durumları eğer bildirim yapılmadıysa niçin bildirim yapmak istemedikleri sorulmuştur. Hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerini çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline karşı düzenlenen bir prosedürün olup olmadığı, istismar çeşitlerinin önem sırası ve toplumda en çok karşılaşılan istismar türü hakkında bilgi sahibi olmak gibi tanıtıcı bilgileri elde etmek amacı ile toplamda 18 sorudan oluşan bir tanıtıcı veri formu kullanılmıştır.

5.5.2 Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Veri formu

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu;

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtisi (19 madde),
- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde),
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde),
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri (13 madde),
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde),
- Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (8 madde)

Altı alt boyutu bulunan 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Her madde için ‘çok doğru’, ‘oldukça doğru’, ‘kararsızım’, ‘pek doğru değil’, ‘hiç doğru değil’ sözcüklerinden oluşan beş dereceli yanıt seçenekleri oluşturulmuştur.

Aracın Geçerlilik ve Güvenilirliği

Veri formunun güvenilirliğini sınamak amacıyla 67 maddeden oluşan ölçeklerin iç tutarlılık kapsamında; güvenilirlik analizi Cronbach’s Alpha testi uygulanmış ve alpha değeri $\alpha=0,798$ bulunmuştur. Literatürde kabul görmüş alpha değeri 0,70’ten büyük olduğunda uygulanan test anlamlı olmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada kullanılan ifadeleri oluşturan altı alt boyuta ayrılmış ölçek gruplarının da Cronbach’s Alpha testi Alpha değerleri;

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri: Alpha= 0,784
- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler: Alpha= 0,767
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri: Alpha= 0,775
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri: Alpha= 0,731
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri: Alpha= 0,779
- Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler: Alpha= 0,762

Yaptığımız çalışmada bulunan Alpha değerleri 0,70’ten büyük olduğu için ölçeklerde belirtilen ve altı alt boyuta ayrılan ifadelerin güvenilir olduğu saptanmıştır.

Uysal’ın (1998) yaptığı çalışmadaki Alpha değerleri ise;

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri: Alpha= 0,865
- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler: Alpha= 0,831
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri: Alpha= 0,807
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri: Alpha= 0,892
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri: Alpha= 0,596
- Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler: Alpha= 0,855

olarak bulunmuştur.

Anket Formunun Değerlendirilmesi

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin bilgi düzeylerini saptamada kullanılan likert tipi ölçekte yer alan;

Olumlu doğrultuda düzenlenen 1, 2, 4, 6, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 67 numaralı maddelerin ‘çok doğru’ ifadesine 5 puan, ‘oldukça doğru’ ifadesine 4 puan, ‘kararsızım’ ifadesine 3 puan, ‘pek doğru değil’ ifadesine 2 puan, ‘hiç doğru değil’ ifadesine 1 puan verilmiştir.

Olumsuz doğrultuda düzenlenen 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 56, 59, 61, 63 numaralı maddelerin ‘çok doğru’ ifadesine 1 puan, ‘oldukça doğru’ ifadesine 2 puan, ‘kararsızım’ ifadesine 3 puan, ‘pek doğru değil’ ifadesine 4 puan, ‘hiç doğru değil’ ifadesine 5 puan verilmiştir.

5.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Hazırlanan anket formları araştırmacı tarafından, hemşire hekim ve öğretmenlerle yüz yüze görüşme tekniği ile veriler elde edilmiştir. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Pediatri biriminde çalışan hemşireler ve hekimlerin çalıştıkları birimlere ve Eskişehir, Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’ne bağlı okul öncesi eğitim veren kurumların listesi yapılarak okullara ziyaret planlanmıştır.

Araştırmacı önce kendini tanıtmış, araştırma için gerekli izinlerin alındığını belirtmiş, izinlerin bir kopyasını göstermiş ve verilerin gizli kalacağı konusunda açıklama yapmıştır. Anket formlarında anlaşılmayan yerlerde gerekli açıklamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Anket formunun doldurulması ortalama 25-30 dakika sürmüştür. Bu süre bazen hemşire, hekim ve öğretmenlerin ankete yönelik soruları ve iş yoğunlukları nedeni

ile uzamıştır. Çalışma şartları ve iş yoğunluğu sebebiyle dolduramayacaklarını belirten çalışanlardan randevu alınarak görüşme tekrarlanmış ve veriler toplanmıştır.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından bilgisayara geçilerek dökümleri yapılmıştır. Verilerin denetimi, yönetimi ve analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerler), çapraz tablo ve daha fazla grup karşılaştırılmasının değerlendirilmesinde tek yönlü ANOVA (Oneway ANOVA) testi yapılmıştır. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, yaş, sosyo-demografik özellikler, standart sapma ve frekans dağılımları, yüzdeleri) yapılmıştır.

Veriler üzerinde likert tipi ölçekli soruların alt gruplarına ayrılmış 6 alt ölçekli soruların tanımlayıcı istatistikleri, regresyon analizi, meslek gruplarının çocuk istismarı ve ihmeline ilişkin yanıtladığı anket sorularının dağılımları, istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırasını belirleyici güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Veriler üzerinde meslek gruplarının altı alt ölçek gruba ayrılmış maddelere verdiği yanıtların puan ortalamalarının meslek grupları ile varyans analizi (ANOVA, Tukey testi) uygulanmıştır.

5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma öncesinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (Ek 4), ve Eskişehir Odunpazarı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (Ek 5) araştırma için kurum izni alınmıştır. Çalışmaya dahil edilecek hemşire, hekim ve öğretmenlere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve katılmayı kabul edenlerden 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu' imzalamaları istenmiştir.

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerine çalışmanın amacı hem sözlü hem de 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' (Ek 7) ile açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı

kabul edenlerden alınan bilgilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı başka amaçla kullanılmayacağı belirtilmiştir.



6. BULGULAR

Araştırmanın bulguları dört bölümde ele alınmıştır. Bunlar;

6.1. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlerine İlişkin Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

6.2. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmal Konusunda Bilgileri, Karar Verme Durumlarına İlişkin Bulgular

6.3. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

6.3.1. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

6.3.2. Pediatri Biriminde Çalışan Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

6.3.3. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

6.4. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

6.1. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNE İLİŞKİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	HEMŞİRE (n=71)		HEKİM (n=32)		ÖĞRETMEN (n=204)	
	(sayı) n	(yüzde)%	(sayı) n	(yüzde)%	(sayı) n	(yüzde)%
Cinsiyet						
Kadın	69	97,20	23	71,90	201	98,50
Erkek	2	2,80	9	28,10	3	1,50
Medeni Durum						
Evli	39	54,90	5	15,60	147	72,10
Bekar	31	43,70	27	84,40	53	26,00
Diğer	1	1,40	-	-	4	2,00
Yaş Grubu						
19-29 yaş	38	53,50	27	84,40	54	26,50
30-40 yaş	23	32,40	5	15,50	97	47,50
41-51 yaş	10	14,10	-	-	46	22,50
52 yaş ve üzeri	-	-	-	-	7	3,40
Çocuk Sahibi Olma						
Evet	33	46,50	-	0	136	66,70
Hayır	38	53,50	32	100,00	68	33,30
Meslekte Çalışma Süresi						
6 ay -12 yıl	49	69,00	32	100,00	121	59,60
12-22 yıl	14	19,70	-	-	58	28,60
23-35 yıl	8	11,30	-	-	24	11,80

Tablo 1’de pediatri biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin cinsiyeti, yaş grubu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, meslekte çalışma süreleri özelliklerinin sayıları ve yüzde dağılımları gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen pediatri biriminde çalışan 71 hemşirenin %97,2’ si kadın, %2,8’i erkektir. Hemşirelerin %54,9’u evli, %43,7’si bekardır. Hemşirelerin %46,5’i çocuk sahibi, %53,5’i çocuk sahibi değildir. Hemşirelerin %53,5’i 19-29 yaş grubunda, %32,4’ü 30-40 yaş grubunda, %14,1’i 41-51 yaş grubundadır. Hemşirelerin yaş ortalaması aralığı 17±19 yaş olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin %69,0’ı altı ay ile on iki yıl arası pediatri biriminde hemşire olarak görev yaparken, %19,7’si on iki ile yirmi iki yıldır, %11,3’ü yirmi üç ile otuz beş yıldır görev yapmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine ilişkin ortalaması 12±15 yıl olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen pediatri biriminde çalışan 32 hekimin %71,9’ u kadın, %28,1’i erkektir. Hekimlerin %15,6’sı evli, %84,4’ü bekardır. Hekimlerin %100,0’ı çocuk sahibi değildir. Hekimlerin %84,4’ü 19-29 yaş grubunda, %15,5’i 30-40 yaş grubundadır. Hekimlerin yaş ortalaması aralığı 23±25 yaş olarak belirlenmiştir. Hekimlerin % 100,0’ı altı ay ile on iki yıldır pediatri biriminde doktor olarak görev yapmaktadır. Hekimlerin meslekte çalışma sürelerine ilişkin ortalaması 8±11 yıl olarak belirlenmiştir.

Araştırma dahil edilen 204 okul öncesi öğretmenden %98,5’i kadın, %1,5’i erkektir. Öğretmenlerin %72,1’i evli, %26,0’ı bekardır. Öğretmenlerin %66,7’si çocuk sahibi, %33,3’ü çocuk sahibi değildir. Öğretmenlerin %26,5’i 19-29 yaş grubunu, %47,5’i 30-40 yaş grubunu, %22,5’i 41-51 yaş grubunu, %3,4’ ü 52 yaş ve üzerini oluşturmakta ve okul öncesi öğretmenlerinin yaş ortalaması 27’dir. Öğretmenlerin %59,6’sı altı ay ile on iki yıldır görev yapmakta, %28,6’sı 12-22 yıldır görev yapmakta, %11,8’i 23-35 yıldır görev yapmaktadır. Okul öncesi öğretmenlerinin meslekte çalışma süresi ortalamaları 14±16 yıl arasında farklılık göstermektedir.

6.2. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ KONUSUNDA BİLGİLERİ, KARAR VERME DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Aşağıdaki tablolarda hemşire hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alma durumları, çocuk istismarı ve ihmaline karar verme konusunda kendilerini yeterli görüp görmedikleri ve konu ile ilgili bilgilenme gereksinimleri yer almaktadır. Aynı zamanda iş yaşamlarında herhangi bir vakayla karşılaşp karşılaşmama ve bildirim yapma durumları belirtilmiştir. Çalışanların kurumlarında çocuk istismarı ve ihmaline yönelik herhangi bir prosedür olup olmadığına yönelik verdikleri cevaplar bulunmaktadır. Hemşire, hekim ve öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmali türlerinin önem sırası ve en çok karşılaşılan istismar türüyle ilgili görüşlerine yer verilmiştir.

Tablo 2. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alma Durumları

		HEMŞİRE (n=71)		HEKİM (n=32)		ÖĞRETMEN (n=204)	
		(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)
		N	%	n	%	n	%
Öğreniminiz sırasında veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumları	Evet	35	49,30	22	68,80	137	67,20
	Hayır	36	50,70	10	31,30	67	32,80
Soruya verilen yanıt 'evet' ise yeterli olma durumu	Evet	13	21,10	5	18,80	82	40,20
	Hayır	22	31,00	17	53,10	55	27,50

Tablo 2. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alma Durumları (Devam)

		HEMŞİRE (n=71)		HEKİM (n=32)		ÖĞRETMEN (n=204)	
		(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)
		N	%	n	%	n	%
Çocuk istismarı ve ihmaline karar verme konusunda kendinizi yeterli görme durumu	Evet	39	54,90	9	28,10	90	44,10
	Hayır	32	45,10	23	71,90	114	55,90
Çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almak isteme durumu	Evet	65	91,50	31	96,90	173	84,80
	Hayır	6	8,50	1	3,10	31	15,20

Tablo 2’de Pediatri biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumlarının dağılımları gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen 71 hemşirenin %49,3’ü eğitim almış, %50,7’si eğitim almamıştır. Öğrenimleri sırasında eğitim almayan 36 hemşire bir sonraki soruya cevap vermeyeceği için %47,9’u eğitimin yeterli olup olmadığı hakkında bilgi vermemiştir. Ankette çocuk istismarı ve ihmali konusunda aldıkları eğitim yeterli olduğunu düşünenlerin %21,1’i evet, %31 hayır yanıtını vermiştir. Çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşıldığında hemşirelerin %54,9’u kendini yeterli bulurken, %43,7’si kendini yeterli bulmamaktadır. Hemşirelerin %91,5’i çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak isterken, %8,5’i bilgi almak istememiştir.

Araştırmaya dahil edilen 32 hekimin eğitim alma durumlarına %68,8’i evet eğitim aldım, %31,3’ü eğitim almadım cevabını vermiştir. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma sorusuna hayır cevabını veren hekimlerin %28,1’i çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alındığında yeterli miydi sorusuna cevap vermemiştir. Yani eğitim almayan hekimler eğitimin yeterli olup olmama sorusuna cevap vermemiştir. Ankette çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alındığında

yeterli olduğunu düşünenlerin %18,8'i evet, %53,1'i hayır yanıtını vermiştir. Araştırmada çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşıldığında hekimlerin %28,1'i kendini yeterli bulurken, %71,9'u kendini yeterli bulmamaktadır. Hekimlerin %96,9'u çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak isterken, %3,1'i daha fazla bilgi almak istememiştir.

Araştırmaya dahil edilen 204 okul öncesi öğretmenin %67,2'si eğitim almış, %32,8'i eğitim almamıştır. Öğrenimleri sırasında eğitim almayan 66 okul öncesi öğretmeni bir sonraki soruya cevap vermemiştir, çünkü bu soru alınan eğitimin yeterliliğini ölçtüğü için cevabı hayır olanlar bu soruyu yanıtlamamıştır. Bu yüzden %32,4'ü eğitimin yeterli olup olmadığı hakkında bilgi vermemiştir. Ankette çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alındığında yeterli olduğunu düşünenlerin %40'ı evet, %27,5'i hayır yanıtını vermiştir. Araştırmada çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşıldığında öğretmenlerin %44,1'i kendini yeterli bulurken, %55,9'u kendini yeterli bulmamaktadır. Okul öncesi öğretmenlerinin %84,8'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak isterken, %15,2'si bilgi almak istememiştir.

Tablo 3. Pediatri Biriminde Çalışılan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası İle Karşılaşma Durumları

		HEMŞİRE (n=71)		HEKİM (n=32)		ÖĞRETMEN (n=204)	
		(sayı) N	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %
İş yaşamları süresince herhangi bir çocuk istismar ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu	Evet	45	63,40	24	75,00	35	17,20
	Hayır	26	36,60	8	25,00	169	82,80
Soruya verilen yanıt 'evet' ise ihmali çeşidi	Fiziksel İstismar	16	22,50	18	56,30	15	7,40
	Cinsel İstismar	14	19,70	2	6,30	5	2,50
	Duygusal İstismar	6	8,50	2	6,30	10	4,90
	İhmali	9	12,70	2	6,30	5	2,50

Tablo 3. Pediatri Biriminde Çalışılan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakası İle Karşılaşma Durumları (Devam)

		HEMŞİRE (n=71)		HEKİM (n=32)		ÖĞRETMEN (n=204)	
		(sayı) N	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %
Çocuk istismarı ve ihmali/şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapmayı isteme durumu	Evet	71	100,00	32	100,00	202	99,00
	Hayır	-	-	-	-	2	1,00

Tablo 3’de Pediatri biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşma ve karşılaştığında bildirim yapma konusunda verdiği yanıtların sayı yüzde dağılımları gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları ele alındığında %63,4’ü vakayla karşılaştığını, %36,6’sı vakayla karşılaşmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %36,6’sı iş yaşamı süresince herhangi bir vakayla karşılaşmamıştır. %22,5’i istismar ve ihmal çeşitlerinden fiziksel istismarla, %19,7’si cinsel istismarla, %8,5’i duygusal istismarla, %12,7’si ise ihmal vakasıyla karşılaşmıştır. Hemşirelerin %100’ü vakayla karşılaştığında bildirim yapacağını belirtmiştir.

Araştırmaya dahil edilen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları ele alındığında %75’i iş yaşamı sürecinde vakayla karşılaştığını, %25’i vakayla karşılaşmadığını belirtmiştir. Vakayla karşılaşan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusuna ilişkin istismar ve ihmal çeşitlerinden %56,3’ü fiziksel istismar, %6,3’ü cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal çeşitleriyle karşılaşırken %25’i bu vaka çeşitlerinden hiç biriyle karşılaşmamıştır. Hekimlerin, çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştığında %100’ü bildirim yapacağını belirtmiştir.

Araştırmaya dahil edilen okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları ele alındığında %17,2’si iş yaşamı süresince vakayla

karşılaştığını, %82,8'i vakayla karşılaşmadığını belirtmiştir. Öğretmenlerin %82,8'i iş yaşamı boyunca herhangi bir vakayla karşılaşmamıştır. %7,4'ü istismar ve ihmal çeşitlerinden fiziksel istismarla, %2,5'i cinsel istismarla, %4,9'u duygusal istismarla, %2,5'i ihmalle karşılaşmıştır. Öğretmenlerin %99'u vakayla karşılaştığında bildirim yapacağını belirtirken %1'i vakayla karşılaştığında bildirim yapmayacağını belirtmiştir. Vakayla karşılaştığında bildirim yapmamasının sebebini ise 'Yasal olarak yaşanacak zorluklar' ve 'Şüpheler doğru olduğunda çocuğun bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ayrılacağı' maddeleri olarak belirtmişlerdir.

Tablo 4. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çalıştıkları Kurumlarda Çocuk İstismarı ve İhmali Sırasında Uygulanan Prosedür Olup Olmadığına İlişkin Dağılımları

		HEMŞİRE (n=71)		HEKİM (n=32)		ÖĞRETMEN (n=204)	
		(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)
		N	%	n	%	n	%
Çalıştığınız kurumda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik kullanılan bir form veya uygulanan talimat/ prosedür bulunma durumu	Evet	18	25,40	9	28,10	39	19,10
	Hayır	53	74,60	23	71,90	165	80,90

Tablo 4'de pediatri biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin çalıştıkları kurumlarda çocuk istismarı ve ihmali sırasında uygulanan prosedür olup olmadığına ilişkin sayı ve yüzde değerleri gösterilmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik çalıştıkları kurumda pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %25,4'ü çocuk istismarı ve ihmeline yönelik uygulanan prosedür olduğunu belirtirken %74,6'sı uygulanan bir prosedür yoktur demiştir.

Pediatri biriminde çalışan hekimlerin %28,1'i çocuk istismarı ve ihmeline yönelik uygulanan prosedür olduğunu belirtirken, %71,9'u uygulanan bir prosedür yoktur demiştir.

Okul öncesi öğretmenlerin %19,1'i çocuk istismarı ve ihmaline yönelik uygulanan prosedür olduğunu belirtirken, %80,9'u uygulanan bir prosedür yoktur demiştir.

Tablo 5. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmal Çeşitlerinin Önem Sırasına Göre Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları

		EN AZ		AZ		ORTA		EN FAZLA	
		(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)
		n	%	n	%	n	%	n	%
Fiziksel İstismar	HEMŞİRE (n=71)	4	5,60	17	23,90	45	63,40	5	7,00
	HEKİM (n=32)	2	6,30	7	21,90	23	71,90	-	-
	ÖĞRETMEN (n=204)	7	3,40	62	30,40	124	60,80	11	5,40
Cinsel İstismar	HEMŞİRE (n=71)	6	8,50	1	1,40	12	16,90	52	73,20
	HEKİM (n=32)	3	9,40	-	-	4	12,50	25	78,10
	ÖĞRETMEN (n=204)	45	22,10	11	5,40	10	4,90	138	67,60
Duygusal İstismar	HEMŞİRE (n=71)	17	23,90	39	54,90	10	14,10	5	7,00
	HEKİM (n=32)	11	34,40	16	50,00	4	12,50	1	3,10
	ÖĞRETMEN (n=204)	15	7,40	113	55,40	66	32,40	10	4,90
İhmal	HEMŞİRE (n=71)	44	62,00	14	19,70	4	5,60	9	12,70
	HEKİM (n=32)	16	50,00	9	28,10	1	3,10	6	18,80
	ÖĞRETMEN (n=204)	136	66,70	19	9,30	4	2,00	45	22,10

Tablo 5’de pediatri biriminde çalışan hemşirelere göre istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırası gösterilmiştir.

Pediatri biriminde çalışan hemşirelere göre istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırası %73,2’lik dağılımla cinsel istismar, % 63,4’lük dağılımla fiziksel istismar, %54,9’luk dağılımla duygusal istismar ve %62,0’lık dağılımla ihmal olarak saptanmıştır.

Pediatric biriminde çalışan hekimlere göre istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırası %78,1'lik dağılımla cinsel istismar, %71,9'luk dağılımla fiziksel istismar, %50,0'lık dağılımla duygusal istismar ve %50,0'lık dağılımla ihmaldir. Pediatric biriminde çalışan hekimlere göre istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırasında duygusal istismar ve ihmal aynı dağılıma sahiptir.

Okul öncesi öğretmenleri de istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırasını %67,6'lık dağılımla cinsel istismar, %60,8'lik dağılımla fiziksel istismar, %55,4'lük dağılımla duygusal istismar ve %66,7'lik dağılımla ihmal olarak belirlenmiştir..

Tablo 6. Pediatric Biriminde Çalışan Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlere Göre En Çok Karşılaşılan İstismar Türüne Meslek Gruplarının Verdikleri Cevaplar

İstismar Türleri	HEMŞİRE (n=71)		HEKİM (n=32)		ÖĞRETMEN(n=204)	
	(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)	(sayı)	(yüzde)
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel istismar	19	18,80	9	8,90	73	72,30
Duygusal istismar	11	15,10	6	8,20	56	76,70
Cinsel istismar	27	35,50	5	6,60	44	57,90
İhmal	14	24,60	12	21,10	31	54,40

Tablo 6'da Pediatric biriminde çalışan hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlere göre en çok karşılaşılan istismar türüne meslek gruplarının verdikleri cevaplar gösterilmiştir. İstismar ve ihmal çeşitlerinden en çok karşılaşılan istismar türünün, fiziksel istismar olduğunu pediatric biriminde çalışan hemşirelerin % 18,8'i, hekimlerin %8,9'u belirtmiştir. Milli eğitime bağlı öğretmenlerin de %72,3'ü karşılaştığını belirtmiştir.

İstismar ve ihmal çeşitlerinden en çok karşılaşılan istismar türünün, duygusal istismar olduğunu pediatric biriminde çalışan hemşirelerin %8,9'u, hekimlerin %8,2'si belirtmiştir. Okul öncesi öğretmenlerin de % 76,7'sinin karşılaştığı bulunmuştur.

İstismar ve ihmal çeşitlerinden en çok karşılaşılan istismar türünün, cinsel istismar olduğunu pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %35,5'i, hekimlerin %6,6'sı, okul öncesi öğretmenlerin %57,9'u karşılaştığını belirtmiştir.

İstismar ve ihmal çeşitlerinden en çok karşılaşılan istismar türünün, ihmal olduğunu pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %24,6'sı, hekimlerin %21,1'i belirtmiştir. Okul öncesi öğretmenlerin de %54,4'ünün karşılaştığı saptanmıştır.

6.3. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN BELİRTİ ve RİSKLERİNİ TANILAMAYA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

6.3.1 Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Tablo 7'de pediatri biriminde çalışmakta olan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri cevaplara göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru	(sayı) n	Doğru	(yüzde) %	Doğru	(sayı) n	Doğru	(yüzde) %	Doğru	(sayı) n	Doğru	(yüzde) %
1.Çocuğun gövde, sırt,kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	32	45,1	28	39,4	7	9,9	3	4,2	1	1,4	4,38	0,80
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	28	39,4	26	36,6	15	21,1	2	2,8	-	-	4,12	0,84
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	8	11,3	11	15,5	17	23,9	22	31,0	13	18,3	3,13	1,00
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	8	11,3	27	38,0	29	40,8	5	7,0	2	2,8	3,41	0,88
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	4	5,6	29	40,8	26	36,6	10	14,1	2	2,8	3,32	0,89
6. Fiziksel istismarda; kollar-da, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	13	18,3	34	47,9	19	26,8	4	5,6	1	1,4	3,76	0,86

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
							Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarıklık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	21	29,6	39	54,9	10	14,1	-	-	1	1,4	4,11	0,74
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	3	4,2	21	29,6	33	46,5	9	12,7	5	7,0	3,11	0,93
9. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	14	19,7	39	54,9	15	21,1	2	2,8	1	1,4	3,88	0,80
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	-	-	4	5,6	27	38,0	28	39,4	12	16,9	2,32	0,82
11. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	5	7,0	40	56,3	23	32,4	2	2,8	1	1,4	3,64	0,71
12. İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	1	1,4	5	7,0	29	40,8	27	38,0	9	12,7	2,46	0,85
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	21	29,6	41	57,7	8	11,3	-	-	1	1,4	4,14	0,72

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru	Değil	Doğru	Değil		
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
15. Özellikle 10-15 yaşlarında gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	37	52,1	29	40,8	4	5,6	1	1,4	--	-	4,43	0,67
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	37	52,1	29	40,8	4	5,6	1	1,4	--	-	2,14	0,93
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	14	19,7	27	38,0	22	31,0	6	8,5	2	2,8	3,63	0,98
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	34	47,9	33	46,5	4	5,6	-	-	-	-	4,42	0,60
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	22	31,0	40	56,3	8	11,3	1	1,4	-	-	4,16	0,67
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	27	28,0	36	50,7	7	9,9	1	1,4	-	-	4,25	0,69
İHMAL BELİRTİLERİ												
21. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	12	16,9	35	49,3	18	25,4	6	8,5	-	-	3,74	0,84

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İHMAL BELİRTİLERİ	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
							Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	22	31,0	37	52,1	9	12,7	2	2,8	1	1,4	4,08	0,82
23. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	32	45,1	30	42,3	6	8,5	2	2,8	1	1,4	4,26	0,84
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	13	18,3	30	42,3	26	36,6	2	2,8	-	-	3,76	0,78
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	16	22,5	39	54,9	14	19,7	1	1,4	1	1,4	3,95	0,78
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	27	38,0	38	53,5	4	5,6	1	1,4	1	1,4	4,25	0,75
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	8	11,3	15	21,1	15	21,1	25	35,2	8	11,3	2,85	1,21
İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER												
14. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	5	7,0	8	11,3	23	32,4	27	38,0	8	11,3	2,64	1,05

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
							Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	3	4,2	8	11,3	10	14,1	18	25,4	32	45,1	2,04	1,20
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	3	4,2	14	19,7	33	46,5	14	19,7	7	9,9	2,88	0,97
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	1	1,4	3	4,2	6	8,5	17	2,9	44	62,0	1,59	0,91
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	27	38,0	38	53,5	4	5,6	1	1,4	1	1,4	4,25	0,75
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	18	25,4	36	50,7	12	16,9	2	2,8	3	4,2	3,90	0,95
33. Tuvalet eğitimini Tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	14	19,7	30	42,3	18	25,4	8	11,3	1	1,4	3,67	0,96
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	4	5,6	10	14,1	36	50,7	9	12,7	12	16,9	2,78	1,06

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	23	32,4	39	54,9	9	12,7	-	-	-	-	4,19	0,64
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	17	23,9	38	53,5	16	22,5	-	-	-	-	4,01	0,68
37. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık aparlar.	6	8,5	19	26,8	36	50,7	10	14,1	-	-	3,29	0,81
38. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	11	15,5	35	49,3	25	35,2	-	-	-	-	3,80	0,68
39. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	7	9,9	33	46,5	28	39,4	2	2,8	1	1,4	3,60	0,76
40. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	22	31,0	40	56,33	8	11,3	1	1,4	-	-	4,16	0,67
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	15	21,1	48	67,6	7	9,9	-	-	1	1,4	4,07	0,66

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	5	7,0	19	26,8	36	50,7	9	12,7	2	2,8	3,22	0,86
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	3	4,2	19	26,8	40	56,3	7	9,9	2	2,8	3,19	0,78
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	7	9,9	37	52,1	22	31,0	3	4,2	2	2,8	3,61	0,83
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	7	9,9	30	42,3	29	40,8	5	7,0	-	-	3,54	0,77
46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	1	1,4	11	15,5	19	26,8	27	38,0	13	18,3	2,43	1,01
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaliine yol açar.	4	5,6	34	47,9	28	39,4	4	5,6	1	1,4	3,50	0,75
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	22	31,0	39	54,9	8	11,3	1	1,4	1	1,4	4,12	0,77

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru	(sayı) n	(yüzde) %	Doğru	(sayı) n	(yüzde) %	Doğru	(sayı) n	(yüzde) %	Doğru	(sayı) n	(yüzde) %
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	4	5,6	14	19,7	33	46,5	19	26,8	-	-	2,08	0,90
50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	3	4,2	21	29,6	30	42,3	14	19,7	3	4,2	3,09	0,91
55. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	3	4,2	14	19,7	28	39,4	19	26,8	7	9,9	2,81	1,00
60. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	5	7,0	20	28,2	35	49,3	9	12,7	2	2,8	3,23	0,86
66. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	6	8,5	32	45,1	18	25,4	14	19,7	1	1,4	3,39	0,94
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ												
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	1	1,4	1	1,4	24	33,8	32	45,1	13	18,3	2,22	0,81
51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	7	9,9	20	28,2	20	28,2	18	25,4	6	8,5	3,05	1,13

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
52. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	13	18,3	27	38,0	11	15,5	13	18,3	7	9,9	3,36	1,25
53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	3	4,2	16	22,5	36	50,7	11	15,5	5	7,0	3,01	0,91
54. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	1	1,4	7	9,9	11	15,5	37	52,1	15	21,1	2,18	0,93
56. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	8	11,3	21	29,6	24	33,8	14	19,7	4	5,6	3,21	1,06
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN AİLESEL ÖZELLİKLER												
57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	4	5,6	34	47,9	22	31,0	10	14,1	1	1,4	3,42	0,85
58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.	4	5,6	31	43,7	23	32,4	10	14,1	3	4,2	3,32	0,93
59. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	2	2,8	8	11,3	29	40,8	26	36,6	6	8,5	2,63	0,89

Tablo 7. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN AİLESEL ÖZELLİKLER	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.	2	2,8	12	16,9	27	38,0	25	35,2	5	7,0	2,73	0,92
62. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmal için bir risktir.	7	9,9	33	46,5	22	31,0	7	9,9	2	2,8	3,50	0,90
63. Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	1	1,4	2	2,8	13	18,3	37	52,1	18	25,4	2,02	0,82
64. Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	13	18,3	47	66,2	8	11,3	1	1,4	2	2,8	3,95	0,78
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.	11	15,5	50	70,4	9	12,7	-	-	1	1,4	3,98	0,64

Tablo 7’de çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama likert tipi ölçek sorularının ifadelerini altı alt gruba ayıran genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri cevaplara göre dağılımları verilmiştir.

Hemşireler istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek ifadelerinden ‘Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir’ ifadesine %45,1’i ($\bar{x}$ =4,38, ss=0,80), ‘Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde

olması önem taşımaz' ifadelerine %49,3'ü doğru cevap verirken, 'Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür' maddesini hemşirelerin %46,4'ü yanlış cevaplamıştır ($\bar{x}$ =3,41, ss=0,81). Yine 'Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir' ifadesine hemşirelerin %19,7'si doğru cevaplarken, %33,8'i yanlış cevaplamıştır, %46,5'i kararsız olduklarını bildirmişlerdir. ($\bar{x}$ =3,13 ss=1,00). 'Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir' maddesini hemşirelerin %49,3'ü doğru cevaplamıştır ($\bar{x}$ =3,41, ss=0,88). 'Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir' maddelerine hemşirelerin %57,7'si doğru olarak cevaplamıştır ($\bar{x}$ =3,66, ss=0,96).

İhmal belirtileri içeren maddeleri hemşirelerin çoğunluğu doğru cevaplamıştır. Hemşirelerin %87,4'ü 'Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir' ifadesini doğru cevaplamışlardır. Bu maddenin ortalaması ve standart sapması oldukça yüksek bir değer olarak saptanmıştır ($\bar{x}$ =4,28, ss=0,78). Diğer taraftan 'Çocukta büyüme ve gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir' ifadesine hemşirelerin %66,2'si doğru olarak cevaplamıştır ($\bar{x}$ =3,70, ss=0,95).

İstismar ve ihmal davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden 'İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler' ifadesini hemşirelerin %76,1'i yanlış cevaplamıştır ($\bar{x}$ =3,90, ss=0,90). Diğer taraftan hemşirelerin %64,9'u 'İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez' ifadesine doğru cevap vermişlerdir, ($\bar{x}$ =1,59 , ss=0,75) olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin 'İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler' ifadesine %87,3'ü, 'İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır' ifadesine ise %64,8'i doğru cevap vermiştir.

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden 'Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir' ifadesini hemşirelerin %85,9'u doğru cevaplamıştır ($\bar{x}$ =4,22, ss=0,92). Hemşirelerin %36,7'si 'Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler' ifadesine yanlış cevap vermekle birlikte hemşirelerin %39,4'ü kararsız kalmıştır.($\bar{x}$ =2,71, ss=1,00). Yine

‘Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar’ %33,8’i yanlış cevaplarırken, hemşirelerin %50,7’si bu ifadeyi cevaplarırken kararsız kalmıştır ($\bar{x}$ =3,06, ss=0,90).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden ‘Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır’ maddesine hemşirelerin %63,4’ü doğru cevaplamışlardır ($\bar{x}$ =2,99, ss= 0,99). %40,9’u ‘Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez’ ifadesini yanlış cevaplarırken, %33,8’i kararsız kalmıştır ($\bar{x}$ =3,33, ss=1,01). Hemşirelerin %56,3’ü ‘Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur’ ifadesini doğru cevaplamıştır. ($\bar{x}$ =3,32, ss=1,28).

Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden ‘Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar’ ifadesini hemşirelerin %84,5’i doğru cevaplamıştır ($\bar{x}$ =4,04, ss=0,75). ‘Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir’ ifadesini %42,2’si doğru cevaplarırken, %38’i bu ifade de kararsız kaldığını belirtmiştir ($\bar{x}$ =2,82, ss=1,01).

6.3.2 Pediatri Biriminde Çalışan Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Tablo 8’de pediatri biriminde çalışmakta olan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmaliinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru	Değil	Doğru	Değil		
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
1.Çocuğun gövde, sırt,kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	20	62,5	10	31,5	2	6,3	-	-	-	-	4,56	0,61
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	7	21,9	17	53,1	7	21,9	-	-	3,1	1	3,90	0,85
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	-	-	3	9,4	6	18,8	8	25,0	15	46,9	2,70	1,25
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	2	6,3	10	31,0	17	53,1	2	6,3	1	3,1	3,31	0,82
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	1	3,1	6	18,8	16	50,0	7	21,9	2	6,3	2,90	0,89
6. Fiziksel istismarda; kollar- da, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	4	12,5	15	46,9	9	28,1	4	12,5	-	-	3,59	0,87

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	Değil		Değil				Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarıklık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	13	40,6	16	50,0	3	9,4	-	-	-	-	4,31	0,64
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	2	6,3	5	15,6	8	25,0	11	34,0	6	18,8	2,56	1,16
9. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	13	40,6	13	40,6	6	18,8	-	-	-	-	4,21	0,75
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	-	-	-	-	8	25,0	12	37,5	10	31,3	2,12	1,07
11. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	5	15,6	18	56,3	8	25,0	1	3,1	-	-	3,84	0,72
12. İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	-	-	1	3,1	4	12,5	14	43,8	13	40,6	1,78	0,79
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	11	34,4	20	62,5	1	3,1	-	-	-	-	4,31	0,53

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru	Değil	Doğru	Değil		
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
15. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	17	53,1	13	40,6	2	6,3	-	-	-	-	4,46	0,62
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	-	-	-	-	4	12,5	11	34,4	17	53,1	1,59	0,71
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	8	25,0	16	50,0	5	15,6	3	9,4	-	-	3,90	0,89
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	20	62,5	12	37,5	-	-	-	-	-	-	4,62	0,49
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	13	40,6	15	46,9	3	9,4	1	3,1	-	-	4,25	0,76
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	13	40,6	17	53,1	1	3,1	1	3,1	-	-	4,31	0,69
İHMAL BELİRTİLERİ												
21. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	7	21,9	13	40,6	11	34,4	1	3,1	-	-	3,81	0,82

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İHMAL BELİRTİLERİ	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
							Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	11	34,4	20	62,5	-	-	-	-	1	3,1	4,25	0,76
23. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	15	46,9	16	50,0	-	-	1	3,1	-	6	4,40	0,66
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	6	18,8	15	46,6	10	31,3	1	3,1	-	-	3,81	0,78
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı gözetiminin olmaması ihmaldir.	9	28,1	19	59,4	3	9,4	1	3,1	-	-	4,12	0,70
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	16	50,0	16	50,0	-	-	-	-	-	-	4,50	0,50
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	-	-	1	3,1	11	34,4	13	40,6	7	21,9	2,18	0,82
İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER												
14. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	1	3,1	1	3,1	10	31,3	12	37,5	8	25,0	2,21	0,97

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
							Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	-	-	-	-	4	12,5	6	18,8	22	68,8	1,43	0,71
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	3	9,4	8	25,0	13	40,6	5	15,6	3	9,4	3,09	1,08
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	-	-	-	-	-	-	11	34,4	21	65,6	1,34	0,48
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	12	37,5	17	53,1	1	3,1	2	6,3	-	-	4,21	0,79
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	8	25,0	16	50,0	6	18,8	1	3,1	-	-	3,90	0,92
33. Tuvalet eğitimini Tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	10	31,3	16	50,0	6	18,8	-	-	-	-	4,12	0,70
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	2	6,3	2	6,3	11	34,4	12	37,5	5	15,6	2,50	1,04

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	9	28,1	22	68,8	1	3,1	-	-	-	-	4,25	0,50
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	8	25,0	18	56,3	6	18,8	-	-	-	-	4,06	0,66
37. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık aparlar.	2	6,3	15	46,9	11	34,4	4	12,5	-	-	3,46	0,80
38. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	4	12,5	21	65,6	7	21,9	-	-	-	-	3,90	0,58
39. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	4	12,5	24	75,0	4	12,5	-	-	-	-	4,00	0,50
40. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	10	31,3	22	68,8	-	-	-	-	-	-	4,31	0,47
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	17	53,1	15	46,9	-	-	-	-	-	-	4,53	0,50

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	-	-	2	6,3	19	59,4	9	28,1	2	6,3	2,65	0,70
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	2	6,3	11	34,1	15	46,9	2	6,3	2	6,3	3,28	0,92
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	4	12,5	17	53,1	10	31,3	1	3,1	-	-	3,75	0,71
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	4	12,5	19	59,4	7	21,9	1	3,1	1	3,1	3,75	0,84
46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmali önemi yoktur.	-	-	1	3,1	12	37,5	10	31,3	9	28,1	2,15	0,88
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmali yol açar.	6	18,8	19	59,4	5	15,6	2	6,3	-	-	3,90	0,77
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	14	43,8	16	50,0	-	-	1	3,1	1	3,1	4,28	0,88

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	-	-	1	3,1	2	6,3	12	37,5	17	53,1	1,59	0,75
50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	4	12,5	11	34,4	15	46,9	2	6,3	-	-	3,53	0,80
55. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	2	6,3	6	18,8	18	56,3	4	12,5	2	6,3	3,06	0,91
60. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	1	3,1	12	37,5	16	50,0	3	9,4	-	-	3,34	0,70
66. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	3	9,4	15	46,9	10	31,3	4	12,5	-	-	3,53	0,84
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ												
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	-	-	1	3,1	5	15,6	18	56,3	8	25,0	1,96	0,73
51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	4	12,5	11	34,4	10	31,3	4	12,5	3	9,4	3,28	1,14

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
							Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
52. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	-	-	7	21,9	9	28,1	12	37,5	4	12,5	2,59	0,97
53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	1	3,1	7	21,9	16	50,0	7	21,9	1	3,1	3,00	0,84
54. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	-	-	2	6,3	7	21,9	13	40,6	10	31,3	2,03	0,89
56. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	-	-	7	21,9	16	50,0	8	25,0	1	3,1	2,90	0,77
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN AİLESEL ÖZELLİKLER												
57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	5	15,6	17	53,1	10	31,3	-	-	-	-	3,84	0,67
58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.	5	15,6	15	46,9	9	28,1	3	9,4	-	-	3,68	0,85
59. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	-	-	2	6,3	8	25,0	18	56,3	4	12,5	2,25	0,76

Tablo 8. Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN AİLESEL ÖZELLİKLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali önemli bir faktör değildir.	-	-	-	-	14	43,8	15	46,9	3	9,4	2,34	0,65
62. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	4	12,5	17	53,1	7	21,9	4	12,5	-	-	3,65	0,86
63. Çocuk istismar ve ihmali üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	-	-	1	3,1	4	12,5	20	62,5	7	21,96	1,96	0,69
64. Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.	6	18,8	26	81,3	-	-	-	-	-	-7	4,18	0,39
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir.	7	21,9	15	46,9	9	28,1	1	3,1	-	-	3,87	0,79

Tablo 8’de çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama likert tipi ölçek sorularının ifadelerini altı alt gruba ayıran genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımları verilmiştir.

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek ifadelerinden ‘Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir’ ifadesine hekimlerin %94’ü ($\bar{x}=4,56$, $ss=0,61$), ‘Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması

önem taşımaz' ifadelerine %71,9'u, 'Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür' maddesine %28,2'si doğru cevap verirken, %50'si bu ifadenin yanıtında kararsız kalmıştır ($\bar{x}=1,90$, $ss=1,02$). Yine 'Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir' ifadesini hekimlerin %52,8'i doğru cevaplamışlardır ($\bar{x}=2,56$ $ss=1,16$). 'Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir' maddesini hekimlerin %37,3'ünün doğru cevapladığı tespit edilmiştir ($\bar{x}=3,31$, $ss=0,82$). 'Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir' maddelerine hekimlerin %75'i doğru olarak cevaplamıştır ($\bar{x}=3,90$, $ss=0,89$).

İhmal belirtileri içeren maddeleri hekimlerin %96,9'u 'Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir' ifadesini doğru cevaplamışlardır. Bu maddenin ortalaması ve standart sapması oldukça yüksek bir değer olarak saptanmıştır. ($\bar{x}=4,40$, $ss=0,66$). Diğer taraftan 'Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir' ifadesine hekimlerin %62,5'i doğru olarak cevaplamıştır. ($\bar{x}=3,81$, $ss=0,82$).

İstismar ve İhmal davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden 'İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler' ifadesini hekimlerin %75'i yanlış cevaplamıştır. ($\bar{x}=3,90$, $ss=0,92$). Diğer taraftan hekimlerin %100'ü 'İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez' ifadesini doğru cevaplamışlardır. ($\bar{x}=1,34$, $ss=0,48$). Hekimlerin 'İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler' ifadesine %100'ü, 'İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır' ifadesine hekimlerin %78,1'i doğru cevap vermiştir. ($\bar{x}=3,90$, $ss=0,58$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden 'Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir' ifadesini hekimlerin %93,8'i doğru cevaplamıştır ($\bar{x}=4,28$, $ss=0,88$). Hekimlerin %25,1'i 'Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler' ifadesine yanlış cevap vermekle birlikte hekimlerin %56,3'ü kararsız kalmıştır ($\bar{x}=3,06$, $ss=0,91$). Yine 'Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten

kaçınırlar' ifadesini %34,4'ü doğru cevaplarlarken, hekimlerin %59,4'ü bu ifadeyi yanıtlarken kararsız kalmıştır ($\bar{x}$ =2,65, ss=0,70).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden 'Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır' maddesini hekimlerin %81,3'ü doğru cevaplamışlardır ($\bar{x}$ =1,96, ss= 0,73), %28,1'i 'Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez' ifadesini doğru cevaplarlarken, %50'si kararsız kalmıştır ($\bar{x}$ =2,90, ss=0,77). Hekimlerin %50'si 'Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur' ifadesini doğru cevaplamıştır ($\bar{x}$ =2,59, ss=0,97).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden 'Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar' ifadesini hekimlerin %100'ü doğru cevaplamıştır ($\bar{x}$ =4,18, ss=0,39). 'Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir' %56,3'ü doğru cevaplarlarken %43,8'i bu ifade de kararsız kaldığını belirtmiştir. ($\bar{x}$ =2,34, ss=0,65).

6.3.3 Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplara İlişkin Bulgular

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
1.Çocuğun gövde, sırt,kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	113	55,4	69	33,8	17	8,3	3	1,5	2	1,0	4,4	0,78
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	58	28,4	72	35,3	68	33,3	5	2,5	1	0,5	3,8	0,86
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	17	8,3	29	14,2	99	48,5	35	17,2	24	11,8	2,9	1,05
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	33	16,2	40	19,6	108	52,9	22	10,8	1	0,5	3,4	0,90
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	35	17,2	57	27,9	96	47,1	13	6,4	3	1,5	3,5	0,90

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
6. Fiziksel istismarda; kollar- da, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	35	17,2	92	45,1	67	32,8	9	4,4	1	0,5	3,74	0,81
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklin- deki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	63	30,9	87	42,6	53	26,0	1	0,5	-	-	4,03	0,76
8. Dizdeki ve dizin arka çu- kurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	24	11,8	43	21,1	102	50,0	25	12,3	10	40,9	3,22	0,97
9. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	46	22,5	74	36,3	70	34,3	13	6,4	1	0,5	3,74	0,89
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve ökol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	5	2,5	11	5,4	116	56,9	54	26,5	18	8,8	2,66	0,81
11. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	19	9,3	42	20,6	131	64,2	11	5,4	1	0,5	3,32	0,73

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
12. İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	6	2,9	16	7,8	97	47,5	60	29,4	25	12,3	2,59	0,90
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	72	35,3	95	46,6	33	16,2	3	1,5	1	0,5	4,14	0,77
15. Özellikle 10-15 yaşlarında gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	117	57,4	64	31,4	20	9,8	3	1,5	-	-	4,44	0,73
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	10	4,9	6	2,9	140	68,6	28	13,7	20	9,8	2,79	0,84
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	48	23,5	53	26,0	85	41,7	16	7,8	2	1,0	3,63	0,96
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	87	42,6	77	37,7	40	19,6	-	-	-	-	4,23	0,75
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	93	45,6	68	33,3	40	19,6	3	1,5	-	-	4,23	0,81
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara uğramıştır.	96	47,1	67	32,8	36	17,6	5	2,5	-	-	4,24	0,82

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İHMAL BELİRTİLERİ	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
21. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	51	25,0	62	30,4	65	31,9	24	11,8	2	1,0	3,66	1,01
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	88	43,1	90	44,1	22	10,8	4	2,0	-	-	4,28	0,73
23. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	94	46,1	78	38,2	27	13,2	5	2,5	-	-	4,27	0,78
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	44	21,6	70	34,3	68	33,3	21	10,3	1	0,5	3,66	0,94
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	57	27,9	100	49,0	42	20,6	5	2,5	-	-	4,02	0,76
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	109	53,4	86	42,2	8	3,9	1	0,5	-	-	4,48	0,59
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	16	7,8	29	14,2	81	39,7	67	32,8	10	4,9	2,88	1,00

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER	Çok		Orduka		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	Değil		Değil				Değil		Değil			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
14. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	20	9,8	20	9,8	79	38,7	66	32,4	19	9,3	2,78	1,07
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	3	1,5	9	4,4	34	16,7	54	26,5	104	51,0	1,78	0,97
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	19	9,3	39	19,1	90	44,1	45	22,1	10	4,9	3,07	1,01
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	5	2,5	10	4,9	13	6,4	53	26,0	123	60,3	1,63	0,97
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	100	49,9	86	42,2	16	7,8	1	0,5	-	-	4,42	0,70
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	66	32,4	70	34,3	62	30,4	4	2,0	1	0,5	3,98	0,89

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALDE ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
33. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	42	20,6	74	36,3	74	36,3	12	5,9	1	0,5	3,72	0,89
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	16	7,8	13	6,4	112	54,9	49	24,0	13	6,4	2,88	0,95
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	57	27,9	77	37,7	60	29,4	8	3,9	-	-	4,11	3,68
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	57	27,9	81	39,7	62	30,4	3	1,5	-	-	3,96	0,85
37. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık aparlar.	21	10,3	51	25,1	112	54,9	17	8,3	2	1,0	3,36	0,83
38. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	31	15,2	83	40,7	74	36,3	15	7,4	-	-	3,61	0,85
39. İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	35	17,2	74	36,3	79	38,7	15	7,4	-	-	3,64	0,86

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
40. İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	73	35,8	97	47,5	31	15,2	2	1,0	-	-	4,20	0,74
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	61	29,9	107	52,5	33	16,2	2	1,0	1	0,5	4,10	0,73
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	16	7,8	44	21,6	111	54,4	28	13,7	4	2,0	3,20	0,86
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	25	12,3	73	35,8	90	44,1	15	7,4	-	-	3,50	0,82
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	33	16,2	77	37,7	73	35,8	17	8,3	3	1,5	3,60	0,92
46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmeline önemi yoktur.	15	7,4	31	15,2	62	30,4	56	27,5	40	19,6	2,60	1,17
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	22	10,8	65	31,9	96	47,1	18	8,8	2	1,0	3,40	0,85

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X	Ss
	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %	(sayı) n	(yüzde) %		
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	82	40,2	91	44,6	26	12,7	3	1,5	1	0,5	4,24	0,78
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	16	7,8	19	9,3	65	31,9	66	32,4	38	18,6	2,55	1,13
50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	16	7,8	39	19,1	77	37,7	58	28,4	13	6,4	2,95	1,06
55. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	8	3,9	22	10,8	80	39,2	67	32,8	26	12,7	2,61	1,00
60. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	19	9,3	56	27,5	75	36,8	48	23,5	5	2,5	3,19	1,01
66. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	22	10,8	64	31,4	85	41,7	31	15,2	1	0,5	3,46	1,57
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ												
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	8	3,9	20	9,8	67	32,8	62	30,4	47	23,0	2,41	1,06

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru	(sayı) n	Doğru	(yüzde) %	Doğru	(sayı) n	Doğru	(yüzde) %	Doğru	(sayı) n		
51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	19	9,3	52	25,5	79	38,7	46	22,5	7	3,4	3,16	1,02
52. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	48	23,5	59	28,9	39	19,1	40	19,6	17	8,3	3,41	1,30
53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	20	9,8	32	15,7	83	40,7	55	27,0	13	6,4	2,91	1,05
54. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	7	3,4	14	6,9	70	34,3	80	39,2	33	16,2	2,41	0,95
56. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	34	16,7	58	28,4	78	38,2	29	14,2	4	2,0	3,41	1,00
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN AİLESEL ÖZELLİKLER												
57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.	29	14,2	73	35,8	64	31,4	30	14,7	7	3,4	3,41	1,03
58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkindir.	23	11,3	61	29,9	66	32,4	40	19,6	13	6,4	3,21	1,11

Tablo 9. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek Maddelerine Verdikleri Cevaplar ve Dağılımları (Devam)

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN AİLESEL ÖZELLİKLER	Çok		Oldukça		Kararsızım		Pek		Hiç		X	Ss
	Doğru		Doğru				Doğru		Doğru			
							Değil		Değil			
	(sayı)	(yüzde) %	(sayı)	(yüzde) %	(sayı)	(yüzde) %	(sayı)	(yüzde) %	(sayı)	(yüzde) %		
59. Ailedeki çocuk sayısı	14	6,9	38	18,4	72	35,3	62	30,4	18	8,8	2,84	1,04
çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.												
61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması	13	6,4	43	21,1	79	38,7	50	24,5	18	8,8	2,93	1,03
çocuk istismar ve ihmali önemli bir faktör değildir.												
62. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	27	13,2	91	44,6	65	31,9	20	9,8	1	0,5	3,60	0,85
63. Çocuk istismar ve ihmali üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	3	1,5	5	2,5	56	27,5	84	41,2	56	27,5	2,09	0,88
64. Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.	60	29,4	104	51,6	33	16,2	6	2,4	1	0,5	4,05	0,78
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir.	59	28,9	105	51,6	36	17,6	3	1,5	1	0,5	4,06	0,75

Tablo 9’da çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama likert tipi ölçek sorularının ifadelerini altı alt gruba ayıran genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımları verilmiştir.

İstismar ve ihmaliin çocukdaki fiziksel belirtileri alt ölçek ifadelerinden ‘Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve

parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir' ifadesine okul öncesi öğretmenlerinin %89,2'si ($\bar{x}=4,41$, $ss=0,78$), 'Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz' ifadesine ise %20,9'u doğru cevap verirken, %48,5'i kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. 'Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür' maddesine okul öncesi öğretmenlerinin %7,9'u doğru cevap verirken, %47,1'i bu ifadenin yanıtında kararsız kalmıştır. Okul öncesi öğretmenlerinin %45,1'i yanlış cevaplamışlardır ($\bar{x}=3,52$, $ss=0,90$). Yine 'Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir' ifadesini okul öncesi öğretmenlerinin %53,2'si ($\bar{x}=3,22$ $ss=0,97$). 'Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir' maddesini okul öncesi öğretmenlerinin %35,8'i doğru cevaplamıştır ($\bar{x}=3,40$, $ss=0,90$). 'Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir' maddelerini okul öncesi öğretmenlerinin %49,5'i doğru olarak cevaplamıştır ($\bar{x}=3,63$, $ss=0,96$).

İhmal belirtileri içeren maddeleri okul öncesi öğretmenlerinin çoğunluğu doğru yanıtlamıştır. Okul öncesi öğretmenlerinin %84,3'ü 'Aşılardan yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir' ifadesini doğru cevaplamışlardır. Bu maddenin ortalaması ve standart sapması oldukça yüksek bir değer olarak saptanmıştır ($\bar{x}=4,27$, $ss=0,78$). Diğer taraftan 'Çocukta büyüme ve gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir' ifadesine okul öncesi öğretmenlerinin %55,4'ü doğru olarak cevaplamıştır ($\bar{x}=3,66$, $ss=1,01$).

İstismar ve İhmal davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden 'İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler' ifadesini okul öncesi öğretmenlerinin %66,7'si yanlış cevaplamıştır ($\bar{x}=3,98$, $ss=0,89$). Diğer taraftan okul öncesi öğretmenlerinin %86,3'ü 'İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez' ifadesini doğru cevaplamışlardır ($\bar{x}=1,63$, $ss=0,97$). Okul öncesi öğretmenlerinin 'İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler' ifadesine %83,3'ü ($\bar{x}=4,20$, $ss=0,74$), 'İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır' ifadesine %55,9'u doğru cevap vermiştir. ($\bar{x}=3,65$, $ss=0,85$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden ‘Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmal açısından bir risktir’ ifadesini okul öncesi öğretmenlerinin %84,8’i doğru cevaplamıştır ($\bar{x}=4,24$, $ss=0,78$). Okul öncesi öğretmenlerinin %45,5’i ‘Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler’ ifadesine yanlış cevap vermekle birlikte okul öncesi öğretmenlerinin %39,2’si kararsız kalmıştır ($\bar{x}=2,61$, $ss=1,00$). Yine ‘Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar’ okul öncesi öğretmenlerinin %20,1’i doğru cevaplarırken, %55,9’u bu ifadeyi yanıtlarken kararsız kalmıştır ($\bar{x}=3,07$, $ss=0,93$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden ‘Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır’ maddesini okul öncesi öğretmenlerinin %53,4’ü doğru cevaplamışlardır ($\bar{x}=2,41$, $ss=1,06$). Okul öncesi öğretmenlerinin %14,2’si ‘Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez’ ifadesini doğru yanıtlarken, %38,2’si kararsız kalmıştır, %45,1’i bu maddeye yanlış cevap vermiştir ($\bar{x}=3,45$, $ss=1,00$). Okul öncesi öğretmenlerinin %52,4’ü ‘Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur’ ifadesini doğru cevaplamıştır ($\bar{x}=3,42$, $ss=1,30$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden ‘Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar’ maddesini okul öncesi öğretmenlerinin %80,4’ü doğru cevaplamıştır ($\bar{x}=4,05$, $ss=0,78$). ‘Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir’ maddesini okul öncesi öğretmenlerinin %33,3’ü doğru cevaplarırken, %38,7’si bu ifade de kararsız kaldığını belirtmiştir ($\bar{x}=2,93$, $ss=1,05$).

Tablo 10. Pediatri Biriminde Çalışan Hemşirelerin, Pediatri Biriminde Çalışan Hekimlerin ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Toplamlarının Dağılımı

		(sayı) n	X	Ss
Genel Ölçek Ortalaması	Hemşire	71	3,39	0,22
	Hekim	32	3,36	0,19
	Öğretmen	204	3,44	0,33
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	Hemşire	71	3,55	0,31
	Hekim	32	3,43	0,29
	Öğretmen	204	3,59	0,33
İhmal Belirtileri	Hemşire	71	3,53	0,41
	Hekim	32	3,62	0,34
	Öğretmen	204	3,55	0,68
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	Hemşire	71	3,46	0,36
	Hekim	32	3,42	0,31
	Öğretmen	204	3,51	0,39
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	Hemşire	71	3,19	0,35
	Hekim	32	3,21	0,27
	Öğretmen	204	3,24	0,47
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	Hemşire	71	3,00	0,48
	Hekim	32	2,90	0,33
	Öğretmen	204	3,05	0,54
Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle ilgili Özellikler	Hemşire	71	3,28	0,33
	Hekim	32	3,33	0,29
	Öğretmen	204	3,35	0,42

Tablo 10’da pediatri biriminde çalışan hemşirelerin hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda

bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi puan ortalamaları ve ilgili meslek grupları arasındaki ifadelerin anlamlılığı verilmiştir.

Pediatric biriminde çalışan hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların ortalaması (genel ölçek ortalaması) $3,39 \pm 0,22$ 'dir. Pediatric biriminde çalışan hekimlerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların ortalaması (genel ölçek ortalaması) $3,36 \pm 0,19$ 'dur. Okul öncesi öğretmenlerinin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların ortalaması (genel ölçek ortalaması) $3,44 \pm 0,33$ 'dür. Buna göre pediatric biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmali çocukta fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puan ortalaması sırası ile $3,55 \pm 0,31$, $3,43 \pm 0,29$, $3,59 \pm 0,33$ 'dür. Pediatric biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmali alt ölçek grubunu oluşturan ihmal belirtilerinin alt ölçek bilgi puan ortalamaları sırası ile $3,53 \pm 0,41$, $3,62 \pm 0,34$, $3,55 \pm 0,68$ 'dir. Pediatric biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmali alt ölçek grubunu oluşturan istismar ve ihmali çocukta davranışsal belirtileri ortalaması sırası ile $3,46 \pm 0,36$, $3,42 \pm 0,31$, $3,51 \pm 0,39$ 'dur. Pediatric biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmali alt ölçek grubunu oluşturan istismar ve ihmali ebeveyn özellikleri puan ortalamaları sırası ile $3,19 \pm 0,35$, $3,21 \pm 0,27$, $3,24 \pm 0,47$ 'dir. Pediatric biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmali alt ölçek grubunu oluşturan istismar ve ihmali yatkın çocukların özellikleri puan ortalaması sırası ile $3,00 \pm 0,48$, $2,90 \pm 0,33$, $3,05 \pm 0,54$ olarak bulunur. Pediatric biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmali alt ölçek grubunu oluşturan istismar ve ihmali yatkın ailesel özelliklerin puan ortalamaları sırası ile $3,28 \pm 0,33$, $3,33 \pm 0,29$, $3,35 \pm 0,42$ olarak bulunmuştur.

6.4. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN BELİRTİ ve RİSKLERİNİ TANILAMA ALT ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 11. Hemşire, Hekim Ve Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Fiziksel Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Örneklem Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	F	P
Hemşire	71	3,55	0,31	0,036		
Hekim	32	3,43	0,29	0,052	3,66	0,027
Öğretmen	204	3,59	0,33	0,023		

Tablo 11’de hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmalinin fiziksel belirti ve risklerini tanılama konusundaki alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin alt ölçek puan ortalaması 3,55, hekimlerin 3,43 ve okul öncesi öğretmenlerinin ise 3,59 olarak bulunmuştur.

Altı alt ölçek grubunun oluşturduğu istismar ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerin toplamı pediatri biriminde çalışan hemşirelerin, hekimlerin ve öğretmenlerin verdikleri yanıtlara göre %95 güven aralığı düzeyinde istismarın ve ihmalin çocuk üzerindeki fiziksel belirtiler ifadeleri doğru kullanılmıştır ve anlamlı bir fark ortaya çıktığı saptanmıştır. Meslek gruplarını kıyasladığımızda %95 anlamlılık düzeyinde meslek grupları arasında pediatri biriminde çalışan hekimler ve hemşireler kendi içinde verdikleri yanıtta anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu üç meslek grubu arasında hekimler ve öğretmenler arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 12. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İhmal Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Örneklem Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	F	p
Hemşire	71	3,53	0,41	0,049		
Hekim	32	3,62	0,34	0,061	0,248	0,780
Öğretmen	204	3,55	0,68	0,048		

Tablo 12’de hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerin ihmal belirtileri alt ölçek grubuna göre bilgi puan ortalamaları gösterilmektedir. Hemşirelerin alt ölçek puan ortalaması 3,53, hekimlerin 3,62 ve okul öncesi öğretmenlerinin ise 3,55 olarak bulunmuştur.

Buna göre %95 güven aralığı düzeyinde, pediatri biriminde çalışan hemşire, hekim ve öğretmenlerin ihmal belirtileri alt ölçek grubunun ifadelerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hemşire, hekim ve öğretmenlerin ihmal belirtileri alt ölçek grubunun ifadelerine verdikleri yanıtların doğruluğu saptanamamıştır.

Tablo 13. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Örneklem Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	F	p
Hemşire	71	3,46	0,36	0,042		
Hekim	32	3,42	0,31	0,055	1,035	0,357
Öğretmen	204	3,51	0,39	0,027		

Tablo 13’de hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek grubuna göre bilgi puan ortalamaları

gösterilmektedir. Hemşirelerin alt ölçek puan ortalaması 3,46, hekimlerin 3,42 ve okul öncesi öğretmenlerinin ise 3,51 olarak bulunmuştur.

%95 güven aralığı düzeyinde, pediatri biriminde çalışan hemşire, hekim ve öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin davranışsal belirtilerin toplamı dikkate alındığında , meslek gruplarının ifadelerine verdikleri yanıtlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buradan oluşan bu alt ölçek grubun, üç meslek grubu dikkate alındığında kendi aralarında verdikleri yanıtların doğruluğu saptanmamıştır.

Tablo 14. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Örneklem Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	F	p
Hemşire	71	3,19	0,35	0,042	0,397	0,06
Hekim	32	3,21	0,27	0,048		
Öğretmen	204	3,24	0,47	0,024		

Tablo 14’de hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek grubuna göre bilgi puan ortalamaları gösterilmektedir. Hemşirelerin alt ölçek puan ortalaması 3,19, hekimlerin 3,21 ve okul öncesi öğretmenlerinin ise 3,24 olarak bulunmuştur.

Altı alt ölçek grubunun oluşturduğu istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ifadesine verdikleri yanıtlara göre yapılan analizde, %95 güven aralığı düzeyinde, pediatri biriminde çalışan hemşire, hekim ve öğretmenlerin, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek grubu ifadelerine verdikleri yanıtlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buradan oluşan bu alt ölçek grubunun maddelerinde hemşire, hekim ve öğretmenlerin ifadelerine verdikleri yanıt dikkate alındığında kendi aralarında ifadelerin doğruluğu saptanmamıştır.

Tablo 15. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Örneklem Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	F	p
Hemşire	71	3,00	0,48	0,057		
Hekim	32	2,90	0,33	0,059	1,244	0,290
Öğretmen	204	3,05	0,54	0,038		

Tablo 15’de hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubuna göre bilgi puan ortalamaları gösterilmektedir. Hemşirelerin alt ölçek puan ortalaması 3,00, hekimlerin 2,90 ve okul öncesi öğretmenlerinin ise 3,05 olarak bulunmuştur.

Altı alt ölçek grubunun istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri ifadelerinde, pediatri biriminde çalışan hemşire, hekim ve öğretmenlerin verdikleri yanıtlar analiz edildiğinde %95 güven aralığı düzeyinde üç meslek grubunun, bu alt ölçek grubu maddelerine verdikleri yanıtlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubunu oluşturan ifadelere, üç meslek grubu kendi içerisinde analizi yapıldığında %95 güven aralığı düzeyinde ayrı ayrı hemşire, hekim ve öğretmenler sadece kendi meslek grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

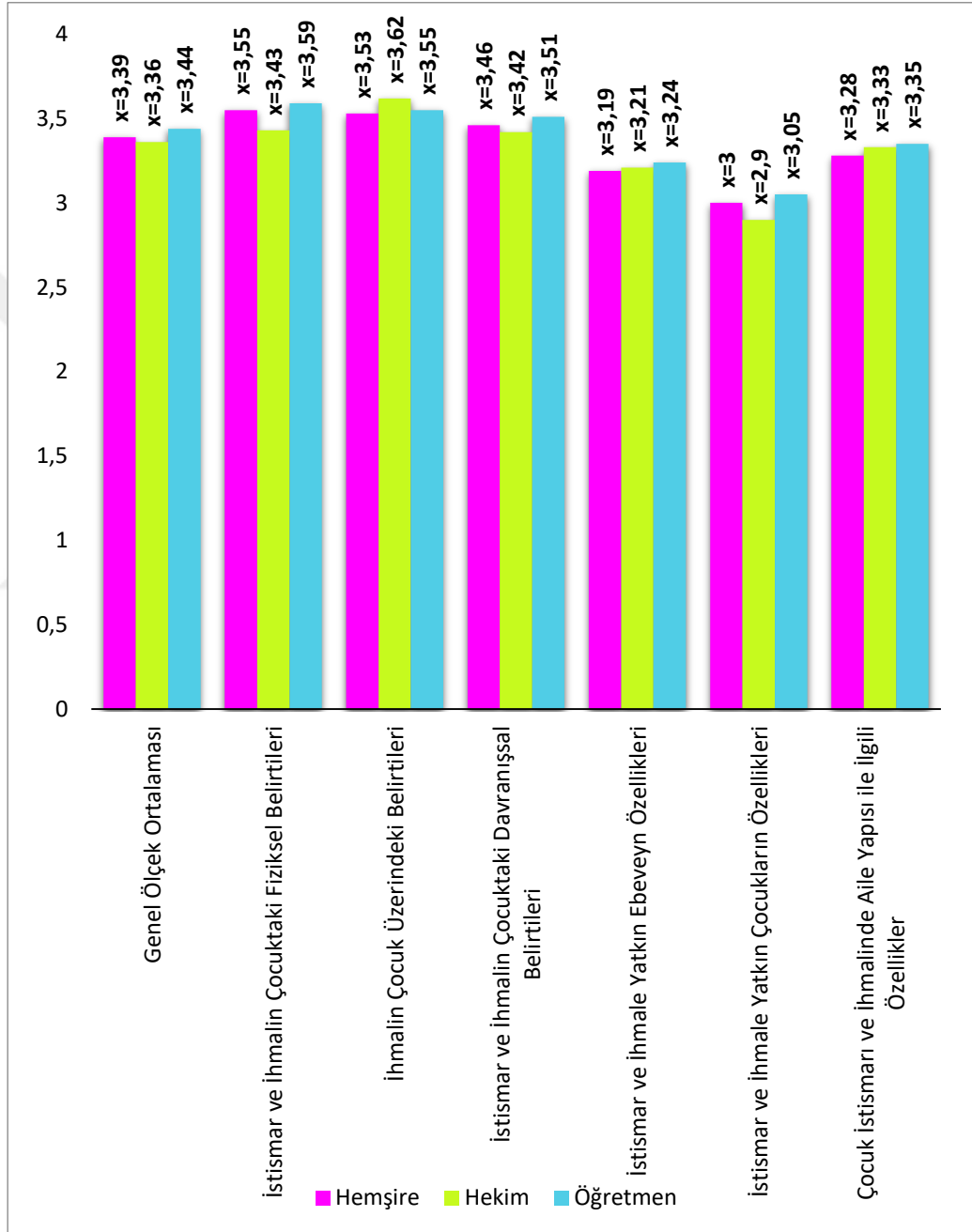
Tablo 16. Hemşire, Hekim ve Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Grup	Örneklem Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	F	p
Hemşire	71	3,28	0,33	0,040		
Hekim	32	3,33	0,29	0,052	0,837	0,434
Öğretmen	204	3,35	0,42	0,029		

Tablo 16’da hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikleri alt ölçek grubuna göre bilgi puan ortalamaları gösterilmektedir. Hemşirelerin alt ölçek puan ortalaması 3,28, hekimlerin 3,33 ve okul öncesi öğretmenlerinin ise 3,35 olarak bulunmuştur.

Altı alt ölçek grubunun oluşturduğu, istismar ve ihmade ailesel özellikler ifadelerine, %95 güven aralığı düzeyinde istismar ve ihmale yatkın ailesel özelliklerin oluşturduğu ifadeler arasında, hemşire, hekim ve öğretmenlerin verdikleri yanıtlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Şekil 1. Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Bilgi Puan Ortalamaları



7. TARTIŞMA

7.1. PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Pediatric birimde çalışan hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin; çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan çalışmaya üç meslek grubundan 307 kişi katılmıştır. Araştırmamıza katılan hemşire sayısı 71, hekim sayısı 32 ve okul öncesi öğretmenlerinin sayısı da 204'tür.

Araştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan hemşirelerin %97,2'si kadın, hekimlerin %71,9'u kadın, okul öncesi öğretmenlerinin %98,5'i kadın öğretmenlerden oluşmaktadır. Üç meslek grubunun cinsiyet değişkeni verileri dikkate alındığında kadınların dağılımlarının erkek dağılımından fazla olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Kocaer'in (2006) yaptığı araştırma sonuçlarına göre, araştırma kapsamına giren hekimlerin %32,7'si erkek, %67,3'ü kadın olarak bulunurken, hemşire grubunun ise %100'ü kadın olarak bulunmuştur. Türker'in (2017) çalışmasına katılan aile hekimlerin %60,0'ı erkek ve %40,0'ı kadın, hemşire ve ebe grubunun ise %2,5'i erkek, %97,5'i kadın olarak bulunmuştur. Türkiye'de hekimler arasında erkek nüfus daha yüksek bir yüzde tutmaktadır. Solak'ın (2018) yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %66,7'si erkek %33,3'ü kadın olarak bulunmuştur. Yaptığımız çalışma sonuçları, diğer araştırmalarla farklılık göstermektedir buna göre pediatri birimini seçen hekimlerin daha çok kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelik, sadece kadın mesleği olarak görülme kalıbından çıktığı için erkek hemşire sayısı zaman içinde artış göstermiştir.

Tugay'ın (2008), yaptığı araştırmada 400 öğretmenden (okul öncesi, ilköğretim ve lise düzeyi) %52,8'i kadın, %47,3'ü ise erkektir bu konuda yaptığımız araştırma ile cinsiyet dağılımı farklılık göstermektedir. Tugay'ın yaptığı araştırmada sadece okul öncesi öğretmeni alınmamış olup okul öncesi, ilköğretim ve lise düzeyi öğretmenlerinin de araştırma kapsamında oluşu kadın erkek oranını birbirine

yaklaştırmıştır. Okul öncesi dönemde öğretmenlik tercihini daha çok kadınların yaptığı sonucuna ulaşmaktadır.

Üç meslek grubunun da medeni durumu incelendiğinde hemşirelerin %54,9'u, okul öncesi öğretmenlerinin %72,1'i evlidir. Hekimlerin %84,4'ü bekardır. Hemşirelerin ve okul öncesi öğretmenlerin büyük çoğunluğu evli iken hekimlerin büyük bir kısmı bekardır (Tablo 1).

Çocuk sahibi olma durumlarına bakıldığında, okul öncesi öğretmenlerinin %66,7'si çocuk sahibi iken, hemşirelerin %53,5'i, hekimlerin hiç biri çocuk sahibi değildir. Okul öncesi öğretmenlerinin büyük çoğunluğu orta yaş grubunda olması nedeni ile çocuk sahibi iken, hemşirelerin büyük çoğunluğu evli olmasına rağmen genç yaşta çocuk sahibi olmadıkları görülmüştür (Tablo 1).

Araştırma kapsamına giren meslek gruplarının yaş aralıkları incelendiğinde hemşirelerin %53,5'i 19-29 yaş grubunda, hekimlerin %84,4'ü 19-29 yaş grubunda ve okul öncesi öğretmenlerin %47,5'i 30-40 yaş grubundadır. Hemşireler ve hekimler genç yaş grubunda iken okul öncesi öğretmenleri orta yaş grubundadır. Yaş ortalaması en yüksek olan öğretmenlerin, evlenme oranları ve buna bağlı olarak da çocuk sahibi olma oranları da yüksektir (Tablo 1).

Yılmaz'ın (2015) çalışmasına katılan hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında %47,9'u evli, %51,1'i bekar olarak medeni durumunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %65,8'i çocuk sahibi değilken, %34,2'si çocuk sahibidir. Kocaer'in (2006) yaptığı araştırma sonuçlarında medeni duruma bakıldığında hekim grubunun %84,1'i evli, %15,9'u bekar, hemşirelerde ise %96,3'ü evli; %3,6'sı bekar olarak bulunmuştur. Hekim grubunun %78,5'i çocuk sahibi; hemşirelerin ise %93,4'ü çocuk sahibidir. Uncu'nun (2013), araştırma grubunu oluşturan hekimlerin %61,4'ü 33-44 yaş grubunda iken, hemşire ve ebelerin ise %52,7'si 18-32 yaş grubu arasında bulunmuştur. Tugay'ın (2008), öğretmenlerle yaptığı çalışmanın yaş aralığına baktığımızda ise %42,3'ü 30-39 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan öğretmenlerin %83,5'i evli ve %78,5'i anne ya da babadır, araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda yer alan meslek gruplarının meslekte çalışma süresi incelendiğinde araştırmadaki hemşirelerin %69'u, hekimlerin %100'ü ve okul öncesi

öğretmenlerinin %59,6'sı 6 ay-10 yıl arası çalıştıkları görülmüştür. Uncu (2013), yaptığı araştırmada meslekte çalışma sürelerine göre dağılımlarında; hemşire ve ebelerin %62,7'si, hekimlerin ise %73,4'ü 6 yıl ve üzeri çalışmıştır. Bahadır'ın (2018) yaptığı çalışmada, asistanların %71,5'i mesleğin ilk 5 yılındayken, %28,5'i meslekte 6 yıl ve daha fazla süre deneyim sahibidir. Yetiş'in (2017) öğretmenlerle yaptığı çalışmada katılımcıların mesleklerinde çalışma süreleri incelendiğinde %73,1'inin 0-10 yıl arasında görev yaptığını saptamıştır.

7.2. HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ KONUSUNA İLİŞKİN EĞİTİM ALMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Araştırmaya katılan üç meslek grubunun öğrenimleri sırasında veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde; hemşirelerin %49,3'ü, hekimlerin %68,8'i, öğretmenlerin %67,2'si öğrenimleri sırasında veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %53,1'i öğrenimleri sırasında veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda aldıkları eğitimin yeterli olmadığını ifade ederken, hemşirelerin %54,9'u, okul öncesi öğretmenlerinin %40,2'si öğrenimleri sırasında veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda aldıkları eğitimin yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Öğretmenlere verilen çocuk istismarı ve ihmali konusundaki eğitimi öğretmenler yeterli bulurken, hekimlere verilen çocuk istismarı ve ihmali konusundaki eğitimi, hekimlerin yetersiz bulduğu sonucuna varılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda en az eğitim alan meslek grubu hemşireler olmakla birlikte, aldıkları eğitimin yeterli olduğunu ifade eden en fazla orana sahiptir (Tablo 2).

Uncu (2013) araştırmasında, sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumları incelendiğinde hemşire ve ebelerin %13,5'i hekimlerin ise %22,3'ü eğitim aldıkları sonucuna varılmıştır. Öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumu hekimlerde, hemşire ve ebelere oranla daha yüksek bulmuştur. Mezuniyet öncesi eğitim alma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yılmaz, (2015) çalışmasında hemşirelerin %18,3'ü çocuk istismarı ve

ihmali konusunda mezuniyet öncesi eğitim aldıklarını, katılımcıların %3,7'si ise mezuniyet sonrası eğitim veya bilgi aldıklarını belirtmiştir. Kocaer (2006) çalışmasında hekimlerin %48,6'sının, hemşirelerin ise %27,9'unun eğitim aldıklarını bulmuştur. Burç'un (2014) araştırmasında hemşirelerin %52,5'inin çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim ve bilgi aldıkları tespit edilmiştir. Kamiloğlu (2018), çalışmasında asistanların %62,4'ü tıp fakültesi eğitimleri esnasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almıştır sonucuna ulaşmıştır.

Sağır'ın (2013) çalışmasında katılan öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili resmi bir eğitim alıp-almadıkları sorusuna verdiği cevapları değerlendirildiğinde %89,7'si herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Tugay'ın (2008) çalışmasına katılan öğretmenlerin %93,8'i çocuk istismarı ve ihmali veya çocuğu korumaya yönelik herhangi bir eğitim almadığı yanıtını vermiştir.

Hekimlerin %68,8'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almasına rağmen %96,9'u çocuk istismarı ve ihmali konusunda tekrar bilgi almak istemektedirler. Hekimlerin tekrar çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almak istemelerinin sebebi bu konuda kendilerini yetersiz görmeleri olarak düşünülebilir (Tablo 2). Öğretmenlerin ise %84'ü çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almak istemektedir. Öğretmenlerin büyük çoğunluğu çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almaları ve kendilerine verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünmelerine rağmen tekrar çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almak istemektedir. Hemşirelerin ise %91,5'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almak istemektedirler (Tablo 2).

Sağır'ın (2013), araştırmasına katılan öğretmenlerin %70,8'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilendirilmek istemekte, %22,7'si ise bilgilendirilmek istemediklerini belirtmişlerdir. Kürklü'nün (2011) yaptığı araştırmaya katılan öğretmenlerin %84,2'si konu ile ilgili daha fazla bilgilendirilme gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Türker'in (2017) çalışmasında aile hekimleri, hemşire ve ebelere çocuk istismarı ve ihmali tanılayabilme durumlarına bakıldığında; aile hekimlerinin %98,8'i tanılayabileceğini belirtmiştir.

Pediatric biriminde çalışan hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin yıllara göre eğitim alma durumlarında baktığımızda anlamlı benzerlik yoktur. Eğitim alma durumları yıllar geçtikçe azalan veya artan oranlarda değişmektedir. Alanda yapılan çalışmalara baktığımızda eğitim alma durumlarında, en yüksek değerler yaptığımız çalışmada ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin büyük çoğunluğu konu ile ilgili eğitim almak istemektedir. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almayı istemelerinin bir nedeni de istismarla karşılaşmaları ve kendilerini bu konuda değerlendirme fırsatı bulmalarıdır.

Pediatric biriminde çalışan hemşireler, hekimler ve okul öncesi öğretmenleri eğitim sırasında veya sonrasında konuyla ilgili bilgilenmelerinin düşük düzeyde olması, istismar bulgularının saptanmasını zorlaştırmaktadır.

7.3. PEDIATRI BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ VAKASI ile KARŞILAŞMA ve BİLDİRİM YAPMA DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamında üç meslek grubunun çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşma durumları incelendiğinde veri sonuçlarına göre hemşirelerin %63,4'ü, hekimlerin %75'i iş yaşamları süresince çocuk istismarı ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaştıklarını ifade ederken, öğretmenlerin %82,8'i iş yaşamları süresince çocuk istismar ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Hemşirelerin ve hekimlerin iş yaşamlarında çocuk istismarı ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranı okul öncesi öğretmenlerin iş yaşamlarında çocuk istismarı ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşma oranından daha fazladır. Hastane ortamında hemşire ve hekimler daha çok çocuk istismarı ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşırken, okul ortamında öğretmenler daha az karşılaşmakta veya vakaları tanımlayamamaktadır.

İş yaşamları süresince çocuk istismarı ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaşan hemşirelerin %22,5'i fiziksel istismar ile, %19,7'si cinsel istismar ile, %12,7'si ihmali ile, %8,5'i duygusal istismar ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularına göre hemşireler en çok fiziksel istismar ile karşılaşırken

çoktan aza göre sırasıyla cinsel istismar, ihmal ve en az duygusal istismar ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin %56,3'ü en çok fiziksel istismar ile karşılaştığını belirtirken, diğer çocuk istismarı ve ihmali türleri olan duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal çeşitlerinden aynı oranda karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Öğretmenlerin büyük çoğunluğu iş yaşamları süresince %7,4 ile fiziksel istismar, %4,9 ile duygusal istismar, %2,5 ile cinsel istismar ve ihmal vakası veya şüphesi ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Üç meslek grubunun da iş yaşamları süresince en çok karşılaştıkları istismar ve ihmal türü fiziksel istismar iken en az karşılaştıkları ise çocuk ihmali olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı ortamda çalışan hemşire ve hekimlerin karşılaştıkları istismar ve ihmal türleri incelendiğinde hemşirelerin cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal ile karşılaşma durumları hekimlere göre daha fazladır.

Ankete katılan meslek gruplarından hemşire ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapma durumları incelendiğinde karşılaştıkları çocuk istismarı ve ihmali ya da şüphesini iki meslek grubunun da tamamının bildirim yapacakları görülmüştür. Öğretmenlerin ise %1'i çocuk istismarı ve ihmali ya da şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapmayacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Vakayla karşılaştığında bildirim yapmamasının sebebi ise yasal olarak yaşanacak zorluklar, şüpheler doğru olduğunda çocuğun bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ayrılacağını düşünmeleridir.

Uncu'nun (2013), çalışmasında iş yaşamı süresince hekimlerin %27,0'ı, hemşire ve ebelerin ise %11,6'sı çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarını ifade etmiştir. Uysal'ın (1998) yapmış olduğu çalışmada da hemşirelerin %28,4'ünün ihmal ve istismar vakasıyla karşılaştığı saptanmıştır. Kocaer'in (2006) çalışmasında hekimlerin %52,8'i, hemşirelerin ise %30,1'i çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştığını belirtmiştir. Türker'in (2017) aile hekimi, hemşire ve ebelerle yaptığı çalışmada, meslek gruplarının yaşamları süresince çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları sorgulandığında aile hekimlerinin %67,5'i, hemşire ve ebelerin ise %18,8'i istismar vakası ile karşılaştıklarını ifade etmiştir. Burç'un (2014) çalışmasında hemşirelerin %44,3'ünün çocuk istismarı ve ihmali şüphesi ile karşılaştığı, %37,7'sinin çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştığı ve %27,9'unun çocuk istismarı ve ihmali olgusunu tanıladığını tespit edilmiştir.

Hemşire ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları incelendiğinde alanda yapılan diğer araştırmalarla karşılaşma oranlarında farklılık vardır. Alanda yapılan çalışmalarda hekimlerin vaka ile karşılaşma oranları hemşirelerden fazla olup, çalışmamıza katılan hemşire ve hekimlerin vaka ile karşılaşma oranları diğer çalışmalara oranla oldukça yüksektir. Sağlık çalışanlarının özellikle pediatri biriminde çalışıyor olmaları, mesleki bilgi ve uzmanlaşmayla birlikte bu konudaki farkındalıklarını olumlu etkileyerek tanımlamayı kolaylaştırdığı düşünülebilir.

2003' te Teksas, ABD' de yapılan bir çalışmada, hekimlerin %50'sinin çocuk istismarı ve ihmali şüphesinde bulunduğu, en çok şüphelenen hekimlerin ise %96'sının çocuk diş hekimi (pedodontist) olduğu saptanmıştır (Kural 2014).

Yılmaz'ın (2015) araştırmasında hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir şüpheli durumda bildirim yapmama nedenlerine bakıldığında %70,6'sı bilgisi olmadığı, %11,8'i çocuğun zarar göreceğini düşünmesi, %5,9'u çocuğun ailesinden ayrılmasını istemediği, %5,9'u bildirim nasıl ve nereye yapacağını bilmemesi, %5,9'u ise bildirim için zamanı olmadığını belirtmiştir.

Solak'ın (2018), çalışmasına katılan hekimlerin %39,2'si çocuk istismar ve ihmali ile karşılaştıklarını bildirmiştir. Bildirim yapmama nedenleri 'bildirim konusunda bilgim yetersiz' yanıtı %27 oranda, 'bildirimden sonra çocuğun hayatının olumsuz etkileneceği' yanıtı %21,6 oranda ve 'istismar ve ihmalden yeterince şüphelenmedim' yanıtı %21,6 oranda en fazla değere sahiptir. Güzelmansur'un (2018) hemşirelerle yaptığı araştırmada, çocuk istismar ve ihmali bildirim yapmama nedenlerini 'konu hakkında yeterli bilgilerinin olmaması, nereye ve nasıl bildirim yapacaklarını bilmemeleri, çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan kaçınma ve yasal süreçteki zorluklar' olarak yanıtlamışlardır.

Şimşek'in (2015) çalışmasında 18 yaş öncesinde en sık görülen istismar tipini %40.5 oranla duygusal istismar oluşturmaktadır. 2013 yılında DSÖ tarafından yayımlanan araştırmada ise en sık görülen istismar tipi %21,1 oranla fiziksel istismar olarak saptanmıştır (Şimşek 2015).

Demir'in (2012) yaptığı çalışmada hekimlerin çocuk istismar ve ihmali bildirim sebeplerini %55,8'i vakadan yeterince şüphelenmediğini, %29,5'i konu

ile ilgili yeterli bilgilerinin olmaması, %27,4'ü sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceği, %24,2'si konuyla uğraşmak istemediğini, %20'si de bildirimden sonra çocuğun hayatının olumsuz etkileneceğini düşünmeleridir.

Kamiloğlu (2018), çalışmasında çocuk istismarı ve ihmali vakasında kendilerini en çok yetersiz gördükleri konulara aile hekimlerinin verdiği cevaplar %34,7'si bildirim yapma ve yasal süreç, %28,1'i bilgi düzeyi ve deneyim olmuştur. Kürklü'nün (2011) çalışmasında ihmal ve istismardan şüphelenen öğretmenlerin bildirim yapmama nedenleri sorulduğunda %39'u konuya ait yeterli kanıt olmadığını, %22'si ise çocuğu daha kötü bir duruma sokmaktan kaçındığı için, %23,7'si yasal süreçlere ait bilgi eksikliğinden, %10,4'ü ise sosyal servislerin konuya ilgisiz kalacağını düşündüğü için bildirim yapmadığını belirtmişlerdir. 2002' de Amerika' da yapılan bir çalışmada çalışanların istismar ve ihmali bildirmeme sebebi olarak bildirmek için yeterli zamanım yok cevabını verdikleri saptanmıştır (Gutmann ve ark. 2002).

Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştığında bildirmeme nedenlerine bakıldığında, benzer sonuçlar ile çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda karar verebilecek kadar bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir. Vaka bildirim sonrasında çocuğun aileden alınma süreçleri ve bu durumun çocukta olumsuz etkileri olacağını düşünmektedirler. Yasal süreçteki yaşanabilecek zorluklar ve bu süreci vakit kaybı olarak değerlendirdikleri sonucuna ulaşmıştır.

Kamu görevlilerinin görev ve sorumluluklarına baktığımızda Türk Ceza Kanununun 279. maddesi suçun bildirim ile ilgilidir. Maddenin tanımladığı suç, suçu bildirmemek ve yapılması gereken ihbarı geciktirmekten ibarettir. Ancak bildirimin ertelenmesi veya yapılmaması adli kolluk görevlileri tarafından gerçekleştirilmiş olması cezayı ağırlaştırıcı sebep olmaktadır (Yetiş, 2017). Yine Türk Ceza Kanununun 280. maddesi özellikle sağlık çalışanlarının suçu bildirmemesi ile ilgilidir. Çalışmamızda hekim ve hemşirelerin tamamının, öğretmenlerin ise %98'inin bildirim yapacak olması sevindiricidir (Tablo 3). Alandaki diğer çalışmalara bakıldığında ise bildirim oranları daha düşüktür.

7.4. HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİ TANILAMA KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ ve ÇALIŞTIKLARI KURUMLARDA ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ SIRASINDA UYGULANAN PROSEDÜRÜ BİLME DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik çalıştıkları kurumda pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %74,6'sı, hekimlerin %71,9'u, okul öncesi öğretmenlerinin %80,9'u prosedür olmadığı yanıtını vermiştir (Tablo 4). Hemşire, hekim ve öğretmenlerin çalıştıkları kurumlarda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik uygulanan bir prosedür olup olmadığı konusunda çalışanların bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.

Öğretmenler ve hekimler çocuk istismarı ve ihmaline karar verme konusunda kendilerinin yetersiz olduğunu düşünürken, hemşireler çocuk istismarı ve ihmaline karar verme konusunda kendilerinin yeterli olduğunu düşünmektedir (Tablo 4).

Burç (2014) hemşirelerin %19,6'sı çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat veya prosedür bulunduğunu, %18,2'si bulunmadığını ve %62,2'si bilmediğini ifade etmiştir. Uncu'nun (2013), araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat veya prosedür varlığı sorusuna hekimlerin %18,7'si, hemşire ve ebelerin ise %26,6'sı evet yanıtı vermiştir. Hekimlerin %54,7'si, hemşire ve ebelerin ise %49,4'ü bu soru karşısında bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Bahadır'ın (2018), uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerle yaptığı araştırmada katılımcıların %53,9 ise çalıştıkları kurumda olası bir vaka ile karşılaştıklarında izlenmesi gereken prosedürü bilmediğini belirtmiştir. Kamiloğlu'nun (2018) araştırmasına katılan asistanların %63,3'ü ise çalıştıkları kurumda istismar vakası bildirimini için standart bir prosedür olup olmadığını bilmediğini belirtirken, Solak (2018) araştırmasında, çalışanların kurumda çocuk istismar ve ihmaline ilişkin talimat ve prosedür varlığını sorguladığında hekimlerin % 76,5'i hayır kurumumuzda çocuk istismar ve ihmaline yönelik talimat ve prosedür yok yanıtı vermiştir.

Akçay (2008) hekimlerle yaptığı araştırmada, vaka ile karşılaşan hekimlerin nasıl bir yol izlediğine bakıldığında. Hekimler bildirimini %97,4 hastane polisine, %18,4'ü Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na, %15,8'i savcılığa, %13,2'si çocuk polisine yapmaktadır yanıtını vermiştir.

Hekimlerin izlediği bildirim yollarına bakılarak, vakaları adli vaka olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

Hemşire, hekim ve öğretmenlerin çoğu çalıştıkları birimde çocuk istismarı ve ihmaliye yönelik prosedür olup olmadığını bilmemektedir. Vaka ile karşılaştıklarında izleyecekleri bir kılavuz olması çocuğun zarar görmemesi ve vaka yönetiminde kısa sürede alınacak doğru sonuç açısından ve çocuğun yüksek yararı için önemlidir.

7.5. PEDIATRI BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN, HEKİMLERİN ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİ ÇEŞİTLERİNİN ÖNEM SIRASI ve EN ÇOK KARŞILAŞTIKLARI İSTİSMAR ve İHMAL TÜRLERİNİN TARTIŞILMASI

Pediatric biriminde çalışan hemşirelerin istismar ve ihmali çeşitleri önem sırasını en fazla %73,2 oranla cinsel istismar, %63,4'ü fiziksel istismar, %62'si ihmali, %54,9'u duygusal istismar olduğunu belirtmiştir. Çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşma durumlarına bakıldığında hemşirelerin istismar ve ihmali çeşitleri önem sırası dikkate alındığında pediatric biriminde çalışan hemşirelerin %35,5'i cinsel istismarla karşılaşmış olup, önem sırası da bunu etkilemiştir. Hemşirelere göre önem sırası ise cinsel istismar, fiziksel istismar, ihmali ve duygusal istismar şeklinde sıralanmaktadır (Tablo 5,6).

Pediatric biriminde çalışan hekimlerin istismar ve ihmali çeşitleri önem sırasını en fazla %78,1 oranla cinsel istismar, %71,9'u fiziksel istismar olarak sıralamışlardır. İhmali ve duygusal istismarı ise eşit önem sırasında olarak değerlendirmişlerdir. Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumlarına bakıldığında hekimlerin istismar ve ihmali çeşitleri önem sırası dikkate alındığında pediatric biriminde çalışan hekimlerin %21,1'i ihmali ile karşılaşmış olup, önem sırası bunu etkilememektedir. Önem sırası ise cinsel istismar, fiziksel istismar, ihmali/duygusal istismardır (Tablo 5,6).

Okul öncesi öğretmenlerin istismar ve ihmal çeşitleri önem sırasını en fazla %67,6 oranla cinsel istismar, %60,8'i fiziksel istismar, %66,7'si ihmal, %55,4'ü duygusal istismar olduğunu belirtmiştir. Çocuk istismar ve ihmali ile karşılaşma durumlarına bakıldığında okul öncesi öğretmenlerin %76,7'si duygusal istismarla karşılaşmış olup, önem sırasına bakıldığında ise duygusal istismar en sonda yer almaktadır. Önem sırasına gelince en çok cinsel istismar ardından fiziksel istismar, ihmal ve duygusal istismar olarak sıraladıkları bulunmuştur (Tablo 5,6).

Uncu (2013) araştırmasında iş yaşamı süresince hekimlerin %27,0'ı, hemşire ve ebelerin ise %11,6'sı çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıkları sonucuna varmıştır. Uysal'ın (1998) tez çalışmasında da hemşirelerin %28,4'ünün istismar ve ihmal vakasıyla karşılaştığını belirtilmiştir. Kocaer'in (2006) çalışmasında hekimlerin %52,8'i, hemşirelerin ise %30,1'i çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştığını belirtmiştir. Altınsu'nun (2004) çalışmasında, hemşirelerin %51,8'i ihmal edilen çocukla, %38,4'ü ise istismar edilen çocukla karşılaştıklarını ifade etmiştir.

Akçay'ın (2008) hekimlerle yaptığı araştırmada, hekimlerin %43,3'ü ihmalin daha az zarar verici olduğunu düşünmektedir. Oysa ihmal de derecesine göre daha çok hayati risk oluşturmaktadır.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun 2008 yılında yaptığı çalışmada 7-18 yaş grubundaki çocukların en sık uğradığı istismar ve ihmal türü %51'inin duygusal istismar, %45'inin fiziksel istismar, %3'ünün cinsel istismara ve %25'inin de ihmale uğradığı saptanmıştır.

7.6. HEMŞİRE, HEKİM ve OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMENLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI ve İHMALİNİN BELİRTİ ve RİSKLERİNİ TANILAMA GENEL ÖLÇEK ve ALT ÖLÇEK MADDELERİNE VERDİKLERİ YANITLARIN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımı (Tablo 7, 8, 9)'da incelenmiştir. Genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarından katılımcıların en az 3,00 puan almaları beklenmektedir. 3,00'ün altında puan aldıkları maddeler katılımcıların o madde ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olduklarını ve konuya farkındalıklarının az olduğunu

göstermektedir. Alınması gereken en yüksek değer ise 5,00 olarak belirlenmiştir. Buna göre;

1- İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri;

Yaptığımız çalışmada, istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtiler alt ölçek grubu maddeleri incelendiğinde mesleklere göre puan ortalaması hemşirelerde $3,55 \pm 0,31$, hekimlerde $3,43 \pm 0,29$, öğretmenlerde ise $3,59 \pm 0,33$ olarak bulunmuştur (Tablo 11).

Bilgiç'in (2015) yaptığı araştırmada 'İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri' alt ölçeği grubu için puan ortalaması $3,87 \pm 0,39$ olarak bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde $3,88 \pm 0,40$, hemşirelerde $3,81 \pm 0,36$ 'dır.

Uncu'nun (2013) çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri alt ölçek grubu maddelerinden hekimler $3,81 \pm 0,29$ puan, hemşire ve ebeler ise $3,70 \pm 0,30$ puan almışlardır. Kocaer'in (2006) tez çalışmasında hekimlerin $3,83 \pm 0,38$ puan, hemşirelerin ise $3,77 \pm 0,37$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal'ın (1998) çalışmasında ise hemşirelerin $3,82 \pm 0,38$ puan aldıkları görülmektedir.

Türker'in (2017) yaptığı çalışmada aile hekimlerinin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,20 \pm 0,32$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları ortalaması $4,05 \pm 0,37$ 'dir.

'Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir' ifadesine pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %84,5'i, hekimlerin %94'ü, okul öncesi öğretmenlerinin %89,2'si doğru cevap vermiştir (Tablo 7, 8, 9). Üç meslek grubunun, fiziksel istismarın belirtisi olarak ortaya çıkan bu ifadeyi tanılamada başarılı olduğu saptanmıştır.

Uysal (1998) tarafından gerçekleştirilen hemşire ve ebelere yönelik çalışmada 'Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür' ifadesini doğru bulan hemşireler %82,1'lik orana sahiptir. Aynı araştırmada ebelerin %82,7'si anılan ifadeyi istismar belirtisi olarak görmüştür. Öğretmenlerin bu konuda bilgi ve farkındalığının arttığı görülmektedir. Erol'un (2007), araştırmasında öğretmenlerin, %45,7'sinin 'Çocuğun

yüzünde morluk, yara ve bereler' ifadesini ve % 86,1'inin 'Çocuğun el ve kolunda çürük, bere ve ısırik izleri' ifadesini fiziksel istismar belirtisi olarak tanımladığı anlaşılmıştır

'Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz' ifadesine pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %49,3'ü, hekimlerin %71,9'u okul öncesi öğretmenlerinin %29'u doğru cevaplamışlardır (Tablo 7,8,9). Hekimlerin ekimoz tanılamadaki başarısını ortaya koymaktadır. Okul öncesi öğretmenlerinin ise ekimoz tanılamadaki yetersizliği saptanmıştır. Akçay'ın (2008) çalışmasında ise özellikle fiziksel istismarda deri bulgularının tanınması konusunda hekimlerin bilgi eksiklerinin olduğu saptanmıştır.

İstismar veya kaza sonucu oluşan yaralanmanın ya da yanık ile oluşan lezyonların bulunduğu yer ve istismarın en çok sebep olduğu cilt lezyonu konusunda bilgilerinin yetersiz olması bununla birlikte, çocuğun hastaneye gecikmeli başvurabileceği, öyküde çelişkilerin ve farklı ifadelerin, çeşitli yer ve boyutta lezyonların da bulunabileceğinin farkında oldukları ortaya çıkmıştır.

'Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir' ifadesine pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %49,3'ü, hekimlerin %37,3'ü okul öncesi öğretmenlerinin %35,8'i doğru cevap verdikleri halde hemşirelerin %40,8'i hekimlerin %53,1'i öğretmenlerin %52,9'u kararsız olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 7, 8, 9). Bu sonuçlar doğrultusunda 'Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir' ifadesini üç meslek grubu tarafından da tanımlanamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

'Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür' ifadesine pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %16,9'u, hekimlerin %28,2'si, okul öncesi öğretmenlerinin ise %7,9'u bu ifadeye verdiği cevapla düşük puan almıştır (Tablo 7,8,9).

'Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir' ifadesine pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %19,7'si, hekimlerin %52,8'i okul öncesi öğretmenlerinin %53,2'si doğru cevaplamışlardır. Hekim ve öğretmenler bu maddede kullanılan ifadeye kaza gözüyle bakarken, hemşireler şüpheli yaklaşarak %46,5'i kararsız olduklarını ifade etmektedir (Tablo 7, 8, 9).

Sağlık çalışanları, istismar vakalarını değerlendirirken fiziksel bulguları dikkatle incelemeli hiçbir bulguyu atlamamalıdır kuşkular istismar tanısına kesin bilgiler sağlar. Tanıya götürecek bulgu ve belirtiler konusunda uyanık ve aynı zamanda bilgi sahibi olmalıdır. Özellikle farklı bölgelerde ve farklı iyileşme döneminde olan yaralar ve şüphe uyandıran yaralanma öyküsü, yumuşak doku hasarları, yanıklar, kemik, eklem, beyin ve göz hasarları, iç organlara ait hasarlar, zehirlenmeler ve gelişim geriliklerinin sorulara verilen çelişkili cevaplar istismar tanısını akla getirmelidir (Demir 2012; Bilgiç 2015).

‘Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir’ ifadesine pediatri biriminde çalışan hemşirelerin %57,7’si, hekimlerin %75’i, öğretmenlerin %49,5’i doğru cevaplamışlardır (Tablo 7,8,9). Hemşire ve hekimlerin bu maddeyi tanılamadaki başarısı biraz daha yüksektir.

Literatüre bakıldığında cinsel istismarın çocuktaki etkileri, nedeni bilinmeyen psikolojik kökenli ağrılar (baş, sırt ve cinsel organ ağrıları), bulantı ve kusma, rahim kistleri ve urlar, vajinal enfeksiyonlar akıntı, çeşitli cilt hastalıkları ve alerjiler sık sık karşılaşılan sorunlar arasındadır. Çocuğun bu evrede yaşadığı depresyon, kızgınlık, ve kapanıklık şiddetli öfkenin neden olduğu durumdur (Aydın 2019).

Yaptığımız çalışmada ‘Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir’ ifadesini hemşirelerin %94,4’ü, hekimlerin %100’ü, okul öncesi öğretmenlerinin ise %80,3’ü doğru cevaplamışlardır. ‘Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir’ ifadesini hemşirelerin %87,3’ü, hekimlerin %87,5’i, okul öncesi öğretmenlerinin ise %78,9’u doğru cevap vermişlerdir. ‘Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır’ ifadesini hemşirelerin %78,7’si, hekimlerin 93,7’si, okul öncesi öğretmenlerinin ise %79,9’u doğru cevap vermiştir (Tablo 7,8,9).

Uncu (2013), Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği genel ölçek puanları hemşire ve ebelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Kocaer ve Uncu’nun araştırması ile yaptığımız çalışma birbirine benzerlik göstermektedir, hekimlerin genel ölçek puanları, hemşirelerden az farkla fazladır. Demir’in (2012) de yaptığı çalışmada aile hekimlerinin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek puanları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.

İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerinden cinsel istismar maddeleri incelendiğinde sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi ve farkındalıklarının genel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Hekimler de hemşirelere kıyasla daha fazla doğru cevap sayısına ulaşmıştır. Cinsel istismara ilişkin genital bölgede hasarların olması, erken yaşta gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital bölgede ağrı istismarın fiziksel belirtilerindendir. İstismar ile ilgili alınan detaylı öyküde bu bulguların üzerinde önemle durulması sağlık personelinin olayı tanılamasında kolaylık sağlamaktadır.

2- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri

Yaptığımız çalışmada, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçek grubu maddeleri incelendiğinde mesleklere göre puan ortalaması hemşirelerde $3,53\pm0,41$, hekimlerde $3,62\pm0,34$, öğretmenlerde ise $3,55\pm0,68$ olarak bulunmuştur (Tablo 12).

‘Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.’ ifadesine hemşirelerin %66,2’si, hekimlerin %62,5’i, okul öncesi öğretmenlerinin %55,4’ü bu ifadeye verdiği cevaplar doğru olarak saptanmıştır (Tablo 7, 8, 9). Hemşire ve hekimler ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçek grubunu oluşturan çocuktaki gelişme geriliğinin tespitinde öğretmenlere oranla daha bilgilidirler.

‘Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.’ ifadesine hemşirelerin %87,4’ünün, hekimlerin %96,9’unun, öğretmenlerin % 84,3’ünün verdiği cevaplar doğru olarak saptanmıştır (Tablo 7, 8, 9). Hekimlerin bu ihmalin çocuk üzerindeki belirtilerini tanımada alt ölçek grubuna verdikleri cevapla, hekimlerin farkındalığının fazla olup sırasıyla hemşire ve okul öncesi öğretmenleri takip etmektedir.

Kocaer’in (2006) tez çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki ihmal belirtilerinden hekimlerin $3,54\pm0,39$ puan, hemşirelerin ise $3,41\pm0,52$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal’ın (1998) çalışmasında ise hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinden $4,03\pm0,71$ puan aldıkları belirtilmiştir. Araştırmamızda ihmal belirtileri alt ölçek maddelerinden araştırma grubumuzun Kocaer’in çalışmasına göre yüksek ortalamaya, Uysal’ın çalışmasından ise düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir.

Bilgiç'in (2015) araştırma grubunun 'İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri' alt ölçeği için puan ortalaması $3,92 \pm 0,62$ bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde $3,94 \pm 0,63$, hemşirelerde $3,85 \pm 0,59$ 'dur.

Çocukların ihmali dört başlıkta incelenebilir. Bunlar;

➤ Fiziksel ihmal; çocuğun beslenme, giyim, barınma, temizlik, koruma gibi ihtiyaçlarını karşılamamaktır.

➤ Duygusal ihmal; çocuğun sevgi ihtiyacını karşılamama ona güven vermeme, psikolojik ve duygusal destek olmamaktır.

➤ Eğitim ihmali; çocuğu okula göndermeme, devamlılığına engel olma, eğitim ihtiyaçlarını karşılamamaktır.

➤ Tıbbi ihmal; çocuğun sağlığının tehdit altında olduğu durumlarda tıbbi yardımı geciktirme, reddetmedir (Çatık ve ark. 2006).

3- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler

Yaptığımız çalışmada, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler alt ölçek grubu maddeleri incelendiğinde mesleklere göre puan ortalaması hemşirelerde $3,46 \pm 0,36$, hekimlerde $3,42 \pm 0,31$, öğretmenlerde ise $3,51 \pm 0,39$ olarak bulunmuştur (Tablo 13).

'İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez' ifadesine hemşirelerin %64,9'u, hekimlerin %100'ü, okul öncesi öğretmenlerinin %86,3'ü okul başarısını etkilediğini düşünmüştür. Hekimler alt ölçek grubunun oluşturduğu bu konudaki davranışsal belirtiyi saptamada daha bilinçli olduğu ortaya çıkmıştır.

Uncu'nun (2013) çalışmasında çocuk istismarına ilişkin çocukların davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden hekimler ortalama $3,71 \pm 0,36$, hemşire ebeler ise $3,60 \pm 0,38$ puan almışlardır. Kocaer'in tez çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinden hekimlerin $3,85 \pm 0,45$ puan, hemşirelerin ise $3,87 \pm 0,49$ puan aldıkları belirtilmiştir.

'İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler' ifadesine hemşirelerin %7'si, hekimlerin %3,1'i, okul öncesi öğretmenlerinin %2,5'i çocukların aşırı tepkili olacağını düşünerek doğru cevaplamışlardır, yanlış cevap oranları oldukça yüksektir (Tablo 7, 8, 9). Alanda

yapılan diğer çalışmalarda da yakın sonuçlar elde edilmiştir (Kocaer 2006; Yılmaz 2015; Güzelmansur 2018)

Çocuk istismarı ve ihmalinin davranışsal olarak pek çok belirtisi olmaktadır. Korkma, eve gitmekte isteksiz olma, okul başarısında azalma, okula gitmeme, saldırgan davranışlar, öfke, huzursuzluk, ailesinden ve arkadaşlardan kaçmadır. Severe yaptığı faaliyetlerden uzaklaşma, zayıf benlik algısı, intihar düşünceleri, kendine zarar verici davranışlar, hiperaktif ve beklenmeyen davranışlar, yabancı yetişkinlere yaklaşma, çekingen davranış, ağırlı tedavilere karşı tepkisiz olma, fiziksel temaslarda ölçülü davranma en sık görülen belirtilerdir (Odhayani ve ark. 2013).

‘İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır’ ifadesine hemşirelerin %64,8’i, hekimlerin %78,1’i, okul öncesi öğretmenlerinin %55,9’u alt ölçek gruplarından bu maddeye verdikleri cevapla çocukların karşılaştıkları istismar ve ihmal sonucunda ilaç veya alkol bağımlısı olacaklarını düşünmüşlerdir (Tablo 7, 8, 9).

‘İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler’ ifadesine hemşirelerin %87,3’ü, hekimlerin %100’ü, okul öncesi öğretmenlerinin %83,3’ü alt ölçek gruplarından bu maddeye doğru cevap vermişlerdir. Üç meslek grubunda oranlar birbirine yakın olup, hekimler ifadeyi en iyi tanımlayan grupta yer almaktadır (Tablo 7, 8, 9).

Uncu’nun (2013), yaptığı çalışmada, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği alt gruplarından çocuktaki davranışsal belirti puanları ile gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Çocuk istismarına ilişkin çocukların davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden hekimler ortalama $3,71 \pm 0,36$, hemşire ve ebeler ise $3,60 \pm 0,38$ puan almışlardır. Kocaer’in (2006) tez çalışmasında istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinden hekimlerin $3,85 \pm 0,45$ puan, hemşirelerin ise $3,87 \pm 0,49$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal’ın (1998) çalışmasında ise hemşirelerin istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtilerinden $3,92 \pm 0,39$ puan aldıkları belirtilmiştir

Bilgiç’in (2015), araştırma grubunun ‘İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri’ alt ölçeği için puan ortalaması $3,84 \pm 0,41$ olarak bulunmuştur. Mesleklere

göre puan ortalaması ebelerde $3,84 \pm 0,41$, hemşirelerde $3,81 \pm 0,36$ 'dır. 'İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri' alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Araştırma grubu; 'İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri' alt ölçeğinde yer alan sorulardan en yüksek puanı ($4,66 \pm 0,67$) 'İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarısını etkilemez' sorusundan, en düşük puanı ($2,07 \pm 1,06$) ise 'istismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağırlı verici uyaranlara karşı aşırı tepkilidirler' sorusundan almıştır. Bu alt ölçek için bazı sorularda puan ortalamasının 3'ün altında kalması katılımcıların 'istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri' konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını göstermektedir.

4- İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri

Yaptığımız çalışmada, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek grubu maddeleri incelendiğinde mesleklere göre puan ortalaması hemşirelerde $3,19 \pm 0,35$, hekimlerde $3,21 \pm 0,47$, öğretmenlerde ise $3,24 \pm 0,47$ olarak bulunmuştur (Tablo 14).

'Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar' ifadesine hemşirelerin %15,5'i, hekimlerin %34,4'ü, okul öncesi öğretmenlerinin %20,1'i bu soruyu doğru cevaplamışlardır.

'Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir' istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek grubunda yer alan bu ifadeye üç meslek grubunun verdikleri doğru cevap yüzdelik değerleri hemşirelerin %85,9'u, hekimlerin %93,8'i, okul öncesi öğretmenlerin %84,8'dir. Oranlar birbirine yakın olup ebeveynin alkol ya da madde bağımlısı olması çocuğu olumsuz etkilemektedir cevabını vermektedirler. Alanda yapılan araştırmada, ailenin bağlamsal faktörleri çocuğu fiziksel olarak suistimal etmişse, aile stresiyle ilişkili olan çocukta istismar riskinin yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Salzinger ve ark. 2002).

'Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler' ifadesine hemşirelerin %36,7'si, hekimlerin %18,8'i, okul öncesi öğretmenlerinin %45,5'i bu ifadeyi yanlış cevaplamışlardır. Üç

meslek grubunun annenin zor hamilelik geçirmesi ve ebeveyn olarak çocuğa olan sevgisini da göz önüne aldığı düşünülerek verdiği cevaplara bakıldığında hemşirelerin %39,4'ü, hekimlerin %56,3'ü , okul öncesi öğretmenlerinin % 39,2'si yüksek oranlarla kararsız kaldığını belirtmişlerdir (Tablo 7,8,9).

Tek ebeveyn, anne babanın alkol ya da madde bağımlısı olması, genç yaşta anne olma, planlanmamış ve istenmeyen gebelik, ebeveynlerin daha önce istismara uğramış olması veya şiddet görmesi, aile bireylerinin psikiyatrik hastalık öyküsü, fiziksel veya mental hastalık durumları istismar riskini arttıran ebeveyn özelliklerini göstermektedir (Koçak ve ark. 2011).

Türker'in (2017) çalışmasında, aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,92 \pm 0,48$ iken; hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalaması $3,58 \pm 0,51$ olarak bulunmuştur. Aile hekimlerinin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puanları ortalamaları hemşire ve ebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur .

Bilgiç (2015) çalışmasında grubunun 'İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri' alt ölçeği için puan ortalaması $3,50 \pm 0,49$ olarak saptamıştır. Mesleklerle göre puan ortalaması hemşirelerde $3,42 \pm 0,50$, ebelerde $3,51 \pm 0,48$ olarak bulunmuştur. 'İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri' alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır.

Uncu (2013), İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddeleri puanlarına göre gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimler $3,43 \pm 0,42$, hemşire ve ebeler ise $3,27 \pm 0,46$ puan almışlardır.

Kocaer'in (2006) tez çalışmasında istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimlerin $3,34 \pm 0,48$ puan, hemşirelerin ise $3,13 \pm 0,70$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal'ın çalışmasında ise hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek maddelerinden $3,41 \pm 0,47$ puan aldıkları belirtilmiştir.

Konuyla ilgili alanda yapılan çalışmalara baktığımızda çocuklukta fiziksel ve sözel istismara uğrayanlarda ileriki yıllarda depresyon, madde kullanımı, anti sosyal davranış ve kendi çocuklarını cezalandırma gibi davranış gösterdiklerini

saptanmıştır. İstismara uğrayan çocuklarda yaşanan olumsuzluğun çocuk üzerinde farklı farklı sonuçları olabilmektedir (Aydın 2019).

Araştırma sonuçlarımız konu ile ilgili diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Aşırı ısrarcı olan ebeveynler, annenin yaşı, madde kullanımı, eğitim düzeyi, fiziksel ve mental sorunları olan ebeveynler, olgunlaşmamış kişiliğe sahip olan anne babalar çocuk istismar ve ihmali için risk faktörleri olarak belirtilmektedir.

5- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri

Yaptığımız çalışmada, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubu maddeleri incelendiğinde mesleklere göre puan ortalaması hemşirelerde $3,00\pm0,48$, hekimlerde $2,90\pm0,33$, öğretmenlerde ise $3,05\pm0,54$ olarak bulunmuştur (Tablo 15). Üç meslek grubunun da en düşük puan ortalamasına sahip olduğu alt ölçek sorularıdır, alt ölçekler arasında en düşük puan ortalamasına sahip olması nedeniyle istismara uğrama açısından daha riskli gruptaki çocuklar hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Hekimlerin ortalaması 3'ün altında olduğu için bu soruları yanlış cevapladıkları söylenebilir, hemşireler ve okul öncesi öğretmenleri yanlış cevaplamamış fakat bu konudaki bilgi ve farkındalıkları yetersizdir.

Demir'in (2012) çalışmasında ise alt ölçek puanı ortalaması $3,45\pm0,55$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanlar 'Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır' ifadesinden en yüksek puana $3,94\pm1,01$ ulaşırken, 'Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez' sorusundan en düşük puanı $2,85\pm1,07$ elde etmişlerdir. Bu çalışmada da katılımcıların bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.

Uncu'nun (2013) araştırmasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddeleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir. İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimler $3,41\pm0,49$, hemşire ve ebeler ise $3,21\pm0,50$ puan almışlardır. Her iki grupta tüm alt ölçek maddeleri içinde en düşük puanı bu gruptan almışlardır. Kocaer'in (2006) yaptığı çalışmada istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden hekimlerin $3,77\pm0,48$ puan, hemşirelerin ise $3,72\pm0,55$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal'ın (1998) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek

maddelerinden $3,03 \pm 0,73$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal'ın çalışmasında da hemşireler en düşük puanı bu alt ölçek maddelerinden almışlardır.

Solak'ın (2018), çalışmasına katılan hekimler en yüksek puanı 4,13 ile ‘‘Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır’’ sorusundan, en düşük puanı ise 3,09 ile ‘‘Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez’’ sorusundan almışlardır. Demir (2012) çalışmasında da benzer sonuçlar elde etmiş ve çalışmaya katılan hekimler en yüksek puanı ‘Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır’ sorusundan 3,94 puan, en düşük puanı ise ‘Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez’ sorusundan 2,85 puan almışlardır. Türker'in (2017) çalışmasında ise hekimler en yüksek puanı benzer şekilde ‘Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır’ sorusundan 4,18 puan, ‘‘Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur’’ sorusundan en düşük puan 3,06 almışlardır.

Yaptığımız araştırmada ‘Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.’ ifadesine hemşirelerin %63,4’ü, hekimlerin %81,3’ü, okul öncesi öğretmenlerinin %53,4’ü bu ifadeyi doğru bulmayarak oldukça yüksek oranda bebeklerin istismara uğrama risklerinin de fazla olacağının farkındadırlar. ‘Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.’ ifadesine baktığımızda hemşirelerin %56,3’ü, okul öncesi öğretmenlerinin %52,4’ü doğru cevaplarırken, hekimlerin %50’si yanlış cevaplamışlardır (Tablo 7, 8, 9).

Öğretmenlerin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada çocuk istismarı ile ilgili raporlanan vakaların bildiriminde cinsiyetin öneminin olmadığı ortaya çıkmıştır (Kenny 2001).

‘Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez’ ifadesine hemşirelerin %25,3’ü, hekimlerin %28,1’i, okul öncesi öğretmenlerinin %14,2’si doğru cevap vermişlerdir. Bebeklerin prematüre ve düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya gelmesi onların istismar ve ihmal olasılığını arttıracığı düşünülürken üç meslek grubunun doğru cevaplara oranla kararsız cevaplarının oranı fazladır. Kararsız kalan meslek gruplarının oranlarının ortalaması ise %40,6’dır. Bu sonuçlar doğrultusunda yaptığımız çalışmada üç meslek grubunun da bilgi eksikliği olduğu ortaya çıkmaktadır.

Kocaer'in tez çalışmasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden alt ölçek puan ortalamaları hekimlerin $3,77\pm0,48$ puan, hemşirelerin ise $3,72\pm0,55$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal'ın (1998) çalışmasında ise hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden $3,03\pm0,73$ puan aldıkları belirtilmiştir. Uysal'ın çalışmasında da hemşirelerin en düşük puanı aldığı alt ölçek maddelerinden olmuştur.

Bilgiç'in (2015), çalıştığı araştırma grubunun 'İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri' alt ölçeği için puan ortalaması $3,28\pm0,53$ olarak bulunmuştur. Mesleklere göre puan ortalaması ebelerde $3,31\pm0,54$, hemşirelerde $3,14\pm0,46$ 'dır. 'İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri' alt ölçeği puan ortalamasına göre hemşire ve ebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

6- Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler

Yaptığımız çalışmada, çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikleri alt ölçek grubu maddeleri incelendiğinde mesleklere göre puan ortalaması hemşirelerde $3,28\pm0,33$, hekimlerde $3,33\pm0,29$, öğretmenlerde ise $3,35\pm0,42$ olarak bulunmuştur (Tablo 16).

Kabakoğlu'nun (2018) araştırmasına katılan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaliinin belirti ve risklerinin tanılama genel ölçek toplam puan ortalaması $3,65\pm0,35$, çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek puan ortalaması $3,71\pm0,58$ olarak bulunmuştur.

Uncu'nun (2013) yaptığı çalışmada çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek maddeleri ortalama puanları gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Çocuk istismarı ve ihmaliine ilişkin ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden hekimlerin aldığı puan ortalaması $3,71\pm0,54$, hemşire ve ebelerin ise $3,60\pm0,58$ puan aldıkları bulunmuştur. Uysal'ın (1998) çalışmasında hemşirelerin çocuk istismar ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden $4,05\pm0,59$ puan aldıkları belirtilmiştir. Kocaer'in (2006) çalışmasında ise çocuk istismar ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden hekimlerin $3,71\pm0,31$, hemşirelerin ise $3,61\pm0,33$ puan aldıkları belirtilmiştir.

Çalışmamızda ‘Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir’ ifadesine hemşirelerin %42,2’si, hekimlerin %56,3’ü, okul öncesi öğretmenlerinin %33,3’ü doğru cevap vermişlerdir. ‘Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar’ ifadesine hemşirelerin %84,5’i, hekimlerin %100’ü, okul öncesi öğretmenlerinin %80,4’ü aile içi şiddetin çocuk istismar ve ihmalinde ailesel özellikler alt grubunun oluşturduğu bu ifade üç meslek grubu tarafından doğru cevaplanmıştır.

Bilgiç (2015), çalıştığı araştırma grubunun, ‘Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler’ alt ölçeği için puan ortalaması $3,85 \pm 0,52$ ’dir. Mesleklerle göre puan ortalaması ebelerde $3,86 \pm 0,53$, hemşirelerde $3,81 \pm 0,50$ olarak saptanmıştır. ‘Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler’ alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Düşük sosyoekonomik durum, geniş ve kalabalık aile, sosyal izolasyon, stres seviyesinin fazla oluşu, ailede yaşanmış istismar öyküsü, parçalanmış aile, üvey anne baba varlığı gibi etkenler istismar riskini arttıran ailesel özellikler arasında yer almaktadır (Bilgiç 2015).

Çalışma sonuçlarımız alanda yapılan diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Alt ölçek grubunun puan ortalaması 3’ün üzerinde olması soruları doğru cevapladıklarını fakat bu konuda bilgi ve farkındalık düzeylerinin yetersiz olduğu da söylenebilir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Pediatric biriminde çalışan hemşire, hekim ve okul öncesi öğretmenlerinin; çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan araştırmaya üç meslek grubundan 307 kişi katılmıştır. Araştırmamıza katılan hemşire sayısı 71, hekim sayısı 32 ve okul öncesi öğretmenlerinin sayısı da 204'tür.

8.1 SONUÇ

- Araştırmaya dahil edilen pediatric biriminde çalışan 71 hemşirenin %97,2' si kadın, %2,8'i erkektir. Hemşirelerin %54,9'u evli, %53,5'i çocuk sahibi değildir. Hemşirelerin %53,5'i 19-29 yaş grubundadır. Hemşirelerin %69,0'ı altı ay ile on iki yıl arası pediatric biriminde hemşire olarak görev yapmaktadır.
- Araştırmaya dahil edilen 71 hemşirenin %49,3'ü çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almış, %50,7'si eğitim almamıştır. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alındığında yeterli olduğunu düşünenler %21,1 orana sahiptir. Çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşıldığında hemşirelerin %54,9'u kendini yeterli bulmaktadır. Hemşirelerin %91,5'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak istediği bulunmuştur.
- Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları ele alındığında %63,4'ü vakayla karşılaştığını belirtmiştir. Hemşirelerin %22,5' i istismar ve ihmal çeşitlerinden fiziksel istismarla, %19,7'si cinsel istismarla, %8,5'i duygusal istismarla, %12,7'si ise ihmal vakasıyla karşılaşmıştır. Hemşirelerin %100'ü vakayla karşılaştığında bildirim yapacağını belirtmiştir.
- Çocuk istismarı ve ihmaliye yönelik çalıştıkları kurumda pediatric biriminde çalışan hemşirelerin %25,4'ü çocuk istismarı ve ihmaliye yönelik uygulanan prosedür olduğunu belirtirken %74,6'sı uygulanan bir prosedür yoktur cevabını verdikleri bulunmuştur.
- Pediatric biriminde çalışan hemşirelere göre istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırası %73,2'lik dağılımla cinsel istismar, %63,4'lük dağılımla fiziksel istismar,

%54,9'luk dağılımla duygusal istismar ve %62,0'luk dağılımla ihmal olarak saptanmıştır.

- Hemşireler, çocuk istismar ve ihmal çeşitlerinden en çok karşılaşılan istismar türünün %35,5 oranla cinsel istismar olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan hemşireler, 'İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri' alt ölçek grubundan en yüksek puanı 'Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir' maddesinden alırken ($4,43 \pm 0,52$) en düşük puanı 'Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz' maddesinden ($2,14 \pm 0,93$) aldığı saptanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan hemşireler çocuktaki ihmal belirtileri alt ölçek grubundan en yüksek puanı 'Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir' maddesinden ($4,26 \pm 0,84$) puan alırken en düşük puanı 'Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.' maddesinden ($2,85 \pm 1,21$) puan aldıkları bulunmuştur.
- Hemşireler, istismar ve ihmalde çocuktaki davranışsal belirtiler alt ölçek grubundan en yüksek puanı 'İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar, ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler' maddesinden ($4,25 \pm 0,75$) alırken, en düşük puanı 'İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.' maddesinden ($1,59 \pm 0,91$) aldıkları saptanmıştır.
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek grubundan hemşireler en yüksek puanı 'Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir' maddesinden ($4,12 \pm 0,77$) puan almıştır. En düşük puanı ise 'Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez maddesinden ($2,08 \pm 0,90$) almıştır.
- Hemşireler, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubundan en yüksek puanı 'Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur' maddesinden ($3,36 \pm 1,25$) alırken, en az puanı 'Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır' maddesinden ($2,18 \pm 0,93$) aldıkları bulunmuştur.
- Hemşireler, çocuk istismar ve ihmaline yatkın ailesel özellikler alt ölçek grubundan en yüksek puanı aldıkları madde 'Evlilik dışı ilişkiler çocukların

istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.’ olmuştur ($3,98 \pm 0,64$), en düşük puanı ise ‘Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.’ maddesinden ($2,02 \pm 0,82$) aldığı saptanmıştır.

- Araştırmaya dahil edilen pediatri biriminde çalışan 32 hekimin % 71,9’ u kadın, % 28,1’i erkektir. Hekimlerin %84,4’ü bekardır. Hekimlerin hiçbiri çocuk sahibi değildir. Hekimlerin %15,5’i 30-40 yaş grubundadır. Hekimlerin yaş ortalaması aralığı 23 ± 25 yaş olarak belirlenmiştir. Hekimlerin tamamı altı ay ile on iki yıldır pediatri biriminde görev yapmaktadır. Hekimlerin meslekte çalışma sürelerine ilişkin ortalaması 8 ± 11 yıl olarak bulunmuştur.
- Araştırmaya dahil edilen 32 hekimin %68,8’i çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almıştır, eğitim alanların %53,1’i eğitimin yeterli olmadığını düşünmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşıldığında hekimlerin %71,9’u kendini yeterli bulmamaktadır ve %96,9’u çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak istemedikleri saptanmıştır.
- Araştırmaya dahil edilen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları ele alındığında %75’i iş yaşamı sürecinde vakayla karşılaştığını belirtmiştir. Vakayla karşılaşan hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusuna ilişkin istismar ve ihmal çeşitlerinden %56,3’ü fiziksel istismardır. Hekimlerin tamamının çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştığında bildirim yapacağı tespit edilmiştir.
- Pediatri biriminde çalışan hekimlerin %28,1’i çocuk istismarı ve ihmaline yönelik uygulanan prosedür olduğunu belirtirken, aynı kurumda çalışan hekimlerin %71,9’u uygulanan bir prosedür yok cevabını vermiştir.
- Pediatri biriminde çalışan hekimlere göre istismar ve ihmal çeşitlerinin önem sırası %78,1’lik dağılımla cinsel istismar olduğunu belirtmişlerdir. Hekimler, istismar ve ihmal çeşitlerinden en çok karşılaşılan istismar türünün ise %21,1 ile ihmal olduğunu belirtmişlerdir.
- Araştırma kapsamına alınan hekimler, ‘İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri’ alt ölçek grubundan en yüksek puanı ‘Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir’ maddesinden ($4,56 \pm 0,61$) almıştır. En düşük puanı ise ‘Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde

görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.’ maddesinden ($1,59\pm0,71$) aldıkları bulunmuştur.

- Hekimler, çocukta ihmal belirtileri alt ölçek maddelerinden en yüksek puanı ‘Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.’ maddesinden ($4,50\pm0,50$) alırken, en düşük puanı ise ‘Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir’ maddesinden ($2,18\pm0,82$) aldıkları saptanmıştır.
- İstismar ve ihmalde çocukta davranışsal belirtiler alt ölçek grubunda hekimlerin en yüksek puan aldıkları madde ‘Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.’ dir ($4,53\pm0,50$), en düşük puan ise ‘İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez’ maddesi ($1,34\pm0,48$) aldıkları saptanmıştır.
- Hekimler, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek grubuna verdikleri cevapta ‘Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir’ maddesi ($4,28\pm0,88$) en yüksek puanı almıştır. ‘Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez’ maddesi ise en düşük puanı ($1,59\pm0,75$) aldıkları tespit edilmiştir.
- Hekimler, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubuna verdikleri cevapta ‘Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır’ maddesi ($3,28\pm1,14$) en yüksek puanı almıştır, ‘Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.’ maddesinden ise en düşük puanı ($1,96\pm0,73$) aldıkları bulunmuştur.
- Araştırma kapsamında, çocuk istismarı ve ihmeline yatkın ailesel özellikler alt ölçek grubunda hekimlerin verdikleri cevaplara göre en yüksek puan ‘Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.’ maddesidir ($4,18\pm0,39$), ‘Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.’ maddesi ($1,96\pm0,69$) ise en düşük puanı aldıkları tespit edilmiştir.
- Araştırma dahil edilen 204 okul öncesi öğretmenden % 98,5’i kadındır. Öğretmenlerin %72,1’i evli. Öğretmenlerin %66,7’si çocuk sahibi ,%47,5’i 30-40 yaş grubunu oluşturmaktadır. Öğretmenlerin %59,6’sı altı ay ile on iki yıldır görev yapmakta ve meslekte çalışma süresi ortalamaları 14 ± 16 yıl arasında farklılık göstermektedir.

- Araştırmaya dahil edilen 204 okul öncesi öğretmenin %67,2'si çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Aldıkları eğitimin yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %40 olarak ortaya çıkmaktadır. Araştırmada çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşıldığında öğretmenlerin %55,9'u kendini yeterli bulmamakta ve %84,8'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak istediği bulunmuştur.
- Araştırmaya dahil edilen okul öncesi öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma durumları ele alındığında %82,8'i vakayla karşılaşmadığını belirtmiştir. Öğretmenlerin %82,8'i iş yaşamı boyunca herhangi bir vakayla karşılaşmamıştır. %7,4'ü istismar ve ihmal çeşitlerinden fiziksel istismarla karşılaştığını belirtmiştir. Öğretmenlerin %99'u vakayla karşılaştığında bildirim yapacağını belirtirken %1'i vakayla karşılaştığında bildirim yapmayacağı sonucuna ulaşmıştır.
- Okul öncesi öğretmenlerinin %80,9'u çocuk istismarı ve ihmeline yönelik uygulanan prosedür olmadığını belirtmişlerdir.
- Okul öncesi öğretmenleri de istismar ve ihmal çeşitlerinden en önemli çeşidinin %67,6'lık dağılımla cinsel istismar ve en çok karşılaşılan istismar türünün ise %76,7 oranla duygusal istismar olduğunu belirtmişlerdir.
- Araştırma kapsamında, okul öncesi öğretmenleri istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine ait alt ölçek grubundan aldıkları en yüksek puan 'Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir' maddesidir ($4,44 \pm 0,73$), 'Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz' maddesi ($2,66 \pm 0,81$) ise en düşük puanı aldıkları bulunmuştur.
- Okul öncesi öğretmenleri çocuktaki ihmal belirtileri alt ölçek grubundan, aldıkları en yüksek puan 'Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir' maddesidir ($4,48 \pm 0,59$), 'Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir' maddesinden ($2,88 \pm 1,0$) ise en düşük puanı aldıkları saptanmıştır.
- İstismar ve ihmalde çocukta davranışsal belirtiler alt ölçek grubu maddelerinden 'İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler' en yüksek puanı ($4,42 \pm 0,70$) almıştır, 'İstismar

ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez' maddesi ($1,63 \pm 0,97$) ise en düşük puanı aldıkları bulunmuştur.

- Okul öncesi öğretmenleri, çocukta istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek grubundan en yüksek puanı 'Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir' maddesinden ($4,24 \pm 0,78$) en yüksek puanı almışlardır, 'Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez' maddesinden ($2,55 \pm 1,13$) ise en düşük puanı aldıkları saptanmıştır.
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubundan öğretmenler en yüksek puanı 'Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez' maddesinden ($3,45 \pm 1,0$), en düşük puanı ise 'Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır' maddesinden ($2,41 \pm 1,06$) aldıkları tespit edilmiştir.
- Okul öncesi öğretmenlerinin, istismar ve ihmale yatkın çocukların ailesel özellikleri alt ölçek grubundan en yüksek puanı 'Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir' maddesinden ($4,06 \pm 0,75$), en düşük puanı 'Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz' maddesinden ($2,09 \pm 0,88$) aldıkları saptanmıştır.

8.2 ÖNERİLER

1. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde pediatri biriminde çalışan hemşirelerin büyük sorumluluğu vardır, bu nedenle hemşirelerin risk faktörlerini tespit edip çocukların tedavi ve takibinin yapılması ile ilgili gerekli donanıma sahip olması sağlanmalıdır.

2. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için mesleklerinin kazandırdıkları beceri ve yetenek doğrultusunda hemşire, hekim ve öğretmenlere özel, anlaşılabilir ve çocuk haklarını da içeren detaylı eğitim programı düzenlenmeli ve belirli periyotlarla tekrarlanmalıdır.

3. Hemşire ve hekimler, prematüre doğan, planlanmamış gebelik sonucu dünyaya gelen, fiziksel veya mental özürlü bebeklerin takibi ve bakımı konusunda aileye yol gösterici olmalıdır, rutin takipler sırasında çocuktaki istismar ve ihmal bulgularını saptayabilecek bilgi ve deneyime sahip olmaları gerekmektedir.

4. Çocuk istismarı ve ihmali şüphesi ile karşılaşıldığında, hemşire, hekim ve öğretmenlere kolaylık sağlayacak, anlaşılabilir dilde bir form ya da danışmanlık hizmeti verecek birim geliştirilmelidir. Sonuca ulaştırmada hızlı ve çocuğun yüksek yararı doğrultusunda yol gösterici multidisipliner işbirliği içinde olmalıdır. Çalışanlara bu prosedürün işleyişi anlatılarak bu konuda bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.

5. Okul öncesi öğretmenleri çocukları ailelerinden sonra en çok gören kişilerdir. Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili yeterli donanıma sahip olmaları gereklidir. Bu konuda öğretmenlere gerekli seminer ve eğitim programı uygulanmalıdır.

6. Hemşire, hekim ve öğretmenler herhangi bir vaka ile karşılaştıklarında yasal sorumluluklarının (konuya ilişkin yasa maddeleri, yaptırımlar, izlenmesi gereken yasal süreç, rehabilitasyon kuruluşları, bu kuruluşlarla nasıl iletişime geçileceği vb.) farkında olmaları ve haklarını korumayı da bilmeleri gerekmektedir bu konuda gerekli eğitim sağlanmalıdır. Yapılan değişikliklerle tekrarlanıp güncellenmelidir.

9.KAYNAKLAR

Açık Y, Deveci E, Yıldırım M, Okur İ. Bir Fiziksel İstismar Olgusu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi 2003; 20(Suppl. 2): 92-96.

Adalı N. 10-12 Yaş Grubu Çocuk İstismarı Ebeveyn Ve Çocuk Bilgilendirme Çalışması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı (Klinik) Psikoloji Anabilim Dalı, Tezsiz Yüksek Lisans (Danışmanı: Doç. Dr. G. Erden). Ankara, 2007.

Akar T. Sarsılmış Bebek Sendromu. Çocuk İstismarı Ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Ankara Üniversitesi Basım Evi: Ankara; 2007, s: 47.

Akbayrak N. Okul Öncesi Öğretmenlerinin Sınıf Yönetiminde Çocuklarla Olan İletişim ve Etkileşim Durumlarının Çocuk İhmali Kapsamında Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. N. K. Turaşlı). Bursa, 2018.

Akçay Ş. İstanbul Üniversitesine Bağlı Tıp Fakültelerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dallarına ile Travma ve Acil Cerrahi Birimlerinde Görev Yapan Son Dönem Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi, Deneyim ve Davranışlarını Belirleme Araştırması. İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. S. U. Baysal). İstanbul, 2008.

Akdaş A. Çocuk istismarı tarama anketi: Geliştirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Doç. Dr. G. Oral). İstanbul, 2005.

Akgiray A. Çocuk İstismarı: 8-10 Yaş Çocuklarda İstismarı Önleme Yöntemleri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Tezsiz Yüksek Lisans (Danışmanı: Doç. Dr. G. Erden). Ankara, 2007.

Aktürk S. Avrupa birliği sürecinde Türkiye’de çocuk hakları ve güvenliği. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. M. Güneş). Hatay, 1998.

Akyüz E. Çocuk Hakları Bildirisi ve Türk Hukuk Sistemi. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1980; 13 (Suppl. 2):264-340.

Akyüz E. Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin Temel İlkeleri Işığında Çocuğun Eğitim Hakkı. Millî Eğitim Dergisi 2001; 151(Suppl.): 14.

Akyüz E. Çocuk Hukukunun Gelişimi ve Çocuk Koruma Sisteminin Değerlendirilmesi. I. Türkiye Çocuk Hak Kongresi Yetişkin Bildir Kitabı-2. Çocuk Vakfı Yayın: İstanbul; 2011, s:17-42.

Alikaşifoğlu M. Fiziksel İstismar. İstanbul Tabip Odası Süreli Bilimsel Yayını 2002; 15(Suppl. 2): 149-153.

Altıparmak S. Child Abuse and neglect of the body effects on children. Çocuk Dergisi 2008; 8(Suppl.): 349.

Altunsu B. A. Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar Ve İhmalini Tanıyabilmeleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. H. Pek). İstanbul, 2004.

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics. 1991; 87:254-260.

Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi 2001; 151(Suppl.):37.

Avcı A. Tahiroğlu A.Y. Cinsel İstismar, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Golden Print: İstanbul; 2007, s: 721-736.

Azizoğlu M. Lise Ergenlerinde Duygusal İstismarın Başarıya Etkisi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. E. Okur). İstanbul, 2009.

Bahadır V. Öğrencilerinin Çocuk İstismarı Ve İhmali Hakkında Bilgi, Tutum Ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi İle Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. T. M. Alvur). Kocaeli, 2018.

Ballı Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran Çocuk İstismarı ve ihmali Olgularının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Evliyaoğlu). Adana, 2010.

Bartholdsson O. Corporal Punishment of Children and change of attitudes. Children & Society 2001; 21(Suppl.): 446-457.

Baysal S. U, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmali. Türkiye Milli Pediatri Derneği ve Sosyal Pediatri Derneği Ortak Kılavuzu 2014; 2(Suppl.): 1-9.

Bilgi İ. Reklamların Çocuk İstismarına Etkisi ve 7-9 Yaş Grubu Çocukların Reklamları Değerlendirme Düzeyi. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. M. Sarıkaya). Yalova, 2014.

Bilir S, Arı M, Dönmez N.B, Atık B, San P. Türkiye'nin 16 İlinde 4-12 Yaşları Arasındaki 50.473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna İlişkin Problem Durumlarının İncelenmesi. Aile ve Toplum Dergisi 1991; 1(Suppl.): 57-70.

Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim 2006; 22(Suppl.14):89-94.

Canbulut T. Türkiye'de Çocukların Katılım Hakkı Üzerine Bir Derleme. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2014; 1(Suppl. 2):85-94.

Cılga, A. Çocuk hakları ve eğitimi. Milli Eğitim Dergisi 2001; 151(Suppl.)

Cirit C. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları. Mersin Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman Doç. Dr. R. Yiğit). Mersin, 2015.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. 7. basım. Remzi Kitapevi: İstanbul; 2003, s: 377.

Çakmak S. Sokakta çalışan çocuklar üzerine örnek bir müzik eğitimi uygulaması. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. H. Arapgirlioğlu). Malatya, 2013.

Çatık A. E, Çam O. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 22(Suppl. 2):103-119.

Çeçen A.R. Çocuk cinsel istismarı: Sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2007; 4(Suppl.):1-17.

Doğan G. Ö. Çocuk Hakları Eğitiminde Uzman Sınıf Öğretmenlerin Perspektifinden Etkili Çocuk Hakları Eğitimi: Anlayışlar Ve Uygulamalar. Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Temel Eğitim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Öztürk). Gaziantep, 2017.

Doğan İ. Çocuk Hakları Açısından Türkiye’de Çocuk Olgusu. Milli Eğitim Dergisi 2001; 151(Suppl.).

Dervişoğlu S. Çocuk İstismarı Ve İhmali Açısından Sokakta Çalışan Çocuklar Ve Avrupa Birliği Uygulamaları. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Avrupa Birliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışmanı Prof. Dr. F. S. Akıncı). İstanbul, 2012.

Dikmen A, İnce H, Küntay E, ve ark. Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmali ve İstismarı El Kitabı. 1. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi, Çocuk Vakfı Yayınları: İstanbul; 2011.

Dilsiz H, Mağden D. Öğretmenlerin Çocuk İstismar Ve İhmali Konusunda Bilgi Ve Risk Tanıma Düzeylerinin Tespit Edilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015; 1(Suppl. 2):678-694.

Doğan İ. Akıllı küçük. Sistem Yayıncılık: İstanbul; 2000.

Dönmez E. Çocuk Gelişimi Bilim Dalı Okul Öncesi Eğitimi Öğretmenleri ve Velilerin Çocuk İstismarına ve İhmaline Yönelik Görüşleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Y. Erişen). Konya, 2009.

Dönmez E. Çocuk Gelişimi Bilim Dalı Okul Öncesi Eğitimi Öğretmenleri ve Velilerin Çocuk İstismarına ve İhmaline Yönelik Görüşleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Y. Erişen). Konya, 2009.

Dubowitz H, Giardino A, Gustavson E. Child neglect. Guidance for pediatricians. A conceptual definition of child neglect. Pediatr Rev 2000; 21(Suppl.): 111-116.

Erbay E. Çocuk Hakları. Yeni İnsan Yayınevi: İstanbul; 2013, s:1-35.

Erkman F. Çocukların Duygusal Ezimi, Çocukların Kötü Muameleden Korunması. I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı. Gözde Repro Ofset: Ankara; 1991, s: 163–168.

Erol D. Okulöncesi Eğitim Kurumlarında Görev Yapan Öğretmenlerin, Çocuklardaki Fiziksel İstismar Belirtilerine İlişkin Farkındalıkları. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Öztürk). Eskişehir, 2007.

Faller K.C. Social Work With Abused and neglected Children: A Manual of İnterdisciplinary practice. New York: Free Press. 1981.

Fazlıoğlu Z. Çocuk Hakları Sözleşmesinde Yer Alan ‘Çocuk Hakları’ Konusunda Öğretmenlerin Ve Yöneticilerin Bilinç Düzeyleri. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. H. Ekşi). İstanbul, 2007.

Fırat S, İltaş Y, Yılmaz Işık B. Ş. Ruhsal Ve Hukuki Yönleriyle Çocuk İstismarı Çocukların Cinsel Dokunulmazlığına Karşı Suçlar. Akademisyen Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama A. Ş.: Ankara; 2016, s:4-10.

Fırat S. İstismara ve İhmale Uğramış Çocukların Tedavi ve Rehabilitasyonu: Bir Yataklı Merkez Modeli. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. N. Çekin). Adana, 2007.

Finkelhor D. The İnternational Epidemiology Of Child Sexual Abuse. Child Abuse and Neglect 1994; 18(Suppl.): 409-417.

Franklin B. Çocuk Hakları. Çeviren: Türker A. Ayrıntı Yayınları: İstanbul; 1993, s:36-37.

Giardino Angelo P, Christian Cindy W, Giardino Eileen R. A Practical Guide to the Evalution of Child Physical Abuse and Neglect. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1997.

Gutmann M. E, Solomon E. S. Family violence content in dental hygiene curricula. A National Survey 2002; 66 (Suppl. 9): 999–1005.

Güner Ş. İ, Güner S, Şahin M. H. Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar. Van Tıp Dergisi 2010; 17(Suppl. 3): 108-113.

Hill M, Tisdall K. Children and Society. London:Longman. 1997, s: 27.

Hlady J. Child neglect: Evaluation and Management. British Columbia Medical Journal 2004; 46(Suppl.): 77-81.

Irmak T. Y. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. Ş. Aksel). İzmir, 2008.

İşeri E. Cinsel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı'nda. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları: Ankara; 2008, s: 470-477.

Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. S. Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47(Suppl.): 140-151.

Karakuş M, İnce H, İnce N. Türkiye'de Filisid Olguları. İstanbul Tıp Mecmuası 2002; 65(Suppl. 3):194-197.

Kartal P. M. Türk Ceza Hukuku'nda Çocuklara Cinsel İstismarı. Der Kitabevi Yayınevi ve Dağıtım Paz. Ltd. Şti: İstanbul; 2014, s: 5-7.

Kaya İ. Ergenlerin Çocukluk Dönemi İstismar Yaşantıları İle Davranış Problemleri Ve Psikolojik Sağlamlıkları Arasında İlişkinin İncelenmesinde Otomatik Düşünceler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilimdalı, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. A. R. Ç. Eroğul). Adana, 2015.

Kempe H. A B C of Child Abuse. British Medical Journal: 1989, s. 1-10.

Kenny M. C. Child Abuse Reporting: Teachers' Perceived Deterrrrents. Child Abuse & Neglect 2001; 25(Suppl.): 81-92.

Kepenekçi Y.K. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi 2001; 3(Suppl.):262.

Kepenekçi Y.K, Nayır F. Çocukların Ana Babaları Tarafından İstismar Ve İhmaline İlişkin Sınıf Öğretmenlerinin Görüşleri. Akademik Sosyal Bilimler Çalışmaları Dergisi 2012; 5(Suppl.): 440-445.

Kocaer Ü. Hekim Ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. S. Kuşuoğlu, Prof. Dr. M. A. İnancı). İstanbul, 2006.

Koç F, Aksit S, Tomba A, Aydın C, Koturoğlu G, Çetin Korkmaz S, Aslan A, Halıcıoğlu O, Erşahin E, Turhan T, Çelik A, Şenol E, Kara S, Solak U. Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. Türk Pediatri Dergisi 2012; 47(Suppl.):119-124.

Koçak C, Büyükgönenç L. Toplumdaki Bireylerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Bilgi Ve Görüşleri. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011; 1(Suppl.):89-104.

Kozcu Ş. 'Çocuk İstismarı ve İhmali' Aile Yazıları. TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları. Cilt 3. Devran Matbaası: Ankara; 1990.

Korkut Ş. Lise Öğrencilerinde Çocukluk Örselenme Yaşantıları Ve Öfke İfade Biçimleri İle Benlik Saygısı Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. A. R. Ç. Eroğul). Adana, 2012.

Köknel Ö. Kimliğini Arayan Gençliğimiz. Altın Kitapları Yayınevi: İstanbul; 2001, s: 63-69.

Kural D. Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Diş Hekimlerinin Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman Prof. Dr. İ. Tanboğa). İstanbul, 2014.

Kürklü A. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Şensoy). Afyonkarahisar, 2011.

Lordoğlu K. Oyun Yerine İş, Çocuk Çalışması, Çalışan Çocuklar, İlköğretim Müfettişlerini Bilgilendirme Semineri. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı: İstanbul; 1995.

Mayall B. Çocuk Hakları ile İlgili Çocukluk Dönemi Sosyolojisi. Çev: Aydoğmuş Ördem Ö. International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic: Ankara; 2016, 161-176.

Meadow R. Different interperations of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse and Neglect 2002; 26(Suppl.): 501-508.

Müftü G. Çocukların Hakları. Milli Eğitim Dergisi (Çevrimiçi) 2001;151(Suppl.6)123-131.

Odhayani A, Watson W. J, Watson L. Behavioural Consequences Of Child Abuse. Can Fam Physician 2013; 59 (Suppl.): 831-836.

Özcebe H., Küçük Biçer B., Çetin E., Yılmaz M., Zakirow F. 0-10 Yaş Aralığında Çocuğu Olan Babaların Çocuk Sağlığı ve Bakımındaki Rollerini. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011;54 (Suppl. 2):70-78.

Özcan M. C. İstismar Ve İhmalin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel Ve Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. A. Çelebioğlu). Erzurum, 2010.

Özcan R. B, Şahin T. N. Okul Öncesi Eğitim Alan 0-6 Yaş Grubu Çocuklarının Velilerinin Aşırı Koruyucu Tutum ve Davranışları ile Çocuk Hakları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Gündem Çocuk Derneği. Kocaeli, 2013.

Öztürk S. Çocuklarda Duygusal İstismar. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. B. Özcan). Elazığ, 2007.

Pişi D. İstismar Ve İhmale Uğrayan Çocukların Psiko-Sosyal Özellikleri. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. A. M. Aktaş). Konya, 2013.

Polat H. Türk hukukunda çocukların cezai sorumluluğu ve yargılanmalarındaki özellikler üzerine bir inceleme. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2010; 23(Suppl. 90):64-100.

Polat O. Çocuk ve Hakları. Analiz Yayınları: İstanbul; 1997.

Polat O. İstanbul Ve Türkiye Geneline Güç Koşullardaki Çocuklar Açısından Çocuk Haklarının Durumu. Birinci İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı. Umut Matbaası: İstanbul; 2000, s:15-36.

Polat O. Çocuk ve Şiddet. DER Yayınları: İstanbul; 2001, s: 138-150.

Polat O. Klinik Adli Tıp. Çocuk İstismarı. Seçkin Yayıncılık: Ankara; 2004, s:85-133.

Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Önleme Ve Rehabilitasyon 2. Seçkin Yayıncılık: Ankara; 2007, s:260-280

Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Tanımlar 1. Seçkin Yayıncılık: Ankara; 2007, s:345-350.

Salzinger S, Feldman R. S, Ng-Mak D. S, Mojica E, Stockhammer T, Rosario M. Effects of partner violence and physical child abuse on child behavior: A study of abused and comparison children. journal of family violence 2002; 17(Suppl. 1): 23-52.

Sarıbeyoğlu N. S. Lise Öğrencilerinde Aile İçi Çocuk İstismarı İle Zorbalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. E. İ. Gazioğlu). İstanbul, 2007.

Selvi Y, Özdemir PG, Atli A, Kıran SG. Aile İçi Cinsel İstismar Sonrası Zedelenmiş Cinsellik: Kompulsif Cinsel Davranışları Olan Bir Olgu Sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011; 24(Suppl.):85-8.

Senemoğlu, N. Çocuk Hakları, Çalışan Çocuklar ve Eğitim Sorunları. Milli Eğitim Dergisi 2001; 151(Suppl.).

Serozan R. Çocuk Hukuku. Vedat Kitabevi: İstanbul; 2005, s:3.

Sidebotham P, Heron J. Child Maltreatment In The 'Children Of Nineties' The Role Of Child Abuse And Neglect 2003; 27(Suppl. 3): 337-352.

Taçıyıldız Ç. S. Cinsel İstismar Suçlularında Ebeveyn Kabul/Reddi (Baba) Ve Çocukluk Dönemi Kararlarının İşlenen Suça Etkisi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. N. Varol). İstanbul, 2013.

Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı Ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35(Suppl.):82-86.

Topbaş M. İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(Suppl.): 76-80.

Travin S, Bluestone H, Coleman E, Cullen K. Pedophilia: An update on theory and practice. Psychiatric Quarterly 2001; 57(Suppl.): 89-103.

Tower C.C. Understanding child abuse and neglect. USA: Pearson Education Inc. 2005.

Tugay D. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. S. Kuşuoğlu). İstanbul, 2008.

Turla A. Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularına Tıbbi Yaklaşım. OMÜ Tıp Dergisi 2002; 19(Suppl. 4):291-300.

Turla A, Aker S, Canbaz S, Pekşen Y. Samsun Merkez Sağlık Ocağı'nda görev yapan Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali konusunda bilgi ve tutumları. Sted Dergisi 2005; 11(Suppl.):241.

Türk S. Öğretmen Adayları İle İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Potansiyeli Açısından İncelenmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Sayın). Zonguldak, 2010.

Türk E. Öğretmen Adayları İle İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Potansiyeli Açısından İncelenmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Sayın). Zonguldak, 2010.

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

Uçuş Ş. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin İlköğretim Programlarındaki Yeri Ve Sözleşme'ye Yönelik Öğretmenlerin Ve Okul Yöneticilerinin Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. E. Şahin). Ankara, 2009.

Uğurlu Z, Gülsen İ. A. Çocuk Hakları Ve Hukuki Bağlamda Çocuğun İhmal Ve İstismardan Korunması. Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi 2014; 1(Suppl.): 9 -58.

Uncu F. Elazığ İlinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali Ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeyleri Ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi (Danışman: Doç. Dr. A. F. Oğzöncül). Elazığ, 2013.

UNICEF. Önce Çocuklar. Ankara, 2008.

Uysal A. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanılamada Hemşire Ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. İ. Erefe). İzmir, 1998.

Ünal F. Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 2008; 12(Suppl. 1): 9-18.

Üstündağ A, Şenol F. B, Mağden D. Ebeveynlerin Çocuk İstismarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi ve Bilinçlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2015;1(Suppl. 2): 214-225.

Vatansever Ü. Çocuk Acil Tıp Kitabı. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Yayını 2004; 6(Suppl. 22): 1761-1769.

Wekerle C, Miller A.L, Wolfe D. A, Spindel C.B. Childhood Maltreatment. USA: Hogrefe and Huber Publishers. 2006, s: 20-31.

World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva, 2002, s: 97-132.

Yılmaz B. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmal Ve İstismarına Yönelik Bilgi ve Yaklaşımlarının İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. D. Çalışkan). Ankara, 2015.

Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003; 46(Suppl.):295–298.

Yılmaz G. Çocuk istismarı ve ihmali nedir?. Çoluk Çocuk Dergisi 2006; 56(Suppl.):32-33.

Youssef R.M, Attia M.S, Kamel M.I. Children experiencig violence. Child Abuse and Neglect 1998; 22(Suppl. 10): 959-973.

Yurdakök K. Çocuk İstismar Ve İhmali Risk Faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32(Suppl. 4):12-18.

Yurdakök M. Yurdakök Pediatri Cilt:1 İçinde: Yılmaz G, Turgut M. İstismar ve İhmal Bölüm:41. Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.: Ankara; 2017, s:337-371.

Zara P. A. Çocuk Cinsel İstismarı: Cinsel İstismara Neden Olan Etkenler ve Cinsel İstismarın Çocuklar Üzerindeki Etkileri. Türk Psikoloji Yazıları 2004; 7(Suppl. 13): 103- 113.

10. EKLER

EK 1: Sosyo-Demografik Veri Formu

Tanımlayıcı özellikler

1. Cinsiyetiniz

Kadın ()

Erkek ()

2. Medeni Durumunuz

Evli ()

Bekar ()

Diğer ()

3. Çocuğunuz var mı?

Evet ()

Hayır ()

4. Yaşınız

5. Mesleğiniz

Hemşire ()

Hekim ()

Okul öncesi öğretmeni ()

6. Mezun olduğunuz okul

.....

7. Mesleğinizde çalışma süreniz

8. Öğreniminiz sırasında veya sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldınız mı?

Evet ()

Hayır ()

9. Yanıtınız evet ise yeterlimiydi?

Evet ()

Hayır ()

10. Çocuk istismarı ve ihmali karar verme konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

11. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgi almak ister misiniz?

Evet () Hayır ()

12. İş yaşamınız süresince herhangi bir çocuk istismar ve ihmali vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?

Evet () Hayır ()

13. 12. Soruya cevabınız ‘evet’ ise istismar ve ihmali çeşitlerinden hangisi?

- () Fiziksel istismar
- () Cinsel istismar
- () Duygusal istismar
- () İhmali

14. Çocuk istismarı ve ihmali/şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?

Evet () Hayır ()

15. 14. Soruya cevabınız hayır ise neden bildirim yapmazsınız ?

- () Sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğüm için
- () Konuyla ilgili yeterli kayıt olmadığı için
- () Sorunu kendim daha iyi çözebileceğimi düşündüğüm için
- () Konu ile uğraşmak istemediğim için
- () Bildirimi nasıl yapacağımı bilmediğim için
- () Çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacağımdan korktuğum için
- () Yasal olarak yaşanılacak zorluklar
- () Şüpheler doğru ise çocuğun bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ayrılacağını düşündüğüm için

Diğer.....

.....

16. Çalıştığınız kurumda çocuk istismar ve ihmali yönelik kullanılan bir form veya uygulanan talimat/prosedür var mı?

Evet () Hayır ()

17. Size göre çocuk istismar çeşitlerinin önem sırası nedir? (önemi fazla olan seçeneği 4'ten başlayarak 3-2-1 olarak numaralandırınız)

Fiziksel istismar ()

Cinsel istismar ()

Duygusal istismar ()

İhmal ()

18. Size göre toplumda en çok karşılaşılan istismar türü hangisidir?

Fiziksel istismar ()

Cinsel istismar ()

Duygusal istismar ()

İhmal ()



**EK 2: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına
Yönelik Ölçek Formu**

Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz. Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.					
	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarından farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	()	()	()	()	()
2.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	()	()	()	()	()
3.Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	()	()	()	()	()
4.Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
5.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	()	()	()	()	()
6.Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	()	()	()	()	()

7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığı-nı düşündürmektedir.	()	()	()	()	()
8.Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	()	()	()	()	()
9.Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresin-deki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	()	()	()	()	()
10.Fiziksel istismara uğrayan çocuklar-da humerus, distal femur, tibia, kafatası, ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlan-maz.	()	()	()	()	()
11.Fiziksel istismara uğramış çocuklar-da saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	()	()	()	()	()
12.İntrakranial(kafa-ıçi) ve intraoküler (göz-ıçi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	()	()	()	()	()
13.Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
14.Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismar-dan şüphelenmek mümkün değildir.	()	()	()	()	()
15.Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
16.Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	()	()	()	()	()
17.Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	()	()	()	()	()

18.Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	()	()	()	()	()
19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	()	()	()	()	()
20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	()	()	()	()	()
21.Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	()	()	()	()	()
23.Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	()	()	()	()	()
24.Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	()	()	()	()	()
26.Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	()	()	()	()	()
27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	()	()	()	()	()
28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	()	()	()	()	()
29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	()	()	()	()	()
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	()	()	()	()	()
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	()	()	()	()	()

32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	()	()	()	()	()
33.Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	()	()	()	()	()
35.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	()	()	()	()	()
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	()	()	()	()	()
37.İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	()	()	()	()	()
38.İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	()	()	()	()	()
39.İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	()	()	()	()	()
40.İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	()	()	()	()	()
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	()	()	()	()	()
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	()	()	()	()	()
43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	()	()	()	()	()

44.Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	()	()	()	()	()
45.Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	()	()	()	()	()
46.Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	()	()	()	()	()
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar	()	()	()	()	()
48.Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	()	()	()	()	()
49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	()	()	()	()	()
50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	()	()	()	()	()
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	()	()	()	()	()
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	()	()	()	()	()
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	()	()	()	()	()
54.Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır.	()	()	()	()	()
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	()	()	()	()	()

56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	()	()	()	()	()
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.	()	()	()	()	()
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkindir.	()	()	()	()	()
59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmaliinin oluşmasında etken değildir.	()	()	()	()	()
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	()	()	()	()	()
61.Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	()	()	()	()	()
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	()	()	()	()	()
63.Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	()	()	()	()	()
64.Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.	()	()	()	()	()
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkindir.	()	()	()	()	()
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	()	()	()	()	()
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	()	()	()	()	()

EK 3: Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
31.01.2018	4	38

Karar 7- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 161365003 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hilal ŞAHİN'in 12.04.2017 tarih ve 15/5 sayılı yönetim kurulu toplantısında belirlenen "Eskişehir Merkezde Çalışan Okul Öncesi Öğretmenleri ile Pediatri Biriminde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri" tez başlığının etik kurul onayı alınması kaydı ile "Eskişehir İl Merkezinde Bir Grup Okul Öncesi Öğretmen ile Bir Grup Sağlık Çalışanının Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık düzeylerinin incelenmesi" olarak değiştirilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü	e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
e-imzalıdır Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı	e-imzalıdır Doç. Dr. Murat TAŞ Üye
e-imzalıdır Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	
e-imzalıdır Aynur PALAMUTÇUOĞLU Enstitü Sekreteri	

Aslı Gibidir
15/08/2019
Aynur PALAMUTÇUOĞLU
Enstitü Sekreteri

EK 4: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/08/2017-E.60740



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 20478486-050.04.04-
Konu : Etik Kurul Kararı - Dilek Ergin -
Eskişehir il merkezinde

Sayın Doç. Dr. Dilek ERGİN

"Eskişehir il merkezinde bir grup okul öncesi öğretmen, pediatri biriminde çalışan hemşire ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerinin incelenmesi"başlıklı dosyanız görüşülmüş olup, Etik Kurul Karar Formu ektedir.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Zeki ARI
Kurul Başkanı

Ek: Dilek Ergin - 02.08.2017 - karar tutanağı (1 sayfa)

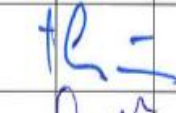
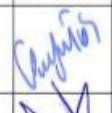
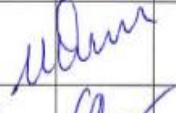
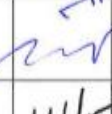
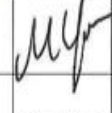
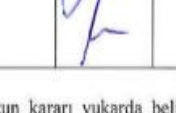
Adres:Manisa Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon:(0 236) 2338586 Faks:(0 236) 2331466
E-Posta:tip@cbu.edu.tr Elektronik Ağ:http://tip.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: İsa Köse
Unvanı: Veri Hazırlama ve Kontrol
İşletmeni



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	02 / 08 / 2017 / 20.478.486 -		
ARAŞTIRMANIN ADI	Eskişehir il merkezinde bir grup okul öncesi öğretmen, pediatri biriminde çalışan hemşire ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerinin incelenmesi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Dilek ERGİN - MCBÜ SBF, Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yük.Lisans öğrencisi Hilal ŞAHİN		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	06 / 07 / 2017 / Tarih ve 30322 sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir		
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		☐	☐
Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi		☐	☐
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD		☐	☐
Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD		☐	☐
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ İç Hastalıkları Hemşireliği AD		☐	☐
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		☐	☐
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		☐	☐
Mukadder YILMAZER Avukat		☐	☐
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD		☐	☐
İhsan AVCI Sivil Üye		☐	☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.  Prof. Dr. Zeki ARI Başkan			

**EK 5: Kurum İzni (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama
Ve Araştırma Hastanesi)**

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/04/2018-E.29316



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 74547675-302.08.01-
Konu : Hilal ŞAHİN'in Tez Çalışma İzni Hk.

SBE ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

İlgi : 22/03/2018 tarihli ve 30477 sayılı yazı.

Anabilim Dalınız tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hilal ŞAHİN'in Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nin tez çalışma izni ile ilgili yazısı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Ek: Hilal ŞAHİN'in Tez Çalışma İzni Hk. (2 sayfa)

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Üncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.evrak@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Nuray Engin
Unvanı: Memur



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/03/2018-16678



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 31568761-804.01-E.30477
Konu : Hilal ŞAHİN'in Tez Çalışması İzni Hk.

22/03/2018

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 08/03/2018 tarihli ve 74547675-302.08.01-E.6619 sayılı yazı.

İlgi yazınızda belirtilen Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hilal ŞAHİN'in "Eskişehir İl Merkezinde Bir Grup Okul Öncesi Öğretmen İle Bir Grup Sağlık Çalışanının Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi" konulu tez çalışması uygulamasını hastanemizde yapma talebinin uygun görüldüğü hakkında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının 21/03/2018 tarih ve E.30123 sayılı yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr.Elif DOYUK KARTAL
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek: 1 Sayfa Yazı

BU BELGE ELEKTRONİK
İMZA İLE AYNIYDIR

22 Mart 2018 / 20...

Hanife Seda YARAVLU
Memur

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Dogrulama/35e0f17d-7102-4757-8cf7-2e7ac39d1149>

Adres	: Meselik Kampüsü PK:26480 Odunpazarı	Ayrıntılı Bilgi	: Hanife Seda YARAVLU - Büro Personeli
Telefon	: 0222 239 2979-1108	Faks	: 2393774
E-Posta	: hseyaravlu@ogu.edu.tr	Elektronik Ağ	: http://www.hastane.ogu.edu.tr
		KEP Adresi	: esoguhastane@hs03.kep.tr



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 37279822-900-E.30123
Konu : Hilal ŞAHİN'in tez çalışması hk.

21/03/2018

SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : Yazı İşleri Birimi'nin 16/03/2018 tarihli ve 28346 sayılı yazı.

İlgi yazı ile Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hilal ŞAHİN'in çalışma talebi Anabilim Dalı Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Gereğini saygılarımla arz ederim

Doç. Dr.Ömer KILIÇ
Anabilim Dalı Başkanı V.

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Dogrulama/e52554bf-73ef-4467-a09a-e9dc128ef613>

Adres	: Meselik Kampüsü PK.26480 Odunpazarı	Ayrıntılı Bilgi	: Nurcan HAYIRSEVER - Büro Personeli
Telefon	: 0222 2392979-2703	Fax	: 222 2290064
E-Posta	: nhayirsever@ogu.edu.tr	Elektronik Ağ	: www.ogu.edu.tr
		KEP Adresi	: esk.osmangaziunirek@hs01.kep.tr



EK 6: Kurum İzni (Eskişehir Milli Eğitim Müdürlüğü Odunpazarı İlçesi'ne Bağlı Okul Öncesi Eğitim Veren Kurumlar)

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/11/2017-E.89055



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 74547675-302.08.01-
Konu : Hilal ŞAHİN'in Araştırma İzni Hk.

SBE-ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız tezli yüksek lisans öğrencisi Hilal ŞAHİN'in tez araştırma izni ile ilgili Eskişehir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün yazısı ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ
Enstitü Müdürü

Ek: Eskişehir İl Milli Eğitim Müd. (Hilal ŞAHİN_in Araştırma İzni) (3 sayfa)

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Üncübozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.evrak@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Nuray Engin
Unvanı: Memur



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/11/2017-52029



T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü



Sayı : 88074293/605.01/17857831
Konu: Araştırma Projesi

27.10.2017

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : a) 26/10/2017 tarih ve 17796470 sayılı olur.
b) 09/10/2017 tarih ve E.32867 sayılı yazınız.

İlgi (b) yazı ile istemiş olduğunuz "Araştırma Projesi" incelenmiş ve uygun görülmüş olup, ilgi (a) Olur ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Necmi ÖZEN
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü

EKLER :
1-İlgi (a) Olur (1 sayfa)
2-Araştırma Değerlendirme Formu (1 sayfa)

Adres :
Uncubozköy Kampüsü
Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat/Manisa



Önder ÜLKE
Memur

Büyükdere Mah.Atatürk Biv. No:247 ESKİŞEHİR
Elektronik Ağ: www.eskisehir.meb.gov.tr
e-posta: strateji26@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: L.TOKAT
Tel : (0 222) 239 72 00/213-425
Faks: (0 222) 239 39 22

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden e414-8ed2-350d-a747-bf4c kodu ile teyit edilebilir.



T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü



Sayı : 88074293/605.01/17796470
Konu : Araştırma Projesi

26.10.2017

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü' nün 09/10/2017 tarih ve E.32867 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Hilal ŞAHİN' in "Eskişehir İl Merkezinde Bir Grup Okul Öncesi Öğretmen, Pediatri, Biriminde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı uygulama çalışması Araştırma İzin Komisyonu tarafından incelenmiş ve komisyon tarafından sakınca görülmediği tespit edilmiş olup, komisyon tarafından belirtilen okullarda yukarıda adı geçen projenin gerçekleştirilmesi uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde takdirlerinize arz ederim.

Bariş HANCI
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

OLUR
.../10/2017

Necmi ÖZEN
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü

EK:
Araştırma Değerlendirme Formu (1 sayfa)

Büyükdere Mah. Atatürk Blv. No:247 ESKİŞEHİR
Elektronik Ağ: www.eskisehir.meb.gov.tr
e-posta: strateji26@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: L.TOKAT
Tel : (0 222) 239 72 00/213-425
Faks: (0 222) 239 39 22

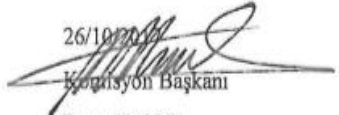
Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden f54e-e02a-34ee-9506-e91f kodu ile teyit edilebilir.

T.C
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Hilal ŞAHİN
Kurumu/Üniversitesi	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Araştırma Yapılacak Eğitim Kurumu ve Kademesi	Okul Öncesi Eğitim Veren Kurumlar
Araştırmanın Konusu	Eskişehir İl Merkezinde Bir Grup Okul Öncesi Öğretmen, Pediatri Biriminde Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi
Üniversite / Kurum Onayı	Var
Araştırma/Proje/Ödev/ Tez Önerisi	Var
Veri Toplama Araçları	Tanımlayıcı Özellikler Anketi, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formu,
Görüş İstenecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Milli Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 2017/25 sayılı genelgesi gereğince 2017-2018 öğretim yılında uygulanmasında sakınca yoktur.	
Komisyon Kararı	KABUL (Oybirliği ile)
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı	Gerekçesi :

KOMİSYON

26/10/2018

Komisyon Başkanı
Barış HANCI
Milli Eğitim Müdür Yardımcısı

Üye

Kadir KILIÇ
Öğretmen

Üye

Ömer GARAN
Öğretmen

Üye

H. Senay KUTLU
Öğretmen

EK 7: Ölçek Kullanım İzni

16 Ocak 2017

Sayın Hilal ŞAHİN (Celal Bayar Üniversitesi SBF Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği YL Öğrencisi)

Planlamış olduğunuz araştırmanızda, geliştirmiş olduğum ‘Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik ölçek’i kullanma isteğiniz beni çok memnun etti. Öncelikle teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ölçeğin ülkemizde farklı örneklem gruplarında, daha geniş popülasyonda test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak, geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşulu ile ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde, yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederim.

Doç.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



CALISMANIN ADI

“ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDE BİR GRUP OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMEN, PEDIATRİ BİRİMİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HEKİMLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ”

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALISMANIN KONUSU VE AMACI : Çocuk istismarı ve ihmali Dünya Sağlık Örgütü tarafından “bir sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında; çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ya da onuru açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ya da ihmalkar davranış veya ticari amaçlı, ya da diğer her türlü sömürü” olarak tanımlanmaktadır.

Yapılan çalışmalar sonucunda çocukların ihmali ve istismarı ile ilgili literatüre katkı sağlayacak geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu araştırma, Eskişehir il merkezinde bulunan Milli Eğitim Bakanlığı Odunpazarı İlçesi’ne bağlı okul öncesi eğitim veren kurumlardaki okul öncesi öğretmenleri ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri biriminde çalışan hemşireler ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Formu” ve kişisel bilgi formu kullanılacaktır. Sonuç olarak elde edilen verilerin değerlendirilmesiyle çocuk ihmal ve istismarının tanınmasında önemli rolü olan sağlık çalışanı ve okul öncesi öğretmenlerin konuya ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi hedeflenmektedir.

CALISMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, anket sorularını eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Araştırmaya katılmanın size hemen önceki bir fayda bulunmamakla beraber, araştırma sonuçlarımızın gelecekteki topluma veya bilime; çocuklarla yakın etkileşim halinde olan okul öncesi öğretmenlerinin, pediatri hemşirelerinin ve hekimlerin konuya ilişkin farkındalıklarının artırılması, gerek durumun tespit edilmesi gerekse erken dönemde müdahale edilmesi açısından faydalarının olacağı umulmaktadır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Güncelleme Tarihi : 13.04.2017

Sayfa: 1 / 2

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



Gönüllüye uygulanacak işlemlerin herhangi olası bir zararı bulunmamaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK? Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Araştırma süresince elde edilen tüm bilgiler ve kişisel detaylar gizli kalacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BASVURULACAK KİŞİLER :

1. Hilal ŞAHİN
Gsm: 0(505) 787 83 56
e-mail: hbalci86@hotmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

- 1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi
- 2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK 9: Çocuk İstismarı (Kötü Muamele) ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire, Hekim ve Okul Öncesi Öğretmenlerin Bilgi Düzeylerinin Saptanma Ölçeği Puanlama Formu

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

10.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz	1	2	3	4	5
11.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda sa deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	5	4	3	2	1
12.İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	1	2	3	4	5
13.Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
14.Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	1	2	3	4	5
15.Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cin istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
16.Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	1	2	3	4	5
17.Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	5	4	3	2	1
18.Cinsel istismar sonucu vajinal ve rek-tal kanama görülebilir.	5	4	3	2	1
19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	5	4	3	2	1
20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	5	4	3	2	1
21.Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	5	4	3	2	1

23.Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	5	4	3	2	1
24.Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözeti-mi olmaması ihmaldir.	5	4	3	2	1
26.Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	5	4	3	2	1
27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	1	2	3	4	5
28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	1	2	3	4	5
29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	1	2	3	4	5
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocuk-ların okul başarılarını etkilemez.	1	2	3	4	5
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	1	2	3	4	5
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	1	2	3	4	5
33.Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceği-ni düşündürmelidir.	1	2	3	4	5
34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.	1	2	3	4	5
35.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	5	4	3	2	1
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	5	4	3	2	1

37.İstismar ve İhmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	5	4	3	2	1
38.İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	5	4	3	2	1
39.İstismar ve İhmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	5	4	3	2	1
40.İstismar ve İhmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	5	4	3	2	1
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	1	2	3	4	5
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	1	2	3	4	5
43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	5	4	3	2	1
44.Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	5	4	3	2	1
45.Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	5	4	3	2	1
46.Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	1	2	3	4	5
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	5	4	3	2	1
48.Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	5	4	3	2	1
49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkilemez.	1	2	3	4	5

50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	5	4	3	2	1
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	5	4	3	2	1
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	5	4	3	2	1
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	5	4	3	2	1
54.Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	1	2	3	4	5
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	5	4	3	2	1
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	1	2	3	4	5
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	5	4	3	2	1
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.	5	4	3	2	1
59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	1	2	3	4	5
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	5	4	3	2	1
61.Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.	1	2	3	4	5

62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	5	4	3	2	1
63.Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	1	2	3	4	5
64.Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	5	4	3	2	1
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	5	4	3	2	1
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatı öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	5	4	3	2	1

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı "ESKİŞEHİR İL MERKEZİNDE BİR GRUP OKUL ÖNCESİ ÖĞRETMEN İLE BİR GRUP SAĞLIK ÇALIŞANININ ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ" Tezime ilişkin 26/06/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinalite raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %30'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza



Adı Soyadı : HİLAL ŞAHİN
Öğrenci No : 161365003
Anabilim Dalı :HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Programı :ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.

Doç. Dr. Dilek ERGİN



Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinalite Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinalite Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinalite Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Hilal	Soyadı	Şahin
Doğum Yeri	Turgutlu	Doğum Tarihi	19.01.1986
Uyruğu	TC	Tel	5057878356
E-Mail	hbalci86@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Muğla Üniversitesi	2009
Lise	Turgutlu Lisesi	2004

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Hemşire	Universal Hospital	2009-2010
Hemşire	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	2010- Halen

Yabancı Dilleri			Okuduğunu Anlama*			Konuşma*		Yazma*	
İngilizce			Orta			Orta		Orta	
Yabancı Dil Sınav Notu*									
YDS	Yök Dil	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	74	76	69
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
SPSS, Office	Orta

**Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirilmiştir.*

