

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**BİR KAMU ÇOCUK HASTANESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE
İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ
TANILAMA DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ECEM SAK

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032.05



BALIKESİR
2024

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR KAMU ÇOCUK HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE
EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE
RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ECEM SAK

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEVDE AKSU

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Bilim Alan Kodu: 1032.05

BALIKESİR

2024



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde
Ecem SAK tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan
“Bir Kamu Çocuk Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve
İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri”

başlıklı tez çalışması,

Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından

YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/ 08/ 2024

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Güleğül MERMER
Ege Üniversitesi
(Başkan)

Doç. Dr. Sevde AKSU
Balıkesir Üniversitesi
Üye (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aslı DOKUZCAN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 03/ 09/ 2024 tarihinde teslim edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin Pancarcı
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

03/ 09/ 2024

İmza

Ecem SAK

İTHAF



Canım Aileme...

TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca gerek bilgi ve tecrübesi en önemlisi anlayışı, sabrı ve vermiş olduğu güven duygusu ile desteğini her süreçte hissettiğim, bana farklı bakış açıları kazandıran değerli danışman hocam Doç. Dr. Sevede AKSU'ya,

Kızları olmaktan gurur duyduğum, hayatımdaki her zorlukta ve her mutlulukta hep yanımda olan, her konuda bana inanan ve arkamda olduklarını her zaman hissettiğim, her anımda sonsuz sevgileri ile saran ve destekleyen, yaptıkları büyük fedakârlıklar ve emeklerle en büyük güçlerim canım annem Emine SAK'a ve canım babam Hüseyin SAK'a,

Benim kardeşim olduğu için şanslı hissettiğim, beni her zaman yüreklendiren, bana her zaman güven ve mutluluk veren, sevgisini ve desteğini hep en derinde hissettiğim kıymetli canım kardeşim İlayda SAK'a,

Tüm süreç boyunca akademik yönden desteğini esirgemeyen arkadaşım Uzman Hemşire Ökkeş KISA'ya,

Tez çalışmam da istatistik bölümünde yardımcı olan İstar Araştırma ve takım lideri Ezgi PASİN'e,

Ve son olarak çalışmama katılmayı kabul eden İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan tüm hemşire ve ebelere,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Tarihçesi	6
2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Çeşitleri	8
2.2.1. Fiziksel İstismar	8
2.2.2. Cinsel İstismar.....	11
2.2.3. Duygusal İstismar	13
2.2.4. Ekonomik İstismar	13
2.2.5. İhmal	14
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali Epidemiyolojisi	15
2.4. Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Risk Faktörleri	17
2.5. Çocuk İstismarı ve İhmali Mağduru Çocukların Yaşadığı Sağlık Problemleri.....	19
2.6. Çocuk Hakları ile İlgili Uluslararası Bildirge ve Sözleşmeler	21
2.7. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmalinin Bildirim Zorunluluğu, Yasal Boyutu ve Çocuk İzlem Merkezleri.....	24
2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşire ve Ebelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırma Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	31

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.6. Veri Toplama Araçları	32
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)	32
3.6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği (ÇİİBRTÖ) (EK-3)	32
3.7. Verilerin Toplanması	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.9. Araştırmanın Etiği.....	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
4. BULGULAR	35
4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular	35
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	87
6.1. Sonuçlar	87
6.2. Öneriler	88
KAYNAKLAR	90
ÖZGEÇMİŞ.....	109
EKLER.....	110
EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	110
EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	112
EK-3: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği (ÇİİBRTÖ).....	116
EK-4: Etik Kurul.....	122
EK-5: Kurum İzni	124
EK-6: Ölçek İzinleri.....	127

ÖZET

BİR KAMU ÇOCUK HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ

Araştırma, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Çalışma, 15.01.2023-31.08.2023 tarihleri arasında İzmir S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırma örneklemini, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan tüm ebe ve hemşirelerden örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olup araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini taşıyan 500 hemşire ve ebe oluşturmuştur. Araştırma verileri; “tanıtıcı bilgi formu”, “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği- ‘ÇİİBRTÖ’ ” ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde student's t testi, ANOVA (post hoc: Bonferroni) testi, ki-kare testi ve korelasyon analizi testleri kullanılmıştır.

Hemşire ve ebelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği” toplam puan ortalaması 3.84 ± 0.42 , “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt boyut puan ortalaması 3.98 ± 0.38 ile en yüksek, “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt boyut puan ortalaması 3.91 ± 0.40 , “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri” alt boyut puan ortalaması 3.91 ± 0.66 , “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt boyut puan ortalaması 3.62 ± 0.66 , “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt boyut puan ortalaması 3.52 ± 0.64 ile en düşük ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler” alt boyut puan ortalaması 3.91 ± 0.62 olarak bulunmuştur. Verilen verilere göre hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda eğitim durumu lisansüstü olan, meslekte ve çocuk hastanesinde çalışma süresi 10 yıldan fazla olan, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulan, adli vaka kavramı hakkında bilgisi olan, çalışma yaşamında çocuk

istismarı ve ihmali olgusu/şüphesi ile karşılaşan hemşire ve ebelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması Ölçeği” toplam puan ortalamalarının diğer katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin lisans eğitim müfredatlarına zorunlu ders olarak eklenmesi, çalışan hemşire ve ebeler için de düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler ile çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalığın ve bilgi seviyesinin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, ebe, hemşire, ihmali, istismar.



ABSTRACT

DIAGNOSIS LEVELS OF NURSES AND MIDWIVES WORKING IN A PUBLIC CHILDREN'S HOSPITAL REGARDING SYMPTOMS AND RISKS OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

The study was conducted in a descriptive and cross-sectional fashion to determine the diagnosis levels of nurses and midwives working in a public children's hospital regarding symptoms and risks of child abuse and neglect.

The study was conducted between 15.01.2023 and 31.08.2023 at Izmir S. B. U. Dr. Behçet Uz Children's Diseases and Surgery Training and Research Hospital. The study sample consisted of 500 nurses and midwives who accepted to participate in the study and fulfilled the inclusion criteria and were selected from all nurses and midwives working in Izmir S.B.U. Dr. Behçet Uz Children's Diseases and Surgery Training and Research Hospital. The study data were collected by using the "Introductory Data Form" and "Child Abuse and Neglect Symptoms and Risks Diagnosis Scale (CANSRDS)". The Student's t-test, ANOVA (post-hoc: Bonferroni) Test, Chi-Square Test and Correlation Analysis Tests were used in the statistical evaluation of the data.

The total mean score of the nurses and midwives on the Child Abuse and Neglect Symptoms and Risks Diagnosis Scale (CANSRDS) was found to be 3.84 ± 0.42 , the highest mean score for the "Physical Symptoms of Abuse on the Child" sub-dimension was 3.98 ± 0.38 , the mean score for the "Behavioral Symptoms of Abuse and Neglect on the Child" sub-dimension was 3.91 ± 0.40 , the mean score for the "Symptoms of Neglect on the Child" sub-dimension was 3.91 ± 0.66 , the mean score for the "Characteristics of Parents Who Are Prone to Abuse and Neglect" sub-dimension was 3.62 ± 0.66 , the lowest mean score for the "Characteristics of Children Prone to Abuse and Neglect" sub-dimension was 3.52 ± 0.64 , and the mean score for the "Family Characteristics in Child Abuse and Neglect" sub-dimension was 3.91 ± 0.62 . According to the data, it was concluded that nurses and midwives had sufficient knowledge to diagnose the symptoms and risks of child abuse and neglect. It was found in the present study that the total mean scores of the nurses and midwives who had postgraduate degrees, who had worked in the profession and in a

children's hospital for more than 10 years, who considered themselves sufficient to detect the symptoms in abused/neglected children, who had knowledge about the concept of forensic cases, and who had encountered a case/suspect of child abuse and neglect in their working lives were significantly higher than the other participants on the “Child Abuse and Neglect Symptoms and Risks Diagnosis Scale” ($p<0.05$).

It is recommended that the symptoms and risks of child abuse and neglect be added to the undergraduate curricula as a compulsory lesson, and that the awareness and knowledge levels of working nurses and midwives be increased with regular in-service training activities on child abuse and neglect.

Keywords: *Child, midwife, nurse, neglect, abuse.*



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BM	: Birleşmiş Milletler
CDC	: Centersfor Disease Control and Prevention
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
ÇİİAÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler
ÇİİBRTÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
ÇİVEİ	: Çocuk İstismarı ve İhmali
ÇKK	: Çocuk Koruma Kanunu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: International Council of Nurses
ILO	: International Labour Organization
İÇÜB	: İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri
İÇÜFB	: İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri
İİÇDB	: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri
İİYÇÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri
İİYEÖ	: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri
NSPCC	: National Society for the Prevention of Cruelty to Children
PAHO	: Pan American Health Organization
PSI	: Public Services Internahionel
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SHÇEKK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	: United Nations International Children's Emergenc Fund
WHO	: World Health Organization

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	37
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Sorulara Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Mesleklerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Ölçek (ÇİİBRTÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (İÇÜFB) ve İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (İÇÜB) ve İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri (İİYEÖ) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri (İİYÇÖ) ve Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (ÇİİAÖ) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.9. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanımalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Mesleki Sorulara Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya Yönelik Ölçek (ÇİİBRTÖ) Puanlarının Karşılaştırılması... ..	57

Tablo 4.10. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanımlarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Mesleki Sorulara Göre İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (İÇÜFB) ve İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.11. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanımlarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Mesleki Sorulara Göre İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (İÇÜB) ve İstismar ve İhmalde Yatkın Ebeveyn Özellikleri (İİYEÖ) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.12. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanımlarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşlere İlişkin Mesleki Sorulara Göre İstismar ve İhmalde Yatkın Çocukların Özellikleri (İİYÇÖ) ve Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (ÇİİAÖ) Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	70

1. GİRİŞ

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVEİ), anne, baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından 18 yaşından küçük çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve uzman kişilerce uygun olmayan ya da zarar verici olarak nitelendirilen, çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal sağlığını engelleyen ya da kısıtlayan kısa ve uzun vadeli olumsuz etkiler yaratan bir halk sağlığı sorunudur (American Academy of Pediatrics, 2021; Centers for Disease Control and Prevention, 2024; United Nations International Children's Emergenc Fund, 2022; WHO, 2020). Çocuk ihmali ise çocuğun evinde veya etkileşimde bulunduğu her yerde meydana gelebilen, çocuğa bakmakla yükümlü kişiler veya diğer yetişkinler tarafından temel ihtiyaçlarının karşılanmaması sonucunda fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişiminin zarar görmesi olarak tanımlanır (Bross ve Krugman, 2020; WHO, 2022a).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; 2-17 yaş arası yaklaşık 1 milyar çocuk fiziksel, cinsel, duygusal istismara ve ihmale uğramaktadır (WHO, 2022b). Buna göre 2-4 yaş arası çocukların yaklaşık %75'i bakım verenlerince fiziksel ceza yahut psikolojik kötü muameleye uğramakta, 0-17 yaş arası her 5 kız çocuğundan ve her 13 erkek çocuğundan biri çocukluk çağında cinsel istismara uğramakta olup 120 milyon kız çocuğu ve adölesan 20 yaşından önce zorla cinsel ilişkiye maruz kalmaktadır. Daha da vahimi çocuk istismarına bağlı her sene ortalama 40.150 cinayet gerçekleşmektedir (WHO, 2022a). Yine DSÖ verileri; çocukların yaklaşık %23'ünün fiziksel, %36'sının duygusal, %18'inin cinsel istismara ve %16'sının ise ihmale maruz kaldığını göstermektedir (WHO, 2021; WHO, 2022b; WHO, 2023). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı Çocuk Bürosu 2022 yılı Çocuk İstismarı Raporuna göre; 7.530.000 çocuk istismara uğramış olup bunların yaklaşık %25'i fiziksel, %10'u cinsel, %20'si duygusal istismara, %45'i ihmale maruz kalmış ve 1.820 çocuk istismara bağlı yaşamını yitirmiştir (U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau, 2024). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 2021 raporuna göre ABD'de kız çocuklarının %20'sinin ve erkek çocuklarının %8'inin cinsel istismara uğradığı bildirilmektedir

(CDC, 2021). Konu ile ilgili dünyanın değişik bölgelerindeki verilere bakacak olursak; Avrupa'da çocukların yaklaşık %9.6'sı cinsel, %22.9'u fiziksel ve %29.1'i duygusal istismar mağduru iken Güney Afrika'daki çocukların %42 ile fiziksel ve %35 ile cinsel istismara yine Brezilya'da çocukların %70 oranında fiziksel ve %37 oranında cinsel istismara uğradığı belirlenmiştir (WHO, 2022a). United Nations International Children's Emergenc Fund (UNICEF) 2022 raporu da; Çin'de çocukların %34'ünün fiziksel ve %27'sinin cinsel istismara, Nijerya'da çocukların %82'sinin psikolojik, %63'ünün fiziksel istismara ve Meksika'da ise çocukların %65'inin fiziksel ve %40'ının cinsel istismara maruz kaldığını gözler önüne sermiştir (UNICEF, 2022). Diğer uluslararası kuruluş verileri de çocuklara yönelik istismar oranlarının %5 ila %25 arasında değiştiğini göstermektedir (Australian Institute of Health and Welfare, 2022; Eurochild, European Report on Preventing Child Maltreatment, 2021). Afifi vd. (2015) Kanada'da 10.000 kişi ile yaptığı çalışma sonuçlarına göre ise kadınların %21.1'inin, erkeklerin %31.2'sinin çocukluğunda fiziksel istismara uğradığını belirlemiştir (Afifi vd., 2015).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre; Türkiye'de çocukların %14'ü fiziksel, %12'si duygusal istismara ve %9'u ihmale uğramaktadır (TNSA, 2018). Ülkemizde UNICEF işbirliği ile 2010 senesinde yapılan araştırma verileri 7-18 yaş grubu çocukların son bir yıl içinde yaklaşık %51'inin duygusal, %45'inin fiziksel, %3'ünün cinsel istismar ve %25'inin ihmale uğradığını göstermektedir (SHÇEK ve UNICEF, 2010). 2019 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinde, 250.000 çocuk kötü muameleyle maruz kalırken son 10 senede çocuk istismarı-ihmal davalarında 3 kat artış olmuştur (TÜİK, 2019). Şöyle ki; 2022 yılında güvenlik birimlerine suç mağduru olarak gelen 232 bin 739 çocuğun %58.5'i yaralama, %13.7'si cinsel suçlar, %8.7'si aile düzenine karşı suçlar, %4.8'i tehdit, %14.3'ü bu nedenlerin dışında kalan diğer nedenlerden dolayı mağdur olmuştur (TÜİK, 2022). Çocuk İzlem Merkezlerine (ÇİM) başvuran çocukların İstanbul örneğinde %25'inin cinsel istismara, Konya'da %30'unun fiziksel istismara uğradığı ve Türkiye genelinde yapılan araştırmalarda ÇİM'lere bildirilen toplam vakaların %22'sini cinsel, %20'sini fiziksel istismar ve %15'ini ihmal vakalarının oluşturduğu bildirilmiştir (Çöpür ve Üneri, 2022; Danış vd., 2019; Demirci vd., 2020). Sertdemir vd. (2020) çocuk ve ergen psikiyatrisi 2014 ile 2019 yılları içerisindeki adli raporların incelendiği retrospektif çalışmada çocukların

%39.8'inin cinsel istismar mağduru olduğu görülmüştür (Sertdemir vd., 2020). Donat-Bacıoğlu ve Kaya (2020) konu ile ilgili çalışmasında ise Türkiye'de adli mercilere yansımış olan cinsel istismara uğramış çocukların sayısının 2014 yılında 7.464 iken, 2019'da 83.552' ye yükseldiğini, 7-18 yaş aralığındaki çocukların aile ortamında %45'inin fiziksel istismara, %51'inin duygusal istismara ve %25'inin de ihmal davranışlarına maruz kaldığını belirlemiştir (Donat-Bacıoğlu ve Kaya, 2020).

ÇİVEİ dünya genelinde politik, sosyolojik, kültürel, dini inançlar, yasal sıkıntılar ve bağlamsal faktörleri içinde barındıran halk sağlığı ve insan hakları bakımından olduğu kadar tıbbî, psiko-sosyal, hukuki ve toplumu ilgilendiren çok sayıda uzun yada kısa vadeli olumsuz sonuçları olan ciddi bir problemdir (Avdibegovic ve Brkic, 2020; Drake vd., 2023; Elkin, 2023; Hughes vd., 2017; Kaytez vd., 2018; Racine vd., 2023; Yıldız ve Tanrıverdi, 2018).

Konu ile ilgili literatür bilgilerine göre; ÇİVEİ'nin fiziksel etkilerini genel olarak yaralanmalar, sakatlıklar, kesikler, morluklar, kırıklar, gecikmiş beyin gelişimi, kafa travmaları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, yetişkinlikte obezite, kardiyovasküler, kronik ve solunum yolu hastalıkları, kanser, sinir ve bağışıklık sistemi hastalıkları ve ölüm olarak sıralayabiliriz. Psikolojik etkilerinin de; anksiyete, posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, düşük benlik saygısı, öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği, eğitim hayatında başarısızlık ve diğer zihinsel bozukluklar olduğu bilinmektedir. Toplumsal düzeyde etkilerini ise; ekonomik yükün artması, sosyal ilişkilerde bozulma, eğitim ve iş olanaklarında ciddi olumsuzluklar, madde bağımlılığı, şiddet ve suç işleme eğiliminin artması gibi sorunlar olarak sıralayabiliriz. ABD'de ÇİVEİ toplam ekonomik yükü, 2018 senesinde ortalama 592 milyar dolar olarak tahmin edilmiştir (CDC, 2024a; CDC, 2024b; Hailes vd., 2019; Herruzo vd., 2020; Hoffnung-Assouline ve Knel-Paz, 2023; Hoogsteder vd., 2022; Jakubowski vd., 2018; Jennissen vd., 2018; Lown vd., 2019; Moog vd., 2022; Segal vd., 2021; Wang vd., 2020; WHO, 2022a; Zaborenko vd., 2020).

Savunuculuk rolü başta olmak üzere diğer tüm rolleri, görev, yetki ve sorumlulukları açısından sağlık hizmetlerinin her basamağında çalışan hemşire ve ebeler çocuklar ve aileleri ile temas halinde olmaları nedeniyle ÇİVEİ'ye yönelik tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlıkta anahtar konumundadır. Şöyle ki hemşire

ve ebeler Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında; çocukların fiziksel ve psikolojik sağlık durumlarını gözlemleyerek, istismar ve ihmalin erken tespit edilmesi ve önlenmesinde, toplum ve aile eğitimleri ile bu konuda bilinç oluşturulması ve riskin azaltılmasında, istismar-ihmal şüphesinde durumun rapor edilip bildirilmesinde; İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında; tanı konulması ve tedavisinde, istismar mağduru çocuklar ve ailelerine psikososyal destek sağlayarak iyileşme sürecine katkı sağlanmasında, multidisipliner işbirliği yaparak çocukların korunması ve rehabilitasyonunda, sosyal hizmetlerin ve yasal müdahalelerin başlatılması ve takibinde, hastane içinde görevli diğer sağlık personellerine ve topluma eğitim programları düzenlenmesinde ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamında ise bütün bunlara ek bu konudaki araştırma projelerinde yer alarak, alandaki bilgi ve uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlanmasında çok önemli görev yetki ve sorumlulukları vardır (Carter ve Bannon, 2021; Christian ve Schwarz, 2019; Cohen ve Mannarino, 2020; Finkelhor vd., 2021; Flaherty ve Sege, 2020; Hindin vd., 2019; Jackson ve Foster, 2021; Lillis ve True, 2019; Scribano vd., 2020).

Smith (2021) konu ile ilgili yaptığı çalışmada, hemşirelerin %60'ının ÇİVEİ vakalarıyla karşılaşmasına rağmen %45'inin ÇİVEİ konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu vakaların sadece %40'ını rapor ettiklerini belirlemiştir (Smith, 2021). Jones ve Brown (2022) yaptıkları çalışmada, ebelerin %70'inin meslek hayatlarında en az bir defa ÇİVEİ vakasıyla karşılaştıklarını ancak %40'ının vakaların tanı ve müdahalesinde yeterli donanıma sahip olmadıklarını belirlemiştir (Jones ve Brown, 2022). Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin %40-45 oranında ÇİVEİ vakalarına ilişkin kurum prosedürlerini bilmedikleri tespit edilmiştir (Brown ve Thompson, 2021; Smith ve Johnson, 2022). Ebe ve hemşireler çalışma alanları göz önüne alındığında şiddet mağduru çocuklarla ilk temasta bulunması, olguları tanınması ve kurumun ilgili yasal prosedürünü başlatması, gerekli müdahaleyi yapması, delillerin toplanması ve sevki ile mağdurun takip, tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanması konusunda önemli konumda bulunmaktadır (Aksu, 2017). Dolayısıyla ÇİVEİ ile ilgili bilgi, tutum ve becerisi geliştirilmiş ebe ve hemşirelerin olgulara yönelik hemşirelik yaklaşımlarının kalitesini arttıracığı unutulmamalıdır.

Bu alışma, bir kamu ocuk hastanesinde çalışan hemşirelerin ve ebelerin ocuk istismarının ve ihmalinin belirtilerini ve risklerini tanılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Bir kamu ocuk hastanesinde çalışan hemşirelerin ve ebelerin ocuk istismarının ve ihmalinin belirtilerinin ve risklerinin tanılama düzeyleri nedir?

2. Bir kamu ocuk hastanesinde çalışan hemşirelerin ve ebelerin sosyodemografik özellikleri ile ocuk istismarının ve ihmalinin belirtilerini ve risklerini tanılama düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3. Bir kamu ocuk hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin ocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi, tutum ve davranışları ile ocuk istismarı ve ihmaline yönelik belirtileri tanılama düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Tarihçesi

Uluslararası literatürde çocuk; fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak olgunluğa erişmemiş 18 yaşından küçük birey olarak tanımlanır ve çocukların gelişimsel süreçleri boyunca özel korunmaya, bakıma ve ilgiye gereksinimlerinin olduğu vurgulanır (Dirican, 2018; Mehta vd., 2021; Pais, 2023; Sawyer vd., 2018; UNICEF, 2021; WHO, 2022a).

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde yer alan tanımına göre ise çocuk, bebeklik ve erginlik çağı arasındaki gelişme döneminde bulunan küçük yaştaki kız veya erkek olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2024a).

United Nations International Children's Emergenc Fund (UNICEF) ve Birleşmiş Milletler'e (BM) göre çocuk istismarı; 18 yaşından küçük çocuğa, bir ebeveyn, bakıcı ya da başka bir sorumlu kişi tarafından bilerek veya bilmeyerek uygulanan ve çocuğun sağlığına, yaşamına, büyüme ve gelişimine, ilişkilerdeki güven duygusuna, onuruna zarar veren ve sosyal kurallara ve konunun uzmanlarına göre uygunsuz kabul edilen fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik kötü muamele veya ihmal eylemlerini içerir. Çocuk ihmali ise, çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının (beslenme, barınma, sağlık, korunma, eğitim gibi) karşılanmaması, güvenlik ve gelişim için gerekli bakımın sağlanmaması durumudur (UNICEF, 2021; WHO, 2022a). TDK' ya göre istismar; birinin iyi niyetini kötüye kullanma, sömürme olarak ifade edilirken, ihmal ise gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, savsama, önem vermeme olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2024b). İstismar ve ihmal arasındaki en temel fark; istismarın aktif davranışlardan, ihmalin ise pasif davranışlardan oluşmasıdır (Akcan ve Demiralay, 2016; Tıraşçı ve Gören, 2007).

Çocuk İstismarı ve İhmali (ÇİVEİ) bilinen insanlık tarihinin başlangıcından itibaren günümüze kadar ulaşan birçok belgede görülmekte olup antik dönemlerde ve

orta çağ da çocuk haklarının korunması konusunda sistematik bir yaklaşım olmadığı çocuklara yönelik kötü muamele ile çocuk işçiliğinin yaygın olduğu ve çocukların ebeveynlerin mülkü olarak görüldüğü bilinmekteydi. 19. yüzyılda sanayileşmenin artmasıyla beraber, çocuk işçiliği ve aile içi şiddet vakaları daha fazla dikkat çekerek önemli bir problem olarak görülmeye başlandı. Bu dönemde çocuk işçiliğini düzenlemeye yönelik yasal adımlar atılarak İngiltere'de '1833 Fabrika Yasası' ile çocukların çalışma saatlerini belirleyen ilk yasal düzenlemeler yapıldı. Fransız adli tıp profesörü Ambres Tardieu 1860 yılında çocuk istismarının ilk kez tıbbi tanımını yapmıştır ve Amerika'da 1874 yılında gerçekleşen 'Mary Ellen Wilson Vakası' da çocuk istismarına karşı hukuki önlemlerin alınmasını hızlandırmıştır.

20. yüzyılda ÇİVEİ konusunda farkındalık artmaya başlamış çocuk hakları üzerine birçok önemli tıbbi ve yasal gelişmeler yaşanmıştır. 1924 yılında 'Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi' kabul edildi. 1946 yılında Doktor John Caffey uzun kemik ve kostalarda kırıklar ve subdural hematom saptadığı çocukların ebeveyn öykülerinden şüphelenip, durumun çocuk istismarı ile ilişkisini vurgulamış ve bu verilerle 1972'de 2 yaşından küçük çocukların, bakım verenlerince şiddetle sarsılmaları neticesi oluşan "Sarsılmış Bebek Sendromu" ifadesini literatüre kazandırmıştır. 1962 yılında da Dr. Henry Kempe ve arkadaşlarının "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" terimini ortaya atması, bu sorunun tıbbi bir çerçevede ele alınmasını sağlamıştır. Bu gelişme, ÇİVEİ konusunda modern çocuk koruma sistem ve sosyal hizmetlerin temelini oluşturmuş sonrasında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" yerine "çocuk istismarı" terimi kullanılmıştır. 1989 yılında da 'Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi' kabul edilerek çocukların korunması için global standartlar belirlenmiş, ülkeler de bu standartlara uyum sağlamak için yasalarını güncellemiştir.

21. yüzyılda da bunları takiben önemli araştırmalar, yasal düzenlemeler yapılmış ve ÇİVEİ, uluslararası hukukun ve insan haklarının önemli bir parçası olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Fakat teknolojinin gelişmesi ve internetin kötüye kullanımının yaygınlaşması ile birlikte yeni istismar çeşitleri ortaya çıkmış olup çocuk istismarı ve ihmali hâlâ küresel ve ciddi bir sorun olmaya devam etmektedir (Chandan vd., 2020; Clemens ve Koenig, 2022; D'Andrea vd., 2012; Deleş, 2018; Dube ve Williamson, 2021; Durmaz, 2021; Finkelhor vd., 2023; Han vd., 2023;

Letson ve Crichton, 2023; McCoy ve Purtell, 2021; Mehta vd., 2021; Peterson ve Phipps, 2020; Pletcher vd., 2019; Seth ve Asher, 2020; Wolfe ve McGee, 2019).

2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Çeşitleri

ÇİVEİ; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, ekonomik istismar ve çocuk ihmali olmak üzere beş ana grupta incelenmektedir. ÇİVEİ bu beş grubun yalnız veya birden çok grubun kesişimi biçiminde görülebilmektedir. Çocuk ihmali ve duygusal istismar çocuklara yönelik kötü muamelenin en sık karşılaşılan biçimleridir (Font ve Maguire-Jack, 2020; Keeshin ve Dubowitz, 2013; Mathews vd., 2020; Ramanan vd., 2021; Strathearn vd., 2020; Zeanah ve Humphreys, 2018).

2.2.1. Fiziksel İstismar

World Health Organization (WHO), International Labour Organization (ILO), International Council of Nurses (ICN) ve Public Services İnternahionel (PSI); Fiziksel istismarı, çocuğa bedensel zarar verme amacıyla uygulanan kasıtlı her türlü fiziksel güç kullanımı olarak tanımlamaktadır. Bu şiddet, çocuğun fiziksel ve psikolojik sağlığına, hayatta kalmasına, gelişimine veya onuruna fiilen veya potansiyel olarak zarar verir. Fiziksel istismar; tokat, yumruk, dövme, itme, vurma, tekmeleme, sarsma, ısırma, boğma, haşlama, yakma, zehirleme gibi eylemleri kapsar ve ilerleyen zamanlarda çocuğun ölümüne sebep olacak kadar birçok farklı biçimde ortaya çıkar.

DSÖ'ye göre, dünya genelinde 2-4 yaş arası çocukların yaklaşık %75'i düzenli olarak fiziksel cezaya ve çocukların yaklaşık %23'ü fiziksel istismara uğramaktadır. ILO'ya göre, çocuk işçiliği ve fiziksel istismar arasındaki bağlantı dikkate alındığında, çocukların %20'si fiziksel istismara ve ICN'ye göre de son beş yılda çocukların yaklaşık %25'i fiziksel istismara maruz kalmaktadır (ICN, 2023; ILO, 2021; ILO, 2022; PSI, 2023; WHO, 2022a; WHO, 2023).

Fiziksel istismara maruz kalan bir çocuğun fizik muayenesindeki önemli klinik belirti ve bulgular;

- Deri bulguları (ekimozlar, yaralar, ısırık izleri, sıyrıklar, yanıklar, sigara yanığı),
- İskelet sistemi bulguları (kırıklar),
- İç organ yaralanmaları (künt travmaya bağlı karın bölgesindeki yaralanmalar, karaciğer ve bağırsak hasarları),
- Santral sinir sistemi yaralanmaları (kafa travmaları, hematom, subdural ve subaraknoid kanamalar, bebeklerde sallamaya bağlı kafa içi lezyonlar),
- Göz lezyonları (retinal kanamalar, periorbital ekimoz, subkonjunktival kanama, optik sinir yaralanması, şaşılık),
- Davranışsal ve Psikolojik bulgular (Fiziksel istismarın uzun süreli sonuçları olarak davranışların, psikolojinin, duyguların ve zihinsel yapının etkilenmesi).

Bu belirti ve bulgular istismarın zamanı, şekli ve saldırıda kullanılan alet hakkında da ipuçlarını vermesi bakımından sağlık çalışanları bu bulguların varlığında fiziksel istismar yönünden şüphelenmelidir (Bilgiç, 2015; Cantürk, 2021; Cortés vd., 2019; Gauer ve Kelleher, 2020; Gibson ve Graham, 2021; Klein ve Tollefson, 2018; Koç vd., 2014; Leventhal ve McGowan, 2018; Paslı, 2020; Taş, 2017; Yetiş ve Ziyalar, 2018).

Şöyle ki fiziksel istismar açısından şüphelenilmesi gereken hâller (Berger vd., 2018; Çiftçi ve Çamurdan, 2019; Hoedeman vd., 2023; Karasu ve Gül-Bilgen, 2017; Paslı, 2020);

- Yaralanmayı mantıklı bir biçimde açıklayan tutarlı bir öykünün anlatılmaması,
- Kazanın oluş biçimi ile çocuğun yaşının ve gelişim dönemlerinin uygun olmaması,
- Ebeveynlerin olay gerçekleşikten sonra çocuğu sağlık kuruluşuna geç getirmesi ve bu durumun nedenini açıklayamaması,
- Çocuğun ebeveynlerinden veya bakıcısından korkması ya da onları suçlaması,

- Ebeveynlerde düşmanca tutum ve söylemler, uygunsuz aşırı ilgili veya ilgisiz davranışlar,
- Çocuk için daha önce de benzer nedenlerle başvuru yapılmış olması veya koruma talebi bulunması.

Fiziksel istismar iki alt başlık altında incelenmektedir. Bunlar; Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome) ve Polle Sendromudur (Munchausen by Proxy Sendromu).

Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome); bir bebeğin veya küçük bir çocuğun bilerek ya da bilmeyerek şiddetli bir şekilde sallanması sonucu oluşan ciddi ve ağır bir çocuk istismarı biçimidir. Bu şiddetli sallama kafa içi ve retinal kanama, beyin hasarları, kafa travması beraberinde kemik kırıkları ve hatta ölüme neden olabilir (Ali vd., 2016; Cartocci vd., 2021; Findley vd., 2023; Şahin ve Taşar, 2012). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ye göre, Amerika'da Sarsılmış Bebek Sendromunun yıllık tahmini insidansı, bir yaşın altındaki çocuklarda 100.000 çocuk başına ortalama 32.2 vakadır (CDC, 2020). Kanada'da yapılan benzer bir çalışma, 2019-2023 yılları arasında yıllık 100.000 bebek başına 14.7 vaka insidans oranı bildirmiştir (Sadler vd., 2024). Birleşik Krallık merkezli bir çalışmada, 2018-2022 yılları arasında iki yaşın altındaki çocuklarda 100.000 çocuk başına 24.5 vaka insidans oranı bulmuştur (Lyttle vd., 2023). Literatürdeki konu ile ilgili çalışmalar; ebeveynlerin stresi, ruhsal problemleri ve madde bağımlılığı, kötü sosyo-ekonomik durum, genç ebeveyn yaşı ile 'Sarsılmış Bebek Sendromu' riskinin arttığını ilişkilendirmiştir. Bu sendromda ciddi nörolojik ve mental bozukluklar, bilişsel eksiklikler, ağır motor fonksiyon bozuklukları, epilepsi gibi problemler yaşandığı ve çocukların sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyona ihtiyacının olduğu bilinmektedir (Cartocci vd., 2021; Findley vd., 2023; Squier, 2024; Vinchon vd., 2022; Wester vd., 2022; Yaman, 2017).

Polle Sendromu (Munchausen by Proxy Sendromu); bakıcıların çocukta hastalık olmaksızın çocukları üzerinde kasıtlı olarak hastalık belirtileri oluşturarak ve uydurarak çocuğu devamlı hastaneye götürmesi ve defalarca gereksiz cerrahi ve tıbbi girişimler uygulaması olarak tanımlanan nadir ve çok ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Bu sendrom, çocuk istismarının bir türü olarak kabul edilir ve tedavi

edilmediğinde çocuk için ciddi sağlık riskleri taşır. Çoğunlukla anneler tarafından çocuklarına karşı gerçekleştirilir ve tıbbi tanı konulması ve toplum tarafından fark edilmesi zordur. Çocukta; devamlı tekrarlayan apne nöbetleri ve ateş, sürekli kusma ve ishal, bilinç bozuklukları, derisinde lezyonlar ve döküntüler, burnundan ağızından kan gelmesi, benzer ağır hastalık hikayesi bulunan kardeş varlığı gibi durumlarda bu sendromdan şüphelenilmelidir. Tedavi de birincil öncelik multidisipliner işbirliği ile çocuğun güvenliğinin sağlanması, korunması ve bakıcının psikiyatrik değerlendirilmesi, psikoterapi ve bazen ilaç tedavisi kullanılmasıdır (Abdurrachid ve Marques, 2022; Akgündüz vd., 2018; Alkhatabi vd., 2023; Glaser, 2020; Gürhan, 2015; Pragst ve Hartwig, 2022; Rusinowska vd., 2023; Yee vd., 2024).

2.2.2. Cinsel İstismar

DSÖ'ye göre çocuk cinsel istismarı; bir çocuğun fiziksel, mental ve cinsel gelişimi yönünden hazır bulunmadığı, tasdik edemeyeceği, yasalara ve toplumun değer yargılarına uygun olmayan bir şekilde cinsel aktivitelere dahil edilmesi anlamına gelir. Bu tür istismar; tespit edilmesi zor olan, gizli tutulan ve çocuğun sağlık, hayatta kalma, gelişim ve onuruna zarar veren kronik ve akut etkileri yönünden zorlu ve çok önemli olan bir istismar türüdür (Kekevi ve Kılıçoğlu, 2016; WHO, 2022a; Yaman, 2017). Küresel ölçekte yapılan araştırmalarda; cinsel istismar olgularının büyük bir kısmında, mağdurlar istismarcıları tanımakta ve mağdurların yaklaşık %60'ı bu durumu gizlemektedir. Kız çocukları %7 ila %36 arasında cinsel istismara maruz kalırken bu oran erkek çocuklarda %3 ila %29 arasında değişiklik göstermektedir. Çocuk cinsel istismarının sonuçları ise psikolojik açıdan (post-travmatik stres bozukluğu, depresyon, endişe ve korku, öz saygının kaybolması, öfke, suçluluk ve utanç, yeme bozuklukları, intihar, madde bağımlılığı, halüsinasyonlar), fiziksel açıdan (uykusuzluk, kusma, mide bulantısı, karın ağrısı, iştah kaybı, otoimmün hastalıklar, bağırsak problemleri, obezite, kronik ağrı sendromu), cinsel açıdan (istenmeyen gebelik, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar, cinsel disfonksiyon, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) bulunmaktadır (Almuneef, 2021; Bigras vd., 2021; Borumandnia vd., 2020; Brunton ve Dryer, 2021; Dworkin vd., 2021; Ferragut vd., 2022; Finkelhor vd., 2022; Lee vd., 2020;

Pan vd., 2021; Russell vd., 2020; Strathearn vd., 2020; Tomsa vd., 2021; Yaman, 2017).

Çocuk cinsel istismarının, cinsel doyuma ulaşma amacıyla sözel tacizden dokunma veya sürtünmeye ve penetrasyona kadar giden vücut dokunulmazlığına zarar veren eylemleri barındıran türleri bulunmaktadır. Bunlar; çocuk fuhuşu, çocuk pornosu, çocuk seks turizmi, çocuk evliliği içeren istismarlar ve pedofili ile ensest olarak tanımlanabilir (Akşit ve Bağ, 2019; Ferragut vd., 2022; Lee vd., 2020; Mihçioğur ve Akın, 2015; Şimsek vd., 2017).

Çocuk cinsel istismarında aile dinamiklerini bozması ve toplumsal etkileri nedeniyle pedofili ve ensest konuları önem teşkil etmektedir.

Pedofili; erişkin bir kişinin cinsel yönden çocukları etkileyici bulması ve cinsel eğiliminin bu yönde olması ve bu durumu isteyerek veya istem dışı uygulaması, çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve gelişimsel açıdan kötü etkileyen davranış şekilleri olarak tanımlanmaktadır (Gannon, 2021; Polat, 2015; Swaminath vd., 2023).

Ensest; ahlaki yönden hukuksal ve dini açılarından evlenmeleri yasaklanan aile üyeleri arasında meydana gelen cinsel ilişkilerdir. Bu ilişkideki kişilerden birinin, çocuk olması ensest olgularının çocuk cinsel istismarı grubunda değerlendirilmesine neden olur. Ensest ilişkiler, genellikle aile içi güç dinamiklerinin, rızanın olmamasının ve toplumsal normların ihlal edilmesinin bir sonucudur. Ensest ailede meydana geldiğinden dolayı diğer cinsel istismar türlerinden daha zor ortaya çıkar. Çocukta uzun vadeli ağır duygusal, psikolojik, fiziksel zarar meydana gelmektedir (Aktepe vd., 2013; Alpaslan, 2014; Celbiş vd., 2011; Dönmez vd., 2014; Genç ve Coşkun, 2013; Lawson ve Akay-Sullivan, 2020; Shaked vd., 2021; Şahin ve Taşar, 2012).

2.2.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar; çocuk üzerinde gücü ve hakimiyeti olan yetişkinlerin çocuğun duygusal ve psikolojik gelişimini olumsuz etkileyen davranışlarını kapsamaktadır. Bu tür istismar, çocuğun kendine olan güvenini, duygusal ve psikolojik sağlığını ve sosyal becerilerini ciddi şekilde zedeler. Duygusal istismarın diğer istismar çeşitleri ile beraber görülmesi, somut olarak fiziki belirtilerinin bulunmaması nedeni ile günlük hayatta çok görülmesine rağmen tanı konulması, yasal açıdan ispat edilmesi en zor olanıdır (Acehan vd., 2013; Baskak, 2023; Cansız, 2021; Campbell ve Hibbard, 2014; Doğanlı ve Karaörs, 2017; Dinleyici ve Dağlı, 2016; Karagöz ve Uran, 2021; Kılıç, 2021). Literatürdeki çeşitli ülkelerde yapılan meta-analizler ve araştırmalar; çocukluk döneminde duygusal istismar oranlarını %10 ila %25 arasında rapor etmişlerdir. Duygusal istismarın; sürekli eleştirme, aşırı kontrol ve manipülasyon, aşağılama, tehdit etme, duygusal ihmal ve izolasyon gibi davranışları içerdiğini ve uzun vadede depresyon, anksiyete ve zihinsel, psikolojik, fiziksel, duygusal ve davranışsal bozukluklara yol açtığını saptamışlardır (Cui ve Liu, 2020; Fung vd.,2020; Kırcaburun vd., 2021; Li vd.,2022; Mertens vd., 2021; Mathews vd., 2023; Zhou ve Zhen, 2022).

2.2.4. Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar; çocuğun bakımından sorumlu olan kişilerin, çocuğu ekonomik açıdan kazanç elde etme kapısı gibi görerek, çocuk haklarının çiğnendiği işlerde çocuğu parasız veya daha az parayla güç gerektiren yerlerde fiziksel, psikolojik ve duygusal gelişimine engel olarak ve kötü etkileyecek şekilde çocuğu çalıştırmaları biçiminde tanımlanmaktadır. Nedenleri ve beraberinde getirdiği sonuçlar ise toplumda olan sosyal, ekonomik ve etnik sorunlar, gelir dağılımı konusundaki eşitsizlik ve adaletsizlikler, işsizlik, fakirliğin artması, köyden kente olan hızlı artış, göçler ve savaşlar neticesi farklı ülkelere sığınma, kaçak işçi artışı, çocuk emeğinin ucuz olmasından dolayı ucuz işgücü isteği olan iş yerlerinin çocuk işçileri seçmesidir (Doğanlı ve Karaörs, 2017; Font ve Maguire-Jack, 2020; Geovani vd., 2021; Karaca, 2022; Postmus vd., 2020; Şimsek vd., 2017).

2.2.5. İhmal

İhmal; çocuğun bakımından sorumlu kişilerce, çocuğun temel ihtiyaçlarının sistematik olarak karşılanmaması, fiziksel ve duygusal yönden ilgisiz bırakılmasıdır. Bu ihtiyaçlar; sağlık, beslenme, barınma, giyecek, eğitim, emniyetli ve sosyal bir yaşam gibi gereksinimleri içerir (Dubowitz vd., 2022; Gross-Manos vd., 2023; Gürhan, 2015; Keeshin ve Dubowitz, 2013; Kobulsky vd., 2020; Salokangas vd., 2020; Smith, 2023; Wen vd., 2021; Yıldırım ve Ulukol, 2021).

Literatürdeki çalışmalar; istismarın aktif ve ihmalin ise pasif davranışlardan oluştuğunu, ihmalin yaygın olmasına rağmen net sınırının ve belirtilerinin olmamasından dolayı tanı konulmasının zor olduğunu, müdahalesinde geç kalındığını ve sıklığının net bilinemediğini ifade etmektedir. İhmale uğrayan çocukların; büyüme-gelişme geriliği, zihinsel gelişme geriliği ve psiko-sosyal yönden uyum sorunları yaşadıklarını belirtmektedir. İhmali; fiziksel, denetleyici, duygusal ve eğitim ihmali olarak sınıflandırmaktadır. Fiziksel ihmali (sağlık, barınma, beslenme, giyinme, temizlik), duygusal ihmali (sevgi, ilgi, şefkat eksikliği ve ayrılma korkusu yaşatmaları, şiddet ve madde kullanımına şahit etme), denetleyici ihmali (yeterli denetlenmemesi sonucu çocuğun sağlığının tehlikeye girmesi), eğitim ihmali (okula göndermeme ve eğitim ihtiyaçlarını karşılamama) olarak ifade etmektedir (Abbasi vd., 2015; Arslan, 2023; Dubowitz vd., 2022; Gross-Manos vd., 2023; Karasu ve Gül-Bilgen, 2017; Kobulsky vd., 2020; Salokangas vd., 2020; Smith, 2023; Wen vd., 2021; Yıldırım ve Ulukol, 2021; Yaman, 2017).

Çocuk ihmalinin görülme sıklığı dünya genelinde değişiklik göstermekle birlikte Amerika'da, çocukların yaklaşık %13'ünün ihmal edildiği rapor edilmiştir (Child Welfare Information Gateway, 2019). Türkiye'de ise çocuk ihmalinin sıklığı konusunda daha az veriler bulunmaktadır, fakat mevcut çalışmalar ve raporlar, çocuk ihmalinin önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (Çubuk ve Şeker, 2021; Derebagçe ve Özerk, 2021).

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali Epidemiyolojisi

Literatürdeki çalışmalarda; ÇİVEİ, tüm dünyada yaygın olan fakat gizli tutulan, yüksek mortalite ve morbidite oranlarının olduğu, toplumsal- tıbbi yönden çok önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. ÇİVEİ riskini arttıran faktörler; ekonomik zorluklar, yoksulluk, işsizlik, düşük eğitim seviyesi, sosyal izolasyon, toplumsal ve kültürel normlar, ebeveynlerin geçmişleri- kişilik özellikleri ve psikolojik durumları olarak belirtilmektedir. ÇİVEİ kökeninin çok yönlü olduğu ve bu sorunla başa çıkmak için bireysel, kültürel, ekonomik, ekolojik faktörlerin tümünün dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Austin vd., 2020; Avdibegović ve Brkić, 2020; Brennan vd., 2021; Damaskopoulou vd., 2023; Dubowitz, 2015; Lopez vd., 2021; Sedlak vd., 2022).

Dünyada değişik ülkelerde 2009 ile 2018 seneleri içinde Lahore Çocuk Hastanesi Çocuk Koruma Servisinden elde edilen sonuçlar neticesinde 1.654 çocuktan %1.3’ünün duygusal, %8.3’ünün cinsel, %16.9’unun fiziksel, %70.5’inin ihmale uğradığı belirtilmiştir (Zafar vd., 2020).

Pan American Health Organization (PAHO) ve WHO 2020 yılı verilerine göre; dünya çapında 2-17 yaş arası her 2 çocuktan 1’i her yıl bir tür şiddete maruz kalmaktadır. Küresel bir incelemede geçen yıl Latin Amerika’daki çocukların ortalama %58’i ve Kuzey Amerika’daki çocukların %61’i fiziksel, cinsel, duygusal istismara maruz kalmıştır. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) analizine göre, Karayipler’deki çocukların %38’i ve Orta Amerika’daki çocukların %26’sı fiziksel şiddete, Kuzey Amerika’daki çocukların %32’si ve Güney Amerika’daki çocukların %30’u zorbalığa uğradığını bildirmiştir. Honduras’ta kızların %16’sı ve erkeklerin %10’u, Kolombiya’da kızların %15’i ve erkeklerin %8’i cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir (PAHO ve WHO, 2020).

UNICEF’in 2020 yılında Çocuklara Yönelik Şiddetin Önlenmesine İlişkin Küresel Durum Raporu’na göre, dünya genelinde çocukların ortalama %25’i fiziksel, %10’u cinsel, %20’si duygusal istismara ve %16’sı ihmale uğramaktadır (UNICEF, 2020).

DSÖ 2022 yılı verilerine göre; 2-4 yaş arası çocukların yaklaşık %75'i bakım verenlerince fiziksel cezaya ve psikolojik şiddete uğramaktadır. Ayrıca kız çocuklarının %20'si ve erkek çocuklarının %8'i cinsel istismara uğramıştır. Yaklaşık 120 milyon kız çocuğu zorla cinsel ilişkiye maruz kalmıştır. Fiziksel şiddete uğrayan çocukların okulu bitirememesi olasılığı ise ortalama %13 olarak belirtilmiştir. Küresel olarak her yıl ortalama 40.150 çocuk istismar sebebi ile yaşamını kaybetmektedir (WHO, 2022a).

National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) verilerine göre; İngiltere'de yapılan bir çalışmada, 2022-2023 yılları arasında ÇİVEİ vakalarının %106 arttığı belirtilmiştir. Bu artışın, farkındalığın artması ve kayıtların daha iyi tutulması ile alakalı olabileceği belirtilmiştir (NSPCC, 2023).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmalinin epidemiyolojisini tetkik etmek amacıyla okullarda öz bildirim ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada ergenlik dönemindeki çocukların herhangi bir istismara veya ihmale uğrama oranı %42 ile %70 arasında bulunmuştur. Türkiye'de bu çalışmaya bakarak çocuk istismarı ve ihmalinin, kayıt altına alınan olgulardan daha çok olduğunu belirtebiliriz (Sofuoğlu vd., 2014; Sofuoğlu ve Nalbantçılar, 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri 2022 yılı verilerine göre; güvenlik birimlerine başvuran çocukların %43.1'ini mağdur çocuklar oluşturmuş ve bu çocukların %58.5'i yaralama, %13.7'si cinsel suçlar, %8.7'si aile düzenine karşı suçlar, %4.8'i tehdit, %14.3'ü diğer nedenlerden dolayı mağdur olmuştur (TÜİK, 2022).

TÜİK 2023 yılı verilerine göre, ÇİVEİ vakalarında artış gözlemlenmiştir. Bu artış, özellikle fiziksel ve cinsel istismar olgularında olmuştur. 2023 yılı itibariyle, ÇİVEİ olgularının %30'u fiziksel, %20'si cinsel istismar ve %50'si ihmal olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2023a).

TÜİK, Hane Halkı İşgücü Araştırması 2023 yılı sonuçlarına göre; 15-17 yaş arası çocukların işgücüne katılma oranı %22.1 olarak tespit edilmiştir. Aynı araştırmanın 2022 yılı verilerinde çocukların işgücüne katılma oranı %18.7 olarak

bulunmuş ve bu durum bize çocuk işçi sayısının geçen yıla göre 3.5 puan arttığını göstermektedir (TÜİK, 2023b).

2.4. Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Risk Faktörleri

Literatürdeki çalışmalar; ÇİVEİ'nin ailesel, bireysel, toplumsal, kültürel, dini, sosyal, ekonomik, çevresel birçok faktörün etkileşim içerisinde bir araya gelmesi sonucunda oluştuğunu belirtmekte ve bu faktörleri; aileye, çocuğa, topluma-çevreye ve zamana bağlı faktörler olarak dört ana kategoride toplamaktadır (Avdibegovic ve Ayaya vd., 2023; Brkic, 2020; Bilgiç, 2015; Damaskopoulou vd., 2023; Font ve Maguire-Ja, 2020; Gürhan, 2015; Karaca, 2022; Kobulsky vd., 2020; Meraj, 2024; Pan vd., 2021; Pişi, 2013; Selengia vd., 2020; Türker, 2017).

Aileye Bağlı Faktörler; ebeveynler, aileler ve yakın çevredeki kişiler tarafından gerçekleştirilmekte ve aileyle alakalı birçok özellik istismar ve ihmalî kolaylaştırmakta ve risk oluşturmaktadır. Bu özellikler (Austin vd., 2020; Acehan vd., 2013; Avdibegović ve Brkić, 2020; Ben-Natan vd., 2014; Bilgiç, 2015; Geçkil, 2017; Gürhan, 2015; Kaplan vd., 2020; Keeshin ve Dubowitz, 2013; Lang vd., 2020; Lansford vd., 2014; Liel vd., 2020; Meraj, 2024; Pişi, 2013; Smith, 2023; Sofuoğlu ve Nalbantçılar, 2018; Türker, 2017; Yektaş vd., 2018);

- Ebeveynlerin genç, tecrübesiz, işsiz, eğitimsiz ve bencil olmaları,
- Ebeveynlerin herhangi bir nedenden dolayı olmaması,
- Ebeveynlerin çocukken istismar-ihmal öyküsünün olması,
- Ebeveynlerin zararlı madde bağımlılığının olması ve suça karışmış olmaları,
- Ebeveynlerin çocuktan yaşına ve gelişimine uymayan gerçek dışı beklentilerinin olması,
- Aile bireylerinde psikolojik, fiziksel, zihinsel veya nörolojik bir rahatsızlığın olması,
- Ailenin yoksul, kalabalık, toplumdan izole olması,

- Annenin gebeliği istememesi, gebeliğinde zorlanması ve destek alamaması, çok sık ve zor doğum yapması,
- Aşırı kontrolcü baba figürü ve aile içinde şiddet,
- Ebeveynlerin çocuğa fiziksel ceza uygulamayı normal karşılamalarıdır.

Çocuğa Bağlı Faktörler; çocuğun bazı özel durumları, özellikleri veya davranışları istismar ve ihmali kolaylaştırmakta ve risk oluşturmaktadır. Bu özellikler (Acehan vd., 2013; Bilgiç, 2015; De Ruitter vd., 2022; Geçkil, 2017; Haslam ve Taylor, 2022; Karaca, 2022; Legano vd., 2021; Massullo vd., 2023; Pişi, 2013; Schenck-Fontaine ve Gassman-Pines, 2020; Türker, 2017; Vanmeter vd., 2020);

- İstenmeyen cinsiyette, gayrimeşru, prematüre, düşük doğum ağırlıklı veya çoğul gebelikten doğmuş olması,
- Yenidoğan döneminde annesiyle bağının kurulamamış olması,
- Zor huylu (inatçı, sert, asi, çok fazla konuşan, durmadan ağlayan gibi) olması,
- Akut, kronik, zihinsel, psikolojik, fiziksel veya nörolojik bir rahatsızlığının bulunması,
- Çocuğun anne ya da babanın istediği gibi olmaması ve beklentisini karşılayamaması,
- Davranış bozukluğu ve gelişimsel gerilik olması,
- Dört yaşından küçük ve ergen olması,
- Üvey olması,
- Okul derslerinde başarısız ve kötü sosyal çevresinin olmasıdır.

Topluma- Çevreye Bağlı Faktörler; Toplum, ülke, kültür gibi faktörler birçok durumda doğrudan doğruya ÇİVEİ'ye neden olduğu gibi bazen de durumun oluşma riskini yükselten ve durumu başlatan, devam ettiren, tetikleyen, temel oluşturan özellikte olabilmektedir. Bu özellikler (Bilgiç, 2015; De Ruitter vd., 2022; Güldeste, 2018; Gürhan, 2015; Haslam ve Taylor, 2022; Kar ve Dokgöz, 2017; Keeshin ve Dubowitz, 2013; Legano vd., 2021; Massullo vd., 2023; Pişi, 2013; Türker, 2017; Vanmeter vd., 2020);

- Çocuğu korumaya yönelik yasaların olmaması veya yetersiz olması ve verilen cezaların caydırıcı olmaması,
- Aileleri ve kurumları destekleyecek yeterli barınma, sağlık, beslenme gibi hizmetlerin eksikliği,
- Kötü yaşam koşullarına neden olan sosyal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikalarının yapılması,
- Toplumda cinsiyet eşitsizliği, erken yaşta evlenme, işsizlik-yoksulluk, çocuğa verilen değerin az olması,
- Ailedeki akut ya da kronik stresörler,
- Şiddeti teşvik eden, bedensel cezayı destekleyen, katı cinsiyet rolleri talep eden veya ebeveyn çocuk ilişkilerinde çocuğun statüsünü azaltan sosyal ve kültürel kuralların olması,
- Toplumda zararlı maddelere kolay erişim, silahlanma ve suç sayısında artış yaşanmasıdır.

Zamana Bağlı Faktörler; Zamansal anlamda genel olarak ebeveynlerin ekonomik açıdan sıkıntıda olduğu, ruhsal açıdan tükenmiş halde olduğu veya ebeveynlerden birinin bir nedenden dolayı olmadığı hallerde ÇİVEİ daha fazla görülebilmektedir (Karaca, 2022; Legano vd., 2021; Massullo vd., 2023).

2.5. Çocuk İstismarı ve İhmali Mağduru Çocukların Yaşadığı Sağlık Problemleri

ÇİVEİ'nin kısa ve uzun vadede fiziksel, cinsel, zihinsel, duygusal, davranışsal, sosyal, bilişsel ve somatik ciddi sağlık sonuçları vardır (Bakır ve Kapucu, 2017; Cicchetti ve Toth, 2016; Debowska vd., 2024; Grummitt vd., 2022; Seferoğlu vd., 2019; Turner vd., 2022; Vilariño vd., 2022; WHO, 2022a; Yıldız ve Tanrıverdi, 2018).

İhmale uğrayan çocuklar; beyin yapısı ve sinir sistemlerinde farklılaşmalar, bozulmuş fiziksel-duygusal-bilişsel gelişim, zayıf akademik performans, davranış ve kişilik bozuklukları, yetersiz beslenme, sık hastalanma, hijyen eksikliği gibi sorunlar

yaşamaktadır (Austin vd., 2020; Avdibegović ve Brkić, 2020; Bland vd., 2018; Font ve Maguire-Ja, 2020; Lang vd., 2020; Liel vd., 2020; Meraj, 2024).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar; fiziksel yaralanmalar (kırıklar, morluklar, yanıklar vb.), devamlı ağrı-acı ve genel rahatsızlık duygusu, psikolojik travma (korku, endişe, güvensizlik vb.), kronik sağlık sorunları, suça eğilim, madde bağımlılığı ve sonucunda kardiyovasküler hastalıklar ve kanser, işsizlik, yakın bağlantılar kurmakta zorluk (hissiz ve öfkeli) gibi sorunlar yaşamaktadırlar (Avdibegović ve Brkić, 2020; Bland vd., 2018; Damaskopoulou vd., 2023; De Ruiter vd., 2022; Kaplan vd., 2020; Lang vd., 2020; Legano vd., 2021; Massullo vd., 2023; Vanmeter vd., 2020).

Cinsel istismara uğrayan çocuklar; duygusal travma (korku, utanç, suçluluk, öfke, öz saygılarında azalma), cinsel davranış bozuklukları, disosiyatif belirtiler ve fiziksel şikâyetler, zihinsel ve psikolojik sorunlar (kaygı, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu), sosyal izolasyon (güven sorunları), jinekolojik bozukluklar, istenmeyen gebelik gibi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (Avdibegović ve Brkić, 2020; Ayaya vd., 2023; Beyazıt ve Bütün-Ayhan, 2015; Damaskopoulou vd., 2023; Font ve Maguire-Ja, 2020; Kar ve Dokgöz, 2017; Karaca, 2022; Kobulsky vd., 2020; Meraj, 2024; Pan vd., 2021; Selengia vd., 2020).

Duygusal istismara uğrayan çocuklar; bağımlı kişilik özellikleri gösterme, öğrenmede güçlük çekme, eğitimde başarısızlık, uygun olmayan cinsel davranışlar, anksiyete bozuklukları, depresyon ve intihar gibi ciddi psikiyatrik problemler, yeme bozuklukları, zararlı madde kullanma, davranış bozuklukları, benlik kavramının düşük olması, antisosyal davranışlar sergileme, konuşmasında gecikmelerin oluşması, şiddete eğilim, umutsuzluk gibi problemler yaşamaktadır (Austin vd., 2020; Avdibegović ve Brkić, 2020; Dhingra vd., 2015; Haslam ve Taylor, 2022; Kaplan vd., 2020; Legano vd., 2021; Massullo vd., 2023; Meraj, 2024; Smith, 2023; Sun vd., 2019).

Çocuk istismarı ve ihmalinin tıbbi, sosyal ve eğitimsel sonuçlarının yanında, hastaneye kaldırılma ve tedavi maliyetleri, çocuk refahı ve uzun vadeli sağlık

maliyetleri de dahil olmak üzere birçok ekonomik problemleri de vardır (WHO, 2022a).

2.6. Çocuk Hakları ile İlgili Uluslararası Bildirge ve Sözleşmeler

Çocuk hakları, dünya üzerindeki bütün çocukların fiziksel, zihinsel, ahlaki, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı şartlar altında hür ve onurlu biçimde yaşamalarını içeren bir kavramdır. 20. yüzyılın başlarında çocuklarla alakalı farkındalığın gelişmesiyle uluslararası sahada çocuk hakları kanunlarla garantiye alınmaya başlanmış ve ikinci yarısından sonra da çocuk haklarının bilinirliğinin artması neticesinde “çocuk hukuku” ortaya çıkmıştır. Çocuk haklarının gelişmesinde büyük payı olan uluslararası metinler iki temel grupta değerlendirilmekte ve ilki tüzel açıdan bağlayıcılığı olmayan uluslararası bildirimler, diğeri ise bağlayıcılığı olan uluslararası sözleşmelerdir (Baybaba ve Ertürk, 2022; Cirit, 2015; Çakır, 2020; Dağlı, 2022; Güngör, 2021; Kaynak vd., 2021; Şirin, 2016; Ulukaya ve Ezer, 2020).

Çocuk hakları ile ilgili bildirimler ve sözleşmelerin kronolojik sıralaması; 1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi, 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 1959 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi, 1989 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1996 Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi, 2007 Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesidir (Çakmut, 2016; Dağ vd., 2015; Dağlı, 2022; Güngör, 2021; Kaynak vd., 2021; Kurt, 2016; Türker, 2017).

1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi; tarihte en çok ölümlerle neticelenen I. Dünya Savaşı'nda yaklaşık 6-7 milyon çocuk yaşamını yitirmiştir. Savaşların oluşturduğu bu kötü durumdan kurtulmak ve insanların barış ve huzur içinde olmak istemesi sonucunda kurulan Milletler Cemiyeti, savaşın çocuklar üzerindeki yıkıcı etkisini görerek 26 Eylül 1924'te Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'ni onaylamıştır. Bu bildirge çocuk hakları konusunda uluslararası alanda atılan ilk adımdır. Dünyadaki bütün çocuklara asgari itinanın gösterilmesini esas alan bu bildirge bir önsöz ve beş ana ilkeden oluşmaktadır (Dirican, 2018; Gürbüz, 2017; Kurt, 2016; Türker, 2017).

1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi; II. Dünya Savaşı'nın ardından dünya barışını korumak ve uluslararası alanda ekonomik, sosyal ve kültürel bir iş birliği oluşturmak amacıyla 51 üye devlet ile 1945 yılında Birleşmiş Milletler oluşturulmuştur. İnsan hak ve özgürlüklerini muhafaza etmek için de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu aracılığıyla İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 10 Aralık 1948 tarihinde onaylanmıştır. Bu bildiri çocuklar için ayrı düzenleme yapılmamış, insan hakları çocukların da hakları olarak bildirilmiştir. Çocuklara özel ve çocukların ihtiyaçlarını karşılayan bir değerlendirme bildiri içinde bulunmadığından başka bir uluslararası düzenleme gerekli görülmüştür (Dağlı, 2022; Sağlam ve Aral, 2016; Sur, 2013).

1959 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi; Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne göre Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'ni yeniden düzenler ve bildiri 10 temel ilkedен oluşur. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'nde olduğu gibi bu bildiri de yaptırım gücü olmadığından dolayı bildiri kabul eden devletlerin iyi niyetinin belirtisi olmasından ileriye gidememiştir. Bu nedenle tüzel manada bağlayıcılığı olan uluslararası düzenlemelere gereksinim duyulmuştur (Arslan, 2023; Dirican, 2018).

1989 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi; Çocuk Haklarının garanti altına alınması amacıyla Birleşmiş Milletler tarafından Çocuk Hakları Bildirgesi'nden sonra, Çocuk Hakları Sözleşmesi hazırlanmaya başlanmış ve tasarı 20 Kasım 1989'da onaylanmıştır. Sözleşmeyi kabul eden ülkelerin; toplumlarında bulunan tüm çocukların bu haklardan yararlanabileceği; öteki yandan çocuk haklarının yasal olarak tanınması ve korunması, hakların bozulduğu hâllerde yargı yoluna gidebileceklerini tasdik ederek yükümlülük altına girdikleri görülmektedir (Kurt, 2016; Türker, 2017).

Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilen sözleşme 14 Eylül 1990' da imzalanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 27 Ocak 1995'de Resmî Gazetede yayınlanmış ve 4058 sayılı yasayla Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır. Bu anlaşma, önsöz ve üç bölüme ayrılmış ve her biri ayrı bir hakkı özetleyen toplamda 54 maddeden oluşmuştur. Anlaşmada çocuğun gelişimi, sağlığı, katılımı ve eğitimi temel konular şeklinde belirlenmiştir. Bu hususlar kapsamında

ÇİVEİ çok ciddi manada ele alınmaktadır. Sözleşmedeki 19, 32, 34, 35, 36 ve 39'uncu maddeler ÇİVEİ ile ilgili maddelerdir (Dirican, 2018; Erbay, 2021; Türker, 2017; Uğurlu ve Gülsen, 2014).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde yaşama, gelişme, güvende olma haklarının yanında eşitlik-fark gözetmeme, adalet ortamının oluşturulması, çocuğun kendisiyle ilgili süreçlerde görüşlerinin alınması, katılım hakkı ve çocuğun yüksek faydasının gözetilmesi konularına da önem vererek sözleşmenin ana ilkelerini oluşturmuştur. Dünya da en çok ülke tarafından onaylanan bu sözleşme ile çocukların sağlık, eğitim, barınma gibi ana hakları dışındaki kişisel haklara da sahip olması gerektiği uluslararası kapsamda kabul edilmiştir (Baybaba ve Ertürk, 2022; Dirican, 2018; Erbay, 2021; Khan, 2021; Rios-Kohn, 1997; Verhellen, 2015).

1996 Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi; Avrupa Konseyince düzenlenen çocuk haklarına dair en etkili uygulama 1996 yılında onaylanan Çocuk Haklarının Kullanılmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi'dir. 18 yaşını doldurmamış bireyleri çocuk olarak belirten ve çocukların yüksek yararlarını koruyabilmek için kendilerini ilgilendiren davalarda adli makamlar önünde davalarda bulunmalarını kolaylaştırmayı hedefleyen bu sözleşmeye Türkiye 2002 yılında taraf olmuştur (Dirican, 2018; Çelik, 2005; Verhellen, 2015).

2007 Avrupa Konseyi Çocukların Cinsel Sömürü ve İstismara Karşı Korunması Sözleşmesi; çocukların cinsel sömürü ve istismarını önlemek, mağdur çocukların haklarını korumak ve bu durumla savaştırmak için ulusal ve uluslararası çalışma ortaklığı ile Avrupa Konseyince 25 Ekim 2007' de Lanzarote'de kabul edilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti bu sözleşmeyi 2010 yılı ve 6084 sayılı yasa ile onaylamıştır. Sözleşmede cinsel sömürüyü ve cinsel istismarı meydana getiren davranışlar 18'inci ve 23'üncü maddelerde belirtilmiş olup ilk defa uluslararası bir anlaşma cinsel istismar suçunu tanımlayıp bunu suç olarak kabul etmiştir (Baybaba ve Ertürk, 2022; Çakmut, 2016; Dağ vd., 2015; Dirican, 2018; Erbay, 2021).

2.7. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmalinin Bildirim Zorunluluğu, Yasal Boyutu ve Çocuk İzlem Merkezleri

Ülkemiz yasalarında, çocuk hakları ve istismarı ile ilgili düzenlemeler ve suçu ihbar etme yükümlülüğü çeşitli yasalarda ayrı olarak ifade edilmiştir. Çocukların korunması ile ilgili usuller bilhassa Anayasa’da bulunan prensiplerle oluşturulmuştur.

4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu’nda (TMK) (2001); çocuğun toplum içerisindeki pozisyonu,

5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nda (CMK) (2004); çocuk haklarının ihlali ve istismar durumunda yargılama kuralları,

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) (2004); verilecek cezalar,

6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesi (2012) ise şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınlar, çocuklar, aile bireylerinin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesine yönelik tedbirler ile bu tedbirlerin alınması ve uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar belirtilmiştir.

2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (SHÇEKK) (1983) ve 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) (2005) gibi çeşitli kanun ve yönetmeliklerle de ihmalin engellenmesi ve kötü sonuçların rehabilitasyonuna yönelik düzenlemeler belirtilmiştir.

TCK’da (Madde 278-3) de çocuklara yapılan hangi fiillerin suç teşkil ettiği ve bu suçları bildirmemenin cezayı ağırlaştırıcı sebep olduğu belirtilmiş ve vasıflandırılmıştır. Bunlar;

• Çocuğun fiziksel istismarını cezalandıran ve çocuğa uygulanan kötü muameleleri belirten maddeler;

- ✓ TCK madde 232 (Kötü muamele suçu),
- ✓ TCK madde 86 (Kasten yaralama suçu),
- ✓ TCK madde 94 (İşkence suçu),
- ✓ TCK madde 96 (Eziyet suçu),
- ✓ TCK madde 109 (Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçu).

• Çocuğun cinsel istismarının cezalandırıldığı maddeler;

- ✓ TCK madde 103 (Cinsel istismarı suçu),
- ✓ TCK madde 104 (Reşit olmayanla cinsel ilişki suçu),
- ✓ TCK madde 226 (Müstehcenlik suçu),
- ✓ TCK madde 227 (Fuhuş suçu).

- Çocuğun duygusal ve psikolojik istismarının cezalandırıldığı maddeler;
- ✓ TCK madde 229 (Dilencilik suçu),
- ✓ TCK madde 233 (Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali),
- ✓ TCK madde 234 (Çocuğun kaçırılması veya alıkonulması).

TCK'da suçu bildirmeye yönelik maddeler;

- *TCK Madde 278 (Suçu bildirmeme)*; toplumun bütün bireylerini kapsamaktadır ve içeriğinde bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişinin bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı hükmü yer almaktadır.

- *TCK Madde 279 (Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi)*; kamu görevlilerini kapsamaktadır ve içeriğinde “Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” ifadeleri yer almaktadır.

- *TCK Madde 280 (Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi)*; sağlık mesleği mensuplarını kapsamaktadır ve içeriğinde “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.” ifadeleri yer almaktadır. Bu madde halk sağlığına etkileri ve adaletin sağlanması açısından önem teşkil etmektedir.

TCK'nın suçun bildirilmesi ile ilgili maddeleri haricinde kamu görevlileri görev başındayken çocuğun korunmaya muhtaç olduğunu fark ettiğinde; 5395 sayılı ÇKK Madde 6 (Kuruma başvuru) gereğince bu durumu Sosyal Hizmetler Çocuk

Esirgeme Kurumuna bildirmek zorundadır. Korunma ihtiyacı olan çocukla karşılaşması halinde bildirmeyen görevliler TCK madde 257 (Görevi kötüye kullanma) gereğince cezalandırılır. İşlenen bir suç ile ilgili bildirim nereye ve nasıl yapılması gerektiği de CMK Madde 158’de (İhbar ve şikayet) belirtilmiştir.

Bütün bireylerin, kamu ve sağlık çalışanlarının tanık olduğu suçu bildirme yetkisi, sorumluluğu ve zorunluluğu yasalarda açık bir şekilde belirtilmiş ve çocuklar bu şekilde güvence altına alınmıştır. Tıbbi belirtilerin yetersizliği, tanı koymadaki zorluklar, bildirimdeki çekinceler ve toplumsal kabullenmeler gibi durumların neticesinde vakaların ilgili mercilere iletilmemesi; çocukların korunması önündeki en büyük engellerdendir (Akgündüz vd., 2018; Bilgin, 2020; Kara vd., 2014; Karabağ ve Yavuz, 2021; Kekevi ve Kılıçoğlu, 2016; Kurt ve Gün, 2017; Mahmut, 2012; Sert vd., 2023; Usta, 2024).

Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM); çocukların cinsel istismarında veya şüphesi olan çocuklarda adli muayene, tıbbi-psikolojik-sosyal hizmetlerin sunulması, ifade alınma ve her türlü soruşturma işlemlerinin tek merkezde yapılması ve bu şekilde çocuğun tekrar eden açıklama yapmasının, örselenmesinin önüne geçilmesi hedefi ile konu ile ilgili bütün uzmanların (Hemşire, Psikolog, Psikiyatrist, Adli tıp uzmanı, Sosyal hizmet uzmanı, Cumhuriyet Savcısı, Avukat) merkezde bulunduğu multidisipliner yaklaşım ile 24 saat hizmet sunan Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde kurulan merkezdir. İlk ÇİM 2010 senesinde kurulmuş ve şuan 44 farklı ilde 47 merkez ile çalışmalarını yürütmektedir.

ÇİM’ in işleyişi; istismara uğrayan çocuk bir sağlık kurumuna ya da kolluk kuvvetlerine müracaat ettiğinde durum önce Çocuk Şube Müdürlüğüne oradan da ÇİM’de görevli olan Cumhuriyet Savcısı’na iletilir. Çocuk ÇİM’e getirilir ve burada hemşire ve psikolog çocuk ve ailesi ile ilk görüşmeyi sağlar. Devamında adli görüşmeci, aynalı odada sesli ve görüntülü kayıt eşliğinde, çocuğun yaş grubuna uygun bir şekilde çocuk ile failin ve vakanın detaylarını içeren adli görüşmeyi yaparken aynı anda savcı, avukat, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimci, çocuk psikiyatristi tarafından da aynalı odadan izlenir. Arkasından cinsel istismar şüphesi bulunan çocuğu çocuk psikiyatristi, adli tıp uzmanı ve çocuk doktoru ayrıntılı bir biçimde inceleyerek iç/dış muayenesini yapar ve aynı şekilde kayıt altına alınır.

Bütün veriler bu şekilde toplanarak raporlanır ve Cumhuriyet Başsavcılığı'na iletilerek faille soruşturma açılır. Adli görüşme ve muayeneler esnasında çocuk ÇİM'de az zamanlı koruma ve tedaviye alınır, çocuk psikiyatristi ile görüşmesi sağlanır. Uzun zamanlı bir koruma ihtiyacı var ise sosyal hizmet uzmanı çocuğun uygun olan bir merkeze yerleşmesini sağlar ve izlemine yapar (Arslan ve Erkol, 2021; Aydemir ve Yurtkulu, 2012; Bayrak vd., 2021; Bağ ve Alşen, 2016; Büber vd., 2023; Boduroğlu, 2023; Kök ve Erbay, 2023).

2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşire ve Ebelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

ÇİVEİ; nedenleri, tanı ve tedavisi ve diğer bütün yönleriyle kompleks bir vakadır. Bu sebeple çocukların, ailelerin, toplumun eğitilmesinde istismar ve ihmalden korunmasında ve bu durumun önlenmesi, tespiti, erken tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonu adımlarında bilimsel, sistematik ve multidisipliner bir ekip olmalı, hemşire ve ebeler de görev, yetki, sorumlulukları, rolleri (savunucu, bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma, iletişim ve koordinatörlük, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, danışman) açısından bu ekibin anahtarı konumundadır. Hemşire ve ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları, birinci (önleme), ikinci (erken tanı-tedavi) ve üçüncü (rehabilitasyon) basamak sağlık hizmetlerinde farklılıklar göstermekle beraber tüm düzeylerde çocukların sağlığını ve güvenliğini koruma ana amacı oluşturmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşire ve ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları;

- Çocuklara, ebeveynlere ve topluma çocuk istismarı ve ihmalinin risk faktörleri, belirtileri, sonuçları ve önleme yolları hakkında eğitim verilmesi ve bu şekilde toplumda farkındalık oluşturulmasının sağlanması,

- Aile planlaması, doğum öncesi-sonrası izlem yapılması ve ebeveynlere çocuk bakımı-gelişimi eğitimi verilmesi ile ebeveynlerin bilgi ve farkındalıklarının artırılması, ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesinin sağlanması,

- Ebeveynlerin toplumsal destek mekanizmalarına erişmesinin sağlanması,

- Çocukların ve ailelerin risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve potansiyel istismar durumlarının tespit edilmesi ve bu şekilde istismar ve ihmalin erken tespitinin sağlanması,

- Düzenli olarak yapılan sağlık taramaları ile ailelerin ve çocukların fiziksel, duygusal, cinsel, sosyal, bilişsel durumlarının izlenmesi ve herhangi bir anormallik saptandığında müdahalede bulunulması ve bu şekilde takip ve izlem faaliyetleri ile çocuk istismarı ve ihmalinin erken belirtilerinin tespit edilmesi,

- Şüpheli istismar durumlarında müdahale ederek ilgili makamlara bildirimde bulunma yetkisi ve bu şekilde yasal yetkileri ile ÇİVEİ vakalarının raporlanmasının sağlanması,

- Gerekli durumlarda koruyucu hizmetlerin sağlanması, çocuk koruma hizmetlerine yönlendirme yetkisi ile çocukların güvenliğinin sağlanması gibi görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşire ve ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları;

- İstismar ve ihmale uğramış çocukların psikolojik-tıbbi tedavi ve bakımlarının sağlanarak çocukların iyileşme sürecinin hızlandırılması,

- İstismar ve ihmal sonrasında çocukların ve ailelerinin rehabilitasyonu için gerekli desteğin ve takibin sağlanması,

- Tıbbi raporlar ve belgelerle istismar ve ihmal durumlarını kayıt altına alma yetkisi ile hukuki süreçlerde önemli bir kanıt oluşturulması,

- Çocuk doktorları, psikologlar, sosyal hizmet ve hukuk uzmanları ile multidisipliner işbirliği yapma yetkisiyle çocuk istismarı vakalarının daha etkili bir şekilde ele alınmasının sağlanması gibi görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hemşire ve ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları (Ahlvik ve Lundgren, 2022; Ayling vd., 2020; Aktay, 2020; Bakır ve Kapucu, 2017; Ceccucci, 2018; Derebagçe ve Özerk, 2021; Elarousy ve Abed, 2019; Geçkil, 2017; Kaş-Güner vd., 2016; Lines vd., 2021; Lines vd., 2023; Mkonyi vd., 2021; Nouman vd., 2020; Özbaş, 2016; Sarman vd., 2021; Sofuoğlu ve Nalbantçılar,

2018; Sundler vd., 2021; UNICEF, 2021; WHO, 2020; Yıldız ve Tanrıverdi, 2018; Yokomizo vd., 2023; Yükseler, 2020);

- Ağır istismar ve ihmal vakalarında uzmanlık gerektiren tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulması,
- Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik araştırma faaliyetlerinde bulunulması ve sağlık profesyonellerine yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi bu şekilde istismar ve ihmalin önlenmesine yönelik politikaların oluşturulmasına ve geliştirilmesine katkı sağlanması,
- Mahkemelerde ve diğer hukuki süreçlerde uzman görüşü sağlama yetkisiyle çocuk istismarı ve ihmali davalarında adaletin sağlanmasının desteklenmesi,
- Çocuk koruma politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunma yetkisiyle, çocukların korunması için daha etkili politikaların oluşturulmasının sağlanması gibi görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Araştırma, bir kamu çocuk hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zaman

Araştırma, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 15.01.2023-31.08.2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 534 hemşire, 44 ebe oluşturmaktadır.

Araştırma örneklemini ise, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan tüm ebe ve hemşirelerden örneklem seçimi yapılmadan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ve çalışmaya dahil olmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan sağlık personelleri oluşturmuştur. Örnekleme gidilmeden evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olup araştırma kriterleri dışında kalan 78 personelin ise dahil edilmemesi (katılmak istememesi, ulaşılamaması, izinli veya raporlu olması) nedeniyle çalışma 500 (%86.50) ebe ve hemşire ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilen hemşire ve ebeler belli kriterler şartıyla araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Formları eksiksiz doldurmak,
- İlgili kurumda hemşire ve ebe olarak görevli olmak,
- Araştırma verilerinin toplandığı zaman aralığında izinli veya raporlu olmamak.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Formları eksik doldurmak,
- İlgili kurumda hemşire ve ebe olarak görevli olmamak,
- Araştırma verilerinin toplandığı zaman aralığında izinli veya raporlu olmak.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin ‘Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği- ÇİİBRTÖ’ puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile çocuk istismar ve ihmaline yönelik bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin değişkenlerdir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri; “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği- ÇİİBRTÖ” ile toplanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan tanıtıcı bilgi formunda; hemşire ve ebelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin yer aldığı 10 soru, çocuk istismar ve ihmaline yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını içeren 23 soru ile birlikte toplam 33 soru yer almaktadır (Aksu ve Karaca, 2020; Kaptan vd., 2020; Lines vd., 2023; Mavili ve Altun, 2022; Önder ve Şahin, 2023; Zusman ve Saporta-Sorozon, 2022).

3.6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği (ÇİİBRTÖ) (EK-3)

Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiş ‘Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği- ÇİİBRTÖ’nde ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır. Ölçek; İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (İÇÜFB), İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB), İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (İÇÜB), İstismar ve İhmal Yatkın Ebeveyn Özellikleri (İİYEÖ), İstismar ve İhmal Yatkın Çocukların Özellikleri (İİYÇÖ) ve Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (ÇİİAÖ) ile ilgili 6 farklı alt ölçeği bulunan, 67 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Her madde için “çok doğru=5 puan”, “oldukça doğru=4 puan”, “kararsızım=3 puan”, “pek doğru değil=2 puan”, “hiç doğru değil=1 puan” verilmektedir. Ölçeğin; 3, 5, 8, 10, 12, 15, 20, 21, 23, 25, 27, 41, 42, 46, 49, 54, 56, 58, 59, 62, 63, 65 numaralı maddeleri ters olarak kodlanmaktadır. Bununla beraber ölçekteki bütün soruların doğru cevaplanması durumunda 335 puan alınmaktadır. Ölçek puan ortalaması her madde için verilen cevapların toplanarak madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçeğin

değerlendirmesi ortalama puan üzerinden yapılmakta olup puan ortalamalarının 5'e yaklaşması bilgi düzeyinin yüksek olduğu, 3 puan ve üzeri alanların yeterli bilgi düzeyinde olduğu, 3 puan altı alanların ise yetersiz bilgi düzeyinde olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Uysal, 1998). Uysal'ın (1998) çalışmasında ölçek Cronbach's Alpha katsayısı 0.92 ve alt ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayıları İÇÜFB için 0.86, İİÇDB için 0.83, İÇÜB için 0.80, İİYEÖ için 0.89, İİYÇÖ için 0.59, ÇİİAÖ için 0.85 olarak bulunmuştur (Uysal, 1998). Çalışmamızda ise ölçek Cronbach's Alpha katsayısı 0.93 ve alt ölçeklerin Cronbach's Alpha katsayıları İÇÜFB için 0.73, İİÇDB için 0.72, İÇÜB için 0.78, İİYEÖ için 0.85, İİYÇÖ için 0.47, ÇİİAÖ için 0.76 olarak belirlenmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışma verileri 01.01.2023-31.04.2023 tarihleri arası İzmir S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelere; çalışmanın amacı ve veri toplama araçları hakkında bilgilendirme yapılarak onamları alınmış ardından "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmal Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği- ÇİİBRTÖ" uygulanarak toplanmıştır. Araştırma verileri, katılımcıyla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak hemşire ve ebe dinlenme odalarında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for the Social Sciences 25 (SPSS 25.0) programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Sürekli verilerin normallik varsayımını karşılama durumu Shapiro Wilk testi ve basıklık çarpıklık katsayısının +1.5, -1.5 arasında olma durumuna göre değerlendirildi. Normallik varsayımını karşılandığında iki grup ortalamalarını karşılaştırırken student's t testi, üç veya üstü grup ortalamasını karşılaştırırken ANOVA (post hoc: Bonferroni) testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin

karşılaştırılmasında; Ki-kare testi ve sürekli veriler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile belirlendi. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (23.12.2022 tarih: E-11811414-050.03-209947 sayılı EK-4), Araştırmanın yapıldığı İzmir S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (EK-5) izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek için geçerlik güvenirliğini yapan araştırmacıdan email yoluyla onay (EK-6) alınmıştır. Gönüllülük esasıyla araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire ve ebelere araştırma amaç ve içeriğiyle ilgili bilgi verilmiş olup araştırma ile ilgili 'Bilgilendirilmiş Onam Formu' (EK-1) alınmıştır. Gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmamıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma İzmir S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşire ve ebeler ile sınırlandırılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların %93'ünü hemşireler oluşturmaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin %60'ının ve ebelerin %71.4'ünün 25-35 yaş arası olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %74.4'ünün ve ebelerin %100'ünün eğitim durumunun lisans olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %58.3'ünün ve ebelerin %100'ünün çocuk sahibi olmadığı görülmektedir. Hemşirelerin %41.7'sinin meslekte çalışma süresinin 10 yıldan fazla ve ebelerin %48.6'sının 5-10 yıl arası, çocuk hastanesinde çalışma süresinin ise hemşirelerin %54.6'sının ve ebelerin %62.9'unun 5 yıldan az olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi değişkenlerinde ebe ve hemşirelerde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=500).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	35	100.0	286	61.5	20.986**	0.000*
	Erkek	0	0.0	179	38.5		
Yaş	24 yaş ve altı	10	28.6	50	10.8	19.548**	0.000*
	25-35 yaş arası	25	71.4	279	60.0		
	36 yaş ve üzeri	0	0.0	136	29.2		
Medeni Durum	Evli	2	5.7	242	52.0	27.962**	0.000*
	Bekar	33	94.3	223	48.0		
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	0	0.0	194	41.7	23.860**	0.000*
	Hayır	35	100.0	271	58.3		

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı (n=500) (Devamı).

Değişkenler	Ebe		Hemşire		Test Değeri	P	
	n	%	n	%			
Eğitim durumu	Lise	0	0.0	7	1.5	12.866**	0.003*
	Ön lisans	0	0.0	73	15.7		
	Lisans	35	100.0	346	74.4		
	Lisansüstü	0	0.0	39	8.4		
Aile Tipi	Çekirdek aile	31	88.6	372	80.0	1.529**	0.154
	Geniş aile	4	11.4	93	20.0		
Gelir durumu	Gelir- gidere eşit	12	34.3	176	37.8	3.047**	0.234
	Gelir- giderden az	11	31.4	188	40.4		
	Gelir- giderden fazla	12	34.3	101	21.7		
Meslekte çalışma süresi	5 yıldan az	13	37.1	128	27.5	10.453**	0.005*
	5-10 yıl arası	17	48.6	143	30.8		
	10 yıldan fazla	5	14.3	194	41.7		
Çocuk hastanesinde çalışma süresi	5 yıldan az	22	62.9	254	54.6	1.257**	0.576
	5-10 yıl arası	8	22.9	110	23.7		
	10 yıldan fazla	5	14.3	101	21.7		
Toplam	35	100.0	465	100.0			

*p<0.05, **Ki kare analizi

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması ölçeğinin (ÇİİBRTÖ) toplam puan ortalamasının 3.84 ± 0.42 olduğu istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) alt boyut puan ortalamasının 3.98 ± 0.38 , istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) alt boyut puan ortalamasının 3.91 ± 0.40 , ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) alt boyut puan ortalamasının 3.91 ± 0.66 , istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) alt boyut puan ortalamasının 3.62 ± 0.66 , istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) alt boyut puan ortalamasının 3.52 ± 0.64 , çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (ÇİİAÖ) alt boyut puan ortalamasının 3.91 ± 0.62 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2). Bu veriler ışığında hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik belirtileri tanıma konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 4.2. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri.

Ölçek ve Boyutları	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek	2.70	5.00	3.84	0.42
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	3.05	5.00	3.98	0.38
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	2.87	5.00	3.91	0.40
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	2.14	5.00	3.91	0.66
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	1.83	5.00	3.62	0.66
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	1.67	5.00	3.52	0.64
Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler	1.88	5.00	3.91	0.62

Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre dağılımına bakıldığında hemşirelerin %44.3'ünün ve ebelerin %62.9'unun öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVEİ) konusunda bilgi/egitim almış olduğu ve eğitim kaynağının hemşirelerin %86.7'sinin seçmeli ders ebelerin ise %94.3'ünün zorunlu ders olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekleri ile öğrenim sırasında ÇİVEİ konusunda bilgi/egitim alınan yerin seçmeli ders olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Mezuniyet sonrasında ise hemşirelerin %80'inin ve ebelerin %77.1'inin ÇİVEİ konusunda bilgi/egitim almamış olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %52.9'unun ebelerin ise %28.6'sının çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaşmış olduğu ve karşılaşılan olgu/şüphesi en çok hemşirelerin %87.3 ile ekonomik istismar ebelerin ise %88.6 ile ekonomik ve cinsel istismar olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların meslekleri ile çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumlarında karşılaşılan olgu/şüphenin fiziksel istismar ve cinsel istismar olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Hemşirelerin %66.5'inin ebelerin %48.6'sının ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile

karşılaştığında tanıyabildiği belirlenmiştir. Katılımcıların meslekleri ile ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaştığında tanıyabilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin %30.3'ünün ebelerin %40'ının ÇİVEİ tanıma ve istismar-ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yetersiz bulduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %61.3'ünün ebelerin %34.3'ünün çocuk hastalarda ÇİVEİ'yi göz önünde bulundurduğu, hemşirelerin %34.4'ünün ebelerin %14.3'ünün TCK'nın 280. Maddesi (Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğü) ve içeriği hakkında bilgi sahibi olduğu, hemşirelerin %37.2'sinin ebelerin %14.3'ünün çalıştığı kurumda ÇİVEİ'ye yönelik talimat/prosedür varlığına 'Evet' cevabını verdiği tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekleri ile çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulundurma, TCK'nın 280. Maddesini bilme ve ÇİVEİ'ye yönelik kurum prosedürünü bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). ÇİVEİ ile karşılaşıldığında yapacakları ilk müdahalelerde hemşirelerin en çok %91.6 ile 'Pembe kod veririm', %89.7 ile 'Savcılığa haber veririm', %84.9 ile 'Aile ve sosyal politikalar bakanlığı il birimine haber veririm' ebelerin ise en çok %97.1 ile 'Pembe kod veririm', %94.3 ile 'Aile ve sosyal politikalar bakanlığı il birimine haber veririm', %82.9 ile 'Çocuğu korumaya alırım' cevaplarını verdikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekleri ile ÇİVEİ ile karşılaşıldığında yapılacak ilk müdahalelerde 'Savcılığa haber veririm' ve 'Çocuğu korumaya alırım' durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). ÇİVEİ olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenlerinde en çok hemşireler %86 ve ebeler %85.7 ile 'Sorunu kişisel yollarla daha iyi çözebilme düşüncesi', hemşireler %85.2 ve ebeler %85.7 ile 'Her ailede benzer durumlar olabileceği düşüncesi', hemşireler %82.4 ve ebeler %85.7 ile 'Şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi' cevaplarını verdikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekleri ile ÇİVEİ olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenlerinden 'İlgili kurumlara rapor etme' durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin %67.5'inin ve ebelerin %60'ının ÇİVEİ konusunda bilgi/egitim almak istedikleri ve hemşirelerin en çok %71.2 ile 'Malpraktis', %68.4 ile 'Bilirkişilik' ve %65.6 ile 'Adli rapor' ebelerin ise en çok %71.4 ile 'Malpraktis', %65.7 ile 'Sağlık hukuku' ve 'Adli hemşirelik' konularında bilgi ve eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Katılımcıların meslekleri ile ÇİVEİ konusundaki bilgi eğitim içeriğinde 'Bilirkişilik' olmasını isteme durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hemşirelerin %28.8'inin ebelerin ise %60'ının adli vaka kavramı hakkında bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %27.5'inin ve ebelerin %60'ının sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari, cezai ve hukuki sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Hemşirelerin %27.7'sinin ebelerin ise %60'ının adli vakalara yaklaşım hakkında bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %89.2'sinin ve ebelerin %100'ünün 'Sizce kurumunuzda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmeli mi?' sorusuna 'Evet' cevabını verdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %89.2'sinin ve ebelerin %88.6'sının 'Çalıştığınız kurumda; hizmet içi eğitimlerinizde adli tıp, adli vaka, adli hemşirelik, adli ebelik ve hukuk konularına yer verildi mi?' sorusuna 'Hayır' cevabını verdiği belirlenmiştir. Hemşirelerin %28.4'ünün ve ebelerin %68.6'sının adli vaka ile karşılaşma durumlarına 'Hiçbir zaman' cevabını verdiği saptanmıştır. Hemşirelerin %71.8'inin ve ebelerin %85.7'sinin kurumlarında çalışırken karşılaşacakları adli vakalarda izleyecekleri kurum prosedürünü bilmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı.

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Öğrenim sırasında Çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi/eğitim alma durumu	Evet	22	62.9	206	44.3	4.518**	0.026*
	Hayır	13	37.1	259	55.7		
Öğrenim sırasında eğitim kaynağı (zorunlu ders)	Evet	33	94.3	397	85.4	2.146**	0.106
	Hayır	2	5.7	68	14.6		
Öğrenim sırasında eğitim kaynağı (seçmeli ders)	Evet	19	54.3	403	86.7	25.922**	0.000*
	Hayır	16	45.7	62	13.3		
Öğrenim sırasında eğitim kaynağı (seminer, konferans, panel ve kongre)	Evet	31	88.6	374	80.4	1.402**	0.169
	Hayır	4	11.4	91	19.6		
Mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi/eğitim alma durumu	Evet	8	22.9	93	20.0	0.165**	0.411
	Hayır	27	77.1	372	80.0		
Mezuniyet sonrasında eğitim kaynağı (hizmet içi eğitim)	Evet	35	100.0	438	94.2	2.148**	0.133
	Hayır	0	0.0	27	5.8		
Mezuniyet sonrasında eğitim kaynağı (seminer, konferans, panel ve kongre)	Evet	27	77.1	392	84.3	1.229**	0.189
	Hayır	8	22.9	73	15.7		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Çalışma yaşamında çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumu	Evet	10	28.6	246	52.9	7.713**	0.004*
	Hayır	25	71.4	219	47.1		
Karşılaşılan olgu/şüphe (Fiziksel İstismar)	Evet	29	82.9	289	62.2	6.029**	0.009*
	Hayır	6	17.1	176	37.8		
Karşılaşılan olgu/şüphe (Duygusal İstismar)	Evet	30	85.7	369	79.4	0.817**	0.253
	Hayır	5	14.3	96	20.6		
Karşılaşılan olgu/şüphe (Cinsel İstismar)	Evet	31	88.6	335	72.0	4.533**	0.021*
	Hayır	4	11.4	130	28.0		
Karşılaşılan olgu/şüphe (Ekonomik İstismar)	Evet	31	88.6	406	87.3	0.047**	0.542
	Hayır	4	11.4	59	12.7		
Çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaştığınızda tanıyabilme durumu	Tanıyabilirim	17	48.6	309	66.5	4.586**	0.027*
	Tanıyamam	18	51.4	156	33.5		
Çocuk istismarı ve ihmalini tanıma, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulma durumu	Yeterli	5	14.3	81	17.4	1.438**	0.483
	Yetersiz	14	40.0	141	30.3		
	Kısmen yeterli	16	45.7	243	52.3		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulundurma durumu	Evet	12	34.3	285	61.3	9.843**	0.002*
	Hayır	23	65.7	180	38.7		
TCK'nın 280. Maddesi (Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğü) ve içeriği hakkında bilgi varlığı	Evet	5	14.3	160	34.4	5.961**	0.009*
	Hayır	30	85.7	305	65.6		
Çalışılan kurumda Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat/prosedür varlığı	Evet	5	14.3	173	37.2	8.692**	0.025*
	Hayır	0	0.0	9	1.9		
	Bilmiyorum	30	85.7	283	60.9		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağımız ilk müdahaleler (Polise haber veririm)	Evet	16	45.7	184	39.6	0.512**	0.293
	Hayır	19	54.3	281	60.4		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağımız ilk müdahaleler (Savcılığa haber veririm)	Evet	26	74.3	417	89.7	7.635**	0.011*
	Hayır	9	25.7	48	10.3		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağımız ilk müdahaleler (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı il birimine haber veririm)	Evet	33	94.3	395	84.9	2.303**	0.095
	Hayır	2	5.7	70	15.1		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağımız ilk müdahaleler (Doktora haber veririm)	Evet	4	11.4	68	14.6	0.270**	0.413
	Hayır	31	88.6	397	85.4		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağınız ilk müdahaleler (Tutanak tutarım)	Evet	7	20.0	149	32.0	2.199**	0.095
	Hayır	28	80.0	316	68.0		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağınız ilk müdahaleler (Çocuğu korumaya alırım)	Evet	29	82.9	242	52.0	12.450**	0.000*
	Hayır	6	17.1	223	48.0		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağınız ilk müdahaleler (Pembe kod veririm)	Evet	34	97.1	426	91.6	1.352**	0.208
	Hayır	1	2.9	39	8.4		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağınız ilk müdahaleler (Psikolojik destek veririm)	Evet	27	77.1	331	71.2	0.569**	0.294
	Hayır	8	22.9	134	28.8		
Çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşıldığında yapacağınız ilk müdahaleler (Fizik muayene yaparım)	Evet	22	62.9	280	60.2	0.095**	0.453
	Hayır	13	37.1	185	39.8		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Bildirim konusundaki bilgilendirmelerin yetersiz olması)	Evet	6	17.1	124	26.7	1.535**	0.149
	Hayır	29	82.9	341	73.3		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (İstismar ve ihmal belirtilerinin tam olarak anlaşılabilmesi)	Evet	13	37.1	138	29.7	0.861**	0.228
	Hayır	22	62.9	327	70.3		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Çocuğun bildirim sonrasında hayatının olumsuz etkileneceğinin düşünülmesi)	Evet	24	68.6	298	64.1	0.286**	0.368
	Hayır	11	31.4	167	35.9		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (İstismar ve ihmal konusu ile uğraşmanın sıkıntılı bir süreç olduğunun düşünülmesi)	Evet	21	60.0	235	50.5	1.166**	0.183
	Hayır	14	40.0	230	49.5		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Sosyal servislerin konuya ilgisiz kalacağı düşünülmesi)	Evet	28	80.0	337	72.5	0.936**	0.224
	Hayır	7	20.0	128	27.5		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Sorunu kişisel yollarla daha iyi çözebilme düşüncesi)	Evet	30	85.7	400	86.0	0.003**	0.559
	Hayır	5	14.3	65	14.0		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Yasal süreçte karşılaşılabilecek zorluklar)	Evet	10	28.6	198	42.6	2.629**	0.073
	Hayır	25	71.4	267	57.4		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Her ailede benzer durumlar olabileceği düşüncesi)	Evet	30	85.7	396	85.2	0.008**	0.582
	Hayır	5	14.3	69	14.8		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi)	Evet	30	85.7	383	82.4	0.254**	0.409
	Hayır	5	14.3	82	17.6		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Bildirimi nasıl yapacağını bilmeme)	Evet	9	25.7	191	41.1	3.200**	0.051
	Hayır	26	74.3	274	58.9		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (İlgili kurumlara rapor etme)	Evet	13	37.1	296	63.7	9.692**	0.002*
	Hayır	22	62.9	169	36.3		
Çocuk istismarı ve ihmali olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri (Yasal süreç)	Evet	15	42.9	206	44.3	0.028**	0.507
	Hayır	20	57.1	259	55.7		
Çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi/egitim almak isteme durumu	Evet	21	60.0	314	67.5	0.834**	0.231
	Hayır	14	40.0	151	32.5		
Bilgi ve eğitim içeriğinde olması istenilen konular (Malpraktis)	Evet	25	71.4	331	71.2	0.001**	0.574
	Hayır	10	28.6	134	28.8		
Bilgi ve eğitim içeriğinde olması istenilen konular (Sağlık hukuku)	Evet	23	65.7	264	56.8	1.064**	0.197
	Hayır	12	34.3	201	43.2		
Bilgi ve eğitim içeriğinde olması istenilen konular (Bilirkişilik)	Evet	18	51.4	318	68.4	4.247**	0.033*
	Hayır	17	48.6	147	31.6		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	P
		n	%	n	%		
Bilgi ve eğitim içeriğinde olması istenilen konular (Adli rapor)	Evet	18	51.4	305	65.6	2.855**	0.068
	Hayır	17	48.6	160	34.4		
Bilgi ve eğitim içeriğinde olması istenilen konular (Adli vakalara müdahale)	Evet	18	51.4	265	57.0	0.410**	0.320
	Hayır	17	48.6	200	43.0		
Bilgi ve eğitim içeriğinde olması istenilen konular (Adli hemşirelik)	Evet	23	65.7	266	57.2	0.966**	0.211
	Hayır	12	34.3	199	42.8		
Adli vaka kavramı hakkında bilgi varlığı	Evet	14	40.0	331	71.2	14.797**	0.000*
	Hayır	21	60.0	134	28.8		
Sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklarınız hakkında bilgi varlığı	Evet	5	14.3	98	21.1	16.575**	0.000*
	Hayır	21	60.0	128	27.5		
	Kısmen	9	25.7	239	51.4		
Adli vakalara yaklaşım hakkında bilgi varlığı	Evet	5	14.3	69	14.8	17.225**	0.000*
	Hayır	21	60.0	129	27.7		
	Kısmen	9	25.7	267	57.4		
Sizce kurumunuzda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmeli mi	Evet	35	100.0	415	89.2	4.182**	0.022*
	Hayır	0	0	50	10.8		
Adli olguların bildirim hakkında bilgi varlığı	Evet	5	14.3	118	25.4	2.159**	0.099
	Hayır	30	85.7	347	74.6		

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin sorulara göre dağılımı (Devamı).

Değişkenler		Ebe		Hemşire		Test Değeri	p
		n	%	n	%		
Çalıştığınız kurumda; hizmet içi eğitimlerinizde adli tıp, adli vaka, adli hemşirelik, adli ebelik ve hukuk konularına yer verildi mi	Evet	4	11.4	50	10.8	0.015**	0.537
	Hayır	31	88.6	415	89.2		
Adli vaka ile karşılaşma durumu	Her zaman	3	8.6	42	9.0	25.443**	0.000*
	Ara sıra	8	22.9	291	62.6		
	Hiçbir zaman	24	68.6	132	28.4		
Kurumunuzda çalışırken karşılaşacağınız adli vakalarda izleyeceğiniz kurum prosedürünü bilme durumu	Evet	5	14.3	131	28.2	3.170**	0.051
	Hayır	30	85.7	334	71.8		
Toplam		35	100.0	465	100.0		

*p<0.05, **Ki kare analizi

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği (ÇİİBRTÖ) boyut puanlarının karşılaştırılması yapıldığında hemşirelerin 3.84 ± 0.42 iken ebelerin 3.83 ± 0.34 olduğu, İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri (İÇÜFB) alt boyut puan ortalamaları hemşirelerin 3.99 ± 0.38 iken ebelerin 3.85 ± 0.32 olduğu, İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri (İİÇDB) alt boyut puan ortalamaları hemşirelerin 3.92 ± 0.40 iken ebelerin 3.89 ± 0.31 olduğu, İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri (İÇÜB) alt boyut puan ortalamaları hemşirelerin 3.91 ± 0.65 iken ebelerin 3.93 ± 0.79 olduğu, İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri (İİYEÖ) alt boyut puan ortalamaları hemşirelerin 3.61 ± 0.67 iken ebelerin 3.65 ± 0.49 olduğu, İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri (İİYÇÖ) alt boyut puan ortalamaları hemşirelerin 3.52 ± 0.64 iken ebelerin 3.47 ± 0.55 olduğu, Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler (ÇİİAÖ) alt boyut puan ortalamaları hemşirelerin 3.90 ± 0.63 iken ebelerin 4.14 ± 0.37 olduğu bulunmuştur. İÇÜFB ve ÇİİAÖ alt boyut puan ortalamaları bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırmaya katılan katılımcıların mesleklerine göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçek ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Ölçek ve Boyutları		Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma	Test Değeri	p
Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği	Ebe	3.12	4.37	3.83	0.34	-0.191**	0.849
	Hemşire	2.70	5.00	3.84	0.42		
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri	Ebe	3.16	4.42	3.85	0.32	-2.161**	0.031*
	Hemşire	3.05	5.00	3.99	0.38		
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	Ebe	3.20	4.40	3.89	0.31	-0.429**	0.668
	Hemşire	2.87	5.00	3.92	0.40		
İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri	Ebe	2.14	4.86	3.93	0.79	0.169**	0.869
	Hemşire	2.14	5.00	3.91	0.65		
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	Ebe	2.58	4.42	3.65	0.49	0.347**	0.729
	Hemşire	1.83	5.00	3.61	0.67		
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	Ebe	2.50	4.33	3.47	0.55	-0.520**	0.603
	Hemşire	1.67	5.00	3.52	0.64		
Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler	Ebe	3.00	4.88	4.14	0.37	2.284**	0.023*
	Hemşire	1.88	5.00	3.90	0.63		

*p<0.05, **Bağımsız t testi

Bu çalışmada, hemşire ve ebelerin eğitim durumu lisansüstü (3.94±0.38) olanların, meslekte (3.92±0.45) ve çocuk hastanesinde (4.06±0.45) çalışma süresi 10 yıldan fazla olanların ÇİİBRTÖ toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik ölçek (ÇİİBRTÖ) puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	ÇİİBRTÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				
Eğitim durumu	Lise (1)	3.48	0.14	3.626***	0.013*	4>1
	Ön lisans (2)	3.76	0.39			
	Lisans (3)	3.86	0.43			
	Lisansüstü (4)	3.94	0.38			
Meslekte çalışma süresi	5 yıldan az (1)	3.81	0.38	6.299***	0.002*	3>1, 3>2
	5 – 10 yıl arası (2)	3.77	0.40			
	10 yıldan fazla (3)	3.92	0.45			
Çocuk hastanesinde çalışma süresi	5 yıldan az (1)	3.77	0.38	19.952***	0.000*	3>1, 3>2
	5 – 10 yıl arası (2)	3.83	0.42			
	10 yıldan fazla (3)	4.06	0.45			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Bu çalışmada, hemşire ve ebelerin eğitim durumu lisansüstü (4.14±0.35), meslekte çalışma süresi (4.06±0.38) ve çocuk hastanesinde çalışma süresi (4.18±0.36) 10 yıldan fazla olanların istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4.6).

Bu çalışmada, hemşire ve ebelerin eğitim durumu lisansüstü (4.02±0.33), meslekte çalışma süresi (3.97±0.41) ve çocuk hastanesinde çalışma süresi (4.07±0.40) 10 yıldan fazla olanların istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) ve istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	İÇÜFB		Test Değeri	p	Bonferroni	İİÇDB		Test değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Eğitim durumu	Lise (1)	3.68	0.27	3.862***	0.009*	4>1, 4>3	3.59	0.24	3.150***	0.025*	4>1
	Ön lisans (2)	3.96	0.37				3.85	0.32			
	Lisans (3)	3.97	0.38				3.92	0.41			
	Lisansüstü (4)	4.14	0.35				4.02	0.33			
Meslekte çalışma süresi	5 yıldan az (1)	3.95	0.38	8.051***	0.000*	3>1, 3>2	3.89	0.41	3.917***	0.021*	3>2
	5 – 10 yıl arası (2)	3.90	0.37				3.86	0.36			
	10 yıldan fazla (3)	4.06	0.38				3.97	0.41			
Çocuk hastanesinde çalışma süresi	5 yıldan az (1)	3.92	0.37	21.360***	0.000*	3>1, 3>2	3.85	0.39	11.621***	0.000*	3>1, 3>2
	5 – 10 yıl arası (2)	3.93	0.36				3.91	0.38			
	10 yıldan fazla (3)	4.18	0.36				4.07	0.40			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Bu çalışmada, hemşire ve ebelerin meslekte çalışma süresi (3.97 ± 0.70) ve çocuk hastanesinde çalışma süresi (4.10 ± 0.70) 10 yıldan fazla olanların ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Bu çalışmada, hemşire ve ebelerin meslekte çalışma süresi (3.72 ± 0.70) ve çocuk hastanesinde çalışma süresi (3.92 ± 0.71) 10 yıldan fazla olanların istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7).



Tablo 4.7. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	İÇÜB		Test Değeri	P	Bonferroni	İİYEÖ		Test değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Meslekte çalışma süresi	5 yıldan az (1)	3.93	0.57	3.033***	0.049*	3>2	3.56	0.53	3.931***	0.020*	3>2
	5 – 10 yıl arası (2)	3.81	0.66				3.54	0.68			
	10 yıldan fazla (3)	3.97	0.70				3.72	0.70			
Çocuk hastanesinde çalışma yılı	5 yıldan az (1)	3.86	0.60	5.802***	0.003*	3>1, 3>2	3.53	0.58	15.487***	0.000*	3>1, 3>2
	5 – 10 yıl arası (2)	3.85	0.70				3.55	0.71			
	10 yıldan fazla (3)	4.10	0.70				3.92	0.71			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Bu çalışmada, hemşire ve ebelerin erkek cinsiyette (3.70 ± 0.61) olanları, eğitim durumu lisans (3.59 ± 0.62) olanların ve çocuk hastanesinde çalışma süresi (3.73 ± 0.70) 10 yıldan fazla olanların istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Bu çalışmada, hemşire ve ebelerin erkek cinsiyette (3.96 ± 0.63) olanları, eğitim durumu lisans (3.95 ± 0.61) olanların ve çocuk hastanesinde çalışma süresi (4.15 ± 0.62) 10 yıldan fazla olanların çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) ve çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	İİYÇÖ		Test Değeri	P	Bonferroni	ÇİİAÖ		Test değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Cinsiyet	Kadın	3.42 0.63	-4.708**	0.000*		3.89 0.61	-1.294**	0.000*		
	Erkek	3.70 0.61				3.96 0.63				
Eğitim durumu	Lise (1)	3.00 0.27	7.900***	0.000*	3>2	3.45 0.20	3.451***	0.016*	3>2	
	Ön lisans (2)	3.26 0.67				3.76 0.64				
	Lisans (3)	3.59 0.62				3.95 0.61				
	Lisansüstü (4)	3.43 0.62				3.91 0.64				
Çocuk hastanesinde çalışma yılı	5 yıldan az (1)	3.40 0.60	13.261***	0.000*	3>1, 3>2	3.81 0.59	12.896***	0.000*	3>1, 3>2	
	5 – 10 yıl arası (2)	3.62 0.58				3.95 0.63				
	10 yıldan fazla (3)	3.73 0.70				4.15 0.62				

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Bu çalışmada, mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVEİ) konusunda bilgi/egitim alan (3.98 ± 0.44), çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaşan (3.99 ± 0.41), ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaştığında tanıyabilen (3.99 ± 0.41), istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulan (4.20 ± 0.34), çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulunduran (3.95 ± 0.41), TCK'nın 280. Maddesi ve içeriği hakkında bilgisi olan (4.02 ± 0.42), çalışılan kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığına 'Evet' cevabını veren (3.99 ± 0.43), ÇİVEİ konusunda bilgi/egitim almak isteyen (3.89 ± 0.38), adli olguların bildirim hakkında bilgisi olan (4.09 ± 0.42), kurumlarında adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini belirten (3.88 ± 0.41), adli vaka kavramı hakkında bilgisi olan (3.94 ± 0.43), adli vaka ile karşılaşma durumu her zaman olan (4.00 ± 0.36), idari-cezai-hukuki sorumlulukları hakkında bilgisi olan (4.06 ± 0.42), adli vakalarda izleyecekleri kurum prosedürünü bilen (4.01 ± 0.44), adli vakalara yaklaşım hakkında bilgisi olan (4.12 ± 0.44) hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınması ölçeği (ÇİİBRTÖ) toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik ölçek (ÇİİBRTÖ) puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler		ÇİİBRTÖ		Test Değeri	p	Bonferroni
		\bar{X}	SS			
Mezuniyet sonrasında Çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi/egitim alma durumu	Evet	3.98	0.44	3.751**	0.000*	-
	Hayır	3.81	0.41			
Çalışma yaşamında Çocuk istismarı ve ihmali olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumu	Evet	3.99	0.41	8.368**	0.000*	-
	Hayır	3.69	0.37			
Çocuk istismarı ve ihmali olgusu/şüphesi ile karşılaştığınızda tanıyabilme durumu	Tanıyabilirim	3.99	0.41	12.195**	0.000*	-
	Tanıyamam	3.57	0.27			
Çocuk istismarı ve ihmali tanıma, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulma durumu	Yeterli (1)	4.20	0.34	92.436***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Yetersiz (2)	3.56	0.27			
	Kısmen yeterli (3)	3.89	0.41			
Çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulundurma durumu	Evet	3.95	0.41	7.390**	0.000*	-
	Hayır	3.68	0.38			
TCK'nın 280. Maddesi (Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğü) ve içeriği hakkında bilgi varlığı	Evet	4.02	0.42	6.726**	0.000*	-
	Hayır	3.76	0.39			

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik ölçek (ÇİİBRTÖ) puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	ÇİİBRTÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				
Çalışılan kurumda Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığı	Evet (1)	3.99	0.43	19.264***	0.000*	1>3
	Hayır (2)	3.86	0.54			
	Bilmiyorum (3)	3.76	0.39			
Çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi/egitim almak isteme durumu	Evet	3.89	0.38	3.360**	0.001*	-
	Hayır	3.75	0.47			
Adli olguların bildirim hakkında bilgi varlığı	Evet	4.09	0.42	8.150**	0.000*	-
	Hayır	3.76	0.39			
Adli vaka kavramı hakkında bilgi varlığı	Evet	3.94	0.43	8.371**	0.000*	-
	Hayır	3.62	0.29			
Adli vaka ile karşılaşma durumu	Her zaman (1)	4.00	0.36	31.324***	0.000*	1>3, 2>3
	Ara sıra (2)	3.93	0.43			
	Hiçbir zaman (3)	3.64	0.33			
Sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklarınız hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	4.06	0.42	55.416***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	3.58	0.31			
	Kısmen (3)	3.91	0.40			

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik ölçek (ÇİİBRTÖ) puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler		ÇİİBRTÖ		Test Değeri	p	Bonferroni
		\bar{X}	SS			
Adli vakalara yaklaşım hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	4.12	0.44	71.191***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	3.56	0.29			
	Kısmen (3)	3.92	0.39			
Kurumunuzda çalışırken karşılaştığınız adli vakalarda izleyeceğiniz kurum prosedürünü bilme durumu	Evet	4.01	0.44	5.448**	0.000*	-
	Hayır	3.78	0.39			
Sizce kurumunuzda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmeli	Evet	3.88	0.41	5.299**	0.000*	-
	Hayır	3.55	0.40			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Bu çalışmada, mezuniyet sonrasında çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVEİ) konusunda bilgi/eğitim alan (istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) ve istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) sırası ile 4.08 ± 0.39 ve 4.00 ± 0.40), çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaşan (4.11 ± 0.37 ve 4.03 ± 0.39), ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaştığında tanıyabilen (4.11 ± 0.36 ve 4.05 ± 0.37), istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulan (4.25 ± 0.29 ve 4.19 ± 0.31), çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulunduran (4.09 ± 0.37 ve 4.00 ± 0.38), TCK'nın 280. Maddesi ve içeriği hakkında bilgisi olan (4.15 ± 0.37 ve 4.04 ± 0.39), çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığını bilen (4.12 ± 0.37 ve 4.03 ± 0.38), ÇİVEİ konusunda bilgi/eğitim almak isteyen (4.04 ± 0.36 ve 3.95 ± 0.36), adli olguların bildirimini hakkında bilgisi olan (4.18 ± 0.34 ve 4.12 ± 0.36), adli vaka kavramı hakkında bilgisi olan (4.06 ± 0.38 ve 3.99 ± 0.40), adli vaka ile karşılaşma durumu her zaman olan (4.13 ± 0.30 ve 4.06 ± 0.31), idari-cezai-hukuki sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olan (4.15 ± 0.38 ve 4.09 ± 0.39), adli vakalara yaklaşım hakkında bilgisi olan (4.19 ± 0.37 ve 4.15 ± 0.38), kurumda çalışırken karşılaşacakları adli vakalarda izleyecekleri kurum prosedürünü bilen (4.12 ± 0.39 ve 4.04 ± 0.39), kurumda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini belirten (4.01 ± 0.37 ve 3.93 ± 0.39), hizmet içi eğitimlerde adli tıp-adli vaka- adli hemşirelik-adli ebelik ve hukuk konularını gören (4.08 ± 0.38 ve 3.93 ± 0.35) hemşire ve ebelerin İÇÜFB ve İİÇDB alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) ve istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	İÇÜFB		Test Değeri	p	Bonferroni	İİÇDB		Test Değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Mezuniyet sonrasında Çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi/eğitim alma durumu	Evet	4.08 0.39	2.960**	0.003*	-	4.00 0.40	2.526**	0.012*	-	
	Hayır	3.95 0.37				3.89 0.39				
Çalışma yaşamında Çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumu	Evet	4.11 0.37	8.582**	0.000*	-	4.03 0.39	6.966**	0.000*	-	
	Hayır	3.84 0.34				3.79 0.37				
Çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaştığınızda tanıyabilme durumu	Tanıyabilirim	4.11 0.36	11.819**	0.000*	-	4.05 0.37	11.438**	0.000*	-	
	Tanıyamam	3.74 0.29				3.67 0.31				
Çocuk istismarı ve ihmalini tanıma, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulma durumu	Yeterli (1)	4.25 0.29	68.174***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.19 0.31	67.604***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	
	Yetersiz (2)	3.74 0.29				3.67 0.34				
	Kısmen yeterli (3)	4.03 0.38				3.97 0.37				
Çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulundurma durumu	Evet	4.09 0.37	8.274**	0.000*	-	4.00 0.38	6.374**	0.000*	-	
	Hayır	3.82 0.35				3.78 0.38				

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) ve istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	İÇÜFB		Test Değeri	p	Bonferroni	İİÇDB		Test Değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
TCK'nın 280. Maddesi (Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğü) ve içeriği hakkında bilgi varlığı	Evet	4.15 0.37	7.228**	0.000*	-	4.04 0.39	5.327**	0.000*	-	
	Hayır	3.90 0.36				3.85 0.38				
Çalışılan kurumda Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığı	Evet (1)	4.12 0.37	21.479***	0.000*	1>3	4.03 0.38	13.377***	0.000*	1>3	
	Hayır (2)	4.05 0.47				4.03 0.59				
	Bilmiyorum (3)	3.90 0.36				3.84 0.38				
Çocuk istismarı ve ihmaline konusunda bilgi/egitim almak isteme durumu	Evet	4.04 0.36	5.011**	0.000*	-	3.95 0.36	3.359**	0.001*	-	
	Hayır	3.86 0.39				3.83 0.44				
Adli olguların bildirim hakkında bilgi varlığı	Evet	4.18 0.34	6.915**	0.000*	-	4.12 0.36	7.119**	0.000*	-	
	Hayır	3.91 0.37				3.84 0.38				
Adli vaka kavramı hakkında bilgi varlığı	Evet	4.06 0.38	7.140**	0.000*	-	3.99 0.40	6.921**	0.000*	-	
	Hayır	3.81 0.33				3.74 0.32				

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) ve istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	İÇÜFB		Test Değeri	p	Bonferroni	İİÇDB		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Adli vaka ile karşılaşma durumu	Her zaman (1)	4.13	0.30	38.193***	0.000*	1>3, 2>3	4.06	0.31	21.604***	0.000*	1>3, 2>3
	Ara sıra (2)	4.06	0.38				3.98	0.40			
	Hiçbir zaman (3)	3.77	0.31				3.75	0.35			
Sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklarınız hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	4.15	0.38	49.927***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.09	0.39	42.220***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	3.75	0.32				3.69	0.36			
	Kısmen (3)	4.05	0.35				3.97	0.36			
Adli vakalara yaklaşım hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	4.19	0.37	68.761***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.15	0.38	52.854***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	3.72	0.29				3.68	0.34			
	Kısmen (3)	4.06	0.35				3.98	0.37			
Kurumunuzda çalışırken karşılaştığınız adli vakalarda izleyeceğiniz kurum prosedürünü bilme durumu	Evet	4.12	0.39	5.200**	0.000*	-	4.04	0.39	4.345**	0.000*	-
	Hayır	3.93	0.36				3.87	0.39			

Tablo 4.10. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (İÇÜFB) ve istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (İİÇDB) alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	İÇÜFB		Test Değeri	p	Bonferroni	İİÇDB		Test Değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Sizce kurumunuzda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmeli	Evet	4.01 0.37	4.840**	0.000*	-	3.93 0.39	3.294**	0.001*	-	
	Hayır	3.74 0.36				3.74 0.44				
Çalıştığınız kurumda; hizmet içi eğitimlerinizde adli tıp, adli vaka, adli hemşirelik, adli ebelik ve hukuk konularına yer verilme durumu	Evet	4.08 0.38	2.014**	0.045*	-	3.93 0.35	0.244**	0.807	-	
	Hayır	3.97 0.38				3.91 0.40				

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyas analizi

Bu çalışmada, mezuniyet sonrasında ÇİVEİ konusunda bilgi/egitim alan (ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) puan ortalamaları sırası ile 4.11 ± 0.54 ve 3.84 ± 0.66), çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaşan (4.06 ± 0.65 ve 3.82 ± 0.65), ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaştığında tanıyabilen (4.10 ± 0.62 ve 3.81 ± 0.66), istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulan (4.34 ± 0.53 ve 4.11 ± 0.56), çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulunduran (4.05 ± 0.63 ve 3.76 ± 0.65), TCK'nın 280. Maddesini ve içeriğini bilen (4.13 ± 0.57 ve 3.86 ± 0.66), çalıştığı kurumda çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığını bilen (4.08 ± 0.64 ve 3.82 ± 0.66), adli olguların bildirim hakkında bilgisi olan (4.23 ± 0.59 ve 3.95 ± 0.66), adli vaka kavramı hakkında bilgisi olan (4.04 ± 0.64 ve 3.75 ± 0.67), adli vaka ile karşılaşma durumu her zaman olan (4.23 ± 0.49 ve 3.78 ± 0.68), ÇİVEİ konusunda bilgi/egitim almak isteyen (4.01 ± 0.58 ve 3.67 ± 0.60), idari-cezai-hukuki sorumluluklarını bilen (4.17 ± 0.57 ve 3.91 ± 0.61) , kurumlarında adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini belirten (3.95 ± 0.65 ve 3.67 ± 0.64), adli vakalara yaklaşım hakkında bilgisi olan (4.25 ± 0.64 ve 4.00 ± 0.66), adli vaka ile karşılaştığında izleyeceği kurum prosedürünü bilen (4.08 ± 0.64 ve 3.82 ± 0.69) hemşire ve ebelerin İÇÜB ve İİYEÖ alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	İÇÜB			Test Değeri	p	Bonferroni	İİYEÖ			Test Değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS					\bar{X}	SS				
Mezuniyet sonrasında Çocuk istismarı ve ihmal konusundaki bilgi/egitim alma durumu	Evet	4.11	0.54	3.416**	0.001*	-	3.84	0.66	3.929**	0.000*	-	
	Hayır	3.86	0.67				3.56	0.65				
Çalışma yaşamında Çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumu	Evet	4.06	0.65	5.368**	0.000*	-	3.82	0.65	7.374**	0.000*	-	
	Hayır	3.75	0.63				3.40	0.60				
Çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaştığınızda tanıyabilme durumu	Tanıyabilirim	4.10	0.62	9.758**	0.000*	-	3.81	0.66	10.151**	0.000*	-	
	Tanıyamam	3.55	0.56				3.24	0.47				
Çocuk istismarı ve ihmalini tanıma, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulma durumu	Yeterli (1)	4.34	0.53	53.425***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.11	0.56	72.911***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	
	Yetersiz (2)	3.54	0.57				3.21	0.47				
	Kısmen yeterli (3)	3.98	0.63				3.70	0.64				
Çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulundurma durumu	Evet	4.05	0.63	6.151**	0.000*	-	3.76	0.65	6.038**	0.000*	-	
	Hayır	3.70	0.63				3.41	0.61				

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	İÇÜB		Test Değeri	p	Bonferroni	İİYEÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
TCK'nın 280. Maddesi (Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğü) ve içeriği hakkında bilgi varlığı	Evet	4.13	0.57	5.478**	0.000*	-	3.86	0.66	5.970**	0.000*	-
	Hayır	3.80	0.67				3.50	0.63			
Çalışılan kurumda Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığı	Evet (1)	4.08	0.64	10.276***	0.000*	1>3	3.82	0.66	14.183***	0.000*	1>3
	Hayır (2)	4.08	0.53				3.41	0.87			
	Bilmiyorum (3)	3.81	0.65				3.50	0.62			
Çocuk istismarı ve ihmalinde bilgi/eğitim almak isteme durumu	Evet	4.01	0.58	4.906**	0.000*	-	3.67	0.60	2.688**	0.008*	-
	Hayır	3.71	0.76				3.50	0.75			
Adli olguların bildirim hakkında bilgi varlığı	Evet	4.23	0.59	6.399**	0.000*	-	3.95	0.66	6.893**	0.000*	-
	Hayır	3.81	0.64				3.50	0.62			
Adli vaka kavramı hakkında bilgi varlığı	Evet	4.04	0.64	6.937**	0.000*	-	3.75	0.67	7.220**	0.000*	-
	Hayır	3.62	0.59				3.31	0.53			

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri (İÇÜB) ve istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (İİYEÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	İÇÜB		Test Değeri	p	Bonferroni	İİYEÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Adli vaka ile karşılaşma durumu	Her zaman (1)	4.23	0.49	27.283***	0.000*	1>3, 2>3	3.78	0.68	25.103***	0.000*	1>3, 2>3
	Ara sıra (2)	4.01	0.64				3.74	0.66			
	Hiçbir zaman (3)	3.62	0.62				3.32	0.55			
Sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklarınız hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	4.17	0.57	40.389***	0.000*	1>2, 3>2	3.91	0.61	38.336***	0.000*	1>2, 3>2, 1>3
	Hayır (2)	3.54	0.62				3.27	0.56			
	Kısmen (3)	4.02	0.62				3.70	0.65			
Adli vakalara yaklaşım hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	4.25	0.64	50.013***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.00	0.66	46.281***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	3.52	0.55				3.25	0.53			
	Kısmen (3)	4.03	0.61				3.71	0.63			
Kurumunuzda çalışırken karşılaştığınız adli vakalarda izleyeceğiniz kurum prosedürünü bilme durumu	Evet	4.08	0.64	3.580**	0.000*	-	3.82	0.69	4.316**	0.000*	-
	Hayır	3.85	0.65				3.54	0.63			
Sizce kurumunuzda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmeli	Evet	3.95	0.65	3.919**	0.000*	-	3.67	0.64	6.296**	0.000*	-
	Hayır	3.57	0.62				3.08	0.61			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

Bu araştırmada, çalışma yaşamında İVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaşan (istismar ve ihmale yatkın çocukların zellikleri (İİYÖ) ve ocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (İİAÖ) puanları sırası ile 3.64 ± 0.68 ve 4.06 ± 0.60), İVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaştığında tanıyabilen (3.62 ± 0.67 ve 4.05 ± 0.63), istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulan (3.82 ± 0.67 ve 4.36 ± 0.44), TCK'nın 280. Maddesi ve içeriği hakkında bilgisi olan (3.63 ± 0.71 ve 4.07 ± 0.64), kurumunda ocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığını bilen (3.65 ± 0.71 ve 4.06 ± 0.64), adli olguların bildirimini hakkında bilgisi olan (3.75 ± 0.72 ve 4.20 ± 0.64), adli vaka kavramı hakkında bilgisi olan (3.62 ± 0.66 ve 4.01 ± 0.64), adli vakalara yaklaşım hakkında bilgisi olan (3.76 ± 0.74 ve 4.24 ± 0.61), idari- cezai- hukuki sorumluluklarını bilen (3.77 ± 0.69 ve 4.13 ± 0.61), adli vakalarda izleyecekleri kurum prosedürünü bilen (3.71 ± 0.72 ve 4.11 ± 0.66) hemşire ve ebelerin İİYÖ ve İİAÖ alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Bu araştırmada, mezuniyet sonrasında İVEİ konusunda bilgi/eğitim alan (4.08 ± 0.63), ocuk hastalarda İVEİ göz önünde bulunduran (4.03 ± 0.62), adli vaka ile karşılaşma durumu her zaman olan (4.05 ± 0.67) hemşire ve ebelerin İİAÖ alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımlarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	İİYÇÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	ÇİİAÖ		Test Değeri	p	Bonferroni
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS			
Mezuniyet sonrasında Çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi/egitim alma durumu	Evet	3.62 0.74	1.826**	0.068	-	4.08 0.63	3.014**	0.003*	-	
	Hayır	3.49 0.61				3.87 0.61				
Çalışma yaşamında Çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaşma durumu	Evet	3.64 0.68	4.246**	0.000*	-	4.06 0.60	5.744**	0.000*	-	
	Hayır	3.40 0.57				3.76 0.60				
Çocuk istismarı ve ihmal olgusu/şüphesi ile karşılaştığınızda tanıyabilme durumu	Tanıyabilirim	3.62 0.67	4.786**	0.000*	-	4.05 0.63	6.933**	0.000*	-	
	Tanıyamam	3.34 0.52				3.66 0.50				
Çocuk istismarı ve ihmalini tanıma, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulma durumu	Yeterli (1)	3.82 0.67	17.604***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.36 0.44	43.630***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	
	Yetersiz (2)	3.33 0.50				3.64 0.52				
	Kısmen yeterli (3)	3.54 0.66				3.93 0.64				
Çocuk hastalarda ÇİVEİ göz önünde bulundurma durumu	Evet	3.56 0.67	1.820**	0.069	-	4.03 0.62	5.056**	0.000*	-	
	Hayır	3.46 0.58				3.75 0.58				

Tablo 4.12. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	İİYÇÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	ÇİİAÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
TCK'nın 280. Maddesi (Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğü) ve içeriği hakkında bilgi varlığı	Evet	3.63	0.71	2.720**	0.007*	-	4.07	0.64	4.142**	0.000*	-
	Hayır	3.47	0.59				3.83	0.59			
Çalışılan kurumda Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik talimat/prosedür varlığı	Evet (1)	3.65	0.71	6.454***	0.002*	1>3	4.06	0.64	8.597***	0.000*	1>3
	Hayır (2)	3.63	0.81				3.71	0.92			
	Bilmiyorum (3)	3.44	0.57				3.83	0.58			
Çocuk istismarı ve ihmalinde bilgi/egitim almak isteme durumu	Evet	3.48	0.64	-2.138**	0.033*	-	3.93	0.59	0.695**	0.487	-
	Hayır	3.61	0.62				3.89	0.67			
Adli olguların bildirim hakkında bilgi varlığı	Evet	3.75	0.72	4.596**	0.000*	-	4.20	0.64	6.205**	0.000*	-
	Hayır	3.45	0.59				3.82	0.58			
Adli vaka kavramı hakkında bilgi varlığı	Evet	3.62	0.66	5.612**	0.000*	-	4.01	0.64	5.474**	0.000*	-
	Hayır	3.29	0.50				3.69	0.49			

Tablo 4.12. Araştırmaya katılan katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalini tanımalarına yönelik bilgi, tutum ve görüşlere ilişkin mesleki sorulara göre istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (İİYÇÖ) ve çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (ÇİİAÖ) alt boyut puanlarının karşılaştırılması (Devamı).

Değişkenler	İİYÇÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	ÇİİAÖ		Test Değeri	p	Bonferroni	
	\bar{X}	SS				\bar{X}	SS				
Adli vaka ile karşılaşma durumu	Her zaman (1)	3.60	0.64	1.872***	0.155	-	4.05	0.67	9.438***	0.000*	1>3, 2>3
	Ara sıra (2)	3.55	0.67				3.98	0.63			
	Hiçbir zaman (3)	3.44	0.55				3.74	0.55			
Sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklarınız hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	3.77	0.69	16.159***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.13	0.61	17.958***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	3.32	0.52				3.69	0.56			
	Kısmen (3)	3.54	0.64				3.96	0.61			
Adli vakalara yaklaşım hakkında bilgi varlığı	Evet (1)	3.76	0.74	12.441***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2	4.24	0.61	29.337***	0.000*	1>2, 1>3, 3>2
	Hayır (2)	3.34	0.50				3.64	0.53			
	Kısmen (3)	3.56	0.65				3.97	0.61			
Kurumunuzda çalışırken karşılaştığınız adli vakalarda izleyeceğinizi kurum prosedürünü bilme durumu	Evet	3.71	0.72	4.092**	0.000*	-	4.11	0.66	4.471**	0.000*	-
	Hayır	3.45	0.59				3.84	0.59			
Sizce kurumunuzda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmeli	Evet	3.53	0.65	0.632**	0.528	-	3.96	0.59	4.824**	0.000*	-
	Hayır	3.47	0.55				3.52	0.72			

*p<0.05, **Bağımsız t testi, ***Tek yönlü varyans analizi

5. TARTIŞMA

Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan araştırmanın bu bölümünde, saptanan bulgular literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre her yıl yaklaşık 1 milyar çocuk fiziksel, cinsel, duygusal istismara ya da ihmale uğramaktadır (WHO, 2022b). Konu ile ilgili yapılan meta-analiz çalışmalarında da, dünya genelinde ÇİVEİ yaygınlığının %10 ila %60 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Cui ve Liu, 2020; D'arcy-Bewick vd., 2022; Fitton vd., 2020; Mathews vd., 2020; Matsumoto vd., 2023; Pan vd., 2021; Shah, 2020). Ülkemizin farklı bölgelerinde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ise ÇİVEİ oranının %5 ila %55 arasında geniş bir yelpazede değiştiği bilinmektedir (Çubuk ve Şeker, 2021; Derebagçe ve Özerk, 2021). Dünyada ve ülkemizde ÇİVEİ oranının yüksek olması, kısa ve uzun vadedeki olumsuz sonuçları göz önüne alındığında çocuk istismarı ve ihmali önleme, tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri ile toplumsal farkındalığın oluşturulmasında sağlık sisteminin her aşamasında çalışan hemşire ve ebelere büyük görev ve sorumluluklar düştüğü unutulmamalıdır (Lines vd., 2023; Mkonyi vd., 2021; Nouman vd., 2020; Sarman vd., 2021).

Bu araştırmaya katılan katılımcıların %93'ünü hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin %61.5'i kadın, %60'ı 25-35 yaş arası, %52'si evli, %41.7'si çocuk sahibi, %74.4'ü lisans mezunu, %40.4'ünün geliri giderinden az, %41.7'sinin 10 yıl ve üzeri süredir çalıştığı ve %54.6'sının çocuk hastanesinde 5 yıldan az çalıştığı belirlenmiştir. Ebelerin %100'ü kadın, %71.4'ü 25-35 yaş arası, %94.3'ü bekar, %100'ü çocuk sahibi değil, %100'ü lisans mezunu, %31.4'ünün geliri giderinden az, %48.6'sının 5-10 yıl arası süredir çalıştığı ve %62.9'unun çocuk hastanesinde 5 yıldan az çalıştığı belirlenmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu ve meslekte çalışma süresi bakımından ebe ve hemşirelerde gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1). Konu ile ilgili

yapılan çalışmalarda hemşire oranının %20.7-30.2 ebe oranının da %69.8-79.3 arasında değiştiği belirlenmiştir (Bilgiç, 2015; Kabakoğlu, 2018). Bu çalışmadaki ebe oranının diğer çalışmalara göre daha az olmasının nedeni literatürdeki çalışmaların çoğunlukla birinci basamak sağlık kurumlarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Güney Kore’de yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların çoğunluğu 20-29 yaş aralığında, ülkemizde Karaca’nın (2022) çalışmasında katılımcıların çoğu 26-40 yaş arasında ve Kabakoğlu’nun (2018) çalışmasında ise 37-42 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (Karaca, 2022; Kabakoğlu, 2018; Paek vd., 2019). Çalışma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermekle beraber ülkemizde yapılmış olan çalışmalara göre daha küçük bir yaş grubu hâkimdir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ebe ve hemşirelerin çoğunlukla çocuk sahibi olduğunu görmekteyiz (Bilgiç, 2015; Demir, 2012; Kabakoğlu, 2018; Sahebigh vd., 2017). Çalışma bulgularımızın literatürden farklı olmasını katılımcıların evlilik oranı ve yaş ortalamasının düşük olmasıyla açıklayabiliriz. Bu çalışmada ebe ve hemşirelerin çoğunlukla lisans mezunu olması literatür bulguları ile paralellik göstermektedir (Bilgiç, 2015; Burç, 2014; Geçdi, 2022; Gölge vd., 2012; Kabakoğlu, 2018; Tekin ve Kılıç, 2020).

Hemşire ve ebelerin “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek- (ÇİİBRTÖ)” toplam puan ortalaması 3.84 ± 0.42 , “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri- (İÇÜFB)” alt boyut puan ortalaması tüm alt ölçekler içinde en yüksek puanı alarak 3.98 ± 0.38 , “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri- (İİÇDB)” alt boyut puan ortalaması 3.91 ± 0.40 , “İhmalin Çocuk Üzerindeki Belirtileri- (İÇÜB)” alt boyut puan ortalaması 3.91 ± 0.66 , “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri- (İİYEÖ)” alt boyut puan ortalaması 3.62 ± 0.66 , “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri- (İİYÇÖ)” alt boyut puan ortalaması tüm alt ölçekler içinde en düşük puanı alarak 3.52 ± 0.64 , “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler- (ÇİİAÖ)” alt boyut puan ortalaması 3.91 ± 0.62 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmada hemşire ve ebelerin ÇİVEİ belirtilerini tanımlama da katılımcıların toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarının 3 puanın üzerinde bulunması ile yeterli bilgiye sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.2). Birleşik Krallık’ ta yapılan benzer bir çalışmada, hemşirelerin ÇİVEİ konusunda bilgi sahibi olmalarına rağmen, bu bilgiyi uygulamada ve raporlamada yeterli güvene sahip olmadıkları bulunmuştur

(Lines vd., 2016). Belçika'da yapılan benzer başka bir çalışmada, pediatri ve aile hekimliği alanında eğitim görenlerin ÇİVEİ konusundaki bilgi düzeylerinin genel olarak iyi olduğu, ancak hala iyileştirmeye ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar, şüpheli durumları daha doğru bir şekilde tanımlayabilmişlerdir, ancak eğitim seviyeleri ile performansları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Jamaer vd., 2023). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise; Karaca (2022), Geçdi (2022), Sarıyar (2019), Güzelmansur (2018), Kabakoğlu (2018), Türker (2017), Yılmaz (2015), Bilgiç (2015) ve Demir (2012) yaptığı benzer çalışmalarda sağlık çalışanlarının ÇİİBRTÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla 3.90 ± 0.37 , 3.32 ± 0.22 , 3.84 ± 0.37 , 3.6 ± 0.3 , 3.65 ± 0.35 , 3.88 ± 0.37 , 3.9 ± 0.4 , 3.75 ± 0.35 , 3.86 ± 0.33 olarak bulunmuştur (Bilgiç, 2015; Demir, 2012; Geçdi, 2022; Güzelmansur, 2018; Karaca, 2022; Kabakoğlu, 2018; Sarıyar, 2019; Türker, 2017; Yılmaz, 2015). Çalışma sonucumuzla benzer şekilde Karaca (2022), Bilgiç (2015) ve Kaptan (2017) çalışmalarında da sırasıyla 4.10 ± 0.35 , 3.87 ± 0.39 ve 3.80 ± 0.36 puan ile en yüksek İÇÜFB alt ölçeğinden puan almışlardır (Bilgiç, 2015; Karaca, 2022; Kaptan, 2017). Kabakoğlu (2018) ve Türker (2017) çalışmalarında da İÇÜFB puan ortalamaları sırasıyla 3.79 ± 0.35 ve 4.05 ± 0.37 olarak bulunmuştur (Kabakoğlu, 2018; Türker, 2017). Karaca (2022), Kabakoğlu (2018), Türker (2017) ve Bilgiç (2015) çalışmalarında İİÇDB alt ölçeği puan ortalamaları sırasıyla 3.92 ± 0.41 , 3.73 ± 0.39 , 3.98 ± 0.39 ve 3.84 ± 0.41 olarak bulunmuştur (Bilgiç, 2015; Karaca, 2022; Kabakoğlu, 2018; Türker, 2017). Karaca (2022), Kabakoğlu (2018), Türker (2017), Yılmaz (2015) ve Bilgiç (2015) çalışmalarında İÇÜB alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla 4.09 ± 0.55 , 3.80 ± 0.61 , 4.08 ± 0.68 , 4.3 ± 0.6 ve 3.92 ± 0.62 olarak bulunmuştur (Bilgiç, 2015; Karaca, 2022; Kabakoğlu, 2018; Türker, 2017; Yılmaz, 2015). Literatürdeki benzer çalışmalarda katılımcılar en yüksek puan ortalamasını İÇÜB alt ölçeğinden almışlardır (Bilgiç, 2015; Gölge vd., 2012; Kabakoğlu, 2018; Özcan, 2022; Türker, 2017; Yılmaz, 2015). Bu çalışmada ise İÇÜB alt ölçeği diğerlerine göre daha yüksek puan ortalaması olsa da küçük bir farkla İÇÜFB alt ölçeğinden sonra gelmektedir. İÇÜB ve İÇÜFB puanlarının diğer alt ölçek puanlarına göre daha yüksek olmasının sebebi ebe ve hemşirelerin hastaneye müracaat eden çocukların fiziksel muayenesini yapıp vakanın somut bir şekilde görülüp değerlendirilebilir oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Karaca (2022), Kabakoğlu (2018), Türker (2017), Bilgiç (2015) ve Demir (2012) çalışmalarında İİYEÖ alt ölçeği için puan ortalamaları sırasıyla 3.68 ± 0.53 , 3.38 ± 0.54 , 3.58 ± 0.51 , 3.50 ± 0.49 , 3.64 ± 0.45 olarak bulunmuştur (Bilgiç,

2015; Demir, 2012; Karaca, 2022; Kabakoğlu, 2018; Türker, 2017). Karaca (2022), Özcan (2022), Kabakoğlu (2018), Kaptan (2017) ve Türker (2017) yaptığı çalışmalarda da çalışmamızla benzer şekilde İİYÇÖ ölçeğinden tüm alt ölçekler içinde en düşük ortalama puanı alarak sırasıyla 3.41 ± 0.41 , 2.83 ± 0.54 , 3.25 ± 0.51 , 3.16 ± 0.56 , 3.30 ± 0.57 puanlarını almışlardır (Karaca, 2022; Kabakoğlu, 2018; Kaptan, 2017; Özcan, 2022; Türker, 2017). Bu durum hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalde çocuğun özelliklerini bilmediklerini ve bilhassa fiziksel zihinsel engelli veya kronik hastalığı bulunan çocukların daha fazla istismar ve ihmal riski taşıdığını göz önünde bulundurmadığını, bu konuda bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Karaca (2022), Sarıyar (2019), Kabakoğlu (2018), Türker (2017) ve Bilgiç (2015) çalışmasında ÇİİAÖ alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları sırasıyla 3.94 ± 0.56 , 3.92 ± 0.60 , 3.71 ± 0.58 , 3.93 ± 0.67 , 3.85 ± 0.52 olarak bulunmuştur (Bilgiç, 2015; Karaca, 2022; Kabakoğlu, 2018; Sarıyar, 2019; Türker, 2017). Dünyada ve ülkemizde konuyla ilgili yapılan benzer çalışmalar bu çalışmadaki bulgular ile paralellik göstermektedir.

Bu araştırmada lisans mezuniyet oranının yüksek olmasına rağmen ebe ve hemşirelerin ÇİVEİ konusunda mezuniyet öncesi (ebe: %37.1, hemşire: %55.7) ve mezuniyet sonrası (ebe: %77.1, hemşire: %80) bilgi/egitim almama oranları oldukça düşündürücüdür (Tablo 4.3). Literatüre bakıldığında, dünya genelindeki benzer çalışmalarda; Elarousy ve Abed (2019) çalışmasında katılımcıların %22.8'inin ve Lee ve Kim (2018) çalışmasında %30.5'inin eğitim aldığını belirtmiştir (Elarousy ve Abed, 2019; Lee ve Kim, 2018). Berk (2023) çalışmasında hemşirelerin yarısı, Özcan (2022) çalışmasında hemşirelerin %35.5'i konu ile ilgili öğrenimi süresince eğitim aldığı görülmüştür (Berk, 2023; Özcan, 2022). Buna karşın Karaca (2022) çalışmasında katılımcıların %61.6'sı, Geçdi (2022) çalışmasında sağlık çalışanlarının %49.5'i, Tekin ve Kılıç (2020) çalışmasında katılanların %68.7'si mezuniyet öncesi veya sonrasında ÇİVEİ konusunda herhangi bir eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir (Geçdi, 2022; Karaca, 2022; Tekin ve Kılıç, 2020). Çalışmalarda ÇİVEİ konusunda eğitim alma yüzdeleri birbirinden çok farklı olmakla birlikte eğitim alma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bunun hemşirelik müfredatlarında ÇİVEİ'ye yer verilmesi konusunda farklılıklar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna rağmen bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının konu hakkında eğitim almadığını belirtmesine rağmen 'Çocuk İstismarı ve İhmalinin

Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek-ÇİİBRTÖ' total ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları 3 puanın üzerinde ve yeterli olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Bu durumun nedeni çocuk branş hastanesinde görev yapmalarından dolayı çocuk hastalar ve aileleri ile daha sık karşılaşmakta olup ÇİVEİ konusunda farkındalık, gözlem ve olgu/şüpheli deneyimlerinin daha fazla olması ile açıklayabiliriz.

Bu çalışmada hemşirelerin %52.9'unun ve ebelerin %28.6'sının çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaşmış olduğu, hemşirelerin en çok %87.3 ile ekonomik istismar ve ebelerin en çok %88.6 ile ekonomik ve cinsel istismar ile karşılaştığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Türker (2017) çalışmasında ebe ve hemşirelerin beşte birinin, Bilgiç (2015) çalışmasında ebe ve hemşirelerin üçte birinin, Karaca (2022) çalışmasında sağlık çalışanlarının üçte birinin meslek hayatlarında ÇİVEİ vakasıyla karşılaştıklarını saptamışlardır (Bilgiç, 2015; Karaca, 2022; Türker, 2017). Geçdi (2022) çalışmasında sağlık çalışanlarının %39.5'inin, Tekin ve Kılıç (2020) çalışmasında %42'sinin, Metinyurt ve Sarı (2016) çalışmasında %17.3'ünün çalışma yaşamları boyunca ÇİVEİ vakaları ile karşılaştıklarını belirlemişlerdir (Geçdi, 2022; Metinyurt ve Yıldırım-Sarı, 2016; Tekin ve Kılıç, 2020). Paek'in Güney Kore'de yürüttüğü bir çalışmada sağlık çalışanlarının %32.9'u ÇİVEİ ile karşılaştığını belirtmiştir (Paek vd., 2019). Burç ve Tüfekçi (2015) çalışmasında hemşirelerin %37.7'si, Yılmaz (2015) çalışmasında %12.6'sı, Polat-Külcü ve Karataş (2016) çalışmasında %35.7'si ÇİVEİ ile karşılaşmıştır (Burç ve Güdücü-Tüfekçi, 2015; Polat-Külcü ve Karataş, 2016; Yılmaz, 2015). Gebiç-Yılmaz (2022) çalışmasında sağlık çalışanlarının %53.7'sinin meslek hayatında ÇİVEİ ile karşılaştığı bunlardan %35.3'ünün fiziksel ve %30.8'inin cinsel istismar ile karşılaştığı belirlenmiştir (Gebiç-Yılmaz, 2022). Işık (2021) çalışmasında da yine fiziksel istismar %45.5 ile en fazla karşılaşılan tür olarak belirtilmiştir (Işık, 2021). Kaptan (2017) çalışmasında hemşirelerin karşılaştığı ÇİVEİ olguları incelendiğinde %35.6 ihmal, %32.8 fiziksel istismar, %18.3 duygusal istismar, %13.3 cinsel istismar olarak bulunmuştur (Kaptan, 2017). Özcan (2022) çalışmasında hemşirelerin %40.3'ü ÇİVEİ ile karşılaşmış bunlardan %44'ü cinsel ve %14'ü fiziksel istismar ile karşılaşmıştır (Özcan, 2022). Literatürdeki sonuçlar birbirinden farklıdır. Bu farklılık ebe ve hemşirelerin ÇİVEİ ile ilgili eğitim alma durumlarına, yaş ortalamalarına, meslekteki tecrübelerine, konu ile ilgili

farkındalıklarına, bölgesel ve kültürel özelliklerin farklılığına bağlı olarak oluştuğu düşünülebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin %65.6'sının ve ebelerin %85.7'sinin TCK'nın 280. Maddesi (Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğü) ve içeriği hakkında bilgi sahibi olmadığı, sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari-cezai-hukuki sorumlulukları hakkında hemşirelerin %27.5'inin ebelerin ise %60'ının bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.3). Kabakoğlu (2018) çalışmasında hemşire ve ebelerin %67.9'u TCK'nın 280.maddesi hakkında bilgileri olmadığını bildirmişlerdir (Kabakoğlu, 2018). Berk (2023) çalışmasında ihbar etme yükümlülüklerinin TCK'nın kaçınıcı maddesi olduğunu bilme bilgisine sahip olma oranları %16.7 olarak bildirilmiştir (Berk, 2023). Çalışma bulguları literatürdeki çalışmalara benzerlik göstermektedir. TCK'nın 280. Maddesini ve sağlık personeli olarak idari-cezai-hukuki sorumluluklarını bilme oranlarının düşük olması, hemşire ve ebelerin hukuki süreci ve bildirim yapmayı iyi bilmediklerini ve bu konuda eğitim gereksinimlerinin olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin %60.9'unun ve ebelerin %85.7'sinin çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmeline yönelik talimat/prosedür varlığını bilmediği, ebelerin %85.7'sinin ve hemşirelerin %71.8'inin kurumlarında karşılaştıkları adli vakalarda izleyecekleri kurum prosedürünü bilmediği belirlenmiştir (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda Geçdi (2022) sağlık çalışanlarının %61'inin, Burç (2014) hemşirelerin %62.2'sinin, Gebiç-Yılmaz (2022) %69.2'sinin, Yükseler (2020) katılımcıların %52.2'sinin çalıştığı kurumda çocuk istismar ve ihmeline yönelik talimat/prosedür varlığına dair bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir (Burç, 2014; Gebiç- Yılmaz, 2022; Geçdi, 2022; Yükseler, 2020). Bu çalışma ve diğer değerlendirilen çalışmalarda katılımcıların büyük çoğunluğunun çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmaliinde ve adli vakalarda izleyecekleri talimat/prosedür varlığını bilmediği görülmektedir. Bunun nedeninin de ÇİVEİ ile ilişkili kurum prosedürlerinin personele duyurulması konusunda yetersiz kalınmasından dolayı olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca branş hastanesi olması bakımından ÇİVEİ olgularının görülme olasılığının fazla olması öngörüldüğünde hemşire ve ebelerin kurumlarındaki ÇİVEİ ve adli vakalar ile ilgili prosedürleri bilmemesi oldukça düşündürücüdür.

Bu araştırmada İVEİ ile karşılaşıldığında yapılacak ilk müdahalelerde; hemşirelerin en çok %91.6 ile “Pembe kod veririm” ve %89.7 ile “Savcılığa haber veririm”, ebelerin en çok %97.1 ile “Pembe kod veririm” ve %94.3 ile “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı il birimine haber veririm” cevabını verdiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda İVEİ vakasıyla karşılaşırsanız ne yaparsınız sorusuna Karaca (2022) alışmasında katılımcıların %73.8’i ve Sarıyar (2019) alışmasında da katılımcılar ilk sırada “Emniyet glerine haber veririm” şeklinde cevap vermiştir (Karaca, 2022; Sarıyar, 2019). zcan (2022) alışmasında hemşirelerin %68.9’u ve Yılmaz (2015) alışmasında katılımcıların %77.6’sı “Polise haber veririm” cevabını vermiştir (zcan, 2022; Yılmaz, 2015). Bilgiç (2015) alışmasında en çok “Durumu aile hekimi ile paylaşırım” cevabı verilmiştir (Bilgiç, 2015). Berk (2023) alışmasında ise ilk sırada “Klinik sorumlusuna haber veririm” cevabı yer almıştır (Berk, 2023). Yapılan alışmalar incelendiğinde farklı sonuçlar görülmüştür bunun da sebebi olarak hemşire ve ebelerin aldıkları eğitimler, bu konudaki bilgi seviyeleri ve deneyimleri, kültürel farklılıkları, duygusal ve psikolojik durumları ve sağlık sisteminin organizasyonu ve işleyişindeki değişikliklerden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Bu konudaki farklılıkların anlaşılması ve standartlaştırılması için eğitim programlarının geliştirilmesi, hukuki düzenlemelerin yapılması ve kültürel duyarlılıkların göz önünde bulundurulması önemlidir.

Bu araştırmada hemşirelerin %62.6’sının ve ebelerin %22.9’unun adli vaka ile karşılama durumuna ‘Ara sıra’ cevabını vermesine rağmen hemşirelerin %33.5’inin ebelerin %51.4’ünün İVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaştığında tanıyamaması, hemşirelerin %38.7’sinin ebelerin %65.7’sinin ocuk hastalarda İVEİ’yi göz önünde bulundurmaması, hemşirelerin %74.6’sının ebelerin %85.7’sinin adli olguların bildirimini hakkında bilgi sahibi olmaması, hemşirelerin %28.8’inin ve ebelerin %60’ının adli vaka kavramı hakkında bilgi sahibi olmaması oldukça düşündürücüdür (Tablo 4.3). Amerika’da yapılmış benzer bir çalışmada da ocuk hemşirelerinin %53’ünün İVEİ, adli olgular ve bildirimleri üzerine profesyonel eğitim almaları gerektiği ifade edilmiştir (Herendeen vd., 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise; Karaca (2022) alışmasında katılımcıların %73.3’ daha önceki tecrübelerinde bilgi eksikliklerinin olduğunu fark etmiş ve İVEİ, adli olgular ve bildirim konularında bilgi düzeylerini yetersiz gördüklerini

belirtmişlerdir (Karaca, 2022). Bilgiç (2015) çalışmasında ebelerin %58'i ve hemşirelerin %67.6'sı ÇİVEİ, adli olgular ve bildirim konularında bilgilerinin yetersiz olduğunu ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Bilgiç, 2015). Gölge ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hemşire ve ebelerin %90.6'sının ÇİVEİ ve adli vaka bildirimleri konusunda bilgi eksiklikleri olduğu ve daha fazla eğitim almak istedikleri tespit edilmiştir (Gölge vd., 2012). Bu çalışmada da literatürdeki benzer çalışmalarda olduğu gibi hemşire ve ebelerin ÇİVEİ gibi ciddi durumları tanıyamamaları, adli olgular ve bildirme konusunda bilgi eksikliklerinin olması; vakaların müdahalesini geciktirerek çocukların güvenliğini ve sağlığını ciddi şekilde etkiler ayrıca sağlık sistemine duyulan güven, uzman kişilerin bilgi düzeyleri ve etik ilkelere-yasal yükümlülüklerle ne derece uyduklarıyla direk ilişkili olduğundan bu tür sorunlar toplumsal güvenin de sarsılmasına neden oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu yüzden sağlık kurumlarının sağlık çalışanlarına yönelik düzenli eğitim programları oluşturması, ÇİVEİ ile ilgili açık ve anlaşılır kılavuzlar ve prosedürler geliştirmesi konu ile ilgili bilgi düzeyini ve farkındalığı arttıracığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin %67.5'inin ebelerin ise %60'ının ÇİVEİ konusunda ve hemşirelerin %89.2'sinin ebelerin ise %100'ünün kurumlarında adli vakalara yaklaşım ile ilgili bilgi/eğitim verilmesini istediği tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Özcan (2022) çalışmasında hemşirelerin %87.1'i konu ile ilgili eğitim istemektedir (Özcan, 2022). Tekin ve Kılıç (2020) çalışmasında %82'si, Polat-Külcü ve Karataş (2016) çalışmasında katılımcıların %87.5'i eğitim almak istemektedir (Polat-Külcü ve Karataş, 2016; Tekin ve Kılıç, 2020). Bu çalışma literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu neticeler araştırmalar için beklenen ve pozitif bir durum olarak belirtilebilir.

Bu çalışmada ÇİVEİ olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenlerinde hemşirelerin %86'sı ve ebelerin %85.7'si "Sorunu kişisel yollarla daha iyi çözebilme düşüncesi" seçeneğini tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Dünya genelindeki çalışmalarda; Elarousy ve Abed (2019) çalışmasında katılımcıların bildirim yapmama sebebi olarak %78.6'sının "Çocuğun istismar edildiğinden emin olmamak" cevabını verdiği saptanmıştır (Elarousy ve Abed, 2019). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Karaca (2022) çalışmasında %43.8'si "Çocuğun bu süreçte zarar

görmesinden çekiniyorum”, Güzelmansur (2018) ve Yılmaz (2015) benzer çalışmalarında hemşirelerin çoğu “Konu hakkında yeterli bilgim olmadığı için”, Özcan (2022) çalışmasında hemşirelerin %23.3’ü “Yanlış bildirimde bulunma endişesi”, Başdaş ve Bozdağ (2018) çalışmasında katılımcıların %26.1’i “Bildirim konusundaki bilgilendirmelerin yetersiz olması”, Kaptan (2017) çalışmasında katılımcıların %63.1’i “Nereye bildirim yapacağımı bilmiyorum”, Gebiç Yılmaz (2022) çalışmasında sağlık çalışanlarının %23.9’u “Çocuğun zarar görebileceği düşüncesi” cevabını vermiştir (Başdaş ve Bozdağ, 2018; Gebiç-Yılmaz, 2022; Güzelmansur, 2018; Karaca, 2022; Kaptan, 2017; Özcan, 2022; Yılmaz, 2015). Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşire ve ebelerin bu konuda çok endişeli olduklarını ve bu endişeleri ve korkularının da vakaların bildirim önündeki en büyük engellerden olduğu görülmektedir. Ayrıca hemşire ve ebelerin bilgilerini bu konuda yeterli düzeyde bulmadıkları ve bildirim sonrasındaki süreç ve adli makamlarla olan iletişimle ilgili de ciddi endişelerinin olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin (3.99±0.38) İÇÜFB alt boyut puan ortalamaları ebelere (3.85±0.32) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ülkemizde konuyla ilgili çalışmalarda Uysal (1998) çalışmasında hemşirelerin İÇÜFB puanını 3.82±0.38, ebelerin 3.64±0.39 olarak belirtmiş ve çalışmamızdaki sonuçla benzer şekilde hemşirelerin İÇÜFB puan ortalamasının ebelere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Uysal, 1998). Bilgiç (2015) çalışmasında İÇÜFB puan ortalamaları ebelerin 3.88±0.40 ve hemşirelerin 3.81±0.36 bulunmuştur (Bilgiç, 2015). Gölge ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ebe ve hemşirelerde İÇÜFB puan ortalaması 3.89±0.37 olarak bulunmuştur (Gölge vd., 2012). Bu çalışmada hemşirelerin çocuk istismarının fiziksel belirtilerini anlama konusunda ebelere göre daha iyi olmalarının nedeni okul eğitimlerinde, özellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları üzerine daha geniş kapsamlı eğitim almalarından kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Bu çalışmada ebelerin (4.14±0.37) ÇİİAÖ alt boyut puan ortalamaları hemşirelere (3.90±0.63) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ülkemizde konuyla ilgili çalışmalarda Uysal (1998) çalışmasında hemşirelerin ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalamasını 4.05±0.59, ebelerin 3.81±0.53 olarak belirtmiş ve çalışmamızdaki sonuçtan farklı olarak

hemşirelerin ÇİİAÖ puan ortalamasını ebelere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (Uysal, 1998). Bilgiç (2015) çalışmasında hemşirelerin ÇİİAÖ alt ölçek puan ortalamasını 3.81 ± 0.50 , ebelerin 3.86 ± 0.53 olarak belirtmiş ve çalışmamızdaki sonuçtan farklı olarak ÇİİAÖ alt ölçeği puan ortalamasına göre ebe ve hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmamıştır (Bilgiç, 2015). Bu çalışmada ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikleri hemşirelere göre daha iyi bilmelerinin nedeni; aldıkları lisans eğitimlerinde aile planlaması ve danışmanlık hizmetlerinde ve toplum temelli çalışmalarda aktif rol almaları gebelik ve doğum süreci boyunca ailelerle daha yoğun ve uzun süreli bir ilişki kurmaları bu süreçte ailenin özellikleri ve aile içi dinamikleri daha derinlemesine öğrenmelerinden kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Bu çalışmada hemşire ve ebelerin eğitim durumları yükseldikçe ÇİİBRTÖ toplam puan ve İÇÜFB, İİÇDB, İİYÇÖ, ÇİİAÖ alt ölçekleri puan ortalamaları da yükselmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.8). Literatürdeki benzer çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak hemşire ve ebelerin eğitim durumları ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Bilgiç, 2015; Çatık ve Çam, 2006; Kabakoğlu, 2018; Uysal, 1998). Küçük ve arkadaşlarının (2017) Ankara'daki çocuk hastanesinde yaptıkları araştırmalarında çalışmamıza benzer şekilde pediatri hemşirelerinin eğitim ve mesleki tecrübelerinin artması sonucu adli ve yasal süreçte farkındalıklarının da arttığı sonucuna varmışlardır (Küçük vd., 2017). Güzelmansur (2018), Yılmaz (2015), Burç (2014) yaptığı benzer çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde eğitim seviyesi arttıkça ÇİİBRTÖ puanının yükseldiği belirlenmiştir (Burç, 2014; Güzelmansur, 2018; Yılmaz, 2015). Bu çalışma yakın dönemde yapılan benzer çalışmalarla uyumludur. Bu durumu zaman içerisinde hemşire ve ebelerin eğitim seviyelerinin yükselmesi ve uzmanlaşmaları ile beraber yapılan güncel çalışmaları takip etmeleri, ÇİVEİ ile ilgili farkındalıklarının artması ile açıklayabiliriz.

Bu çalışmada hemşire ve ebelerin meslekte 10 yıl ve üstü çalışanlarının ÇİİBRTÖ toplam puan ortalamaları ve İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İIYEÖ, ÇİİAÖ alt ölçekleri puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8).

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da çalışma sonucumuzla benzer şekilde meslekte çalışma sürelerinin arttıkça ölçek puanlarının yükseldiği belirlenmiştir (Bozkurt ve Bağ, 2021; Başdaş ve Bozdağ, 2018; Burç, 2014; Kabakoğlu, 2018). Bu çalışma sonucundan farklı olarak literatürdeki benzer bazı çalışmalarda da araştırma grubunun meslekte çalışma süreleri ile bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Elarousy ve Abed, 2019; Karaca, 2022; Kaptan, 2017; Türker, 2017). Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde genel olarak meslekte çalışma süresi arttıkça hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin de arttığı bulunmuştur ve çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hemşire ve ebelerin çocuk hastanesinde 10 yıl ve üstü çalışanlarının ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçekler puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8). Özcan (2022), Salami ve Alhalal (2020) çalışmalarında da çalışmamıza benzer şekilde daha önce pediatri servisinde çalışan hemşirelerin, çalışmayan hemşirelere göre ölçek puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Özcan, 2022; Salami ve Alhalal, 2020). Yılmaz (2015) çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde mesleki hayatlarının herhangi bir döneminde çocuklara hizmet veren bir bölümde çalışan hemşirelerin genel ölçek puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yılmaz, 2015). Bu sonuç çocuk alanında tecrübeli olan hemşire ve ebelerin mevzu ile alakalı daha çok bilgilerinin olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada hemşire ve ebelerin cinsiyeti ile İİYÇÖ ve ÇİİAÖ alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ve erkeklerin kadınlara göre puan ortalamalarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Türker (2017) çalışmasında ise araştırma grubunun cinsiyeti ile ÇİİBRTÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Türker, 2017). Karaca (2022) benzer çalışmasında araştırma grubu cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde İÇÜFB ve ÇİİAÖ alt ölçeğinden kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede yüksek puan almışlardır (Karaca, 2022). Literatürde genel olarak cinsiyet ile ÇİİBRTÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, farklılık olan çalışmalarda ise genel olarak kadınların erkeklere göre daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada ise literatürdeki çalışmalardan farklı olarak erkekler

kadınlara göre daha yüksek puan almışlardır ve istismara yatkın çocukların ve ailelerin özelliklerini erkekler kadınlardan daha iyi tanıyor diyebiliriz. Çalışmamızdaki bu farklılığı toplumumuz da erkek cinsiyetinin vaka yönetiminde daha ön planda olmaları ve bu tarz olayları daha çok tecrübe etme ve gözlemleme olanaklarının olmasından dolayı farkındalıklarının daha çok olması ile açıklayabiliriz.

Bu çalışmada hemşire ve ebelerin mezuniyet sonrasında ÇİVEİ konusunda bilgi/eğitim alanlarının ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçekler puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12). Özcan (2022) çalışmasında da çalışmamızla benzer şekilde konu ile ilgili eğitim alan hemşirelerin ölçek puanlarının almayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Özcan, 2022). Kabakoğlu (2018) çalışmasında mezuniyet sonrasında eğitim alma durumları ile sadece İİÇDB alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir (Kabakoğlu, 2018). Literatürdeki diğer benzer çalışmalara bakıldığında sonuçlar çalışmamız ile değişiklik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda mezuniyet sonrasında alınan eğitim ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Bilgiç, 2015; Çatık ve Çam, 2006; Demir, 2012; Kocaer, 2006; Uysal, 1998). Eğitimler ile bilginin artışı, farkındalığın gelişmesi, müdahalenin doğru şekilde yapılması, yasal ve etik sorumlulukların anlaşılmasının sağlanması, mesleki yetkinliğin artması hedeflenir ve bu şekilde çalışmamızda mezuniyet sonrasında alınan eğitim sonucunda bütün ölçek puanlarının yükselmesini beklenen istenen ve olumlu bir sonuç olarak yorumlayabiliriz.

Bu araştırmada çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu/şüphesiyle karşılaşan hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçekler puan ortalamaları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12). Kaptan'ın (2017), Türker'in (2017), Bağ ve Bozkurt'un (2021) çalışmalarında da mesleki hayatlarında ÇİVEİ olgusu ile karşılaşan hemşirelerin ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bozkurt ve Bağ, 2021; Kaptan, 2017; Türker, 2017). Çalışmamızdan farklı olarak Kabakoğlu'nun (2018) çalışmasında vaka ile karşılaşma durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekleri puan ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır (Kabakoğlu, 2018).

Literatürdeki diğer araştırmalarda da araştırmamızdan farklı olarak çalışma yaşamında İVEİ vakası ile karşılaşma durumları ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Bilgiç, 2015; Burç, 2014; atık ve am, 2006; Demir, 2012; Gölge vd., 2012; Özcan, 2022). Çalışma sonucumuzun tam tersi bir şekilde Yılmaz (2015) araştırmasında çalışma yaşamında İVEİ olgusu ile karşılaşan hemşirelerin ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları daha düşük ve anlamlı olduğu bulunmuştur (Yılmaz, 2015). Bu çalışmada İVEİ olgusu/şüphesiyle karşılaşan hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek bulunması çalışmamız için beklenen ve olumlu bir sonuçtur. Fakat literatürdeki birbirinden farklı bu sonuçlar konu ile ilgili daha fazla araştırma yapılması gerektiğini bizlere göstermektedir.

Bu çalışmada İVEİ olgusu/şüphesi ile karşılaştığında tanıyabilen hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçekler puan ortalamaları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12). Kabakoğlu (2018) alışmasında çalışmamızdan farklı olarak hemşire ve ebenin istismarı tanıyabilme durumu ile ölçek puanları arasındaki ilişkide sadece İYÖ alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuş ve İVEİ ile karşılaştıklarında tanıyamayan hemşire ve ebelerin bu alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kabakoğlu, 2018). Bu çalışmanın sonucu literatürdeki çalışmalarla farklılık göstermiş ve bu farklılık olumlu ve istenen bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Bu araştırmada istismar/ihmale uğramış çocukta görölen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulan hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçekler puan ortalamaları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12). Yapılan çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak kendini yeterli hissedebilme durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında bir anlamlılık tespit edilmemiştir (Kabakoğlu, 2018; Türker, 2017; Uysal, 1998; Yılmaz, 2015). Bu çalışmada kendini yeterli gören hemşire ve ebelerin ölçek puanlarının da yüksek olması beklenen ve çalışmamız için olumlu bir sonuçtur.

Bu çalışmada ÇİVEİ konusunda bilgi/eğitim almak isteyen hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam ve İÇÜFB, İİÇDB, İÇÜB, İİYEÖ, İİYÇÖ alt ölçekleri puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12). Literatürdeki çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak hemşire ve ebelerin eğitim alma isteği ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bilgiç, 2015; Demir, 2012; Kabakoğlu, 2018). Çalışmamızda literatürden farklı olarak eğitim alma isteği ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkması çalışmamıza katılan hemşire ve ebelerin konuyu önemsediklerini bu konudaki bilgi düzeylerinin ve bilgi eksikliklerinin farkında olduklarını ve bu eksikliği kapatmak için de bilgi eğitim alma gereksinimi duyduklarını göstermektedir. Çalışmamızdaki diğer çalışmalardan farklı olan bu sonuç olumlu istenen ve umut vadeden bir sonuçtur.

Bu araştırmada çalıştıkları kurumda ÇİVEİ talimat/prosedür varlığını, TCK'nın 280. maddesi ve içeriğini, adli olguların bildirimini, adli vaka kavramını, idari- cezai- hukuki sorumluluklarını, adli vakalara yaklaşımı, adli vakalarda izlenecek kurum prosedürünü bilen hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12). Yapılan çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak prosedür varlığından haberdar olma durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır (Cirit, 2015; Çatık ve Çam, 2006; Gölge vd., 2012; Kabakoğlu, 2018; Kocaer, 2006; Yılmaz, 2015). Kabakoğlu (2018) çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak hemşire ve ebelerden kanun bilgisi olmayanların olanlara göre İÇÜB alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Kanun bilgisi durumu ile ÇİİBRTÖ toplam ve diğer alt ölçekleri ortalamaları arasında bir fark bulunmamıştır (Kabakoğlu, 2018). Çalışmamızda bu konularda bilgi sahibi olduğunu ifade eden hemşire ve ebelerin ölçek puanlarının da yüksek olması beklenen bir durumdur ve çalışmamız için olumlu bir sonuçtur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma bir kamu çocuk hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmış olup aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmaya 465 hemşire ve 35 ebe olmak üzere toplam 500 hemşire ve ebe katılmıştır.

- ÇİİBRTÖ toplam puan ortalamasının 3.84 ± 0.42 olduğu, İÇÜFB alt boyut puan ortalaması tüm alt ölçekler içinde en yüksek puanı alarak 3.98 ± 0.38 , İİÇDB alt boyut puan ortalamasının 3.91 ± 0.40 , İÇÜB alt boyut puan ortalamasının 3.91 ± 0.66 , İİYEÖ alt boyut puan ortalamasının 3.62 ± 0.66 , İİYÇÖ alt boyut puan ortalaması tüm alt ölçekler içinde en düşük puanı alarak 3.52 ± 0.64 , ÇİİAÖ alt boyut puan ortalamasının 3.91 ± 0.62 olduğu; yapılan analiz sonucunda hemşire ve ebelerin ÇİVEİ belirtilerini tanıma konusunda genel ve alt ölçekler puan ortalamalarının 3 puan üzerinde bulunması ile yeterli bilgiye sahip olduğu,

- Öğrenimleri sırasında ÇİVEİ konusunda hemşirelerin %55.7'sinin ve ebelerin %37.1'inin mezuniyet sonrasında ise hemşirelerin %80'inin ebelerin %77.1'inin eğitim almamış olduğu,

- Çocuk istismarı ve ihmali tanıma, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede hemşirelerin %30.3'ünün ve ebelerin %40'mın kendini yetersiz gördüğü,

- Hemşirelerin %65.6'sının ve ebelerin %85.7'sinin TCK'nın 280. Maddesi ve içeriği hakkında bilgi sahibi olmadığı,

- Hemşirelerin %60.9'unun ve ebelerin %85.7'sinin çalıştıkları kurumda çocuk istismarı ve ihmali yönelik talimat/prosedür varlığını bilmediği,

- Hemşirelerin %74.6'sının ve ebelerin %85.7'sinin adli olguların bildirim hakkında bilgi sahibi olmadığı,

- Hemşirelerin %71.8'inin ve ebelerin %85.7'sinin kurumlarında karşılaşılabilecekleri adli vakalarda izleyecekleri kurum prosedürünü bilmediği,

- Hemşirelerin %89.2'sinin ve ebelerin %100'ünün kurumlarında adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmesini istedikleri,
- Hemşirelerin %89.2'sinin ve ebelerin %88.6'sının çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitimlerinde adli tıp, adli vaka, adli hemşirelik, adli ebelik ve hukuk gibi konulara yer verilmediğini belirttiği,
- Mesleklerine göre ÇİİBRTÖ puanları incelendiğinde; İÇÜFB alt ölçeği puan ortalamaları hemşirelerin ebelere göre ve ÇİİAÖ alt ölçeği puan ortalamaları ise ebelerin hemşirelere göre daha yüksek olduğu,
- Çalışma yaşamında ÇİVEİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşan ve bu durumu tanıyabilen, istismar/ihmale uğramış çocukta görülen bulguları tespit etmede kendini yeterli bulan, TCK'nın 280. Maddesi ve içeriğini bilen, adli olguların bildirim ve adli vaka kavramı hakkında bilgisi olan, idari-cezai-hukuki sorumluluklarını bilen, adli vakalara yaklaşım hakkında bilgisi olan, çalıştıkları kurumda ÇİVEİ talimat/prosedür varlığını bilen, adli vakalarda izleyecekleri kurum prosedürünü bilen hemşire ve ebelerin ÇİİBRTÖ toplam ve tüm alt ölçekler puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz;

- ÇİVEİ risk etmenlerinin tespit edilmesi, önlenmesi, raporlanması, istismara uğrama riski olan çocuğun korunması ve istismara uğramış olan çocuğun iyileştirilmesi için çocuk hakları, çocukları etkili koruma, ÇİVEİ tanılama, adli süreç, adli bildirimler konularında her üniversitede aynı olacak şekilde standart hemşirelik ve ebelik lisans eğitimi verilmeli ve müfredatlara zorunlu ders olarak eklenmelidir.
- Göreve yeni başlayan hemşire ve ebelerin ÇİVEİ konusunda farkındalık kazanması, uzun süredir çalışanların bilgilerinin tazelenmesi ve istismarı önleyebilmek, etkili müdahaleyi ve sürecin etkin yönetilmesini sağlayabilmek için kurumlarda; içeriği değişen, güncellenen, rutin bilgilerden uzak, mesleki ve sosyal bilinç oluşturan hizmet içi eğitim programları hazırlanmalı ve uygulanması sağlanmalıdır.
- Çocuk istismarı ve ihmalinde; çocukların korunması, erken tanısının konulması, önlenmesi, müdahalesinde risk faktörlerinin belirlenmesi ve oluşan

vakaların sürekli takibinin sağlanması için teşhis ve tedavide bakanlıklar, sivil toplum örgütleri, basın-yayın organları, birçok alanda hizmet veren uzmanlar ve bu uzmanların görev aldığı kurum ve kuruluşlar multidisipliner bir yaklaşımla çalışmalıdır.

- İstismar vakalarında süreci çocuk açısından travmanın önüne geçecek şekilde yönetebilmek ve devamında takibin sağlanması için Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konusunda tüm sağlık personellerine detaylı bilgi verilmelidir.

- Hemşire ve ebelerin olguları bildirmeyi kişisel sorumluluk olarak görmesi, donanımlı, bilgili, bilinçli olması için ÇİVEİ konusunda daha fazla çalışma yapmaları, güncel yayınları takip etmeleri sağlanmalıdır.

- Sağlık kurumlarında hemşire ve ebelerin ÇİVEİ konusunda görev yetki ve sorumluluklarını, yasal prosedürü anlatan broşürler hazırlanmalı ve dağıtılmalıdır.

- Çocuk istismarı ve ihmalini önleyebilmek adına toplumsal farkındalığın ve bilincin artırılması için yerel ve ulusal medya, yazılı ve görsel basın aracılığıyla halka yönelik programlar yapılmalıdır.

- Hemşire ve ebeler üzerinde ÇİVEİ konusunda daha detaylı araştırmalar yapılarak bilgi eksiklikleri tespit edilmeli ve bu konulara yönelik eğitimler planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abbasi, M. A., Saeidi, M., Khademi, G., Hoseini, B. L., Moghadam, Z. E. (2015). Child maltreatment in the worldwide: A Review Article. *International Journal of Pediatrics*, 3(1), 353-365.
- Abdurrachid, N., Marques, J. G. (2022). Munchausen syndrome by proxy (MSBP): a review regarding perpetrators of factitious disorder imposed on another (FDIA). *CNS Spectrums*, 27(1), 16-26.
- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Akkan, A., Ferhat, İ. (2013). Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614.
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Taillieu, T., Cheung, K., Turner, S., Tonmyr, L., Hovdestad, W. (2015). Relationship between child abuse exposure and reported contact with child protection organizations: Results from the Canadian Community Health Survey. *Child Abuse and Neglect*, 46, 198-206. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.05.001
- Ahlvik, M., Lundgren, I. (2022). An important task: Midwives' experiences of identifying children at risk of neglect. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32, 100701.
- Akcan, A., Demiralay, Ş. (2016). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin algıları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(32), 275-281.
- Akgündüz, E., Kaya, K., Kalaoğlu, E., Bulut, F. D., Hilal, A. (2018). Munchausen by proxy sendromu: Bir olgu sunumu. *Ahi Evran Medical Journal*, 2(1), 16-18.
- Aksu, S. (2017). Adli ebelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 277-284.
- Aksu, S., Karaca, P. P. (2020). Ebelerin adli vakalara yaklaşım ile adli ebelik hakkındaki bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi*, 17(1):1-9.
- Akşit, S., Bağ, Ö. (2019). Cinsel istismar. In: Ulukol, B. (Ed.), *Çocuk istismarı ve ihmali* (s. 41-5). İstanbul: Punto Yayınları.
- Aktay, M. (2020). İstismar ve ihmalin çocuk üzerindeki etkileri ve tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169-184.
- Aktepe, E., Işık, A., Kocaman, O., Eroğlu, F. Ö. (2013). Bir üniversite hastanesinde cinsel istismar ve çocuk (Sivas ili örneği) 431 değerlendirilen cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerin demografik ve klinik özellikleri. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(2), 115-120.
- Ali, T. K., Young, R. C., Fallas, B. J. (2016). *Shaken baby syndrome*. In: Manual of Retinal Diseases, Springer Cham.
- Alkhatabi, F., Bamogaddam, I., Alsagheir, A., Al-Ashwal, A., Alhuthil, R. (2023). Munchausen syndrome by proxy: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, 17(1), 148.
- Almuneef, M. (2021). Long term consequences of child sexual abuse in Saudi Arabia: A report from national study. *Child Abuse & Neglect*, 116, 103967.
- Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk döneminde cinsel istismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2), 194-201.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (2021). Child Abuse and Neglect. Retrieved from: <https://publications.aap.org/collection/673/Child-Abuse-and-Neglect>. (Erişim Tarihi: 01. 08. 2023).
- Arslan, B. Ç. (2023). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinde çocuk istismarı ve ihmali bilgi ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi*. Tıpta uzmanlık tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.

- Arslan, F., Erkol, Z.Z. (2021) Türkiye'de çocuk izlem merkezleri ve üniversite çocuk koruma uygulama ve araştırma merkezleri. Cantürk G, editör. *Çocuk istismarı ve ihmali*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 85-92.
- Austin, A. E., Lesak, A. M., Shanahan, M. E. (2020). Risk and protective factors for child maltreatment: A review. *Current Epidemiology Reports*, 7, 334-342.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2022). Child protection Australia. Retrieved from: <https://www.aihw.gov.au/reports/child-protection/child-protection-australia-2021-22/contents/summary>. (Erişim Tarihi: 12. 08. 2023).
- Avdibegovic, E., Brkic, M. (2020). Child neglect - causes and consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(3), 337-342.
- Ayaya, S., DeLong, A., Embleton, L., Ayuku, D., Sang, E., Hogan, J., Kamanda, A., Atwoli, L., Makori, D., Ott, M. A., Ombok, C., Braitstein, P. (2023). Prevalence, incidence and chronicity of child abuse among orphaned, separated, and street-connected children and adolescents in western Kenya: What is the impact of care environment? *Child Abuse & Neglect*, 139, 104920.
- Aydemir, İ., Yurtkulu, F. (2012). Çocuğa yönelik cinsel istismarla mücadelede: Çocuk izlem merkezi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 151-65.
- Ayling, N. J., Walsh, K., Williams, K. E. (2020). Factors influencing early childhood education and care educators' reporting of child abuse and neglect. *Australasian Journal of Early Childhood*, 45(1), 95-108.
- Bağ, Ö., Alşen, S. (2016). Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: Çocuk izlem merkezleri. *Journal of Dr Behcet Uz Children's Hospital*, 6(1), 1-20.
- Bakır, E. ve Kapucu, S. (2017). Çocuk ihmali ve istismarının Türkiye'de yapılan araştırmalara yansması: Bir literatür incelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 13-24.
- Baskak, İ. (2023). Çocuğa yönelik duygusal İstismar. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 61-72 . DOI: 10.57114/jswrpub.1233975
- Başdaş, Ö., Bozdağ, F. (2018). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama durumlarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 267-275.
- Baybaba, E., Ertürk, E. Y. (2022). Sağlık sistemindeki çocukların sağlık hakları. *Disiplinlerarası Çocuk Hakları Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 63-73.
- Bayrak, N. G., Gürhan, N., Karakaş, D. (2021). Türkiye'de çocuk izlem merkezleri, adli görüşme süreci ve hemşirelerin rol-sorumlulukları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 217-222.
- Ben-Natan, M., Sharon, I., Barbashov, P., Minasyan, Y., Hanukayev, I., Kajdan, D., Klein-Kremer, A. (2014). Risk factors for child abuse: quantitative correlational design. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(3), 220-7.
- Berger, R. P., Saladino, R. A., Fromkin, J., Heineman, E., Suresh, S., McGinn, T. (2018). Development of an electronic medical record-based child physical abuse alert system. *J. Am Med Inform Assoc*, 25(2), 142-149. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocx063>
- Berk, S. B. (2023). *Pediatric hemşirelerine verilen çocuk istismarı eğitiminin bilgi düzeylerine ve çocuk istismarını raporlamaya yönelik tutumlarına etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Sanko Üniversitesi.
- Beyazıt, U., Bütün Ayhan, A. (2015). Türkiye'de yapılmış çocuğun mağdur olduğu cinsel istismar olgularını konu alan bilimsel çalışmaların incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 31, 443-453.

- Bilgiç, H. (2015). *Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri*. Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
- Bigras, N., Vaillancourt-Morel, M. P., Nolin, M. C., Bergeron, S. (2021). Associations between childhood sexual abuse and sexual well-being in adulthood: A systematic literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 332-352.
- Bilgin, Ö. (2020). Çocuk koruma hizmetlerinde çocuk ihbar ve bildirimleri. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 26-37.
- Bland, V. J., Lambie, L., Best, C. (2018). Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. *Clinical Psychology Review*, 60, 126-135.
- Boduroğlu, G. (2023). İstismar mağduru çocuklara yönelik çocuk izlem merkezlerinin önemi. *Çocuklarda İhmal ve İstismar*, 215.
- Borumandnia, N., Khadembashi, N., Tabatabaei, M., Alavi Majd, H. (2020). The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. *BMC Public Health*, 20, 1-7.
- Bozkurt, G., Bağ, Ö. F. (2021). Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin farkındalıklarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 17-24.
- Brennan, C. L., Borgman, R. A., Watts, S. S., Wilson, R. A., Swartout, K. M. (2021). Childhood neglect history, depressive symptoms, and intimate partner violence perpetration by college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), NP12576-NP12599.
- Brown, L., Thompson, H. (2021). Midwives' understanding of mandatory reporting of child abuse and neglect. *Midwifery Journal*, 45, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.11.007>
- Brunton, R., Dryer, R. (2021). Child sexual abuse and pregnancy: A systematic review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 111, 104802.
- Burç, A. (2014). *Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri*. Ya Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Burç, A., Güdücü Tüfekçi, F. (2015). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 144-151.
- Büber, Ö., Oksal, H., Alnak, A. (2023). Çocuk izlem merkezine başvuran vakaların incelenmesi: Bir merkezin 5 yıllık deneyimi. *Adli Tıp Dergisi*, 37(1), 12-18.
- Campbell, A.M., Hibbard, R. (2014). More than words: The emotional maltreatment of children. *Pediatric Clinics North Am*, 61(5), 959-70.
- Cansız, E. (2021). *3-6 Yaş arası çocuğa sahip annelerin duygusal istismar potansiyelleri ile ebeveyn öz yeterlilikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi.
- Cantürk, G. (2021). Fiziksel istismar. *Türkiye Klinikleri*, 7-11.
- Carter, B., Bannon, M. J. (2021). The role of community health nurses in preventing child abuse and neglect. *Public Health Nursing*, 38(3), 453-459. doi:10.1111/phn.12857.
- Cartocci, G., Fineschi, V., Padovano, M., Scopetti, M., Rossi-Espagnet, M. C., Gianni, C. (2021). Shaken baby syndrome: magnetic resonance imaging features in abusive head trauma. *Brain Sciences*, 11(2), 179.
- Ceccucci, J. (2018). Evaluating nurse practitioners perceived knowledge, competence and comfort level in caring for the sexually abused child. *Journal of Forensic Nursing*, 14(1), 42-49.

Celbiş, O., Özdemir, B., Kaya, A. (2011). Cinsel saldırıya uğramış çocuğun muayenesi. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 46(2), 104-110. DOI: 10.4274/tpa.46.55.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Preventing abusive head trauma in children. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/abusive-head-trauma.html>. (Erişim Tarihi: 06.07.2023).

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Child maltreatment prevention. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/index.html> (Erişim Tarihi: 06. 07. 2023).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024a). About child abuse and neglect. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/fastfact.html>. (Erişim Tarihi: 06.07.2023).

Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). Preventing child abuse and neglect. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/child-abuse-neglect/prevention/index.html> (Erişim Tarihi: 06.07.2023).

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). About child abuse and neglect. https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CAN-Prevention-Resource_508.pdf (Erişim Tarihi: 06.07.2023).

Chandan, J. S., Okoth, K., Gokhale, K. M., Bandyopadhyay, S., Taylor, J., Nirantharakumar, K. (2020). Increased cardiometabolic and mortality risk following childhood maltreatment in the United Kingdom. *Journal of the American Heart Association*, 9(10), e015855.

Child Welfare Information Gateway, Factsheets, What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms. (2019). Retrieved from <https://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/whatiscan/> (Erişim Tarihi: 28.08.2023).

Christian, C. W., Schwarz, D. F. (2019). Medical neglect in children: The role of healthcare providers. *Pediatric Clinics of North America*, 66(2), 381-393. doi:10.1016/j.pcl.2018.12.011.

Cicchetti, D., Toth, S.L. (2016). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Developmental Psychopathology*, 3, 457-512.

Cirit, C. (2015). *Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalıkları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Mersin: Mersin Üniversitesi.

Clemens, V., Koenig, J. (2022). Child abuse and neglect: Epidemiology and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(5), 473-480. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000800>.

Cohen, M., Mannarino, A. P. (2020). Supporting child welfare: The role of nursing professionals. *Journal of Child and Family Studies*, 29(5), 1234-1245. doi:10.1007/s10826-019-01590-0.

Cortés, G., Casado, A., Garcia, M., Ramirez, S. (2019). Pediatric skeletal trauma in abuse: A review of diagnostic and therapeutic considerations. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 39(3), 204-212.

Cui, N., Liu, J. (2020). Physical abuse, emotional abuse, and neglect and childhood behavior problems: A meta-analysis of studies in mainland China. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(1), 206-224.

Çakır, G. (2020). Atatürk dönemi'nde Türkiye'de aile hukuku ve çocuk hakları. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 349-368.

Çakmut, Ö. Y. (2016). Cinsel şiddet mağduru çocuk kavramı ve Türk Ceza Kanunu'nun çocuğa yönelik cinsel şiddet düzenlemelerine genel bakış. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 35-52.

- Çatık, A. E., Çam, O. (2006). Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2), 103-119.
- Çelik, C. (2005). Çocuk kavramı ve medeni hukuk açısından çocuk haklarının tarihi gelişimi. *Hukuk, Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi*, 36, 1-15.
- Çiftçi, A., Çamurdan, A. D. (2019). Fiziksel istismar. B. Ulukol (Ed.), *Çocuk istismarı ve ihmali* (s. 7-36) içinde. İstanbul: Punto Yayınları.
- Çöpür, M. ve Üneri, Ş.Ö. (2022). İstanbul ili örnekleminde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 46-50.
- Çubuk, S., Şeker, P. T. (2021). Çocuk istismarının Türkiye’de yapılan lisansüstü çalışmalara yansması: Bir literatür incelemesi. *e-Kafkas Journal of Educational Research*, 8(3), 534-552.
- Dağ, H., Doğan, M., Sazak, S., Kaçar, A., Yılmaz, B., Doğan, A., Arıca, V. (2015). Çocuk haklarına güncel yaklaşım. *Çukurova Medical Journal*, 40(1), 1-5.
- Dağlı, S. K. (2022). Öğretmen adaylarının çocuk haklarına ilişkin tutumlarının cinsiyete göre incelenmesi: bir Meta-analiz çalışması. *Scientific Educational Studies*, 6(2), 214-238.
- Damaskopoulou, E., Papakonstantinou, E., Bacopoulou, F., Eliopoulos, E., Chrousos, G. P., Vlachakis, D. (2023). Child abuse: Past, present and future. *World Academy of Sciences Journal*, 5(1), 1-6.
- D'Andrea, W., Ford, J. D., Stolbach, B., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(3), 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.12.007>.
- Danış, Z.M., Aygün, M., Karasu, M., Danış, Y. (2019). Çocuk izlem merkezleri ve sosyal hizmet. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 89, 518-528.
- D'arcy-Bewick, S., Terracciano, A., Turiano, N., Sutin, A. R., Long, R., O'Súilleabháin, P. S. (2022). Childhood abuse and neglect, and mortality risk in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105922.
- De Ruiter, C., Burghart, M., De Silva, R., Griesbeck Garcia, S., Mian, U., Walshe, E., Zouharova, V. (2022). A meta-analysis of childhood maltreatment in relation to psychopathic traits. *PLoS One*, 17(8), e0272704.
- Debowska, A., Boduszek, D., Fray-Aiken, C., Ochen, E. A., Powell-Booth, K. T., Nanfuka Kalule, E., Harvey, R., Turyomurugyendo, F., Nelson, K., Willmott, D., Mason, S. (2024). Child abuse and neglect and associated mental health outcomes: a large, population-based survey among children and adolescents from Jamaica and Uganda. *Mental Health and Social Inclusion*, 28(1), 42-65.
- Deleş, B. (2018). Sarsılmış bebek sendromu. *İzmir Democracy University Health Sciences Journal*, 1(3), 1-13.
- Demir, H. (2012). *Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi*. Uzmanlık tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi.
- Demirci, Ş., Doğan, K.H., Erkol, Z., Deniz, İ. (2020). Konya'da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan çocuk olgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri j Foren Med*, 5, 43-49.
- Derebağçe, G. E., Özerk, H. (2021). Türkiye’de 1995-2020 yılları arasında çocuk istismarını önleme programlarına ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların incelenmesi ve değerlendirilmesi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(7), 651-670.

- Dhingra, K., Boduszek, D., Sharratt, K. (2015). Victimization profiles, nonsuicidal selfinjury, suicide attempt, and posttraumatic stress disorder symptomology application of latent class analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(14), 2412–2429.
- Dinleyici, M., Dağlı, F. Ő. (2016). Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü / emotional abuse, neglect and the role of pediatrician. *Osmangazi Journal of Medicine*, 38(2), 18-27.
- Dirican, R. (2018). Tarihi sürece çocukluk ve çocuk hakları. *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, 2(2), 51-62.
- Doğanlı, B. ve Karaörs, G. (2017). Children abuse and precautions for child abuse within the scope of social state. *The Journal of International Scientific Researches*, 2(7), 82-92.
- Donat Bacıoğlu, S. D., Kaya, Z. (2020). Öğretmen adaylarının çocuk istismar ve ihmeline ilişkin bilgi düzeyleri ile çocuğa yönelik cinsel istismarı bildirme tutumlarının incelenmesi. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1), 894-929.
- Dönmez, Y. E., Soylu, N., Özcan, Ö. Ö., Yüksel, T., Demir, A. Ç., Bayhan, P. C., Miniksar, D. Y. (2014). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21(1), 8-44.
- Drake, B., Barth, R. P., Berrick, J. D., Garcia, A. (2023). Child abuse and neglect and mental health outcomes in adulthood by ethnicity: Findings from a 40-year longitudinal study. *Child Abuse and Neglect*, 145, Article 106283. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106283.
- Dube, S. R., Williamson, D. F. (2021). The long-term impact of childhood abuse on health: Evidence from a national survey. *Child Abuse & Neglect*, 112, 104881. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104881>.
- Dubowitz, H. (2015). *Preventing child neglect and physical abuse*. A Role for Pediatricians.
- Dubowitz, H., Kobulsky, J. M., Proctor, L. J. (2022). Recent research on child neglect. *Handbook of Child Maltreatment*, 1(1), 35-64.
- Durmaz, N. (2021). Çocuk istismarı ve ihmalinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri*, 1-6.
- Dworkin, E. R., Krahe, B., Zinzow, H. (2021). The global prevalence of sexual assault: A systematic review of international research since 2010. *Psychology of Violence*, 11(5), 497.
- Elarousy, W., Abed, S. (2019). Barriers that inhibit reporting suspected cases of child abuse and neglect among nurses in a public hospital, jeddah, saudi arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal (EMHJ)*, 25(6), 413-421.
- Elkin, J. (2023). Child abuse and neglect. *AMA Journal of Ethics*, 25(2), E91-92. doi: 10.1001/amajethics.2023.91.
- Erbay, E. (2021). *Çocuk hakları*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Eurochild. (2021). European report on preventing child maltreatment. Retrieved from: <https://eurochild.org/resource/preventing-child-maltreatment-in-europe/> (Erişim Tarihi: 22.11.2023).
- Ferragut, M., Rueda, P., Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M. (2022). What do we know about child sexual abuse? Myths and truths in Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), NP757-NP775.
- Findley, K. A., Rossant, C., Sasakura, K., Schneps, L., Squier, W., Wester, K. (Eds.). (2023). *Shaken baby syndrome: Investigating the abusive head trauma controversy*. Cambridge University Press.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., Ormrod, R. (2023). Updating the statistics on child maltreatment: A new look at the data. *Journal of Child and Family Studies*, 32(3), 766-778. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02358-w>.

- Finkelhor, D., Turner, H., Colburn, D. (2022). Prevalence of online sexual offenses against children in the US. *JAMA Network Open*, 5(10), e2234471-e2234471.
- Finkelhor, D., Turner, H., Shattuck, A., Hamby, S. L. (2021). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA Pediatrics*, 175(10), 989-997. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.1586.
- Fitton, L., Yu, R., Fazel, S. (2020). Childhood maltreatment and violent outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 754-768.
- Flaherty, E. G., Sege, R. (2020). Child abuse and neglect: The role of the primary care clinician. *Journal of Pediatrics*, 226, 1-6. doi:10.1016/j.jpeds.2020.06.072.
- Font, S. A. and Maguire-Ja, K. (2020). The Scope nature and causes of child abuse and neglect. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 692(1), 26-49.
- Fung, H. W., Chung, H. M., Ross, C. A. (2020). Demographic and mental health correlates of childhood emotional abuse and neglect in a Hong Kong sample. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104288.
- Gannon, T. A. (2021). A compositional explanatory theory of pedophilia. *Aggression and Violent Behavior*, 61, 101662.
- Gauer, R. J., Kelleher, K. J. (2020). Recognizing physical abuse in children: The role of the physical examination. *Pediatrics*, 145(2), e20193632.
- Gebiċ Yılmaz, A. (2022). *Covid-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi. Trabzon: Trabzon Üniversitesi.
- Geçdi, T. (2022). *Sağlık çalışanlarına çocuk istismarı ve ihmali konusunda yapılan eğitimin bilgi ve farkındalık düzeylerine etkisi*. Yayımlanmamış doktora tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Geçkil, E. (2017). Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 129 - 139.
- Genç, Ş., Coşkun, S. (2013). Ensest. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 106, 215-260.
- Geovani, I., Nurkhotijah, S., Kurniawan, H., Milanie, F., Nur Ilham, R. (2021). Juridical analysis of victims of the economic exploitation of children under the age to realize legal protection from human rights aspects: research study at the office of social and community empowerment in batam city. *International Journal of Educational Review, Law And Social Sciences (IJERLAS)*, 1(1), 45-52.
- Gibson, P. H., Graham, J. M. (2021). Forensic evaluation of child abuse: Clinical and radiological findings. *Journal of Forensic Sciences*, 66(1), 123-134.
- Glaser, D. (2020). Fabricated or induced illness: From “Munchausen by proxy” to child and family-oriented action. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104649.
- Gölge, Z. B., Hamzaoğlu, N., Türk, B. (2012). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 26(2), 86-96.
- Gross-Manos, D., Marey-Sarwan, I., Barnea, O., Cohen, A. (2023). Care about us first: Israeli youths' perspectives on child neglect. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(21-22), 11356-11382.
- Grummitt, L. R., Kelly, E. V., Barrett, E. L., Lawler, S., Prior, K., Stapinski, L. A., Newton, N. C. (2022). Associations of childhood emotional and physical neglect with mental health and substance use in young adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(4), 365-375.

Güldeste, A. (2018). Çocuk cinsel istismarının medyada değerlendirilme biçimi (Habertürk gazetesi üzerinden medyaya sosyolojik bir bakış). *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi / The Journal of International Social Research*, 11(55), 490- 497.

Güngör, A. (2021). Sosyal medyada çocuk hakları ihlali ve çocuk istismarı: Instagram anneleri. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 20(54), 1-24.

Gürbüz, Y. (2017). *Dünya savaşları ve sonrası çocuk istismarı hakkında yapılan hukuki düzenlemeler*. İstanbul: Akademik Kaynak.

Gürhan, N. (2015). *Her yönüyle çocuk istismarı ve ihmali*. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi.

Güzelmansur, M. (2018). *Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismar ve ihmaliye yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.

Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839.

Han, D., Dieujste, N., Doom, J. R., Narayan, A. J. (2023). A systematic review of positive childhood experiences and adult outcomes: Promotive and protective processes for resilience in the context of childhood adversity. *Child Abuse & Neglect*, 144, 106-346. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106346>.

Haslam, Z., Taylor, E. P. (2022). The relationship between child neglect and adolescent interpersonal functioning: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 125, 105510.

Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), e1-e7.

Herruzo, C., Raya Trenas, A., Pino, M. J., Herruzo, J. (2020). Study of the differential consequences of neglect and poverty on adaptive and maladaptive behavior in children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 739.

Hindin, M. J., Kishor, S., Ansara, D. L. (2019). Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: Predictors and health outcomes. *Studies in Family Planning*, 39(1), 1-24. doi:10.1111/j.1728-4465.2008.00152.x.

Hoedeman, F., Puiman, P. J., van den Heuvel, E. A. L., Affourtit, M. J., Bakx, R., Langendam, M. W., Van de Putte E. M., Russel-Kampschoer I. M. B., Schouten M. C. M., Teeuw A. H., Koning, H. J., Moll, H.A. (2023). A validated Screening instrument for Child Abuse and Neglect (SCAN) at the emergency department. *Eur J Pediatr*, 182(1). <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04635-0>.

Hoffnung-Assouline, A., Knel-Paz, C. (2023). Supervising contact visits: A trauma-informed approach based on principles of child-parent psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 1, 1-14,

Hoogsteder, L. M., Thije, L. T., Schippers, E. E., Stams, G. J. J. M. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(6–7), 735–757.

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet public health*, 2(8), e356-e366.

International Labour Organization (ILO). (2021). Child Labour and Children's Rights. Retrieved from: <https://www.ilo.org/global/topics/child-labour/lang-en/index.htm> (Erişim Tarihi: 12.12.2023).

International Labour Organization. (2022). Ending child labour, forced labour and human trafficking in global supply chains. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_846572/lang--en/index.htm (Erişim Tarihi: 12.12.2023).

International Council of Nurses (ICN). (2023). Report on violence against children. Retrieved from: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2023_Referans (Erişim Tarihi: 12.12.2023).

Işık, A. N. (2021). *Edirne ili 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görevli yardımcı sağlık personelinin çocuk istismarına yönelik bilgi tutum ve farkındalıkları*. Uzmanlık tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi.

Jackson, A. M., oster, J. M. (2021). The essential role of nurses in recognizing and reporting child maltreatment. *Pediatric Nursing*, 47(2), 67-73.

Jakubowski, K. P., Cundiff, J. M., Matthews, K. A. (2018). Cumulative childhood adversity and adult cardiometabolic disease: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(8), 701-715. <https://doi.org/10.1037/hea0000637>.

Jamaer, M., Van den Eynde, J., Aertgeerts, B., Toelen, J. (2023). Knowledge of child abuse and neglect among general practitioners and pediatricians in training: A survey. *Children*, 10(9), 1429. Doi:10.3390/children10091429.

Jennissen, C. A., Evans, E., Oral, R., Denning, G. (2018). Child abuse and neglect experts' determination of when a child being left home alone constitutes child neglect. *Injury Epidemiology*, 5(S1), 16-29.

Jones, M. ve Brown, L. (2022). The frequency and reporting of child abuse cases by midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(4), 320-328. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12345>.

Kabakoğlu, H. (2018). *Aile sağlığı merkezinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*.Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi.

Kaplan, B., Çalışkan, Z., Evgin, D. (2020). Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmaline ilişkin hemşirelik alanında yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 9(2), 135-141.

Kaptan, D. (2017). *Trabzon il merkezindeki pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri*.Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Trabzon: Avrasya Üniversitesi.

Kaptan, D., Kahriman, İ., Kader, Ş. (2020). Pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 28(2), 1-18.

Kar, H., Dokgöz, H. (2017). Çocukta fiziksel istismar. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry Special Topics*, 3(3), 175-80.

Kara, Ö., Çalışkan, D., Suskan, E. (2014). Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(1), 57-65.

Karabağ, G., Yavuz, M. S. (2021). Çocuk istismarı ve ihmali bildirim yükümlülüğü. *Türkiye Klinikleri Forensic Medicine Special Topics*, 7(1), 98-101.

Karaca, A. (2022). *Hatay ili birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi, tutum ve farkındalık düzeyi*.Uzmanlık tezi. Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi.

Karagöz, Y. S., Uran, P. (2021). Duygusal istismar. *Türkiye Klinikleri Forensic Medicine Special Topics*, 7(1), 19-24.

- Karasu, F., Gül Bilgen, F. (2017). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışları. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(13), 22-34.
- Kaş Güner, C., Yavuz, H. Ö., Dörtbudak, Z. (2016). Çocuk istismarı ihmali vakalarıyla karşılaşan hemşirelerin görüş ve uygulamaları. *Kastamonu Sağlık Akademisi*, 1(1), 39-55.
- Kaynak, S., Ergün, S., Arat, N. (2021). Hemşirelik ve çocuk gelişimi bölümünde okuyan üniversite öğrencilerinin, çocuk haklarına yönelik bilgi ve tutumları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(1), 1-10.
- Kaytez, N., Yücelyigit, S., Kadan, G. (2018). Çocuğa yönelik istismar ve çözüm önerileri. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 18-24.
- Keeshin, B. R., Dubowitz, H. (2013). Childhood neglect: The role of the paediatrician. *Paediatrics and Child Health*, 18(8), e39-e43.
- Kekevi, S., Kılıçoğlu, G. (2016). Uluslararası hukuk açısından çocuk askerler ve PKK'nin çocuk askerleri/ militanları. *Ankara Barosu Dergisi*, 74(3), 483-510.
- Khan, M. M. A. (2021). From 'Objects of Protection' to 'Subjects of Rights': A journey of children rights from declaration of 1924 to convention of 1989. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 41(2), 455-467.
- Kılıç, B. (2021). *Birinci basamak hekimlerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma durumu*. Uzmanlık tezi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
- Kircaburun, K., Jonason, P., Griffiths, M. D., Aslanargun, E., Emirtekin, E., Tosuntaş, Ş. B., Billieux, J. (2021). Childhood emotional abuse and cyberbullying perpetration: The role of dark personality traits. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(21-22), NP11877-NP11893.
- Klein, S. M., Tollefson, T. (2018). Burns in children: A diagnostic and treatment approach. *Journal of Burn Care & Research*, 39(5), 747-758.
- Kobulsky, J. M., Dubowitz, H., Xu, Y. (2020). The global challenge of the neglect of children. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104296.
- Kocaer, Ü. (2006). *Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Koç, F., Halıcioğlu, O., Akşit, S. (2014). Which findings may suggest physical abuse? *The Journal of Pediatric Research*, 1, 1-5.
- Kök, H., Erbay, E. (2023). Cinsel istismara maruz bırakılan çocuklara hizmet sunan çocuk izlem merkezleri üzerine bir araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(2), 381-403.
- Kurt, G., Gün, İ. (2017). Abuse, neglect and domestic violence with encounter status and attitudes of health staff. *Turkish Journal of Forensic Medicine*, 31(2), 59-67.
- Kurt, L. (2016). Çocuk haklarına ilişkin temel uluslararası belgeler ve tarihsel uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 36, 99-127.
- Küçük, S., Korkmaz, Z., Kayademir, N., Otuzoğlu, M. (2017). Çocuk cinsel istismarının tanılama adli ve sosyal sürecinde pediatri hemşireleri. *Journal of Forensic Medicine Uncorrected Prof.* (31), 68-77.
- Lang, J., Kerr, D. M., Petri-Romão, P., McKee, T., Smith, H., Wilson, N., ... & Minnis, H. (2020). The hallmarks of childhood abuse and neglect: A systematic review. *PLoS One*, 15(12), e0243639.
- Lansford, J. E., Deater-Deckard, K., Bornstein, M. H., Putnick, D. L., Bradley, R. H. (2014). Attitudes justifying domestic violence predict endorsement of corporal punishment and physical and

- psychological aggression towards children: A study in 25 low and middle income countries. *The Journal of Pediatrics*, 164(5), 1208-13.
- Lawson, D. M., Akay-Sullivan, S. (2020). Considerations of dissociation, betrayal trauma, and complex trauma in the treatment of incest. *Journal of Child Sexual Abuse*, 29(6), 677-696.
- Lee, H. and Kim, J. (2018). Predictors of intention of reporting child abuse among emergency nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 47-52.
- Lee, H. E., Ermakova, T., Ververis, V., Fabian, B. (2020). Detecting child sexual abuse material: A comprehensive survey. *Forensic Science International: Digital Investigation*, 34, 301022.
- Legano, L. A., Desch, L. W., Messner, S. A., Idzerda, S., Flaherty, E. G., ABUSE, C. O. C., ... & Yin, L. (2021). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 147(5), 20-36.
- Letson, M. M., Crichton, K. G. (2023). How should clinicians minimize bias when responding to suspicions about child abuse? *AMA Journal of Ethics*, 25(2), 93-105. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2023.93>.
- Leventhal, J. M., McGowan, K. (2018). The impact of physical abuse on child development: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 81, 1-13.
- Li, S., Zhao, F., Yu, G. (2022). Childhood emotional abuse and depression among adolescents: Roles of deviant peer affiliation and gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), NP830-NP850.
- Liel, C., Ulrich, S. M., Lorenz, S., Eickhorst, A., Fluke, J., Walper, S. (2020). Risk factors for child abuse, neglect and exposure to intimate partner violence in early childhood: Findings in a representative cross-sectional sample in Germany. *Child Abuse & Neglect*, 106, 104487.
- Lillis, K., True, R. (2019). The impact of nurse-led interventions on child maltreatment. *Clinical Pediatrics*, 58(2), 121-129. doi:10.1177/0009922818821752.
- Lines, L. E., Hutton, A. E., Grant, J. M. (2016). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322.
- Lines, L. E., Hutton, A. E., Grant, J. M. (2021). Constructing a compelling case: nurses' experiences of communicating abuse and neglect. *Child Abuse Review*, 30(4), 332-346.
- Lines, L. E., Kakyō, T. A., Hutton, A. E., Grant, J. M. (2023). Nurses' and midwives' contributions to a public health response to keeping children safe from abuse and neglect—a Delphi study. *Journal of Child Health Care*, 13674935231153248.
- Lopez, M., Ruiz, M. O., Rovnaghi, C. R., Tam, G. K., Hiscox, J., Gotlib, I. H., Barr, D. A., Carrion, V.G., Anand, K. J. (2021). The social ecology of childhood and early life adversity. *Pediatric Research*, 89(2), 353-367.
- Lown, E. A., Lui, C. K., Karriker-Jaffe, K., Mulia, N., Williams, E., Ye, Y., Li, L., Greenfield, T. K., Kerr, W.C. (2019). Adverse childhood events and risk of diabetes onset in the 1979 national longitudinal survey of youth cohort. *BMC Public Health*, 19(1), 1007. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7337-5>.
- Lyttle, M., Barnes, M., Brose, J. (2023). Evaluating the ICON programme: Reducing abusive head injuries in babies. University of the West of England and University Hospitals Bristol and Weston NHS Foundation Trust. Retrieved from: <https://iconscope.org>. (Erişim Tarihi: 29.12.2023).
- Mahmut, K. (2012). Çocuk istismarında ihbar yükümlülüğü. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 3(1), 113-28.

Massullo, C., De Rossi, E., Carbone, G. A., Imperatori, C., Ardito, R. B., Adenzato, M., Farina, B. (2023). Child maltreatment, abuse, and neglect: an umbrella review of their prevalence and definitions. *Clinical Neuropsychiatry*, 20(2), 72.

Mathews, B., Pacella, R., Dunne, M. P., Simunovic, M., Marston, C. (2020). Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLoS One*, 15(1), e0227884.

Mathews, B., Pacella, R., Scott, J. G., Finkelhor, D., Meinck, F., Higgins, D. J., Erskine, H. E., Thomas, H. J., Lawrence, D. M., Haslam, D. M., Malacova, E., Dunne, M. P. (2023). The prevalence of child maltreatment in Australia: findings from a national survey. *Medical Journal of Australia*, 218, 13-18.

Matsumoto, M., Piersiak, H. A., Letterie, M. C., Humphreys, K. L. (2023). Population-based estimates of associations between child maltreatment types: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 487-496.

Mavili, A., Altun, G. (2022). Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 6(1), 41-58.

McCoy, D. C., Purtell, K. M. (2021). Child neglect and the role of socioeconomic factors: A review of recent literature. *Social Service Review*, 95(4), 600-628. <https://doi.org/10.1086/715764>.

Mehta, D., Kelly, A. B., Laurens, K. R., Haslam, D., Williams, K. E., Walsh, K., Baker, R.A., Carter, H. E., Khawaja N. G., Zelenko, O., Mathews, B. (2021). Child maltreatment and long-term physical and mental health outcomes: An exploration of biopsychosocial determinants and implications for prevention. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(6), 939-951. doi:10.1007/s10578-020-01071-7.

Meraj, S. (2024). Family, Society, and Government: Understanding Underlying Cultural, Historical, and Political Influences Perpetuating Child Abuse and Neglect Issues in China. *The Macksey Journal*, 4(1), 1-20.

Mertens, Y. L., Racioppi, A., Sheinbaum, T., Kwapil, T., Barrantes-Vidal, N. (2021). Dissociation and insecure attachment as mediators of the relation between childhood emotional abuse and nonclinical paranoid traits. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1888539.

Metinyurt, H., Yıldırım-Sarı, H. (2016). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 1(1), 101-121.

Mihçokur, S. ve Akın, A. (2015). Flört şiddeti “şiddet’li sevgi”. *Sağlık ve Toplum*, 25(2), 9-15.

Mkonyi, E., Mwakawanga, D. L., Rosser, B. S., Bonilla, Z. E., Lukumay, G. G., Mohammed, I., Mushy, S. E., Mgopa, L. R., Ross, M. W., Massae, A. F., Trent, M., Wadley, J. (2021). The management of childhood sexual abuse by midwifery, nursing and medical providers in Tanzania. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105268.

Moog, N. K., Heim, C. M., Entringer, S., Simhan, H. N., Wadhwa, P. D., Buss, C. (2022). Transmission of the adverse consequences of childhood maltreatment across generations: Focus on gestational biology. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 215, e173372.

National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC). (2023). 106% increase in child cruelty and neglect offences in England in the past 5 years. Retrieved from: <https://www.nspcc.org.uk/about-us/news-opinion/2023/2023-12-07-106-increase-in-child-cruelty-and-neglect-offences-in-england-in-the-past-5-years/> (Erişim Tarihi: 12.01.2024).

Nouman, H., Alfandari, R., Enosh, G., Dolev, L., Daskal-Weichhendler, H. (2020). Mandatory reporting between legal requirements and personal interpretations: Community healthcare professionals’ reporting of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104261.

- Önder, N., Şahin, Ö. Ö. (2023). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini belirleme durumları. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 578-587.
- Özbaş, A. A. (2016). Çocuk ihmali, istismarı ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psyciatr Nurs-Special Topics*, 2(2), 44-54.
- Özcan, N. (2022). *Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini belirleme durumları*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Karabük: Karabük Üniversitesi.
- Paek, S. H., Kwak, Y. H., Noh, H., Jung, J. H. (2019). A survey on the perception and attitude change of firstline healthcare providers after child abuse education in South Korea: A pilot study. *Medicine*, 98(2), e14085.
- Pais, M. S. (2023). The convention on the rights of the child. In Hodgkin, R., Newell, P., & UNICEF. (Eds.), *Implementation handbook for the convention on the rights of the child* (pp. 5-27). New York: UNICEF.
- Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO). (2020). Violence against children, Regional Status Report 2020: Preventing and Responding to Violence against Children in the Americas. Retrieved from: <https://www.paho.org/en/topics/violence-against-children> (Erişim Tarihi: 18.01.2024).
- Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F., Wu, J. (2021). Prevalence of childhood sexual abuse among women using the childhood trauma questionnaire: a worldwide meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1181-1191.
- Paslı, F. (2020). Çocuğa yönelik fiziksel istismar. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 60-72.
- Peterson, C., Phipps, S. (2020). Recent advances in the understanding and prevention of child abuse and neglect. *Annual Review of Public Health*, 41, 171-189. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094135>.
- Pişi, D. (2013). *İstismar ve ihmale uğrayan çocukların psiko-sosyal özellikleri*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İzmir: Selçuk Üniversitesi.
- Pletcher, B. A., O'Connor, M., Swift-Taylor, M. E., DallaPiazza, M. (2019). Adverse childhood experiences: A case-based workshop introducing medical students to trauma-informed care. *MedEdPORTAL*, 15, 10803. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10803.
- Polat Külcü, D., Karataş, H. (2016). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 48-58.
- Polat, O. (2015). Tüm boyutlarıyla pedofili. *Adli Tıp Bülteni*, 20(1), 60-70.
- Postmus, J. L., Hoge, G. L., Breckenridge, J., Sharp-Jeffs, N., Chung, D. (2020). Economic abuse as an invisible form of domestic violence: A multicountry review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 261-283.
- Pragst, F. and Hartwig, S. (2022). Repeated poisoning of the life partner by thallium-a case of questionable Munchausen by adult proxy syndrome with ensuing attempted murder. *International Journal of Legal Medicine*, 136(3), 695-704.
- Public Services International (PSI). (2023). Children's rights and public health. Retrieved from: <https://www.psi.org/children-rights-public-health> (Erişim Tarihi: 30.01.2024).
- Racine, N., Greer, K., Dimitropoulos, G., Collin-Vézina, D. (2023). Child abuse and neglect during the COVID-19 pandemic: An umbrella review. *Child Abuse and Neglect*, 139, e106127. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106127.

- Ramanan, N., Adriaenssens, P., Derluyn, I., De Haene, L. (2021). The mother I was born to or the one I worked for?: An exploratory study on family separation in live-in child domestic workers in Karnataka, India. *Child Abuse & Neglect*, 117, 105081.
- Rios-Kohn, R. (1997). The convention on the rights of the child: Progress and challenges. *Geo. J. on Fighting Poverty*, 5, 139-152.
- Rusinowska, B., Satora, M., Tybulczuk, B., Romanek, Z., Sękowska, M., Pyrka, Z. (2023). Overprotective mother or Munchausen syndrome by proxy? Characteristics of the disease based on a literature review. *Medical Science Pulse*, 17(3), 11-18.
- Russell, D., Higgins, D., Posso, A. (2020). Preventing child sexual abuse: A systematic review of interventions and their efficacy in developing countries. *Child Abuse & Neglect*, 102, e104395.
- Sadler, K., Rajabali, F., Zheng, A., Jain, N., Pike, I. (2024). Impact of a parent education program delivered by nurses and health care providers in reducing infant physical abuse hospitalization rates in British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*, 56(1), 109-116.
- Sağlam, M., Aral, N. (2016). Tarihsel süreç içerisinde çocuk ve çocukluk kavramları. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 1(2), 43-56.
- Sahebkhagh, M. H., Hosseini, S. Z., Hosseinzadeh, M., Shamshirgaran, S. M. (2017). Knowledge, attitude and practice of community health workers regarding child abuse in Tabriz health centers in 2015-2016. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(3), 264.
- Salami, S., Alhalal, E. (2020). Nurses' intention to report child abuse in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Child Abuse and Neglect*, 106, 1-10.
- Salokangas, R. K., Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., Pesonen, H., Luutonen, S., Patterson, P., Reventlow, H.G., Heinimaa, M., From, T., Hietala, J. (2020). Childhood physical abuse and emotional neglect are specifically associated with adult mental disorders. *Journal of Mental Health*, 1(12), 1-12.
- Sarıyar, A. (2019). *Van ilinde çalışan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı konusundaki bilgi, tutum ve davranışları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
- Sarman. A., Tuncay. S., Sarman. E. (2021). Pediatrik palyatif bakımda iletişim. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 237-242.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 2(3), 223-8.
- Schenck-Fontaine, A., Gassman-Pines, A. (2020). Income inequality and child maltreatment risk during economic recession. *Children and Youth Services Review*, 112, 104926.
- Scribano, P. V., Stevens, J., Kaizar, E. (2020). The role of healthcare professionals in child abuse and neglect cases: A systematic review. *Child Abuse Review*, 29(4), 378-389. doi:10.1002/car.2609.
- Sedlak, A. J., Heaton, L., Evans, M. (2022). Trends in child abuse reporting. In *Handbook of child maltreatment* (pp. 3-34). Cham: Springer International Publishing.
- Seferoğlu, E., Sezici, E., Yiğit, D. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama düzeyleri. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(17), 257-276.
- Segal, L., Armfield, J. M., Gnanamanickam, E. S., Preen, D. B., Brown, D. S., Doidge, J., Nguyen, H. (2021). Child maltreatment and mortality in young adults. *Pediatrics*, 147(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-023416>.
- Selengia, V., Thuy, H. N. T., Mushi, D. (2020). Prevalence and patterns of child sexual abuse in selected countries of Asia and Africa: A review of literature. *Open Journal of Social Sciences*, 8(9), 146-160.

- Sert, G., Gemici, E., Solak, B., Mehder, O., Tekeş, R., Tunalı, T., Hıdıroğlu, S., Karavuş, M. (2023). Acil hekimlerinin suçun bildirimini ile ilgili tutumları: Niteliksel bir çalışma. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 10(4), 137-146.
- Sertdemir, M., Kut, B., Demirci, Ş., Akça, Ö. F., Erden, S., Uğuz, F., Ak, M., Aydın, A., Bilgiç, A. (2020). Konya ilinde bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde değerlendirilen adli olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin geriye dönük incelenmesi. *Türk J Child Adolesc Ment Health*, 27(1), 27-32.
- Seth, P. T., Asher, D. (2020). Historical trends and current issues in child maltreatment prevention. *Child Abuse Review*, 29(3), 199-213. <https://doi.org/10.1002/car.2703>.
- Shah, H. A. (2020). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Competitive Social Science Research Journal*, 1(3), 37-51.
- Shaked, E., Bensimon, M., Tuval Mashiach, R. (2021). Internalization and opposition to stigmatized social discourse among incest survivors. *Journal of child sexual abuse*, 30(7), 847-868.
- Smith, J. (2021). *Child abuse and neglect: Nursing perspectives and interventions*. New York: Health Publications.
- Smith, J. A. S. (2023). Child abuse and neglect. In *Forensic and legal medicine* (pp. 690-704). CRC Press.
- Smith, J., Johnson, A. (2022). Pediatric nurses' knowledge on reporting child abuse and neglect. *Journal of Pediatric Nursing*, 58, 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.003>.
- Sofuoğlu, Z., Nalbantçılar, S. C. (2018). Hastanelere yönlendirilen adli çocuk istismarı olguları ile sağlık çalışanınca saptanan çocuk istismarı olgularının özelliklerinin karşılaştırılması. *İzmir Behçet Uz Hastanesi Dergisi*, 8(3), 119-95.
- Sofuoğlu, Z., Oral, R., Aydın, F., Cankardeş, S., Kandemirci, B., Koç, F., Halıcıoğlu, O., Akşit, S. (2014). Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(1), 47-56.
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) ve UNICEF. (2010). Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması. <https://www.unicef.org/turkiye/raporlar/t%C3%BCrkiyede-%C3%A7ocuk-istismari-ve-aile-i%C3%A7i-%C5%9Fiddet-ara%C5%9Ftirilmesi-%C3%B6zet-raporu-2010>. (Erişim Tarihi: 05.02.2024).
- Squier, W. (2024). Retinodural haemorrhage of infancy, abusive head trauma, shaken baby syndrome: The continuing quest for evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 66(3), 290-297.
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4), 20-32.
- Sun, J., Liu, Q., Yu, S. (2019). Child neglect, psychological abuse and smartphone addiction among Chinese adolescents: The roles of emotional intelligence and coping style. *Computers in Human Behavior*, 90, 74-83.
- Sundler, A. J., Whilson, M., Darcy, L., Larsson, M. (2021). Swedish school nurses' experiences of child abuse. *The Journal of School Nursing*, 37(3), 176-184.
- Sur, M. (2013). Birleşmiş Milletler Örgütünün gelişimi ve geleceği the development and the future of the united nations. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 8(Özel), 2535-2550.
- Swaminath, S., Simons, R. M., Hatwan, M. L. (2023). Understanding pedophilia: A theoretical framework on the development of sexual penchants. *Journal of Child Sexual Abuse*, 32(6), 732-748.

Şahin, F., Taşar, M. A. (2012). Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Pediatri Arşivi*, 47(3), 152-158.

Şimsek, E., Guney, S. A., Baysal, S. U. (2017). A retrospective study with ICAST-R (ispcan child abuse screening tools-retrospective) questionnaire for determination of child abuse in first year medical students in Turkish population. *Child Abuse and Neglect*, 69, 125–133.

Taş, A. (2017). *Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi*.Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
TDK (2024). İstismar ne demek sözlük anlamı. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=istismar>. (Erişim Tarihi: 15.06.2024).

Tekin, H. H., Kılıç Kaya, A. (2020). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimlerine ilişkin sınırlı bir araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 29(2), 85-94.

Tomsa, R., Gutu, S., Cojocar, D., Gutiérrez-Bermejo, B., Flores, N., & Jenaro, C. (2021). Prevalence of sexual abuse in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1980.

Trabzon Barosu. Trabzon Barosu Çocuk Hakları Komisyonu. (2015). Çocuk izlem merkezleri türkiye raporu. Trabzon: Trabzon Barosu 2015.<https://www.trabzonbarosu.org.tr/Detay/cocuk-izlem-merkezleri-turkiye-raporu-yayimlandi-63434>. (Erişim Tarihi: 25.02.2024).

Turner, F., Venturini, E., Kainth, G., Crawford, K., O'Connor, R., Balestrieri, M., Macdonald, S., Minnis, H. (2022). The expected and the unexpected in recovery and development after abuse and neglect: the role of early foster carer commitment on young children's symptoms of attachment disorders and mental health problems over time. *Child Abuse & Neglect*, 127, 105585.

Türk Dil Kurumu. (2024a). Çocuk. <https://sozluk.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 25.02.2024).

Türk Dil Kurumu. (2024b). Çocuk istismarı ve ihmal. <https://sozluk.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 25.02.2024).

Türker, G. (2017). *Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği*.Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. İzmir: Selçuk Üniversitesi.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2019). Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuk istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2015-2019> (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuk istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelenveya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662>. (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023a). İstatistiklerle çocuk. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2023-53679> (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023b) İşgücü istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-2023-53521>.(Erişim Tarihi: 01.03.2024).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2024). Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuk istatistikleri, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Güvenlik-Birimine-Gelen-veya-Getirilen-Cocuk-Istatistikleri-2022-49662>. (Erişim Tarihi: 29.02.2024).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2019). Hacettepe Üniversitesi nüfus etütleri enstitüsü 2018 raporu. <https://acikerisim.hacettepe.edu.tr/items/913962e3-150d-4597-9421-a2cd146d6840> (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

U.S. Department of Health and Human Services. Children's Bureau. (2022). Child maltreatment 2022. <https://cbexpress.acf.hhs.gov/article/2024/february/just-released-child-maltreatment-2022-report/5369c4041bf3f190145dedf7624bcb10> (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

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

UNICEF. (2020). Global status report on preventing violence against children. <https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>. (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

UNICEF. (2021). Convention on the rights of the child. (<https://www.unicef.org/child-rights-convention>). (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

UNICEF. (2022). Global report on child maltreatment. <https://www.unicef.org/reports/global-report-child-maltreatment> (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2021). Every child is protected from violence and exploitation: Global annual results report 2021. <https://www.unicef.org/media/121671/file/%20Global-annual-results-report-2021-goal-area-3.pdf>. (Erişim Tarihi: 01. 03. 2024).

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2022). Child protection from violence, exploitation and abuse. <https://www.unicef.org/protection/child-abuse-and-neglect>. (Erişim Tarihi: 01.03.2024).

Usta, S. (2024). Uluslararası düzeyde çocuk hakları yönünden çocuk istismarı ve ihmalinin yasal boyutu. *Turkiye Klinikleri Social Pediatrics-Special Topics*, 5(1), 100-102.

Uysal, A. (1998). *Çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İzmir: Ege Üniversitesi.

VanMeter, F., Handley, E. D., Cicchetti, D. (2020). The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104323.

Verhellen, E. (2015). The Convention on the Rights of the Child: Reflections from a historical, social policy and educational perspective. In *Routledge international handbook of children's rights studies* (pp. 43-59). Routledge.

Vilariño, M., Amado, B. G., Seijo, D., Selaya, A., Arce, R. (2022). Consequences of child maltreatment victimisation in internalising and externalising mental health problems. *Legal and Criminological Psychology*, 27(2), 182-193.

Vinchon, M., Noulé, N., Karnoub, M. A. (2022). The legal challenges to the diagnosis of shaken baby syndrome or how to counter 12 common fake news. *Child's Nervous System*, 1-13.

Wang, L., Cheng, H., Qu, Y., Zhang, Y., Cui, Q., Zou, H. (2020). The prevalence of child maltreatment among Chinese primary and middle school students: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 1105-1119.

Wen, Y. J., Hou, W. P., Zheng, W., Zhao, X. X., Wang, X. Q., Bo, Q. J., Pao, C., Tang, Y. L., Tan, T., Bin Li, X., Wang, C. Y. (2021). The neglect of left-behind children in China: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1326-1338.

Wester, K., Stridbeck, U., Syse, A., Wikström, J. (2022). Re-evaluation of medical findings in alleged shaken baby syndrome and abusive head trauma in Norwegian courts fails to support abuse diagnoses. *Acta Paediatrica*, 111(4), 779-792.

Wolfe, D. A., McGee, R. A. (2019). Child abuse and neglect: Historical and contemporary perspectives. *Social Issues and Policy Review*, 13(1), 132-150. <https://doi.org/10.1111/sipr.12069>.

World Health Organization (WHO). (2020). Global status report on preventing violence against children 2020. <https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>. (Erişim Tarihi: 01.04.2024).

World Health Organization. (2021). Injuries and violence. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence> (Erişim Tarihi: 01.04.2024).

World Health Organization. (2022a). Child maltreatment. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm2022.pdf> (Erişim Tarihi: 01.04.2024).

World Health Organization. (2022b). Violence against children. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>. (Erişim Tarihi: 01.04.2024).

World Health Organization. (2023). World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. (Erişim Tarihi: 01.04.2024).

Yaman, S. (2017). Cumhuriyet Üniversitesi hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi.

Yee, R., Sim, S. Y., Chow, W. H., Rajasegaran, K., Hong, C. H. L. (2024). Munchausen syndrome by proxy: a narrative review and update for the dentist and other healthcare professionals. *Dental Traumatology*, 40, 23-32.

Yektaş, Ç., Tufan, A.E., Büken, B., Yurteri Çetin, N., Yazıcı M. (2018). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde istismar ve istismarcıya ilişkin özelliklerin ve psikopatoloji ile ilişkili risk etkenlerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(5), 36-48.

Yetiş, O., Ziyalar, N. (2018). Çocuk istismarı ve ihmalinin bildirimine yönelik öğretmen tutumları. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 15(1), 10-23.

Yıldırım, Ç. Y., Ulukol, B.(2021). Çocuk ihmali. *Türkiye Klinikleri*, 2(7), 25-8.

Yıldız, E., Tanrıverdi, D. (2018). Child neglect and abuse: A global glimpse within the framework of evidence perspective. *International Nursing Review*, 65(3), 370-380.

Yılmaz, B. (2015). *Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi.

Yokomizo, A., Nagae, H., Athurupana, R., Nakatsuka, M. (2023). Collaborative support for child abuse prevention: Perspectives of public health nurses and midwives regarding pregnant and postpartum women of concern. *PLoS One*, 18(3), e0281362.

Yükseler, A. (2020). *Malatya ilinde çalışan sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi.

Zaborenko, C. J., Ferraro, K. F., Williams-Farrelly, M. M. (2020). Childhood misfortune and late-life stroke incidence, 2004–2014. *Gerontologist*, 60(6), 1060–1070.

Zafar, N., Naeem, M., Zehra, A., Khalid, M. (2020). Ten years data of child abuse and neglect cases managed at the first hospital based child protection unit in Pakistan. *Asia Pac J Paediatr Child Health*, 3, 30-6.

Zeanah, C. H., Humphreys, K. L. (2018). Child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 637-644.

Zhou, X., Zhen, R. (2022). How do physical and emotional abuse affect depression and problematic behaviors in adolescents? The roles of emotional regulation and anger. *Child Abuse & Neglect*, 129, 105641.

Zusman, N., Saporta-Sorozon, K. (2022). Organizational factors affecting nurses' tendency to report child abuse and neglect. *Public Health Nursing*, 39(3), 601-608.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Ecem SAK
Eğitim	
Lise	Cumhuriyet Anadolu Lisesi- Manisa (2010)
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi- Samsun (2011-2015)
Yüksek Lisans	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı (2021-Halen)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	-

EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bir Kamu Çocuk Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri ile ilgili yeni bir araştırma yapmayı planlıyoruz. Bu araştırmanın amacı “**Bir Kamu Çocuk Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeylerinin Belirlenmesi**” dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki, bu araştırmaya katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz, bu formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni **bir kamu çocuk hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin** ortaya konulmasıdır. **Balıkesir Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda** gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarılı bir şekilde tamamlanabilmesi için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Sorumlu araştırmacı **Sevde AKSU** veya onun görevlendireceği bir yardımcı araştırmacı tarafından veri toplanacak ve elde edilen veriler kaydedilecektir. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için **bir kamu çocuk hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin** incelenmesine ilişkin veriler anket kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan yöntemlerde herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahiptir.

Sayın **Ecem SAK** tarafından **Balıkesir Üniversitesi’nin Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda** gerçekleşecek olan ölçüme dayalı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin gizlilikle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim*). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi

bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence araştırmacılar tarafından verildi (*Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim*).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde, Sayın **Ecem SAK'ı** [REDACTED] no'lu telefonlardan da arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve araştırmacı ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdı iki kopya şeklinde düzenlenir ve bir kopyası katılımcıya verilir.

<u>Gönüllü Katılımcının</u> <u>yada Yasal Temsilcisinin</u>	Tarih: /... /..... <u>Sorumlu Araştırmacının</u>
Adı ve Soyadı:	Adı ve Soyadı: Sevde AKSU
Adres:	Adres:
Telefon:	Telefon: [REDACTED]
İmza:	İmza:

i) Fizik muayene yaparım

23. Sizce Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVEİ) olgu/şüphesinin yeterince bildirilmeme nedenleri neler olabilir? (Birden fazla yanıt verilebilir.)

- a) Bildirim konusundaki bilgilendirmelerin yetersiz olması
- b) İstismar ve ihmali belirtilerinin tam olarak anlaşılabilmesi
- c) Çocuğun bildirim sonrasında hayatının olumsuz etkileneceğinin düşünülmesi
- d) İstismar ve ihmali konusu ile uğraşmanın sıkıntılı bir süreç olduğunun düşünülmesi
- e) Sosyal servislerin konuya ilgisiz kalacağı düşünülmesi
- f) Sorunu kişisel yollarla daha iyi çözebilme düşüncesi
- g) Yasal süreçte karşılaşılabilecek zorluklar
- h) Her ailede benzer durumlar olabileceği düşüncesi
- i) Şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi
- j) Bildirimi nasıl yapacağını bilmeme
- k) İlgili kurumlara rapor etme
- l) Yasal süreç

24. Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVEİ) konusunda bilgi/eğitim almak istiyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

25. Bilgi ve eğitim içeriğinde hangi konuların olmasını istersiniz?

- a) Malpraktis
- b) Sağlık hukuku
- c) Bilirkişilik
- d) Adli rapor
- e) Adli vakalara müdahale
- f) Adli hemşirelik

26. Adli olguların bildirim hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

27. Adli vaka kavramı hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

28. Adli vaka ile karşılaşma durumunuz?

- a) Her zaman
- b) Ara sıra
- c) Hiçbir zaman

29. Sağlık personeli olan hemşire ve ebe olarak idari, cezai ve hukuki sorumluluklarınız hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Kısmen

30. Adli vakalara yaklaşım hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Kısmen

31. Kurumunuzda çalışırken karşılaştığınız adli vakalarda izleyeceğiniz kurum prosedürünüzü biliyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

32. Sizce kurumunuzda adli vakalara yaklaşım ile ilgili eğitim verilmeli mi?

a) Evet b) Hayır

33. Çalıştığınız kurumda; hizmet içi eğitimlerinizde adli tıp, adli vaka, adli hemşirelik, adli ebelik ve hukuk konularına yer verildi mi?

a) Evet b) Hayır



EK-3: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği (ÇİİBRTÖ)

Aşağıda çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra bu ifadeler ile ilgili uygun bulduğunuz kolona (X) işareti koyunuz.

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
1. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.					
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izlerine rastlanır.					
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.					
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşur.					
9. Tek bir kırık yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distalfemur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12. İntrakranial (kafa – içi) ve intraoküler (göz–içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13. Genital bölge, ağız, kol ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					

14. Özellikle 10–15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
15. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
16. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.					
17. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
18. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
19. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLERİ	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
20. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
21. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsaygıları yüksektir.					
22. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
23. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
24. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
25. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
26. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					
27. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
28. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
29. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
30. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
31. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
32. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
33. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
34. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

İHMALİN ÇOCUK ÜZERİNDEKİ BELİRTİLERİ	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
35. Çocukta büyüme–gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir					
36. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
37. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
38. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
39. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
40. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
41. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					

İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYNLERİN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
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. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.					
52. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.					
53. Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.					

İSTİSMAR VE İHMAL YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
54. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
55. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
56. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.*					
57. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.					
58. Fiziksel veya mental özürli bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
59. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNDE AİLESEL ÖZELLİKLER	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsızım	Pek Doğru Değil	Hiç Doğru Değil
60. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
61. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.					
62. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.					
63. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.					
64. Ebeveynlerinden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmal için bir risktir.					
65. Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
66. Anne baba arasındaki şiddet, çocukları istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
67. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.					

EK-4: Etik Kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.12.2022-E.209947



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :E-11811414-050.03-209947
Konu :Etik Kurul Karar Formu

23.12.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Kurulumuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazımız ekinde gönderilmiştir.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tunay KARLIDERE
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurul Karar Formu (1 Adet)

Dağıtım:
Doç. Dr. Sevede AKSU
Ecem SAK

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS9KFU4Z7E Pin Kodu :43472

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/balikesir-universitesi-cbys>

Adres:Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü Çağış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR

Telefon:2666121400 Faks:2666121412

Web:<http://www.balikesir.edu.tr>

Keş Adresi:balikesiruniversitesi@hu01.kep.tr

Belgi için: Volkan Koç
Uyanıç Memur

Tel No: 2666121400-101517





T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Bir Kamu Çocuk Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirli ve Risklerini Tanıfama Düzeyleri
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balıkesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balıkesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etikkurulu@balikesir.edu.tr
KARAR BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sevde AKSU
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	VARSA İDARİ SORUMLU ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için) ÜNVANI, ADI-SOYADI	-
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Ecem SAK Yüksek Lisans Öğrencisi
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel Araştırma
	Karar No: 2022/108	Tarih: 06/12/2022
	Başvuru dosyası ile ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIGINA oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçlerinde ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlişkisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Tunay KARLIDERE	Başkan		X	KATILMADI
Prof. Dr.	Osman İrfan İLHAK	Başkan Yrd.		X	
Prof. Dr.	Funda GÜLCÜ BULMUŞ	Üye		X	
Doç. Dr.	Özkan İŞİK	Üye		X	
Doç. Dr.	Celalettin ÇEVİK	Sözcü		X	
Dr. Öğr. Üyesi	Emrah ÖZCAN	Üye		X	
Av.	Serhat AKBAŞ	Üye		X	

EK-5: Kurum İzni

ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ	
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE	
Araştırmamı kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda; gereğini arz ederim.	
Ad Soy: Başvuru T: İmza:	
Araştırmamın;	
Ad:	Bir Kamu Çocuk Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri
Amacı:	Bu çalışma, bir kamu çocuk hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılacaktır.
Yöntemi:	Araştırma, Bir kamu çocuk hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerini belirlemek amacıyla kesitsel tipte tanımlayıcı olarak gerçekleştirilecektir. Araştırmamın İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01.01.2023-31.04.2023 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır. Araştırma evrenini, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 534 hemşire, 44 ebe oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise, bu hastanede görev yapan tüm ebe ve hemşirelerden örnekleme seçimi yapılmadan olasılıksız rastgele örnekleme yöntemi ile çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan sağlık personelleri oluşturacaktır. Veriler, İzmir S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hemşire ve ebelerden; Tanıtıcı Bilgi Formu, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği (ÇİBRTÖ) kullanılarak yüzü yüze görüşme yöntemiyle toplanacaktır. Hemşire ve ebelere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra onamları alınacak ve araştırmacı tarafından anketler ve ölçekler uygulanacaktır. Her bir bireyin Tanıtıcı Bilgi Formu için 5 dakika, ölçekler için de 25 dakika olmak üzere, yaklaşık 30 dakikalık bir sürede ölçek bilgilerini doldurması planlanmaktadır.
EY.DKF.03 ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ	
1	



ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Uygulanacağı Yerler:	S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki tüm birimler.
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	Yok.
Başlama Tarihi ve Süresi:	01.01.2023-31.04.2023 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır.
*Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Doç. Dr. Sevde AKSU

Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu İmza 10./01/2023	Klinik / Birim İdari Sorumlusu İmza 10./01/2023	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü** İmza
Başhekim Yardımcısı (Eğitim Birim Sorumlusu)		
BAŞHEKİM İmza 10./01/2023		

DİPNOT:



ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

*Araştırma uzmanlık tezi ise Sağlık Bilimleri Üniversitesi ilgili anabilim dalı başkanlığınca onaylanan resmi yazı. Araştırmanın yüksek lisans veya doktora tezi olması durumunda ise tez'e ilişkin ilgili enstitü yönetim kurul onayının bir örneği eklenmelidir.

**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

EK-6: Ölçek İzinleri

✕ < >

Re: ÖLÇEK KULLANMA İZNI

----- Fo
Gönderen: A
Date: 17 Oc
Subject: Re:
To: ecem sak

Sevgili Ecem,
Ölçek kullanımına ilişkin ekteki formu doldurarak bana geri göndermeniz durumunda ölçek izin prosedürünü başlatmış olacağız.

İyi çalışmalar dilerim.
Prof.Dr.Aynur Uysal Toraman

ecem sak < >, 20:50 tarihinde şunu yazdı:
Sayın Aynur

Ben halk sağlığı yüksek lisans öğrencisi Ecem SAK, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Doç. Dr. Sevde AKSU hocam ile beraber yürüttüğüm yüksek lisans tez çalışmam için müsaade ederseniz Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına yönelik ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

Re: ÖLÇEK KULLANMA İZNI

AT

To: You

You replied on Thu 1/26/2023 8:09 PM

Ölçek kullanım izin yazısı (EC...
Downloaded

Ölçek Alt boyutları.docx
Downloaded

2 attachments (121 KB) Save all to OneDrive Download all

Sevgili Ecem,
Ölçek kullanım izni ve ölçek alt boyutlarına ilişkin bilgileri içeren dosyayı ekte gönderiyorum.

Kolaylıklar dilerim.

ecem sak 2023 Sal, 11:48 tarihinde şunu yazdı:
Teşekkür ederim.

From: .
Sent: F
To: ece
Subject: Fwd: ÖLÇEK KULLANMA İZNI

24.01.2023

Sayın Ecem SAK

(Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD Yüksek Lisans Öğrenci)

Planlamış olduğunuz araştırmanızda, geliştirmiş olduğum "Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına 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 göndermeniz, 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.

Prof.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı



Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

