

# Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyleri

Ayşe Burç<sup>1</sup>, Fatma Güdücü Tüfekci<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Malatya Asker Hastanesi, Malatya, Türkiye

<sup>2</sup>Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum, Türkiye

## ÖZET

**Amaç:** Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerini değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma, Temmuz 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında, Ağrı il merkezinde bulunan hastanelerin çocuk kliniklerinde ve acil servislerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler (S=61) ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, bir soru formu ve Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler, yüzdelik dağılımlar, ortalama, varyans, t testi ile analiz edilmiştir. Araştırmada, etik ilkelere uyulmuştur.

**Bulgular:** Hemşirelerin öğrenim düzeyi arttıkça çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin arttığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu, çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim ve bilgi alan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin daha yüksek olduğu, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali olgularını tanılama süreçlerinde zorluk yaşadıkları belirlenmiştir.

**Sonuç:** Hemşirelik eğitimi müfredatında, çocuk istismarı ve ihmali ile şüphelenilmesi gereken durumlar, tanılama süreçleri ve bildirim yapılacak kurumlar konusuna daha geniş yer verilmesi, çocukla ilgili birimlerde çalışan hemşireler için konu ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının yapılması önerilebilir.

**Anahtar sözcükler:** belirti ve riskler, çocuk istismarı ve ihmali, etkileyen faktörler, hemşire

## OCCURANCE OF DIAGNOSIS BY NURSES OF SYMPTOMS AND RISKS OF CHILD ABUSE AND NEGLECT

### ABSTRACT

**Aim:** To evaluate the occurrence of diagnosis by nurses of symptoms and risks of child abuse and neglect, and to identify affecting factors.

**Material and Method:** This descriptive type study was done between July 2013 and June 2014. Participants were nurses working in pediatric clinics and emergency departments at Ağrı city center, Turkey, who agreed to participate in the study (N=61). A questionnaire and diagnostic scale of symptoms and risks of child abuse and neglect were used. The data was analyzed with percentage distributions, averages, variance and t test. All ethical principals in research were adhered to.

**Results:** The data showed that the the higher the level of education of nurses, the greater their ability to diagnose symptoms of child abuse and identify children who were at risk of child abuse and neglect. The difference between the groups was significant. Specifically, nurses who had training and education about the symptoms of child abuse and neglect had higher diagnosis levels., have difficulty in diagnosis processes of the child abuse and neglect cases.

**Conclusion:** It is recommended that larger studies be done regarding proper identification of child abuse and neglect. It is also recommended that all institutions that deal in pediatric health care implement training programs for nurses on this and that nursing schools include this training in their curriculum.

**Key words:** affecting factors, child abuse and neglect, nurse, symptoms and risks

**Ç**ocuk istismarı, çocukların ana-babaları, onları bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli öğretmen, usta, koruyucu aile fertleri, vasi gibi kişiler ya da yabancı kişiler tarafından yapılan, bedensel ve/ya da psikolojik olarak sağlıklarına zarar veren, fiziksel, duygusal, cinsel ya da zihinsel gelişmelerini engelleyen tutum ve davranışlardır. Ancak, yapılan bu davranışın, mutlaka çocuk tarafından algılanması ya da erişkin tarafından bilinçli olarak yapılması gerekli değildir (1).

Dünya Sağlık Örgütü çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen, bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek uygulanan tüm davranışları çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ) olarak kabul etmektedir (2,3).

Yasalarımıza göre 18 yaşın altındaki herkes çocuk kabul edilmektedir (4). Çİİ'ye maruz kalan çocuklar erken veya uzun dönem duygusal, davranışsal, bilişsel ve somatik bir takım sorunlar yaşayabilmektedirler (5,6). İstismar ve ihmal edilen çocuklarda depresyon belirtileri, davranış bozukluğu, öğrenme güçlükleri, sıklıkla alkol ve bağımlılık yapan maddeleri kullanma gelecekte başkalarına ve kendine şiddet (intihar) uygulama, konuşmada gecikme, okulda başarısızlık, düşük öz saygı ve benlik kavramlarının zayıf olması ve gelecek konusunda beklentilerinin düşük olması gibi olumsuzluklar görülebilmektedir (5,7-10).

Günümüzde, yeterli kayıt bulunmamasına rağmen çocuğa yönelik şiddet olaylarına pek çok ülkede sıklıkla rastlanmaktadır. Çocuğun yaşının küçük olması risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. 0-6 yaş arasındaki Çİİ'ye uğrama oranı, daha büyük çocuklarla karşılaştırıldığında hemen hemen iki kat daha fazladır (11).

ABD'de 1993'te yapılan bir çalışmaya göre çocukların yaklaşık %1'i istismar, %1.5'i ihmale uğramakta ve istatistiklere yansımaya çok daha fazla olgunun bulunduğu düşünülmektedir (12,13). Kolorado ve Kuzey Karolina'da yapılan çalışmalarda çocuk istismarı ve ihmalden kaynaklandığı düşünülen %50-%60 oranındaki ölümlerin kayıt altında olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmalarda, vurgulanan önemli bir durum da; istismarın en çok ölüme sebep olan kötü muamele şekli olmasına rağmen, en fazla kayıt altına alınmayan ölüm sebebi olmasıdır (14,15). İngiltere'de haftada dört çocuk istismar ve ihmali nedeniyle yaşamını kaybetmekte, dört yaşın altındaki her 1000 çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır (16).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de Çİİ ciddi boyuttaki yaralanmalara, sakatlıklara, hatta ölümlere neden olabilen

tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir sorundur (4). Vakaların yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasındaki güçlükler, inkar edilmesi ve gizli kalması sorunun önemini daha da artırmaktadır (17). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, çocukların/ergenlerin %22.8'inin fiziksel istismara uğradığı, bu istismarın %17.2'sinin de ana-babalar tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir (18). Lise öğrencileri ile yapılan bir başka araştırmada ise ergenlerin %16.5'inin ihmale, %15.8'inin duygusal istismara, %13.5'inin fiziksel istismara ve %10.7'sinin cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (19). Aral'ın (20) çalışmasında, çocukların %65.7'sinin anne veya babası tarafından fiziksel olarak istismar edildikleri belirlenmiştir.

Toplumda, çocuğa kötü davranma, ihmal etme bazı bireylerce kötü, iğrenç bir davranış olarak değerlendirildiği için çoğu kez inkar edilebilir veya görmezlikten gelinebilir. Sağlık profesyonelleri ise buldukları özel konum ve mesleki eğitimleri nedeniyle başkalarının ilgilenmediği, bu durumdan kaçınarak, bu soruna eğilmeye ve toplumda istismar ve ihmal olaylarını önlemeye çalışmalıdır (7). Sorunun çözülmesi aşamasında çocuk hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Çocuk hemşirelerinin bu olguları tespit edebilmeleri için Çİİ'nin belirti ve risklerini bilmeleri ve tanılamaları önemlidir.

## Araştırmanın amacı

Araştırma, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama (ÇİİBRT) düzeylerini değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## Gereç ve yöntem

### Araştırmanın şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Araştırma, Ağrı il merkezinde bulunan Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Ağrı Özel Yaşam Hastanesi ve Ağrı Asker Hastanesi'nin çocuk kliniklerinde ve acil kliniklerinde (çocuk acil kliniği olmadığı için erişkin acil bakıyor) çalışan, hemşirelerin mesai saatleri dışında, Haziran 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, belirtilen hastanelerin çocuk kliniklerinde ve çocuk acil kliniklerinde (Çİİ'nin en yoğun tanımlandığı klinikler) çalışan, hastanelerin idari amirleri ile görüşülerek, sayıca belirlenen 74 hemşire oluşturmuştur. Örnekleme yöntemine gidilmeden, araştırmaya katılmayı kabul eden 61 hemşire ile çalışılmıştır.

### Araştırmanın değişkenleri

**Bağımlı değişken:** ÇİİBRT düzeyidir.

**Bağımsız değişkenler:** Çocuk hemşirelerinin özellikleridir.

### Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında, hemşirelerin özelliklerini belirleyen bir soru formu ve Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanma Ölçeği (ÇİİBRTÖ) kullanılmıştır.

**Soru Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu (21, 22, 23), çocuk hemşirelerinin özelliklerini (cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, yaş, öğrenim durumu, çalışılan bölüm, bulunulan hemşirelik deneyimi, çocuk hemşireliği deneyimi, ve Çİİ ile ilgili bilgi ve tutumlarını (öğrenim sırasında Çİİ konusunda bilgi alma durumu, Çİİ vakası şüphesi ile karşılaşma durumu, Çİİ vakası ile karşılaşma durumu, kaç olguya tanı konulduğu, tanı koyma sırasında zorlanılan ya da yetersiz kalınan aşamalar, çalışılan kurumda Çİİ'ye yönelik talimat veya prosedür olma durumu, Çİİ olgularında bildirim yapılmamasının olası nedenleri, istismardan şüphelenilen olgularda çocuğun korunmasına yönelik ne yapılması gerektiği, Çİİ olgularının nereye bildirileceği) içeren 17 sorudan oluşmuştur.

**ÇİİBRTÖ:** Ölçek, Uysal (24) tarafından hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılanmasına yönelik geliştirilmiştir. Ölçek 67 maddeden oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri "çok doğru", "oldukça doğru", "kararsızım", "pek doğru değil", "hiç doğru değil" şeklinde verilmiş olup, 1-5 arasında değerlendirme puanı içermektedir. Puan ortalamasının 5'e doğru yaklaşması soruları "doğru" yanıtladıklarını, 1'e doğru yaklaşması soruları "yanlış" yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçeğin Alpha değeri .92'dir. Bu çalışmada, geçerlik güvenirlik değeri .80 bulunmuştur.

### Verilerin toplanması

Veriler, Temmuz- Eylül 2013 tarihleri arasında belirlenen hastanelerin çocuk kliniklerinde ve acil servislerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin mesai saatleri dışında, hemşirelerden randevu alındıktan sonra uygun gördükleri yer ve zamanda yüz yüze görüşerek elde edilmiştir. Görüşmeler 30 dk sürmüştür.

### Verilerin değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri belirlenmesinde; yüzdelik dağılım ve ortalama, ÇİİBRT düzeylerinin belirlenmesinde; ortalama, tanıtıcı özelliklerinin ÇİİBRT düzeyine etkisinin belirlenmesinde; t testi ve varyans analizi kullanılmıştır.

### Araştırmanın etik yönü

Araştırma için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için hemşirelerin gönüllü katılımlarına önem verilmiştir. Ayrıca, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı hemşirelere açıklandıktan sonra onaylar (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü olarak alınmıştır. Hemşirelere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve "gizlilik ilkesine" uyulmuştur.

### Bulgular

Hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin değerlendirildiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği çalışmada, hemşirelerin %77'si kadın, %57.4'ü 26 yaş ve üzeri yaş grubunda, %47.5'i lisans ve üstü mezunu, %50.8'i evli, %45.9'u çocuk sahibi, %54.1'inin 2-10 yıllık hemşirelik deneyimi olduğu, %52.5'inin acil serviste çalıştığı ve %62.3'ünün çalıştığı bölümde 1-5 yıllık deneyimi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hemşirelerin özelliklerine göre ÇİİBRT düzeyleri (S=61)

Özellikler	S	%	ÇİİBRT Düzeyi	Test ve p
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	14	23.0	237.57±18.49	MWU=275.000 p=.354
Kadın	47	77.0	240.21±27.46	
<b>Yaş</b>				
19-25	26	42.6	237.23±24.72	MWU=410.00 p=.511
26 ve üzeri	35	57.4	241.37±26.39	
<b>Öğrenim durumu</b>				
SML	18	29.5	224.83±24.85	KW=9.552 p=.008
Ön lisans	14	23.0	238.57±24.71	
Lisans ve üstü	29	47.5	249.27±22.46	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	31	50.8	243.67±25.45	t=1.270 p=.209
Bekar	30	49.2	235.40±25.41	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>				
Evet	28	45.9	242.92±25.67	MWU=391.000 p=.304
Hayır	33	54.1	236.78±25.52	
<b>Hemşirelik deneyimi</b>				
1 yıl ve altı	20	32.8	234.50±22.33	KW=1.447 p=.485
2-10 yıl	33	54.1	238.39±26.30	
11 yıl ve üzeri	8	13.1	257.37±25.39	
<b>Çalışılan bölüm</b>				
Çocuk Acil Servis	14	23	229.35±26.94	KW=2.010 p=.366
Acil Servis	32	52.5	242.21±27.33	
Çocuk Kliniği	15	24.6	243.60±18.32	
<b>Çalışılan bölümde deneyimi</b>				
1 yıl altı	23	37.7	236.21±23.40	MWU=375.50 p=.360
1-5 yıl	38	62.3	241.65±26.89	

Hemşirelerin %52.5'inin Çİİ konusunda eğitim ve bilgi aldıkları, %44.3'ünün Çİİ şüphesi ile karşılaştığı, %37.7'sinin Çİİ olgusu ile karşılaştığı ve %27.9'unun 1-5 Çİİ olgusunu tanıladığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Kadın, 28-37 yaş grubunda, lisans ve üstü eğitim alan, evli ve çocuk sahibi, 11 yıl ve üzeri hemşirelik deneyimi olan, çocuk kliniklerinde çalışan ve çalıştığı bölümde 1-5 yıl deneyimi olan hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, öğrenim düzeyi arttıkça ÇİİBRT düzeylerinin arttığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p<.01$ , Tablo 1).

Hemşirelik eğitimi sırasında Çİİ konusunda eğitim ve bilgi alan, çalışma hayatında Çİİ şüphesi ile karşılaşan ve 6-10 Çİİ olgusunu tanılayan hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin daha yüksek olduğu, fakat gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ( $p>.05$ , Tablo 2).

**Tablo 2.** Hemşirelerinin Çİİ ile ilgili özelliklerine göre ÇİİBRT düzeyleri (S=61)

Özellikler	S	%	ÇİİBRT Düzeyi	Test ve p
<b>Öğrenim sırasında Çİİ konusunda eğitim ve bilgi alma</b>				
Evet	32	52.5	244.75±20.37	MWU=354.50 p=.114
Hayır	29	47.5	233.93±29.62	
<b>Çİİ şüphesi ile karşılaşma durumu</b>				
Evet	27	44.3	240.88±18.60	MWU=454.00 p=.942
Hayır	34	55.7	238.58±30.22	
<b>Çİİ olgusu ile karşılaşma durumu</b>				
Evet	23	37.7	239.21±19.74	MWU=418.00 p=.777
Hayır	38	62.3	239.84±28.77	
<b>Tanılanan olgu sayısı</b>				
Yok	39	63.9	239.30±28.89	KW=.745 p=.388
1-5 Olgu	17	27.9	238.23±20.35	
6-10 Olgu	5	8.2	246.60±12.09	

Hemşirelerin Çİİ olgularını tanımlarken sırasıyla en çok öykü alma (%16.4), ilgili kurumlara rapor etme (%11.5), yasal süreç (%9.8), fizik muayene (%8.2), ruhsal muayene (%6.6) ve kayıt aşamalarında zorluk yaşadıkları (%3.3), konsültasyon istemede zorluk yaşamadıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Hemşirelerin çalıştıkları kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/prosedür bulunması konusunda hemşirelerin %19.6'sı evet, %18.2'si hayır ve %62.2'si bilmiyorum yanıtını vermişlerdir (Tablo 4).

**Tablo 3.** Hemşirelerin Çİİ olgularının tanınması aşamasında zorluk yaşama durumları (S=61)

Aşamalar	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
Öykü alma	10	16.4	51	83.6
Fizik muayene	5	8.2	56	91.8
Ruhsal muayene	4	6.6	57	93.4
Konsültasyon isteme	-	-	61	100.0
Kayıt	2	3.3	59	96.7
İlgili kurumlara rapor etme	7	11.5	54	88.5
Yasal süreç	6	9.8	55	90.2

**Tablo 4.** Hemşirelerinin çalıştıkları kurumda çocuk istismarı/ihmaline yönelik talimat/prosedür olup olmadığını bilme durumlarının dağılımı (S=61)

	S	%
Evet	12	19.6
Hayır	11	18.2
Bilmiyorum	38	62.2

Hemşirelerin Çİİ olguları ile karşılaştığında bildirim yapılmama nedenlerine yönelik görüşleri sırasıyla yasal süreçte karşılaşılan zorluklar (%60.7), çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan korkma (%36.1), sosyal ervislerin konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi (%29.5), konuya ait yeterli kayıt olmaması (%27.9), bildirim nasıl yapacağını bilmeme (%26.2), sorunu kişisel yollarla daha iyi çözebilme düşüncesi (%18), şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi (%14.8) ve her ailede benzer durumlar olabileceği düşüncesi (%11.5) olarak saptanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 5.** Hemşirelerin Çİİ olguları ile karşılaştığında bildirim yapılmama nedenleri ile ilgili görüşleri (S=61)

Nedenler	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
Sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi	18	29.5	43	70.5
Sorunu kişisel yollarla daha iyi çözebilme düşüncesi	11	18.0	50	82.0
Yasal süreçte karşılaşılan zorluklar	37	60.7	24	39.3
Çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan korkma	22	36.1	39	63.9
Konuya ait yeterli kayıt olmaması	17	27.9	44	72.1
Her ailede benzer durumlar olabileceği düşüncesi	7	11.5	54	88.5
Şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi	9	14.8	52	85.2
Bildirimi nasıl yapacağını bilmeme	16	26.2	45	73.8

Hemşirelerin Çİİ olguları ile karşılaştığında çocuğun korunmasına yönelik yapılması gerekenler ile ilgili görüşleri sırasıyla savcılığa bildirilmesi (%73.8), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bildirilmesi (%63.9), Hastaneye yatışı yapıp korunması (%59), Adli tıp konsültasyonu istenmesi (%44.3), çocuğun bir yakınına teslim edilmesi (%9.8) şeklinde tespit edilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6.** Hemşirelerin Çİİ olguları ile karşılaştığında çocuğun korunmasına yönelik yapılması gerekenler ile ilgili görüşleri (S=61)

Görüşler	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
Hastaneye yatışı yapıp korunması sağlanır	36	59	25	41.0
Adli tıp konsültasyonu istenir	27	44.3	34	55.7
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bildirilir	39	63.9	22	36.1
Çocuk bir yakınına teslim edilir	6	9.8	55	90.2
Savcılığa bildirilir	45	73.8	16	26.2

Hemşirelerin Çİİ olgularının nereye bildirileceği konusundaki görüşleri, sırasıyla, emniyet çocuk şube birimi (%54.1), hastane polisi (%49.2), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (%39.3) ve savcılık (%36.1) olarak belirlenmiştir (Tablo 7).

**Tablo 7.** Hemşirelerin Çİİ olgularının nereye bildirileceği konusundaki görüşleri (S=61)

Görüşler	Evet		Hayır	
	S	%	S	%
Savcılık	22	36.1	39	63.9
Emniyet çocuk şube birimi	33	54.1	28	45.9
Hastane polisi	30	49.2	31	50.8
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	24	39.3	37	60.7

## Tartışma

Hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin değerlendirildiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği çalışmada, elde edilen bulgular ilgili literatürle tartışılmıştır.

Araştırmada, hemşirelerin ÇİİBRT düzeyi ortalama puanı  $239.6 \pm 25.56$  ve maksimum puan 304 olarak bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin ÇİİBRT düzeylerinin saptanması konusundaki benzer bir çalışmada, hemşire ve ebelerin ÇİİBRT puan ortalaması  $167.0 \pm 16.51$  ve maksimum puanı 335 olarak bulunmuştur (25). Araştırmadaki ÇİİBRT puan ortalamasının daha yüksek olması, hemşirelerin yarıya yakınının lisans ve üzeri mezunu olmalarından ve Çİİ vakaları ile karşılaşmalarından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada, hemşirelerin %52.5'inin Çİİ konusunda eğitim ve bilgi aldıkları, %44.3'ünün Çİİ şüphesi ile karşılaştığı, %37.7'sinin Çİİ olgusu ile karşılaştığı ve %27.9'unun 1-5 Çİİ olgusunu tanıladığı tespit edilmiştir. Hekim ve hemşirelerin Çİİ'ne yönelik farkındalık düzeyleri konulu çalışmada, öğrenimleri sırasında Çİİ konusunda bilgi alma oranı hekimlerde %48.6 ve hemşirelerde ise %27.9 olarak bulunmuş, hekimlerin %52.8'si ve hemşirelerin %30.1'i Çİİ olgusu ile karşılaştığını ifade etmiştir (23). Samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin Çİİ konusunda bilgi ve tutumları konulu çalışmada, pratisyen hekimlerin %14.3'ü, son bir yıl içerisinde Çİİ olgusu ile karşılaştığını ifade etmiştir (26). Bu sonuçlar, araştırma bulguları ile uyumlu olarak, Çİİ konusunda bilgi alındığını, bu farkındalıkla olguların tanılandığını göstermektedir.

Araştırmada, kadın, 28-37 yaş grubunda, lisans ve üstü eğitim alan, evli ve çocuk sahibi, 11 yıl ve üzeri hemşirelik deneyimi olan, çocuk kliniklerinde çalışan ve çalıştığı bölümde 1-5 yıl deneyimi olan hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, öğrenim düzeyi arttıkça ÇİİBRT düzeylerinin arttığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, hekim ve hemşirelerle gerçekleştirilen çalışmada, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma deneyimi ve çocukla ilgili birimlerde çalışma durumuna göre ÇİİBRT düzeyleri arasında önemli bir fark belirlenmemiştir (23). Aynı şekilde, benzer bir çalışmada, hemşire ve ebelerin mezun oldukları okul, çalışma yılları, medeni durumları ve çocuk sahibi olup olmamalarının ÇİİBRT düzeylerini etkilememiştir (25). Diğer bir çalışmada hekimlerin ÇİİBRT düzeyleri kadın hekimlerde, evlilerde, yaş arttıkça, çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (27). Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada, ÇİİBRT düzeylerinin cinsiyet ve çalışma süresinden önemli düzeyde etkilendiği saptanmıştır (28). Tayvan'daki hemşirelerin Çİİ bildirimleri, profesyonel bilgi, algı, tutum ve öz-yeterlilikleri konulu çalışmada, üniversite mezunu, çalışma yılı daha fazla ve çocuk sahibi olan hemşirelerin Çİİ konusundaki algı, tutum ve bilgi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (29). Bu sonuçlar, araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmada, hemşirelik eğitimi sırasında Çİİ konusunda eğitim ve bilgi alan, çalışma hayatında Çİİ şüphesi ile karşılaşan ve 6-10 Çİİ olgusunu tanılayan hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin daha yüksek olduğu, fakat gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Kocaer (23) hekim ve hemşirelerin, Çatık ve ark. (25) hemşire ve ebelerin öğrenimleri sırasında ve mezuniyet sonrası bilgi alma, Çİİ şüphesi ve olgusu ile karşılaşma durumlarının

ÇİİBRT düzeylerini etkilemediğini belirlemişlerdir. Kara ve ark. hekimlerin Çİİ konusundaki puan ortalamalarının mezuniyet öncesi ve sonrası Çİİ konusunda eğitim alanlarda, daha önce olguyla karşılaşan ve olgu bildirim yapanlarda önemli düzeyde daha yüksek bulunmuştur (27). Elarousy ve arkadaşlarının Çİİ konusunda hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve tutumları ile ilgili araştırmasında Çİİ kursu alan öğrencilerin bilgi ve tutumlarının önemli düzeyde daha iyi olduğu belirlenmiştir (30).

Araştırmada, hemşirelerin Çİİ olgularını tanımlarken sırasıyla en çok öykü alma, ilgili kurumlara rapor etme, yasal süreç, fizik muayene, ruhsal muayene ve kayıt aşamalarında zorluk yaşadıkları, konsültasyon istemede zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Kocaer'in çalışmasında, hekimler ve hemşireler sırasıyla ilgili kurumlara rapor etme, yasal süreç, öykü alma ve kayıt aşamalarında zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir (23). Kara ve arkadaşlarının çalışmasında da çocuk uzman ve asistan hekimlerinin, pratisyen hekimlerin çoğunluğunun Çİİ konusunda kurumlarla iletişimde, yasal süreçte ve öykü almada zorlandıklarını belirtmişlerdir (27). Bu sonuçlar, araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada, hemşirelerin %19,6'sı çalıştıkları kurumda Çİİ'ne yönelik talimat/prosedür bulunduğunu, %18,2'si bulunmadığını ve %62,2'si bilmediğini ifade etmiştir. Kocaer araştırmasında, hekimlerin %8,4'ü çalıştıkları kurumda Çİİ'ne yönelik talimat/prosedür bulunduğunu, %58,9'u bulunmadığını ve %32,7'si bilmediğini, hemşirelerin ise %7,4'ü bulunduğunu, %65,2'si bulunmadığını ve %27,4'ü bilmediğini belirtmiştir (23).

Araştırmada, hemşirelerin Çİİ olguları ile karşılaştığında bildirim yapılmama nedenlerine yönelik görüşleri sırasıyla yasal süreçte karşılaşılacak zorluklar, çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokmaktan korkma, sosyal erviceslerin konuyla ilgilenmeyeceği düşüncesi, konuya ait yeterli kayıt olmaması, bildirim nasıl yapacağını bilmeme, sorunu kişisel yollarla daha iyi çözebilme düşüncesi, şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi ve her ailede benzer durumlar olabileceği düşüncesi olarak saptanmıştır. Kocaer'in araştırmasında, böyle bir durum ile karşılaştığında bildirimde bulunmama nedeni hekimlerde ve hemşirelerde, sırayla, yasal sürece ait bilginin olmaması, olguda çocuğu şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokuyor olmaktan korkma ve şüpheler doğru çıkarsa çocuğun ailesinden ayrılacağı düşüncesi olarak belirlenmiştir (23). Bu sonuçlar araştırma bulgularını desteklemektedir. Farklı

olarak, Canbaz ve arkadaşları pratisyen hekimlerin sırasıyla, istismar olguları ile sık karşılaşılmaması, konu ile ilgili eğitimlerinin eksik olması, aile içi sorunlara karışmak istememeleri ve ana-babanın çocuğuna zarar verebileceğini düşünmemeleri nedeniyle bildirim yapılmadığını ifade etmişlerdir (26). Kara ve arkadaşının araştırmasında hekimlerin bildirim yapmama nedenleri Çİİ hakkında yeterli bilginin olmaması ve nereye bildirim yapılacağını bilmemesi olarak belirlenmiştir (27). Gölge ve ark. 'nın araştırmasında hekimler ve hemşire-ebelerin tamama yakını Çİİ olgusu ile karşılaştıklarında adli bildirimde bulunacaklarını ifade etmiştir. Bildirimde bulunmayacaklarını belirten çok az bir grup ise bildirimde bulunmama gerekçesi olarak, yasal sürece ilişkin bilgileri olmadıklarını, başına olumsuz bir şey geleceği endişesi yaşadıklarını, adli makamların ve sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceklerini düşündüklerini, çocuğu şimdi bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma sokacaklarından korktuklarını veya uğraşmak istemediklerini göstermiştir (28). Lee 'nin araştırmasına göre hemşirelerin yarıya yakını nasıl bildirim yapacaklarını bilmedikleri ve bir kısmı tehditlerden korktukları için bildirim yapmadıklarını belirtmiştir (29).

Araştırmada hemşirelerin Çİİ olguları ile karşılaştığında çocuğun korunmasına yönelik yapılması gerekenler ile ilgili görüşleri sırasıyla savcılığa bildirilmesi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bildirilmesi, hastaneye yatışı yapıp korunması, adli tıp konsültasyonu istenmesi, çocuğun bir yakınına teslim edilmesi şeklinde tespit edilmiştir. Canbaz ve ark. 'nın araştırmasında, korunma gereksinimi olan çocuklar için başvuru yaptıkları kurumlar sorulduğunda sırasıyla, yaşı fark etmeksizin, hepsi için cumhuriyet başsavcılığına, 15 yaşını bitirmeyen çocuklar için çocuk mahkemelerine, yaşı fark etmeksizin hepsi için çocuk mahkemelerine ve 15 yaşını bitiren çocuklar için asliye hukuk mahkemesine başvurduklarını ifade etmişlerdir (26). Kara ve ark. 'nın araştırmasında, Çİİ olgusu veya şüphesi ile karşılaşılır ise hekimlerin yarıdan fazlası adli bildiri tutacağını ve yarıya yakını polise haber vereceğini belirtmiştir (27).

Araştırmada, Hemşirelerin Çİİ olgularının nereye bildirileceği konusundaki görüşleri, sırasıyla, emniyet çocuk şube birimi, hastane polisi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve savcılık olarak belirlenmiştir. Canbaz ve ark. 'nın araştırmasında, tüm incelemeler sonucunda, bir çocuğun istismara maruz kaldığını düşündüklerinde neler yaptıkları sorulduğunda, sırasıyla adli rapor düzenlediğini, Cumhuriyet Savcılığına yazılı olarak bilgilendirme yaptığını, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na rapor yazdığını ve polise haber verdiğini ifade etmiştir (26). Gölge ve

arkadaşları hekimlerin ve hemşire-ebelerin yarıya yakınının meslek yaşamları süresince Çİİ olgusuyla karşılaştıklarını, çoğunluğunun böyle bir olguyla karşılaştıklarında nasıl bir prosedür izlemeleri gerektiğini bilmediklerini belirlemişlerdir (28).

## Sonuç ve öneriler

Hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin değerlendirildiği ve etkileyen faktörlerin belirlendiği araştırmada:

- Hemşirelerin %52.5'inin Çİİ konusunda eğitim ve bilgi aldıkları, %44.3'ünün Çİİ şüphesi ile karşılaştığı, %37.7'sinin Çİİ olgusu ile karşılaştığı ve %27.9'unun 1-5 Çİİ olgusunu tanıladığı,
- Hemşirelerin öğrenim düzeyi arttıkça ÇİİBRT düzeylerinin arttığı ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu,
- Hemşirelik eğitimi sırasında Çİİ konusunda eğitim ve bilgi alan, çalışma hayatında Çİİ şüphesi ile karşılaşan

ve 6-10 Çİİ olgusunu tanılayan hemşirelerin ÇİİBRT düzeylerinin daha yüksek olduğu,

- Hemşirelerin Çİİ olgularını tanımlarken sırasıyla en çok öykü alma, ilgili kurumlara rapor etme, yasal süreç, fizik muayene, ruhsal muayene ve kayıt aşamalarında zorluk yaşadıkları,
- Hemşirelerin Çİİ olguları ile karşılaştığında çoğunlukla yasal süreçte karşılaşılabilecek zorlukları nedeniyle bildirim yapılmadığını ve çocuğun korunmasına yönelik yapılması gerekenin çoğunlukla savcılığa bildirilmesi gerektiğini düşündükleri tespit edilmiştir.

## Bu sonuçlar doğrultusunda

- Hemşirelik eğitimi müfredatında, Çİİ ve şüphelenilmesi gereken durumlar, tanılama süreçleri ve bildirim yapılacak kurumlar konusuna daha geniş yer verilmesi,
- Çocukla ilgili birimlerde çalışan hemşireler için Çİİ konusunda hizmet içi eğitim programlarının yapılması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul, Der Yayınları, 2002:85-97.
2. Kuşuoğlu S. Çocuk İstismarı ve İhmali. İçinde: Şelimen D (editör). Acil Bakım 3. Baskı. İstanbul, Yüce Yayın, İstanbul, 2004:577-99.
3. Oral R, Yavuz Ş, Can D. Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde çocuk istismarı sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1997;22:137-44.
4. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15:153-57.
5. Christoffersen MN, DePanfilis D. Prevention of child abuse and neglect and improvements in child development. Child Abuse Review 2009;18:24-40.
6. ICN, International Nurses Day. Nurses Always There for You: United Against Violence. Anti-Violence Tool Kit 2001.
7. Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu. Hemşirelik Bülteni 1994;8:45-52.
8. Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hekimin rolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001;10:246-49.
9. Cowen PS. Child neglect; injuries of omission. Pediatric Nursing 1999;25:401-18.
10. Wilson, DR. Health consequences of childhood sexual abuse. Perspectives in Psychiatric Care 2010;46:56-64.
11. Dünya Sağlık Örgütü Durum Raporu 2003.
12. Tercier A. Child Abuse. Emergency Medicine St Louis, 1998;4:1108-118
13. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. Pediatrics 2002;23:191-96.
14. Crume T, DiGuseppi C, Byers T, Sirotnak A, Garret C. Underascertainment of Child Maltreatment Fatalities by Death Certificates 1990-1998:110-2002.
15. Herman M. Bronderascetainment of child abuse mortality in United States. Journal of the American Medical Association 1999;282:463-67.
16. Vandeven AM, Newberger EH. Child Abuse. Annual Review Public Health 1994;15:362-79.
17. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali : bir gözden geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4:52-9.
18. Bülbül SH, Ünlü E, Kırılı E, Altuğ Ü. Kırıkkale ilinde adölesanların aile içinde şiddete maruz kalma durumu. Poster Sunumu: 2. Uluslararası Katılımlı Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Sempozyumu, Ankara 2008:08-10.
19. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora, M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001;2: 69-78.
20. Aral N. Fiziksel İstismar ve Çocuk. Ankara, Tek Işık Veb Ofset Tesisleri 1997:48-9.
21. Özcebe H. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi Ankara, 27-30 Eylül 2009.
22. Arkan D, Yaman S, Çelebioğlu A. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda hemşirelerin bilgileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3-31.
23. Kocaer Ü. Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2006.
24. Uysal A. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1998.
25. Çatık AE, Çam O. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006;22:103-19.

26. Canbaz S, Turla A, Aker S, Pekşen Y. Samsun merkez sağlık ocaklarında görev yapan pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005,14:241.
27. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi* 2014,49:57-65.
28. Gölge ZB, Hamzaoğlu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2012,26: 86-95.
29. Lee PY. Child Abuse and Neglect Reporting among Nurses in Taiwan: professional knowledge, perceptions, attitudes, and self-efficacy. School of Nursing, Faculty of Health, and Institute of Health and Biomedical Innovation. Degree of Doctor of Philosophy, Australia: Queensland University of Technology, 2008.
30. Elarousy W, Helal H, Villiers L. Child abuse and neglect : student nurses'knowledge and attitudes. *Journal Of American Science* 2012,8:665-67.