



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI  
VE ADLİ OLGULARA YAKLAŞIMLARININ İNCELENMESİ**

**Hazırlayan**

Burcu ALTIN

Acil Tıp Ana Bilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi

**Danışman**

Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT – 2021

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde ve çalışmamın her aşamasında bana kıymetli zamanını ayırıp, ilgi ve sabırla yol gösteren, mesleki bilgi ve deneyimiyle desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Nurşah BAŞOL' a, tez savunmasına katılımı ve değerli önerileri için Prof. Dr. Latif DURAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle gelişimime katkısı olan değerli hocalarım Doç. Dr. Mehmet ESEN, Doç. Dr. Serhat KARAMAN, Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL ve Dr. Öğr. Üyesi Şahizer ERAYDIN'a,

“O olmasaydı asla yapamazdım” dediğim, desteği, fedakârlığı, koşulsuz sunduğu sevgisi ile beni daima güçlü tutan, hayatımın her aşamasını kolaylaştıran kıymetli eşim Kürşad ALTIN'a,

Beni bugünlere getiren, her zaman arkamda durup bana güven veren, üzerimdeki haklarını asla ödeyemeyeceğim, bu hayattaki en büyük şansım olan annem Sevda ÖZDEN ve babam Ferruh ÖZDEN'e, tek bir cümlesi ile beni ayağa kaldıran, çocuklarımdan ayırmadığım canım kardeşim Burak ÖZDEN'e,

Varlıkları ile güç veren, doğdukları günden itibaren bana en güzel duyguları yaşatan, hayatımdaki yerlerinin tarifini yapamayacağım güzel kızım Serra ve biricik oğlum Ahmet Alp'e teşekkür eder şükran ve minnetlerimi sunarım.

Burcu ALTIN

Haziran 2021

## ÖZET

### ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE ADLİ OLGULARA YAKLAŞIMLARININ İNCELENMESİ

**Giriş ve Amaç:** Acil servis; hem adli olguların hem de çocuk istismar ve ihmali olmuş olguların sıkça görüldüğü bir birimdir. Bu olguların tanınması, bildirimi ve genel yaklaşımı çok önemlidir. Acil servis hemşirelerinin bu konuda yeterliliklerini, tutumlarını incelemek olası sorunların tespiti ve çözüme yönelik adımlar atılması için önemli olacaktır. Bu çalışmada; Acil serviste çalışan hemşirelerin, çocuk istismarı ve ihmali vakaları ile karşılaştıklarında belirti ve riskleri tanılama düzeylerini, şüphelendikleri veya bildikleri vakaları raporlayabilme yeterliliklerini ve adli olgulara karşı bilgi düzeyi ve yaklaşımlarını belirlemek amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın örneklemi Tokat Kamu Hastaneleri Başkanlığına bağlı ikinci basamak sağlık tesislerinde ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Acil Servislerinde görev yapan 150 acil servis hemşiresi oluşturdu. Veriler, acil servis hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerini ve adli olgulara yaklaşımlarını içeren Adli Olgulara Yaklaşım Tanılama Formu, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama  $\pm$  standart sapma, yüzdelik dağılımlar, t-testi ve Anova testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen iki kategorili değişkenlerin puan hesaplamaları için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenlerin puan hesaplamaları için Kruskal Wallis H testi kullanıldı.  $p<0,05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması  $29,87\pm7,95$  olan 150 acil servis hemşiresi katıldı. Katılımcıların büyük çoğunluğunun adli hemşirelik eğitimi ve adli hemşireliğe

yönelik hizmet içi eğitim almadıkları belirlendi. Acil servis hemşirelerinin adli olgu ile karşılaştığında en çok zorlandıkları aşamalar öykü alma (%39,53), prosedür hakkında bilgi eksikliği (%27,13), yasal süreç (%13,95), ilgili kurumlara bildirim yapma (%6,98), fiziksel muayene (%6,98) ve kayıt (%4,65) olduğu saptandı. Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarının belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin orta seviyelerde olduğu ve alt boyutlarından en yüksek çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri tanılama ( $41,84 \pm 8,47$ ), en düşük puanı ihmale yatkın çocuk özellikleri alt boyutundan ( $14,13 \pm 2,92$ ) elde ettikleri bulundu. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeğinin şüpheli ( $130,74 \pm 27,77$ ) ve bilinen ( $132,27 \pm 28,95$ ) vakalar için etkinlik beklentileri ile sonuç beklentilerini ( $94,75 \pm 22,42$ ) belirleme düzeylerinin yeterli olduğu saptandı.

**Sonuç:** Hemşirelere mezuniyet öncesinde çocuk istismarı ve ihmali ile adli olgulara yaklaşım konusunda müfredat programları oluşturulmalıdır. Çalıştıkları kurumda belirli aralıklar ile hizmet içi eğitim programları planlanarak bilgiler güncel tutulmalıdır.

**Kelimeler:** Acil Servis, Adli Hemşirelik, Adli Olgu, Çocuk İhmal, Çocuk İstismarı

## ABSTRACT

**Introduction:** Emergency service is a unit where both forensic cases and cases of child abuse and neglect are frequently seen. Recognition, reporting and general approach of these cases are very important. It will be important to examine the competencies and attitudes of the emergency service nurses in this regard, to identify possible problems and to take steps towards solution. The present study aimed to determine the level of diagnosis of symptoms and risks of nurses working in the emergency department when faced with cases of child abuse and neglect, their ability to report cases they suspect or know, and their knowledge level and approach to forensic cases.

**Material and Method:** The sample of this cross-sectional and descriptive study consisted of 150 emergency nurses working in the secondary health facilities of the Tokat Public Hospitals Presidency and the Emergency Services of Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital. Data were collected using the Forensic Approach Diagnostic Form, which includes the socio-demographic characteristics of emergency room nurses and their approach to forensic cases, the Scale for Diagnosing the Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect, and the Nurses' Self-Efficacy Scale for Reporting Child Abuse and Neglect. Mean  $\pm$  standard deviation, percentile distributions, t-test and Anova test were used to evaluate the data. The Mann-Whitney U test was used for score calculations for variables with two categories that did not show normal distribution, and the Kruskal Wallis H test for score calculations for variables with more than two categories.  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** 150 emergency nurses with a mean age of  $29.87 \pm 7.95$  participated in the study. It was determined that the majority of the participants did not receive forensic

nursing education and in-service training on forensic nursing. The stages that emergency nurses have the most difficulty when faced with forensic cases are taking a history (39.53%), lack of knowledge about the procedure (27.13%), legal process (13.95%), reporting to relevant institutions (6.98%)., physical examination (6.98%) and registration (4.65%). The nurses' levels of diagnosing the symptoms and risks of child neglect and abuse were at moderate levels, the highest score was the diagnosis of physical symptoms of abuse on the child ( $41.84 \pm 8.47$ ), the lowest score was the characteristics of the child prone to neglect ( $14.13 \pm 2.92$ ) were found. Nurses' Reporting Child Abuse and Neglect Self-Efficacy Scale is sufficient to determine effectiveness expectations and outcome expectations ( $94.75 \pm 22.42$ ) for suspected ( $130.74 \pm 27.77$ ) and known ( $132.27 \pm 28.95$ ) cases is seen.

**Conclusion:** Before graduation, curriculum programs should be established for nurses on child abuse and neglect and approach to forensic cases. The information should be kept up to date by planning in-service training programs at regular intervals in the institution they work for.

**Keywords:** Child Abuse, Child Neglect, Emergency, Forensic Case, Forensic Nursing

## İÇİNDEKİLER

|                                                                       | Sayfa      |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ETİK SÖZLEŞME.....</b>                                             | <b>I</b>   |
| <b>TEŞEKKÜR.....</b>                                                  | <b>II</b>  |
| <b>ÖZET.....</b>                                                      | <b>III</b> |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                                  | <b>V</b>   |
| <b>İÇİNDEKİLER.....</b>                                               | <b>VII</b> |
| <b>TABLolar LİSTESİ.....</b>                                          | <b>XI</b>  |
| <b>ŞEKİLLER LİSTESİ.....</b>                                          | <b>XIV</b> |
| <b>KISALTMALAR LİSTESİ.....</b>                                       | <b>XV</b>  |
| <b>1. GİRİŞ.....</b>                                                  | <b>1</b>   |
| 1.1. Giriş ve Amaç.....                                               | 1          |
| 1.2. Araştırmanın Soruları.....                                       | 4          |
| <b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>                                         | <b>5</b>   |
| <b>2.1.ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN ADLİ OLGULARA YAKLAŞIMLARI..</b>    | <b>5</b>   |
| 2.1.1. Acil Servis Hizmetleri.....                                    | 5          |
| 2.1.2. Acil Servis Hemşireliği.....                                   | 7          |
| 2.1.2.1 Acil Hemşireliğinin Dünya'daki Gelişimi.....                  | 8          |
| 2.1.2.2. Acil Hemşireliğinin Türkiye'deki Gelişimi.....               | 9          |
| 2.1.2.3. Acil Servis Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları..... | 10         |
| 2.1.3. Adli Olgu.....                                                 | 13         |
| 2.1.3.1. Adli Olgu Türleri.....                                       | 13         |
| 2.1.3.1.1. Ateşli Silah Yaralanmaları.....                            | 13         |
| 2.1.3.1.2. Yaralar.....                                               | 14         |
| 2.1.3.1.3. Kazalar.....                                               | 14         |
| 2.1.3.1.4. Trafik Kazaları.....                                       | 14         |
| 2.1.3.1.5. Yanıklar.....                                              | 15         |
| 2.1.3.1.6. Elektrik Çarpması.....                                     | 17         |
| 2.1.3.1.7. Yıldırım Çarpması.....                                     | 17         |
| 2.1.3.1.8. Şiddet.....                                                | 17         |
| 2.1.3.1.9. İntihar.....                                               | 18         |

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1.3.1.10. Çocuk İstismarı.....                                           | 18 |
| 2.1.4. Adli Hemşirelik.....                                                | 19 |
| 2.1.4.1. Dünya’da Adli Hemşirelik.....                                     | 20 |
| 2.1.4.2. Türkiye’de Adli Hemşirelik.....                                   | 22 |
| 2.1.5. Adli Hemşireliğin Çalışma Alanları ve Rollerini.....                | 23 |
| 2.1.5.1. Nezarethane ve Cezaevinde Adli Hemşirelik.....                    | 25 |
| 2.1.5.2. Adli Pediatri Hemşireliği.....                                    | 26 |
| 2.1.5.3. Adli Geriatri Hemşireliği.....                                    | 27 |
| 2.1.5.4. Olay Yeri ve Ölüm Araştırmalarında Adli Hemşirelik.....           | 27 |
| 2.1.5.5. Adli Psikiyatri Hemşireliği.....                                  | 28 |
| 2.1.5.6. Cinsel Saldırı Muayenesinde Adli Hemşirelik.....                  | 29 |
| 2.1.5.7. Kişilerarası Şiddette Adli Hemşirelik.....                        | 30 |
| 2.1.5.8. Klinik Adli Hemşirelik.....                                       | 30 |
| 2.1.5.9. Adli Araştırma Hemşireliği.....                                   | 31 |
| 2.1.5.10. Obstetri ve Jinekolojide Adli Hemşirelik.....                    | 31 |
| 2.1.5.11. Şüpheli Ölüm Araştırmalarında Adli Hemşirelik.....               | 31 |
| 2.1.5.12. Okullarda Adli Hemşirelik.....                                   | 31 |
| 2.1.5.13. Tecavüz Kriz Merkezlerinde Hemşirelik.....                       | 32 |
| 2.1.5.14. Adli Hemşirelikte Bilirkişilik.....                              | 32 |
| 2.1.6. Adli Değerlendirme Süreci.....                                      | 32 |
| 2.1.6.1. Öykü Alma.....                                                    | 32 |
| 2.1.6.2. Fiziksel Muayene.....                                             | 33 |
| 2.1.6.3. Kanıtın Tanımlanması.....                                         | 33 |
| 2.1.6.4. Kanıtın Toplanması.....                                           | 34 |
| 2.1.6.5. Kanıtın Saklanması.....                                           | 36 |
| 2.1.6.6. Kanıt Koruma Zincirinin Sağlanması.....                           | 37 |
| 2.1.6.7. Kanıtın Kayıt Edilmesi.....                                       | 38 |
| 2.1.6.8. Krize Müdahale.....                                               | 38 |
| 2.1.7. Acil Servis Hemşiresinin Adli Vakalardaki Yasal Yükümlülükleri..... | 39 |
| 2.1.8. Adli Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları.....                      | 41 |

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.2. ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI OLGULARINA YAKLAŞIMLARI.....</b> | <b>43</b> |
| 2.2.1. Çocuk.....                                                                   | 43        |
| 2.2.2. Tarihsel Süreçte Çocuk.....                                                  | 44        |
| 2.2.3. Çocuk Hakları Sözleşmesi.....                                                | 50        |
| 2.2.3.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi.....                                      | 50        |
| 2.2.3.2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi.....                          | 51        |
| 2.2.3.3. Türk Çocuk Hakları Bildirisi.....                                          | 51        |
| 2.2.3.4. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi.....                          | 51        |
| 2.2.4. Çocuk İstismarı ve İhmali.....                                               | 54        |
| 2.2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sınıflandırılması.....                          | 55        |
| 2.2.5.1. Fiziksel İstismar.....                                                     | 56        |
| 2.2.5.2. Duygusal İstismar.....                                                     | 58        |
| 2.2.5.3. Cinsel İstismar.....                                                       | 59        |
| 2.2.5.4. İhmal.....                                                                 | 61        |
| 2.2.6. Dünya’da ve Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali.....                        | 62        |
| 2.2.6.1. Dünya’da Çocuk İstismarı ve İhmali.....                                    | 62        |
| 2.2.6.2. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali.....                                  | 63        |
| 2.2.6.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı.....                               | 64        |
| 2.2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler.....                       | 65        |
| 2.2.7.1. Aileden Kaynaklanan Nedenler.....                                          | 65        |
| 2.2.7.2. Çocuktan Kaynaklı Nedenler.....                                            | 67        |
| 2.2.7.3. Çevresel ve Toplumsal Nedenler.....                                        | 67        |
| 2.2.8. Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali.....                         | 68        |
| 2.2.8.1. Türk Ceza Kanunu.....                                                      | 68        |
| 2.2.8.2. Medeni Kanun.....                                                          | 71        |
| 2.2.9. Türkiye’deki Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini İhbar Yükümlülüğü..... | 72        |
| 2.2.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi.....                                 | 72        |
| 2.2.10.1. Birincil Koruma.....                                                      | 72        |
| 2.2.10.2. İkincil Koruma.....                                                       | 74        |
| 2.2.10.3. Üçüncül Koruma.....                                                       | 74        |
| 2.2.11. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları.....    | 75        |

|                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.2.11.1. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Bildirimlerini Etkileyen Etmenler..... | 77         |
| 2.2.12. Çocuk İzlem Merkezi.....                                                        | 78         |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                                                         | <b>81</b>  |
| <b>3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli .....</b>                                           | <b>81</b>  |
| <b>3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....</b>                                            | <b>81</b>  |
| <b>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....</b>                                      | <b>81</b>  |
| <b>3.4. Verilerin Toplanması .....</b>                                                  | <b>83</b>  |
| 3.4.1. Veri Toplama Araçları .....                                                      | 83         |
| 3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....                                       | 88         |
| <b>3.5. Araştırmanın etik yönü .....</b>                                                | <b>88</b>  |
| <b>3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....</b>                                           | <b>98</b>  |
| <b>3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....</b>                                            | <b>89</b>  |
| <b>4. BULGULAR ve YORUM.....</b>                                                        | <b>90</b>  |
| <b>5.TARTIŞMA .....</b>                                                                 | <b>122</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>                                                       | <b>135</b> |
| <b>KAYNAKLAR.....</b>                                                                   | <b>138</b> |
| <b>EKLER.....</b>                                                                       | <b>159</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>                                                                    | <b>171</b> |

## TABLOLAR LİSTESİ

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin Demografik Özellikleri

**Tablo 4.1.1.** Nicel Verilerin Dağılımı

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Sürelerinin Özellikleri

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin Adli Vakalara Yönelik Eğitim, Çalışma Koşulları ve Bildirim Yükümlülüklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.3.1.** Hemşirelerin Çalışırken İhmal ve İstismar Vakasıyla Karşılaşmış Oldukları Zorluklara İlişkin Bulgular

**Tablo 4.4.** Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.4.1.** Hemşirelerin İhmal ve İstismar Vakalarını Bildirmeye Yönelik Tutumları

**Tablo 4.4.2.** Hemşirelerin Öykü Alma, İhmal ve İstismar Belirtilerini Taramaya Yönelik Tutumları

**Tablo 4.4.3.** Hemşirelerin İhmal ve İstismar Belirtilerini Taramadaki Mahremiyete Yönelik Tutumları

**Tablo 4.4.4.** Hemşirelerin İhmal ve İstismar Vakalarının Yasal Süreçlerine İlişkin Tutumları

**Tablo 4.5.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

**Tablo 4.6.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanlarına Ait İstatistik Bulguları

**Tablo 4.7.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

**Tablo 4.8.** Adli Hemşirelik Dersi Alma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.9.** Adli Olguya Yaklaşım İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.10.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Hemşirelik Çalışma Yılına Göre Dağılımı

**Tablo 4.11.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Acil Servis Hemşirelik Çalışma Yılına Göre Dağılımı

**Tablo 4.12.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Güvenilirlik (Cronbach  $\alpha$ ) Değerleri

**Tablo 4.13.** Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Ölçek Puanlarının Bulguları

**Tablo 4.14.** Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

**Tablo 4.14.1** Hemşirelerin Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi

**Tablo 4.14.2** Hemşirelerin Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Alt Ölçek Puanlarının Arası İlişkiler

**Tablo 4.14.3** Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.15.** Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Elde Edilen Puanların Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

**Tablo 4.16.** Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

**Tablo 4.17.** Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri  
–Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere İlişkin  
Bulguları

**Tablo 4.18.** Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği  
İlişkin Güvenilirlik (Cronbach  $\alpha$ ) Değerleri



## ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL 3.3. Araştırmanın evreni.....



## KISALTMALAR

**AAFS:** Amerikan Adli Tıp Akademisi

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ANA:** Amerikan Hemşireler Derneği

**AS:** Acil Servis

**BVİEBÖ:** Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçeği

**BM:** Birleşmiş Milletler

**CEN:** Avrupa Standart Komitesi

**ÇİM:** Çocuk İzlem Merkezi

**CKM:** Ceza Muhakemesi Kanunu

**ÇİİBRTÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği

**ÇİİRÖYÖ:** Çocuk İstismarı ve İhmali Öz Yeterlilik Ölçeği

**ÇİVİ:** Çocuk İstismarı ve İhmali

**DNA:** Deoksiribo Nükleik Asit

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**EDNA:** Acil Departmanlar Birliği

**ENA:** Acil Hemşireler Birliği

**IAFN:** Uluslararası Adli Hemşireler Birliği

**SANE:** Cinsel Saldırı Muayene Hemşireleri

**SANERC:** Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi

**SHÇEK:** Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu

**ŞVİEBÖ:** Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçeği

**TCK:** Türk Ceza Kanunu

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**TRCNPT:** Travma ve Resüsitasyon Kursu

**TSH:** Temel Sağlık Hizmeti

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**UNESCO:** Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü

**UNICEF:** Birleşmiş Milletler Yardım Fonu

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Giriş ve Amaç

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğa bakan kişi tarafından çocuğa yönelik olarak uygulanan, çocuğun gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar sonucunda çocuk fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görebilir ya da sağlığı ve güvenliği tehlikeye girebilmektedir. (Tıraşçı ve Gören, 2007). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ), 18 yaşın altındaki çocukların psikolojik ve davranışsal olarak sağlığını olumsuz etkileyen davranışlar olarak tanımlanmaktadır. (Bakır ve Kapucu, 2017). Çocuğa yönelik gerçekleştirilen bu davranışlar bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek uygulanabilmektedir. (Burç, 2014). Yasalarımıza göre 18 yaşına kadar her birey çocuk olarak kabul edilmektedir. (Bülbül, 2004).

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) verileri incelendiğinde 2018 yılında 233 bin olan çocuk mağdur sayısı 2019 yılında 236 bine yükseldiği görülmektedir. 2019 yılında 206.498 suç mağduru olarak güvenlik birimlerine getirilen çocukların %15,2'sinin cinsel istismara uğradığı bildirilmektedir. 2019 yılında TÜİK verilerine göre güvenlik birimlerine gelen çocukların %50,1'inin 15-17 yaş grubunda, %25,2'sinin 12-14 yaş grubunda, %24,7'sinin ise 11 yaş ve altındaki çocuklar olduğu görülmektedir. Bu çocukların %65,4'ü erkek, %34,6'sı ise kız çocuğu olduğu bildirilmektedir. (TÜİK, 2019).

Çocuk istismarı ve ihmali çocukta kalıcı izler oluşturmaktadır. İstismar ve ihmal vakalarının büyük bir kısmının gizli kalması nedeniyle kayıtlarda bulunan çocuk istismarı ve ihmali vakaları gerçek sayıyı yansıtmamaktadır. İstismarcıyı korumak, toplum

tarafından dışlanmaktan korkmak veya polis, sağlık çalışanı, sosyal çalışmacı gibi meslek üyelerinin istismarı fark edememesinden kaynaklı olarak açığa çıkmayan birçok vaka olduğu düşünülmektedir. Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmayan personel bu vakaların tespitinde engel oluşturmaktadır. (Gölge ve ark, 2011).

Acil servise çocuk istismarı ve ihmali şüphesi veya olgusu ile gelen her hastayı ilk gören, değerlendirmesini ilk yapan, delil sayılabilecek eşyalara ilk ulaşan, delillerin saklanması ve korunmasında yardımcı olan ve hastanın ailesi ile temasa ilk geçen sağlık personeli hemşirelerdir. (Kaş G ve ark, 2016; Zoroğlu ve ark, 2001; Burç, 2014; Çolak, 2003). Bu yüzden çocuğa yönelik istismar ve ihmal vakalarının belirlenmesi ve nasıl bir yol izleneceği noktasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Çocuğa doğru yaklaşımda bulunulması, bildirim yükümlülüklerini ve yasal süreçte nasıl bir yol izleyeceğini, çocuğun vücudundaki izlerin ve davranışlarının ne anlama geldiğini bilen bir hemşire istismar ve ihmal vakalarını tespit ederek gözden kaçırılmamasına yardımcı olmaktadır. (Kaş G ve ark, 2016; Zoroğlu ve ark, 2001). İlk kez 1995 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) uzmanlık alanı olarak adli hemşirelik kabul edilmiştir. 1997 yılında ise adli hemşirenin görev ve sorumlulukları belirlenmiştir. (Lynch 2006).

Acil serviste çalışan hemşireler adli vaka ile karşılaştıktan sonraki tüm süreçte ne yapacağını bilmeli, adli rapor yazılması gibi yasal konularda bilgi sahibi olmalıdır. Mesleki bilgi ve tecrübesini adli hemşirelik üzerine alınan eğitimler ile birleştirerek adaletin doğru sonuç vermesine yardımcı olacaktır. (Sakallı, 2018). Acil servise gelen hastaya yönelik hemşirenin öncelikli görevi takibi, bakımı ve tedavisidir. Aynı zamanda rutin hemşirelik görevlerini yerine getirirken mağdur veya sanığa doğru şekilde yaklaşmalı, delil olarak sayılabilecek nesneleri tanımlayabilmeli, kanıt toplama, kayıt

etme, koruma hakkında bilgi sahibi olmalı ve yetkililer gelene kadar delil olarak düşündüğü her şeyin özenle korunmasını sağlamalıdır. (Sakallı, 2018). Acil servis hemşireleri çocuk istismarı ve ihmali vakaları ile sık karşılaşan gruptur. Yurt dışında birçok ülkede çocuk istismarı ve ihmali vakaları ile ilgilenen adli hemşireler görev yapmaktadır. Ülkemizde ise henüz adli hemşirelik ayrı bir çalışma alanı olarak görülmemektedir. Bu olguların belirlenmesi, delillerin doğru toplanması ve saklanması ile üst makamlara iletilmesi konusunda standart bir prosedürün olmaması; bu alanda özel eğitilmiş hemşirelerin bulunmaması gibi nedenler eksik veya doğru olmayan sonuçları ortaya çıkarabilmektedir.

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda genellikle hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi düzeyleri ölçülmüştür. Bizim planladığımız bu çalışmada ise, hem adli olgulara yönelik tutum hem de çocuk ihmal ve istismarı hakkındaki yaklaşım, bilgi düzeyleri ve farkındalıkları değerlendirilecektir. Acil serviste çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakaları ile karşılaştıklarında fiziksel, davranışsal ve ihmal belirtilerini; ebeveyn, çocuk ve ailesel özelliklerinin yorumlanması ve onların bu olgulara yaklaşımları konusunda bilgi düzeylerini yorumlayabilmeyi sağlayacaktır. Adli hemşireliğin ülkemizde geliştirilmesi gereken bir alan olduğu düşünüldüğünden, özellikle acil servislerdeki bu eksikliğin tespiti ve bu konuda neler yapabileceğine dair ışık tutacaktır.

## 1.2. Araştırmanın Soruları

Acil servis (AS) hemşirelerinin;

1. Adli olgulara yaklaşımları nasıldır?
2. Adli olgu ile karşılaştıklarında zorlandıkları durumlar nedir?
3. Adli olgulara yönelik tutumları nasıldır?
4. ÇİİBRTÖ'nün alt boyutları hangi seviyededir?
5. ÇİİBRTÖ'nün alt boyutlarının karşılaştırılması arasında ilişki var mıdır?
6. ÇİİBRTÖ'nün öğrenimleri sırasında adli hemşirelik dersi alma durumlarına göre farklılık göstermekte midir?
7. ÇİİBRTÖ'nün kurumda hizmet içi eğitim alma durumlarına göre farklılık göstermekte midir?
8. ÇİİBRTÖ'nün hemşire olarak çalışma yılına göre farklılık göstermekte midir?
9. ÇİİBRTÖ'nün acil serviste hemşire olarak çalışma yılına göre farklılık göstermekte midir?
10. ÇİİRÖYÖ alt ölçekleri arasında ilişki var mıdır?
11. ÇİİRÖYÖ ve alt ölçeklerinin sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN ADLİ OLGULARA YAKLAŞIMLARI

#### 2.1.1. Acil Servis Hizmetleri

Acil, hızlı bir şekilde ortaya çıkan hastalık, yaralanma ya da travma nedeniyle kişilerin veya toplumun sağlığını olumsuz etkileyebilecek olan ve kriz olarak hissedilen bir durumdur. (Akyolcu, 2007). Tıbbi anlamı ile acil, bireyin fiziki ve psikolojik açıdan sorun yaşadığında gerekli olan sağlık hizmetlerinin en hızlı bir şekilde kişiye sağlanmasıdır. (Orkun ve ark, 2017).

Acil Tıp, Uluslararası Acil Tıp Federasyonun tanımına göre; “Tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen ayrıştırılmamış tüm fiziksel ve ruhsal bozuklukların oluşturduğu hastalık ya da yaralanmaların akut ve ivedi şekillerinin önlenmesi, tanısı, tedavisi ve yönetimi için gereken bilgi ve beceriler bütününe kapsayan tıp pratiğidir” (IFEM). Acil tıp içinde birçok farklı zorluklara sahiptir. Hasta güvenliği konusundaki bu zorluklar birimde olumsuz olayların olma riskini arttırmaktadır. (Aksoy ve Ergün, 2002).

Acil sağlık hizmetleri, hastaların sahip olduğu travma ve yaralanmalardan daha fazla zarar görmemesi ve var olan durumun ölüm ile sonuçlanmaması için, mesleki anlamda yeterli eğitim almış ekipler tarafından hızlı ve yerinde müdahaleyi içerir. tıbbi araç ve gereç yardımı ile olay yerinde, hastanın nakli sırasında ve sağlık kurumlarında verilen bütün hizmetler bu kapsamda değerlendirilir. (Bayraktar ve Sivrikaya, 2018; Paksoy, 2016). Acil sağlık hizmeti, acil müdahale edilmesi gereken bireyin hastane içi veya hastane dışında ilk değerlendirilmesinin yapıldığı, hastanın var olan sorununun giderilmesi ile durumunun stabilizeşerek taburcu edildiği tüm süreci kapsar. (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği). Bu süreç acil yardım ve kurtarma ile başlayıp, ambulans

hizmetleri, kaza servisleri ve rehabilitasyon hizmetleri ile devam eder. (Aksoy ve Ergün, 2002; Söyük ve Arslan K, 2017). Bu sağlık hizmetlerinin en önemli farklılığı ise ertelenemez ve gerektiği anda müdahale edilmesi gerekliliğidir. Ayrıca bu hizmetler sırasında farklı mesleki alanlarda bilgi, beceri ve deneyime sahip bireyler ekip olarak çalışmak zorundadır.( Cankurtaran, 2015). Bu servisler, ölümle veya sakatlıkla sonuçlanabilecek olan her ayrıntıyı değerlendirmek zorundadırlar. Hastayı tehdit eden durumun ortadan kalkması için yeterli bilgi, deneyim ve acil tıp eğitimi almış olan doktor, acil servis hemşiresi, paramedik, hastane yönetimi ve merkezdeki üst düzey çalışanlar ile uyumlu bir şekilde çalışmaları gerekir.( Akpınar ve Taş, 2011; Soysal ve ark. 2003; Ünaldı, 2008).

Acil hizmetleri; acil polikliniği veya acil servisi, bunlar yoksa hastanenin nöbetçi tabibi tarafından yürütülür. Tüm ülkede sorunsuz bir şekilde acil sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için her biri farklı eğitime sahip ekipler ile kesintisiz olarak hizmet vererek olabilecek en kısa sürede bu hizmete ulaşılabilir olmalıdır. (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983; Kavlu, 2008; Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000; Isır ve ark, 2006). Temel amaç; sağlık hizmetlerini güvenli, yeterli ve zamanlı bir biçimde etkin olarak sunmaktır.(Türkmen, 2005). Acil servisler kesintisiz hizmet sunan, farklı şikayetler ile başvuran hastalara yaş, cinsiyet, din, dil ayrımı yapmaksızın tedavi ve bakım sağlayan, toplumda ki insanlar ile en fazla iletişim ve etkileşimde olan hastanelerin en önemli ve en kapsamlı birimleridir.(Yarnold ve ark.1998). Darp, trafik kazası, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, yanık, elektrik çarpması, istismar, düşme ve diğer yaralanmalar, zehirlenmeler, intihar girişimleri gibi tüm vakalar acil serviste en çok karşılaşılan olgulardır. Bu olguların birçoğu adli olgu kapsamında ele alınır.( Özdikmen, 2008). Bu servislere acil ve ani şekilde hastalanarak gelen birçok hastaya hızlı bir şekilde

değerlendirme yapılarak tedavi uygulanır. Verilen hizmet acil durumlarda bekletilemez, yapılacak olan bir hatanın geri dönüşü olmaz ve hata yapan kişi için bu durum hem maddi hem de manevi olarak büyük zarar oluşturur. (Milutinovic, 2010). Acil Servisler hastanelerin vitrinleri gibidir ve kesintisiz olarak hızlı sağlık hizmeti verilir. (Söyük ve Arslan K, 2017). Bu nedenle, acil servise gelen her hastaya en hızlı şekilde tanı konularak tedavi başlatılır. Bu yaklaşım ile acil servisleri sağlık alanında hizmet veren diğer birimlerden ayıran en önemli farktır. (Mersinlioğlu ve Öztürk, 2015).

### **2.1.2. Acil Servis Hemşireliği**

Acil Servisler genel olarak karışık, yoğun, sirkülasyonun çok ve yüksek düzeyde stresin olduğu ortamdır. (Bilik, 2015). Böyle bir ortamda hemşire olarak çalışmak zordur. Buna rağmen hemşireler sahip oldukları mesleki karakterleri ile bu zorlukların üstesinden gelir. (Bilik, 2015). Acil Servis Hemşiresi, her yaştaki hastaya aldığı tanı doğrultusunda gereksinimi olan tüm hemşirelik bakım ve girişimlerini uygular. (Baransel I ve ark, 2006). Hem ekip arkadaşları hem de hasta ve yakınları ile iletişimi ve etkileşimi güçlü tutarak aynı anda birden fazla görevi sahiplenir. Öncelik sıralaması ile hastalara hızlı bir şekilde müdahale eder ve bulunduğu ortamı en iyi şekilde yönetir. Bunları gerçekleştirirken bilgi, beceri ve tecrübelerinin yanı sıra hasta ve yakınları ile empati kurabilmeli, öfke kontrolünü sağlayarak stres ve anksiyete düzeyini azaltabilmeli, problem çözme becerisi ile en karmaşık ortamlarda bile soğukkanlı davranarak olayları hızlı bir şekilde çözüme kavuşturabilmelidir. Tüm bunlar hemşireliği güçlü kılan ve profesyonel acil hemşiresinin sahip olması gereken özelliklerdir. (Bilik, 2015). Acil servislerde yürütülen hemşirelik faaliyetleri; kısıtlı zamana sahip olunması, hastaların acil müdahaleye ihtiyaçlarının olması, hastalardan sınırlı anamnez alınması, servisin fiziki ortamından dolayı tüm bireylerin gözü önünde çalışmak zorunda kalınması gibi zorlukları ile diğer klinik

alanlarda ki hemşirelik faaliyetlerinden farklılık gösterir. (Çelik, 2020). Acil servis hemşiresi, spor sahalarında, acil bakım hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda, tıbbi nakliye uçaklarında, hava ve kara ambulanslarında çalışabilmelerine rağmen en çok hastanelerin acil servis birimlerinde görev yaparlar. (Çelik, 2020). Bu servislerde hasta yoğunluğu ve ölümlerin çok olması, çalışma saatlerinin fazlalığı, sağlık personelinin sayısındaki yetersizlik, ekip içi yaşanan sorunlar ve uyku düzenindeki dengesizlikler ile olumsuz birçok faktöre sahiptir (Özhanlı ve Akyolcu, 2020).

#### **2.1.2.1 Acil Hemşireliğinin Dünyadaki Gelişimi**

Acil hemşireliğinin diğer klinik branşlarda çalışan hemşirelerden farklı olarak özel bir eğitimden geçmesi gerekliliği ilk defa 1960'lı yıllarda dile getirilmiştir. ABD'de 1970 yılında Acil Departman Hemşireler Birliği (EDNA) kurulmuştur (Baransel ve ark. 2006). 1985 yılında Emergency Nursing Association – Acil Hemşireleri Birliği (ENA) olarak değiştirilerek acil hemşirelerinin çalışma ve profesyonellik standartları belirlenmiştir (Orkun ve ark. 2017; Şelimen ve Gürkan, 2009). 1972 yılında İngiliz Hemşirelik Yüksekokulunda kaza ve acil hemşireliği olarak iki ayrı grup bulunuyordu. 1990 yılında bu iki grup birleşerek Kaza ve Acil Hemşireleri Derneği/ Accident & Emergency Nursing Association'ni kurdular. Bu dernek ile hemşireler belirlenen standartlar çerçevesinde profesyonel hemşirelik bakımına sahip olmuşlardır (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1980 yılında Amerika'da Acil Hemşireliği alanında sertifikalı eğitim verilmeye başlanmıştır (Orkun ve ark. 2017). Sertifika programları, Avrupa Standartlar Komitesi (CEN) tarafından denetlenmektedir. Bu sertifikalar dört yıl geçerlidir ve dört yılın sonunda sertifikayı yenilemek gerekmektedir

1985 yılında Londra’da 78 ayrı ülkenden toplamda 600 kişinin katılımıyla Acil Hemşireliği alanında ilk uluslararası konferans gerçekleştirilmiştir. İngiltere’de 1990 yılında ilk travma kursu verilmiştir. İlk Uluslararası Acil Hemşirelik Kongresi 1985 yılında ve ilk Travma Kursu 1990 yılında İngiltere’de düzenlendi (Alpi, 2006).

#### **2.1.2.2. Acil Hemşireliğinin Türkiye’deki Gelişimi**

Florence Nightingale’nin de içinde bulunduğu Kırım Savaşında (1854-1856), yaralanan askerlere müdahale edilmesi için hastane olarak kullanılan Selimiye Kışlası Türkiye’de bilinen ilk acil hemşirelik örneklerindendir. (Şelimen ve Gürkan, 2009). Dr. Besim Ömer Paşa Washington Kızılhaç Kongresi’nde hemşireliğin mesleki anlamda ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesinin önemi üzerinde durmuştur. Bunun üzerine Türk Kızılayı kurulmuştur. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1911 yılında altı aylık kurslar şeklinde eğitim verilen ilk örgün hemşirelik okulu açıldı. Sertifika alan öğrencilere Gönüllü Eğitimli Hemşire unvanı verildi. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1914 yılına kadar bu kurslar faaliyetini sürdürmüştür. Cumhuriyetin kurulması ile birlikte Türkiye’de modern hemşirelik gelişmeye başladı. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1925 yılında İstanbul’da Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi açılarak Cumhuriyet döneminin ilk hemşirelik okulu olmuştur. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde Hemşirelikte ilk Yüksek Lisans programı ve 1972 yılında Doktora programı açılmıştır. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1996-1997 yıllarında Marmara Üniversitesi Hemşirelik Akademisi’nde Acil Hemşirelik Yüksek Lisans Programı başlamıştır. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 1994 yılında Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) tarafından Acil Bakım Hemşireliği Kursu açılarak teorik ve pratik olarak 8 hafta süren eğitimler verilmiştir. (Baransel I ve ark, 2006;

Selimen ve Gürkan, 2009). 1999 yılında Türkiye Acil Tıp Derneği çatısı altında Acil Hemşireliği Komisyonu kurulmuştur. (Baransel I ve ark, 2006). 2003 yılında acil serviste çalışan hemşirelerin bilgi düzeyi ve niteliklerini, hastalara verilen sağlık bakımının etkinliğini arttırmak için Acil Bakım Hemşireliği Kursu verilmiştir. (Şelimen ve Gürkan, 2009). 2007 yılında hemşirelere, sağlık görevlilerine ve teknisyenlere Travma ve Resüsitasyon Kursu (TRC-NPT) açılmıştır. TRCNPT sertifikası beş yıl geçerlidir. (Şelimen ve Gürkan, 2009). Henüz Acil Hemşirelik Derneği bulunmamaktadır. (Şelimen ve Gürkan, 2009).

Acil servis çalışanları arasında önemli bir yeri olan Acil Servis Hemşiresi, tanı konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır. ( Fırat ve ark, 2017).

#### **2.1.2.3. Acil Servis Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları**

19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te acil hemşirelerinin yetkileri belirlenmiştir:

- Hastaya uygulanacak tüm girişimlerde etik davranır.
- Servise aynı anda birden fazla başvuru olması durumunda öncelik sıralaması yapar.
- Başvuran hastanın kabulünü sağlayarak fiziksel değerlendirmesini yapar. Şikayeti ve tıbbi öyküsünü kaydeder .
- Hastanın olası sıkıntılı davranışlarında kendisini ve etrafındakileri koruyucu önlemler alır.
- Hasta ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurar.

- Serviste gelişebilecek olası enfeksiyon için maske takılması, eldiven kullanımı, el yıkama ve izolasyona yönelik gerekli önlemleri alır.
- Başka bir servise yatışı olacak veya ameliyat ihtiyacı olan hastanın kurum içinde naklini yapar.
- Acil serviste bulunan tıbbi malzeme, tıbbi cihaz ve ilaçları kullanıma hazır bulundurur ve eksikleri tamamlar.
- Hastanın vital bulgularını ölçerek takip eder, kaydını yapar ve doktora bildirimde bulunur.
- Oksijen ve buhar tedavisini uygular.
- Trakeal aspirasyon yapar.
- Nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular.
- Rektal tüp uygular, lavman yapar.
- Perine bakımı verir, prezervatif sonda ve üriner kateter takarak bakımlarını yapar.
- Sıcak ve soğuk uygulama yapar.
- Drenaj torbalarını kontrol ederek değişimini yapar.
- Hastaya uygulanacak olan transfüzyon işlemleri, oral ve parenteral tedavileri bağlı olduğu kurumun yazılı prosedürleri doğrultusunda uygular, izlemine yapar ve kayıt altına alır.
- Hastanın enteral veya parenteral yolla beslenmesini belirler ve uygular.
- Hastaya uygun pozisyon verir ve mobilizasyonunu sağlar.

- Hastanın aldığı-çıkardığı takibini yapar ve kaydeder.
- Pace makerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.
- EX olan hastanın hazırlanması ve morga götürülmesini sağlar.
- İnvaziv girişimleri uygular.
- Hasta arrest olduğunda mavi kod çağrısı yapar. Hastaya doktor önderliğinde temel ve ileri yaşam desteği uygular. Hastanın arrest olduğu zaman serviste doktor olmaması durumunda ileri yaşam desteği sertifikasına sahip hemşire temel ve ileri yaşam desteğine başlar. Uygulamaları rapor eder.
- Hastadan hekim istemi doğrultusunda kan ve idrar örneklerini alır, sonuçlarını takip eder ve doktora bildirimde bulunur.
- Hekim istemi üzerine hastadan istenen radyolojik tetkikler için hastanın hazırlanması çekim yapılacak yere gitmesini sağlar. Gerektiğinde hastaya eşlik eder.
- Kullanılan sarf malzemeleri ve ilaçları kaydeder.
- Kurs, kongre, seminer ve hizmet içi eğitimlere katılarak mesleki alanda gelişmeye devam eder.
- Hastaya ihtiyacı doğrultusunda eğitim verir.
- Stajyer öğrencilere mesleki bilgi ve deneyimi doğrultusunda yardımcı olur.

(Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları; Ünalı, 2008).

### 2.1.3. Adli Olgu

Kasıtlı olarak veya kasıtlı olmayan dikkatsiz davranışlar sonucunda bireyin fiziksel veya psikolojik bütünlüğünün bozulması adli olgu olarak değerlendirilir. Ayrıca adli olgular içerisinde cinayet ve intihar olayları da incelenir. (Sever ve ark, 2010; Özdemir ve ark, 2016). Adli olgular en çok acil servislerde değerlendirilir. (Özdemir ve ark, 2016). Darp olguları, trafik kazası, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, kesici, batıcı, ezici ve delici alet yaralanması, yanık, iş kazaları, elektrik ve yıldırım çarpması, asfiksi, işkence ve kötü muamele, çocuk istismarı, düşme, cinsel saldırılar, zehirlenmeler, intihar girişimleri gibi olaylar adli olgu kapsamında değerlendirilir. (Zeren ve ark, 2011; Gündüz ve Kocaşlı, 2017).

#### 2.1.3.1. Adli Olgu Türleri

##### 2.1.3.1.1. Ateşli Silah Yaralanmaları

Tüfek, tabanca gibi ateşli silahlardan çıkan mermi ve saçmaların kişiye isabet etmesi sonucu oluşan yaralanmalara denir. (Sakallı, 2018). Bu silahların temin edilmesinin kolaylığı nedeniyle ateşli silah yaralanmaları sonucu yaralanma ve ölüm vakaları da artmıştır. (Yücel B, 2003). Ateşli silah yaralanması sonucu oluşan yaralarda giriş deliği, merminin izlediği yol (traje) ve çıkış deliği bulunmaktadır. (Polat, 2006).

Ateşli silah sonucu oluşan yaralara numara verilmeli, yaraların izlediği yola göre giriş ve çıkış deliği belirlenmelidir. Ateşli silah atış mesafeleri; bitişik atış, yakın atış ve uzak atış olmak üzere üç ayrı şekilde incelenir. (Koç ve Can, 2011). Polis, jandarma, adli yetkililer ve hekim gibi bünyesinde farklı meslek dallarını barındıran olay yeri inceleme ekibi ateşli silah yaralarını tanıyabilmelidir. Yaranın orijinal hali ile alakalı en doğru bilgiler ekibin kayıt aldığı bu bilgiler doğrultusunda olacaktır. Adli mevkiler bu kayıtlar

sonucunda karar belirleyeceği için kayıtların güvenilirliği son derece önemlidir. (Yılmaz, 2004).

#### **2.1.3.1.2. Yaralar**

Yara, dışarıdan uygulanan fiziksel, mekanik, kimyasal veya biyolojik bir etkenin kişinin vücudunda oluşturduğu hasardır. (Şener ve Set, 2013). Canlı ve ölü muayenesi ya da otopsi işlemleri sırasında yaralar ile karşılaşılabilir. Bu yaralara uygun yaklaşım ve tanımlama ile doğru bir şekilde kayıt edilmesi adli vakanın ortaya çıkarılması konusunda önemlidir. (Koç ve Can, 2011).

#### **2.1.3.1.3. Kazalar**

DSÖ' ne göre kaza, dışarıdan gelen bir kuvvetle aniden gelişen, fiziksel ve psikolojik yaralanmalara yol açan olaylardır. (Keskinoğlu ve ark, 2004). Kazanın sonucunda maddi ve manevi kayıplar ortaya çıkabilir. (Bertan ve Çakır, 1997). İntihar, cinayet, savaş yaralanmaları gibi kasıtlı kazalar olabileceği gibi trafikte, iş yerinde, spor sırasında, okul ve ev içinde gerçekleşebilen kasıtlı olmayan kazalar vardır. (Nazlıcan ve ark, 2008). Düşme, yanma, zehirlenme, elektrik çarpması gibi kazalar ev kazaları içinde çok sık görülür. Bu kazalar evin içinde olabileceği gibi evin garajında ve bahçesinde de olabilir. (Nazlıcan ve ark, 2008; Erkal ve Şafak, 2003).

#### **2.1.3.1.4. Trafik Kazaları**

Dünyada trafik kazalarına bağlı ölüm oranları incelendiğinde yılda 1 milyon kişiden fazla ölüm olgusu olduğu düşünülmektedir. Yaralanan kişi sayısı ise yılda 15 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. (Koç ve Can, 2011). Trafik kazasına bağlı gerçekleşen olayda, kaza yapmadan önce aracın hızı, araçların çarpışma yönü, olay sırasında ki araç ya da yayanın konumu, trafik kurallarını ihlal etme durumu, frene basma

durumu, intihar olasılığı, kazaya sebebiyet verenin hastalığı, alkol veya uyuşturucu madde kullanımı olup olmadığı incelenen durumlar arasında sayılmaktadır. (Koç ve Can, 2011).

#### **2.1.3.1.5. Yanıklar**

Kişinin ısı, soğuk, elektrik, radyasyon veya kimyasal maddelerin etkisinde kalarak deri veya deri altı dokusunun zarar gördüğü duruma yanık denir. (Diler ve ark, 2012). Yanık yerinin alanı, derinliği ve yanığa sebep olan etken kişide oluşabilecek enfeksiyon ve diğer sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. (Zor ve ark, 2009). Yüksek morbidite ve mortaliteye sebep olan bu durum tedavi maliyetlerinin yüksek olması sebebi ile önemli bir sağlık problemidir. (Çelikel ve ark, 2012). Kişide görülen yanık kaza nedeniyle olabileceği gibi başka bir kişinin istismarı sonucu olabilir. Bu yüzden yanığin meydana geliş şekli, neden olduğu sonuç araştırılmalıdır. (Polat, 2004 ve Aliustaoğlu ve ark, 2010).

Yanık vakalarında yanık yerinin büyüklüğünü belirlemek amacıyla dokuzlar kuralı kullanılmaktadır. Baş bölgesi %9, üst ekstremitelerin her biri %9, vücudun ön yüzeyi %18, arka yüzeyi %18, her bir alt ekstremita %18, boyun bölgesi %1 olarak değerlendirilmektedir. Epidermal yanıklar 1. derece, dermoepidermal yanıklar 2. derece, derin yanıklar 3. derece olarak sınıflandırılır. (Çelikel ve ark, 2012). Çocuklarda bu oranlama farklıdır. 1-4 yaş arası çocuklarda alt ekstremitelerin her biri için %15, üst ekstremitelerin her biri için %9,5, gövde %32, baş ve boyun %19 olacak şekilde değerlendirilmelidir. (Koyuncuer, 2004). 5-9 yaş grubunda ise alt ekstremitelerin her biri için %17, üst ekstremitelerin her biri için %9,5, gövdeye %32, baş ve boyuna %15 verilmelidir. (Koyuncuer, 2004). 10-14 yaş için baş ve boyun %13, alt ekstremitelerin her

biri için %18, her bir üst ekstremité için %9,5, gövde için %32 olarak değerlendirilmelidir. (Koyuncuer, 2004).

Yanığın derinliği, derinin ve deri altı dokuların hangi katmanına kadar hasar oluşturduğu hakkında bilgi verir. Yanıklar derinliklerine göre dört aşamada incelenir.

1. **Birinci derece yanık:** Yüzeysel yanıklardır. En çok güneş etkisiyle veya ani gaz alevlenmeleri ile meydana gelir. (Zor ve ark, 2009). Kırmızı renkli, basmakla solan, ağrılı olan bu yanıklar 3-4 günde iyileşir. (Zor ve ark, 2009).

1. **İkinci derece yanık:** Epiderminin tamamı veya derminin bazı katları yanıktan hasar görmüştür. (Zor ve ark, 2009). Yüksek ısılı metal malzeme veya aleve kısa süreli temas etme ya da çok sıcak sıvılara maruz kalma sonucu meydana gelir. (Zor ve ark, 2009). Deri üzerinde içi su dolu büller oluşmaktadır. (Ovayolu ve ark, 2006). Deri pembe veya kırmızı, ıslak ve ağrılıdır. 10-14 günde iyileşmektedir. (Kurt ve ark, 2014).

2. **Üçüncü derece yanık:** Tam kalınlıkta deri kaybına neden olur. Epidermis ve derminin tamamı Hasar görmüştür. (Zor ve ark, 2009). Deri kuru görünümlüdür. (Kurt ve ark, 2014).

3. **Dördüncü derece yanık:** Kas, tendon ve kemiklerinde etkilendiği yanık çeşididir. (Zor ve ark, 2009). Flep cerrahisi ile defektler kapatılır. Gerekli olgularda amputasyon gerekir. (Kurt ve ark, 2014).

#### **2.1.3.1.6. Elektrik Çarpması**

Elektrik çarpmaları diğer kazalara oranla daha az görülmesine rağmen sonucunda Ölüm ve sonrasında hasar bırakma oranı fazladır. Özellikle elektrik voltajının fazla olduğu durumlarda solunum kası paralizisine neden olarak kişide sekel bırakmasına veya ölüm ile sonuçlanmasına sebep olmaktadır. Küçük çocukların ev içinde açık olarak bulunan kabloları ısırmaları veya prizlere iletken bir cisim sokulması ile düşük montajlı elektrik akımına maruz kalırlar. Daha büyük yaştaki çocuklar ise elektrik direklerine tırmanarak veya çalışma ortamında iş kazalarına bağlı olarak yüksek akımlı elektriğe maruz kalmaktadırlar. (Aliosmanoğlu ve ark, 2011; Rabban ve ark, 1997).

Elektrik çarpması sonucu kişide oluşan fiziksel ve psikolojik sorunların giderilmesi için uzun süren tedavi süreci ve cerrahi girişimler gerekebilir. Bu süreç uzun olduğu gibi maddi yönden zorlayıcı olabilir. ( Şengezer ve ark, 1995).

#### **2.1.3.1.7. Yıldırım Çarpması**

Yıldırım çarpması sonucu kişinin derisinde lineer bir ağaca benzeyen yanıklar çok sık görülür. Kısa süre maruz kalındığı için akımın çoğu bedenin dışından geçer. Bu yüzden kişinin iç organlarında hasar çok az görülür. Bu kişilerde en sık görülen ölüm nedeni kardiyopulmoner arresttir (Gül ve ark, 2004).

#### **2.1.3.1.8. Şiddet**

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” olarak tanımlanmıştır. (WHO, 2002).

Şiddetin çeşitleri aşağıda gibi sıralanmaktadır.

1. Fiziksel şiddet
2. Cinsel şiddet
3. Duygusal şiddet
4. Ekonomik şiddet
5. Siber şiddet

Çocuklar, kadınlar ve yaşlılar şiddeti en çok yaşayan gruptur. (Polat, 2016).

#### **2.1.3.1.9. İntihar**

Giriştiği eylem sonucunda ölümün olacağını bilerek doğrudan veya dolaylı olarak meydana gelen ölüme intihar denir. Kişi gerçekten ölmek isteyebileceği gibi psikolojikman yaşadığı sıkıntılar sonucunda da bu girişimde bulunmuş olabilir. (Şevik, 2012). Dolayısı ile intihar girişimi birden fazla nedeni içinde barındıran karmaşık bir durumdur. (Tatlılıoğlu, 2012). İntihar girişiminin nedeni yaşlara göre değişkenlik göstermekle birlikte intihar için kullanılan yöntemde de farklılıklar vardır. (Apaydın ve ark, 2016).

#### **2.1.3.1.10. Çocuk İstismarı**

Çocuk istismarı, anne ve babanın, toplumun veya devletin çocuğun ihtiyacı olan fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişiminin devam ettirilmesine engel olan her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır. (Aliustaoğlu ve ark, 2010).

Fiziksel istismar, çocuğa bakan veya bakmakla yükümlü olan kişilerin, Çocuğun bir davranışı sonrasında bir tokatla başlayan, çeşitli objelerin kullanımına kadar uzanan

bedenine zarar veren cezalandırma yöntemlerini kapsamaktadır. (Aliustaoğlu ve ark, 2010).

Çocuk istismarı 4 temel grupta incelenmektedir.

1. Fiziksel istismar: Çocuğa tokat atmak ile başlayan ya da çeşitli eşyalar kullanarak bedenine zarar veren her türlü kuvvet eylemini kapsamaktadır. (Aliustaoğlu ve ark, 2010).
2. Cinsel istismar: Yaşı küçük olan kız ve erkek çocuğun kendisinden yaşça büyük bir kişi tarafından genital bölgelerine elleme, teşhir etme, ırza geçme gibi eylemleri kapsamaktadır. (Polat, 2016).
3. Duygusal istismar: Çocuğun duygusal ihtiyaçlarının giderilmediği tüm davranışları kapsamaktadır. ( Koç ve Can, 2011).
4. İhmal: Çocuğun temel ihtiyacı olan beslenmesini, barınmasını, giyim ve korunma gereksinimleri ile sağlık ihtiyaçlarının karşılanmaması durumudur. Aşırı derece çocuğun ihmal edilmesi ölüm ile sonuçlanabilmektedir. (Koç ve Can, 2011; Polat, 2016).

#### **2.1.4. Adli Hemşirelik**

Hemşireliğin gelişmesiyle birlikte yeni çalışma alanlarına ihtiyaç duyulmuştur. Adli bilimlerin içinde yer alan adli hemşirelik bunlardan biridir. (Yelken ve ark, 2004) Uluslararası Adli Hemşireler Birliği (IAFN- The International Association of Forensic Nurses )’nin tanımına göre, Adli hemşirelik; “Hemşirelerin almış oldukları temel eğitimlerini, şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ile travma ve/ veya ölüm olgularındaki kurbanların muayenesi ve bilimsel olarak araştırılmasında adli alanda kullanmaları “ olarak belirtilmiştir. (Şentürk ve Büyükaslan, 2013).

Hastanelerde mağdur veya şüpheli ile ilk karşılaşan meslek grubu hemşirelerdir. Hemşirelerin adli tıp alanında yeterli bilgiye sahip olmamaları adli olaya karşı doğru yaklaşım göstermemelerine neden olmaktadır. Bu yüzden adli tıp alanında hemşirelerin eğitim alması adli olayın sürecine önemli etkileri olabilir. (Çilingir ve Hintistan, 2012).

#### **2.1.4.1. Dünyada Adli Hemşirelik**

Adli hemşireliğe yönelik ilk ve en eski belgeler Fransız Devriminden önce ortaya çıkmıştır. Hemşireler cinsel saldırı ve tecavüz olayları ile ilgilenmiştir. (Pınar ve Taşdelen, 2011; Lynch, 2006). 1970 yılında cinsel istismara uğrayan mağdurun muayenesi, kanıtların toplanması ve kaydedilmesine yönelik hemşirelik standartları belirlenmiştir. (Lynch, 2006). Cinsel istismara uğrayan mağdurlar ile çalışan hemşireler 1976 yılında “Cinsel Saldırı Muayene Hemşireleri ” [Sexual assault nurse examiners (SANE)] birliğini kurmuşlardır. Hastanın fiziksel değerlendirilmesi, adli muayenesinin yapılması, kanıtların toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik testler ve tedavinin uygulanması, adli raporun yazılması, hastanın öyküsünün tarafsız ve eksiksiz bir şekilde kayıt altına alınması, hastaya psikolojik destek tedavisinin sağlanması, delillerin korunması bir çok alanda eğitimler verilmiştir. (Akköz Ç ve Başer, 2012). Sağlık personelinin adli tıp bilgisinin yetersiz olması ve kanıtların doğru toplanmaması sebebiyle adli vaka sürecini olumsuz etkilediğini düşünen Dr. Harry McNamara 1987 yılında hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamaları içinde yer alması gerektiğini savunmuştur. (Çilingir ve Hintistan, 2012; Lynch, 2006). Ölüm olaylarının gerçekleştiği vakalarda hemşirelere yönelik olarak “tıbbi araştırmacı” programını açan Amerika Tıbbi Muayene Komisyonu Başkanı John C. Butt adli hemşirelik eğitiminin temellerini atmıştır. (Gökdoğan ve Altuncul, 2002). 1991 yılında Amerikan Adli Tıp Bilimleri Akademisi (American Academy of Forensic Science-AAFS) adli hemşireliği bilimsel bir

alan olarak kabul etmiştir. 1993 yılında cinsel saldırı vakalarını araştıran hemşireler adli hemşireliği geliştirmeyi ve yaygınlaşmasını sağlamak amacıyla Uluslararası Adli Hemşireler Birliği'ni (The International Association of Forensic Nurses-IAFN) kurmuşlardır. 1995 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) tarafından adli hemşirelik uzmanlık alanı olarak tanınmıştır. 1997 yılında ise adli hemşireliğin kapsam ve standartları belirlenmiştir. 1990'lı yılların ortasında bir çok ülkede adli hemşirelik lisans ve yüksek lisans ders programlarında okutulmaya başlanmıştır. (Çilingir ve Hintistan, 2012). 1995 yılında IAFN tarafından hazırlanan adli hemşireliğin kapsam ve standartları ANA tarafından onaylanmıştır. Bunun sonucunda başta Amerika olmak üzere dünyada resmiyet kazanmıştır. SANE ile başlayan ve IAFN'nin kurulmasıyla ivme kazanan adli hemşirelik uygulamaları IAFN tarafından hazırlanan adli hemşirelik kapsam ve standartlarının ANA tarafından onaylanmasıyla hem Amerika hem de dünya çapında resmiyet kazanmıştır (Pınar ve Taşdelen, 2011).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Almanya, Avustralya, Kanada, Güney Afrika, Japonya, Singapur, Suudi Arabistan gibi ülkelerde yargıya destek olmak amacıyla hemşireler görev yapmaktadır. Başta adli tıp olmak üzere seroloji, toksikoloji, narkotik gibi alanlarda suçun aydınlatılması ve suçlunun tespit edilmesini sağlamaktadır (Akköz Ç ve Başer, 2012). Amerika'da adli hemşireler kişinin tek başına muayene edilmesi, delillerin toplanması, rapor tutulması ve toplanan dosyanın hukuka teslimi gibi yasa ile belirlenmiş bir çok yetkileri bulunmaktadır. Bu görevlerin uygulanmasına yönelik ülkemizde yasa ile belirlenmiş herhangi bir uygulama bulunmamaktadır (Akköz Ç ve Başer, 2012).

#### 2.1.4.2. Türkiye’de Adli Hemşirelik

Ülkemizin ilk adli hemşiresi Mira Rana Gökdoğan 1997 yılında “Adli tıp ve hemşirelik eğitimi” adlı yüksek lisans tezi, adli hemşirelik alanının ilk tezidir. Bu tez ile hemşirelere adli bilim alanında eğitim verilmesinin öneminden bahsedilmiştir. (Çilingir ve Hintistan, 2012). Mira Rana Gökdoğan 1998 yılında San Diego’ daki Palomer Tıp Merkezi’nde SANE programına katılmıştır. (Fırat ve ark, 2016). Sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin fizik muayenelerinin uygun bir ortamda yapılması, laboratuvar örneklerinin alınması, eğitim alanlarının geliştirilmesi ile diğer hemşireler ile bu bilgilerin paylaşılması ve adli hemşireliğin temellerinin atılması amacıyla 2004 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı bünyesinde “Adli Hemşirelik Birimi” kurulmuştur. (Fırat ve ark, 2016).

Ülkemizde ilk kez 1995 yılında İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı’nda adli hemşirelik eğitimi başlamıştır. Bazı üniversitelerde adli hemşirelik ders olarak verilmektedir. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Selçuk üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Adnan Menderes Üniversitesi, Yeditepe Üniversitesi’nde lisans dersleri seçmeli veya zorunlu ders olarak okutulmaktadır. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda, “Adli Hemşirelik” yüksek lisans programı yürütülmektedir. (Çilingir ve Hintistan, 2012). Selçuk üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Adnan Menderes Üniversitesi, Yeditepe Üniversitesi, Marmara Üniversitesi gibi çeşitli üniversitelerin lisans ve lisansüstü eğitim programlarında seçmeli veya zorunlu ders

olarak yürütülmektedir. (Sakallı, 2018). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Adli Bilimciler Derneği ortak çalışması ile adli hemşirelik sertifika kursları düzenlenmiştir. Yoğun katılım sonucunda 25-28 Mart 2004 tarihleri arasında II. Adli Hemşirelik Kursu düzenlenmiştir. (Akköz ve Başer, 2012). 13-18 Eylül 2004 tarihinde Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu ve Adli Bilimciler Derneği önderliğinde "III. Adli Hemşirelik Kursu" düzenlenmiştir (Akköz ve Başer, 2012).

Adli tıp ve kanıtların belirlenmesi gibi birçok konuda eğitim almışlardır. Bu eğitimi alan hemşireler özellikle cinsel suçları ve çocuk istismarı vakalarını yakından takip etmişlerdir. (Çilingir ve Hintistan, 2012). Türkiye'de adli tıp ile alakalı hemşirelere eğitim programı oluşturulmamıştır. Bu alanda yetersiz bilgiye sahip olan hemşireler adli vakaya yaklaşımlarında sıkıntı yaşamaktadır. Ayrıca adli hemşireliğin görev tanımı ve işlevleri belirlenmemiştir. Bu yüzden adli vakanın tanımlanması ile başlayan süreci bu alanda uzmanlaşmamış hemşireler yürütmektedir (Lynch, 2006).

Adli vaka ile karşılaşma durumunda delillerin fark edilmemesi, delilleri toplama, saklama konusunda yetersiz kalınması, elde edilen delillerin kaybedilmesi gibi birçok istenmeyen durum yaşanmaktadır. (Lynch, 2006). Bu durum olayın aydınlanması noktasında sorun oluşturmaktadır (Gökdoğan, 2008; Şentürk ve Büyükaslan, 2013).

#### **2.1.5. Adli Hemşireliğin Çalışma Alanları ve Roller**

Adli hemşireliğin birden fazla alt uzmanlık alanına sahip olduğu düşüncesi 1997 yılında Uluslararası Adli Hemşireler Birliği'nin tanımında belirtilmiştir. Bu alanlar birbirinden farklı hemşirelik girişim ve deneyimleri içinde barındırmaktadır (Çilingir ve Hintistan, 2012).

Klinik adli hemşireliği, cinsel saldırı muayene hemşireliği, şüpheli ölüm araştırmacı hemşireliği, adli doğrulama hemşireliği, adli geriatri hemşireliği, adli yasalarda hemşirelik rehberliği danışmanlığı (hemşirelik hukuku danışmanı), adli hemşirelik araştırmacıları, adli pediatri hemşireliği ve adli psikiyatri hemşireliği bu uzmanlık alanları arasında yer almaktadır. Bu hemşirelere adli olayın yargılanması noktasında da ihtiyaç olduğundan görevleri genişletilmiştir (Çilingir ve Hintistan, 2012).

Adli hemşireliğin çalışma alanları IAFN tarafından şu şekilde açıklanmıştır:

- Kişiler Arası Şiddet
- Ev İçi Şiddet/Cinsel Saldırı
- Çocuk/Yaşlı İhmali Ve İstismarı
- Duygusal ve Fiziksel İstismar
- Alkol ve İlacın Kötüye Kullanımı
- Halk Sağlığı ve Güvenliği
- Çevre Kirliliği
- İlaç ve Gıda İstismarı
- Ölüm Araştırmaları
- Kanun Dışı Kürtaj
- Epidemiyolojik Çalışmalar
- Organ ve Doku Bağışı
- Travma- Acil Hemşireliği

- Araç ve Yaya Kazaları
- Travmatik Yaralanmalar
- İntiharlar
- İş Kazaları
- Ağır ve Ölümcül Travma
- Yaralanmalar/Kazalar/ İhmaller
- Malpraktis
- İnsan Hakları İhlalleri

(Sakallı, 2018; Eşiyok ve ark, 2004).

#### **2.1.5.1. Nezarethane ve Cezaevinde Ali Hemşirelik**

Nezarethane, ıslahevi ve cezaevlerinde mahkum olan kişilere danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan hemşirelere birçok ülkede Adli Doğrulama Hemşiresi denir. Bu hemşirelerin temel görevi bireyin sağlık açısından güvenli ortamını sürdürmektir (Sunmaz ve ark, 2008; Saunders, 2000; Pınar ve Taşdelen, 2011). Adli doğrulama hemşireleri genellikle, düşük eğitim düzeyine sahip, kendi sağlığına önem vermeyen, psikolojik sorunları olan, ailesi ile ilişkileri düzgün olmayan, saldırgan davranışlar sergileyen ve alkol/madde bağımlılığı olan insanlar ile birlikte çalışmaktadırlar. Suç ve suçlular ile birlikte dışarı ile iletişimin olmadığı izole bir ortamda toplum değerlerini koruyarak ve tarafsız davranarak çalışmak etik yönden çeşitli sorunlar oluşturabilir. Bu problemlerin oluşmaması için sağlık

personelinin özel eğitim alması gerekmektedir. (Akköz ve ark, 2012; Eşiyok ve ark, 2004; Sunmaz ve ark, 2008).

Mahkum cezavine gönderilmeden önce nezarethanede tutulur. Bu dönemde mahkumda alkol ve madde kullanıma bağlı olarak sağlık problemleri görülebilir. Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, astım gibi kronik hastalıkları olan mahkum ilaç gereksinimi duyabilir. Hemşire mahkuma reçete edilen ilaçların verilmesini, güvenli ilaç kullanımını, ihtiyacı olan sağlık koşullarının hastanelerde sağlanması noktasında yardımcı olur. Mahkuma karşı oluşabilecek kötü muamelelerin önlenmesini sağlar. Ayrıca hemşireler mahkemelerde bilirkişi olarak görev yapabilirler (Saunders, 2000; Pınar ve Taşdelen, 2011; Eşiyok ve ark; 2004).

#### **2.1.5.2. Adli Pediatri Hemşireliği**

Adli pediatri hemşireleri hastanelerin pediatri servislerinde bağımsız bir şekilde çalışan; çocuklara ihtiyacı olan bakımı verirken istismar, ihmal ve insan hakları gibi konuları inceleyen hemşirelik alanıdır. Bu hemşireler çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarında en önemli rolü istismara uğrama riski olan çocuğa ait özelliklerin belirlenmesi, istismarı önlemeye yönelik girişimlerin uygulanmasını sağlayarak yardım ve destek sunabilmesidir. Aile içi şiddete maruz kalan çocukların, hırpalanmış çocuk sendromu ve ani çocuk ölümü gibi olayların olma ihtimallerini incelemektedir. Bu çocuklara uygun tedavinin sağlanması, koruyucu hizmet veren kurumlara yönlendirilmesi, izlem ve rehabilitasyonunun sağlanması ve gerektiğinde tanık olarak görev almaktadır. Çocuğa yönelik yapılan istismarın erken tespiti ve multidisipliner yaklaşım ile çözülmesi çocuğun normal hayatına geri dönmesini kolaylaştıracaktır. (Çilingir ve Hintistan, 2012; Fırat ve ark, 2016; Akköz ve Başer, 2012).

### **2.1.5.3. Adli Geriatri Hemşireliği**

Adli geriatri hemşireleri; bedensel, psikolojik veya ekonomik olarak istismar ve ihmale uğrayan yaşlıların haklarını korumakla görevlidirler. Genelde yaşlı bakımevleri veya geriatri kliniklerinde çalışırlar. (Akköz ve Başer, 2012; Uysal, 2002). Yaşlılara yönelik istismar ve ihmal vakalarında fiziksel değerlendirme yapılması, rapor tutulması ve yaşlı bireyi olası istismar olgusuna karşı korumak için istismar konusunda bilgilendirilmesinde görev yapmaktadır (Lynch, 2006; Uysal, 2002). Ayrıca görevli personelede yaşlı istismarı konusunda eğitim verilerek bunun bir suç olduğu anlatılmalıdır (Uysal, 2002).

### **2.1.5.4. Olay Yeri ve Ölüm Araştırmalarında Adli Hemşirelik**

1970’li yıllardan itibaren Kanada ve Kuzey Amerika’daki adli hemşireler ölüm araştırmalarında yer almaktadır (Eşiyok ve ark, 2004). Sistem farklılıkları olmasına rağmen genel anlamda adli hemşireler; ölen kişinin muayenesinin yapılması, olay yerinin incelemesi ve fotoğraflanması, kanıtların eksiksiz bir şekilde toplanması, toplanan kanıtların uygun şekilde korunması, adli raporun hazırlanması, gerekli durumda tanıklık yapılması, ekibin diğer üyeleri ile iletişim halinde bulunarak doğru bilgi akışını sağlamaktadır. Ayrıca ölen kişinin yakınlarına bilgi ve destek verilmesine yardımcı olmaktadır (Çilingir ve Hintistan, 2012; Pınar ve Taşdelen, 2011; Eşiyok ve ark, 2004). Bunların yanı sıra bir sonraki adli olgunun otopsi ve diğer işlemlerinde ihtiyaç duyulacak yer ve aletlerin sterilizasyonunun yapılması gerekmektedir. Özel saklama koşullarında bulunması gereken malzemelerin kontrollerini de adli hemşireler yapmaktadır (Akköz ve Başer, 2012; Eşiyok ve ark, 2004, Sunmaz ve ark, 2008).

### 2.1.5.5. Adli Psikiyatri Hemşireliği

Ruhsal açıdan yeterli olup olmadığı bilinmeyen ve suç işleyen akıl hastası kişilerin tedavisi ve bakımı güvenli bir ortam sağlanarak yapılmalıdır. Akıl hastası olduğu için cezai yükümlülüğü olmadığı ileri sürülen bu kişilerin gözlemlerinin yapılması ve değerlendirilmesi noktasında uygun ortam sağlanmalıdır (Akköz ve Başer, 2012; Eşiyok ve ark, 2004, Sunmaz ve ark, 2008). Hukuk ve psikiyatrinin kesiştiği bu alan yargı organlarının incelediği olaylarda, incelenen hukuki olayın aydınlatılması için yargı organları tarafından görevlendirildiğinde, kişinin iradesinin bağımsız ve sorumlu olup olmadığının belirlenmesinde hukuka yardımcı olmaktadır (Pınar ve Taşdelen, 2011).

Psikiyatri hemşireliğinin alt dalı olan adli psikiyatri hemşireliği, suç işleyen psikiyatri hastalarının bakımı ile ilgilenen özel bir hemşirelik alanıdır. Bu alanda çalışan hemşirelerin sahip olması gereken bilgi ve beceriler tam olarak tanımlanmamasına rağmen genel psikiyatri hemşireliğinin sahip olduğu bilgi ve becerileri kapsamaktadır. Ayrıca bu hemşireler olası riskleri belirleme, öfke yönetimi, suç davranışlarını belirleme, terapötik ve güvenli alan sağlama becerilerine sahip olmalıdırlar (Akköz ve Başer, 2012; Eşiyok ve ark, 2004, Sunmaz ve ark, 2008). Adli psikiyatri hemşireliği hastayı fiziksel, mental, sosyal ve kültürel yönden ele alan bütüncül bir bakımdır. Hastaların, sosyal ve pratik yaşam becerilerini geliştirmeleri için destekleyerek teşvik etmektedirler ( Fırat ve ark, 2016). Kanada’da adli hemşirelere yönelik yapılan bir çalışmanın sonucunda en önemli iki alanın iletişim ve güvenliği korumak olduğu belirtilmiştir. Adli hemşireliği diğer hemşirelik alanlarından ayıran en önemli noktanın güvenliğe verilen önem olduğu belirtilmiştir (Eşiyok ve ark, 2004).

### 2.1.5.6. Cinsel Saldırı Muayenesinde Adli Hemşirelik

Hastanelerin acil servislerinde cinsel saldırıya uğramış kişilerin tanınmasına duyulan gereksinim sebebiyle, “cinsel saldırı muayenesi hemşireliği” oluşturulmuştur. İlk kez 1976'da Memphis, Tennessee'de cinsel saldırı hemşireliği eğitim programı başlamıştır. Cinsel saldırı muayenesinde görevli olan hemşire cinsel saldırıya maruz kalmış kişinin ihtiyaç duyduğu; fiziksel değerlendirme, yaralanmayı değerlendirme, adli muayene, fiziksel ve biyolojik delillerin toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalıkların değerlendirilmesi için gerekli testlerin yapılması ve tedavinin başlatılması, tecavüze bağlı oluşabilecek olası gebeliklerin önlenmesi, destek tedavilerin uygulanması, duygusal travmanın önlenmesi, kurbanın takibi ve rehabilitasyonunun sağlanması gibi konularda gerekli donanıma sahip olmalıdır. Ayrıca gerekli olan adli raporu yazarak gerektiğinde tanık olarak görev almaktadır. (Akköz ve Bşer, 2012; Eşiyok ve ark, 2008; Sunmaz ve ark, 2008; Fırat ve ark, 2016).

Cinsel saldırı muayenesinde yapılması gerekenler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Cinsel istismara uğrayan kişi hızlı bir şekilde sağlık kuruluşuna götürülmelidir.
- Cinsel istismara uğrayan kişinin tıbbi yardım gereksinimi değerlendirilir.
- Deliller kısa sürede toplanmalıdır.
- Kayıtlar doğru ve tam olarak tutulmalıdır.
- Mağduru tıbbi işlemlere hazırlar.
- Gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS açısından mağdura gerekli testler yapılmalıdır.

- Mağdur ve yakınları işlemler hakkında bilgilendirilir.
- Mağdurun dostluk ve güvenini kazanarak duyduğu fiziksel güven endişesini giderir.
- Mağdur, yaşadığı cinsel saldırı hakkında konuşması için cesaretlendirilir.
- Rutin kontrolleri için plan yapar.
- Normal yaşamına geri dönmesini sağlamak için gerekli danışmanlık hizmetlerini yapar. (Akköz ve Başer, 2012; Oskay ve Dikenci, 2005).

#### **2.1.5.7. Kişiler Arası Şiddette Adli Hemşirelik**

Şiddet, bir kişinin başka birine fiziksel olarak acı çektirmek veya kişiyi yaralamaya yönelik yapılan davranışlardır. Şiddet günlük yaşantı içerisindeki her alanda görülmektedir. Çocuğa, kadına ve yaşlıya yönelik suistimal, ihmal ve tecavüz olayları, okulda ve iş yerinde zorbalık, kişinin hayatına son verilmesi gibi farklı şekilde olmaktadır. Hemşireler toplumda görülen şiddet olgularının önlenmesi ve azaltılmasında etkili olabilirler. (Akköz ve Başer, 2012; Tel, 2002).

#### **2.1.5.8. Klinik Adli Hemşirelik**

Başta acil servisler olmak üzere hastanede bulunan tüm klinik servislerde görev yapan hemşirelerin fail veya kurban olan kişinin tıbbi kayıtlarının tam ve doğru yapılması, kişiye ait olan giysilerin uygun şekilde çıkarılıp saklanması, alkol, yasaklı maddelerin tespit edilmesi için numune alınmasını sağlarlar. Biyolojik delillerin tespit edilmesi, toplanması, kayıt altına alınması, uygun şekilde saklanması ve yetkili mercilere teslimini yaparlar (Akköz ve Başer, 2012; Eşiyok ve ark, 2004; Goll-McGee,1999). Eksik rapor ve kaydedilmemiş veriler olduğunda gerek görülürse doktorlar gibi hemşireler de tanık

olarak görev yapmaktadırlar. (Pıçakçıefe, 2004). Sirkülasyonun çok olduğu acil servis ve polikliniklerde adli vakaları tespit etmek, delil toplamak, rapor düzenlemek ve kişiye yol göstererek tedavisini sağlamak için adli hemşire bulunmalıdır (Gökdoğan, 2002).

#### **2.1.5.9. Adli Araştırma Hemşireliği**

Adli araştırma hemşireleri görevleri sırasında adli olay içerisinde mağdur olan kişinin çevresinde bulunan olguları araştırarak olayın çözülmesini sağlarlar (Akköz ve Başer, 2012; Sunmaz ve ark, 2008).

#### **2.1.5.10. Obstetri ve Jinekolojide Adli Hemşirelik**

Aile içi şiddete ve travmaya maruz kalan kadınların belirlenmesi, muayene edilmesi ve takibini yapmaktadır. Travmaya bağlı olarak oluşabilecek sorunların giderilmesi için kişiden doğru ve eksiksiz olarak anamnez alınması ve kayıt altına alınmasında görev yapmaktadır (Çilingir ve Hintistan, 2012).

#### **2.1.5.11. Şüpheli Ölüm Araştırmalarında Adli Hemşirelik**

Hemşire şüpheli ölüm araştırmalarında ekip arkadaşları ile sürekli iletişimde bulunarak olay yerinin incelenmesini ve olay yerinin fotoğraflarının çekilmesini sağlamaktadır. Topladığı kanıtları uygun şekilde koruyarak adli raporu hazırlamaktadır. Vefat eden kişinin yakınlarına bilgi vermekte ve gerekirse konu ile ilgili tanıklık yapmaktadır (Çilingir ve Hintistan, 2012).

#### **2.1.5.12. Okullarda Adli Hemşirelik**

Okullarda görevli olan hemşire; çocukları gözlemleyerek olası şiddet olaylarının belirlenmesini ve öğrencilere şiddet, istismar, intihar, yasaklı madde kullanımı gibi konularda eğitim vermekte görev almaktadır (Çilingir ve Hintistan, 2012).

#### **2.1.5.13. Tecavüz Kriz Merkezlerinde Hemşirelik**

Tecavüz ve kriz merkezlerinde görevli olan hemşire, tecavüze uğrayan bireyin gözlemlenmesi, muayenesinin yapılmasını ve kişiye ait olan kanıtları toplayarak bunların uygun şekilde korunmasını sağlamaktadır. Süreç boyunca tecavüze uğrayan birey ve onun yakınlarına tedavi hakkında bilgi vermektedir (Çilingir ve Hintistan, 2012).

#### **2.1.5.14. Adli Hemşirelikte Bilirkişilik**

Adli hemşireler, ihmal ve tıbbi uygulama hataları ile tıbbi kayıtların incelenme işlerini yürütmektedir (Çilingir ve Hintistan, 2012).

#### **2.1.6. Adli Değerlendirme Süreci**

Sağlık kurumlarında çalışan hemşireler adli vaka olayları ile ilk karşılaşan meslek grubudur. (Fırat ve ark, 2016). Bu nedenle hemşirelerin adli vaka değerlendirme sürecini bilmeleri gerekmektedir. Adli değerlendirme süreci; öykü alma, fiziksel muayene, kanıtın tanımlanması, kanıtın toplanması, kanıtın saklanması, kanıt koruma zincirinin sağlanması, kanıtın kayıt edilmesi ve krize müdahale süreçlerini yürütmektedirler (Özden ve Yıldırım, 2009).

##### **2.1.6.1. Öykü Alma**

Hastanın mevcut olan sağlık durumu ve buna verdiği tepkilerin belirlenmesi ve adli olguların değerlendirilmesinde hastanın öyküsünü almak önemlidir. Adli vaka olaylarında hemşire hastanın şikayetlerini dinledikten sonra olayın ne olduğu, nasıl olduğu, nerede ve ne zaman gerçekleştiğini sorgulamalıdır. Hemşire öykü alma sırasında hastayı yönlendirmemeli, sorduğu sorular açık ve anlaşılır olmalıdır. Tüm ifadeler

eksiksiz ve doğru bir şekilde kayıt altına alınmalıdır. (Yıldırım ve Berk, 2017; Özden ve Yıldırım, 2009; Birol, 2004; Çolak ve ark, 2003; Sakallı, 2018).

#### **2.1.6.2. Fiziksel Muayene**

“Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti” hakkında yönetmelik gereğince bir suça ilişkin delil elde etmek için şüpheli ve sanık üzerinde iç beden ve dış beden muayenesi tabip tarafından yapılabilir (Özden ve Yıldırım, 2009). Girişimsel olmayan tıbbî görüntüleme yöntemleri de bedenin dış muayenesi sayılır. Bu tür incelemeler tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir (Ceza muhakemesinde beden muayenesi; genetik incelemeler ve fizik kimliğin tespiti hakkında yönetmelik, 2005).

Fizik muayene sırasında hasta bilgilendirilmeli ve sözel onam alınmalıdır. Muayenenin yapılacağı odada yeterli aydınlanma sağlanmalı, oda başka kişilerden izole olmalıdır. Gerekli olan tıbbi malzemeler hazır bulundurulmalıdır. Hastanın isteğine bağlı olarak başka bir hemşire de muayeneye katılabilir. Hemşire fiziksel muayene sırasında sakin olmalı ve hastaya güven vermelidir. Adli vaka olduğu düşünülen hastanın muayene öncesinde banyo yapması ve üzerindeki kıyafetleri değiştirmesi engellenmelidir. Tüm bu işlemleri yaparken hemşire eldiven giymelidir. Eldiven giyilmeden toplanan delillerin kontamine olması ile yanlış sonuçların ortaya çıkması önlenmelidir (Yıldırım ve Berk, 2017; Özden ve Yıldırım, 2009; Birol, 2004; Çolak ve ark, 2003; Sakallı, 2018; Polat, 2006).

#### **2.1.6.3. Kanıtın Tanımlanması**

Hemşirelerin adli vaka konusunda bilgi ve tecrübesi çok önemlidir. Yeterli bilgiye sahip olan hemşirenin küçük detayları fark etmesi; hasta ve yakınının birbirinden farklı

ifadeleri, ses tonu, mimikleri ve vücut diline bakılarak adli vakanın aydınlanmasında yardımcı olacaktır. Hastaya ait olan fizik bulguları, yara durumu ve sözel ifadesi ile hastaya yapılan tedavi doğru ve eksiksiz bir şekilde kaydedilmelidir (Yıldırım ve Berk, 2017; Özden ve Yıldırım, 2009; Sakallı, 2018).

#### **2.1.6.4. Kanıtın Toplanması**

Fiziksel kanıt olarak sayılan kurşun, giysi, saç, tırnak, debris, tükürük, meni, ısırma izleri, kan, iplik, barut ve cam parçaları ile fiziksel kanıtların dışındaki intihar girişimi, şiddet, suistimal, kendine zarar verme gibi travmatik durumların incelenmesi adli vakalarda önemlidir (Özden ve Yıldırım, 2009; Lynch, 2006).

“Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti” hakkında Yönetmelik gereğince bir suça ilişkin delil elde etmek için şüpheli ya da sanığın vücudundan kan veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tırnak veya tükürük gibi örneklerin alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir. Hemşire fiziksel muayene, öykü alma ve hemşirelik bakımı sürecinde var olan kanıtları toplamalıdır. Kanıtları toplamadan önce hemşire mahkeme veya savcı kararı ve hastadan onam alması gerekmektedir (Özden ve Yıldırım, 2009; Lynch, 2006; Sakallı, 2018). Hastanın üzerinden düşebilecek olan kıl gibi küçük delillerin görülebilmesi için kıyafetlerini yere serilmiş beyaz veya kahverengi kağıt üzerinde ve ayakta durarak çıkarmalıdır. Bu esnada odadan çıkılmamalıdır. Hastanın üzerinden çıkardığı kıyafetlerin üzerindeki delillerin kaybolmaması için kıyafet silkelenmemelidir. Giysiler katlanmamalı, katlanması gerekiyorsa her bir katlanma arasına kağıt yerleştirilmelidir. Hastaya ait olan ayakkabılar da çıkarılmamalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Lynch, 2006).

Hastanın kıyafetlerine direkt dokunmak hemşirenin DNA'sının kalmasına neden olabilir. Bu nedenle hastanın kıyafetlerine mümkün olduğunca az dokunulmalı ve eldiven kullanılmalıdır. Hastanın kıyafetleri çıkarılırken yırtılmamalı ve kesilmemelidir. Kesme işlemi yapılacaksa yara bölgesinden uzakta ve kıyafetin dikiş kısmından kesilmelidir. Kağıt paketlere yerleştirilen delillere “kıyafetler kesildi” şeklinde yazılarak kart konulmalı veya hasta dosyasına kayıt edilmelidir. Sedyeye ile getirilen hastanın üzerinde çarşaf varsa delil olarak saklanmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Lynch, 2006). Adli vakaya karışmış olan kişi öldüyse giysileri üzerindeyken röntgen ışını ile ceset incelenmeli ve kişinin giysileri morgda çıkarılmalıdır (Sakallı, 2018). Hastadan kıl örneği veya cam parçası toplanacaksa el değmeden pens veya cımbız yardımıyla toplanmalıdır. Toplanan her örnek, ayrı kağıt paketlerde ve ağzı bant ile kapatılarak saklanmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Lynch, 2006). Paketin üzerine delillerin alındığı kişinin adı ve soyadı, alındığı tarih ve içinde ne olduğu yazılarak etiketlenip mühürlenmelidir (Sakallı, 2018).

Yaralanma vakalarında yaranın cinsi, yara alanı, büyüklüğü ve görüntüsü kayıt edilmelidir. Yarayı başka biri yapabileceği gibi bireyin kendisi de yapabilir. Vücudun el ile ulaşabileceği, sık kullandığı elin zıt tarafında oluşan yüzeysel, eşit derinlikte ve çok sayıda yaralar genellikle bireyin kendisinin neden olduğu yaralanmalardandır. Yara yeri pansumanı yapılmış ise pansuman malzemeleri saklanmalıdır. Silah yaralanmasında barut veya is örnekleri için yapışkan kağıt bant kullanılmalıdır. Bu örnekler kağıt veya fotoğraf üzerine konularak zarf içerisinde saklanmalıdır. Yara üzerinde mermi, bıçak gibi malzemeler varsa dikkatli bir şekilde çıkarılmalı ve kağıt zarf içine konulmalıdır. Ateşli silah yaralanması ve cinsel istismar vakalarında yara yerini yıkamak veya hastanın vücudunu silmek kanıtların kaybolmasını sağlar. Bu nedenle yara yerine bu şekilde

müdahalede bulunulmamalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Lynch, 2006). Hastada var olan ısırık izi ya da oral şiddete uğramış hastanın dili ve yanaklarından alınacak olan sürüntü örneği için steril su ile nemlendirilmiş steril swap kullanılmalıdır. Swapların hava ile teması kesilerek kuruması önlenmelidir (Özden ve Yıldırım, 2009; Lynch, 2006). Cinsel şiddet olaylarında her iki tarafa da inceleme yapılmalıdır (Sakallı, 2018). DNA kanıt bulma süresi 168 saate kadar olabilmektedir (Lynch, 2006). Mağdurdan; cinsel saldırının nasıl ve hangi yol ile gerçekleştiği, tarihi, saati, banyo yapma durumu, kıyafet değiştirip değiştirmediği, tuvalete çıkma durumu, son adet tarihi gibi bilgileri öğrenip kaydetmelidir. Hastanın üzerinde var olan spermleri incelemek için Wond'slamp kullanılmalıdır (Sakallı, 2018). Pubis kıllarını tarayarak, tırnak dibinden ise kürdan yardımıyla örnek alınmalıdır (McGillivray, 2005). Zehirlenme olaylarında mide yıkama sıvısından, uyuşturucu madde kullanım tespiti için idrar ve kan örneği 24 saat içinde alınmalıdır. 24 saati aşan durumlarda ise ilk 48 saatte idrar örneği alınmalıdır (Sakallı, 2018).

Kanıt toplama sırasında her delil için ayrı eldiven, maske ve bone giyilmelidir. Delil toplamada faydalanan tıbbi aletlerin temizliği %5 Hidrojen peroksitle sağlanmalıdır. Deliller toplanırken konuşulmamalı, sigara içilmemeli, yemek yenilmemeli, ağız ve burunla temasta bulunulmamalıdır. (Polat, 2014; Sakallı, 2018).

#### **2.1.6.5. Kanıtın Saklanması**

Adli vakalarda en büyük problem toplanan delillerin saklanması aşamasında olmaktadır. Bu nedenle hastanın kıyafetleri ve hastaya ait olan eşyalar gelişigüzel bir yerde bırakılmamalıdır. Hastaya ait olan kıyafetler yıkanmamalıdır. Polis dışında başka kişilere teslim edilmemeli, polis gelinceye kadar kilitli ve cam bir dolabın rafında

saklanmalıdır. Islak veya nemli olan delillerin paketlere yerleştirilmeden önce kuruması beklenmelidir. Kıyafetleri kurutmak için vantilatör gibi araçlar kullanılmamalıdır. Doğrudan güneş ışığına maruz bırakılmamalıdır. Mümkün olduğunca hava akımının olmadığı bir ortamda kuruması sağlanmalıdır. Islak veya nemli olan delilleri plastik malzeme ile paketlemek delillerin bozulmasına, çürümesine ve küflenmesine neden olur. Kağıt malzeme ile paketlemek ise hava dolaşımını sağlayarak delillerin uygun şekilde kurumasını sağlamaktadır. Bu nedenle plastik malzemelere göre delillerin paketlenmesi için kağıt malzemeler kullanılmalıdır. Biyolojik deliller +4 °C derecede, ayrı ayrı paketlenerek saklanmalıdır (Yıldırım ve Berk, 2017; Özden ve Yıldırım, 2009; Sakallı, 2018; Polat, 2006; Lynch, 2006).

#### **2.1.6.6. Kanıt Koruma Zincirinin Sağlanması**

Kanıt zincirinin korunması, delillerin toplanıp mahkemeye sunulmasına kadar geçen süre içerisinde güvenilir bir şekilde ulaşmasını sağlamaktır (Sakallı, 2018). Delillerin doğru ve eksiksiz bir şekilde korunması için aşağıdaki işlemler uygulanmalıdır: (Özden ve Yıldırım, 2009).

- Toplanan deliller kağıt paket veya zarf içine ayrı ayrı konulmalıdır.
- Delilin bulunduğu kağıt paket veya zarf, bant ile kapatılmalı ve mühürlenmelidir.
- Üzerine kişinin adı, doğum tarihi, protokol numarası, delilin ne olduğu, nerede ve ne zaman toplandığı ile gün ve tarih yazılmalıdır.
- Kanıtları toplayan kişinin adı, unvanı, hastanenin adı ve kliniği kayıt edilmelidir.
- Her bir kanıt ayrı ayrı kayıt edilmelidir.

- Delilleri toplayan personel ile delilleri teslim alan kişinin adı ve mesleki unvanı kayıt edilmelidir.

- Kanıt koruma zinciri; kan, sperm, idrar gibi biyolojik kanıtların yok olmasının önlenmesi için mümkün olan en kısa sürede tamamlanmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009; Sakallı, 2018).

#### **2.1.6.7. Kanıtın Kayıt Edilmesi**

Adli vakalarda delillerin toplanıp mahkemeye ulaşmasına kadar geçen süreçte en önemli noktalardan biri verilerin doğru bir şekilde toplanması ve kayıt altına alınmasıdır. Sağlık personeli bu süreçte yasal yükümlülüklerinin farkında olmalı ve ekip anlayışı içinde çalışmalıdır (Yıldırım ve Berk, 2017). Hemşire hastaya uygulanan tıbbi tedavileri, hastanın nasıl ve ne zaman geldiğini, mevcut durumunu kayıt içinde belirtmelidir. Hastada var olan yaranın rengi ve ölçüsü ile iyileşmesinin hangi aşamada olduğu belirtilmelidir. Cerrahi işlem yapıldıysa hastanın hangi bölgesine yapıldığı yazılmalıdır. Hastanın fotoğrafı ve vücut haritası gibi görsel kayıtlar çok önemlidir. Görsel kayıtların alınmasından önce hastanın rızası alınmalıdır. Kayıt alınan yazı kısaltma içermemeli, hastanın kendi sözleri ile oluşmalı ve okunaklı olmalıdır. Tüm bu notlar mümkün olan en kısa sürede tutulmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009).

#### **2.1.6.8. Krize Müdahale**

Adli vaka ile karşılaşan hemşire kendi değerleri doğrultusunda hastaya ön yargılı şekilde yaklaşabilmektedir. Bu nedenle hemşire, kendi duygularını fark edebilmeli ve olayı objektif olarak ele almalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009).

Hemşire, hastaya tüm işlemlerde hastanın anlayacağı şekilde kısa ve açık bilgiler vermelidir. Hasta ile güven ve saygıya dayalı bir bağ kurmalıdır. Çünkü hastanın olayı

eksiksiz bir şekilde açıklayabilmesi için bu çok önemlidir. Yine hastayı gözlemleyerek ihtiyacı olan psikolojik desteğin sağlanmasında yardımcı olmalıdır (Özden ve Yıldırım, 2009).

#### **2.1.7. Acil Servis Hemşiresinin Adli Vakalardaki Yasal Yükümlülükleri**

Hastanelerin acil servislerinde adli vakalar çok sık görülür. Bu nedenle acil serviste çalışan sağlık personeli adli vakaya karışan hastayı ilk gören, hasta ve yakınları ile ilk konuşan, kıyafetleri ile ilk kez temasta bulunan, tıbbi bakım ve tedavisini ilk yapan, laboratuvar örneklerini ilk alan kişidir. Bu nedenle acil servis hemşiresi; adli olgu olsun veya olmasın her kişiye adli vaka olarak yaklaşmalı, adli kanıtlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Ayrıca ileride yasal bir olay ile karşılaşma ihtimalini göz önüne alarak yasal yükümlülükleri hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Pınar ve Taşdelen, 2011; Sakallı, 2018).

Acil servis hemşiresi görev tanımı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hemşirenin görevi adli vakayı araştırmak veya yürütmek değildir. Acil servis hemşiresi adli vaka olabilecek olayların ilgili kurumlara bildiriminin yapılması, delillerin eksiksiz ve tam olarak toplanması, delillerin kaybolmasının önlenmesi ve kayıt altına doğru alınarak yasal zincirin devamlılığının sağlanmasına yardımcı olmalıdır. Ceza Muhakemesi Kanunu'nda (CMK) bu görevler açıkça belirtilmiştir. CMK Madde 75 göre: (3) İç beden muayenesi veya vücuttan kan veya benzeri biyolojik örnekler alınması, ancak tabip veya sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir. Diğer yasa ve yönetmeliklerde ise tüm yetki ve görev hekimlere verilmiştir (Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası, 2004; Sakallı, 2018; Lynch, 2006).

Acil servis hemşiresi adli vakaya karışmış olan hastanın öyküsünü eksiksiz bir şekilde almalı ve hastanın kendi sözel ifadesini kullanarak kaydetmelidir. Bu esnada hemşire

hastayı dinlerken tarafsız olmalıdır. Hastanın üzerinde kesik, ekimoz ve yara gibi fiziksel kanıtları vücut diyagramında göstererek doğru raporlama yapmalıdır. Tüm bu işlemler sırasında güvenliği sağlayarak diğer ekip arkadaşları ile iş birliği içinde olmalıdır (Sakallı, 2008).

Hastanın üzerinde olabilecek saç, iplik, kan lekesi, sperm, silah kalıntıları, boya, cam ve toprak parçacıkları gibi fark edilmesi zor olan maddelerin tanımlanmasını sağlamalıdır. Kan ve idrar tahlilleri ile mide içerikleri de ileride önemli olabileceği düşünülerek doğru bir şekilde toplanmalı ve kayıt altına alınmalıdır (Sharma, 2003; Sakallı, 2008; Lynch, 2006). Acil serviste tedavisi devam eden hastanın adli vaka olarak sayılan şiddet, kesici ve delici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, kadın, çocuk ve yaşlılara uygulanan cinsel ve fiziksel istismar ile ilaç ve besin zehirlenmesi olaylarından birini işlediği öğrenildiğinde hemşire tıbbi tedavisini yapmaya devam etmelidir. Aynı zamanda fiziksel delillerin kaybolmamasını sağlamalıdır (Lynch, 2006; McGillivray, 2005).

5237 sayılı TCK Madde 135 gereğince kişilerin özel hayatına ait olan bilgileri kaydeden kişiye altı aydan başlayarak 3 yıla kadar hapis cezası verilir. 5237 sayılı TCK Madde 136 gereğince kişinin özel hayatına ait olan bilgileri yasa dışı olarak elde eden veya başkasına veren kişilere bir yıldan başlayarak dört yıla kadar hapis cezası verilir. Bu bilgilere ulaşarak görevini kötüye kullanan kamu personeline ise 5237 sayılı TCK Madde 137 gereğince ceza oranı yarı oranda artar (Sakallı, 2008). Sağlık personeli sahte bir belge düzenlediğinde üç aydan başlayarak bir yıla kadar hapis cezası alır (5237 sayılı TCK Madde 210). (Sakallı, 2008). 5237 sayılı TCK Madde 257 gereğince kamu görevlisinin kamuya zarar veren, haksız çıkar sağlayacağı durumlarda altı ay ile iki yıl arasında hapis cezası alır. Görevi sırasında ihmal veya gecikmeye sebep vererek kişileri mağdur etmesi

durumunda üç aydan başlayarak bir yıla kadar hapis cezası alır (Sakallı, 2008). 5237 sayılı TCK Madde 279 gereğince bir suçun işlendiğini öğrenen kamu personelinin yetkili birimlere bildirimini yapmaması durumunda altı ay ile iki yıl hapis cezası alır. Aynı suçu kolluk kuvvetlerinde çalışan personel gerçekleştirmişse ceza yarı oranda artar (Sakallı, 2008) 5237 sayılı TCK Madde 280 gereğince bir suçun işlendiğini öğrenen sağlık personelinin yetkili birimlere bildirimini yapmaması durumunda bir yıla kadar hapis cezası alır (Sakallı, 2008).

### **2.1.8. Adli Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları**

Adli hemşirelik, hemşirelik görev ve sorumluluklarının yasal prosedürler ile birlikte yürütülmesi olarak tanımlanmaktadır (Gümüş ve Doğan, 2018) Genel anlamda adli hemşireliğin uygulama alanları ve rolleri belirlenmiştir. Bunlar analiz etme, tanı koyma, beklenen sonuçları tanımlama, planlama, girişim ve değerlendirme gibi tüm aşamaların yer aldığı hemşirelik süreci oluşturulmuştur (Lynch, 2006). Adli hemşireler hastanın tıbbi öyküsünü alma, fiziksel değerlendirme ve adli muayenesini yapma, delillerin toplanması, korunması ve güvenlik zincirinin oluşmasını sağlamaktadır. Ayrıca hastanın ihtiyacı olduğu psikolojik desteği sağlama, adli raporu yazma ve gerektiğinde mahkemede tanıklık yapma gibi görevleri yürütmektedirler (Gümüş ve Doğan, 2018).

Adli hemşirelerin çalışma alanlarını IAFN aşağıdaki gibi belirtmiştir:

- Yakın ilişkide olunanlardan şiddet (aile içi şiddet, yaşlı istismarı/ihmali, çocuk istismarı/ihmali)
- Cinsel saldırı
- Ölüm soruşturması

- Adli cezaevi hemşireliği şeklinde bir grupta yapılmıştır.

“adli ruh sağlığı”, “hukuk danışmanlığı”, “halk sağlığı”, “kitle afetleri ve güvenliği”, “acil durum/travma hizmetleri” ise adli hemşireliğin diğer çalışma alanları olarak belirtilmiştir (Gümüş ve Doğan, 2018).

Çocuk, yaşlı ve kadınlara yönelik gerçekleştirilen şiddet, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar vakalarını, trafik kazalarını, travmaya neden olan yaralanmalar, intihar girişimleri, iş kazası, insan haklarının ihlal edilmesi gibi bir çok alanda adli hemşireler görev almaktadır (Gümüş ve Doğan, 2018).

Ülkemizde 2007 yılında adli hemşireliğe yönelik değişikliğe gidilmiştir. 26510 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile hemşireler adli vaka olaylarında hastaların hemşirelik bakım ve tedavisine katılabilmekte ve yasal süreçte görev yapabilmektedir. 25.2.2007 tarihli ve 26510 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kapsamında, hemşireler adli hastalara bakım ve tedavi hizmeti sunmakta ve adli süreçte görev yapabilmektedir (Hemşirelik Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete, 2007). 25.4.2007.8.3.2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik yapılarak 7. maddesine eklenen 6. fıkrada “Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir” maddesi eklenmiştir. Bu madde ile hemşireler adli vakanın yürütülmesinde görev yapabilmektedir. Ülkemizde yasalar ile belirlenmiş ve görev tanımı yapılmış adli hemşireler bulunmamaktadır. Adli vakanın değerlendirilmesi özel eğitim almayan hemşireler tarafından yürütülmektedir (Yelken ve ark, 2004). 25.4.2007.8.3.2010 tarihli

ve 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik yapılarak 7. maddesine “Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir” fıkrası eklenmiştir. Adli olgularla karşılaşan hemşireler bu kapsamda hizmet sunmaktadır. Yönetmelikte hemşirelik girişimlerinin listelendiği bölümde, taciz ve tecavüz sonrası yönetimi (bireyin psikolojik olarak desteklenmesi, rehabilitasyonu, acil kontrasepsiyon, kanıt toplama vb.) konusu “hemşirelik kararı ile uygulanır” ve “hekim kararı ile uygulanır” şeklinde belirtilmiştir; ayrıca Bakanlıkça kabul edilen bir eğitim alınmasının zorunlu olduğu tanımlanmıştır (Fırat ve ark, 2016; Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

## **2.2. ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI OLGULARINA YAKLAŞIMLARI**

### **2.2.1. Çocuk**

En basit tanımıyla çocukluk; bedensel, ruhsal ve sosyal olarak olgunluğunu tamamlamayan bireyler olarak açıklanmıştır (Erkut ve ark, 2017). Türk Dil Kurumu sözlüğünde “çocuk” kavramı; “1. Küçük yaştaki erkek veya kız. 2. Soy bakımından oğul veya kız, evlat. 3. Bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız. 4. Genç erkek. 5. Büyükler arasında daha az yaşlı olan kişi. 6. Büyüklere yakışmayacak, daha çok küçüklerin yapabileceği gibi davranan kimse. 7. Belli bir işte yeteri kadar deneyimi ve yeteneği olmayan kimse.” olarak tanımlanmaktadır (TDK Sözlüğü) DSÖ; 10 yaşın altındakileri çocukluk, 10 ve 19 yaş arasındakileri ise ergenlik dönemi kapsamında ele almıştır. Yasalara göre ise 18 yaşına kadar her birey çocuk olarak kabul edilmektedir (Bülbul, 2004) Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne göre erken yaşta reşit

olma durumu gözetilmeden her insan on sekiz yaşına kadar çocuk sayılmaktadır (Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 2004)

Çocukluk dönemi her toplumda özel bir yere sahiptir. Her toplum kendi değer yargıları, kültürel tutumlarına göre çocukluk dönemine farklı yaklaşımlarda bulunmaktadır. Bu yüzden çocuk kavramının tanımı yapılırken tüm toplumları kapsayan genel bir açıklama yapmanın mümkün olmadığı görülmektedir (Sağlam ve Aral, 2016; Ahıoğlu, 2008; Öktem, 2012; Dirican, 2018) Ayrıca çocuğun tanımı biyolojik ve sosyolojik bilgiler ışığında ya da hukuku temel alarak yapılabilmektedir (Kök, 2002). Toplumun sahip olduğu sosyal ve ekonomik durum, kültürel değişiklikler çocuklar ile yetişkinleri birbirinden açık şekilde ayırmaktadır (Köksal, 2008).

### **2.2.2. Tarihsel Süreçte Çocuk**

İlkel toplumda yaşayan insanlar; vahşi hayvanlar, olumsuz hava koşulları, barınma ve beslenme ihtiyaçlarını karşılamadaki zorluklar nedeniyle bebek ve çocuklarını muhafaza etmekte sıkıntı yaşamışlardır. Güçsüz, hastalıklı çocukları ölüme terk etmişlerdir. Ayrıca aileye iş gücü bakımından daha az fayda sağladığını düşündükleri kız çocuklarını katletmişlerdir (Karadoğan, 2019). Yapılan bazı kazı çalışmaları sonucunda anne ve 2-3 yaşlarındaki kız bebeklerin beraber gömülü olduğu izlerine ulaşılmıştır (Başaranbilek, 1994). Antik Yunan ve Roma toplumlarında baba, aile içinde baskındır. İsteddiği zaman çocuğunu satabilir, terk edebilir, sakat bırakabilir ya da öldürebilirdi (Kocaer, 2006). Bu dönemde doğan bebekler 5. günün ardından aile üyesi olarak sayılmaktaydı. Çocuğu istemeyen aile başka birine evlatlık olarak verebilme veya çocuğu satma gibi haklara sahipti. Bu durum zaman içerisinde kölelik kavramının oluşmasına yol açmıştır (Karadoğan, 2019). Yunan ve Roma topluluklarında da diğer

toplumlarda olduğu gibi kız ve erkek çocuklar arasında eşitsizlik vardı. Erkek çocuk doğduğunda evin kapısını zeytin yaprakları ile süslerken kız çocuk doğduğunda kapıya yün topakları konulurdu (Karadoğan, 2019). Kız ve erkek çocuk arasındaki bu ayrım eğitimde de olmuştur. Erkek çocukların kız çocuklara göre daha zeki, olayları daha hızlı kavradıkları düşünülmektedir. Bu yüzden eğitim sadece erkek çocuklara verilmiştir (Erkut ve ark, 2017). Bu dönemde toplumsal statüde olan farklılıklar çocuklara verilen önemde de değişiklikler yaşanmasına sebep olmuştur. Yunan ve Romalı asiller çocuklarına güzel elbiseler giydirirlerdi. Erkek çocuklarının güçlü olması için onları fiziksel aktiviteye yönlendirirken, kız çocuklarını ileride güçlü erkekler doğurmaları ve savaşçı olabilmeleri için dans ve spora yönlendirmişlerdir (Erkut ve ark, 2017).

Aristo'nun; çocukluk insan yaşamı içerisinde bir felakettir tanımı Eski Yunan topluluklarının çocuğa ve çocukluğa bakış açısını göstermektedir (Sağlam ve Aral, 2016). Başka bir Yunan filozofu olan Augustin'e göre çocukluk, günahkar bir durum olarak görülmekteydi. Bu düşünce yapısı toplumu uzun süre etkisinde bırakmıştır. Öyle ki, bebeğin saldırarak annesinin memesini emmeye çalışması bencillik, kıskançlık, kibir gibi algılanmıştır. Bunlar çocuğun günahkar olarak görülmesine yol açmıştır (Karadoğan, 2019). Antik Maya toplumlarında anne bebek ile günde sadece üç kez ilgilenirdi. Çocuğu emzirmek için kucağına almak yerine zemine sırt üstü yatırıp üzerine eğilerek emzirirdi (Erkut ve ark, 2017).

Araplar kız çocuklarını diri diri toprağa gömer, Eskimolar çocuklarını buzlu suyun içine bırakır, Çin, Hindistan, Meksika ve Peru gibi toplumlarda çocuklarının güçlerini öğrenmek için nehre tek başlarına bırakırlardı (Kocaer, 2006). Orta Amerika'nın bazı kabilelerinde yağmur yağması için inançlarında var olan yağmur Tanrısı'na çocuklar kurban edilmiştir (Nasıroğlu, 2014). Diğer toplumların aksine Mısır'da yönetim gücü

erkeklerde olmakla birlikte soyun kadından gelmesiyle beraber kız çocukları da önemli bir yere sahiptir. Eğitim almış kız çocukları devlet yönetimine katılmıştır (Erdemir ve Palaz, 2012). Orta çağda çocuklar yetişkinlerin minyatürü gibi görülmektedir. O dönemin tablolarında kadının kucağında oturan, üzerinde yetişkin kıyafetleri olan minyatür çocuklar çizilmiştir. Çocuk bakımı ve çocuğu yetiştirme konusundaki bilgi eksikliği nedeniyle bebek ve çocuk ölümleri çok sık görülmekteydi (Sağlam ve Aral, 2016). Bu dönemde çocuklara oldukça kötü muamele edilir, çocuk bir eşya gibi görülürdü (Erkut ve ark, 2017). Çocuklar ülke güvenliği için inşa edilmiş büyük kalelere kapatılarak ağır cezalara çarptırılmıştır (Sağlam ve Aral, 2016). Çocuklara disiplinin hakim olduğu, çocuğun sosyal hayatını kısıtlayıcı hapisane benzeri okullarda eğitim verilmiştir (Karadoğan, 2019). Ortaçağ'da beş ve yedi yaş aralığında yetişkin olarak görülürdü. Yetişkinlerin oyunlarını oynar, şarkılarını söyler, kıyafetlerini giyerlerdi. İçki içmek ve kumar oynamak o yaşta ki çocuk için normal sayılmaktaydı. Aile yapısı ve kültürel değerlerde bugünle kıyaslayınca farklılıklar görülmekteydi. Çocukların yetişkinlerin cinsel ilişkilerini izlemeleri ve katılmalarının sakıncası olmadığı bilinmektedir (Karakuş, 2017). Bu dönemde çocuklar için özel hazırlanan kıyafetler bulunmamaktadır. Çocuğun yetişkin gibi algılandığı, hareketi kısıtlayan, cinsiyet ve statüyü ön plana çıkaran ağır kıyafetler giydirilirdi (Karakuş, 2017). Aristokrat ailelerin çocukları doğdukları andan itibaren hizmetçiler tarafından büyütülmüştür. Aristokrat anneye çocuk bakımının yakışmadığı düşüncesi yaygındı. Bu yüzden çocukluk döneminin ilk yıllarında anne ve baba çocuk ile ilgilenmezdi. Bu ailelerin çocuklarını itaatkar yetiştirmek için kırbaç ile dövmesi normal bir olay olarak karşılanmaktaydı (Karakuş, 2017).

İslamiyet öncesi Türk toplumlarında çocuğa önem verildiği, çocuğu olmayan ailelere kötü davranıldığı, babanın çocuk üzerinde velayet hakkının sonsuza kadar

sürmediği belirtilmiştir (Arı ve Karatepe, 2010). Türk İslam toplumlarının diğer toplumların aksine çocuğa önem verdiği görülmektedir. Özellikle yedi yaşına kadar kötülüklerden korunmaları gerektiği, çocuğa değer verilmesi gerektiği, ergenliğe erişine kadar özel eğitim verilmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (Sağlam ve Aral, 2016). Evlenmemiş erkek çocukların miras alma hakkı bulunmaktaydı. Ailede erkek çocuk olmadığında kız çocuklarına da mirastan pay verilmekteydi (İpek, 2012). İslam öncesi Arap toplumlarında kız çocukları diri diri gömülmekte ve miras hakkı bulunmamaktaydı (İpek, 2012). Yetişkinlerin çocuk üzerindeki en önemli sorumluluğunun onları iyi bir şekilde yetiştirmek olduğu belirtilmiştir (Tan, 1994).

Bulaşıcı hastalıkların fazlalığı, kıtlık ve savaş ortamından dolayı Geç Dönem Orta Çağ'da bebek ve çocuk ölümleri fazlaydı. Bu yüzden yedi yaşından küçük çocuklar aileye dahil edilmiyordu (Erkut ve ark, 2017). Rönesans döneminde çocukluk kavramı önem kazanmıştır (Erkut ve ark, 2017). Jean Jack Rousseau Emile' isimli kitabında çocuk hakları, temizlik ve bebek beslenmesi konularından bahsetmiştir (Erkut ve ark, 2017). Burjuva ailelerin çocuklarına yakın ilgi ve alaka göstermeleri 17. yüzyılda yazılan anı kitaplarında şaşkınlıkla bahsedildiği görülmüştür (Erkut ve ark, 2017). 18. yüzyılda İngiltere'de yaşayan bazı annelerin çocuklarını ezerek öldürdükleri söylenmektedir. (Kocaer, 2006). Özellikle Avrupa ülkelerinde 6 ile 12 yaş arasında olan çocuklar günde 12 saatten fazla çalıştırılmıştır. Fiziksel yapı ve boyutlarının uygun olmasından dolayı bellerinden bağlanan ip yardımıyla bacadan aşağı sarkıtılıp baca temizliği yaptırılmıştır (Erkut ve ark, 2017). Bu çocuklar Maden ocaklarında, fabrikalarda, demiryolu yapımında, sokaklarda, evlerde her türlü işte çalıştırılmıştır (Tat, 2016).

19.yüzyıl sonu ile 20.yüzyıl başı çocuklara ait kalıplaşmış düşünce ve uygulamaların kırılmaya başladığı dönem olmuştur. Teknoloji ve bilimdeki gelişmelerin

eğitimli insan gücüne olan ihtiyacı açığa çıkarması çocukluğun keşfedilmesini sağlamıştır (Erkut ve ark, 2017). Çocuklara özel çikolata ve tatlılar yapılmıştır. Çocuklara özel kıyafetler üretilmiştir. 1859 yılında Manchester’da çocuklara özel oyun alanı kurulmuştur (Erkut ve ark, 2017). 20. yüzyılda çocukla ilgili tarihsel süreç kronolojik olarak incelendiğinde;

1912 yılında Amerika’da ırk ve statü farkı gözetmeden tüm çocukların sağlığı ile ilgilenen çocuk bürosu kuruldu.

1924 yılında Milletler Cemiyeti ‘Çocuk Hakları Cenevre Bildirisi’ni çıkardı. Çocuklara yönelik çıkarılan bu bildiri 2. Dünya Savaşı’nın çıkması ile uygulamaya geçirilemedi.

1946 yılında tüm dünyadaki çocukların şartlarını düzeltmek ve acil ihtiyaçlarını gidermek amacı ile Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF: The United Nations International Children’s Emergency Foundation) kuruldu.

1948 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından DSÖ kuruldu.

1948 yılında Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi kabul edildi. Bildirge’nin 25. maddesi anne ve çocukların özel bakımı ile yardım alma haklarını içeriyordu.

1948 yılında Paris’te Uluslararası Çocuk Merkezi kuruldu.

1959 yılında 14. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda ‘Çocuk Hakları Evrensel Bildirgesi’ kabul edildi

1978 yılında Alma-Ata Konferansında ‘Temel Sağlık Hizmeti (TSH)’ kavramı ortaya atıldı.

1979 yılı tüm dünya çocuklarının sorunlarını giderme, haklarını koruma, ihtiyaçlarını karşılama amacıyla ‘Uluslararası Çocuk Yılı’ olarak ilan edildi.

1982 yılında DSÖ ve UNICEF az gelişmiş ülkelerde Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik ‘Çocuk Sağ Kalım Devrimi’ veya ‘Çocuk Yaşatma Seferberliği’ adı verilen bir programın uygulanmasını önerdi.

1985 yılı Birleşmiş Milletler tarafından ‘Gençlik Yılı’ olarak kabul edildi

1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda ‘Çocuk Hakları Sözleşmesi’ kabul edildi.

1990 yılında Türkiye Çocuk Hakları Sözleşmesini imzaladı. 1995 tarihinde ise Resmi Gazete’de yayınlarak yürürlüğe koydu

1990 yılında New York’ta Çocuklar için Dünya Zirvesi toplandı. 2000 yılında ulaşılabilecek hedefleri içeren bir eylem planı imzalandı.

1999 yılında ILO tarafından Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinin Yasaklanması ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Derhal Alınacak Önlemlere İlişkin Sözleşme kabul edildi.

2000 yılında Birleşmiş Milletler Bin yıl Kalkınma Hedefleri’nde özel olarak çocuklara ilişkin hedeflere de yer verdi.

2002 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Özel Çocuk Oturumunu gerçekleştirmiştir.

2002 yılında 12 Haziran günü ILO tarafından ‘Çocuk İşçiliğine Karşı Dünya Günü’ olarak kabul edilmiştir.

Her yıl 20 Kasım'da 'Evrensel Çocuk Günü' (Universal Children's Day) veya 'Çocuk Hakları Günü' kutlanmaktadır (Erkut ve ark, 2017).

### 2.2.3. Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çocuğun doğduğu zamandan itibaren eşit ve özgür birey olarak yetişmesi, sahip olduğu temel hak ve sorumluluklarının farkında olması gerekmektedir. Çocuk hakları dünya üzerindeki tüm çocukların fiziksel, psikolojik, sosyolojik ve politik açıdan sahip olduğu hakların tümünü kapsayan genel bir kavramdır (Uçuş ve Şahin, 2012). Genel anlamı ile tarihe bakıldığında çocuk haklarına yönelik dört önemli belge bulunmaktadır. Bunlar;

- 1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi
- 1959 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi
- 1963 Türk Çocuk Hakları Bildirisi
- 1989 Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi (Uçuş ve Şahin, 2012).

#### 2.2.3.1. Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi

Çocukların uluslararası düzeyde ele alındığı, uygun koşullarda yaşatılmaları ve korunmalarını içeren beş maddelik Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi çocuk haklarına yönelik atılan ilk adımdır. 1928 yılında Mustafa Kemal Atatürk tarafından Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi imzalanmıştır (Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Ulusal İlk Rapor, 1999). İkinci Dünya Savaşı'nın başlaması ile Milletler Cemiyeti'nin geçerliliğini kaybetmiştir. Bu nedenle Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesinin yaptırımını kalmamıştır (Kurt, 2016).

### **2.2.3.2. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesi**

20 Kasım 1959 tarihinde kabul edilmiştir. Çocuklara karşı ayırım yapılmaması, çocuğun özgürce hareket etmesi, çocuğun kimlik ve vatandaşlık hakkını kazanması, çocuğun sosyal haklarından faydalanması, engelli ve bakım gereksinimi olan çocuklara ihtiyacı olan bakımın sağlanması gibi 10 maddeden oluşmaktadır (Kurt, 2016).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirgesinin de Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi gibi yaptırım gücü olmamıştır. Devletler arasında çocukları korumaya yönelik gerçekleşen iyi niyet göstergesinin önüne geçememiştir (Kurt, 2016).

### **2.2.3.3. Türk Çocuk Hakları Bildirisi**

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi esas alınarak Türk Çocuk Hakları Bildirisi hazırlanmıştır. 28 Haziran 1963 tarihinde UNESCO Türkiye Milli Komisyonu 7. Genel Kurulunda kabul edilip yürürlüğü girmiştir (Kurt, 2016). Bu bildiride anne, baba ve devletin çocuk üzerindeki sorumluluklarından bahsedilmektedir (Kurt, 2016)

### **2.2.3.4. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi**

20 Kasım 1989'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kararı ile Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi yürürlüğe girmiştir. Türkiye Çocuk Haklarına dair Sözleşme'yi 1990 yılında imzalamıştır. 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete' de yayımlanarak 4058 sayılı yasa ile yürürlüğe girmiştir (Örün ve Tatlı, 2012). Sözleşme önsöz ve üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, 18 yaş ve altındakiler çocuk sayılmakta, çocukların sahip olduğu haklar ve devletin sorumlulukları anlatılmaktadır (madde 1–41) (Kara, 2010). İkinci kısımda, sözleşmede çocuklara yönelik yer alan hakların devletler tarafından her bireye öğretilmesi gerekliliği anlatılmaktadır. (madde

42) (Kara, 2010). Üçüncü kısımda, sözleşmenin yürürlüğe girmesi ve sözleşmeye uyulması bulunmaktadır (madde 43–54) (Kara, 2010)

Çocuk Hakları Sözleşmesi 54 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler ile dünya üzerinde yaşayan her çocuğun yaşam standartlarını ve çocuğun sahip olduğu hakları istenilen düzeye getirme amaçlanmaktadır. Çocuğun nerede doğduğuna, kim olduğuna, cinsiyetine, dinine ve kökenine bakmadan bütün çocukları eşit gören ve eşit haklara sahip olduğunu savunan maddeler içermektedir. Sözleşme aile, toplum, okul, devlet gibi çocukla alakalı tüm kişi ve kurumları ele almaktadır. Bu kişi ve kurumların çocuk üzerindeki sorumlulukları açıklanmaktadır (Uçuş ve Şahin, 2012). Çocuk Hakları Sözleşmesinin 16. Maddesinde doğuştan bütün çocukların yaşama ve gelişme hakkı olduğundan, bu hakkın güvence altına alınması gerektiğinden bahsedilmektedir (Kara, 2010). Çocuk Hakları Sözleşmesi 19. Maddede, çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar çocuk üzerindeki haklarını kullanırken çocuklara zarar verecek şekilde girişimde bulunamazlar (Acehan ve ark, 2013). Çocuk Hakları Sözleşmesinin 24, 26 ve 27. Maddelerinde çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan sağlıklı gelişimi için yiyecek, giyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması ve hastalık durumunda mümkün olan en iyi koşullarda sağlık hizmeti almasından bahsedilmektedir (Kara, 2010). Çocuk Hakları Sözleşmesinin 34 ve 36. Maddelerinde ise çocuğun fiziksel ve cinsel istismardan korunması anlatılmaktadır (Kara, 2010). Çocuk Hakları Sözleşmesi 39. Maddede, silahlı çatışmada mağdur olan çocukların beden ve ruhen sağlıklarının korunması ve kaybedilen sağlıklarına tekrar kavuşulması için taraf devletlerin önlem almaları gerekliliği açıklanmaktadır (Acehan ve ark, 2013).

Çocuk hakları yaşamsal haklar, gelişme hakları, korunma hakları ve katılma hakları olarak dört başlık altında sınıflandırılmaktadır:

1.Yaşamsal Haklar: Çocuğun temel gereksinimlerinden olan beslenme, barınma, sağlık hizmetlerinin karşılanması, yaşama ve standartlara uygun yaşam sürme hakları olarak tanımlanmaktadır.

2. Gelişme Hakları: Eğitim, oyun, dinlenme, bilgi edinme hakkı ve din, vicdan, fikir özgürlüğünü kapsamaktadır.

3. Korunma Hakları: Çocuğun fiziksel, duygusal, cinsel istismardan ve ihmalden korunması, ilaç ve madde bağımlılığından uzak tutulması, mülteci çocuklar ve çocuk işçi konularını kapsamaktadır.

4. Katılma Hakları: Çocuğun ailede ve toplumda yer edinmesine yönelik geliştirilen haklardır. Bir konu üzerine fikirlerini özgürce açıklama, kendisinin dahil olduğu konulara katılım gösterme, dernek kurma gibi haklar katılma hakkı olarak sayılmaktadır (Uğurlu ve Aksoy, 2014).

Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin temel ilkeleri;

- 1) 18 yaşına kadar her birey çocuk olarak görülmektedir.
- 2) Gereksinimleri yaş ve olgunluk ile gelişen bireyler çocuk olarak sayılmaktadır.
- 3) Çocuğu ilgilendiren her kararda çocuğun fikri ve görüşlerine başvurulmalıdır.
- 4) Çocukla ilgili her işlemde ‘çocuğun yüksek yararı’ göz önünde bulundurulmalıdır.
- 5) Çocuklar doğdukları andan itibaren eşit olarak tüm haklardan faydalanırlar.
- 6) Çocuğun sorumluluğu anne ve babaya aittir. Devlet anne ve babaya çocukları üzerindeki sorumluluklarını yerine getirirken destek olur. Anne ve baba çocuklarına karşı

sorumluluğu yerine getirmediği durumda devlet çocuk üzerinde sorumluluğu üstlenir. (Kara, 2010).

#### **2.2.4. Çocuk İstismarı ve İhmali**

Çocuk istismarı ve ihmali, anne, baba ya da çocuğa bakan kişi tarafından çocuğa yönelik olarak uygulanan, çocuğun gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar olarak tanımlanmıştır. Bu davranışların sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesine, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesine neden olmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007). Bu eylemler kasıtlı olarak oluşmaktadır (Ünal, 2008). 1860 yılında Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tıbbi tanım olarak cinsel istismarı ilk kez açıklamıştır. Cinsel istismarın genel anlamda anlaşılması 1970’li yıllarda ortaya çıkmıştır. 1980’li yıllardan sonra duygusal istismarın varlığı anlaşılmıştır. Duygusal istismarın cinsel ve fiziksel istismar kadar önemli olduğu belirtilmiştir (Acehan ve ark, 2013). 2002 yılında Amerikan Psikoloji Birliği çocuk istismarı ve ihmali için çocuğu sosyal ve duygusal olarak etkileyen sağlık problemi olarak tanımlamıştır (Dereobalı ve ark, 2013). 1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü, çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar” olarak tanımlamıştır (Dilsiz ve Mağden, 2015).

Günümüzde çocuk istismarı ve ihmali olguları oldukça sık görülmektedir. Çeşitli yaralanmalara, sakatlıklara hatta ölümlere yol açan bu durum önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Turhan ve ark, 2006).

### 2.2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sınıflandırılması

Çocuk istismarı ve ihmali çocukta oluşturduğu kalıcı izlere bakıldığında önemli bir sağlık sorunudur. İstismar ve ihmal vakalarının büyük bir kısmının gizli kalması problemi daha fazla arttırmaktadır. Kayıtlarda yer alan çocuk istismarı ve ihmali vakaları gerçek sayıyı yansıtmamaktadır. İstismarı gerçekleştiren kişiyi korumak, damgalanmaktan korkmak veya polis, sağlık çalışanı, sosyal çalışmacı gibi meslek üyelerinin istismarı fark edememesinden kaynaklı olarak açığa çıkmayan birçok vaka olduğu düşünülmektedir. Bu personelin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaması çocuk istismarı ve ihmali vakalarının tespitinde önemli bir engel oluşturmaktadır (Gölge ve ark, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü istismarı fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere dört başlık altında açıklamıştır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009) Bazı kaynaklarda çocuğun haklarını karşılamayan, gelişimine engel olan koşullarda düşük ücret ile çalışması veya çalıştırılması ekonomik istismar olarak belirtilmektedir (Işıklı, 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine bakıldığında yetişkinlerin %25'inin çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kaldığı, kadınların %20'sinin, erkeklerin %8'inin çocukluklarında cinsel istismara uğradıkları tespit edilmiştir. 15 yaş altında olan 31.000 çocuğun istismar nedeniyle öldüğü belirtilmiştir (Bakır ve Kapucu, 2017) Türkiye'de 2010 yılında UNİCEF tarafından yapılan çocuk istismarı ve aile içi şiddete yönelik yapılan çalışmada duygusal istismara uğrayan 7-18 yaş aralığındaki çocukların oranı %51, fiziksel istismara uğrayan çocukların oranı %43 ve cinsel istismara uğrayan çocukların oranı %3 olduğu bildirilmiştir (Bakır ve Kapucu, 2017; Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor, 2010).

Çocuk istismarı ve ihmali dört ayrı başlık altında incelenmektedir:

#### **2.2.5.1. Fiziksel İstismar**

Genel anlamıyla 18 yaşından küçük olan çocuğun kaza dışı bir sebepten dolayı yaralanması olarak tanımlanmaktadır. Bu yaralanma çocuğa bakmakla yükümlü olan kişinin cezalandırması, öfke boşaltması ya da çocuk üzerinde itaati sağlaması şeklinde olabilmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007). El veya bir alet ile vurarak olabileceği gibi itme, sarsma, ısırma şeklinde de olmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Kaza dışı gerçekleşen yaralanmalarda en çok döverek fiziksel istismar gerçekleşmektedir (Kara ve ark, 2004).

Bunun yanı sıra yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi, boğulma, prenatal şiddet sonucu yaralanma veya fetal ölümler ile Sarsılmış Bebek Sendromu ve Munchausen by proxy (Pole) Sendromu fiziksel istismar vakalarında görülen yaralanmalardır. Kadının hamileliği sırasında alkol ve uyuşturucu kullanımına bağlı bebek ölümleri de istismar içinde ele alınmaktadır (Geçkil, 2017).

Kişilerin fiziksel istismarı doğru tanımlayamaması, yasaları bilmemesi, mahkemeye gitmek istememesi, rapor yazmada sıkıntı yaşaması gibi nedenlerden dolayı çoğu vakanın bildirimi yapılmamaktadır. Bu sebeple istatistik verileri rapor edilmeyen vakaları kapsamadığı için fiziksel istismar görülme oranı tam olarak bilinmemektedir. Buna rağmen fiziksel istismar vakalarının çok fazla olduğu görülmektedir (Geçkil, 2017). Fiziksel istismar dört ve sekiz yaş arasında daha çok görülmekle birlikte yaş arttıkça fiziksel istismara uğrama oranı düşmektedir. Aile içinde yaşanan bu şiddeti en çok annelerin uyguladığı görülmektedir. Küçük yaştaki çocuklara en çok anneleri fiziksel istismarda bulunurken, ergenlik çağındaki çocuklara ise babaları tarafından fiziksel

istismarda bulunulduğu saptanmıştır. Ergenlik çağında olan kız çocuklarının fiziksel istismara daha fazla maruz kaldığı görülmektedir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Yaralanma şikayeti ile hastaneye başvuran her çocukta fiziksel istismar olasılığı düşünülmelidir. Şüpheli vakalarda ayrıntılı öykü alınmalı, fiziksel muayene yapılmalı, kan ve radyolojik tetkikler değerlendirilmelidir (Tıraşçı ve Gören, 2007). Çocuğu hastaneye geç getirme, çelişkili öykü verme, tekrar eden yaralanmalar, istismarı başkasının gerçekleştiğini söyleyen ebeveyn öyküsü ve anne babanın aşırı ilgisiz veya kaygılı tutumu fiziksel istismarı düşündürmelidir (Tıraşçı ve Gören, 2007). Fizik muayenede ise baldır ve bacaklardaki morluklar, genital bölgedeki morluklar, değişik iyileşme evrelerindeki yumuşak doku hasarları, el izi, ısırık izi gibi özel izler, çok sayıda sigara yanıkları, perine ve kalçadaki yanıklar, karaciğer ya da dalak yırtılmasına yol açan künt karın travması, sefal hematoma, subperiostal kanama, epifizde ayrılma, metafiz kırığı, periostal kalsifikasyon gibi radyolojik bulgular, retinal kanama, ayrılma, lens dislokasyonu gibi göz hasarları, çoklu kosta kırıkları, çekme ile meydana gelen timpanik zar yırtılması ile giden kulak hasarları ile kol ya da bacağın bükülmesi ile oluşan spiral kırıklar fiziksel istismarı akla getirmelidir. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda yeme bozuklukları, öz saygıda düşüklük, evden kaçma, korku, çekingenlik, depresyon, öfkeli olma, iletişim ve yakın ilişki kuramama, kendi kendine zarar verme, intihar düşüncesi, istismar davranışı içeren davranışlar, bilişsel yetilerde bozukluk ve okul başarısında düşüklük çok fazla görülmektedir. (Kayter ve ark, 2018; Taner ve Gökler, 2004)

Hemşirelik bakımı; var olan istismarın tanınması, önlenmesi ve istismarın tekrar etmesini önlemeye yönelik girişimleri kapsamaktadır (Geçkil, 2017). Fiziksel istismar vakalarına çok yönlü tedavi uygulanmalıdır. Çocuk, aile ve çevre ayrı ayrı

değerlendirilmelidir. Tedavi çocuğa zarar veren durumdan korumayı ve aile ile iletişim ve ilişkinin güçlenmesini sağlamayı kapsamaktadır (Taner ve Gökler, 2004).

#### **2.2.5.2. Duygusal İstismar**

Duygusal istismar; anne, baba veya çocuğun etrafındaki diğer yetişkinlerin çocuğun yapabileceklerinden fazlasını bekleme ve çocuğa karşı saldırgan tutum içinde olması durumudur (Tıraşçı ve Gören, 2007). Yetişkin birey tarafından gerçekleştirilen eylem ya da eylemsizlik sonucunda çocuğun kişiliğinin zedelenmesi ve duygusal gelişiminin engellenmesi durumları gözükmemektedir. Duygusal istismar fiziksel ve cinsel istismarın olduğu her olguda görülmektedir (Şahiner ve ark, 2001). Tespit edilmesi zor olan duygusal istismarın görülme oranı net olarak bilinmemektedir. En çok 6 ve 8 yaş arasında görülmekle birlikte ergenlik dönemine kadar devam etmektedir. Duygusal istismara neden olan kişiler genellikle çocuğun birinci dereceden yakınları olmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Çocuğa yönelik fiziksel şiddet, korkutma, bağırma, tehdit etme, aşağılama, reddetme, yalnız bırakma, sevmeme, kardeşler arasında ayırım yapma, küçük düşürme, alaylı konuşma ve çocuğun küçük yaşta çalıştırılması duygusal istismara neden olmaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007)

Duygusal istismar yaşayan çocukta enüresis, enkopresis, iştahsızlık, parmak emme, sallanma, uyku problemleri, saldırgan veya pasif davranışlar sergileme, sürekli şikayet etme, yaşından büyük veya küçük davranışlarda bulunma, intihar, öğrenme güçlüğü, dikkat dağınıklığı ve gelişim geriliği problemleri görülmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Kaytez ve ark, 2018; Dilsiz ve Mağden; 2015). Duygusal istismara yönelik tedavi çocuk, aile ve çevre faktörlerinin ele alındığı kapsamlı bir çalışma ile yürütülmelidir (Taner ve Gökler, 2004).

Anne yaşının küçük olduğu, sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu, ebeveynlerin alkol veya uyuşturucu kullandığı risk gruplarına destek sağlama amaçlı ev ziyaretleri yapılmalıdır. Ev ziyaretleri ile aileye psikososyal eğitim sağlayarak ev ortamı ve çocuk davranışlarını iyileştirmek amaçlanmaktadır. Kapsamlı eğitim planı ve medyanın gücü kullanılarak yapılacak olan eğitimler ile ailelerin farkındalık düzeyi arttırılabilmektedir (Dinleyici ve Şahin, 2016). Duygusal istismarın tedavisinde çocuğun yaşına ve gelişimine uygun bireysel terapi ile ebeveynlere yönelik eğitimi kapsamaktadır. Psikolojik rahatsızlıkların eşlik ettiği durumlarda tedavide ilaç kullanılabilmektedir. Sağlık çalışanları, akraba, öğretmen gibi kişiler çocuğun kaygı ve korkularını gidermeye çalışmalı, rol model olarak davranışlarını düzeltmesine yardımcı olmalıdır (Dinleyici ve Şahin, 2016).

#### **2.2.5.3. Cinsel İstismar**

Cinsel istismar, yetişkin bir kişinin cinsel ihtiyaçlarını çocukları kullanarak karşılaması olarak tanımlanmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). 1978 yılında Ruth ve Henry Kempe ilk kez çocuklara yönelik cinsel istismarı tanımlamışlardır. Bu tanıma göre “bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay veremeyecekleri, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde kullanmak” olarak açıklamışlardır. Uluslararası Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Derneği tanımına göre; çocuktan yaşça büyük yetişkinin cinsel haz sağlamak amacıyla rıza yaşının altında olan çocuktan yararlanması veya bu duruma göz yumulması şeklinde açıklanmıştır (Acehan ve ark, 2013). Bir başka tanımda ise çocuğun kendisinden en az altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel haz amacıyla zorla veya ikna edilerek kullanılması durumu olarak belirtilmiştir (Hancı, 2002). Sözel taciz, cinsellik içerikli telefon konuşmaları, çocuğun cinsel ilişki sırasında yaşananlara şahit

olması, teşhircilik ve röntgencilik gibi kişinin tensel teması olmadan gerçekleşebilmektedir. Ayrıca çocuğun fuhuşa yönlendirilmesi, uygunsuz fotoğraflarının yayılması, çocuğa pornografik film seyrettirme, şiddet, cinsel organları okşama ve oral seks gibi eylemler cinsel istismar olarak ele alınmaktadır (Kaytez ve ark, 2018; Tıraşçı ve Gören, 2007). Cinsel istismar çocuklara yönelik gerçekleştirilen istismar türlerinin içinde en zor teşhis edilen durumdur (Tıraşçı ve Gören, 2007). Cinsel istismar vakalarının sadece %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. Ortaya çıkan olgulara rağmen cinsel istismar olgularına sık rastlanmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Tüm sosyoekonomik düzeylerde görüldüğü belirtilmektedir (Hedin, 2000).

Bu olgular aile içinde yaşanan cinsel istismar vakaları ve aile dışında yaşanan cinsel istismar vakaları olarak iki ayrı şekilde ele alınmaktadır. Aile içinde yaşanan bu olayların % 80'ini çocuğun önceden tanıdığı akraba, komşu, arkadaş gibi yakın çevrede yaşayan kişiler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir (Kozcu, 1991). 1986 yılında Emslie ve Rosenfeld aile içinde yaşanan cinsel istismar vakalarına yönelik yaptıkları çalışmanın sonucunda, üst ve orta sınıfta en çok kardeşler arasında, alt sınıfta ise daha çok baba-kız arasında aile içi cinsel istismar olguları görülmüştür. Bu vakalar çocuk için ağır travmaya, çocukta sosyal ve psikopatolojik izler kalmasına sebep olmaktadır (Dilsiz ve Mağden, 2015). Ebeveynlerin boşanması, aile içi şiddet, yetişkinlerin alkol veya uyuşturucu kullanımı, cinsel sorunlar, sosyal izolasyon, rol çatışması, baskın ve koşulsuz söz tutmak isteyen anne baba modeli ailede çocuğa yönelik cinsel istismar vakalarını arttıran nedenler olarak görülmektedir. Çocuğu ile tek başına ilgilenen babalarda istismar vakaları daha az görülmektedir (Taner ve Gökler, 2004; Tıraşçı ve Gören, 2007).

Cinsel istismara uğrayan çocuklarda; tekrarlayıcı, rahatsız edici düşünceler, olayla ilgili kabuslar, korkular, uykuya dalma güçlüğü, öfke patlamaları, çocuğun yaşı ile

uygunsuz cinsel davranışlarda bulunması, dikkat eksikliği, okul başarısında azalma gibi belirtiler görülmektedir. Bu nedenlere uygun yaklaşım ve tedavi sağlanmadığı durumlarda alkol ve madde bağımlılığı, evden kaçma, intihar düşüncesi, suça yönelme ve küçük yaşta gebelik gibi istenmeyen sonuçlar olmaktadır (Taner ve Gökler, 2004; Kaytez ve ark, 2018). Cinsel istismara uğrayan çocuğa psikolojik destek sağlanmalı; gerekli durumlarda ailenin de bu kapsamda destek alması sağlanmalıdır. Özellikle aile içinde cinsel istismar yaşayan çocuğun yalnızlık, terk edilmişlik ve suçluluk gibi duygularına yönelik sağlık çalışanı, çocuk ile güvenli ilişki kurmalıdır. Bu çocuklara destekleyici tedavi uygulanmalıdır (Taner ve Gökler, 2004).

Çocuklara yönelik olası istismar olaylarını tanımları, doğru ve yerinde tepki vermeleri, güvendikleri bir yetişkine durumu bildirmeleri anlatılarak cinsel istismarın oluşmadan önüne geçilmesi sağlanmalıdır (Taner ve Gökler, 2004). Anne ve babanın cinsel istismara yönelik eğitilmesi, ev ziyaretleri, kurumların cinsel istismara yönelik çalışmaları, yardım isteyen ebeveynlere cevap verilmesi ve medyanın farkındalık oluşturması cinsel istismar vakalarının önlenmesini sağlayacaktır (Polat, 2004).

#### **2.2.5.4. İhmal**

İhmal; çocuğa bakmakla yükümlü olan kişi tarafından çocuğun temel ihtiyacı olan beslenme, giyim, tıbbi, ruhsal, sosyal ve ahlaki gereksinimlerinin karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel ve duygusal ihmal olarak görülmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Acehan ve ark, 2013; Kepenekçi, 2001). İhmal pasif, istismar aktif davranışları içermektedir. Bu durum ikisini birbirinden ayıran en önemli noktadır. Psikososyal açıdan uyum sağlayamayan ve büyüme geriliği görülen çocuklarda ihmal düşünülmelidir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Polat, 2004).

Fiziksel ihmal; çocuğun temiz ve bulunduğu ortama uygun giydirilmemesi, çocuğa uygun yiyecekler ile yeteri kadar beslenmemesi, ev içi ve dışında olası kazalara karşı önlem alınmaması ve bulunduğu fiziki ortamın çocuğun gelişimine uygun olmaması olarak tanımlanmaktadır. Fiziki ihmalin bir alt grubu olan sağlık ihmali ise çocuğa bakmakla yükümlü olan kişinin çocuğun gereksinim duyduğu sağlık hizmetini alması, aşılarının yaptırılması ve doktorun önerdiği tedavinin uygulanması konusunda sorumluluklarını yerine getirmemesidir. Hamilelik sırasında alkol, ilaç, sigara gibi zararlı maddelerin kullanılması; yetersiz beslenme gibi bebeğin gelişimini olumsuz etkileyen alışkanlıklar da ihmal olarak tanımlanmaktadır (Acehan ve ark, 2013).

Duygusal ihmal, çocuğun ruhsal yönden ihtiyacı olan ilgi ve sevgiyi karşılamama olarak açıklanmaktadır (Acehan ve ark, 2013).

Cinsel ihmal; çocuğun yaşına ve cinsiyetine uygun giydirilmemesi, çocuğa yönelik uygun davranışlarda bulunulmaması ve gelişimine uygun oyuncak alınmaması olarak belirtilmektedir (Acehan ve ark, 2013).

Eğitim ihmali; okul çağına gelen çocuğun okula gönderilmemesi, eğitim ihtiyaçlarının giderilmemesi ve okul başarısında sorunlar yaşaması olarak açıklanmaktadır (Acehan ve ark, 2013).

## **2.2.6. Dünyada ve Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali**

### **2.2.6.1. Dünyada Çocuk İstismarı ve İhmali**

I. ve II. yüzyıla ait olan yazıtlarda bilerek yaralanmış çocuklara ait yazılar bulunmuştur (Lynch, 1985). 1700’lü yıllarda çocuk istismarı kavramı ilk kez bir avukat vasıtasıyla ortaya atılmıştır. Hapishanede mahkum olarak yatan suçluların kaç tanesinin çocuklara karşı işlenmiş suçlardan dolayı ceza aldığını araştıran çalışmanın bulguları

dikkat çekici olmuştur (Acehan ve ark, 2013; Ünal, 2008). 1860 yılında Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından çocuk istismarına yönelik ilk tıbbi tanımlama yapılmıştır (Acehan ve ark, 2013; Ünal, 2008). İngiltere’de 1883 yılında “Çocuklara Kabalığın Önlenmesi Derneği" kurulmuştur (Acehan ve ark, 2013; Ünal, 2008). Paris Tıp Akademisi’nde (1860) Ambres Tardieu, dövülerek ölmelerine sebep olunan 32 çocuğun otopsi bulgularını inceleyerek çocuklara yönelik cinsel ve fiziksel istismarı açıklamıştır (Acehan ve ark, 2013; Ünal, 2008).

1946 yılında John Caffey “Caffey Sendromu” uzun kemik kırıkları, subdural hematom ve intraoküler kanama ile başvuran altı bebeği açıkladığı yazısını yayımlamıştır. Nedenin travmatik olduğu düşünülen bu yazının travma kaynağı yorumlanmamıştır. 1961 yılında Kempe ve arkadaşları “Dövülmüş Çocuk Sendromu” tanımlamasını yapmışlardır. Bu tanımlama çocuk istismarının aydınlatılmasına yönelik dönüm noktasıdır. Yapılan bu yayın ile kamuoyu dikkati bu konuya yoğunlaşmıştır. Caffey, 1974 yılında “Sarsılmış Çocuk Sendromu” tanımlamasını yapmıştır. Bu tanımlama ile çocuklarda sarsılmaya bağlı olarak subdural kanama görüldüğü belirtilmiştir. 1980 yılında Garbarino ve Gilliam; çocuklara yönelik yapılan, uygun olmayan ve zarar veren davranışların tespitinin bu konuda eğitimli kişiler tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Cinsel istismarın farkına 1970’li yıllarda varılırken, 1980’li yıllarda duygusal istismarın önemine dikkat çekilmiştir (Acehan ve ark, 2013; Ünal, 2008).

#### **2.2.6.2. Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali**

Türkiye 1959 ve 1989 yıllarında Çocuk Hakları Sözleşmesi’ni imzalamıştır. 1995 yılında meclis onayı ile iç hukuk yasası olarak yürürlüğe girmiştir. 1992 yılında

günümüzde de faaliyetine devam eden Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) kurulmuştur. Birçok tıp fakültesi hastanesinde çocuk istismarı izleme ve önleme merkezleri kurularak çalışmalarına devam etmektedir (Ünal, 2008). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) çocuğa yönelik istismarı önlemek ve istismara uğrayan çocuğu korumak amacıyla görevini yürütmektedir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmeline yönelik çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bunun nedeni de istismar vakalarının belirlenememesi ve bildirimde yaşanan problemlerden kaynaklı olmaktadır. Bildirimi yapılan vakaların ise ağır yaralanma veya ölümlle sonuçlanan olgular olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanının istismar vakalarını tanımlama ve bildirmedeki yetersizliği bu konudaki en büyük sorunu oluşturmaktadır (Bakır ve Kapucu, 2017).

#### **2.2.6.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı**

İstismar ve ihmal olgusunun gerçekleştiği durumlarda çocuğun tehdit edilmesi, olayın dışarıdan izole bir ortamda gerçekleşmesi, çocuğun kendisine veya sevdiklerine zarar verileceğinin söylenmesi, çocuğun utanç veya korku duyması nedeniyle istismar ve ihmal tespit edilmesi oldukça zor bir durumdur. Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik yapılan çalışma sonuçlarına göre çocuğa yönelik istismar ve ihmal vakalarının ortaya çıkarılanlardan daha fazla olduğu düşünülmektedir (Yılmaz I, 2008).

Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik olarak yapılan uluslararası çalışmalarda kadınların % 20'sinin, erkeklerin ise % 5- 10'unun çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir. Tüm insanların % 25- 50'sinin ise fiziksel istismara uğradığı görülmektedir. Her yıl yaklaşık 31.000 çocuk yetişkinler tarafından

öldürülmektedir. Her yıl 40.000.000 çocuğun istismara uğradığı düşünülmektedir (Celiloğlu, 2018). Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmaline yönelik yapılan çalışmalar sonucunda nüfusun yaklaşık %15- %75'inin fiziksel istismara, %20'sinin cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir (Yılmaz I, 2008).

Türkiye İstatistik Kurumunun verileri incelendiğinde 2018 yılında 233 bin olan çocuk mağdur sayısının 2019 yılında 236 bine yükseldiği görülmektedir. 2019 yılında 206.498 suç mağduru olarak güvenlik birimlerine getirilen çocukların %15.2'sinin cinsel istismara uğradığı bildirilmektedir. 2019 yılında güvenlik birimlerine gelen çocukların %50,1'inin 15-17 yaş grubunda, %25,2'sinin 12-14 yaş grubunda, %24,7'sinin ise 11 yaş ve altındaki çocuklar olduğu görülmektedir. Bu çocukların %65,4'ü erkek, %34,6'sı ise kız çocuğu olduğu bildirilmektedir (TÜİK, 2019). Bu verilerin dışında bildirimi yapılmayan birçok istismar ve ihmal vakalarının olduğu düşünülmektedir (Celiloğlu, 2018).

### **2.2.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler**

Çocuğa yönelik gerçekleştirilen istismar ve ihmal olgusu ölüm ile sonuçlanabilecek kadar ciddi travmatik sonuçlara yol açmaktadır. Hayatta kalan çocuğun yaşadığı fiziksel ve psikolojik güçlölük tedavi edilmediğinde ağır sağılık sorunları doğurabilmektedir. Çocuk istismarında rol oynayan etmenler 3 başlık altında incelenmektedir (Kara, 2010).

#### **2.2.7.1. Aileden Kaynaklanan Nedenler**

Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik olarak yapılan çalışmalarda çocuğun yaşadığı istismar ve ihmal vakalarının nedeni olarak ailelerin önemli etkisi olduğu görülmektedir. Çocuk için en güvenli ortamın ailesinin yanı olduğu düşünölse de ortaya çıkan sonuçlar

ailelerin çocuklar için büyük risk oluşturduğunu göstermektedir. Anne ve babanın kişilik özellikleri çocuğa yönelik istismar ve ihmal davranışlarına sebep olabilir. Ebeveynlerin çocukluğunda anne babasından sevgi görmemesi ve aile içinde şiddete maruz kalması kendi ailesine de aynı davranışları sergilemesine neden olmaktadır (Arıkan, 1998).

Çocuğa yönelik istismar ve ihmal davranışları gerçekleşen ailede genel anlamda şu özellikler bulunmaktadır;

- Çocuk sahibi olmak istememe veya küçük yaşta çocuk sahibi olma,
- Annenin sık aralıklarla doğum yapması,
- Annenin doğum öncesi ve sonrası yeterli destek alamaması,
- Anne baba rollerine hazır olmama,
- Çocuğun yaşına uygun olmayan davranış ve olgunluk bekleme,
- Fiziksel olarak uygulanan disiplini normal karşılama,
- Alkol ve uyuşturucu kullanımı,
- Çocuk sayısındaki fazlalık,
- Maddi sıkıntı yaşama,
- Ebeveynlerin psikolojik rahatsızlıklara sahip olması,
- Anne ve babanın düşük eğitim düzeyine sahip olması,
- Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma,
- Eşlerin boşanması gibi birçok faktöre bağlı olarak gelişmektedir

(Geçkil, 2017; Acehan ve ark, 2013; Kara, 2010; Aral, 1991).

### 2.2.7.2. Çocuktan Kaynaklı Nedenler

Çocuğun sahip olduğu bazı özel durumların istismarı ve ihmali kolaylaştırdığı görülmektedir. Ebeveynler her çocuğu değil, kendilerine yük olan ve özel duruma sahip olan çocuklara yönelik istismar ve ihmalde bulunmaktadır (Kara, 2010).

Bebeğin planlanmayan, istenmeyen veya gayrimeşru olması; bebeğin prematüre doğması; çocuğun beklenen cinsiyete sahip olmaması; düşük doğum ağırlığı, kronik hastalığı veya herhangi bir anomaliye sahip çocuğun dünyaya gelmesi gibi etkenler çocuktan kaynaklı istismar ve ihmal nedenleri olarak görülmektedir (Acehan ve ark, 2013; Aral, 1991). Ayrıca çocuğun sürekli ağlaması ve susturmakta güçlük yaşatması, hiperaktiviteye sahip olması, kardeş sayısının ikiden fazla olması gibi durumlar da çocuktan kaynaklı istismar ve ihmal nedenleri olarak belirtilmiştir (Geçkil, 2017).

### 2.2.7.3. Çevresel ve Toplumsal Nedenler

Çocuğa yönelik istismar ve ihmal çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. (Geçkil, 2017)

Ebeveynlerin çevre ile uyumsuz davranışları, kısıtlı sosyal çevreye sahip olmaları ve yakınlarında sosyal destek sağlayacak kimsenin olmaması çocuğa yönelik istismarı arttırmaktadır (Acehan ve ark, 2013). Sosyoekonomik düzeyin düşük olması, barınma koşullarının kötü olması, fakirlik, silahlı çatışma ortamının içinde olunması, aile içi şiddetin varlığı, çocuğu koruyan yasaların yetersiz olması, çocuğun bakımını tek başına sağlama, boşanma ortamının olduğu çevrede ebeveynlerin öfkesi çocuğa yönelmektedir (Geçkil, 2017, Pelendecioğlu ve Bulut, 2009). Çocuk istismarı ve ihmaliinde kültürel bakış açısı önemlidir. Toplumun kabul ettiği kültürel değerlerin hangilerinin istismara neden olduğu tespit edilmelidir (Kara, 2010).

### 2.2.8. Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarı ve İhmali

Türk Hukuk Sisteminde çocuk haklarının korunmasına dair düzenlemeler tek bir kanunda toplanmadığı için dağınık ve oldukça çeşitlidir (Uğurlu ve Aksoy, 2014). 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu (2001) ile çocuğun bir kişi olarak toplumdaki statüsü belirlenmektedir. 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (2004) ile çocuk haklarının ihlali ve istismar halinde yargılama usullerini içermektedir. 5237 Sayılı Türk Ceza Kanununda (2004) uygulanacak yaptırımlar yer almaktadır. 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (1983) ile ihlalin önlenmesi ve olumsuz sonuçlarının ortadan kaldırılmasına ilişkin düzenlemeler bulunmaktadır (Uğurlu ve Aksoy, 2014). 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu (2005), 6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (2012), 4787 Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun (2003), 4857 Sayılı İş Kanunu (2003), 5187 Sayılı Basın Kanunu (2004), 1117 Sayılı Küçükleri Muzır Neşriyattan Koruma Kanunu (1927, 1988), 6352 Sayılı İcra İflas Kanunu (2013), 222 Sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu, 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu, 6528 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (01.03.2014) çocuklara yönelik yasa ve yönetmelikler arasında yer almaktadır (Uğurlu ve Aksoy, 2014).

#### 2.2.8.1. Türk Ceza Kanunu

01.06.2005 tarihinde Türk Ceza Kanunu yürürlüğe girmiştir.

Çocuklara karşı işlenen suçlar;

- Türk Ceza Kanunu 76/e Maddesinde Soykırım
- Türk Ceza Kanunu 77/f Maddesinde İnsanlığa karşı Diğer Suçlar

- Türk Ceza Kanunu 80/3 Maddesinde İnsan (Çocuk) Ticareti
- Türk Ceza Kanunu 82/d-e Maddesinde Çocuk Öldürme
- Türk Ceza Kanunu 90.3 Maddesinde Çocukların Üzerinde Bilimsel Deney
- Türk Ceza Kanunu 94/2-a Maddesinde Çocuğa İşkence
- Türk Ceza Kanunu 95 1-e,2-e Maddesinde Neticesi Sebebiyle Ağırlaşmış

İşkence

- Türk Ceza Kanunu 96. Maddesinde Eziyet
- Türk Ceza Kanunu 97. Maddesinde Koruma, Gözetim, yardım, Bildirim

Yükümlülüğü İhlali

- Türk Ceza Kanunu 103. Maddesinde Çocukların Cinsel İstismarı
- Türk Ceza Kanunu 104. Maddesinde Reşit Olmayanla Cinsel İlişki
- Türk Ceza Kanunu 98. Maddesinde Yardım ve Bildirim Yükümlülüğün Yerine

Getirilmemesi

- Türk Ceza Kanunu 109. Maddesinde Hürriyetten Yoksun Bırakma
- Türk Ceza Kanunu 112 Maddesinde Eğitim ve Öğrenimin Engellenmesi
- Türk Ceza Kanunu 149/e Maddesinde Çocuğa Yağma
- Türk Ceza Kanunu 99/6 Maddesinde Çocuk Düşürtme
- Türk Ceza Kanunu 226. Maddesinde Müstehcenlik
- Türk Ceza Kanunu 227. Maddesinde Fuhuş
- Türk Ceza Kanunu 228. Maddesinde Çocuklara Kumar Oynatmak

- Türk Ceza Kanunu 229. Maddesinde Dilendiricilik
- Türk Ceza Kanunu 231. Maddesinde Çocuğun Soy Bağını Değiştirme
- Türk Ceza Kanunu 232. Maddesinde Kötü Muamele
- Türk Ceza Kanunu 223. Maddesinde Aile Hukukundan Kaynaklanan Yükümlülüğün İhlali
- Türk Ceza Kanunu 234. Maddesinde Çocuğun Kaçırılması ve Alıkonulması
- Türk Ceza Kanunu 263. Maddesinde Kanuna Aykırı Eğitim Kurumu
- Türk Ceza Kanunu 278. Maddesinde Suçu Bildirmeme
- Türk Ceza Kanunu 279. Maddesinde Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi
- Türk Ceza Kanunu 280. Maddesinde Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesinden bahsedilmektedir (Kara, 2010).

Türk Ceza Kanununun 103. Maddesinde Çocukların Cinsel İstismarı, 104. Maddesinde Reşit Olmayanla Cinsel ilişki ve 105. Maddesinde Mağdurun Çocuk Olmasından bahsedilmektedir (Akkuş, 2019).

Türk Ceza Kanununun 103. maddesinde “ 15 yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara ve diğer (on beş yaşını tamamlamış ve fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmiş) çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış ”ın cezalandırılacağı belirtilmiştir. (Akkuş, 2019)

104. maddesinde ise “ Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişinin şikâyet üzerine ceza alacağı” ifade edilmiştir (Akkuş, 2019). Türk Ceza Kanunu 2005 yılında değişikliğe uğramıştır. 2014 ve 2016 yıllarında çocukların cinsel istismarı suçuna yönelik kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır (Akkuş, 2019). 6545 sayılı kanun (2014) ve 6763 sayılı kanun (2016) ile yapılan değişiklikler daha çok faillerin suçlarının artırılmasına yönelik olduğu görülmektedir (Akkuş, 2019).

#### **2.2.8.2. Medeni Kanun**

743 sayılı Türk Medeni Kanunu İsviçre Medeni Kanunu örnek alınarak 17 Şubat 1926’da meclis tarafından onaylanmıştır. Yeni Medeni Kanun ise 4 Ekim 1926’da yürürlüğe girmiştir. (Koçak, 2019).

- Medeni Kanunun 28. Maddesinde kişiliğin başlangıcı (doğum) ve kişiliğin sonlanması (ölüm)
- Medeni Kanunun 323 ve 324. Maddelerinde çocuk ile kişisel ilişki
- Medeni Kanunun 327. Maddesinde çocukların bakım ve eğitim giderlerini karşılama kapsamı
- Medeni Kanunun 328. Maddesinde çocukların bakım ve eğitim giderlerini karşılama süresi
- Medeni Kanunun 346. Maddesinde çocuğun korunmasına yönelik koruma önlemleri
- Medeni Kanunun 347 ve 350. Maddelerinde çocukların yerleştirilmesinden bahsedilmektedir (Kara, 2010).

Türkiye’de yasal düzenlemelere bakıldığında çocukları istismara karşı koruyan düzenlemelere eşlik eden kurumsal yapıların olmaması ve güncel yaklaşımlara ayak uydurulmaması gibi nedenlerden dolayı çocuk istismarı vakaları %80 oranında görülmeye devam etmektedir. Çocuğun tam yararı için çok yönlü bir yaklaşımın olması gerekmektedir (Bür D, 2019).

### **2.2.9. Türkiye’deki Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini İhbar Yükümlülüğü**

#### **2.2.10. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi**

İstismara bağlı olarak gerçekleşen çocuk ölümlerinin %61’inin önlenabilir olaylar olduğu görülmektedir (Burç, 2014; Bahar ve ark, 2009). Çocuklara yönelik gerçekleşen istismar ve ihmal vakaları belli bir kişi veya kurumun sorunu değil toplumdaki herkesi ilgilendiren ortak bir problemdir. İstismar ve ihmali önlemek için çok yönlü yaklaşım gerektirmektedir (Sarman ve ark, 2018).

Çocuk istismarı ve ihmali önlemeye yönelik yaklaşım üç aşamada değerlendirilmektedir: İstismar ve ihmali ortaya çıkmasını önlemeye yönelik çalışmalar birincil korumayı, erken tanı ve tedavinin uygulanması ikincil korumayı, istismar ve ihmale maruz kalan kişinin rehabilitasyonu ile ilgili çalışmalar üçüncül korumayı kapsamaktadır (Burç, 2014; Bahar ve ark, 2009).

##### **2.2.10.1. Birincil Koruma**

Çocuklara yönelik gerçekleşebilecek olan istismar ve ihmal risklerini önceden fark ederek toplumun eğitilmesi ve yapılacak farkındalık çalışmaları ile ortaya çıkmasını önleme çalışmalarını içermektedir (Yükseler, 2020). Toplumda istismar ve ihmale yatkın riskli grupların belirlenmesi, aile planlamasının anlatılması, ebeveynlerin başa çıkma becerilerini arttıracak eğitimlerin verilmesi, aile ve çocuk arasında ki iletişimi arttıran

Çalışmaların yapılması, doğru ocuk bakımı eğitimi gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra okul öncesi eğitimin yaygınlaştırılması ile işsizlik, yoksulluk gibi sosyal konularda da korumayı kapsamaktadır (Turhan ve ark, 2006; ztrk C ve Yılmaz, 2017).

Sağlık alışanları ev ziyaretlerinde bulunarak aileye ait risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasını sağlayabilmektedir. Doğum ncesi ve sonrası takibi, evlilik dışı veya istenmeyen gebelik varlığı, anne ve babanın yaşının küçük olması, anne babanın bedensel ve psikolojik rahatsızlıkları gibi risk faktörlerinin belirlenmesi ve yapılacak girişimleri kapsamaktadır (Turhan ve ark, 2006; Burç, 2014).

ocuk istismarı ve ihmalini önlemek için medyanın doğru kullanımı önemlidir. Televizyon ve radyo programlarının kullanılması, basın-yayın yolu ile eğitim programlarının oluşturulması toplumda farkındalık oluşturacaktır (Yükseler, 2020; ztrk C ve Yılmaz, 2017).

Okullarda ocukların anlayabileceği ölçüde cinsel eğitim ve istismardan korumaya yönelik programlar istismar ve ihmale yönelik farkındalık oluşmasını sağlayacaktır (Sarman ve ark, 2018).

Boşanmış ebeveynlere ve ekonomik sıkıntısı olan ailelere sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar ile birlikte ortak yaklaşımda bulunularak psikososyal destek programları yapılabilir (Turhan ve ark, 2006).

Türkiye’de Anne ocuk Eğitim Vakfı’nın çocukların yanında sigara içilmemesi ve çocuklara kötü davranışların yapılmamasını anlatan “7 çok Geç” kampanyası çocukların istismar ve ihmalden korunmasında birincil önlemenin güzel bir örneğidir (ztrk C ve Yılmaz, 2017).

### **2.2.10.2. İkincil Koruma**

İstismara ve ihmale uğraması riskli olan ailelerin belirlenmesi, bu ailelere ihtiyaçları olan hizmetin ulaştırılması ve gerekli görüldüğünde ek hizmetlerin sağlanması ikincil koruma olarak ele alınmaktadır (Yükseler, 2020; Ovayolu ve ark, 2020).

Sağlık çalışanlarına çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim programları oluşturularak erken tanı ve müdahalenin sağlanması gerekmektedir. Hastaneye çocuğa yönelik gerçekleşen istismar vakalarının %30 ile %50'sinin tekrar travmaya uğradığı, %5 ile %10'unun tekrarlanan travma sonucu öldüğü belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşuna getirilen her çocuk istismar yönünden değerlendirilmelidir (Turhan ve ark, 2006). Çocuğun istismar açısından değerlendirmesini yapan sağlık çalışanı çocuğa güvenmeli, düşüncelerini etkilememeli, olumlu davranış sergilemeli, duygusal tepkiler vermemeli ve yargılamadan dinlemelidir. Çünkü çocuğun rahat bir ortamda, bir kere yapılacak muayene ve öykü ile daha az zarar görmesi sağlanacaktır (Yükseler, 2020).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali vakalarına yardımcı olmayı amaçlayan telefon hatları ikincil korunma kapsamındaki uygulamalar arasındadır (Öztürk C ve Yılmaz, 2017).

### **2.2.10.3. Üçüncül Koruma**

İstismara uğrayan çocuğun tekrar istismara uğramasını, kalıcı hasar ve ölüm gibi istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını önleme çalışmaları üçüncül koruma faaliyetleri arasındadır (Acehan ve ark, 2013). Gerçekleşen istismar vakasının rapor edilmesi, mağdurun değerlendirilmesi ve teşhis edilmesini kapsamaktadır (Öztürk C ve Yılmaz, 2017).

Çocuğun maruz kaldığı fiziksel veya cinsel istismar sonucunda hem çocuğa hem de aileye rehabilitasyon programları oluşturulmalıdır. Ülkemizde bu tür merkezler bulunmadığı için çocukların mağduriyeti daha çok artmaktadır. Çocuğun yaşadığı bu durum ise tüm hayatını etkilemektedir (Acehan ve ark, 2013). Yapılan bir çalışmada, istismara maruz kalan kişilerin ileride kendi çocuğuna ve başkalarına karşı da istismarda bulunabileceklerini göstermektedir. Bu durum hem aile hem çocuk için rehabilitasyon programlarının önemini gözler önüne sermektedir. (Burç, 2014; Kurtay ve ark, 2004). Ülkemizde istismar ve ihmale uğrayan çocuğun ailesinden uzaklaştırılması, ailenin tedavisi ve eğitimi ile çocuğun istismar ve ihmale tekrar maruz kalmasının önlenmesi üçüncül koruma kapsamında yer almaktadır (Öztürk C ve Yılmaz, 2017).

#### **2.2.11. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları**

Dünyada çocuk istismarı ve ihmaline bağlı olarak gerçekleşen ölümlerin %61'inin önlenabilir ölümler olduğu görülmektedir. İstismar ve ihmale maruz kalan çocuğun değerlendirilmesinin doğru yapılmayarak eve gönderildiği olguların sonraki süreçte %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ciddi hasara uğradığı tespit edilmiştir. Bu nedenle sağlık personeli çocuğa yönelik istismar ve ihmal vakalarının erken tespiti ve önlenmesinde önemli bir role sahiptir (Polat K ve Karataş, 2016).

Acil servise çocuk istismarı ve ihmali şüphesi veya olgusu ile gelen her hastayı ilk gören, değerlendirmesini ilk yapan, delil sayılabilecek eşyalara ilk ulaşan, delillerin saklanması ve korunmasında yardımcı olan ve hastanın ailesi ile temasa ilk geçen sağlık personeli hemşirelerdir (Kaş ve ark, 2016; Zoroğlu ve ark, 2001; Burç, 2014; Çolak ve ark, 2003). Ayrıca çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanması ve tespit edilmesinde acil servislerde çalışan hemşireler kadar ana çocuk sağlığı merkezlerinde, aile

hekimliklerinde, kadın doğum ve yenidoğan servislerinde çalışan hemşirelerin de önemli rolleri bulunmaktadır. Özellikle çocuğun ilk 1-2 yılında olası risklerin tespit edilmesi ile çocuklara yönelik istismar ve ihmal olgularının gerçekleşmesi önlenebilmektedir (Elzem ve Çam, 2006). Öncelikle bu birimlerde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Polat K ve Karataş, 2016). Bu yüzden çocuğa yönelik istismar ve ihmal vakalarının belirlenmesi ve vakalarda nasıl bir yol izleneceği noktasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Çocuğa doğru yaklaşımda bulunulması, bildirim yükümlülüklerini ve yasal süreçte nasıl bir yol izleyeceğini, çocuğun vücudundaki izlerin ve davranışlarının ne anlama geldiğini bilen bir hemşire istismar ve ihmal vakalarını tespit ederek ayrıntıların gözden kaçırılmamasına yardımcı olmaktadır (Kaş ve ark, 2016; Zoroğlu ve ark, 2001).

Sağlık çalışanlarının istismar ve ihmal konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması ve yasal sürecin işleyişini bilmemesi bir çocuğun bütün hayatını değiştirebilir. Çünkü bu çocuğun ikinci kez sağlık kuruluşuna gelme şansı olmayabilir (Kara ve ark, 2014; Polat K ve Karataş, 2016). Çocuk istismarı ve ihmali vakalarının erken dönemde tespit edilmesi, çocuğun fiziksel ve duygusal davranışlarının belirlenmesi, çocuğun benlik saygısının arttırılması ve çocuğun güvenli bir ortamda yaşamını sürdürmesine yönelik girişimlerde bulunmalıdır (Koyun ve ark, 2011; Burç, 2014). Ailenin sosyoekonomik ve kültürel düzeyini, yaşam şartlarını, aile içi ve çevresel yaşantısını bilen hemşire istismara uğrayan çocuk ve ailesine daha fazla yardımcı olmaktadır. Sağlık kurumuna çocuklarının istismar ve ihmali nedeniyle başvuran ailenin duygusal tepkilerini, fiziksel davranışlarını ve çocuğa yönelik tutumlarını gözlemleyerek değerlendirme yapmalıdır (Bür, 2019). Hemşire aile odaklı bakım vererek çocuğun bakımı, beslenmesi ve korunmasında

yakından ilgilenmektedir. Hemşire aileyi bu konularda bilinçlendirerek gerekli gördüğü yerlerde aileye destek sağlamaktadır (Erzurumluoğlu ve Gözen, 2014).

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hemşirelerin sorumlulukları birincil hemşirelik girişimleri, ikincil hemşirelik girişimleri ve üçüncül hemşirelik girişimleri olmak üzere üç ayrı alanda incelenmektedir. Birincil hemşirelik girişimleri, çocuk istismarı ve ihmali konusunda halkı ve meslek üyelerinin bilinçlenmesini kapsamaktadır. İkincil hemşirelik girişimleri, çocuğun maruz kaldığı istismar ve ihmalin erken dönemde tespit edilmesi, çocuğun ve ailenin değerlendirilmesi ve ileride olabilecek riskleri belirleyerek çocuğun ve kardeşlerinin korunmasını içermektedir. Üçüncül hemşirelik girişimleri, çocuğun yaşadığı istismar ve ihmalin etkilerini en aza indirerek çocuğun normal hayatına sağlıklı bir şekilde geri dönmesine yardımcı olmayı içermektedir (Burç, 2014). İstismar ve ihmale uğrayan çocuğa yönelik uygulanan tedavi ve bakım kapsamlı bir ekip ile uygulanmaktadır. Adli tıp uzmanı, çocuk hekimi, kadın doğum hekimi, pratisyen hekim, çocuk cerrahı, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb. bu ekibin üyeleridir. Hemşire ekip ile iletişim halinde olarak çocuğa maksimum düzeyde yarar sağlamaya çalışmalıdır (Bür D, 2019; Altınsu A, 2004). Çocuğun istismara maruz kaldığını düşündüğü veya istismar riski taşıdığı durumlarda bildirim yapma hemşirenin yasal sorumlulukları arasındadır (Erzurumluoğlu ve Gözen, 2014).

#### **2.2.11.1. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Bildirimlerini Engelleyen Etmenler**

Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik yapılan çalışmalarda hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali tanımlama ve raporlama sürecinin karmaşıklığından dolayı olguların bildiriminin yapılmasında yetersiz kaldıkları görülmektedir (Bür D, 2019). Çocuk

istismarı ve ihmeline yönelik yetersiz bilgi ve deneyim, standartların belirsizliği, raporlama ve bildirim sürecinin bilinmemesi ile personelin istismara yönelik tutum ve algısı çocuk istismarı ve ihmali vakalarının bildirimini etkilemektedir (Bür D, 2019).

Bür Durgun'un 2019 yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre; %32.1'i çocuğun fiziksel muayenesinde zorlanırken %32.1'i ise yasal sürecin işleyişinden dolayı sorun yaşamaktadır. Hemşirelerin %73.9'u çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaştıklarında bildirimde bulunacaklarını belirtmektedir. Bildirimde bulunmayacağını söyleyenlerin %57.8'i yasal süreç hakkında herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmektedir (Bür D, 2019).

#### **2.2.12. Çocuk İzlem Merkezi**

Çocukları tüm istismar çeşitlerinden korumak, istismara uğramış çocukları rehabilite etmek için toplumsal farkındalığın artırılması gerekmektedir (Çalışkan ve Yılmaz, 2019). İstismar mağduru çocuğun alanında eğitilmiş kişiler tarafından tıbbi işlem ve ifadesinin tek seferde alınması, aile ile ilgili görüşmelerin sağlıklı bir ortamda gerçekleşmesi ve tüm bulguların toplanıp rapor edilmesi çocuğun en az şekilde psikolojik etkilenmesinin sağlanması önemlidir. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı bünyesinde Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) kurulmuştur (Acehan ve ark, 2013). Çocuk İzlem Merkezi, cinsel istismara uğradığı düşünülen çocuğun ifadesinin çocuk dostu bir ortamda alınması, adli ve tıbbi muayenesinin yapılmasını, adli kurumların ihtiyacı olan raporun yazılmasını kapsamaktadır. Bu işlemlerin ardından sosyal destek ve aile danışmanlığı hizmeti bu merkezde verilmektedir (Aydemir ve Yurtkulu, 2012). 04.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış Başbakanlık Genelgesi'nde Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) "Çocuk istismarının önlenmesi ve istismara uğrayan çocuklara bilinçli ve etkin bir şekilde

müdahale edilmesi amacıyla, öncelikli olarak cinsel istismara uğramış çocukların ikincil örselenmesini asgariye indirmek, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitilmiş kişilerden oluşan bir merkezde ve tek seferde gerçekleştirilmesini temin etmek üzere Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde Çocuk İzlem Merkezlerinin (ÇİM) kurulması ve bu merkezlerin işleyişinin Sağlık Bakanlığınca koordine edilmesi gerekli görülmüştür” şeklinde tanımlanmaktadır (Orhan ve ark, 2019).

Sağlık Bakanlığına bağlı İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki hastanelerde kurulan Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM); Adliyeler (Cumhuriyet Başsavcılığı, ilgili Mahkemeler, Adli Görüşme Odaları, Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Müdürlükleri), BARO, İl Emniyet Müdürlüğü (Çocuk Şube Müdürlüğü, Jandarma Çocuk Kısım Amirliği), Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, ilde mevcut ise Çocuk Koruma Merkezleri ve çocuk odaklı çalışan sivil toplum kuruluşları ile iş birliği içerisinde faaliyet göstermektedir (Orhan ve ark, 2019). Çocuk İzlem Merkezleri, hastanenin diğer bölümlerinden ayırt edilemeyecek şekilde; adli ve tıbbi işlemlerin eksiksiz yapıldığı, çocukların kendini güvende hissedeceği çocuk dostu ortama sahiptir. Çocukla görüşme yapan personel özel eğitilmiş ve çocukla görüşme tekniklerini bilen kişiler içinden seçilmektedir. Yasal mevzuat, rapor yazma, toplanan bulguların kayıt altına alınması ve veri güvenliği en üst düzeyde tutularak Çocuk İzlem Merkezleri faaliyetini göstermektedir (Yüksel ve ark, 2013). Bu merkezlerin içinde adli görüşme odası, aile görüşme odası, küçük yaş için oyun odası, ergen için oda, dinlenme odası, muayene odası, adli görüşmenin seyredildiği ses ve görüntünün kaydedildiği oda, savcı odası, idari oda, mutfak, lavabo ve banyo bulunmaktadır (Topdemir, 2016). Adana, Adıyaman, Afyonkarahisar, Ankara, Antalya, Aydın, Bingöl, Bitlis, Burdur, Bursa, Çorum, Denizli, Diyarbakır, Edirne, Elazığ,

Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, Giresun, Hatay, Mersin, İstanbul (4 adet), İzmir, Kayseri, Kocaeli, Konya, Malatya, Manisa, Kahramanmaraş, Mardin, Niğde, Sakarya, Samsun, Sivas, Trabzon, Şanlıurfa, Van, Zonguldak, Karaman, Kırıkkale, Karabük, Bolu, Muş, Siirt, Ağrı, Kütayha, Düzce, Balıkesir, Sinop, Osmaniye toplamda 50 ilde 53 tane ÇİM bulunmaktadır (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, 2021).

#### Çocuk İzlem Merkezleri'nin Amaçları

- İstismara uğrayan çocuğun ihtiyaçlarının giderilmesi için sağlık, eğitim, kolluk kuvvetleri, hukuk ve adalet sistemleri ile işbirliği halinde hizmet sağlanması,
- İkincil travmanın önlenmesi ön planda tutularak çocuğun hukuki hakları savunulması,
- Merkezde çocuk dostu ortam sağlanarak travma etkisinin azaltılması,
- Çocuğun korunma altına alınması gerektiğinde çocuğun kalabileceği güvenli bir ortam sağlanıncaya kadar barınma, beslenme, giyim, sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarının karşılanması,
- Aile ile özel olarak görüşülmesi ve ailenin ilk danışmanlığının yapılması,
- Görevli personelin hizmet içi eğitim almasına yardımcı olunması,
- Merkezde görevli personelin nitelikleri ve mekanın fiziki yapısı çocuğun kendisini rahat ve güvende hissedeceği yer olarak dizayn edilmektedir (Topdemir, 2016).

Çocuk İzlem Merkezlerinin amaçlarına bakıldığında üçüncül korumaya yönelik hizmet verilmektedir. Şüpheli veya yüksek riskli vakalarda ise ikinci korumaya yönelik hizmetler verilmektedir (Yüksel ve ark, 2013).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli

Bu çalışma; acil serviste çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakaları ile karşılaştıklarında belirti ve riskleri tanılama düzeylerini, şüphelendikleri veya bildikleri vakaları raporlayabilme yeterliliklerini ve adli olgulara karşı bilgi düzeyi ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Yapılan bu anket çalışmasında acil servis hemşirelerinin çocuk istismarı olgusu ile karşılaştıklarında adli vakaya yaklaşımları ile adli vakayı raporlayabilme öz-yeterliliklerinin birlikte değerlendirilmesi amaçlandı.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

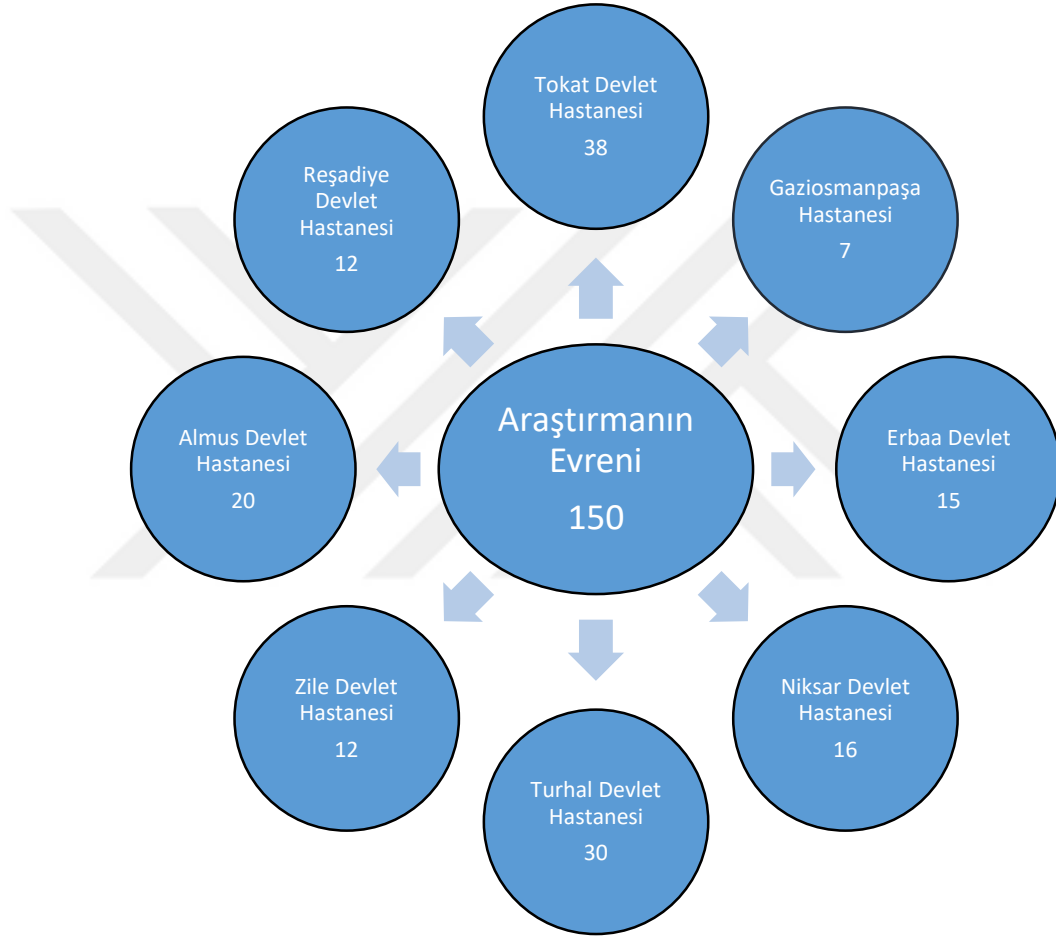
Araştırma Ocak 2021-Nisan 2021 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya Tokat Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı ikinci basamak sağlık tesislerinin acil servislerinde çalışan hemşireler ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi acil servislerinde görev yapan hemşireler ile görüşülerek uygun gördükleri yer ve zamanda yapıldı. Görüşmeler yaklaşık 45 dakika sürdü.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tokat Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı ikinci basamak sağlık tesisleri ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinde görev yapan 150 kişi oluşturdu. Bunlar kurumlarına göre 38 kişi Tokat Devlet Hastanesinden, 7 kişi Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesinden, 15 kişi Erbaa Devlet Hastanesinden, 16 kişi Niksar Devlet Hastanesinden, 30 kişi Turhal Devlet Hastanesinden, 12 kişi Zile

Devlet Hastanesinden, 20 kişi Almus Devlet Hastanesinden, 12 kişi Reşadiye Devlet Hastanesinden çalışmaya katıldı.

Araştırmada gönüllülük esas alındığı için örneklem seçimine gidilmedi.



**ŞEKİL 3.3. Araştırmanın Evreni**

### 3.4. Verilerin Toplanması

#### 3.4.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen formlar kullanıldı. (EK 1)

1. Adli Olgulara Yaklaşım Tanılama Formu ( 51 madde )
2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek (67 madde)
3. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-Yeterlilik Ölçeği (44 madde)

**Adli Olgulara Yaklaşım Tanılama Formu (Ek 1.A):** Araştırmacı tarafından ulusal ve uluslararası literatür incelenerek hazırlanan bu form, sosyo-demografik veriler (yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı ve acil serviste çalışma yılı ) hemşirelerin adli vakaya yönelik eğitim alma durumları, hemşirelerin adli vakaya yönelik uygulamaları ve hemşirelerin adli vakaya yönelik tutumlarının yer aldığı 4 bölüm ve 51 sorudan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik verilerin bulunduğu sorularda hemşirelerin yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı ve acil serviste çalışma yılı olmak üzere 6 değişken yer almaktadır. İkinci bölümde 4 değişken yer almaktadır. Bunlar; öğrenim sırasında adli hemşirelik dersi alma durumu, çalışılan kurumda adli olguya yönelik hizmet içi eğitim alma durumu, adli olguya yaklaşımda okullarda eğitim alınmasının ve çalışılan kurumda adli olguya yönelik hizmet içi eğitim alınmasının gerekliliğidir. Hemşirelerin adli vakaya yönelik uygulamaları bölümünde 11 değişken bulunmaktadır. Bunlar; çalışılan kurumda adli hemşirenin bulunma durumu,

çalışılan kurumda adli tabibin varlığı, hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerekliliği, çalışılan kurumda adli muayenenin yapılıp yapılamaması, çalışılan kurumda adli vakaya muayenesi için ayrı bir odanın bulunması durumu, adli muayene sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilme hassasiyeti, adli vaka dosyalarının düzenli teslim durumu, Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) vakası/şüphesinde bildirim yapıp yapmama durumu, çalışılan kurumda ÇİVİ vakası rapor etme durumu, çalışılan kurumda ÇİVİ prosedürlerinin olma durumu ve herhangi bir istismar ve ihmal vakasında/şüphesinde zorlanılan aşamalardır. 4. Bölümde hemşirelerin adli vakaya yönelik tutumlarının bulunduğu anket 25 maddeden oluşmakta ve “Kesinlikle Katılıyorum ”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum ”, “Kesinlikle Katılmıyorum ” şeklinde yanıtlanan soru formu kullanılmıştır.

#### **Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımlanmasına Yönelik Ölçek (Ek 1.B ):**

Ölçek 1998 yılında Aynur UYSAL tarafından geliştirilmiştir. 67 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. “İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri” alt boyutunu (1-19), “İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri” alt boyutunu (20-34), “İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri” alt boyutunu (35-41), “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt boyutunu (42-54), “İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri” alt boyutunu (55-58), “ÇİVİ’de Ailesel Özellikler” alt boyutunu ise (59-67) maddeler oluşturmuştur.

Likert tipi ölçekte yer alan sorulara “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmektedir. Diğer sorular ise ters puanlanmaktadır. Ölçek

alt boyutlarından alınan puan ortalamasının yüksek olması, o alandaki bilgilerin daha iyi olduğu anlamına gelmektedir.

Uysal'ın 1998 yılında yaptığı çalışmasında Cronbach's  $\alpha$  Katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde  $\alpha$  Katsayısı 0,59 ile 0,89 arasında değişmektedir. Hatice Aydan Metinyurt ve Hatice Yıldırım Sarı'nın 2016 yılında Cronbach  $\alpha$  Katsayısı 0,89'dur ve alt ölçeklerin  $\alpha$  Katsayıları ise 0,15 ile 0,72 arasında değişmektedir.

### **Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği (Ek 1.C)**

Tayvan'da 2008 yılında Lee-Pei, Yu ve ark. tarafından Hemşirelerin raporlamadaki ÇİVİ vakalarını raporlamadaki öz-yeterlilik düzeyini ölçmek ve ÇİVİ vakalarını rapor etme olasılığını değerlendirmek için geliştirilen bu ölçeği 2019 yılında Seba Bür Durgun yaptığı çalışma ile geçerlilik ve güvenilirliğini ölçmüştür. Ölçek, hemşirelerin tutumlarını ölçmeye yönelik olarak 44 sorudan oluşmaktadır. Likert tipte hazırlanan ölçeğin cevapları “Emin Değilim” (0, 1, 2, 3 puan), “Biraz Eminim” (4, 5, 6, 7 puan) ve “Son Derece Eminim” (8, 9, 10 puan) şeklindedir.

Lee-Pei, Yu ve ark.'nın yaptığı çalışmada Cronbach  $\alpha$  katsayısı 44 madde için 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları 0,88 ile 0,97 arasında değişmektedir.

Seba Bür Durgunun yaptığı çalışma sonucuna göre; HÇİİRÖÖ'nün toplam ölçek Cronbach  $\alpha$  değeri 0.98 olarak bulunmuştur. Ölçek bölümlerinin Cronbach  $\alpha$  değerleri; Şüpheli vakalar için etkinlik beklentisi 0.98, Bilinen vakalar için etkinlik beklentisi 0.98 ve Çocuk istismarı ihmal raporumun sonuç beklentisi ise 0.94 olarak belirlenmiştir. HİİÖÖ'nün 9 alt boyutunun Cronbach  $\alpha$  değerlerinin 0.87 ile 0.99 arasında değişmektedir.

Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz-yeterlilik Ölçeği “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirelerin Etkinlik Beklenti Ölçütleri” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirelerin Sonuç Beklenti Ölçütleri” olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmalinde hemşirelerin etkinlik beklenti ölçütleri de kendi içinde “Şüpheli Çocuk İstismarı ve İhmali Ölçeğinin Etkinlik Beklentisi” ve “ Bilinen Çocuk İstismarı ve İhmali Ölçeğinin Etkinlik Beklentisi” olmak üzere iki alt bölümü kapsamaktadır. Böylelikle ölçek 3 bölümden oluşmaktadır.

### **Bölüm 1: Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirelerin Etkinlik Beklenti Ölçütleri: (Ek 1.C)**

#### **Bölüm 1.A: Şüpheli Çocuk İstismarı ve İhmali Ölçeğinin Etkinlik Beklenti Ölçütü: (Ek 1.C)**

Ölçek hemşirelerin şüpheli ÇİVİ vakalarını raporlamasında etkinlik beklentilerini ölçmek için 16 soru içermektedir. Maddeler 0 ve 10 arasında değişmektedir. 0:hiç emin değilim iken 10:son derece eminime karşılık gelmektedir. Ölçekte bulunan maddeler fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal yönünden incelenmektedir.

Ölçekte hemşirelerin ÇİVİ şüpheli vakalarını bildirmek için iş yoğunluğunda öncelik verme durumlarını ölçmek üzere “öncelik” (1, 2, 3 ve 4. maddeler) alt boyutu, meslektaşların model olma ve ÇİVİ vakalarının rapor edilmesine yönelik “meslektaş desteği” (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 12. maddeler) alt boyutu, ÇİVİ vakalarıyla karşılaşıldığında raporlayabilme yeterliliğinin değerlendirildiği “güven” (13, 14, 15 ve 16. maddeler) alt boyutu olmak üzere toplam üç tane alt boyutu bulunmaktadır.

## **Bölüm 1.B: Bilinen Çocuk İstismarı ve İhmali Ölçeğinin Etkinlik Beklenti**

### **Ölçütü:**

#### **(Ek 1.C)**

Ölçek hemşirelerin bilinen ÇİVİ raporlamasında etkinlik beklentilerini ölçmek için 16 sorudan oluşmaktadır. Maddeler 0 ve 10 arasında değişmektedir. 0:hiç emin değilim iken 10:son derece eminime karşılık gelmektedir. Ölçekte bulunan maddeler fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal yönünden incelenmektedir.

Ölçekte hemşirelerin ÇİVİ şüpheli vakalarını bildirmek için iş yoğunluğunda öncelik verme durumlarını ölçmek üzere “öncelik” (1, 2, 3 ve 4. maddeler) alt boyutu, meslektaşların model olma ve ÇİVİ vakalarının rapor edilmesine yönelik “meslektaş desteği” (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 12. maddeler) alt boyutu, ÇİVİ vakalarıyla karşılaşıldığında raporlayabilme yeterliliğinin değerlendirildiği “güven” (13, 14, 15 ve 16. maddeler) alt boyutu olmak üzere toplam üç tane alt boyutu bulunmaktadır.

## **Bölüm 2: Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç**

### **Beklentileri Ölçütü:**

#### **(Ek: 1.C.)**

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik sonuç beklentileri ölçütü 12 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular ile hemşirelerin ÇİVİ vakalarının raporlanmasına yönelik düşüncelerini ölçmektedir. Maddeler 0 ve 10 arasında değişmektedir. 0:hiç emin değilim iken 10:son derece eminime karşılık gelmektedir. Ölçekte bulunan maddeler fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal yönünden incelenmektedir. Ölçeğin “çocuk yararı” (1, 4, 7 ve 10. madde), “aile yararı” (2, 5, 8 ve 11. madde) ve “hizmete olan güven” (3, 6, 9 ve 12. madde) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır.

### 3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Hemşirelere anket uygulamasına katılıp katılmamakta özgür oldukları, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece araştırma kapsamında kullanılacağı açıklandı. Anket formlarına isim yazılmaması gerektiği açıklandı ve araştırmaya gönüllü olanlar alındı.

Anket formları acil servis hemşirelerine çalışma saatleri içinde verildi. Verilen anketler yaklaşık 1-2 saat sonra geri toplandı.

### 3.5. Araştırmanın etik yönü

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla Tokat GOP Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'na başvuru yapılarak gerekli izin (21-KAEK-027) alındı. Cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için hemşirelerin gönüllü katılımlarına önem verildi. Acil servis hemşirelerine araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü olarak bilgilendirildi, onay alındı. Ayrıca hemşirelere, verdikleri cevapların başka kişiler ile paylaşılmayacağı konusunda açıklama yapılarak “gizlilik ilkesine” uyuldu.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 18.0for Windows istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak, bilgisayar ortamında analiz edildi ve tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama  $\pm$  standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırma kapsamına alınan servis çalışanlarının yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumları, çalışma yılı, acil serviste çalışma yılı ; bağımlı değişkenleri Çocuk İstismarı ve İhmal konusunda belirti ve riskleri tanılama durumu, Çocuk İstismarı ve İhmalini raporla durumu ile Adli Olgular bilgi durumu oluşturmuştur. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Ölçek araçlarının güvenilirliğini ölçmek için Cronbach Alfa Tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. p değerleri 0,05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Covid-19 pandemisi nedeniyle acil servislerdeki iş yoğunluğundaki artış ve sağlık personelinin yorgunluğuna bağlı olarak çalışmaya gönüllü olmayanlara anket uygulanamadı. Çalışma saatlerinin farklılığı sebebiyle uygulamanın yapıldığı sırada sadece hastanede olan kişilere anketler uygulandı. Geçici görevlendirme, ücretsiz izin, ölüm izni ve doğum izninde olan çalışanların çalışmaya dahil edilememesinden dolayı tüm acil servis çalışanlarına anket uygulanamadı. Örneklem kapsamına alınan sağlık çalışanları yalnızca acil servis hemşireleriyle sınırlandırıldı. Bu sınırlılıklar nedeniyle çalışmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki servis çalışanlarının kendi bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlarla örneklem dışında genelleme yapılmamaktadır.

## 4. BULGULAR ve YORUM

### 4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına bakıldığında 76(%50,7)'sı evli, 74 (%49,3)'ü bekar idi. Ankete katılanların yaş ortalamasının  $29,87 \pm 7,95$  olduğu ve katılımcıların 91(%60,7)'i 30 yaş altında, 35(%23,3)'i 30-40 yaş aralığında ve 24 (%16)'ü 40 yaş ve üstünde bulunduğu saptandı. Çocuk sahibi olanların sayısı 63 (%42) ve olmayanların sayısı 87 (%58) olarak bulundu.

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

|                   |                | n  | %    |
|-------------------|----------------|----|------|
| Yaş               | 30 Yaş Altı    | 91 | 60,7 |
|                   | 30-40 Yaş      | 35 | 23,3 |
|                   | 40 Yaş ve Üstü | 24 | 16,0 |
| Medeni durum      | Bekar          | 74 | 49,3 |
|                   | Evli           | 76 | 50,7 |
| Çocuğunuz var mı? | Evet           | 63 | 42,0 |
|                   | Hayır          | 87 | 58,0 |

**Tablo 4.1.1.** Nicel Verilerin Dağılımı

|         | Ortalama | Standart Sapma | Minimum | Maksimum |
|---------|----------|----------------|---------|----------|
| Yaşınız | 29,87    | 7,95           | 2,00    | 54,00    |

### 4.2. Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Sürelerinin Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu incelendiğinde; 31 (%20,7)'i sağlık meslek lisesi, 16 (%10,7)'sı ön lisans, 95 (%63,3)'i lisans ve 6 (%4)'sı yüksek lisans ve 2 (%1,3)'si doktora mezunuydu. Meslekte çalışma süreleri incelendiğinde; 25 (%16,7)'i 1 yıldan az, 15 (%10)'i 1-2 yıl arasında, 31 (%20,7)'i 3-5 yıl arasında, 38 (%25,3)'i 5-10 yıl arasında ve 41 (%27,3)'i 10 yıl ve üzeri meslekte görev aldığı görüldü.

Acil serviste çalışma yıllarına bakıldığında; %36 (54)'sı 1 yıldan az, %20,7(31)'si 1-2 yıl arasında, %15,3(23)'ü 3-5 yıl arasında, %14,7(22)'si 5-10 yıl arasında ve %13,3(20)'ü 10 yıl ve üzeri meslekte görev aldığı saptandı.

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin Eğitim Durumu ve Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

|                                          |                      | n  | %    |
|------------------------------------------|----------------------|----|------|
| Eğitim durumunuz                         | Sağlık Meslek Lisesi | 31 | 20,7 |
|                                          | Önlisans             | 16 | 10,7 |
|                                          | Lisans               | 95 | 63,3 |
|                                          | Yüksek Lisans        | 6  | 4,0  |
|                                          | Doktora              | 2  | 1,3  |
| Kaç yıldır hemşiresiniz?                 | 1 Yıldan Az          | 25 | 16,7 |
|                                          | 1-2 Yıl              | 15 | 10,0 |
|                                          | 3-5 Yıl              | 31 | 20,7 |
|                                          | 5-10 Yıl             | 38 | 25,3 |
|                                          | 10 Yıl Ve Üzeri      | 41 | 27,3 |
| Kaç yıldır acil serviste çalışıyorsunuz? | 1 Yıldan Az          | 54 | 36,0 |
|                                          | 1-2 Yıl              | 31 | 20,7 |
|                                          | 3-5 Yıl              | 23 | 15,3 |
|                                          | 5-10 Yıl             | 22 | 14,7 |
|                                          | 10 Yıl Ve Üzeri      | 20 | 13,3 |

#### 4.3. Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Eğitim, Çalışma Koşulları ve Bildirim Yükümlülüklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %87,3'ünün lisans eğitiminde, %76'sının da çalıştıkları kurumlarda adli vakaya yönelik herhangi bir eğitim almadıkları belirlendi. Çalışmaya katılan hemşirelerin adli vakalara yaklaşım konusunda %89,3'ünün lisans düzeyinde eğitim almanın, %93,3'ü ise çalışılan kurumlarda adli vakalara yaklaşım konusunda hizmet içi eğitim almanın önemli olduğunu düşündükleri saptandı.

Elde edilen bulgulara göre araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumların %92'sinde adli hemşirenin bulunmadığı, %70,7'sinde adli tabibin olmadığı sonucuna ulaşıldı. Buna karşın çalışmaya katılan hemşirelerin %82'si ise hastanelerde adli hemşirelerin görev almasının gerekli olduğunu belirtti.

Yapılan çalışmada hemşirelere adli vaka verilerinin işlenmesine yönelik görüşlerini değerlendirmek üzere sorular yöneltildi. Adli vaka delillerinin toplama ve saklama sorumluluğunun kime ait olduğu yönündeki bulgular incelediğinde çalışmaya katılan hemşirelerin %24'ünün hekim, %3,3'ünün hemşire ve %72,7'sinin hekim-hemşire yönünde görüş bildirdiği görüldü. Diğer açıdan araştırmaya katılan hemşirelerin %88'inin adli vakalara ait veri toplama ve saklama konusunda olası hatalarda kanunen yaptırımlar ile karşılanacaklarını düşündükleri görüldü.

Araştırmada çalışmaya katılan hemşirelerden adli vakalardaki görev ve sorumluluklarına dair görüşleri alındı. Çalışmaya katılan hemşirelerin %76'sı adli vakaları değerlendirme görevinin hemşirelere ait olmaması gerektiğini belirtti. Diğer açıdan çalışmaya katılan hemşirelerin %44'ünün acil servise gelen adli vakaları değerlendirme görevi yürüttüğü, %75,3'ünün ise adli vakalara ilişkin veri toplamadığı sonuçlarına ulaşıldı.

Benzer şekilde çalışmaya katılan hemşirelere çalıştıkları kurumlarda adli vaka muayeneleri ve bu muayenelerin fiziki koşullarını değerlendirdikleri bazı sorular yöneltildi. Elde edilen bulgulara göre çalışılan kurumların %88,7'sinde adli muayene yapıldığı, %34,7'sinde adli muayene için ayrı bir oda bulunduğu, %92'sinde adli muayenelerde hasta mahremiyetine özen gösterdiklerini ve %86'sında adli vakalara ilişkin dosyaların günlük olarak teslim edildiği görüldü.

Yapılan bu çalışmada hemşirelere çocuk istismarına yönelik bazı sorular yönetildi. Çalışmaya katılan hemşirelerin %94,7'sinin çocuk ihmal ve istismarıyla karşılaştıkları zaman hemen bildirecekleri, %14'nün şimdiye kadar bildirmiş oldukları çocuk ihmal ve istismarı vakası olduğu ve %52,7'si hastanelerde çocuk ihmal ve istismarına ait belirgin bir prosedürün olmadığı sonucuna ulaşıldı.

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Eğitim, Çalışma Koşulları ve Bildirim Yükümlülüklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

|                                                                                                                      |               | n   | %    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|------|
| 1.Öğreniminiz sırasında adli hemşirelik dersi aldınız mı ?                                                           | Evet          | 19  | 12,7 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 131 | 87,3 |
| 2.Kurumunuzda adli olguya yaklaşımla ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim aldınız mı?                               | Evet          | 36  | 24,0 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 114 | 76,0 |
| 3.Adli olguya yaklaşımla ilgili okullarda eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?                         | Evet          | 134 | 89,3 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 16  | 10,7 |
| 4.Adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?                        | Evet          | 140 | 93,3 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 10  | 6,7  |
| 5.Çalıştığınız kurumda adli hemşire var mı ?                                                                         | Evet          | 12  | 8,0  |
|                                                                                                                      | Hayır         | 138 | 92,0 |
| 6.Çalıştığınız kurumda adli olaylar ile ilgilenen adli tabip var mı ?                                                | Evet          | 44  | 29,3 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 106 | 70,7 |
| 7.Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünüyor musunuz ?                                        | Evet          | 123 | 82,0 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 27  | 18,0 |
| 8.Adli vaka delillerini toplamak ve saklamak kimin sorumluluğundadır?                                                | Hekim         | 36  | 24,0 |
|                                                                                                                      | Hemşire       | 5   | 3,3  |
|                                                                                                                      | Hekim-Hemşire | 109 | 72,7 |
| 9.Delilleri toplarken ve saklarken hata yapmanız durumunda kanunen suçlu konumuna düşebileceğinizi düşünüyor musunuz | Evet          | 132 | 88,0 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 18  | 12,0 |
| 10.Acil servise gelen vakaları adli olgu açısından değerlendirmek hemşirenin sorumluluğunda olmalı mıdır?            | Evet          | 36  | 24,0 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 114 | 76,0 |
| 11.Kurumunuzda acil servise gelen vakaları hemşire olarak adli olgu açısından değerlendiriyor musunuz?               | Evet          | 66  | 44,0 |
|                                                                                                                      | Hayır         | 84  | 56,0 |

|                                                                                           |       |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|------|
| 12.Adli vakalarda delil topluyor musunuz?                                                 | Evet  | 37  | 24,7 |
|                                                                                           | Hayır | 113 | 75,3 |
| 13.Çalıştığınız kurumda adli muayene yapılıyor mu ?                                       | Evet  | 133 | 88,7 |
|                                                                                           | Hayır | 17  | 11,3 |
| 14.Çalıştığınız kurumda adli vakaların muayenesi için ayrı bir oda var mı ?               | Evet  | 52  | 34,7 |
|                                                                                           | Hayır | 98  | 65,3 |
| 15.Adli muayenelerde hasta mahremiyetine özen gösteriliyor mu ?                           | Evet  | 138 | 92,0 |
|                                                                                           | Hayır | 12  | 8,0  |
| 16.Adli vaka dosyaları günlük düzenli olarak teslim ediliyor mu ?                         | Evet  | 129 | 86,0 |
|                                                                                           | Hayır | 21  | 14,0 |
| 17.Çocuk istismarı ve ihmali vakası/şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız? | Evet  | 142 | 94,7 |
|                                                                                           | Hayır | 8   | 5,3  |
| 18.Hastanede kuşkulandığınız çocuk istismarı ve ihmali vakası rapor ettiniz mi?           | Evet  | 21  | 14,0 |
|                                                                                           | Hayır | 129 | 86,0 |
| 19.Çalıştığınız hastanede çocuk istismarı ve ihmeline yönelik prosedür var mı?            | Evet  | 79  | 52,7 |
|                                                                                           | Hayır | 71  | 47,3 |

#### 4.3.1. Hemşirelerin Çalışırken İhmal ve İstismar Vakasıyla Karşılaşmış Oldukları Zorluklara İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin ihmal ve istismar vakalarıyla çalışırken karşılaştıkları zorluklar sırasıyla; öykü alma (%39,53), prosedür hakkında bilgi eksikliği (%27,91), yasal süreç (%13,95), ilgili kurumlara bildirim (%6,98), fiziksel muayene (%6,98) ve kayıt (%4,65) olduğu görüldü.

**Tablo 4.3.1.** Hemşirelerin Çalışırken İhmal ve İstismar Vakasıyla Karşılaşmış Oldukları Zorluklara İlişkin Bulguların Dağılımı

|                                                                                                       |                                   | n  | %     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----|-------|
| Göreviniz boyunca herhangi bir istismar ve ihmali vakasında/şüphesinde hangi aşamalarda zorlandınız ? | Öykü Alma                         | 17 | 39,53 |
|                                                                                                       | Fiziksel Muayene                  | 3  | 6,98  |
|                                                                                                       | Kayıt                             | 2  | 4,65  |
|                                                                                                       | İlgili Kurumlara Bildirim         | 3  | 6,98  |
|                                                                                                       | Prosedür Hakkında Bilgi Eksikliği | 12 | 27,91 |
|                                                                                                       | Yasal Süreç                       | 6  | 13,95 |

#### 4.4. Hemşirelerin Adli Vakaya Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular

##### 4.4.1. Hemşirelerin İhmal ve İstismar Vakalarını Bildirmeye Yönelik Tutumları

Araştırmaya katılan hemşirelerin adli vakalara yönelik bildirim yapmalarına ilişkin maddelerde “*Adli vakaları prosedürle uğraşmamak için bildirim yapmam*” (%58), “*Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik adli vaka ile karşılaştığımda çocuğun ailesi tarafından tehdit almamak için bildirimde bulunmam*” (%46), “*Adli vaka olgularında aile içi sıkıntılar beni ilgilendirmede için bildirimde bulunmam*” (%45,3) ve “*Çocuk istismarı ve ihmali olgularında çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünerek bildirimde bulunmam*” (%51,3) maddelerine çoğunluğunun katılmadığı saptandı. Diğer açıdan çalışmaya katılan hemşirelerin “*Adli olguların bildiriminde yasal süreçte zorluklar ile karşılaşabilirim*” (%40), maddesine ağırlıklı olarak katıldıkları belirlendi.

**Tablo 4.4.1.** Hemşirelerin İhmal ve İstismar Vakalarını Bildirmeye Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

|                                                                                                  | Kesinlikle<br>Katılıyorum<br>n / % | Katılıyorum<br>n / % | Kararsızım<br>n / % | Katılmıyorum<br>n / % | Kesinlikle<br>Katılmıyorum<br>n / % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Adli vakaları prosedürle uğraşmamak için bildirim yapmam.                                        | 4(%2,7)                            | 9(%6)                | 18(%12)             | 32(%21,3)             | 87(%58)                             |
| Adli vakalarda diğer sosyal kurumların konu ile ilgileneceğini düşünmüyorum.                     | 11(%7,3)                           | 11(%7,3)             | 37(%24,7)           | 56(%37,3)             | 35(%23,3)                           |
| Adli olguların bildiriminde yasal süreçte zorluklar ile karşılaşabilirim.                        | 21(%14)                            | 60(%40)              | 49(%32,7)           | 15(%10)               | 5(%3,3)                             |
| HEMŞİRELERİN İHMAL VE Adli vaka bildirimlerinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi sahibi değilim. | 19(%12,7)                          | 48(%32)              | 34(%22,7)           | 37(%24,7)             | 12(%8)                              |

|             |                                   |         |         |           |           |           |
|-------------|-----------------------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|
| İSTİSMAR    | Çocuk istismarı ve                |         |         |           |           |           |
| VAKALARINI  | ihmaline yönelik adli vaka        |         |         |           |           |           |
| BİLDİRİMEYE | ile karşılaştığımda çocuğun       |         |         |           |           |           |
| YÖNELİK     | ailesi tarafında tehdit           | 4(%2,7) | 7(%4,7) | 24(%16)   | 46(%30,7) | 69(%46)   |
| TUTUMLARI   | almamak için bildirimde bulunmam. |         |         |           |           |           |
|             | Çocuk istismarı ve ihmali         |         |         |           |           |           |
|             | olgularında çocuğun               |         |         |           |           |           |
|             | ailesinden ayrılacağını           | 3(%2)   | 7(%4,7) | 19(%12,7) | 44(%29,3) | 77(%51,3) |
|             | düşünerek bildirimde bulunmam     |         |         |           |           |           |
|             | Adli vaka olgularında aile        |         |         |           |           |           |
|             | içi sıkıntılar beni               |         |         |           |           |           |
|             | ilgilendirmedigi için             | 5(%3,3) | 5(%3,3) | 22(%14,7) | 50(%33,3) | 68(%45,3) |
|             | bildirimde bulunmam.              |         |         |           |           |           |

#### 4.4.2. Hemşirelerin Öykü Alma, İhmal ve İstismar Belirtilerini Taramaya Yönelik Tutumları

Hemşirelerin öykü alma, ihmal ve istismar belirtilerini taramaya ilişkin tutumlarını belirlemek bazı sorular yöneltildi. %46,7'si çocuk istismarı ve ihmali olgularında öykü alırken olayın ne zaman, nerede ve nasıl olduğunu sorgularım, %44'ü öykü alırken olayın tam olarak anlaşılması için hastayı/yakınını olayı açıklamaya yönlendiririm, %42,7'si öykü alırken tutarsızlığı açığa çıkarmak için çeldirici sorular sorarım, %48'i çocuklarda en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler avuç içleri ve el sırtı olduğundan gözlemlerimde dikkatli olurum" maddelerine ağırlıklı olarak "katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum" şeklinde cevaplar verdikleri belirlendi.

Diğer açıdan "Öykü alma sırasında hasta ve yakınlarının ifadelerindeki çelişkilerle ilgilenip vakit kaybetmem" (%37,3), "Çocuk yaralanması vakalarında ayrı ayrı alınan ebeveyn öykülerinin aynı olması adli vakayı düşündürmez" (%32) sorularına ağırlıklı olarak "katılmıyorum" şeklinde yanıtlamıştır.

**Tablo 4.4.2. Hemşirelerin Öykü Alma, İhmal ve İstismar Belirtilerini Taramaya Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması**

|                                                                                                           |                                                                                                                                          | Kesinlikle<br>Katılıyorum<br>n / % | Katılıyorum<br>n / % | Kararsızım<br>n / % | Katılmıyorum<br>n / % | Kesinlikle<br>Katılmıyorum<br>n / % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| HEMŞİRELERİN<br>ÖYKÜ ALMA<br>VE İHMAL VE<br>İSTİSMAR<br>BELİRTİLERİNİ<br>TARAMAYA<br>YÖNELİK<br>TUTUMLARI | 3 aylık bir bebeğin koltuktan<br>yuvarlanarak düşmesi adli<br>vakayı düşündürür.                                                         | 42(%28)                            | 53(%35,3)            | 35(%23,3)           | 13(%8,7)              | 7(%4,7)                             |
|                                                                                                           | Çocuk istismarı ve ihmali<br>olgularında soruşturma<br>başlatılması için ailenin<br>şikayetçi olması gerekir.                            | 12(%8)                             | 14(%9,3)             | 27(%18)             | 51(%34)               | 46(%30,7)                           |
|                                                                                                           | Çocuk istismarı ve ihmali<br>olgularında öykü alırken<br>olayın ne zaman, nerede ve<br>nasıl olduğunu sorgularım.                        | 53(%35,3)                          | 70(%46,7)            | 21(%14)             | 2(%1,3)               | 4(%2,7)                             |
|                                                                                                           | Öykü alırken olayın tam<br>olarak anlaşılması için<br>hastayı/yakınını olayı<br>açıklamaya yönlendiririm.                                | 50(%33,3)                          | 66(%44)              | 25(%16,7)           | 5(%3,3)               | 4(%2,7)                             |
|                                                                                                           | Öykü alırken tutarsızlığı<br>açığa çıkarmak için çeldirici<br>sorular sorarım.                                                           | 46(%30,7)                          | 64(%42,7)            | 28(%18,7)           | 10(%6,7)              | 2(%1,3)                             |
|                                                                                                           | Öykü alma sırasında hasta<br>ve yakınlarının<br>ifadelerindeki çelişkilerle<br>ilgilenip vakit kaybetmem                                 | 5(%3,3)                            | 17(%11,3)            | 28(%18,7)           | 56(%37,3)             | 44(%29,3)                           |
|                                                                                                           | Çocuk yaralanması<br>vakalarında ayrı ayrı alınan<br>ebeveyn öykülerinin aynı<br>olması adli vakayı<br>düşündürmez.                      | 8(%5,3)                            | 18(%12)              | 48(%32)             | 45(%30)               | 31(%20,7)                           |
|                                                                                                           | Çocuklarda en çok<br>cezalandırma için kullanılan<br>bölgeler avuç içleri ve el<br>sırtı olduğundan<br>gözlemlerimde dikkatli<br>olurum. | 51(%34)                            | 72(%48)              | 20(%13,3)           | 6(%4)                 | 1(%0,7)                             |

#### 4.4.3. Hemşirelerin İhmal ve İstismar Belirtilerini Taramadaki Mahremiyete Yönelik Tutumları

Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismar vakalarında öykü almaları sırasındaki mahremiyet ile ilgili tutumları incelendi. Araştırmaya katılan hemşireler “*Adli vaka ya da şüphesi olan durumlarda hastanın giysilerini değiştirmesinde bir sakınca yoktur*” (%34,7) maddesine katıldıklarını belirtirken, “*Mağdurun/şüphelinin giysileri çıkarılamayacak durumda ise üzerindeki deliklerden tutup yırtılarak çıkartılmalıdır*” (%37,3) maddesine kararsız kaldıkları görüldü.

Diğer taraftan hemşirelerin %38,7’i “*Mağdurun/şüphelinin giysilerini kanıtların dökülüp kaybolmaması açısından oturarak çıkarması istenmelidir*”, %36’sı “*Mağdurun/şüphelinin giysilerini çıkarırken odadan çıkılmamalıdır*” maddelerine katılımcıların çoğu “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak cevap verdikleri saptandı.

**Tablo 4.4.3.** Hemşirelerin İhmal ve İstismar Belirtilerini Taramadaki Mahremiyete Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

|                                                                                            |                                                                                                            | Kesinlikle Katılıyorum<br>n / % | Katılıyorum<br>n / % | Kararsızım<br>n / % | Katılmıyorum<br>n / % | Kesinlikle Katılmıyorum<br>n / % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------------|
| HEMŞİRELERİN İHMAL VE İSTİSMAR BELİRTİLERİNİ TARAMALARINDAKİ MAHREMİYETE YÖNELİK TUTUMLARI | Adli vaka ya da şüphesi olan durumlarda hastanın giysilerini değiştirmesinde bir sakınca yoktur.           | 7(%4,7)                         | 10(%6,7)             | 45(%30)             | 36(%24)               | 52(%34,7)                        |
|                                                                                            | Mağdurun/şüphelinin giysilerini kanıtların dökülüp kaybolmaması açısından oturarak çıkarması istenmelidir. | 35(%23,3)                       | 58(%38,7)            | 49(%32,7)           | 6(%4)                 | 2(%1,3)                          |
|                                                                                            | Mağdurun/şüphelinin giysilerini çıkarırken odadan çıkılmamalıdır.                                          | 46(%30,7)                       | 54(%36)              | 35(%23,3)           | 14(%9,3)              | 1(%0,7)                          |
|                                                                                            |                                                                                                            |                                 |                      |                     |                       |                                  |

|                                                                                                                             |          |           |           |           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Mağdurun/şüphelinin çıkardığı<br>giysiler kanıtların tamamının<br>ortaya çıkması için<br>silkelenmelidir                    | 11(%7,3) | 33(%22)   | 50(%33,3) | 18(%12)   | 38(%25,3) |
| Mağdurun/şüphelinin giysileri<br>çıkarılamayacak durumda ise<br>üzerindeki deliklerden tutup<br>yırtılarak çıkartılmalıdır. | 6(%4)    | 23(%15,3) | 56(%37,3) | 23(%15,3) | 42(%28)   |

#### 4.4.4. Hemşirelerin İhmal ve İstismar Vakalarının Yasal Süreçlerine İlişkin Tutumları

Araştırmaya katılan hemşirelerin ihmal ve istismar vakalarının yasal süreçlerine ilişkin bilgilerini değerlendirildi. Bu doğrultuda yöneltilen “*Adli kayıta, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir*” (%44), “*Bir suça ilişkin kanıt elde etmek amaçlı sanık veya mağdurun vücudundan örnek alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir*” (%44) maddelerine katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak yanıt verdikleri belirlendi.

Bunun yanı sıra %54’ü “*Görevini yaptığı sırada suçun işlendiğini bildirmeyen sağlık çalışanı 1 yıla kadar hapis cezası alır*”, %40’ı “*Kayıttaki yazı başka kişiler tarafından anlaşılmaması için sağlık personeli kısaltmasıyla yazılmalıdır*” ve %29,3’ü “*Adli vaka ve kanıtlara yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahibim*” maddelerine ise ağırlıklı olarak “kararsızım” olarak cevap verdikleri görüldü.

**Tablo 4.4.4. Hemşirelerin İhmal ve İstismar Vakalarının Yasal Süreçlerine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması**

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               | Kesinlikle<br>Katılıyorum<br>n / % | Katılıyorum<br>n / % | Kararsızım<br>n / % | Katılmıyorum<br>n / % | Kesinlikle<br>Katılmıyorum<br>n / % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| HEMŞİRELERİN<br>İHMAL VE<br>İSTİSMAR<br>VAKALARININ<br>YASAL<br>SÜREÇLERİNE<br>İLİŞKİN<br>TUTUMLARI | Adli kayıtta, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir.                                                                                                               | 66(%44)                            | 58(%38,7)            | 21(%14)             | 1(%0,7)               | 4(%2,7)                             |
|                                                                                                     | Bir suçla ilişkin kanıt elde etmek amaçlı sanık veya mağdurun vücudundan örnek alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir. | 29(%19,3)                          | 66(%44)              | 38(%25,3)           | 9(%6)                 | 8(%5,3)                             |
|                                                                                                     | Görevini yaptığı sırada suçun işlendiğini bildirmeyen sağlık çalışanı 1 yıla kadar hapis cezası alır                                                                                          | 14(%9,3)                           | 31(%20,7)            | 81(%54)             | 14(%9,3)              | 10(%6,7)                            |
|                                                                                                     | Kayıttaki yazı başka kişiler tarafından anlaşılabilmesi için sağlık personeli kısaltmasıyla yazılmalıdır.                                                                                     | 23(%15,3)                          | 27(%18)              | 60(%40)             | 23(%15,3)             | 17(%11,3)                           |
|                                                                                                     | Adli vaka ve kanıtlara yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahibim.                                                                                                                  | 13(%8,7)                           | 37(%24,7)            | 44(%29,3)           | 40(%26,7)             | 16(%10,7)                           |
|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                                    |                      |                     |                       |                                     |
|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                                    |                      |                     |                       |                                     |
|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                                    |                      |                     |                       |                                     |
|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                                    |                      |                     |                       |                                     |
|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                                    |                      |                     |                       |                                     |

**Tablo 4.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği**

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama durumlarına göre dağılımları incelendi. Hemşirelerin en fazla katıldığı ilk üç önerme sırasıyla; “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı

düşündürmelidir.” (%55,3), “Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.” (%52) ve “İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.” (%50) olduğu saptandı.

Hemşireleri en çok katılmadığı ilk üç önerme sırasıyla; %54’ü “İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.”, %44,7’si “İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.” ve %38,7’si ise “Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.” şeklinde cevap vererek ilgili maddelere katılmadıklarını ifade ettikleri belirlendi.

**Tablo 4.5.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği Maddelerinin Karşılaştırılması (n=150)

|                                                                                                                                                                                                                                              | Çok Doğru | Oldukça Doğru | Kararsızım | Pek Doğru | Hiç Doğru |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|------------|-----------|-----------|
| Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir. | 64(42,7)  | 69(46)        | 16(10,7)   | 1(0,7)    | -         |
| Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.                                                                                                                    | 51(34)    | 70(46,7)      | 27(18)     | 2(1,3)    | -         |
| Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.                                                                                                                                                               | 6(4)      | 16(10,7)      | 32(21,3)   | 50(33,3)  | 46(30,7)  |
| Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir                                                                                                                                                  | 31(20,7)  | 53(35,3)      | 54(36)     | 9(6)      | 3(2)      |
| Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.                                                                                                         | 30(20)    | 54(36)        | 62(41,3)   | 3(2)      | 1(0,7)    |
| Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırdık izine rastlanır.                                                                                                                                             | 36(24)    | 63(42)        | 44(29,3)   | 6(4)      | 1(0,7)    |
| Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.                                                                                                                                       | 45(30)    | 69(46)        | 36(24)     | -         | -         |
| Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.                                                                                                                                                                              | 18(12)    | 39(26)        | 61(40,7)   | 26(17,3)  | 6(4)      |
| Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.                                                                                                       | 45(30)    | 68(45,3)      | 34(22,7)   | 2(1,3)    | 1(0,7)    |

|                                                                                                                              |          |          |          |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz. | 12(8)    | 9(6)     | 51(34)   | 51(34)   | 27(18)   |
| Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.                                        | 34(22,7) | 67(44,7) | 44(29,3) | 4(2,7)   | 1(0,7)   |
| İntrakranial( kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.                         | 7(4,7)   | 10(6,7)  | 39(26)   | 55(36,7) | 39(26)   |
| Genital bölge, ağız,kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.                 | 67(44,7) | 66(44)   | 15(10)   | 2(1,3)   | -        |
| Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.                    | 11(7,3)  | 13(8,7)  | 40(26,7) | 53(35,3) | 33(22)   |
| Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı                                                                        | 83(55,3) | 53(35,3) | 13(8,7)  | 1(0,7)   | -        |
| Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.                     | 7(4,7)   | 10(6,7)  | 65(43,3) | 38(25,3) | 30(20)   |
| Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.                                     | 51(34)   | 46(30,7) | 45(30)   | 8(5,3)   | -        |
| Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.                                                                 | 78(52)   | 55(36,7) | 17(11,3) | -        | -        |
| Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş                                                           | 55(36,7) | 65(43,3) | 24(16)   | 2(1,3)   | 4(2,7)   |
| Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.                                      | 58(38,7) | 69(46)   | 20(13,3) | 2(1,3)   | 1(0,7)   |
| Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.                                                 | 31(20,7) | 58(38,7) | 53(35,3) | 6(4)     | 2(1,3)   |
| Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.                                                                 | 50(33,3) | 66(44)   | 29(19,3) | 1(0,7)   | 4(2,7)   |
| Asıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.                                                        | 53(35,3) | 62(41,3) | 32(21,3) | 2(1,3)   | 1(0,7)   |
| Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini                                                                 | 34(22,7) | 61(40,7) | 45(30)   | 8(5,3)   | 2(1,3)   |
| Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmalidir.                                                               | 38(25,3) | 74(49,3) | 34(22,7) | 2(1,3)   | 2(1,3)   |
| Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmalidir.                                                                   | 55(36,7) | 70(46,7) | 23(15,3) | 2(1,3)   | -        |
| Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri                                                                   | 14(9,3)  | 26(17,3) | 44(29,3) | 39(26)   | 27(18)   |
| İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları                                                                | 8(5,3)   | 11(7,3)  | 21(14)   | 43(28,7) | 67(44,7) |
| İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar                                                                   | 15(10)   | 30(20)   | 69(46)   | 22(14,7) | 14(9,3)  |
| İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.                                                        | 10(6,7)  | 6(4)     | 21(14)   | 32(21,3) | 81(54)   |
| İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.                 | 62(41,3) | 66(44)   | 20(13,3) | 1(0,7)   | 1(0,7)   |
| İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.                    | 45(30)   | 62(41,3) | 31(20,7) | 7(4,7)   | 5(3,3)   |

|                                                                                                                        |          |          |          |          |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini | 39(26)   | 52(34,7) | 49(32,7) | 5(3,3)   | 5(3,3)   |
| İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır                                                           | 13(8,7)  | 20(13,3) | 71(47,3) | 21(14)   | 25(16,7) |
| İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile                                                          | 54(36)   | 67(44,7) | 29(19,3) | -        | -        |
| İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime                                                        | 45(30)   | 74(49,3) | 30(20)   | 1(0,7)   | -        |
| İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar                                      | 24(16)   | 42(28)   | 64(42,7) | 13(8,7)  | 7(4,7)   |
| İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır                                   | 35(23,3) | 71(47,3) | 38(25,3) | 3(2)     | 3(2)     |
| İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.                              | 38(25,3) | 75(50)   | 36(24)   | -        | 1(0,7)   |
| İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.                                                    | 51(34)   | 74(49,3) | 21(14)   | 2(1,3)   | 2(1,3)   |
| Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.                                                                            | 8(5,3)   | 14(9,3)  | 45(30)   | 46(30,7) | 37(24,7) |
| Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.                    | 18(12)   | 33(22)   | 67(44,7) | 20(13,3) | 12(8)    |
| Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler                                       | 17(11,3) | 33(22)   | 83(55,3) | 16(10,7) | 1(0,7)   |
| Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.                      | 27(18)   | 63(42)   | 48(32)   | 9(6)     | 3(2)     |
| Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.                        | 21(14)   | 56(37,3) | 60(40)   | 9(6)     | 4(2,7)   |
| Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur                                                                 | 11(7,3)  | 12(8)    | 38(25,3) | 57(38)   | 32(21,3) |
| Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline                                                      | 28(18,7) | 69(46)   | 43(28,7) | 7(4,7)   | 3(2)     |
| Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.                            | 68(45,3) | 56(37,3) | 23(15,3) | 2(1,3)   | 1(0,7)   |
| Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.                 | 12(8)    | 17(11,3) | 31(20,7) | 46(30,7) | 44(29,3) |
| Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler                                      | 25(16,7) | 32(21,3) | 59(39,3) | 24(16)   | 10(6,7)  |
| Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.                            | 18(12)   | 39(26)   | 55(36,7) | 22(14,7) | 16(10,7) |
| Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.                                                              | 21(14)   | 32(21,3) | 42(28)   | 36(24)   | 19(12,7) |
| Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları                                                      | 12(8)    | 31(20,7) | 68(45,3) | 28(18,7) | 11(7,3)  |
| Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.                                   | 10(6,7)  | 21(14)   | 36(24)   | 56(37,3) | 27(18)   |
| Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.               | 10(6,7)  | 15(10)   | 68(45,3) | 33(22)   | 24(16)   |

|                                                                                                               |          |          |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.               | 18(12)   | 42(28)   | 58(38,7) | 23(15,3) | 9(6)     |
| Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir                                               | 26(17,3) | 57(38)   | 51(34)   | 14(9,3)  | 2(1,3)   |
| Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmeline önemli bir etkidir.                                           | 31(20,7) | 46(30,7) | 51(34)   | 16(10,7) | 6(4)     |
| Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmeline oluşmasında etken değildir.                                  | 11(7,3)  | 26(17,3) | 49(32,7) | 37(24,7) | 27(18)   |
| Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen faktördür.                 | 25(16,7) | 49(32,7) | 45(30)   | 22(14,7) | 9(6)     |
| Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmeline önemli bir faktör değildir        | 12(8)    | 29(19,3) | 43(28,7) | 49(32,7) | 17(11,3) |
| Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir                                             | 34(22,7) | 67(44,7) | 37(24,7) | 10(6,7)  | 2(1,3)   |
| Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyo ekonomik düzeylerde                                                      | 7(4,7)   | 15(10)   | 29(19,3) | 58(38,7) | 41(27,3) |
| Anne baba arasındaki şiddet çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.                                 | 47(31,3) | 64(42,7) | 32(21,3) | 4(2,7)   | 3(2)     |
| Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.                           | 54(36)   | 57(38)   | 33(22)   | 4(2,7)   | 2(1,3)   |
| Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.                                            | 26(17,3) | 54(36)   | 56(37,3) | 9(6)     | 5(3,3)   |
| Yaralanma, kırık gibi olaylarda anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir | 48(32)   | 73(48,7) | 27(18)   | -        | 2(1,3)   |

#### 4.6. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanlarına Ait İstatistik Bulguları

Araştırmaya katılan hemşirelerin en düşük 67 en yüksek 355 puan alınabilen Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği'nin toplam puanına ait puan ortalamalarının  $\bar{X}=156,63$  olduğu görüldü.

Hemşirelerin en yüksek puan ortalamasına istismarın çocuk üzerinde üzerindeki fiziksel belirtileri tanımlama alt boyutunda ( $\bar{X}= 41,84\pm 8,47$ ) elde ettikleri sonucuna ulaşıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ikinci en yüksek puan ortalamalarını istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri alt boyutu ( $\bar{X}= 34,27\pm 6,37$ ) ile istismar ve ihmale

yatkın ebeveyn özelliklerini tanımlama alt boyutundan ( $\bar{X}= 33,53\pm5,95$ ) elde ettikleri saptandı.

Hemşirelerin en düşük puan ortalamasını istismarın çocuk üzerindeki ihmal belirtileri alt boyutu ( $\bar{X}= 14,72\pm3,66$ ) ile istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt boyutundan ( $\bar{X}= 14,13\pm2,92$ ) elde ettikleri belirlendi.

**Tablo 4.6.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanlarına Ait İstatistik Bulguların Dağılımı

| Değişkenler                                                | Ortalama | Standart Sapma | Minimum | Maksimum | *Ölçek Puan |
|------------------------------------------------------------|----------|----------------|---------|----------|-------------|
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri           | 41,84    | 8,47           | 23,00   | 62,00    | 19-95       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri        | 34,27    | 6,37           | 19,00   | 47,00    | 15-75       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri              | 14,72    | 3,66           | 7,00    | 21,00    | 7-35        |
| İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri              | 33,53    | 5,95           | 17,00   | 51,00    | 13-65       |
| İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri                | 14,13    | 2,92           | 5,00    | 25,00    | 5-25        |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler            | 18,15    | 4,92           | 8,00    | 29,00    | 8-40        |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama | 156,63   | 25,12          | 81,00   | 202,00   | 67-355      |

#### 4.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Araştırmada kullanılan çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama alt boyutları arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson Korelasyon Katsayısı (r) hesaplandı ve Tablo 4.7.'da sunuldu.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu görüldü( $p<0,001$ ). Bu

sonuçlar ile ölçme aracını oluşturan alt boyutların birbirleriyle anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu belirlendi.

**Tablo 4.7.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Karşılaştırılması

|                                                     |   | İstismarın<br>Çocuk Üzerinde<br>ki Davranışsal<br>Belirtileri | İstismarın<br>Çocuk Üzerinde<br>ki İhmal Belirtileri | İstismar ve<br>İhmal Yatkın<br>Ebeveyn Özellikleri | İstismar ve<br>İhmal Yatkın<br>Çocuk Özellikleri | Çocuk<br>İstismarı ve<br>İhmalinde Ailesel<br>Özellikleri |
|-----------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri    | r | 0,633                                                         | 0,467                                                | 0,428                                              | 0,219                                            | 0,432                                                     |
|                                                     | p | <0,001*                                                       | <0,001*                                              | <0,001*                                            | 0,007*                                           | <0,001*                                                   |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri | r |                                                               | 0,590                                                | 0,471                                              | 0,315                                            | 0,543                                                     |
|                                                     | p |                                                               | <0,001*                                              | <0,001*                                            | <0,001*                                          | <0,001*                                                   |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri       | r |                                                               |                                                      | 0,353                                              | 0,273                                            | 0,546                                                     |
|                                                     | p |                                                               |                                                      | <0,001*                                            | 0,001*                                           | <0,001*                                                   |
| İstismar ve İhmal Yatkın Ebeveyn Özellikleri        | r |                                                               |                                                      |                                                    | 0,481                                            | 0,515                                                     |
|                                                     | p |                                                               |                                                      |                                                    | <0,001*                                          | <0,001*                                                   |
| İstismar ve İhmal Yatkın Çocuk Özellikleri          | r |                                                               |                                                      |                                                    |                                                  | 0,574                                                     |
|                                                     | p |                                                               |                                                      |                                                    |                                                  | <0,001*                                                   |

\*p<0,001

r:Pearson Korelasyon Katsayısı

**Tablo 4.8.** Öğrenim Sırasında Adli Hemşirelik Dersi Alıp Almama Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların öğrenim sırasında adli hemşirelik dersi alıp almama durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Mann Whitney U Testi yapıldı. Yapılan analiz sonuçları Tablo 4.8’de sunuldu.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine ilişkin puanlarının öğrenim sırasında adli hemşirelik dersi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.8.** Adli Hemşirelik Dersi Alma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

|                                                                          | Öğrenim Sırasında Adli Hemşirelik Dersi Alma Durumu |                  | Z     | p     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|-------|-------|
|                                                                          | EVET<br>(n=19)                                      | HAYIR<br>(n=131) |       |       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri                         | 42,11±9,24                                          | 41,8±8,4         | 0,317 | 0,751 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri                      | 36,32±6,06                                          | 33,97±6,38       | 1,591 | 0,112 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri                            | 15,37±3,61                                          | 14,63±3,67       | 0,247 | 0,805 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri                            | 34,84±5,49                                          | 33,34±6,01       | 0,711 | 0,477 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri                              | 13,68±2,21                                          | 14,19±3,01       | 0,649 | 0,516 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler                          | 19,63±4,75                                          | 17,93±4,92       | 1,233 | 0,218 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Toplam | 161,95±20,48                                        | 155,86±25,7      | 0,608 | 0,543 |

\* $p<0,05$

#### 4.9. Çalıştıkları Kurumda Adli Olguya Yaklaşımla İlgili Hizmet İçi Eğitim Alıp Almama Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

Araştırmada hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların çalışılan kurumda adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim alıp almama durumlarına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için bağımsız örneklemeli t Testi yapıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine aldıkları puanların çalıştıkları kurumda adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.9.** Adli Olguya Yönelik Hizmet İçi Eğitim Alma Durumuna Göre Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Bulgular

|                                                                          | Kurumda Adli Olguya Yaklaşımla<br>İlgili Hizmet İçi Eğitim Durumu |                  | t     | p     |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------|-------|-------|
|                                                                          | EVET<br>(n=36)                                                    | HAYIR<br>(n=131) |       |       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri                         | 43,56±8,46                                                        | 41,3±8,44        | 1,398 | 0,164 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri                      | 34,81±6,66                                                        | 34,1±6,3         | 0,581 | 0,562 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri                            | 15,53±3,99                                                        | 14,46±3,53       | 1,526 | 0,129 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri                            | 34,92±5,64                                                        | 33,1±6           | 1,609 | 0,110 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri                              | 13,83±2,91                                                        | 14,22±2,93       | 0,690 | 0,492 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler                          | 19,36±4,75                                                        | 17,76±4,93       | 1,711 | 0,089 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Toplam | 162±25,94                                                         | 154,94±24,73     | 1,476 | 0,142 |

**Tablo 4.10.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Hemşirelik Çalışma Yılına Göre Dağılımı

Araştırmada hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların hemşirelik çalışma yıllarına göre

anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Kruskal Wallis Varyans Analizi yapıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine aldıkları puanların çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.10.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Hemşirelik Çalışma Yılına Göre Dağılımı

|                                                                                | Hemşirelik Çalışma Yılı |                   |                   |                    |                    | $\chi^2$ | p     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|----------|-------|
|                                                                                | 1 Yılda<br>Az           | 1-2 Yıl<br>(n=15) | 3-5 Yıl<br>(n=31) | 5-10 Yıl<br>(n=38) | 10 yıl ve<br>Üzeri |          |       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri                               | 42,52±8,16              | 39,27±10,35       | 41,35±9,46        | 41,68±7,94         | 42,88±7,79         | 3,005    | 0,557 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri                            | 34,72±5,44              | 35,07±5,79        | 33,61±7,18        | 32,66±5,77         | 35,68±6,86         | 4,573    | 0,334 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri                                  | 15,4±2,31               | 15,6±3,27         | 14,42±4,66        | 13,95±3,56         | 14,93±3,69         | 3,438    | 0,487 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri                                  | 35,04±4,5               | 33,13±7,19        | 32,19±6,69        | 33,08±5,17         | 34,2±6,31          | 4,247    | 0,374 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri                                    | 14,48±2,68              | 13,87±1,88        | 13,81±3,88        | 14,68±2,72         | 13,73±2,74         | 6,915    | 0,140 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler                                | 20,24±4,95              | 17,6±4,19         | 17,16±5,84        | 18,18±4,41         | 17,78±4,68         | 5,493    | 0,240 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Toplam Puanı | 162,4±19,5              | 154,53±25,68      | 152,55±30,79      | 154,24±23,24       | 159,2±25,17        | 2,988    | 0,560 |

\* $p<0,05$

#### 4.11. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Acil Servis Hemşirelik Çalışma Yılına Göre Dağılımı

Araştırmada hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların acil servis hemşirelik çalışma

yıllarına göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Kruskal Wallis Varyans Analizi yapıldı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine aldıkları puanların acil servis hemşirelik yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.11.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Acil Servis Hemşirelik Çalışma Yılına Göre Dağılımı

|                                                                                | Acil Servis Hemşirelik Çalışma Yılı |                   |                   |                    |                    | $\chi^2$ | p     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|----------|-------|
|                                                                                | 1 Yıldan Az<br>(n=54)               | 1-2 Yıl<br>(n=31) | 3-5 Yıl<br>(n=23) | 5-10 Yıl<br>(n=22) | 10 yıl ve<br>Üzeri |          |       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri                               | 42,35±7,26                          | 40,68±9,75        | 38,91±9,62        | 43,82±7,63         | 43,45±8,59         | 5,686    | 0,224 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri                            | 34,17±5,68                          | 34,71±7,01        | 32,22±6,88        | 36,68±7,1          | 33,55±5,26         | 4,171    | 0,383 |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri                                  | 14,81±3,01                          | 15,68±4,16        | 12,96±3,28        | 15,14±4,26         | 14,55±3,79         | 7,837    | 0,098 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri                                  | 33,59±5,19                          | 33,55±7,02        | 31,13±6,15        | 36,27±5,9          | 33,1±5,16          | 5,263    | 0,261 |
| İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri                                    | 14,41±2,58                          | 13,29±2,21        | 13,96±5,08        | 15,18±1,89         | 13,7±2             | 8,259    | 0,083 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler                                | 18,78±4,57                          | 18,26±5,28        | 15,87±5,39        | 19,82±4,29         | 17,05±4,63         | 8,233    | 0,083 |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği Toplam Puanı | 158,11±20,97                        | 156,16±29,05      | 145,04±29,34      | 166,91±20,23       | 155,4±25,4         | 6,159    | 0,188 |

\* $p<0,05$

#### 4.12. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Güvenilirlik (Cronbach $\alpha$ ) Değerleri

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama ölçeği alt boyutları arasındaki güvenilirlik durumları incelenmektedir. İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (0,758), istismarın çocuk üzerindeki davranışsal belirtileri (0,697), istismarın

çocuk üzerindeki ihmal belirtileri (0,664), istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (0,646), çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikleri (0,631) kabul edilebilir güvenilirlikte olduğu bulundu. İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt boyutunun zayıf güvenilirlikte olduğu saptandı (Cronbach  $\alpha=0,370$ ).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,893 bulunmuştur. Bu nedenle güçlü güvenilirlikte bir ölçek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

**Tablo 4.12.** Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği ve Alt Ölçeklerine İlişkin Güvenilirlik (Cronbach  $\alpha$ ) Değerlerinin Dağılımı

| Alt Ölçek/Ölçek                                                               | Madde Sayısı | Cronbach $\alpha$ Katsayısı |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Belirtileri                              | 19           | 0,758                       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki Davranışsal Belirtileri                           | 15           | 0,697                       |
| İstismarın Çocuk Üzerindeki İhmal Belirtileri                                 | 7            | 0,664                       |
| İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri                                 | 13           | 0,646                       |
| İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri                                   | 5            | 0,370                       |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinde Ailesel Özellikler                               | 8            | 0,631                       |
| Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanılama Ölçeği Toplam Puanı | 67           | 0,893                       |

#### 4.13. Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanlarının Bulguları

Araştırmaya katılan hemşirelerin 0 ile 160 arasında puan alınabilen Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü toplam puan ortalamalarının  $\bar{X}= 130,12$  olduğu görüldü. Şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütü öncelik boyutunda  $\bar{x}= 32,79$ , meslektaş desteği boyutunda  $\bar{x}= 67,63$  ve güven alt boyutunda  $\bar{x}= 15,19$  puan ortalamalarına sahip oldukları sonucuna ulaşıldı.

Hemşirelerin bilinen çocuk cinsel ihmal ve istismar vakalarını raporlamada ( $\bar{x}=31,25$ ), şüpheli çocuk cinsel ihmal ve istismar vakalarının raporlamaya ( $\bar{x}= 15,19$ ) göre kendilerine daha fazla güvendikleri sonucu da ortaya çıktı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin 0 ile 120 arasında puan alınabilen Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü toplam puan ortalamalarının  $\bar{x}=94,75$  olduğu belirlendi.

Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü çocuk yararı boyutunda  $\bar{x}= 34,27$ , aile yararı boyutunda  $\bar{x}= 29,59$  ve hizmete olan güven boyutunda  $\bar{x}= 30,89$  puan ortalamalarını elde ettikleri görüldü.

**Tablo 4.13.** Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanlarının Bulguları

|                                                                                         | Ortalama | Standart |  | Minimum | Maksimum | *Ölçek |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|--|---------|----------|--------|
|                                                                                         |          | Sapma    |  |         |          |        |
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Öncelik                                 | 32,79    | 7,62     |  | 7,00    | 40,00    | 0-40   |
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş Desteği                       | 67,63    | 15,27    |  | 16,00   | 80,00    | 0-80   |
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Güven                                   | 15,19    | 4,66     |  | 2,00    | 20,00    | 0-40   |
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puanı                              | 130,74   | 27,77    |  | 32,00   | 160,00   | 0-160  |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Öncelik                                 | 33,63    | 8,06     |  | 5,00    | 40,00    | 0-40   |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş Desteği                       | 67,39    | 15,11    |  | 17,00   | 80,00    | 0-80   |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Güven                                   | 31,25    | 9,25     |  | 3,00    | 40,00    | 0-40   |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puanı                              | 132,27   | 28,95    |  | 33,00   | 160,00   | 0-160  |
| Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü – Çocuk Yararı | 34,27    | 7,24     |  | 4,00    | 40,00    | 0-40   |

|                                                                                               |       |       |       |        |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|--------|-------|
| Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü – Aile               | 29,59 | 10,70 | 0,00  | 40,00  | 0-40  |
| Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü – Hizmete Olan Güven | 30,89 | 8,37  | 4,00  | 40,00  | 0-40  |
| Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü Toplam               | 94,75 | 22,42 | 12,00 | 120,00 | 0-120 |

\* Ölçeğin toplam ve alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve yüksek puan

**Tablo 4.14. Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular**

Araştırmada kullanılan Çocuk İstismarı ve İhmali Raporlama Öz Yeterliliği Ölçeği'nin alt ölçeği arasındaki ilişkileri belirlemek için Araştırmada kullanılan çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama alt boyutları arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson Korelasyon Katsayısı (r) hesaplandı. Elde edilen bulgular Tablo 4.14.1, Tablo 4.14.2 ve Tablo 4.14.3'te sunuldu.

Şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün öncelik boyutu ile hem meslektaş desteği alt boyutu ( $r=0,795$ ,  $p<0,001$ ) hem de güven alt boyutu ( $r=0,517$ ,  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Benzer şekilde şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün meslektaş desteği alt boyutu ile güven alt boyutu arasında da anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşıldı ( $r=0,446$ ,  $p<0,001$ ).

**Tablo 4.14.1 Hemşirelerin Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi**

|                                                                   |   | Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş Desteği | Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Güven |
|-------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Öncelik           | r | 0,795                                                             | 0,517                                                 |
|                                                                   | p | <0,001*                                                           | <0,001*                                               |
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş Desteği | r |                                                                   | 0,446                                                 |
|                                                                   | p |                                                                   | <0,001*                                               |

Bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün öncelik boyutu ile hem meslektaş desteği alt boyutu ( $r=0,835$ ,  $p<0,001$ ) hem de güven alt boyutu ( $r=0,637$ ,  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşıldı.

Benzer şekilde bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün meslektaş desteği alt boyutu ile güven alt boyutu arasında da anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna varıldı ( $r=0,576$ ,  $p<0,001$ ).

**Tablo 4.14.2** Hemşirelerin Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Alt Ölçek Puanlarına ilişkin Bulgular

|                                        |   | Bilinen Vakalar İçin<br>Etkinlik Beklenti<br>Ölçütü - Meslektaş<br>Desteği | Bilinen Vakalar<br>İçin Etkinlik<br>Beklenti Ölçütü -<br>Güven |
|----------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti | r | 0,835                                                                      | 0,637                                                          |
| Ölçütü - Öncelik                       | p | <0,001*                                                                    | <0,001*                                                        |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti | r |                                                                            | 0,576                                                          |
| Ölçütü - Meslektaş Desteği             | p |                                                                            | <0,001*                                                        |

\* $p<0,001$

**Tablo 4.14.3** Hemşirelerin Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri Alt Ölçek Puanlarının İlişkisi

Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütünün çocuk yararı alt boyutu ile hem aile yararı alt boyutu ( $r=0,440$ ,  $p<0,001$ ) hem de hizmete olan güven alt boyutu ( $r=0,604$ ,  $p<0,001$ ) arasında pozitif olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlendi. Benzer şekilde çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütünün aile yararı alt boyutu ile hizmete olan güven alt boyutu arasında da anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşıldı ( $r=0,694$ ,  $p<0,001$ ).

**Tablo 4.14.3 Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri Alt Ölçek Puanlarına ilişkin Bulgular**

|                                         |   | Sonuç Beklenti<br>Ölçütleri – Aile<br>Yararı | Sonuç Beklenti<br>Ölçütleri – Hizmete<br>Olan Güven |
|-----------------------------------------|---|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Sonuç Beklenti Ölçütleri – Çocuk Yararı | r | 0,440                                        | 0,604                                               |
|                                         | p | <0,001*                                      | <0,001*                                             |
| Sonuç Beklenti Ölçütleri – Aile Yararı  | r |                                              | 0,694                                               |
|                                         | p |                                              | <0,001*                                             |

\*p<0,001

**Tablo 4.15. Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Elde Edilen Puanların Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi**

Araştırmaya katılan hemşirelerin Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü (ŞVİEBÖ) Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, eğitim düzeyi, hemşirelik çalışma yılı ve acil hemşirelik çalışma yılına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görüldü. Yapılan analizlere ilişkin bulgular Tablo 4.15’de sunuldu.

Tablo 4.15. incelediğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü (ŞVİEBÖ) Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre bir farklılık olup olmadığını incelemek için bağımsız örneklemli t testi kullanıldı ve sonuç olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi (p>0,05)

Hemşirelerin ŞVİEBÖ ve alt boyutlarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü Anova analizi ile test edildi ve anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşıldı (p>0,05). Yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen 40 yaş ve üstü olan hemşirelerin ŞVİEBÖ ve alt boyutlarındaki puan ortalamalarının diğer iki yaş grubundaki hemşirelerden daha yüksek olduğu görüldü.

Bunların yanı sıra araştırmada hemşirelerin ŞVİEBÖ ve alt boyutlarında eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil hemşirelik çalışma yılına değişkenlerine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis Varyans Analizi yapıldı.

Yapılan bu analiz sonucunda ŞVİBÖ ve alt boyutlarının eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil hemşirelik çalışma yılına değişkenlerine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşıldı.

**Tablo 4.15.** Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

|                          |                      | n | Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Öncelik | t,F, p                             | Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş Desteği | t,F,χ <sup>2</sup> p           | Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Güven | t,F,χ <sup>2</sup> p           | Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puanı | t,F,χ <sup>2</sup> p               |
|--------------------------|----------------------|---|---------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Yaş                      | 30 Yaş Altı          | 9 | 32,59±7,36                                              | F=0,308<br>0,735                   | 67,95±14,3                                                        | F=0,262<br>0,770               | 15,49±4,35                                            | F=1,698<br>0,188               | 131,40±26,2                                                | F=0,558<br>0,557                   |
|                          | 30-40 Yaş            | 3 | 32,54±8,89                                              |                                    | 66,06±19,2                                                        |                                | 13,94±5,8                                             |                                | 126,66±33,6                                                |                                    |
|                          | 40 Yaş Ve Üstü       | 2 | 33,92±6,74                                              |                                    | 68,71±12,5                                                        |                                | 15,83±4,4                                             |                                | 134,21±24,3                                                |                                    |
| Medeni durum             | Bekar                | 7 | 31,97±7,79                                              | t=1,305<br>0,194                   | 66,66±14,9                                                        | t=0,762<br>0,447               | 15,30±4,32                                            | t=0,286<br>0,775               | 128,74±27,6                                                | t=0,868<br>0,387                   |
|                          | Evli                 | 7 | 33,59±7,41                                              |                                    | 68,57±15,6                                                        |                                | 15,08±5,0                                             |                                | 132,68±27,9                                                |                                    |
| Çocuğunuz var mı?        | Evet                 | 6 | 33,75±7,90                                              | t=1,307<br>0,193                   | 69,14±16,3                                                        | t=1,035<br>0,302               | 14,79±5,18                                            | t=0,878<br>0,382               | 132,68±29,4                                                | t=727<br>0,468                     |
|                          | Hayır                | 8 | 32,10±7,38                                              |                                    | 66,53±14,4                                                        |                                | 15,47±4,4                                             |                                | 129,33±26,5                                                |                                    |
| Eğitim durumunuz         | Sağlık Meslek Lisesi | 3 | 32,71±7,76                                              | χ <sup>2</sup> =0,43<br>6<br>0,979 | 67,90±13,9                                                        | χ <sup>2</sup> =1,009<br>0,908 | 15,58±3,75                                            | χ <sup>2</sup> =7,138<br>0,129 | 130,97±26,1                                                | χ <sup>2</sup> =2,86<br>9<br>0,580 |
|                          | Önlisans             | 1 | 32,25±9,09                                              |                                    | 67,44±19,0                                                        |                                | 16,19±5,5                                             |                                | 131,94±36,9                                                |                                    |
|                          | Lisans               | 9 | 32,81±7,41                                              |                                    | 67,56±14,6                                                        |                                | 15,00±4,4                                             |                                | 130,47±26,6                                                |                                    |
|                          | Yüksek               | 6 | 33,33±8,66                                              |                                    | 74,33±5,43                                                        |                                | 16,33±5,5                                             |                                | 140,33±21,9                                                |                                    |
|                          | Doktora              | 2 | 36,00±5,66                                              |                                    | 48,00±45,2                                                        |                                | 6,50±0,7                                              |                                | 101,50±53,0                                                |                                    |
| Kaç yıldır hemşiresiniz? | 1 Yıldan Az          | 2 | 31,24±7,80                                              | χ <sup>2</sup> =3,58<br>6<br>0,465 | 65,92±15,4                                                        | χ <sup>2</sup> =2,584<br>0,630 | 14,48±4,80                                            | χ <sup>2</sup> =3,033<br>0,552 | 125,24±26,9                                                | χ <sup>2</sup> =4,52<br>0<br>0,340 |
|                          | 1-2 Yıl              | 1 | 32,00±7,34                                              |                                    | 68,00±12,7                                                        |                                | 15,93±3,6                                             |                                | 129,80±26,4                                                |                                    |
|                          | 3-5 Yıl              | 3 | 33,19±6,70                                              |                                    | 68,35±14,1                                                        |                                | 15,16±4,4                                             |                                | 132,74±25,7                                                |                                    |
|                          | 5-10 Yıl             | 3 | 34,26±7,37                                              |                                    | 70,50±14,3                                                        |                                | 16,03±4,4                                             |                                | 136,95±26,9                                                |                                    |
|                          | 10 Yıl Ve Üstü       | 4 | 32,37±8,53                                              |                                    | 65,32±17,6                                                        |                                | 14,59±4,4                                             |                                | 127,17±30,8                                                |                                    |
| Kaç yıldır acil serviste | 1 Yıldan Az          | 5 | 31,78±7,50                                              | χ <sup>2</sup> =7,01<br>7<br>0,135 | 67,52±14,3                                                        | χ <sup>2</sup> =2,247<br>0,690 | 14,76±4,99                                            | χ <sup>2</sup> =5,486<br>0,241 | 128,56±25,7                                                | χ <sup>2</sup> =6,50<br>5<br>0,164 |
|                          | 1-2 Yıl              | 3 | 31,97±8,17                                              |                                    | 66,84±15,5                                                        |                                | 14,87±4,0                                             |                                | 127,71±30,1                                                |                                    |

|                  |                 |   |            |            |          |             |
|------------------|-----------------|---|------------|------------|----------|-------------|
| çalışıyorsunuz ? | 3-5 Yıl         | 2 | 35,91±5,35 | 70,78±14,0 | 16,83±4, | 142,00±22,2 |
|                  | 5-10 Yıl        | 2 | 32,14±8,66 | 67,86±14,2 | 16,00±3, | 132,23±27,9 |
|                  | 10 Yıl Ve Üzeri | 2 | 33,95±7,67 | 65,25±20,0 | 14,05±5, | 126,75±33,5 |
|                  |                 | 0 |            | 7          | 59       | 1           |

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi (t); Tek Yönlü Varyans Analizi (F); Kruskal Wallis Varyans Analizi ( $\chi^2$ )

\* p <0,05

**Tablo 4.16. Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı**

Araştırmaya katılan hemşirelerin Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü (BVİEBÖ) Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre bir farklılık olup olmadığını incelemek için bağımsız örneklemli t testi kullanıldı. Anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı sonucuna ulaşıldı ( $p>0,05$ ).

Diğer taraftan BVİEBÖ ve alt boyutlarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tek yönlü Anova analizi yapıldı ve elde edilen sonuca göre anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşıldı ( $p>0,05$ ).

Araştırmada hemşirelerin BVİEBÖ ve alt boyutlarında eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil hemşirelik çalışma yılına değişkenlerine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis Varyans Analizi yapıldı. Yapılan bu analiz sonucunda BVİEBÖ ve alt boyutlarının eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil serviste hemşire olarak çalışma yılı değişkenlerine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görüldü.

**Tablo 4.16. Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular**

| Bilinen Vakalar İçin               |   | Bilinen Vakalar İçin                 |   | Bilinen Vakalar İçin             |   | Bilinen Vakalar İçin                    |   |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|---|----------------------------------|---|-----------------------------------------|---|
| Etkinlik Beklenti Ölçütü - Öncelik |   | Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş |   | Etkinlik Beklenti Ölçütü - Güven |   | Etkinlik Beklenti Ölçütü - Toplam Puanı |   |
| n                                  | p | n                                    | p | n                                | p | n                                       | p |

|                                                    |          |   |            |                      |            |                      |            |                      |             |                      |
|----------------------------------------------------|----------|---|------------|----------------------|------------|----------------------|------------|----------------------|-------------|----------------------|
| Yaş                                                | 30 Yaş   | 9 | 34,11±7,46 |                      | 68,7±13,56 |                      | 32,05±8,67 |                      | 134,87±26,7 |                      |
|                                                    | Altı     | 1 |            | F=0,809              |            | F=0,906              |            | F=2,207              |             | F=1,141              |
|                                                    | 30-40    | 3 | 32,11±10,0 | 0,447                | 65,74±17,1 | 0,406                | 28,4±9,73  | 0,114                | 126,26±32,6 | 0,332                |
|                                                    | 40 Yaş   | 2 | 34,04±7,09 |                      | 64,79±17,4 |                      | 32,33±10,2 |                      | 131,17±31,2 |                      |
| Medeni durum                                       | Bekar    | 7 | 33,65±7,84 | t=0,023              | 67,61±14,2 | t=0,177              | 31,62±8,69 | t=0,489              | 132,88±27,7 | t=0,255              |
|                                                    |          | 4 |            | 0,982                | 8          | 0,860                |            | 0,626                | 7           | 0,799                |
|                                                    | Evli     | 7 | 33,62±8,32 |                      | 67,17±15,9 |                      | 30,88±9,8  |                      | 131,67±30,2 |                      |
|                                                    |          |   |            |                      |            |                      |            |                      |             |                      |
| Çocuğunuz<br>var mı?                               | Evet     | 6 | 33,49±8,86 | t=0,182              | 67,21±16,7 | t=0,124              | 30,17±10,3 | t=1,210              | 130,87±31,7 | t=0,501              |
|                                                    |          | 3 |            | 0,856                | 4          | 0,901                | 4          |                      | 3           | 0,617                |
|                                                    | Hayır    | 8 | 33,74±7,49 |                      | 67,52±13,9 |                      | 32,02±8,34 |                      | 133,28±26,9 |                      |
|                                                    |          |   |            |                      |            |                      |            |                      |             |                      |
| Eğitim<br>durumunuz                                | Sağlık   | 3 |            |                      | 66,87±14,5 |                      |            |                      | 132,74±27,4 |                      |
|                                                    | Meslek   | 1 | 33,68±8,59 |                      | 7          |                      | 32,19±8,04 |                      | 6           |                      |
|                                                    | Lisesi   |   |            | χ <sup>2</sup> =0,72 |            | χ <sup>2</sup> =0,88 |            | χ <sup>2</sup> =6,02 |             | χ <sup>2</sup> =2,79 |
|                                                    | Önlisan  | 1 | 33±10,03   | 2                    | 67,75±17,3 | 8                    | 32,38±9,66 | 6                    | 133,13±34,6 | 5                    |
|                                                    | Lisans   | 9 | 33,88±7,16 | 0,949                | 67,45±14,7 | 0,926                | 30,95±9,35 | 0,197                | 132,28±27,7 | 0,583                |
|                                                    | Yüksek   | 6 | 34,33±9,33 |                      | 73,67±5,99 |                      | 33,33±10,7 |                      | 141,33±24,3 |                      |
|                                                    | Doktora  | 2 | 24±22,63   |                      | 50,5±41,72 |                      | 15,5±4,95  |                      | 90±69,3     |                      |
|                                                    |          |   |            |                      |            |                      |            |                      |             |                      |
| Kaç yıldır<br>hemşiresiniz?                        | 1        | 2 |            |                      | 64,72±15,5 |                      |            |                      |             |                      |
|                                                    | Yıldan   | 5 | 32,36±8,19 |                      | 9          |                      | 29,12±9,75 |                      | 126,2±29,54 |                      |
|                                                    | Az       |   |            | χ <sup>2</sup> =3,12 |            | χ <sup>2</sup> =5,88 |            | χ <sup>2</sup> =4,70 |             | χ <sup>2</sup> =6,77 |
|                                                    | 1-2 Yıl  | 1 | 35,07±6,47 | 7                    | 71,53±11,1 | 6                    | 34,6±6,41  | 4                    | 141,2±22,62 | 3                    |
|                                                    | 3-5 Yıl  | 3 | 34,23±6,98 | 0,537                | 68,52±14,0 | 0,208                | 31,39±9,26 | 0,319                | 134,13±26,9 | 0,148                |
|                                                    | 5-10 Yıl | 3 | 35,13±7,26 |                      | 70,92±11,9 |                      | 32,42±8,78 |                      | 138,47±25,5 |                      |
|                                                    | 10 Yıl   | 4 | 32,05±9,75 |                      | 63,37±18,4 |                      | 30,12±10,0 |                      | 125,54±33,6 |                      |
|                                                    |          |   |            |                      |            |                      |            |                      |             |                      |
| Kaç yıldır acil<br>serviste<br>çalışıyorsunuz<br>? | 1        | 5 |            |                      |            |                      | 29,72±10,0 |                      | 130,41±28,7 |                      |
|                                                    | Yıldan   | 4 | 33,35±7,73 |                      | 67,33±14,9 |                      | 3          |                      | 1           |                      |
|                                                    | Az       |   |            | χ <sup>2</sup> =3,29 |            | χ <sup>2</sup> =2,52 |            | χ <sup>2</sup> =5,19 |             | χ <sup>2</sup> =3,17 |
|                                                    | 1-2 Yıl  | 3 | 34,06±7,79 | 6                    | 68,1±13,89 | 8                    | 31,52±8,54 | 6                    | 133,68±27,7 | 2                    |
|                                                    | 3-5 Yıl  | 2 | 36,09±5,43 | 0,510                | 70±15,33   | 0,640                | 34,91±6,65 | 0,268                | 141±23,61   | 0,529                |
|                                                    | 5-10 Yıl | 2 | 32,23±9,19 |                      | 65,68±13,6 |                      | 31,86±7,79 |                      | 129,77±27,6 |                      |
|                                                    | 10 Yıl   | 2 | 32,45±10,4 |                      | 65,3±19,29 |                      | 30,05±11,4 |                      | 127,8±37,8  |                      |
|                                                    |          |   |            |                      |            |                      |            |                      |             |                      |

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Bağımsız Örneklem T Testi (t); Tek Yönlü Varyans Analizi (F); Kruskal Wallis Varyans Analizi (χ<sup>2</sup>), \* p <0,05

**Tablo 4.17. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri –Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Araştırmaya katılan hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri (ÇİİYSBÖ) Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre bir farklılık olup olmadığını incelemek için bağımsız örneklemli t testi yapıldı. Yapılan bu analiz sonucunda ÇİİYSBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmadığı ( $t=1,776$ ;  $p>0,05$ ) sonucuna ulaşıldı.

Medeni durum değişkenine göre ÇİİYSBÖ çocuk yararı alt boyutu arasında ilişki olduğu saptandı ( $t=1,992$ ;  $p<0,05$ ).

ÇİİYSBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için tek yönlü Anova analizi yapıldı. Elde edilen sonuca göre ÇİİYSBÖ aile yararı alt boyutu ( $F=3,983$ ,  $p<0,05$ ) ile ÇİİYSBÖ Toplam Puanlar ( $F=3,156$ ,  $p<0,05$ ) açısından anlamlı bir farklılaşma olduğu tespit edildi.

Bunların yanı sıra araştırmada hemşirelerin ÇİİYSBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil hemşirelik çalışma yılına değişkenlerine göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını incelemek için Kruskal Wallis Varyans Analizi yapıldı. Yapılan bu analiz sonucunda BVİEBÖ ve alt boyutlarının eğitim durumu, hemşirelik çalışma değişkenlerine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görüldü.

ÇİİYSBÖ hizmete güven alt boyutunun acil serviste çalışma yılına göre anlamlı olarak farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır ( $\chi^2=9,941$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 4.17.** Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri –Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

|                                                |         | n | Sonuç<br>Beklenti<br>Ölçütleri<br>– Çocuk<br>Yararı | p                   | Sonuç<br>Beklenti<br>Ölçütleri –<br>Aile Yararı | p                   | Sonuç<br>Beklenti<br>Ölçütleri –<br>Hizmete<br>Olan<br>Güven | p                   | Sonuç<br>Beklenti<br>Ölçütleri<br>Toplam<br>Puanı | p                   |
|------------------------------------------------|---------|---|-----------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------|---------------------|
| Yaş                                            | 30 Yaş  | 9 | 34,03±7,6                                           | F=0,80              | 30,09±9,95 <sup>c</sup>                         | F=3,98              | 31,1±8,37                                                    | F=2,41              | 95,22±22,29 <sup>c</sup>                          | F=3,15              |
|                                                | 30-40   | 3 | 33,71±7,1                                           | 3                   | 25,74±12,4                                      | 3                   | 28,63±8,5                                                    | 0                   | 88,09±23,19 <sup>c</sup>                          | 6                   |
|                                                | 40 Yaş  | 2 | 35,96±5,6                                           | 0,450               | 33,33±9,26 <sup>c</sup>                         | 0,021*              | 33,38±7,6                                                    | 0,093               | 102,67±19,5                                       | 0,046*              |
| Medeni<br>durum                                | Bekar   | 7 | 33,08±8,1                                           | t=1,992             | 28,68±10,4                                      | t=1,037             | 29,85±8,2                                                    | t=1,502             | 91,61±23,15                                       | t=1,703             |
|                                                | Evli    | 7 | 35,42±6,0                                           | 0,048*              | 30,49±10,9                                      | 0,302               | 31,89±8,4                                                    | 0,135               | 97,8±21,39                                        | 0,091               |
| Çocuğunuz<br>var mı?                           | Evet    | 6 | 35,44±6,2                                           | t=1,766             | 29,62±11,6                                      | t=0,025             | 31,54±8,2                                                    | t=0,806             | 96,6±22,21                                        | t=0,862             |
|                                                | Hayır   | 8 | 33,41±7,7                                           | 0,079               | 29,57±10,0                                      | 0,980               | 30,41±8,5                                                    | 0,418               | 93,4±22,6                                         | 0,390               |
| Eğitim<br>durumunuz                            | Sağlık  | 3 | 33,58±7,2                                           |                     | 28,9±10,81                                      |                     | 30,45±8,4                                                    |                     | 92,94±23,48                                       |                     |
|                                                | Önlise  | 1 | 32,69±8,7                                           | χ <sup>2</sup> =1,4 | 29,69±9,24                                      | χ <sup>2</sup> =0,8 | 29,81±8,8                                                    | χ <sup>2</sup> =2,0 | 92,19±24,64                                       | χ <sup>2</sup> =0,9 |
|                                                | Lisans  | 9 | 34,53±7,0                                           | 59                  | 29,73±10,9                                      | 60                  | 31,12±8,4                                                    | 15                  | 95,37±22,11                                       | 14                  |
|                                                | Yükse   | 6 | 36,17±7,0                                           | 0,834               | 32,17±10,3                                      | 0,930               | 34±5,1                                                       | 0,733               | 102,33±19,8                                       | 0,922               |
|                                                | Doktor  | 2 | 39,5±0,71                                           |                     | 25,5±19,09                                      |                     | 26±8,49                                                      |                     | 91±26,87                                          |                     |
| Kaç yıldır<br>hemşiresiniz<br>?                | 1       | 2 | 32,36±7,3                                           |                     | 28,12±11,0                                      |                     | 28,84±8,0                                                    |                     | 89,32±22,01                                       |                     |
|                                                | 1-2 Yıl | 1 | 32,67±10,                                           | χ <sup>2</sup> =5,5 | 29,13±11,5                                      | χ <sup>2</sup> =1,6 | 30,47±9,4                                                    | χ <sup>2</sup> =4,7 | 92,27±28,95                                       | χ <sup>2</sup> =3,8 |
|                                                | 3-5 Yıl | 3 | 33,87±7,8                                           | 80                  | 31,13±9,39                                      | 04                  | 30,06±8,6                                                    | 68                  | 95,06±20,65                                       | 74                  |
|                                                | 5-10    | 3 | 36,63±4,9                                           | 0,233               | 30,05±10,6                                      | 0,808               | 33,21±7,9                                                    | 0,312               | 99,89±20,45                                       | 0,423               |
|                                                | 10 Yıl  | 4 | 34,12±6,9                                           |                     | 29,07±11,4                                      |                     | 30,76±8,2                                                    |                     | 93,95±23,12                                       |                     |
| Kaç yıldır<br>acil serviste<br>çalışıyorsunuz? | 1       | 5 | 34,02±6,9                                           |                     | 27,76±10,6                                      |                     | 29,17±7,9                                                    |                     | 90,94±20,4                                        |                     |
|                                                | 1-2 Yıl | 3 | 33±8,62                                             | χ <sup>2</sup> =2,0 | 29,39±11,5                                      | χ <sup>2</sup> =5,0 | 29,39±9,1                                                    | χ <sup>2</sup> =9,9 | 91,77±25,58                                       | χ <sup>2</sup> =7,8 |
|                                                | 3-5 Yıl | 2 | 36,35±5,8                                           | 31                  | 32,43±10,0                                      | 00                  | 34,52±6,7 <sup>c</sup>                                       | 41                  | 103,3±18,86                                       | 56                  |
|                                                | 5-10    | 2 | 33,68±6,8                                           | 0,730               | 31,91±7,95                                      | 0,287               | 32,32±7,5 <sup>c</sup>                                       | 0,041*              | 97,91±21,08                                       | 0,097               |
|                                                | 10 Yıl  | 2 | 35,15±7,7                                           |                     | 29,05±12,5                                      |                     | 32,1±9,74 <sup>c</sup>                                       |                     | 96,3±26,2                                         |                     |

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi (t); Tek Yönlü Varyans Analizi (F); Kruskal Wallis Varyans Analizi (χ<sup>2</sup>)

Tek Yönlü Varyans Analizinde İkili Karşılaştırmalar Tukey HSD; Kruskal Wallis Varyans Analizinde Bonferroni

Düzeltilmeli Mann Whitney U Testi ile yapılmıştır. \* p<0,05

#### 4.18. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği İlişkin Güvenilirlik (Cronbach α ) Değerleri

Bu araştırmada şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün Cronbach α Güvenilirlik Katsayısı 0,962, öncelik alt ölçeğinde 0,938, meslektaş desteği alt ölçeğinde 0,978, güven alt ölçeğinde 0,969 bulunarak güçlü güvenilirlikte olduğu saptandı.

Bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün Cronbach α Güvenilirlik Katsayısı 0,973, öncelik alt ölçeğinde 0,974, meslektaş desteği alt ölçeğinde 0,977, güven alt ölçeğinde 0,976 bulunarak güçlü güvenilirlikte olduğu saptandı.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütünün Cronbach  $\alpha$  Güvenilirlik Katsayısı 0,940, çocuk yararı alt ölçeğinde 0,933, aile yararı alt ölçeğinde 0,951, hizmete olan güven alt ölçeğinde 0,937 bulunarak güçlü güvenilirlikte olduğu belirlendi.

**Tablo 4.18.** Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği İlişkin Güvenilirlik (Cronbach  $\alpha$  ) Değerlerinin Dağılımı

| Alt Ölçek/Ölçek                                                                               | Madde Sayısı | Cronbach $\alpha$ Katsayısı |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Öncelik                                       | 4            | 0,938                       |
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş Desteği                             | 8            | 0,978                       |
| Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Güven                                         | 4            | 0,969                       |
| <b>Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puanı</b>                             | <b>16</b>    | <b>0,962</b>                |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Öncelik                                       | 4            | 0,974                       |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Meslektaş Desteği                             | 8            | 0,977                       |
| Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü - Güven                                         | 4            | 0,976                       |
| <b>Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü Toplam Puanı</b>                             | <b>16</b>    | <b>0,973</b>                |
| Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü – Çocuk Yararı       | 4            | 0,933                       |
| Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü – Aile Yararı        | 4            | 0,951                       |
| Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü – Hizmete Olan Güven | 4            | 0,937                       |
| <b>Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentisi Ölçütü Toplam Puanı</b>  | <b>12</b>    | <b>0,940</b>                |

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma; acil serviste çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve adli olguya yönelik yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma kapsamına alınan 150 acil servis hemşiresinden elde edilen bulgular yapılan diğer araştırma sonuçları ve literatür bilgisi ile tartışıldı.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının  $29,87 \pm 7,95$  olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1.). Acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının adli vakaya yönelik bilgi düzeylerini araştıran Çelik (2019)'in çalışmasında hemşirelerin yaş ortalamasının  $30,89 \pm 7,40$  olduğu görülmüştür. Küçüköğlu ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması  $28,67 \pm 5,74$  yıldır. Örneklem gruplarımız farklı olmasına rağmen, sonuçlarımız literatür ile yaş konusunda benzerlik göstermektedir.

Acil servis hemşirelerinin çoğunun evli olduğu (%50,7) saptanmıştır. Aşçı ve ark (2015)'nin yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının % 53,2'si evlidir. Çocuk sahibi olma durumunda ise çocuğu olmayanların sayısı (%58) daha fazladır.

Çalışmaya katılan AS hemşirelerinin eğitim durumları incelendiğinde sahada en fazla lisans mezunu hemşireler (%63,3) çalışmaktadır. Taşdelen Bahar (2008)'in yaptığı acil servis hemşirelerinin adli vakaları tanılamalarına yönelik yapılan çalışmada da katılımcıların çoğunluğunun (%57) bizim çalışma sonucumuzda ki gibi lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan hemşirelerin meslekteki çalışma yılı ortalaması  $7,14 \pm 5,35$ ' dir. Küçüköğlu ve ark. (2017)'nin çalışmasında hemşire olarak çalışma yılı  $7,31 \pm 5,63$  bulunmuştur. Şimşek'in yaptığı başka bir çalışmada  $10,1 \pm 7,9$  yıl olarak belirlenmiştir. Acil serviste çalışan hemşirelere yönelik yapılan başka bir çalışmada meslekte çalışma

yılı  $10,1 \pm 7,9$  olarak bulunmuştur (Şimşek, 2015). Çalışma yılı açısından da bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda acil serviste hemşire olarak çalışma yılı ortalaması  $4,38 \pm 4,74$  olarak tespit edilmiştir. Taşdelen Bahar (2008)'ın acil servis hemşirelerinin adli vakaları tanılamalarına yönelik yapılan çalışmasında acil serviste çalışma yılı ortalaması  $2,9 \pm 2,4$  olarak bulunduğu görülmektedir. Sakallı (2018)'nın çalışmasında acil servis hemşirelerinin adli vaka ve kanıtlara yaklaşımlarını değerlendiren çalışmasında bu oran  $2,81 \pm 3,07$  yıl olarak bulunmuştur. Acil servis hemşirelerinin sosyo-demografik verilerinin incelendiği literatür sonuçları çalışmamız ile kıyaslandığında çıkan sonuçların benzer özelliklere sahip olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %87,3'ü öğrenimi sırasında adli hemşirelik eğitimi almadığını, %89,3'ünün adli hemşirelik eğitimi almak istediğini ifade etmiştir. Çalışkan ve Özden (2012)'nin çalışmasında adli vakalara yönelik eğitim almayanların oranı %73 iken, %63,9'u adli hemşirelik eğitimi almak istediğini belirtmiştir. Soğukbulak ve ark. (2014)'nın yaptığı çocuk acil servis hemşirelerinin adli vakalara yaklaşımlarını değerlendiren çalışmada eğitimleri sırasında adli hemşirelik dersi almayanların sayısı %78,3 olarak tespit edilmiştir. Taşdelen Bahar (2008)'ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %97,1'i adli hemşireliğe yönelik eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Literatür incelendiğinde araştırma sonuçları çalışmamızla benzerdir. Adli hemşirelik alanının ülkemizde yeni tanınması ve yeni gelişen bir alan olmasından dolayı adli hemşireliğe yönelik eğitim programlarının yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Buna karşın meslek üyelerinin adli hemşirelik alanındaki ihtiyacın farkında olması ve eğitim ihtiyacını hissetmeleri meslek açısından sevindiricidir.

Hemşirelerin %76'sı çalıştıkları kurumda adli hemşireliğe yönelik hizmet içi eğitim almadıklarını buna karşın hemşirelerin %93,3'ü adli hemşirelik ile alakalı hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Çelik (2019)'ın yaptığı çalışmada ise bu oran %80,9 çıkmıştır. Topçu (2015)'nin yaptığı çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kurumda adli hemşirelik ile alakalı hizmet içi eğitim almayanların sayısı %76,6 iken Eyüp (2019)'ün yaptığı çalışmada %80,8'inin hizmet içi eğitim almadığı tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları literatürde ki diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında benzer sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Her iki bulgu bir arada değerlendirildiğinde hemşirelerin hem lisans eğitiminde hem de çalışılan kurumda adli vakalara yaklaşım konusundaki eğitimlerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Buna karşın hemşirelerin adli vakalara yaklaşım konusunda eğitim alma isteği mesleki sorumluluklarının ve alandaki eksikliğin farkında olduğunun güzel bir kanıtıdır.

Çalışmamızda hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünenlerin oranı %82'dir. Sakallı (2018)'nin yaptığı araştırmada bu oran %82,9 olduğu görülmektedir. Eyüp (2019)'ün hemşirelerin adli vakaya yaklaşımlarını değerlendiren çalışmasında ise hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünenlerin oranı %81,7 olarak tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları literatür ile benzerdir.

Bu çalışmada hemşirelerin %72,7'si adli vakalarda delil toplama sorumluluğunun hekim ve hemşire iş birliği ile olması gerektiğini düşünmektedir. Köroğlu (2013)'nin yaptığı çalışmada katılımcıların %86'sı adli vakalarda delil toplama sorumluluğunun hekim-hemşire ortak sorumluluğunda olduğu sonucuna ulaşmıştır. Sakallı (2018)'nin yaptığı çalışmada ise katılımcıların %92,3'ü delil toplama sorumluluğunun hemşire dışında olan doktor, polis gibi personelin sorumluluğunda olması gerektiğini belirtmişlerdir. Araştırma sonuçları literatür ile benzer sonuçlara sahiptir. Bu sonuç ile

hemşireler delil toplama sorumluluğunu tek başlarına üstlenmek istememektedir. Adli vaka ve yaklaşımı konusunda yeterli eğitim ve bilgiye sahip olmamaları, yasal süreçte zorluklar ile karşılaşacaklarını düşünmelerine neden olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda; hemşirelerin %76'sı adli olguları değerlendirme sorumluluğunun hemşirelere ait olmaması gerektiğini savunmuştur. Taşdelen Bahar (2008)'in çalışmasında hemşirelerin %71,4'ü adli olguların değerlendirilmesinin hemşirelerin sorumluluğunda olmaması gerektiğini düşünmektedir. Araştırma sonuçları literatür ile benzerdir.

Bu çalışmada hemşirelerin %75,3'ü adli vakalarda delil toplamadığını belirtirken benzer çalışma yapan Taşdelen Bahar (2008)'in araştırmasında bu oran %68,6 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar maalesef hemşirelerin büyük bir kısmının delil toplamadığını göstermektedir. Çalışmamızda hemşirelerin %56'sı acil servise gelen vakaları adli olgu açısından değerlendirmedini ifade etmiştir. Taşdelen Bahar (2008)'in yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %57,1'i yaptığımız çalışmayı destekleyen şekilde hemşirelerin adli olayları değerlendirmedini ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin adli olaylarda yasal sorumluluklarını bilmemesinin bu konuda yaklaşımlarını etkilediği söylenebilir.

Hemşirelerin öykü alma, istismar ve ihmal olgularını tanılama ve yasal süreçten haberdar olma konusunda üç ayrı bölümde incelenen çalışmanın her aşamasında zorlandıkları ve yeterli bilgi sahibi olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yaptığımız çalışmada mağdurun/şüphelinin giysileri yırtılarak çıkartılmalı (%37,3) ve kanıtların ortaya çıkması için giysileri silkelenmeli (%33,3) sorularına kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin hasta veya yakınından öykü alma sırasında olayı açıklamaya yönlendirdikleri (%44) ve tutarsızlığı açığa çıkarmak için çeldirici sorular sordukları

(%42,7) sonucuna ulaşılmıştır. Sakallı (2018)'nın çalışmasında hemşirelerin %53,7'si mağdurun/şüphelinin giysileri yırtılarak çıkartılacağını düşündüklerini belirtirken %72'si kanıtların ortaya çıkması için giysileri silkelenmesi gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %77,7'sinin öykü alma sırasında olayı açıklamaya yönlendirdikleri, %93,7'sinin çeldirici sorular sordukları görülmektedir. Yanlış şekilde sorulan sorular çalışmaya katılan hemşirelerin adli vaka konusunda bilgi düzeylerini ölçmeye yöneliktir. Her iki çalışma sonucu hemşirelerin adli vaka bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı, adli vaka ile karşılaştıklarında yanlış müdahaleler ile olayın sonucunu olumsuz etkileyebilecekleri düşünülebilir.

Yaptığımız çalışmada hemşirelerin görevleri sırasında adli vaka/şüphesi ile karşılaştıklarında en çok zorlandıkları aşamalar; öykü alma (%39,53), prosedür hakkında bilgi eksikliği (%27,91), yasal süreç (%13,95), ilgili kurumlara bildirim (%6,98), fiziksel muayene (%6,98) ve kayıt (%4,65) olduğu görülmektedir. Bür Durgun (2019)'un hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali öz yeterliliklerini araştırdığı çalışmasında %30,7'si öykü almada, %44,3'ü prosedür hakkında bilgi eksikliği olduğunu, %32,1'i yasal süreçte ve ilgili kurumlara bildirim yapmada, %32,1'i fiziksel muayene ve %5,1'i kayıt aşamasında zorlandıklarını belirtmiştir. Burç (2014)'un çalışmasında hemşirelerin Çİİ vakasının tanımlanmasında en çok zorlandıkları aşamalar 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) sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçları literatür ile paralel sonuçlara sahiptir.

Bu sonuca göre hemşirelerin en çok öykü almada zorlandıkları ve prosedür hakkında bilgi eksikliği yaşadıkları görülmektedir. Bu eksiklik adli olgu eğitimi

almamaları ile bağdaştırılabilir. Diğer yandan araştırma sonucuna göre hastanın kayıt işlemlerini yapmakta zorluk çekmediklerini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,893 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları arasında güvenilirliği ise 0,370-0,758 arasında olduğu görülmektedir. İstismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt boyutunun zayıf güvenilirlikte olduğu saptandı (Cronbach  $\alpha=0,370$ ). Uysal (1998)'ın çalışmasında Cronbach's  $\alpha$  Katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde  $\alpha$  Katsayısı 0,59 ile 0,89 arasında değişmektedir. Metinyurt ve Yıldırım Sarı (2016)'nın çalışmasında ise Cronbach  $\alpha$  Katsayısı 0,89'dur ve alt ölçeklerin  $\alpha$  Katsayıları ise 0,15 ile 0,72 arasında değişmektedir. Araştırma sonuçları literatür ile benzerdir. Anketin kabul edilebilir güvenilirlikte olduğunu görmekteyiz.

Araştırmada, en düşük 67 en yüksek 355 puan alınabilen Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Riskleri Tanımlama Ölçeği'nin ortalama puanı  $156,63 \pm 25,12$  bulunmuştur. Burç (2014)'un çalışmasında ÇİİBRT düzeyi ortalama puanı  $239,6 \pm 25,56$  olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çatık ve Çam (2006)'ın çalışmasında bu puan  $167,0 \pm 16,51$  olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarının belirti ve risklerini tanılama düzeylerine ilişkin yeterliklerinin orta seviyelerde olduğu değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine ilişkin puanlarının öğrenim sırasında adli hemşirelik dersi alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Bu sonuç araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim sırasında adli hemşirelik dersi alma durumlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri

tanımlama düzeylerine anlamlı bir katkı sağlamadığı şeklinde yorumlanabilir. Öğrenimleri sırasında adli hemşirelik dersi alma durumlarının ÇİİBRT düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşmaya neden olmamasına rağmen Tablo 4.8'e bakıldığında öğrenimleri sırasında adli hemşirelik dersi alan katılımcıların ölçekteki tüm boyutlardaki puan ortalamalarının, öğrenim sırasında adli hemşirelik dersi almayanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine aldıkları puanların çalıştıkları kurumda adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumda adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim alıp almamaları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama düzeylerine anlamlı bir katkı sağlamadığı düşünülebilir. Hemşirelerin çalıştıkları kurumda adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim alan hemşirelerin ölçekteki puan ortalamalarının, çalıştıkları kurumda adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim almayanlardan daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Sonuç olarak hem öğrenim sırasında hem de hizmet içi alınan eğitimlerin bilgi düzeyine katkı sağladığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine aldıkları puanların çalışma yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Elde edilen bu bulgu göre hemşirelerin çalışma yıllarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama düzeylerine anlamlı bir katkı şekilde sağlamadığı şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine aldıkları puanların çalışma yılına göre doğrusal bir şekilde artış

azalmadığı bu nedenle hemşirelerin çalışma sürelerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanımlama düzeyleri üzerinde etkili olan bir değişken olmadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama ölçeği ve alt ölçeklerine aldıkları puanların acil servis hemşirelik yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ). Bu sonuca göre acil serviste hemşire olarak çalışma yılı hemşirelerin Çİİ belirti ve risklerini tanımlama düzeylerinde bir etkiye sahip olmadığı sonucuna ulaşılabilir.

Bu araştırmada HÇİİRÖÖ'nün şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün Cronbach Alfa Katsayısı 0,962, öncelik alt ölçeğinde 0,938, meslektaş desteği alt ölçeğinde 0,978, güven alt ölçeğinde 0,969 bulunarak güçlü güvenilirlikte olduğu saptanmıştır. Bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün Cronbach Alfa Katsayısı 0,973, öncelik alt ölçeğinde 0,974, meslektaş desteği alt ölçeğinde 0,977, güven alt ölçeğinde 0,976 bulunarak güçlü güvenilirlikte olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütünün Cronbach Alfa Katsayısı 0,940, çocuk yararı alt ölçeğinde 0,933, aile yararı alt ölçeğinde 0,951, hizmete olan güven alt ölçeğinde 0,937 bulunarak güçlü güvenilirlikte olduğu saptanmıştır. Orijinal ölçeğin kullanıldığı Pei-Yu ve ark. (2008)'nin çalışmasında Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0.92'dir. Ölçeğin alt boyutları 0,88 ile 0,97 arasındadır. Seba Bür Durgunun yaptığı çalışma sonucuna göre; HÇİİRÖÖ'nün toplam ölçek Cronbach  $\alpha$  değeri 0.98 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları 0.87 ile 0.99 arasındadır. Literatürde bulunan diğer çalışmalar incelendiğinde yaptığımız çalışma sonuçları diğer çalışmalar ile paralel sonuçlara sahiptir. Anket kabul edilebilir güvenilirlikte olduğu söylenebilir.

Çocuk İstismarı ve İhmalini Raporlama Öz Yeterlilik Ölçeği Şüpheli Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü toplam puan ve alt ölçek puanlarının medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmamasına rağmen evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin ŞVİEBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının bekar ve çocuk sahibi olmayanlardan daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuca göre evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin şüpheli çocuk ihmal ve istismar vakasıyla çalışırken görevini daha etkili bir şekilde yerine getirmeye çalıştığı söylenebilir. Diğer taraftan yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen 40 yaş ve üstü olan hemşirelerin diğer iki yaş grubundaki hemşirelerden puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bunların yanı sıra araştırmada hemşirelerin ŞVİEBÖ ve alt boyutlarında eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil serviste hemşirelik çalışma yılı değişkenlerine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil hemşirelik çalışma yılına değişkenleri hemşirelerin şüpheli çocuk cinsel ihmal ve istismar vakalarıyla çalışma yeterliklerine herhangi anlamlı bir katkı sağlamadığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin BVİEBÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının yaş, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, eğitim düzeyi, hemşirelik çalışma yılı ve acil hemşirelik çalışma yılına göre anlamlı olarak farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu değişkenlerin ulaştığı bu sonuçlar hemşirelerin şüpheli çocuk cinsel ihmal ve istismar vakalarıyla çalışma yeterliklerine herhangi anlamlı bir katkı sağlamadığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ÇİİYSBÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmadığı ( $t= 1,776$ ;  $p>0,05$ )

sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca çocuk sahibi olma değişkeninin hemşirelerin ÇİİYSBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puan yeterliklerine anlamlı bir katkı sağlamadığı ifade edilebilir. Diğer taraftan medeni durum değişkenine göre ÇİİYSBÖ çocuk yararı alt boyutunda anlamlı bir farklılaşmanın olduğu tespit edilmiştir ( $t= 1,992$ ;  $p<0,05$ ). Bu sonuca göre evli hemşirelerin ÇİİYSBÖ çocuk yararı alt boyutu puan ortalamalarının bekar olan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. ÇİİYSBÖ aile yararı alt boyutu ( $F=3,983$ ,  $p<0,05$ ) ile ÇİİYSBÖ toplam puanlar ( $F=3,156$ ,  $p<0,05$ ) açısından anlamlı bir farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuca göre 40 yaş ve üstü olan hemşirelerin ÇİİYSBÖ aile yararı alt boyutu ve ÇİİYSBÖ toplam puan ortalamalarının 30-40 yaş arası hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

BVİEBÖ ve alt boyutlarının eğitim durumu, hemşirelik çalışma değişkenlerine göre anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür. Elde edilen bu sonuçlara göre eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı değişkenlerinin hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik sonuç beklentilerine anlamlı bir katkı sağlamadığı söylenebilir.

ÇİİYSBÖ hizmete güven alt boyutunun acil serviste çalışma yılına göre anlamlı olarak farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır ( $\chi^2=9,941$ ,  $p<0,05$ ). Bu sonuca göre acil servis hemşirelik çalışma yılı 3-5 yıl olan hemşirelerin ÇİİYSBÖ hizmete güven alt boyutu puan ortalamalarının acil servis hemşirelik çalışma yılı 5-10 yıl olan hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün öncelik boyutu ile hem meslektaş desteği alt boyutu ( $r=0,795$ ,  $p<0,001$ ) hem de güven alt boyutu ( $r=0,517$ ,  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkini olduğu görülmektedir. Benzer şekilde şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün meslektaş desteği alt boyutu ile güven alt boyutu

arasında da anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. ( $r=0,446$ ,  $p<0,001$ )(Tablo 4.14.1). Elde edilen sonuçlar şüpheli vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün öncelik, güven ve meslektaş desteği alt boyutları arasındaki pozitif ilişkilerin hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalini raporlama öz yeterlilik algılarına da olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülebilir. Diğer açıdan hemşirelerin artan çocuk istismarı ve ihmalini raporlama öz yeterlilik algılarının da şüpheli vakaları daha iyi bir şekilde fark etmeleri ve değerlendirmelerine katkı sağlayabileceği söylenebilir.

Bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün öncelik alt boyutu ile hem meslektaş desteği alt boyutu ( $r=0,835$ ,  $p<0,001$ ) hem de güven alt boyutu ( $r=0,637$ ,  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün meslektaş desteği alt boyutu ile güven alt boyutu arasında da anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna görülmektedir ( $r=0,576$ ,  $p<0,001$ ). Ulaşılan bu sonuçlar bir arada değerlendirildiği zaman bilinen vakalar için etkinlik beklenti ölçütünün öncelik, güven ve meslektaş desteği alt boyutları arasındaki pozitif ilişkilerin hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalini raporlama öz yeterliklerinin yükselmesine katkı sağlayacağı şeklinde yorumlanabilir.

Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütünün çocuk yararı alt boyutu ile hem aile yararı alt boyutu ( $r=0,440$ ,  $p<0,001$ ) hem de hizmete olan güven alt boyutu ( $r=0,604$ ,  $p<0,001$ ) arasında pozitif olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Benzer şekilde çocuk istismarı ve ihmaline yönelik sonuç beklentileri ölçütünün aile yararı alt boyutu ile hizmete olan güven alt boyutu arasında da anlamlı yönde pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $r=0,694$ ,  $p<0,001$ ). Bu sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline ilgili bir olayı raporlarken hem aile hem de çocuk yararını göz önüne almayı önemsedikleri ve bu konudaki sunmuş

oldukları hizmete olan güvenlerinin yüksek olmasının çocuk ve aile yararına da olumlu yönde katkılar sağlayabileceği ifade edilebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin ŞVİEBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görüşmüştür ( $p>0,05$ ). Yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen 40 yaş ve üstü olan hemşirelerin ŞVİEBÖ ve alt boyutlarındaki puan ortalamalarının diğer iki yaş grubundaki hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bunların yanı sıra araştırmada hemşirelerin ŞVİEBÖ ve alt boyutlarında eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil hemşirelik çalışma yılına değişkenlerine göre anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin Şüpheli vakalar için etkinlik düzeyini diğer değişkenlerin etkilemediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Bilinen Vakalar İçin Etkinlik Beklenti Ölçütü (BVİEBÖ) Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaş değişkeni, eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı ve acil servis hemşirelik çalışma yılına göre anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ). Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklenti Ölçütleri (ÇİİYSBÖ) Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmadığı ( $t= 1,776$ ;  $p>0,05$ ) sonucuna ulaşılmıştır.

Medeni durum değişkenine göre ÇİİYSBÖ çocuk yararı alt boyutunda anlamlı bir farklılaşmanın olduğu tespit edilmişti ( $t= 1,992$ ;  $p<0,05$ ). Evli hemşirelerin çocuk yararı konusunda daha hassas davrandıklarını söyleyebiliriz.

ÇİİYSBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının yaş değişkeni aile yararı alt boyutu ( $F=3,983$ ,  $p<0,05$ ) ile ÇİİYSBÖ Toplam Puanlar ( $F=3,156$ ,  $p<0,05$ ) açısından anlamlı bir farklılaşma olduğu tespit edilmiştir.

Bunların yanı sıra araştırmada hemşirelerin ÇİİYSBÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanlarının eğitim durumu, hemşirelik çalışma yılı acil hemşirelik çalışma yılına değişkenlerine göre anlamlı bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür.

ÇİİYSBÖ hizmete güven alt boyutunun acil serviste çalışma yılına göre anlamlı olarak farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır ( $\chi^2=9,941$ ,  $p<0,05$ ).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Acil serviste çalışan hemşirelerinin, çocuk istismarı ve adli olgulara yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Araştırmaya katılan acil servis hemşirelerinin çoğunluğunun öğrenimleri sırasında adli olgu eğitimi almadıkları,
- Hemşirelerin çalıştıkları kurumda adli olgulara yaklaşım konusunda hizmet içi eğitim almadıkları,
- Acil serviste çalışan hemşirelerin adli olgu konusunda okullarda eğitim görmenin ve çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim alınmasının gerekli olduğunu düşündükleri,
- Çalışmaya katılan hemşirelerin adli olguları değerlendirme sorumluluğunun hekim ve hemşire ortak sorumluluğunda olması gerektiğini,
- Hemşirelerin görevleri sırasında adli vaka/şüphesi ile karşılaştıklarında en çok öykü alma, prosedür hakkında bilgi eksikliği, yasal süreç, ilgili kurumlara bildirimde bulunma, fiziksel muayene ve kayıt alanlarında zorluk yaşadıkları,
- Hemşirelerin %82'sinin adli olaylarda adli hemşirenin görev alması gerektiğini düşündüğü,
- Çalışmaya katılan hemşirelerin adli vakalarda delil toplamadığı (%75,3),
- Acil servis hemşirelerinin adli olguları değerlendirme sorumluluğunu üstlenmek istemedikleri,
- Hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarının belirti ve risklerini tanılama düzeylerine ilişkin yeterliklerinin orta seviyelerde olduğu,

- Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtilerini daha kolay tespit ettikleri,
- Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerini tespit etmede zorlandıkları,
- Hemşirelerin öğrenimleri sırasında adli hemşirelik dersi almaları ve çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim almalarının ÇİVİ tanılanmasına etki etmediği,
- Hemşirelerin çalışma yılı ve acil serviste çalışma yılının ÇİVİ tanılanmasına etki etmediği,
- Evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin şüpheli çocuk ihmal ve istismar vakasıyla karşılaştığında riski belirleme konusunda daha iyi olduğu,
- 40 yaş ve üstü olan hemşirelerin şüpheli çocuk ihmal ve istismar vakalarını tespit etmede oranlarının daha yüksek olduğu,
- Çocuk istismarı ve ihmali raporlamasında evli hemşirelerin çocuğun yararını daha fazla ön planda tuttuğu,
- 40 yaş üstü hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali raporlamasında ailenin yararını daha fazla düşündüğü,
- Çocuk istismarı ve ihmali raporlamasında acil serviste 3 ile 5 yıl arasında görev yapan hemşirelerin bu konuda sunulan kamu hizmetlerine daha fazla güvendiği,
- Şüpheli ÇİVİ vakalarını 40 yaş ve üstünde olan hemşirelerin daha fazla tanıladığı tespit edilmiştir.

## 6.2. Öneriler

- Hemşirelik öğrenimleri sırasında adli hemşirelik dersi verilmesi,
- Hemşirelere çalıştıkları kurumda belli zaman aralıklarında adli vakalara yaklaşım konusunda hizmet içi eğitimlerin yapılması,
- Adli hemşireliğin standartlarının belirlenmesi, yetki ve görev tanımının yapılması,
- Acil servislerde adli olguların değerlendirilmesi, delillerin toplanması ve saklanması aşamalarının kimin sorumluluğunda olduğunun belirlenmesi,
- Hemşirelere ÇİVİ'nin tanımlanması ve yaklaşımları noktasında eğitim verilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- ACEHAN, S., BİLEN, A., AY, M.O., GÜLEN, M., AVCI, A., İÇME, F. (2013). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(4):591-614
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24046).
- AHIOĞLU, E.N. (2008). Kültürel - Tarihsel Kuram Çerçevesinde Çocuk Gelişimi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 41 (1):163-18.
- AKKÖZ Ç, S., BAŞER, M. (2012). Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2, 143-152.
- AKKUŞ, P. (2019). Çocuk Cinsel İstismarının Hukuki Boyutuna Sosyal Hizmet Perspektifinden Bakış: Türkiye’deki Güncel Tartışmalar Üzerinden Bir İnceleme. International E-Journal of Advances in Social Sciences, 5: 816-830.
- AKPINAR, A.T., TAŞ, Y. (2011). Acil Servis Çalışanlarının Tükenmişlik ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 11(4), 161-165.
- AKSOY, F., ERGÜN, A. (2002). Acil Sağlık Hizmetlerinde Ambulansın Yeri. Ulusal Travma Dergisi, 8, 160-163.
- AKYOLCU, N. (2007). Düünden Bugüne Acil Hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 15, 173-178.

ALİOSMANOĞLU, Ç., ALİOSMANOĞLU, İ., KAPAN, M., BÖYÜK, A., ÖNDER, A. (2011). Yanık Yoğun Bakımda Elektrik Çarpması Nedeniyle İzlenen Çocukların Takip ve Tedavi Sonuçları. Dicle Tıp Dergisi, 38(2): 170-173.

ALİUSTAOĞLU, S., İNCE, H., İNCE, N., YAZICI, Y., BERBER, G., GÜLOĞLU, R. (2010). Acil cerrahi yanık ünitesinde tedavi edilen çocuklarda yaşamsal tehlike tanımının ve ihmalin adli tıp açısından irdelenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 16(2):170-173.

ALPİ, K M. (2006). Mapping the Literature of Emergency Nursing. J Med Libr Assoc, 94(2):107-13.

ALTUNSU A, B. (2004). Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Hatice Pek).

APAYDIN, H., ÖZDEMİR, Ş., Zoroğlu.Ü, A. (2016). İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Bazı Değişkenlerle İntihar Girişimi İlişkisi. Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 6: 7-46.

ARI, B. ve KARATEPE, E. (2010). “Dede Korkut Hikayelerinde Kadın ve Çocuk Eğitimi”, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(14): 275-284.

AŞÇI, Ö., GÜLESER, H., SERCAN, İ. (2015).The Approach Of Prehospital Health Care Personnel Working At Emergency Station Stowards Forensic Cases, Turkish Journal of Emergency Medicine,15: 131-135.

- AYDEMİR, İ., YURTKULU, F. (2012). Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2):151-165.
- BAHAR, G., SAVAŞ, H.A., BAHAR, A. (2009). Çocuk İstismarı ve İhmali : Bir Gözden Geçirme. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4:52-59.
- BAKIR, E., KAPUCU, S. (2017). Çocuk İhmali ve İstismarının Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Yansımaları: Bir Literatür İncelemesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(2), 13-24
- BARANSEL I, A., DÜLGER, H E., YILDIRIM, C. (2006). Acil Hemşiresinin Görevleri ile Hukuksal ve Etik Sorumlulukları. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 6: 90-96.
- BAŞARANBİLEK, E. (1994). Toplumsal Tarihte Çocuk- Arkeolojik Eserlerde Çocuk. İstanbul, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 44-48.
- Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. (1999). Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Ulusal İlk Rapor. Ankara, T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yayını.
- BAYRAKTAR, A K., SİVRİKAYA, S K. (2018). Acil Servis Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 15(1): 57-62.
- BERTAN, M., ÇAKIR, B. (1997). Halk Sağlığı Yönünden Kazalar. Bertan, M., Güler, Ç. (1997). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, Güneş Kitabevi, 462-472.
- BİLİK, Ö. (2015). Acil Hemşireliğinin Görünmeyen Yüzü: İnsan Olarak Ben Neler Yaşıyorum ?. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(2): 155-161.
- BİROL, L. (2004). Hemşirelik Süreci. 6. baskı, İzmir, Etki Yayın, 110. 113.

BURÇ, A. (2014). Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum. (Danışman: Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ).

BÜLBÜL, S.H. (2004). Ergen etiği. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(6):206-210.

BÜR D, S. (2019). Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Raporlama Özyeterlilik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep. (Danışman: DR. ÖĞR. ÜYESİ ZERRİN ÇİĞDEM).

CANKURTARAN, A. (2015). Acil Servis Çalışanlarının Psikososyal Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Selçuk YAŞAR).

CELİLOĞLU, B. (2018). Çocuk İstismarı ve İhmali Farkındalık Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları ile Okul Öncesi Öğretmen Adaylarının Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Okul Öncesi Eğitimi Bilim Dalı, Konya. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kamile ÖZER AYTEKİN).

Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası: 5271, Kabul Tarihi: 04.12.2004, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 17.12.2004, Yayımlandığı Resmi Gazete Sayısı: 25673.

Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm> (Erişim Tarihi: 02.03.2021)

ÇALIŞKAN, D., YILMAZ, B. (2019). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Bilgi Düzeyi ve Yaklaşımlarının İncelenmesi. Kastamonu Sağlık Akademisi, 4(2):75-89.

ÇALIŞKAN, N., ÖZDEN, D. (2012). The Knowledge Levels of Health Personnel in Turkey Regarding Forensic Evidence. Journal Of Forensic Sciences, 57(5):1217-1221.

ÇATIK, A E., ÇAM, O. (2006). Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 22(2):103-119.

ÇELİK, S. (2020). Acil Hemşireliği. Journal of Disaster and Emergency Medicine , 1(1);44-46.

ÇELİK, Y. (2019). Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Adli Vakaya Yönelik Tutum ve Uygulamalarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul. Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi İlknur Çalışkan).

ÇELİKEL, A., KARBEYAZ, K., AKKAYA, H., ASLIYÜKSEK, H. (2012). Adli Tıp Şube Müdürlüğüne Yansıyan Yanık Olgularını; Eskişehir Deneyimi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 3(12):9-18.

ÇEVİK A, S., BAŞER, M. (2012). Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(2):143-152.

ÇİLİNGİR, D., HİNTİSTAN, S. (2012). Adli Hemşireliğin Kapsamı ve Yasal Boyutu. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(1):10-15.

Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. (2004)

[https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF\\_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf](https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf) (Erişim Tarihi: 12.04.2021)

ÇOLAK, B., İNANICI, M.A., YAYCI, N. (2003). Çocukta Cinsel İstismar ve Adli Hemşirelik. Hemşirelik Forumu Dergisi, 6(6):7-13.

DEMİRCİ, Ş., ERİGÜÇ, G. (2019). Sağlık Yönetimi Literatüründe İhbar Etme Üzerine Yürütülen Çalışmaların İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8 (1): 25- 34.

DEREOBALI, N., ÇIRAK K, S., Sönmez,S. (2013). Okulöncesi Eğitim Öğretmenlerinin Çocuk İstismari, İhmali, Şiddet Ve Eğitimcilerin Rolü Konusundaki Görüşleri. Ege Eğitim Dergisi, 14(1): 50–66.

DİLER, B., DALGIÇ, N., KARADAĞ, Ç E., DOKUCU, A İ. (2012). Bir Pediatrik Yanık Ünitesinde Epidemiyoloji ve Enfeksiyonlar: Üç Yıllık Deneyimimiz. Journal of Pediatric Infection, 6:40-5.

DİLSİZ, H., MAĞDEN, D. (2015). Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmali Konusunda Bilgi ve Risk Tanıma Düzeylerinin Tespit Edilmesi. Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi “Erken Müdahale”. 1: 678-694.

DİNLEYİCİ, M., ŞAHİN D, F. (2016). Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü. Osmangazi Tıp Dergisi, 38(2):18-27.

DİRİCAN, R. (2018). Tarihi Süreçte Çocukluk ve Çocuk Hakları. Çocuk ve Gelişim Dergisi, 2(2):51-62.

ELZEM Ç, A., ÇAM, O. (2006). Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22 (2): 103-119.

ERDEMİR, H., PALAZ E, H. (2012). “Antikçağ’da Çocuk Olmak: Ölmek ya da Ölmemek” , Uluslararası Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu, II. Cilt, Ankara, MÇD Yayınları. 643-69.

ERKAL, S., ŞAFAK, Ş. (2003). Tuzluca'yı Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Ailelerde Ev Kazası Görülme Durumu ve Konutların Ev Kazası Riski Açısından İncelenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 13(2):96- 100.

ERKUT, Z., BALCI, S., YILDIZ, S. (2017). Tarihsel Süreç İçinde Çocuk. Çocuk ve Medeniyet Dergisi,1:17-27.

ERZURUMLUOĞLU, Z., GÖZEN, D. (2014). Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Hemşirenin Rolü. I. Uluslararası Çocuk Koruma Kongresi. İstanbul.127.

EŞİYOK, B., YELKEN, N., HANCI, I H., ZEYFEOĞLU, Y. (2004). Adli Hemşirelik. STED, 1(3):5-10.

EYÜP, M. (2019). Acil servis ve yoğun bakım hemşirelerinde adli vakaya yaklaşımın eğitim düzeyleriyle karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitü Adli Bilimler Anabilim Dalı. İstanbul, Danışman: Doç. Dr. Serhat Özkes.

FIRAT, S., ÜNAL, S., GELEŞ, Ç Y. (2016). Hemşirelikte Yeni Bir Alan: Adli Hemşirelik. Adli Tıp Bülteni, 21 (1): 39-42.

- GEÇKİL, E. (2017). Çocuklarda Fiziksel İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(1): 129-139.
- GOLL-MCGEE B. (1999). The Role of the Clinical Forensic Nurse in Critical Care. Crit Care Nurs Q, 22(1):8-18.
- GÖKDOĞAN, M R., ALTUNÇUL, H. (2002). Adli Hemşirelik: Kapsam ve Görevi. Hemşirelik Forumu, 5(5):16-21.
- GÖKDOĞAN, M R. (2008). Cinsel Saldırı Konusunda Çalışan Adli Hemşireye (SANE) Duyulan Gereksinim. Adli Tıp Bülteni, 13(2):69-77.
- GÖLGE, Z B., HAMZAOĞLU, N., TÜRK, B. (2011). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi, 26(2):86-96.
- GÜL, M., GİRİŞGİN, A S., KOÇAK, S., OKUMUŞ, M. (2004). Yıldırım Çarpması Yaralanmaları. Genel Tıp Dergisi, 14(1):35-38.
- GÜMÜŞ, K., DOĞAN, N. (2018). Türkiye’de Adli Hemşirelik Çalışma Alanlarına Özgü Bir Literatür İncelemesi. Adli Bilimler Dergisi, 17(2):41–48.
- GÜNDÜZ, A., KOÇAŞLI, S. (2017). Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Analizi: Adli Vakalar. Florence Nightingale Dergisi, 25(2): 119-125.
- HANCI, İ H. (2002). Adli Tıp ve Ali Bilimler. 1. Baskı. Ankara, Seçkin yayıncılık, 263- 284.
- HEDİN, LW. (2000). Physical and Sexual Abuse Against Women and Children. Curr Opin Obstet Gynecol, 12:349-55.

Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete, Tarih: 02.05.2007, Sayı: 26510, Kanun No: 5634, Kabul Tarihi: 25.4.2007.

International Fedaration For Emergency Medicine. <https://www.ifem.cc> (ERİŞİM TARİHİ:06.02.2021)

İPEK, A. (2012). Çocuk Haklarının Gelişimi ve Karşılaştırılmalı Olarak Anayasal Açıdan Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 20(1): 151-173.

ISIR, A B., DÜLGER, H E., YILDIRIM, C. (2006). Acil Hemşiresinin Görevleri ile Hukuksal ve Etik Sorumlulukları. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 6, 90-96.

IŞIKLI, B. (2008). Çocuk İstismarının Toplumsal Boyutu. Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu Kitabı. 6. Baskı, İstanbul, 156-63.

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) LİSTESİ.

<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43119/cocuk-izlem-merkezi-cim-listesi.html>. Erişim Tarihi:28.04.2021.

KARA, B., BİÇER, Ü., GÖKALP, A S. (2004). Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 47: 140–151.

KARA, Ö. (2010). Ankara İlinde Görev Yapan Pediatri Asistanları, Uzmanları ve Pratisyen Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara. (Danışman: Prof. Dr. Emine SUSKAN).

KARA, Ö., ÇALIŞKAN, D., SUSKAN, E. (2014). Ankara İlinde Görev Yapan Çocuk Asistanları, Uzmanları Ve Pratisyen Doktorların Çocuk İstismarı Ve İhmali Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Yaklaşımlarının Karşılaştırılması. Türk Pediatri Arşivi, 49: 57-65.

KARADOĞAN, U C. (2019). “Çocuk ve Çocukluk” Kavramının Tarihsel Süreçte Değerlendirilmesi. Çocuk ve Medeniyet, 1:195-226.

KARAKUŞ Ö, H. (2017). Çocukluğun Tarihsel Gelişimi Üzerine Düşünceler. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13,253-276.

KAŞ G, C., YAVUZ, H Ö., DÖRTBUDAK, Z. (2016). Çocuk İstismarı ve İhmali Vakalarıyla Karşılaşan Hemşirelerin Görüş ve Uygulamaları. Kastamonu Sağlık Akademisi, 1(1):39-55.

KAVLU, İ. (2008). Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Rukiye Pınar).

KAYTEZ, N., YÜCELYİĞİT, S., KADAN, G. (2018). Çocuğa Yönelik İstismar ve Çözüm Önerileri. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1):18-24.

KEPENEKÇİ, Y. (2001). Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi,22 (3).

KESKİNOĞLU, P., GİRAY, H., PIÇAKÇİEFE, M., BİLGİÇ, N., UÇKU, R. (2004) İnönü Sağlık Ocağı Bölgesi’ndeki Yaşlılarda Ev İçi Kazalar. Türk Geriatri Dergisi, 7(2):89-94.

KOCA, M. (2012). Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 3(1): 117.

KOCAER, Ü. (2006). Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul. (DANIŞMAN Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu, Prof. Dr. Mehmet Akif İnancıcı).

KOÇ, S., CAN, M. (2011). Birinci Basamakta Adli Tıp. 2. Baskı, İstanbul, İstanbul Tabip Odası, 74-79.

KOÇAK, D. (2019). 17 ŞUBAT 1926'da Kabul Edilen Türk Medeni Kanununa Göre Türk Kadınının Hak ve Özgürlükleri. Atatürk Dergisi, 8(1): 79-98.

KOYUN, A., TAŞKIN, L., TERZİOĞLU, F. (2011) Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3:72.

KOYUNCUER, A. (2004). Yanıklı Hastalarda Hastaneye Sevk ya da Hastaneye Yatırma Kriterleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(7):249-251.

KOZCU, Ş. (1991). Çocuk İstismarı ve İhmali. Aile Yazıları. 3. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi, 5(3):379-390.

KÖK, A.N. (2002). "Çocuk Mahkemeleri Mevzuatı ve Adli Tıp", II. Ulusal Çocuk ve Suç Sempozyumu Bildiriler, Türkiye'de Çocuklara yeniden Özgürlük Vakfı, Ankara.

KÖKSAL, H. (2008). Çocukluk, Değişen Dünya ve Tarih Öğretiminden Beklentiler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1(4), 388-396.

KÖROĞLU, H. (2013). Acil Hemşirelerinin Adli Vakalarda Delil Koruma Yaklaşımları. Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Hemşireliği. İstanbul, Danışman: Doç. Dr. Ükke Karabacak.

KURT Ö, N., ALĞAN, S., AKKAYA, H. (2014). Yanıklı Hastanın Değerlendirilmesi ve Tedavi Yaklaşımının Belirlenmesi. Ankara Medical Journal, 14 (4):170-175.

KURT, S L. (2016). Çocuk Haklarına İlişkin Temel Uluslararası Belgeler ve Türkiye Uygulaması. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 36,99-127.

KURTAY, D., ÖZKÖK, S M., BARLIK, A.Y., YATAĞAN, M., KURTAY, A., AKMAN, E., VARLIK, A. (2004). Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması, Aydın İl Sosyal Hizmetler.

KÜÇÜKOĞLU, S., BÜKECİK, T., AYTEKİN, A., ÇELEBİ, A. (2017). Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Adli Vakayla İlgili Yaklaşımları ve Kanıta Dayalı Uygulamaları, 14 (1): 1-8.

LYNCH, MA. (1985). Child abuse before Kempe: An historical literature review. Child Abuse Negl, 9:7-15.

LYNCH, VA. (2006). Special Forensic Nursing Issues in Healthcare. In: Lynch VA, Barber Duval J, eds. Forensing Nursing. 1st ed. Philadelphia: Elsevier Mosby, 305-370.

LYNCH, V.A. (2006). Forensic Nursing.Elsevier Mosby, 101-102.

MCGİLLİVRAY, B. (2005). The Role of Victorian Emergency Nurses in the Collection and Preservation of Forensic Evidence: A Review of the Literature. Accid Emergency Nurse, 13(2):95-100.

MERSİNLİOĞLU, G., ÖZTÜRK, H. (2015). Acil Servise Başvuran Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2(2): 70-82

MİLUTİNOVIĆ, D., BRESTOVACKI, B., CVEJIN, M.M. (2010). Patients' satisfaction with nursing care as an indicator of quality of hospital service. Journal of Society for Development in New Net Environment in BH. Health Med, 4:2,461-466.

NASIROĞLU, S. (2014). Çocuk İstismarında Rehabilitasyon ve Tedavi Merkezleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1), 67-78.

NAZLICAN, E., DEMİRHİNDİ, H., KARAÖMERLİOĞLU, Ö., AKBABA, M., GÖKEL, Y. (2008). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Servisine Başvuranlarda Ev Kazalarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7 (2), 137-140.

ORHAN, G., ULUKOL, B., CANBAZ, H. (2019). Çocuk İzlem Merkezi Modeli ve Bu Modelde Gözlenen Sorunlar. Kriz Dergisi, 27(3):178-186.

ORKUN, N., ESER, İ., GÜNEŞ Ç, G. (2017). Acil Hemşireliği Tarihi. İ.Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 5(1).

OSKAY, Ü Y., DİKENCİK, B K. (2005). Tecavüz ve Hemşirelik Bakımı. Sağlık ve Toplum Dergisi, 15 (1):32.

OVAYOLU, N., TÜRK, N., UÇAN, Ö. (2006). Yanık Nedeniyle Acile Gelen Hastaların Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(4):91-8.

ÖKTEM, D. (2012). “Türkiye’deki Çocuk Adalet Sisteminin Yönetimi ve Yaş Ayrımcılığına İlişkin Paradigmanın İncelenmesi”, Türkiye’de Çocuk Adalet Sisteminin Yönetimi, İHOP, Ankara: Uluslararası Çocuk Merkezi Yayınları.

ÖRÜN, E., TATLI, M M. (2012). Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne Göre Türk Çocuklarının Sağlık ve Sosyal Hakları Açısından Durumu. Yeni Tıp Dergisi, 29(3):132-137.

ÖZDEMİR, A A., ELGÖRMÜŞ, Y., ÇAĞ, Y. (2016). Acil Servise Gelen Adli Nitelikli Çocuk Olguların Değerlendirilmesi. Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi, 4(1):1-8

ÖZDEN, D., YILDIRIM, N. (2009). Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 16(3):73-81.

ÖZDİKMEN, T. (2008). Acil Vakalarda Adli Boyut. 6. Baskı, İstanbul, Güncel Yayıncılık.

ÖZHANLI, Y., AKYOLCU, N. (2020). Acil Birimlerde Hastaların Triyaj ve Hemşirelik Uygulamalarından Memnun Olma Durumları. Florence Nightingale Journal of Nursing, 28(1), 49-60.

ÖZTÜRK C, H., YILMAZ, T I. (2017). Yenidoğan Dönemde Çocuk İstismarı ve İhmali, 531-553

PAKSOY, V M. (2016). Acil Sağlık Hizmetlerinde uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırılması: Anglo-Amerikan ve Franko-German Modeli. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 4(1).

PELENDECİOĞLU, B., BULUT, S. (2009). Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi, 9: 49-62.

PIÇAKÇIEFE, M. (2004).Adli Tıp ve Halk Sağlığı İlişkisi. Toplum ve Hekim Dergisi, 19(4):307- 309.

PINAR, R., TAŞDELEN B, M. (2011). Acil Servis Hizmetleri ve Adli Hemşirelik. Türkiye Klinikleri Dergisi, 3(1):45-54.

POLAT K, D., Karataş, H. (2016). Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalı Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 32(1): 48-58.

POLAT, O. (2004). Klinik Adli Tıp. Kazalar. 1. Baskı, İstanbul, Seçkin Yayıncılık, 288–315.

POLAT, O. (2004). Klinik Adli Tıp. 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 85-131

POLAT, O. (2006). Klinik Adli Tıp Adli Tıp Uygulamaları. 5. Baskı, Ankara, Seçkin Yayınları, 325-346.

POLAT, O. (2014). Klinik Adli Tıp. 7. baskı, Seçkin yayınları, 112-117.

POLAT, O. (2016). Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 22,(1):15-34.

RABBAN, JT., BLAIR, AJ., ROSEN, CL. (1997). Mechanism of Pediatric Electrical Injury. Arch Pediatr Adolesc Med, 151(7):696-700.

SAĞLAM, M., ARAL, N. (2016). Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları. Çocuk ve Medeniyet, 2, 43-56.

Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, Tarih: 19.04.2011, Sayı: 27910.

SAKALLI, D. (2018). Acil Servis Hemşirelerinin Adli Vaka ve Kanıtlara Yaklaşım Konusunda Bilgi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Manar Aslan).

SARMAN, A., GÜNAY, U., SARMAN, E. (2018). Suç Mağdurları ve Sosyal Travmalar- Çocuk İstismarı ve Travmatik Etkileri. Samsun Valiliği Bilim-Kültür Hizmeti. 1. Baskı. Ankara, HEGEM Yayınları, 10-21.

SAUNDERS, L. (2000). Forensic nursing. Aust Nurs J, 8(3):49-50.

SEVER, M., SAZ, E U., Koşargelir, M. (2010). Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran adli nitelikli çocuk hastaların değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 16 (3):260-267

SHARMA, B R. (2003). Clinical Forensic Medicine-Management of Crime Victims From Trauma to Trial. Journal of Clinical Forensic Medicine, 10(4):267-273.

SOĞUKBULAK, Ö., KÜÇÜKOĞLU, S., Aytekin. (2014). Çocuk Acil Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Olgulara Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri J Foren Med.11(2):63-70

SOYSAL, S., KARCIOĞLU, Ö., TOPAÇOĞLU, H. (2003). Acil Tıp Sistemleri. Cerrapaşa Tıp Dergisi, 34, 51-57.

SÖYÜK, S., ARSLAN K, S.(2017). Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4): 44-56

SUNMAZ, D., BAŞBAKKAL, Z., BOLIŞIK, B. (2008). Adli Hemşirenin Çalışma Alanları. Adli Bilimler Dergisi, 7(3): 42-47.

ŞAHİNER, Ü M., YURDAKÖK, K., KAVAK, U S. ve ark.(2001). Tıbbi Açıdan Çocuk İstismarı. Katkı Pediatri Dergisi, 22:276-85.

ŞELİMEN, D., GÜRKAN, A. (2009). Türkiye’de Acil Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi ve Mevcut Durumu. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 15(5):413-415.

ŞENER, M T., SET, T. (2013). Mekanik Travmatik Yaraların Adli Raporlarda Tanımlanması: Tıbbi ve Hukuki Önemi. Smyrna Tıp Dergisi, 56-59.

ŞENGİZER, M., SELMANPAKOĞLU, N., DUMAN, H., ÇETİN, C. (1995). Epidemiological Analysis of Burn İnjuries in Gülhane Military Medical Academy Burn Center. Türk Plastik Cerrahi Dergisi, 3(2): 74-8.

ŞENTÜRK, S., BÜYÜKASLAN, B. (2013). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Adli Hemşirelik Konusundaki Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi. Bozok Tıp Dergisi, 3(3):19-26.

ŞEVİK, A E., ÖZCAN, H., UYSAL, E. (2012). İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. Klinik Psikiyatri Dergisi, 15:218-225.

TAN, M. (1994). Çocukluk: Dün ve Bugün. B. Onur (Yay. Haz.). Toplumsal Tarihte Çocuk İçinde. İstanbul, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 11-26.

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

TAŞDELEN B, M. (2008). Acil Servislerde Çalışan Hemşireler Tarafından Adli Vakaların Tanılanması. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul. Tez Danışmanı: Prof. Dr. Rukiye Pınar.

TAT, D. (2016). Avrupa Birliği Aday Ülkelerinde Çocuk İşçiliği: Çocuk İşçiliğini Önleme Politikaları Önerileri. Birey ve Toplum Dergisi, 11, 106.

TATLILIOĞLU, K. (2012). Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Yaklaşım. AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12(2):135-157.

TEL, H. (2002). Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2):1-9.

TIRAŞCI, Y., GÖREN, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Dergisi, 34(1):70-74.

TOPÇU, E T. (2015). Acil Servislerde Çalışan Sağlık Bakım Personelinin Sık Karşılaşılan Adli Olgulara Yaklaşımlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Ankara, Tez Danışmanı:Yrd. Doç. Dr. Ebru EREK KAZAN.

TOPDEMİR, C. (2016). İstismar Mağduru Çocuğun Korunmasında Bir Uygulama: Çocuk İzlem Merkezi(ÇİM). Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi, 43,0-0.

TUİK. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuk İstatistikleri, 2015-2019. <https://www.tuik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 27.02.2021)

TURHAN, E., SANGÜN, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. STED, 15(9): 153-157.

Türk Ceza Kanunu. <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> (Erişim Tarihi: 05.04.2021)

Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 18.04.2021)

Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor (2010).  
1-40.

TÜRKMEN, N., AKGÖZ, S., ÇOLTU, A., ERGİN, N. (2005) Uludağ  
Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi.  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 31(1):25-29.

UÇUŞ, Ş., ŞAHİN, A E. (2012). Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne Yönelik  
Öğretmenlerin Ve Okul Yöneticilerinin Görüşleri. Adnan Menderes Üniversitesi  
Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 3(1), 25-41

UĞURLU, Z., AKSOY G, İ. (2014). Çocuk Hakları ve Hukuki Bağlamda  
Çocuğun İhmal ve İstismardan Korunması. Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri  
Dergisi, 1(1),1-24.

UYŞAL, A. (2002). Dünyada Yaygın Bir Sorun: Yaşlı İstismarı ve İhmali. Aile  
ve Toplum Dergisi, 5 (2):43-49.

ÜNAL, F. (2008). Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. TSA, 1:9-18.

ÜNALDI, N. (2008). Acil Hemşirelerinin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi.  
Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte  
Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul. (Danışman: Yar. Doç. Dr. Ülkü Baykal).

YARNOLD, PR., MİCHELSON, EA., THOMPSON, DA., ADAMS, SL.  
(1998) Predicting Patient Satisfaction: A Study of Two Emergency Departments. J  
Behav Med, 21: 545-63.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi gazete tarihi: 13.01.  
1983, No: (17927).

YELKEN, N., TUNALI, G., GÜLTEKİN, G. (2004). Adli Hemşireliğin Türkiye’deki Durumu. Sted Dergisi, 13(5):171-172.

YILDIRIM, A., BERK Ö, Ç. (2017). Şiddet ve Adli Hemşirelik Yaklaşımları. Adli Bilimler Dergisi, 16(1):27-34.

YILMAZ, A. (2004). Ateşli Silahlarla Olan Yaralanmalar. Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 50, 167-178.

YILMAZ, I T. (2008). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. Şeyda AKSEL). Yücel.B, F. (2003). Av Tüfeği ile Yapılan Atışlarda Atış Mesafesinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (1): 43 – 46.

YÜKSEL, F., KESER, N., ODABAŞ, E., KARS, G B., YURTKULU, F., DAŞKAFA, F., ARSLAN, F., CAYRAT, E. (2013). Çocuk İstismarı ve Çocuk İzlem Merkezleri. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 2:18-22.

YÜKSELER, A. (2020). Malatya İlinde Çalışan Sağlık Personelinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, Malatya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mücahit ORUÇ)

ZEREN, C., KARAKUŞ, A., ÇELİKEL, A., ÇALIŞKAN, K., AYDOĞAN, A., KARANFİL, R., ÇELİK, M. (2011). Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 7(2).

ZOR, F., ERSÖZ, N., KÜLAHÇI, Y., KAPI, E., BOZKURT, M. (2009).

Birinci Basamak Yanık Tedavisinde Altın Standartlar. Dicle Tıp Dergisi, 36(3):219-225.

ZOROĞLU, S S., TÜZÜN, Ü., SAR, V., ÖZTÜRK, M., ERÖCAL K, M.,

ALYANAK, B. (2001). Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(2): 69-78.

World Health Organization (2002) . <https://www.who.int/whr/2002/en/> (Erişim

Tarihi: 28.04.2021)



## EKLER

### Ek 1. Anketler

#### Ek 1.A

### ADLİ OLGULARA YAKLAŞIM TANILAMA FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, acil serviste çalışan hemşirelerinin, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve adli olgulara yaklaşımları ile ilişkisinin karşılaştırmak amacı ile planlanmıştır. Anket sorularına verdiğiniz yanıtla sadece bu çalışma için kullanılacak ve üçüncü bir şahıs ile paylaşımı yapılmayacaktır. Araştırmadan istemediğiniz durumda ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

#### A-SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

##### 1. Yaşınız:

##### 2. Medeni Durumunuz:

1.Bekar                      2.Evli

##### 3. Çocuğunuz var mı?

1.Evet                      2.Hayır

##### 4. Eğitim Durumunuz:

1. Sağlık Meslek Lisesi
2. Önlisans
3. Lisans
4. Yüksek lisans
5. Doktora

##### 5. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

1. 1 yıldan az
2. 1-2 yıl
3. 3-5 yıl
4. 5-10 yıl
5. 10 yıl ve üzeri

##### 6. Kaç yıldır acil serviste çalışıyorsunuz?

1. 1 yıldan az
2. 1-2 yıl
3. 3-5 yıl
4. 5-10 yıl
5. 10 yıl ve üzeri

## B- HEMŞİRELERİN ADLİ VAKAYA YÖNELİK EĞİTİM ALMA DURUMLARI

7. Öğreniminiz sırasında adli hemşirelik dersi aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

8. Kurumunuzda adli olguya yaklaşımla ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim aldınız mı?

1.Evet 2.Hayır

9. Adli olguya yaklaşımla ilgili okullarda eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

10. Adli olguya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

## C- HEMŞİRELERİN ADLİ VAKAYA YÖNELİK UYGULAMARI

11. Çalıştığınız kurumda adli hemşire var mı?

1.Evet 2.Hayır

12. Çalıştığınız kurumda adli olaylar ile ilgilenen adli tabip var mı?

1.Evet 2.Hayır

13. Hastanelerde adli hemşirelerin görev alması gerektiğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

14. Adli vaka delillerini toplamak ve saklamak kimin sorumluluğundadır?

1.Hekim 2.Hemşire 3.Hekim/ Hemşire

15. Delilleri toplarken ve saklarken hata yapmanız durumunda kanunen suçlu konumuna düşebileceğinizi düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

16. Acil servise gelen vakaları adli olgu açısından değerlendirmek hemşirenin sorumluluğunda olmalı mıdır?

1.Evet 2.Hayır

17. Kurumunuzda acil servise gelen vakaları hemşire olarak adli olgu açısından değerlendiriyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

18. Adli vakalarda delil topluyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

**19. Çalıştığınız kurumda adli muayene yapılıyor mu?**

- 1.Evet 2.Hayır

**20. Çalıştığınız kurumda adli vakaların muayenesi için ayrı bir oda var mı?**

- 1.Evet 2.Hayır

**21. Adli muayenelerde hasta mahremiyetine özen gösteriliyor mu?**

- 1.Evet 2.Hayır

**22. Adli vaka dosyaları günlük düzenli olarak teslim ediliyor mu?**

- 1.Evet 2.Hayır

**23. Çocuk istismarı ve ihmali vakası/şüphesi ile karşılaştığınızda bildirim yapar mısınız?**

- 1.Evet 2.Hayır

**24. Hastanede kuşkulandığınız çocuk istismarı ve ihmali vakası rapor ettiniz mi?**

- 1.Evet 2.Hayır

**25. Çalıştığınız hastanede çocuk istismarı ve ihmeline yönelik prosedür var mı?**

- 1.Evet 2.Hayır

**26. Göreviniz boyunca herhangi bir istismar ve ihmal vakasında/şüphesinde hangi aşamalarda zorlandınız? (Birden fazla cevap verebilirsiniz)**

1. Öykü alma
2. Fiziksel muayene
3. Kayıt
4. İlgili kurumlara bildirim yapma
5. Prosedür hakkında bilgi eksikliği
6. Yasal süreç

### D. HEMŞİRELERİN ADLİ VAKAYA YÖNELİK TUTUMLARI

Adli olgulara yaklaşım ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz.

|    | İFADELER                                                                                                                         | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle katılmıyorum |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|------------|--------------|-------------------------|
| 1  | Adli vaka ve kanıtlara yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahibim.                                                     |                         |              |            |              |                         |
| 2  | Adli vakaları prosedürle uğraşmamak için bildirim yapmam.                                                                        |                         |              |            |              |                         |
| 3  | Adli vakalarda diğer sosyal kurumların konu ile ilgileneneğini düşünmüyorum.                                                     |                         |              |            |              |                         |
| 4  | Adli olguların bildiriminde yasal süreçte zorluklar ile karşılaşabilirim.                                                        |                         |              |            |              |                         |
| 5  | Adli vaka bildirimlerinin nasıl yapılacağı konusunda bilgi sahibi değilim                                                        |                         |              |            |              |                         |
| 6  | Çocuk istismarı ve ihmali yönelik adli vaka ile karşılaştığımda çocuğun ailesi tarafında tehdit almamak için bildirimde bulunmam |                         |              |            |              |                         |
| 7  | Çocuk istismarı ve ihmali olgularında çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünerek bildirimde bulunmam                              |                         |              |            |              |                         |
| 8  | Adli vaka olgularında aile içi sıkıntılar beni ilgilendirmedığı için bildirimde bulunmam.                                        |                         |              |            |              |                         |
| 9  | 3 aylık bir bebeğin koltuktan yuvarlanarak düşmesi adli vakayı düşündürür.                                                       |                         |              |            |              |                         |
| 10 | Çocuk istismarı ve ihmali olgularında soruşturma başlatılması için ailenin şikayetçi olması gerekir.                             |                         |              |            |              |                         |
| 11 | Çocuk istismarı ve ihmali olgularında öykü alırken olayın ne zaman, nerede ve nasıl olduğunu sorgularım                          |                         |              |            |              |                         |
| 12 | Öykü alırken olayın tam olarak anlaşılması için hastayı/yakınını olayı açıklamaya yönlendiririm.                                 |                         |              |            |              |                         |
| 13 | Öykü alırken tutarsızlığı açığa çıkarmak için çeldirici sorular sorarım                                                          |                         |              |            |              |                         |
| 14 | Öykü alma sırasında hasta ve yakınlarının ifadelerindeki çelişkilerle ilgilenip vakit kaybetmem                                  |                         |              |            |              |                         |

|    |                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 15 | Çocuk yaralanması vakalarında ayrı ayrı alınan ebeveyn öykülerinin aynı olması adli vakayı düşündürmez.                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |
| 16 | Çocuklarda en çok cezalandırma için kullanılan bölgeler avuç içleri ve el sırtı olduğundan gözlemlerimde dikkatli olurum.                                                                                                                |  |  |  |  |  |
| 17 | Adli vaka ya da şüphesi olan durumlarda hastanın giysilerini değiştirmesinde bir sakınca yoktur.                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
| 18 | Mağdurun/şüphelinin giysilerini kanıtların dökülüp kaybolmaması açısından oturarak çıkarması istenmelidir.                                                                                                                               |  |  |  |  |  |
| 19 | Mağdurun/şüphelinin giysilerini çıkarırken odadan çıkılmamalıdır.                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |
| 20 | Mağdurun/şüphelinin çıkardığı giysiler kanıtların tamamının ortaya çıkması için silkenmelidir                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |
| 21 | Mağdurun/şüphelinin giysileri çıkarılamayacak durumda ise üzerindeki deliklerden tutup yırtılarak çıkartılmalıdır.                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
| 22 | Adli kayıta, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir.                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |
| 23 | Bir suça ilişkin kanıt elde etmek amaçlı sanık veya mağdurun vücudundan örnek alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilir.                                             |  |  |  |  |  |
| 24 | 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. |  |  |  |  |  |
| 25 | Kayıttaki yazı başka kişiler tarafından anlaşılmaması için sağlık personeli kısaltmasıyla yazılmalıdır.                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |

**Ek 1.B****ÇOCUK İSTISMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA ÖLÇEĞİ**

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

|    | İFADELER                                                                                                                                        | Çok doğru | Oldukça doğru | Kararsızım | Pek doğru değil | Hiç doğru değil |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------|------------|-----------------|-----------------|
| 1  | Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir. |           |               |            |                 |                 |
| 2  | Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.                        |           |               |            |                 |                 |
| 3  | Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.                                                                  |           |               |            |                 |                 |
| 4  | Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.                                                    |           |               |            |                 |                 |
| 5  | Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.            |           |               |            |                 |                 |
| 6  | Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.                                                 |           |               |            |                 |                 |
| 7  | Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.                                          |           |               |            |                 |                 |
| 8  | Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.                                                                                 |           |               |            |                 |                 |
| 9  | Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.          |           |               |            |                 |                 |
| 10 | Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.                    |           |               |            |                 |                 |
| 11 | Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.                                                           |           |               |            |                 |                 |
| 12 | İntrakranial( kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.                                            |           |               |            |                 |                 |
| 13 | Genital bölge, ağız,kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.                                    |           |               |            |                 |                 |
| 14 | Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.                                       |           |               |            |                 |                 |
| 15 | Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.                                                                          |           |               |            |                 |                 |
| 16 | Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.                                        |           |               |            |                 |                 |

|    |                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 17 | Genital bölgede ağrı, şişme ya da kasıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.                                                |  |  |  |  |  |
| 18 | Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.                                                                            |  |  |  |  |  |
| 19 | Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.                                                            |  |  |  |  |  |
| 20 | Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.                                                 |  |  |  |  |  |
| 21 | Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.                                                            |  |  |  |  |  |
| 22 | Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.                                                                            |  |  |  |  |  |
| 23 | Asıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.                                                                   |  |  |  |  |  |
| 24 | Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.                                                           |  |  |  |  |  |
| 25 | Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.                                                                           |  |  |  |  |  |
| 26 | Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.                                                                               |  |  |  |  |  |
| 27 | Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.                                                                    |  |  |  |  |  |
| 28 | İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.                                                                |  |  |  |  |  |
| 29 | İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.                                                             |  |  |  |  |  |
| 30 | İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.                                                                   |  |  |  |  |  |
| 31 | İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.                            |  |  |  |  |  |
| 32 | İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.                               |  |  |  |  |  |
| 33 | Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir. |  |  |  |  |  |
| 34 | İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar                                                                         |  |  |  |  |  |
| 35 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir                                                          |  |  |  |  |  |
| 36 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler                                                              |  |  |  |  |  |
| 37 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar                                                       |  |  |  |  |  |
| 38 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır                                                    |  |  |  |  |  |
| 39 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.                                               |  |  |  |  |  |
| 40 | İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.                                                                     |  |  |  |  |  |
| 41 | Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.                                                                                             |  |  |  |  |  |
| 42 | Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.                                     |  |  |  |  |  |

|    |                                                                                                               |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 43 | Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.                             |  |  |  |  |  |
| 44 | Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve 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 ihmali etmesini etkilemez.       |  |  |  |  |  |
| 50 | Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmali ederler                            |  |  |  |  |  |
| 51 | Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.                   |  |  |  |  |  |
| 52 | Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.                                                     |  |  |  |  |  |
| 53 | Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir                                   |  |  |  |  |  |
| 54 | Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır                           |  |  |  |  |  |
| 55 | Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkiler.     |  |  |  |  |  |
| 56 | Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali uğramasını etkilemez.               |  |  |  |  |  |
| 57 | Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.                                    |  |  |  |  |  |
| 58 | Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.                                         |  |  |  |  |  |
| 59 | Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.                                 |  |  |  |  |  |
| 60 | Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmali uğramasını etkileyen faktördür.                 |  |  |  |  |  |
| 61 | Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir      |  |  |  |  |  |
| 62 | Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.                                    |  |  |  |  |  |
| 63 | Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyo ekonomik düzeylerde rastlanmaz.                                          |  |  |  |  |  |
| 64 | Anne baba arasındaki şiddet çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.                                |  |  |  |  |  |
| 65 | Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir.                          |  |  |  |  |  |
| 66 | Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.                                            |  |  |  |  |  |
| 67 | Yaralanma, kırık gibi olaylarda anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir |  |  |  |  |  |





## Bölüm II: Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Sonuç Beklentileri Ölçütü

Aşağıdaki sorular, çocuk istismarı ve ihmal vakalarını bildirirken ne kadar **“güvene sahip”** olduğunuzla ilgilidir. Lütfen her öge için derecelendirme ölçeğinden bir sayıyı daire içine alın. **“0” hiç güvenmediğinizi** gösterir ve **“10” tamamen güvendiğinizi** gösterir.

|                                                                                                                       | Hiç Emin Değilim |   |   |   | Biraz Eminim |   |   |   | Son Derece Eminim |   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|---|--------------|---|---|---|-------------------|---|----|
|                                                                                                                       | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 1. Çocuğun <b>fiziksel istismarını</b> raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                   | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 2. Çocuğun <b>fiziksel istismarını</b> raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                   | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 3. <b>Fiziksel istismar</b> rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz? | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 4. Çocuğun <b>cinsel istismarını</b> raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                     | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 5. Çocuğun <b>cinsel istismarını</b> raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                     | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 6. <b>Cinsel istismar</b> rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz?   | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 7. Çocuğun <b>duygusal istismarını</b> raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                   | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 8. Çocuğun <b>duygusal istismarını</b> raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                   | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 9. <b>Duygusal istismar</b> rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz? | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 10. Çocuk <b>ihmalini</b> raporlamanın çocuğun yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                                | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 11. Çocuk <b>ihmalini</b> raporlamanın ailenin yararına olduğundan ne kadar eminsiniz?                                | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |
| 12. Çocuk <b>İhmali</b> rapor edildiğinde Çocuk Hizmetlerinin uygun yaklaşımda bulunacağından ne kadar eminsiniz?     | 0                | 1 | 2 | 3 | 4            | 5 | 6 | 7 | 8                 | 9 | 10 |