



KUZAY KIBRIS'TA FİZİKSEL ÇOCUK İSTİSMARI KONUSUNDA HEMŞİRE DUYARLILIĞI AWARENESS ABOUT THE PHYSICAL CHILD ABUSE AMONG THE NURSING STAFF IN NORTH CYPRUS

Selma Houssein*
Nazım Beratlı**

Öz

Çocuk istismarının KKTC'deki yaygınlığı, yasaların ve kayıtların yeterli olmaması nedeniyle, tam olarak bilinmemekte ve fiziksel çocuk istismarına uğramış çocukla karşılaşıldığında konuyla ilgili eğitimin yeterli olmaması nedeniyle değerlendirilmede yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle de fiziksel çocuk istismarı ile ilgili kayıtların/ raporların ve konunun belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır. İstismara uğrayan çocuklar çoğunlukla ilgililere (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, polis, v.s.) istismar nedeni ile başvuramazlar. Bu nedenle çocuk istismarı kuşkusuna bulunan olgularda, ilgililerin gizlenme eğilimi olan durumları ortaya çıkarmak için anamnez ve bulgularını rapor etmeleri gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin fiziksel çocuk istismarı konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve bu eksikliği gidermek için uygulanan eğitim programlarının da sayısının yetersiz olduğu vurgulanmaktadır. Çocuklara karşı yapılan şiddeti önlemek için hemşirelerin gerekli bilgi, beceri ve tutumlar ile donatılması bunun için de yeterli eğitimi alması gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, fiziksel çocuk istismarının tanınmasında ve önlenmesinde önemli rolü olan hemşirelerin verilmesi planlanan eğitim programının içeriğinin oluşturulması için konu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Adli hemşirelik, Fiziksel Çocuk İstismarı, Eğitim, KKTC.

Abstract

The extent of child abuse in the TRNC cannot be fully determined because of the lack of legislation and inadequate records, and a full assessment of the damage cannot be ascertained when confronted with an abused child due to a lack of training and education in this field. It is therefore a must to collect and gather all records/ reports relating to child abuse and to determine all the factors underlying such abuse. Most abused children fail to report to the authorities (Doctors, nurses, social services ,police) for possible comeback. Therefore those responsible to tackle abuse must immediately report their findings where there is suspected child abuse and in situations where the victim is trying to hide the abuse. It must be stressed that from the research thus far carried out, there is a lack of proper reporting of suspected child abuse by the Nurses due to the lack of education and training in this field. It is necessary that the nurses receive proper and full training and provided with adequate information and know how in order to tackle and stem the tide of violence inflicted upon children. The main aim of this exercise is to provide recognition of physical child abuse by those who have the main responsibility of avoiding child abuse mainly the nurses, who can identify and stop the abuse, but in order to be able to carry out their functions properly they must receive a planned course of training and recognition of signs of abuse.

Keywords: Forensic Nursing, Physical Child Abuse, Education, Northern Cyprus.

1. GİRİŞ

Çocuk istismarı (Çİ) yazılı tarihin başlangıcından itibaren görülmesine rağmen son yüzyıl içinde gündeme gelmiştir (Bailliere, 2016, 346) Hugo ve Dickens'in romanlarına (Bemer, 1997, 37-56 - Kara vd., 2004, 145-146) konu olmasının ardından ilk tıbbi literatürdeki tanımlama 1857 yılında Tardieu tarafından 'Etude Medico-Legale sur les Attentats aux Moeurs' kitabında 'Battered-Child-Syndrom (Sarsılmış Çocuk Sendromu)' konusu ile ortaya konulmuştur (Francis, 2016, 346 - Acehan vd., 2013, 591-614). Sigmund Freud 'The Aetiology of Hysteria' adlı kitabında cinsel istismar sonucunda çocukların en çok mental ve ruhsal açıdan etkilendiğinden 1896 yılında söz etmiştir. Caffey, kemik kırıkları ve subdural hematoma ile çocuk istismarı arasında 1946 yılında bağlantı kurmuştur. Kempe ilk defa (UNICEF, 2007, 13) hırpalanmış/dövülmüş çocuk (battered child) terimini 1962 yılında kullanmış, daha sonra bu terim değişerek çocuk istismarı olarak kullanılmaya devam etmiştir (Jain, 1999, 575-593- Kara vd., 2004, 140-151 ve Sicher vd., 2000,660-667).

1.1 Genel Biçim

Dünya toplumlarının geleceklerini sağlam temellere oturtabilmeleri için toplumun sosyal yapısını oluşturacak olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunmaları ve eğitilmeleri gerektiği tüm yetişkin bireyler tarafından kabul edildiği halde toplumlarda hala korumasız, güçsüz, hakkını

* GAU, Yüksek Lisans Öğrencisi.

** Doç. Dr., KİSBU, nazim.beratli@kisbu.edu.tr



savunamayan çocuklar istismar edilmektedir (Yalın vd., 1995, 19-27). İstismar; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal olarak dört temel grupta incelenmektedir (Pellendecioglu vd., 2016, 49-62).

Parke ve Colimer kültürel boyutla yaklaşarak “Anne ve babalar ile çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel standartlara uygun olmayan eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğraması” şeklinde 1975 yılında fiziksel istismara (Fİ) değinmiştir (Yalçın2011).

Nihayet 1989 yılında Birleşmiş Milletler (BM) tarafından kabul edilen “Çocuk Hakları Sözleşmesi” ’nde çocuğun, bakımıyla sorumlu kişilerden gelebilecek her türlü kötü muameleye karşı korunması sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir (Kara vd., 2004, 145-146). Bir başka kişiye yönelik zarar verici eylem olan şiddet, farklı disiplinlerin ve toplumun işbirliğini gerektiren, önlenbilir önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Güler vd., 2002, 128-134).

FÇİ'nin en çok rastlanan şekli dayak/dövme, yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi, Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome), Münchhausen Sendromu (Münchhausen Syndrom by Proxy), gibi durumlar da izleyebilmektedir (Kara vd., 2004, 145-146). FÇİ'na maruz kalanların bir kısmı ölümle sonuçlanabildiği gibi yaşam boyu iz bırakacak durumlara da yol açabilmektedir . Fiziksel istismara uğrayan çocukların bilinçsizce çocukken yaşadıkları bu deneyimlerin yetişkinlik döneminde de bir döngü halinde tekrarlanma olasılığı yüksektir (www.helpguide.org/articles/abuse/child-abuse-and-neglect.htm) 0-4 yaş arasında çocuk istismarının görülme sıklığı, 5-14 yaşa göre iki kat fazladır (WHO, 2002, 60) Çocuğun FÇİ' na maruz kaldığı riskli bir dönem olan özellikle 5 yaş altının olması, özellikle çocuğun ebeveynlerine en çok ihtiyaç duyduğu ve çocuğun ihtiyaçlarını karşılamada ebeveynin yoğun stres yaşadığı bir dönem olmasından kaynaklanmaktadır (F Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2010, 137-143) Çİ her ırk, ekonomik ve kültürel çizgilere geçebilmektedir (UNICEF, 2007, 13).

Dünyada istismara uğrayan çocuk sayısı oldukça fazladır. Avrupa ve Asya merkezli bir çalışma 9-17 yaşlar arasındaki her 10 çocuktan 6'sının yanlış bir şey yaptıkları zaman anne-babaları tarafından dayak yediklerini göstermektedir (Polat,2005)). İngiltere'de haftada dört çocuk istismar ve ihmal nedeniyle ölmekte, dört yaş altında her 1000 çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır(Hancı,2010).Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 2010 Özet Raporu'nda ise (Oral vd., 2010) 7-18 yaş çocukların % 43'ünün fiziksel istismara, %51'inin duygusal istismara, % 25'nin de ihmale maruz kaldığı, aynı raporda 7-18 yaş arası çocukların % 56'sının fiziksel istismara, % 49'unun duygusal istismara ve % 10'unun cinsel istismara tanık olduğu belirtilmektedir (Akçün vd., 2015).

Bilir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 4003 aileye uyguladıkları anket sonuçlarında çocuğa uygulanan dayak cezasının evde en çok başta anne, sonra baba tarafından uygulandığı bildirilmiştir (Bilir vd., 1991, 7-14). Eğitimciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise eğitimciler çocukların yaklaşık % 50 oranında fiziksel şiddetle karşılaştıklarını belirlemişlerdir (Dereobalı vd., 2013, 50-66).

2013 yılında Türkiye'de, aile içi şiddet ile ilgili 0-8 yaş arası çocuklara yönelik yapılan ulusal düzeydeki bir çalışma incelendiğinde, anket çalışmasına katılan 3043 kadın ve 1058 erkeğin %81' inin vermiş olduğu yanıtlar doğrultusunda, çocukların ebeveynlerini kızdıran davranışlarına karşı, ebeveynlerin %23 fiziksel şiddet yöntemleri ile (tokat atmak, itmek, sarsmak, saç/kulak çekmek vb.) karşılık verdikleri belirlenmiştir (Bernard, 2014). Son yıllarda dünya ülkelerinde çocuk istismarı konusu, gerek tıbbi, gerekse toplumsal açıdan giderek önem kazanmaya başlamıştır. Bu durum K.K.T.C. için de geçerlidir. FÇİ'nin yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasındaki güçlükler, inkâr edilmesi ve gizli kalması sorunun önemini daha da artırmaktadır. Çocuğu istismardan koruma önlemlerini birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak ele almak olanaklıdır(Yalın vd., 1995, 19-27)

Birincil koruma; İstismar ve ihmal oluşmadan önleminin alınmasını; bunun için sağlık bakımının sağlanması, riskli grupların saptanması ve ortadan kaldırılması, ailelerin eğitilmeleri, yaşam şartlarının iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasını gerektirir.

İkincil korunma; istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi ve izlemine içerir. İstismara uğrayanların erken tanı ve etkin tedavisi çocukların görecekları zararın boyutunu azaltacaktır.

Üçüncül korunma; istismarın gerçekleşmesi durumunda zararın hafifletilmesine yönelik, yinelenmesini önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici çabaları kapsar. İstismara uğrayanlarla birlikte istismar edenlerin de tedavi ve rehabilite edilmeleri gerekir (Turhan vd., 2006, 153-157).

Erken tanı için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya duyarlılıkları sağlanmalıdır. Herhangi bir nedenle sağlık kuruluşuna getirilen çocuk, istismar göstergeleri açısından da değerlendirilmelidir. Travma ancak çok ciddi boyutlarda olduğunda çocuk istismar düşünülmektedir. Ayrıca kanıtların eksikliği, yanlış



bilgiler, kültürel ve geleneksel değerler istismarın göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle çocuk istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve yasal yükümlülükleri olan sağlık mesleği mensubunun fiziksel çocuk istismarının bulgu ve belirtilerini çok iyi bilmeleri erken tanı açısından çok önemlidir. Yasalarımıza göre, görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına karşın, durumu yetkili makamlara bildirmeyen ya da bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden, tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (Türk Ceza Yasası Madde 280). Çocuk istismarı yasal olarak suçtur ve kamu davası açılmayı gerektirir. Bu nedenle, bu eylemin en kısa zamanda yasal birimlere bildirilmesi gerekir. Erişkin istismarının tersine çocuk istismarının soruşturulmasında şikâyet aranmaz (Turhan vd., 2006).

Çocuklar birlikte yaşadığı ana-baba, kardeş veya başka bir aile bireyi tarafından aile içi olarak veya arkadaşı, öğretmeni veya tanımadığı biri tarafından aile dışı olarak istismara uğrayabilmektedir. Devletin, annelerin çocuğuna uygun bakımı sağlamasında ve/veya çocuk istismarını önlemede sorumluluğu olduğu gibi biz sağlık çalışanlarının da tanır, şüpheli fiziksel çocuk istismarı ve kötü muameleyi bildirmek için bir sorumluluğumuz var (Akgün ve Vatansever, 2015, 1-11). Fiziksel Çocuk istismarının KKTC'deki yaygınlığı tam olarak bilinmemekte ve karşılaşıldığında değerlendirmede yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle de verilerin toplanması ve konunun belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır (Erol, 2007). Hastanelerde acil birime gelen olgularda, çocuğa adli rapor verilmesi açısından mutlaka vücutta iz bırakan lezyonların araştırılması gerekmektedir (Polat, 2007, 59-60).

1.2 Problem

Türkiye' de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması 2010 özet raporunda; 'Araştırmalar, şiddetin erken yaşlarda öğrenildiğini, şiddetin sorun çözme, ceza verme aracı ya da statü, saygı kazanma yöntemi olarak kullanıldığı ortamlarda büyüyen birçok çocuk ve gencin, yetişkin olduklarında özellikle kendi eşlerine ya da çocuklarına şiddet uygulama olasılığının yüksek olduğu' belirtilmektedir.(Oral vd., 2010).

FÇİ'nin KKTC'deki yaygınlığı tam olarak bilinmemesi, FÇİ ile en sık karşılaşan meslek gruplarından biri olan hemşirelerin bu olayla karşılaştıklarında değerlendirmede yetersiz kalması, olayın belirlenmesinin zorluğu ve rapor edilmesindeki yetersizlikler çocuğa yönelik uygulanan şiddetin önüne geçilmesine engel olmaktadır. (Erol, 2007, Yalın vd., 1995).

1.3 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, KKTC Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin Çocuk Servisi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi ve Acil Servisleri ile Sağlık Ocakları'nda görev yapan hemşirelerin FÇİ ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesidir.

1.3.2 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştıma KKTC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavileri Kurumu' na bağlı devlet hastanelerinin çocuk servisleri, yenidoğan yoğun bakım ve acil servisleri ile Temel Sağlık Dairesi' ne bağlı sağlık ocaklarında çalışan hemşireler ile sınırlıdır.

Çalışmanın evrenine alınan hemşirelerin anket formunu (anket çalışması için çok sayıda bireylerin gelmesi ile anket bırakmasından duyulan rahatsızlık ve/veya anketlerin bireysel yararlılık sağladığı düşüncesi nedeniyle) yanıtlamak istememeleri ile sınırlıdır.

FÇİ ile yapılan çalışmaların yetersiz olması nedeniyle oluşan sınırlılık.

2. KAYNAK ARAŞTIRMA VE KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Çocuk Kavramı

İnsanlık tarihinde her kültürde, her çağda, çocukların çeşitli şekillerde şiddete maruz kaldığı bilinmektedir. Çocukların babaya ait bir mülk olarak kabul edilip, köle olarak satılması, adak olarak sunulması, yenidoğanların sağlıklı ve meşru olup olmadığını sınamak için soğuk nehre bırakılması, kız çocukların eve gelen misafire ikram edilmesi ve benzeri uygulamalar tarihteki şiddet uygulamalarına örnek verilebilir (Bahçecik ve Kavaklı, 1993,23-37). Günümüze baktığımızda ise; çocukların savaşta öncü birlik olarak ve mayın sahalarının taranmasında kullanılması, ucuz işçi olarak çalıştırılması ve fuhuşa zorlanması gibi örnekler verilebilir (Hancı, 2002, 265-270).

Amerika Birleşik Devletleri' nde 1999 yılında her 100.000 çocuktan 1.66' sının istismar sonucu yaşamını yitirdiği ve bu çocukların %26' sının fiziksel şiddete maruz kaldıkları için öldüğü tesbit edilmiştir. Mozambik'te yapılan bir araştırmada; çocukların %84' ünün annesi ya da babasından birisinin öldürülüşünü bizzat gördüğü ya da duyduğu, % 48'inin bir cinayete tanık olduğu,%32' sinin kaçırıldığı,



ayrıca hepsinin tehdit, dayak ve aç bırakılma gibi işlemlere maruz kaldığı bildirilmiştir (Dünya Çocuklarının Durumu, Çocuklara açılan savaş, 1992, 20). Ancak rakamlar, kayıtlara geçenlerle sınırlı olduğu için sadece buzdağının görünen bir ucunu yansıtır niteliktedir. K.K.T.C.' de ise yeterli kayıt sistemleri bulunmadığı için çocuklara uygulanan şiddetin türü veya sayısı konusunda kesin veriler yoktur.

2.2 Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çocuk hakları, kanunen veya ahlaki olarak dünya üzerindeki tüm çocukların doğuştan sahip olduğu; eğitim, sağlık, yaşama, barınma; fiziksel, psikolojik veya cinsel sömürüye karşı korunma gibi haklarının hepsini birden tanımlamakta kullanılan evrensel kavramdır. Çocuk hakları, insan hakları kavramının içinde ele alınması gereken bir konudur. Bugün, dünyanın birçok yerinde var olan insan hakları ihlalleri, çocuk boyutunda daha geniş kapsamlı ve büyüterek, müdahale edilmesi daha zor bir şekilde yer almaktadır. Uluslararası Af Örgütü'nün belirttiğine göre; az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, emek sömürüsü, pornografi, şiddet, yasa dışılık gibi olumsuz etkenlerin dâhilinde, çocuk hakları ihlalleri daha büyük boyutlarda olmaktadır. Çocukların erişkinlerden farklı fiziksel, fizyolojik, davranış ve psikolojik özellikleri olduğu, sürekli büyüme ve gelişme gösterdiği bilincinin yerleşmesi, çocukların bakımının bir toplum sorunu olduğu ve bilimsel yaklaşımlarla herkesin bu sorumluluğu yüklenmesi gerektiği düşüncesi, Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi ile şekillenmiştir. Günümüzde çocuk hakları ile ilgili olan uluslararası belge 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen ve 193 ülke tarafından onaylanmış olan Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmedir.

Yirminci yüzyılın başlarında çocukların erişkinlerden farklı haklara sahip olduğu, dolayısıyla da bu hakların ayrıca tanınması gerektiği konusunda, değişik ülkelerde farklı hareketler ortaya çıkmaya başlamıştır. Leh eğitimci Janusz Korczak'ın 1919 yılında yayımlanan How to Love a Child (Bir Çocuğu Nasıl Sevmeli) adlı kitabında çocuk haklarından söz etmiştir. 1917 yılında, Ekim Devriminin ardından Proletkult örgütünün Moskova şubesi bir Çocuk Hakları Bildirgesi üretti (Kara vd., 2004). Ancak çocuk haklarını savunma konusunda ilk etkili girişim 1923 yılında Eglantyne Jebb tarafından taslağı hazırlanan ve 1924 yılında Milletler Cemiyeti tarafından kabul edilen Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi'dir. Bu bildirme Birleşmiş Milletler tarafından kuruluşunda kabul edilmiş, 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi olarak güncellenmiş (<http://moodle.baskent.edu.tr/mod/resource/view.php>, 2016) ve 20 Kasım 1989 tarihinde daha geniş olan Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme ile değiştirilmiştir. Bu sözleşme, BM üyesi ülkelerin ikisi hariç tamamı yani 193 ülke tarafından kabul edilmiştir (Arıkan vd., 2000, 29-35). Amerika Birleşik Devletleri ve Somali hariç en fazla sayıda ülke tarafından onaylanan insan hakları belgesidir (Violence Prevention Committee, 2000, 180). Birleşmiş Milletler'in 1940'larda kuruluşundan bu yana çocuk hakları hareketi dünya üzerinde her zaman ilgi görmüştür. 20 Kasım günü günümüzde Evrensel Çocuk Günü (Universal Children's Day) veya Çocuk Hakları Günü olarak kabul edilmiştir. Bunun dışında çeşitli ülkelerde farklı günlerde çocuk günü kutlanmaktadır. Türkiye'de 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı ilk olarak Nisan 1929'da kutlanmaya başlandı ve bu tarihte örgütlenen 4 bin çocuk ilk kez TBMM'den haklarını talep etti (Turhan vd., 2006, 153-157). İlk olarak 1924'te çocukların korunmasına yönelik çalışma yürürlüğe girmiştir.

Sağlıklı Yaşam Hakkı

'Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin çok sayıda maddesi çocukların sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini desteklemektedir. Sözleşme'nin 6. maddesine göre her çocuk esas olarak yaşama hakkına sahiptir (UNICEF, 2007). İlaveten, 24. madde gereğince her çocuk ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanabilmelidir; gerekli tedavi ve iyileştirme hizmetlerinden faydalanabilmelidir (<http://moodle.baskent.edu.tr/mod/resource/view.php>). İhmal edilen, terk edilen, istismara uğrayan ya da işkenceye tâbi tutulan çocukların iyileştirilmesi ve yeniden topluma kazandırmasından ise devletler sorumludur' (Polat, 2007, 59-60).

Eğitim Hakkı

Eğitim hakkı, çocukların en önemli haklarından biridir. Yaşama hakkının yanı sıra, çocuğun bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ahlak gelişimi için eğitime gereksinimi vardır. İnsanın doğuştan getirdiği yeteneklerini geliştiren en önemli araç eğitimidir (Erol, 2007- Kozcu, 1990, 379-390). Eğitimsizlik sonucu ortaya çıkan sorunlar şunlardır:

- İnsanlar üretken biçimde çalışamazlar.
- Sağlıklarına özen gösteremezler.
- Kendilerini ve ailelerini gereği gibi koruyamazlar.
- Kültürel açıdan zengin bir yaşam sürdüremezler.

Kız çocukların da gereksinimlerini karşılayacak ve kendilerine yaşam becerisi kazandıracak nitelikli eğitim görmeye hakkı vardır.



Diğer Temel Çocuk Hakları

Sözleşmeye göre, her çocuğun, temel yaşam hakkının yanında, nüfus kütüğüne kaydolma, isim, vatandaşlık ve mümkün olduğu ölçüde anne-babasını bilme ve onlar tarafından bakılma hakkı vardır. Buna paralel olarak, taraf devletlerin, çocuğun kimliği, tabiiyeti, isim ve aile bağları dahil olmak üzere her türlü koruma hakkına saygı gösterme ve bu konularda yasa dışı müdahalelerde bulunmama yükümlülüğü bulunur.

Şikayet Hakkı

İsveç, Finlandiya ve Ukrayna başta olmak üzere pek çok ülke, çocuk haklarını korumaya yönelik şikayet mercileri oluşturmuştur. Çocuk hakları ihlallerinin değerlendirilmesine yönelik ilk şikayet mercii, 1981 yılında Barneombudet adı altında Norveç'te kuruldu. Başlıca görevleri arasında tehlike altında olan çocukların güvenliğini sağlamak, çocukların toplum içinde söz sahibi olmalarını teşvik etmek ve eğitim, sağlık, kültür gibi konuları esas alarak çocukların içinde yetiştikleri koşulları denetlemek olan ombudsman, yasarlar çerçevesinde bağımsız ve tarafsız olarak hareket etmektedir. Ukrayna, dünyada çocukları bu merciiye atayan ilk ülkedir. 2005 yılı sonlarında göreve başlayan Ivan Cherevko ve Julia Kruk, bu ülkede hizmet veren ilk çocuk hakları ombudsmanları olmuştur (<http://moodle.baskent.edu.tr/mod/resource/view.php>).

Çocuk İşçiliği

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Bildirisi'nin 9. maddesi, çocukların her türlü istismar, ihmal ve sömürüye karşı korunmasını ve hiçbir şekilde ticaret konusu olmamasını beyan etmektedir. Ayrıca, çocukların uygun bir asgari yaştan önce çalıştırılmamasını; sağlığını ve eğitimini tehlikeye sokacak; fiziksel, zihinsel ve ahlaki gelişmesini engelleyecek bir işe girmeye zorlanmamasını gerektirmektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün verilerine göre dünya genelinde 200 milyondan fazla çocuk işçi bulunuyor. Bu ülkelerin başında Hindistan bulunuyor. Çocuk işçiler için en tehlikeli sektörler arasında tarım, inşaat ve madencilik yer alıyor. Uluslararası Çalışma Örgütü, yaşları 5 ila 14 olan 132 milyon çocuğun tarım sektöründe çalışmaya zorlandığına ve bu nedenle eğitim ve sağlık olanaklarından yoksun kaldığına dikkat çekiyor. Ayrıca çocukların mafya ve çetelerin elinde; zorla gasp ve yankesicilik suçlarına yönlendirilmesi, duygusal istismarı göz önünde bulundurarak dilencilik teşvik ettirilmeleri verilecek örneklerden bazılarıdır (http://www.nursingceu.com/courses/505/index_nceu.html).

Çocukların Yaşama Hakkının İhlali

2003'ten bu yana, çocukken işledikleri suçlar nedeniyle Çin, İran ve ABD'de altı kişi idam edildi. Pakistan, Filipinler ve Sudan'da da çocuk suçlular infazı bekliyor. İran'da halen çocuk idamları sürmektedir (Akgün vd., 2015, 1-11). Uluslararası Af Örgütü yetkilileri, "Bir dizi insan hakları ihlalden kurtulan kaçırılmış kadınlar ve kız çocuklar, kaçakçıların ellerinde ikinci bir dizi ihlale maruz kalmaktalar. Bundan da kurtulmayı başarsalar bile bu kez de, çoğu zaman üçüncü bir dizi ihlale maruz kalmaktalar." açıklamasını yapmışlardır. Savaş milyonlarca çocuk için gündelik hayatın bir parçasıdır. Bazıları başka bir yaşam tarzı tanımamış, bazılarının dünyası da savaşların ortaya çıkışıyla alt üst olmuştur. Bu etkilerin sonucunda sayısız çocuk ölmüş, bir çoğu da sakat veya öksüz kalmıştır. Birçokları aç kalmış veya açlıktan ölmüştür. Milyonlarcası sevdiklerinden ayrılarak mülteci ya da yerinden-yurdundan edilmiş olarak, yollara dökülmeye zorlanmıştır. Çoğu; şiddet, korku ve zorluk dolu ortamda travma içinde yaşamaktadır. Binlerce çocuk cinayetlerde rol oynamaktadır. Eğitim hakkından yoksun kalan çocukların, topluma genel olumsuz etkisinin yanı sıra, suça eğilimli bireyler olma oranı yüksektir. Çoğu güvenlik güçleri ve silahlı muhalif güçler tarafından işe alınmış, diğerleri ise başka seçenekleri olmadığını düşündüklerinden gönüllü olmuşlardır. Deneyimsiz, korkusuz oluşları ve özellikle zor görevlerde kullanılmaları dolayısıyla çocuk askerler arasındaki ölü ve yaralı oranı çok yüksektir.

Kuzey Afrika ülkelerinde, açlık, salgın hastalıklar ve susuzluk nedeniyle ölenlerin başında çocuklar gelmektedir. Yine UNICEF'in hazırladığı bir rapora göre çocuk ölümleri yapılan çalışmalar sonucunda giderek azalmaktadır. Buna göre dünyada 5 yaşından küçük ölen çocukların sayısı 2006'da, yılda 10 milyon barajının altına inerek 9,7 milyona düştü. Rapora göre Fas, Vietnam ve Dominik Cumhuriyeti'nde 5 yaşından küçük çocukların ölüm oranının üçte birin üzerinde, Madagaskar'da yüzde 41, Sao Tome ve Principe Demokratik Cumhuriyeti'nde yüzde 48 azaldı. Bütün bu gelişmelere rağmen Orta ve Batı Afrika'nınsa çocuk ölümlerinin en fazla görüldüğü bölgeler olmaya devam etmektedir (www.eurekalert.org/pub_releases/2002-10/uonc-caf100302.ph).

BM Nüfus Fonu'na göre Afrika kıtasında 5 yaşın altındaki her 1000 çocukta 155'inin öldüğü belirtilirken bu çocukların büyük çoğunluğu kızamık, tetanos ve çocuk felci gibi, aşısı olan hastalıklar yüzünden ölüyor (Polat, 2007). Türkiye'de bazı kültürel anlayışların benimsediği töre kavramlarından ötürü, çocuklar töre kurbanı olmaktadır. Ayrıca ailelerin çocukları arasında kız-erkek ayrımı yapması, çocuk hakları ihlallerine verilebilecek örneklerden birisidir. Kız çocukların okutulmaması, onların başlık parası adı verilen ücret karşılığında evlendirilmesi, çocuk hakları ihlallerine çarpıcı bir örnektir.



Çocuk Askerler

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'nun belirlediği verilere göre, 2006 yılı içinde yaklaşık 250 bin çocuk silahlı çatışmalara sokuldu ya da bu amaçla silahlı gruplara dahil edildi. Çocukların asker olarak savaş alanlarında kullanılması Uluslararası Ceza Mahkemesi tarafından savaş suçu olarak tanımlanıyor. Buna rağmen Burma, Burundi, Fildişi Sahili, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Somali, Sudan, Çad, Filipinler, Kolombiya, Nepal, Sri Lanka, Uganda, Afganistan, Angola, Gine-Bissau, Liberya, Mozambik, Ruanda ve Sierra Leone gibi ülkelerde çocuklar asker olarak kullanılmaya devam ediyor (BBC Turkish, 2007).

Hamburg Üniversitesi'nin gerçekleştirdiği bir araştırmaya göre çocuklar dövülen, vurulan ve tecavüze uğrayan insanların şiddet sahnelerine tanık olup savaşmaya ve adam öldürmeye teşvik ediliyorlar. Bu araştırmada yer alan 169 çocuk ve gencin yaklaşık üçte birinin travma sonrasında gelen stres bozukluğu ile yaşadıkları tespit edildi (Yancı, 2011).

2.3 Çocuk İstismarı ve İhmal

Çocuk istismarı ve ihmali; anne, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür (Oral, vd., 2001).

2.3.1 Fiziksel İstismar

Uzmanların ilk dikkatini çeken istismar türü fiziksel istismar olmuştur. Nesnel sonuçları açısından kolay belirlenebilen fiziksel istismarın özellikle tıp çevrelerinde incelenmeye başlanması çocuk doktoru Kempe ve arkadaşlarının (1962) yayınlarıyla hız kazanmıştır. İlk çalışmalarda çocuk istismarı fiziksel istismar göz önüne alınarak tanımlanmış, hatta cinsel istismar da fiziksel istismar kapsamında değerlendirilmiştir. Bu nedenle batılı ülkelerde istismar konusunda elde edilen istatistiklerde, toplumda en yaygın olarak fiziksel istismara rastlandığı saptanmıştır (Sicher vd., 2000, 660-667). Fiziksel istismar kavramı, kaza sonucu olmayan ve çocukta fiziksel bir hasara, yaralanmaya ve hatta ölüme neden olabilen tüm erişkin davranışlarını kapsamaktadır (Kozcu, 1990, 379-390). Tercan'a (1995) göre, fiziksel çocuk istismarı, ana-baba veya çocuğa bakan kişinin, çocuk ile etkileşiminde, çocuğun canını yakma, sakatlama ve zarar verme amacıyla kısıtlı olarak fiziksel güç kullanılmasıdır. Çocuk ihmal ve istismarı kapsamlı bir olgu olmasına karşın çocuğa yönelik istismar kapsamında fiziksel istismar ön plana çıkmaktadır. Aral (1997) yaptığı çalışmada çocukların % 65.72'sinin anne ya da babası tarafından fiziksel istismara uğradıklarını belirlemiştir. Tokatlama, çimdikleme, ısırma, itme, tekmeleme, boğazına sarılma, eline geçirdiği cisimle saldırma, kemik kırma, evden kovma, terk ve ölüm fiziksel istismar kapsamında yer almaktadır (Tercan, 1995). Fiziksel istismarın büyük bir bölümü, bebeklerde ve okul öncesi çağı çocuklarda görülmektedir. Fiziksel istismara uğrayan çocukların yaklaşık üçte ikisi 3 yaşından küçük çocuklardır. Evden kaçan ergenlerin geçmişlerine bakıldığında, evden kaçmayı başarana kadar defalarca fiziksel istismara maruz kaldıkları görülmektedir (Bilir vd., 1991b). Fiziksel istismarın taranması ve belirlenmesi diğer istismar türlerine göre daha kolay olmaktadır. Fiziksel istismarın türlerini belirleme aşağıda sıralanan durumlardan biri ya da bir kaç ile mümkün olmaktadır. Bunlar;

- Yanıklar, kırıklar, çıkıklar, kesikler, çürükler, şişlikler, eksik ve koparılmış saç, sigara yanığı, ısırık izi.

- Yaraların tedavi edilmemesi veya geç tedavi edilmesi.
- Yaralanma biçiminin mantıklı biçimde açıklanamaması.
- Nedeni belli olmayan ölümler.
- Zehirlenmeler.
- Kemik ve eklem hasarları.
- Beyin ve göz hasarları
- Gelişme geriliği.

Bunun yanı sıra, çocuk ölümlerine neden olan farklı fiziksel istismar türleri üzerinde de durulmaktadır. Hamilelik sırasında annenin aşırı alkol ve uyuşturucu kullanması, çocukların kasti olarak öldürülmeleri, yakılmaları ve zehirlenmeleri gibi olaylar ve ayrıca, para kazanmaları amacıyla beden ve ruh sağlıklarına zarar verecek, gelişimlerini engelleyecek işlerde çalıştırılan çocuklar da fiziksel istismar içinde incelenmektedir (Bilir vd., 1991b, Kozcu, 1990). Fiziksel cezanın sürüp gitmesinde toplum içerisinde oluşmuş bazı ortak inançlar vardır. Bunlar;

- cezanın, karakter gelişiminde olumlu rol oynadığına inanılması,
- cezanın çocuğa saygılı davranmayı öğreteceği kanısı,
- bazı çocukların yalnızca cezadan anlayacağı görüşü ve
- ceza uygulanmadığında davranış sorunlarında bir artma olacağı korkusudur (Önal, vd., 2013).



2.3.2 Fiziksel Çocuk İstismarı Kapsamı

Çocuk ana babaya yalnızca bakım ve beslenme açısından değil aynı zamanda ilgi ve sevgi bakımından da muhtaçtır. Çocuk sevgi dolu ve huzurlu bir aile ortamında kurduğu temellerle davranışlarını, sosyal ilişkilerini ve topluma uyumunu düzenler. Nesillerin iyi yetişmesi, ana ve babaların tutumlarına bağlıdır ve onların eseridir. Bu nedenle ana babaların çocuklarına karşı gösterdikleri tutum ve davranışlar, çocuğun yetiştiği ortam, çevresindeki diğer yetişkinlerin davranışları çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesi açısından önemlidir.

Ana babaların çocuklarına karşı gösterdikleri tutumlardan birisi hoşgörüdür. Çocuk merkezli bu tutumda, ailenin merkezi çocuk olmuştur. Çocuğun hiçbir sorumluluğu yoktur, ilgi içinde boğulmuştur. Çocuk herhangi bir neden yokken hediyeler verilerek ödüllendirilir. Bir diğeri ise ilgisiz tutumdur. Çocuklarına karşı çok az ilgi gösteren ailelerin tutumudur. Genelde çocukları tarafından rahatsız edilmek istemezler. Çocukların davranışlarında her hangi bir kısıtlama yoktur. Katı, baskıcı tutumda ise aile çocuğa aşırı baskı uygular, çocuk itiraz edince cezalandırılacağını bilir. Bu tip ana babalar çocukların çabuk büyüüp olgunlaşmasını isterler. Diğer bir ana baba tutumu da reddeden ana baba tutumudur. Ana baba çocuğa karşı düşmanca bir tavır içindedir. Sık sık çocuğu cezalandırır. Çocuklarının uslanmaz bir yaramaz olduğunu düşünür. Koruyucu ana babalar ise çocuğu her konuda korumak isterler, çocuğun yapabileceği şeyleri bile kendileri yaparak fırsat vermezler. Destekleyici ana babalar ise çocuklarına karşı pozitif tutum sergilerler. Çocuklarını gerektiği zaman desteklerler, çocuklarına bağlı olmakla birlikte onun kölesi olmayan kişilerdir.

Ana babaların çocuklarına karşı tutumları, kendi kişilik özelliklerinden, içinde yetiştikleri sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik koşullardan, eğitim düzeyinden, çocuklarına ait özelliklerden ve içinde buldukları toplumun geleneksel çocuk yetiştirme yöntemlerinden etkilenmektedir. Çocuğun ihmal ve istismarı ise, çocuğun duygusal yaşantısını ve kişiliğini direkt olarak etkilemekte, çocuğun ilerideki yaşantısında sağlıksız bir kişilik geliştirmesine neden olabilmektedir (Güler vd., 2002, 128-134-Pellendecioğlu vd., 2009, 49-62).

2.3.3 Fiziksel Çocuk İstismarı Tarihçesi

Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım 1860 yılında, Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından yapılmıştır (Ay, 2007- Ayvaz vd., 2004, 27-33). Tardieu, 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismarına dövülerek öldürülen 32 çocukta tespit ettiği otopsi bulgularını derleyerek değerlendirirken, Caffey 1946 yılında "Caffey Sendromu" ve Kempe 1961 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmışlardır (Arıkan vd., 2000, 29-35-Bilir vd., 1991a, 7-14). Garbarino ve Gilliam 1980 yılında çocuğa karşı yapılan uygunsuz ve zarar verici davranışların özellikle uzmanlar tarafından tespit edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Christian vd., 2009). 1970'lerde cinsel istismarın farkına varılmış ve 1980'lerden sonra ise duygusal istismarın da en az diğer iki istismar kadar önemli olduğuna ilişkin görüşler yaygınlaşmaya başlamıştır.

Çocuk istismarı ve ihmal (ÇİVİ), ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür (Çetin, 2014- Yancı, 2011). Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur (Bahçecik vd., 1993- Derya, 2007- Jain, 1999, 575-593). "Çocuk ihmali" ise, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (Güler vd., 2002- Herman vd., 2011, 65-69).

2.3.4 Fiziksel Çocuk İstismarına kültürel bakış

Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre, "Ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır".

"ÇOCUK" kavramı tarihte toplumun yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişmekte, çocuk doğduğu andan itibaren büyüme süreci içinde ailesiyle özellikle anne-babası ve yakın akrabaları ile kurduğu etkileşimden çıkardığı sonuçları özümseyerek kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini oluşturmaktadır. Toplumların geleceği olan çocuk ve gençlerin her yönden sağlıklı yetiştirilmeleri, kişilik gelişimleri için de çok önemlidir. Çocuk ana babaya yalnızca bakım ve beslenme açısından değil aynı zamanda ilgi ve sevgi bakımından da muhtaçtır. Çocuk sevgi dolu ve huzurlu bir aile ortamında kurduğu temellerle davranışlarını, sosyal ilişkilerini ve topluma uyumunu düzenler. Çocuk istismarı çocuk haklarının korunması ve çocukların ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı yetişmelerinin sağlanması bakımından önemle üzerinde durulan bir konudur. Çocukların temel bakım gereksinimlerinin



karşılanmasının yanı sıra, güvenli, dayanıklı ve öğrenmeye açık çocuklar olarak yetişebilmeleri için sağlıklı güven duygusu geliştirme gereksinimleri onları korumak, kollamak ve bakmakla yükümlü yetişkinler tarafından karşılanır. Çocuk istismarından söz edildiğinde bu temel görevlerin yerine getirilmediği ya da çocuğa yönelik kötü muamele gözlenir. Tüm bu olumsuzluklar çocuğun duygusal yaşantısını ve kişiliğini direkt olarak etkilemekte, çocuğun ilerideki yaşantısında sağlıklı bir kişilik geliştirmesine neden olabilmektedir.

2.3.5 Fiziksel Çocuk İstismarını Hazırlayıcı Nedenler

Bir erişkinin itaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacı ile elle ve/veya aletle çocuğun vücudunun herhangi bir yerine iz bırakacak şekilde şiddet uygulayarak çocuğa bir zarar verilmesidir. Bu dövülme, yanma, ısırılma vb. yollarla olabilir. Sadece dayak değil, çocuğu yaralayan, vücudunda iz bırakan, kaza dışındaki her türlü eylem "Fiziksel İstismar" olarak tanımlanmaktadır. Sözcük anlamlarına bakıldığında Türkçede "Şiddet"; sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma, karşıt tutumda olanlara karşı kaba kuvvet kullanma, sertlik anlamına gelmektedir.

'Şiddet; bir kişiye güç ya da baskı uygulayarak isteği dışında bir şey yapmak ya da yaptırmak, şiddet uygulama eylemi ise zorlama, saldırı, kaba kuvvet, bedensel ya da psikolojik acı çektirme ya da işkence, vurma, yaralama olarak da tanımlanabilir. Dar anlamıyla ele alındığında şiddet, insanın bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen sert ve acı verici bir edim olarak tanımlanır. İnsanın kendine yönelik yıkıcılığını temsil eden intihar (özkıyım) da bu grupta değerlendirilmektedir. Şiddet olgusu günümüz toplumlarının temel sorun alanlarından birisini oluşturmaktadır. Yine buna paralel olarak şiddet sosyal bilimcilerin ve ruhbilimcilerin de temel araştırma konularından biri haline gelmiştir. Ancak yapılan tüm çalışmalara rağmen henüz şiddet olgusu üzerinde ortak bir tanımlamaya varılamamıştır. Kimi zaman şiddet olgusundan belli amaçları gerçekleştirmek amacı ile yararlanılırken, kimi zaman de toplumsal yapı içerisinde bu olgu sökülüp atılmaya çalışılmıştır. Ancak tüm ülkelerde baskın bir eğilim ve davranış olan savaş, şiddet ve kötü muamele, dünyada milyonlarca çocuğu bir "Şiddet Kültürü" ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bugün dünyanın her yerinde çocuklar; okulda, evde, sokakta, bakım kurumlarında ya da toplumun farklı kesimlerinde şiddetin çeşitli şekilleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Şiddet; fiziksel, duygusal, cinsel ya da ekonomik yönleri ile toplumun hemen her kesiminde çocukların karşısına çıkmakta ve çocukları, bazen şiddetin tanığı, bazen de şiddetin mağduru ya da şiddeti uygulayan kişiler olarak karşımıza çıkarmaktadır. Yapılan araştırmalar ortaya koymuştur ki, şiddet kültürü ile yetişen çocuklar ileride bu şiddeti uygulayan kişiler olarak karşımıza çıkmakta başka bir deyişle "... şiddetin normalleşmesi sonucu, iletişim aracı veya çatışma çözümüne cevap olarak bu davranış modelini benimsemektedir."

Çocuğa yönelik şiddet, günümüzde en yaygın olan ve meşru görülen şiddet biçimidir. Çocuğa karşı şiddetin yıkıcı etkileri yüzeysel yaralamalardan sürekli fiziksel, bilişsel ve duygusal bozukluğa ve hatta ölümlere yol açabilmektedir. Kinard'a göre; 'çocuklar, olumsuz olayların sonuçlarının kendi kontrolleri dışında olduğu inancını taşırlar.' Sosyal roller karmaşıklaştıkça bu rollere daha zor adapte olurlar, daha az anlayış geliştirirler. Duygusal olarak ise, şiddete maruz kalan çocukların çevrelerine daha az güven duydukları ve özellikle başarısız sonuçlar söz konusuysa daha gerçekçi oldukları görülmektedir. Ayrıca saldırıya maruz kalan çocukların büyük ölçüde kendilerine zarar verici davranış eğilimleri göstermektedir. Bu çerçevede modern toplumların üzerinde durması gereken şey, motive edici unsurların kontrol altına alınmaması durumunda, kendileri için şiddetin daima potansiyel bir tehdit unsuru olacağıdır. Çocuğa karşı şiddeti açıklamak için bir takım temel yaklaşımlar geliştirilmişse de bu yaklaşımların hiç birisi tek başına çocuğa yönelik şiddetin nedenlerini açıklayamamaktadır. Ancak çocuğuna karşı fiziksel şiddet kullanan anne-babanın, çocukluğunda aynı davranışla karşılaştığı görülmektedir. Ayrıca çalışmalar şiddet eğiliminin nesiller boyunca değişmeden devam ettiğini göstermektedir.

2.3.6. Fiziksel Çocuk İstismarının Önlenmesi

FÇİ'nin önlenmesi üç boyutla ele alınabilir.

2.3.7. Birincil Önleme

- Eğitim programları
- Şiddete ilişkin sosyal tutumların değişmesine yönelik çabalar
- Toplumda ebeveyn eğitimi
- Çocukların koşullarının bilinmesi,
- Ailenin koşullarının bilinmesi,
- Bu koşulları iyileştirme çabaları,
- Ailenin eğitimi.



2.3.8 İkincil Önleme

Yüksek riskli ebeveynlerin belirlenmesi,

- Çocuk ve ailenin değerlendirilmesi,
- Tedavinin sürdürülmesinin sağlanması,
- Yasal boyut: rapor etme, ebeveynlerin yasal girişimlerin sonuçlarına uyum yapmalarına

yardım,

- Mevcut fiziksel istismarı erken tanıma ve müdahale etme,
- İstismar olayı ortaya çıkarıldıktan sonra çocuğun tepkilerinin değerlendirilmesi,
- F.İ. sonrası aileye yaklaşımı,
- Gelecekte olabilecek istismara karşı çocuğun ve kardeşlerinin korunması.

2.3.9.Üçüncül Önleme

Üçüncül koruma: İstismar edilmiş olan çocuğun yeniden istismar edilmesini önlemeye yönelik çabalar

- İstismarın çocuk üzerindeki etkilerini en aza indirmeye yönelik girişimler,
- Olayın yinelenmesini önlemek için gerekenlerin yapılması.

2.4 Cinsel İstismar

Bir yetişkinin bir çocukla cinsel ilişkiye girmesi veya onu cinsel haz amacıyla kullanmasıdır. Çocukların kullanıldığı pek çok farklı cinsel aktiviteyi kapsar. İstismar türleri içinde yaygın olanlardan biridir.

Uluslararası hukuk alanında çocukları koruma altına alan önemli bir sözleşme olan ve 140 ülkenin imzaladığı Çocuk Hakları Sözleşmesiyle, bu ülkelerin her biri, çocukları, sözleşmenin gerektirdiği şekilde koruma altına almayı kabul etmiştir. 34. ve 35. maddelere göre, bu ülkeler, kendilerine vatandaşlık bağıyla bağlı çocukları her tür cinsel sömürü ve saldırıdan korumakla yükümlüdür. Bu koruma, bir çocuğu cinsel bir eylemde bulunmaya zorlamayı, çocukların fahişelik yapmasını ve pornografik malzeme olarak kullanılmasını yasaklamayı kapsar. Sözleşmeyi imzalayan ülkeler, ayrıca, çocukların kaçırılmasını, satılmasını ve çocuk ticaretini önlemekle yükümlüdür (WHO, 2002: 60).

2.4.1. Duygusal istismar

İstismar türleri içerisinde gündelik yaşamda en sık rastlanan tiplerden birisi de duygusal istismardır. Duygusal istismarın temelinde çocuğun psikolojik hasar yaşaması bulunmaktadır. Bunun oluşumunun iki temel nedene bağlı olduğu görülmektedir.

1- Kendilerine bakmakla yükümlü kişiler tarafından olumsuz olarak etkilendikleri tutum ve davranışlara maruz kalmaları,

2- Gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılmaları.

Duygusal istismar iki özelliği ile diğer tür istismarlardan ayrılmaktadır. Bunlar;

1-Fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut fiziksel bulguların bulunmayışı,

2-Tek başına bulunabileceği gibi çoğu olguda diğer istismar türleriyle birlikte bulunduğu tespit edilmiştir. Cinsel ya da fiziksel istismara uğramış bir çocuğun bunun uzantısı olarak aynı zamanda duygusal istismara da maruz kaldığı görülmektedir(Turhan vd., 2006- Erol, 2007- Oral vd., 2010).

2.4.2. Çocuk İhmali

Çocuğun beslenme, barınma, giyim, hijyen, oyun, eğitim, güvenlik ve sağlık hizmetini sağlama görevinin reddedilmesi ya da yerine getirilmemesidir(Koç, 2007).

2.5. Hemşirelik Uygulamalarında Fiziksel Çocuk İstismarı

2.5.1.Halk Sağlığı Hemşiresi

Kötü muamele gören çocuklar için ortak özellik gösteren, erken uyarı belirtilerini saptamada önemli konumdadırlar.

2.5.2.Acil Hemşiresi

Genellikle hastayı ilk gözlemleyen acil hemşiresidir.

2.5.3.Çocuk Sağlığı Hemşiresi

Klinikte yatan bir çocukla en çok zaman geçiren sağlık personeli olarak, ihmal ve istismarı tanımada önemli bir konuma sahiptir.

2.5.4.Psikiyatri Hemşiresi

- Mağdurları güçlendirmek,
- Kendine güveni arttırma,
- Anksiyeteyi azaltmak,



- İyileşmeye yardım etmek gibi fonksiyonları vardır

2.5.5. Okul Sağlığı Hemşiresi

- FÇİ' nin belirtileri ve yasal yönleri konularında tüm okul personelinin eğitilmesi ve desteklenmesi,
- FÇİ vakalarını zorunlu olarak rapor etme,
- Çocuk ve ailesinin sosyal destek kaynaklarına yönlendirilmesi,

2.5.6. Adli Hemşirelik

- Adli hemşirelik, hemşirelik biliminin yasal veya toplumsal olaylara uygulanmasıdır.
- Adli hemşireliğin şiddet çemberini kırmaya yardımcı olabilecek en önemli güçlerden biri olduğunu saptamıştır.
- 1995 yılında Amerikan Hemşireler Birliği tarafından bir uzmanlık dalı olarak tanınmıştır.

2.6. Hemşirelik Girişimleri

- Hemşirenin yapacağı ilk girişim FÇİ' nin belirtilerini tanıyıp ortaya koymaktır.
- Hemşire fiziksel istismar edilen çocuk ve aile hakkında kapsamlı bir bilgiye sahip olmalı,
- İyi bir gözlemci olmalı,
- Çocukların büyüme ve gelişme sürecini iyi bilmelidir.

Hemşirelik Uygulamaları

- Hemşire, ailenin güvenini kazanmaya çalışmalı ve bazı ailelerden olumsuz davranışlar gelebileceğini bilmelidir.
- İstismar olgusuna yaklaşımda sadece çocuğun durumunun değil, anne, baba veya istismarı uygulayan bireyin durumunun da değerlendirilmesi gerekmektedir.

Aile

FÇİ tarama sorularının hemşirelik veri toplama araçlarına, bilgi formlarına entegre edilmesi olası olayların gözden kaçmaması için önemlidir.

Ekipte Hemşirenin Rolü

- Hemşire aileden ve çocuktan aldığı bilgilerle gözlemlerini birleştirerek, FÇİ' ni saptayabilir ve ekibin diğer üyeleri ile gerekli işbirliğini başlatabilir.
- Fiziksel istismara uğramış çocukta güven duygusu zedelenmiştir. Bu kişi ile kurulacak bir güven ilişkisi paha biçilemezdir.
- Güven ilişkisi içinde, çocukla ona değer veren, hassasiyet gösteren ve saygı duyan bir tutum içinde olmak gerekir.

İletişim

- Kendini tanıtma
- Güler yüzlü yaklaşım
- El sıkışma normal, uygun fiziksel bir dokunma olsa bile hastada endişeye sebep olabilir.
- Konuşularak hasta rahatlatılmalıdır.
- Psikolojik destek
- Diğer insanlarla temas kurmaya, hemşire-hasta ilişkisinin sıcaklığına ihtiyaç duyarlar.
- Özgüven Geliştirmek
- Bu olumsuz değerlendirmeler; bireylerin kendilerini istismar etmelerine, zayıf, güçsüz kalmalarına yol açar.
- Bireylere negatif düşüncelerini pozitifleriyle değiştirmeleri öğretilmelidir.
- Anksiyeteyi Azaltmak

İstismara uğramış bireyin anksiyetesi genellikle yüksek olduğu için anksiyeteyi azaltmaya yönelik çalışma kaçınılmazdır.

Fiziksel Çocuk İstismarı' nı Önlemede Hemşirenin Temel Sorumlulukları

- Ailenin Eğitimi
- Ev Ziyaretleri
- Aile Planlaması
- İletişim Araçlarının Kullanılması
- Bireysel Eğitim

Ailenin Eğitimi

- Doğum ve yeni doğan ünitelerinde çalışan hemşirelerin anne- baba- bebek arasındaki iletişim kurma ve davranışları konusunda bilgilendirilmesi.
- Ailelerin ceza ve disiplin arasındaki ayırımı yapabilmelerine yardımcı olunması, şiddetin çocuğun eğitilmesinde bir araç olarak kullanılmamasının sağlanması,



Ev Ziyaretleri

Hemşireler tarafından yeni doğan bebeğe sahip tüm ailelerin, stres verici durumlar, sosyo-demografik özellikler bakımından taranması, riskli ailelerin belirlenip yardım teklif edilmesi ve düzenli ev ziyaretleri ile aile çocuk ilişkisine katkıda bulunulmasıdır. Çocuk ihmali ve istismarını önlemede ev ziyaretlerinin etkisini inceleyen çalışmada;

- Risk durumuna bakılmaksızın iki yaşına kadar, evde ziyaret edilen bebeklerin acil servislere daha az başvurduğu,
- Kontrol grubundaki bebeklere oranla, kaza ve zehirlenme gibi nedenlerle daha az sıklıkta uzman görüşüne ihtiyaç duyduğu saptanmıştır.

Aile Planlaması

İstenmeyen gebeliklerin, annenin geleceğine karşı olumsuz tutumları göstererek bebeğini fiziksel istismar edeceği göz önüne alındığında, ailelerin etkin aile planlaması konusunda eğitilmesi,

İletişim Araçları

Topluma daha kolay ulaşılabilmesi açısından kitle iletişim araçlarının kullanılması.

Bireysel Eğitim

Çocuğun ağlamasından sıkılan, onları hırpalayan, çocuklarına söyledikleri sözler ile zarar veren, düşmanca davranan ailelerin eğitilmesi.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) 'nde kamu hastaneleri pediatri hemşirelerinin F.Ç.İ. konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak hazırlanmış bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, 15 Ekim-15Mart tarihleri arasında KKTC Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet hastaneleri (Lefkoşa, Girne, Mağosa, Güzelyurt) ve sağlık ocakları kapsamında yapılmıştır. Örneklem, F.Ç.İ. olgusuyla karşılaşma ihtimali yüksek olan devlet hastanelerinin çocuk servisleri, yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve acil servislerinde çalışan tüm hemşireler ve sağlık ocağında çalışan hemşirelerden seçilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, K.K.T.C. kamu hastaneleri ve sağlık ocaklarında çalışan toplam (123)N hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme, K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı 2015-2016 verileri dâhilinde kamu hastaneleri pediatri ve acil servisleri ile sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerden seçilmiştir. Kamu hastaneleri olarak; Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi (pediatri servisi, acil servis, yenidoğan), Girne Devlet Hastanesi, Güzelyurt Devlet Hastanesi, Gazi Mağosa Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocakları seçilmiştir.

3.4 Araştırmada Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, FÇİ konusundaki görüşleri, yaklaşımları ve bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik 38 sorudan oluşan bir anket ile sağlanmıştır. Anket formları araştırmacı tarafından hemşirelere verilmiş ve hemşirelerden anketi kendilerinin cevaplandırması istenmiştir.

3.5 Araştırmada Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından hemşirelere araştırmanın kapsamı hakkında bilgi verilip, araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden onam formu alınıp, veri toplama formu verilerek yanıtlamaları sağlanacaktır. Özellikle, gündüz vardiyasında servis sorumlu hemşirelerine ulaşılarak, kendilerinin ve servis hemşirelerinin anket uygulaması için ya aynı gün içinde anketler dağıtılacak ve toplanacak ya da onların belirledikleri gün kliniklere tekrar gidilerek anketler toplanacaktır. Formlar, Ekim 2015 ve Nisan 2016 tarihleri arasında hastanelerin tabaka ağırlıklarına göre belirlenen tüm hemşirelere dağıtılmış ve örneklem grubu sayısına ulaşana kadar hastanelere tekrar gidilecektir. Tablo 1 'deki verilerin yüzdelik katsayıları hesaplanarak elde edilecektir.

3.6 Verilerin Analiz Yöntemi

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini; 2015 sonbahar ve 2016 ilkbahar yarıyılında KKTC Sağlık Bakanlığı'nın; Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi' ne bağlı devlet hastanelerinin, pediatri, yenidoğan ve acil servislerinde çalışmakta olan (N=123) hemşire ile Temel Sağlık Hizmetleri Dairesine bağlı Sağlık ocaklarında çalışmakta olan (N=76) toplam (199) hemşire oluşturdu. Araştırmaya 15 Ekim 2015- 15 Mart



2016 tarihlerinde çalışmakta olan, araştırmaya katılmayı kabul eden (20) pediatri, (17) yenidoğan, (27) acil servis ve (7) sağlık ocaklarında olmak üzere (n=71) hemşire katıldı.

Veriler, araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda (3,5,6,7,8) geliştirilen “Anket Formu” ile toplandı. Anket formu, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni hali, aile tipi, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, vb.) 17 soru, çocukta fiziksel istismar ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını içeren (FÇİ ile ilgili eğitim durumları, FÇİ’ a uğramış çocukla karşılaşmada nasıl bir yaklaşım izlendiği, vb.) 21 soru olmak üzere toplam 38 sorudan oluştu. Anket formu, örneklem grubuna uygulanmadan önce her iki bölümden seçilen (71) hemşireye uygulandı. Ön uygulama sonrası gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verildi. Bu anket formları örnekleme dahil edildi. Formlar sözlü onayı alınan gönüllü hemşirelere uygun çalışma saatleri içinde uygulandı ve geri toplandı. Anketlerin yanıtlanması 10-15 dakika sürdü.

Araştırmanın verileri SPSS, Version 16.0 programında analiz edildi. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, FÇİ ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

3.7 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamındaki hastaneler için KKTC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi ve Bakım /Hizmetleri Müdürlüğü ile örneklem grubundaki hastanelerin başhekimliklerinden (EK-1) ve Temel Sağlık Hizmetleri Dairesi Müdürlüğü’nden örneklem grubundaki sağlık ocaklarındaki hemşirelerle çalışmak için yazılı izin (EK-2) alınmıştır. Aynı zamanda Girne Amerikan Üniversitesi Etik Kurulu’ndan da yazılı izin (EK-3) alınarak araştırmanın veri toplama aşamasına başlanılmıştır. Her hastanenin Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlükleri ile klinik sorumlu hemşirelerine araştırmanın içeriği hakkında sözel bilgi verilmiştir. Anketler, belirtilen servislerde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü, hemşirelere elde edilen bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı söylenip, sözel onamları alınarak uygulanmıştır (Tablo-4).

4. BULGU VE YORUMLAR

Örnekleme giren hemşire sayıları Tablo 1’de verilmiştir. Evrendeki hemşire sayısı 199 iken, örnekleme giren hemşire sayısı 71 olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Araştırma Evrenini ve Örneklemini Oluşturan Hemşirelerin Hastanelere Göre Dağılımı

Tabaka No	Tabaka Adı	Evrendeki hemşire sayısı (N)	Örnekleme Giren Hemşire Sayısı (n)
1	Lefkoşa Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet H.	49	27
2	Girne Akçiçek Devlet H.	29	21
3	Cengiz Topel Devlet H.	17	-
4	Mağusa Devlet H.	28	16
5	Sağlık Ocakları	76	7
Toplam		199	71

Araştırmaya katılan hemşirelerin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Erkek	6	8,5
	Kadın	65	91,5
Yaşam Şartları	Çekirdek Aile	70	98,6
	Geniş Aile	1	1,4
Çocuğu olan	Var	50	70,4
	Yok	21	29,6
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	4	5,8
	Önlisans	9	13,0
	Lisans	51	73,9
	Lisansüstü	5	7,2
Bölüm	Pediatri	22	31,0
	Yeni Doğan Servisi	17	23,9
	Acil Servis	23	32,4
	Sağlık Ocakları	9	12,7
Medeni Durum	Bekar	16	22,5
	İlişkim var	4	5,6
	Boşanmış	2	2,8
	Evli	49	69,0



Araştırmaya katılan hemşirelerin % 70.4'ü çocuk sahibidir.

Hemşirelerin yaş değerlerine bakıldığında, minimum değer 25, maksimum değer 49 ve ortalama değer 35,1 bulunmuştur. Meslekte çalışma sürelerinde minimum değer 2, maksimum değer 28, ortalama değer 11,93 olarak bulunmuştur. Halk sağlığı alanında çalışma süresi incelendiğinde ise minimum değer 0, maksimum değer 16 ortalama değer 1,03 olarak bulunmuştur. (Tablo 3)

Tablo 3. Yaş ve Çalışma Süresi Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	N	Min.	Mak.	X ± SS
Yaş	71	25	49	35,10 ± 6,56
Meslekte Çalışma Süresi	71	2	28	11,93 ± 6,49
Halk Sağlığı Alanında Çalışma Süresi	71	0	16	1,03 ± 3,29

Hemşirelerin fiziksel çocuk istismarına ilişkin bazı özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin fiziksel çocuk istismarına ilişkin bazı özellikleri

		N	%
Çocukluğunuzda hiç fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?	Evet	33	48,5
	Hayır	31	45,6
	Hatırlamıyorum	4	5,9
Çocukluğunuzda fiziksel şiddete maruz kaldıysanız kim tarafından kaldınız?	Anne	20	55,6
	Baba	6	16,7
	Kardeş	5	13,9
	Bakıcı	3	8,3
Çocuğuma en az bir defa olsun tokat atmışsındır	Evet	37	61,7
	Hayır	23	38,3
Dayağın çocuk eğitiminde olumlu bir yere sahip olduğumu düşünüyorum	Evet	8	11,3
	Hayır	63	88,7

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 48.5 'i çocukluğunda fiziksel istismara maruz kaldığını belirtmiştir.

Tablo 6. Fiziksel Şiddete Maruz Kaldınız mı?

		N	%
Çocukluğunuzda fiziksel şiddete maruz kaldıysanız kim tarafından kaldınız?	Hatırlamıyorum	4	5,9
	Anne	20	55,6
	Baba	6	16,7
Çocukluğunuzda fiziksel şiddete maruz kaldıysanız kim tarafından kaldınız?	Kardeş	5	13,9
	Bakıcı	3	8,3
	Öğretmen	2	5,6
	Çocuğuma en az bir defa olsun tokat atmışsındır	Evet	37
Hayır		23	38,3
Dayağın çocuk eğitiminde olumlu bir yere sahip olduğumu düşünüyorum	Evet	8	11,3
	Hayır	63	88,7

Araştırmaya katılan hemşirelerin %11,3'ü dayağın çocuk eğitiminde olumlu bir yere sahip olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin FÇİ ile eğitim durumları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin FÇİ ile İlgili Eğitim Durumları

		N	%
Daha önce Çocukta Fiziksel İstismar ile ilgili bir eğitim aldınız mı?	Evet	34	47,9
	Hayır	37	52,1
FÇİ eğitimini nerede aldınız?	Okul müfredatında	21	70,0
	Kongre / Sempozyumda	7	23,3
	Çocuğın okulunda	2	6,7
FÇİ konusunda bilgi gereksimine ihtiyaç duyarım.	Evet	66	93,0
	Hayır	5	7,0
KKTC'nde fiziksel istismara uğrayan çocukla ilgili yasa ve cezalar konusunda yeterli bilgiye sahibim	Evet	9	12,7
	Hayır	62	87,3



Araştırmaya katılan hemşirelerin % 47.9'u FÇİ ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 70'i okul müfredatında, % 23.3'ü kongre/sempozyumda eğitim almıştır.

Hemşirelerin % 87.3'ünün KKTC'deki FÇİ ile ilgili yasa ve cezalarla ilgili bilgiye sahip olmadığı ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin FÇİ ile karşılaşma durumları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelerin FÇİ ile Karşılaşma Durumları

		N	%
Çalıştığınız yerde fiziksel istismarı rapor edebilmek için herhangi bir form bulunur mu?	Evet	12	17,9
	Hayır	55	82,1
Fiziksel istismara uğramış çocuğu bildirebilmek için ne tür bir yöntem izlediniz?	Rapor defterine yazdım	18	32,1
	Sorumluma sözlü rapor verdim	8	14,3
	Polise bildirdim	6	10,7
	Hastaneye/doktora bildirdim	15	26,8
	Sosyal Hizmetler Kurumu'na bildirdim	7	12,5
	Diğer	2	3,6
Fiziksel istismara uğramış bir çocukla karşılaşınca nereye bildirmeli?	Doktora	8	11,6
	Polise	23	33,3
	Hastaneye yönlendirmeli	2	2,9
	Sosyal hizmetlere	36	52,2

Hemşirelerin % 82.1' i çalıştıkları yerde FÇİ' ni bildirecekleri yasal bir düzenlemenin olmadığını belirtmiştir.

Hemşirelerin FÇİ' ni bildirmek isteyenlerin % 32.1' i durumu rapor defterine yazdığı, % 14.3'ü sorumlusuna sözlü bildirdiği, % 10.7'sinin polise bildirdiği görüldü.

Hemşirelerin %11.6'sı FÇİ ile karşılaştıklarında durumu doktora, % 33.3' ü polise, %52.2'si sosyal hizmetler müdürlüğüne bildirilmesi gerektiğini ifade ettiği bulundu.

Güvenilirlik değeri bir ölçme aracının tekrarlanan ölçümlerde aynı sonucu verme derecesinin göstergesidir. Güvenilirlik kategorileri şu şekilde sınıflandırılır:

Cronbach's alpha	Güvenilirlik
$\alpha \geq .9$	Mükemmel
$.9 > \alpha \geq .8$	İyi
$.8 > \alpha \geq .7$	Kabul edilebilir
$.7 > \alpha \geq .6$	Şüpheli
$.6 > \alpha \geq .5$	Kötü
$.5 > \alpha$	Güvenilmez

2. Bölümdeki 12., 15., 16., 17., 19. ve 20. Sorular güvenilirlik analizine tabi tutulduğunda Cronbach's Alpha değeri 0,757 bulunarak güvenilirliğin "Kabul Edilebilir" seviyede olduğu görülmektedir. (Tablo 7)

Tablo 9. Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,757	,784	6

Departman bazında hemşirelerin eğitim alma, FÇİ bulgularını tanımlayabilme ve FÇİ bulgularını rapor etme durumlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 10. Departman Bazında FÇİ Bulgularını Rapor Etme Durumu

		Pediyatri	Yeni Doğan	Acil Servis	Sağlık Ocağı	Toplam
Evet	n	15	1	10	1	27
	%	83,3%	20,0%	50,0%	20,0%	56,3%
Hayır	n	3	4	10	4	21
	%	16,7%	80,0%	50,0%	80,0%	43,8%
Toplam	n	18	5	20	5	48
	%	1000%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Ankete katılan hemşirelerin eğitime katılma yüzdesi %47,9'dur. En yüksek eğitim alma yüzdesine %65,2 ile acil servis, en düşük eğitim alma yüzdesine %31,8 ile pediatri departmanı sahiptir. Ki-kare testi sonucu departmanlar arasındaki eğitim alma yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2 = 5,982$, $p > 0,05$). Departmanların eğitim alma durumları arasında farklılık olmadığı söylenebilir. (Tablo 8)

Tablo 11. Departman Bazında FÇİ Bulgularını Tanımlayabilme

	Pediatri	Yeni Doğan	Acil Servis	Sağlık Ocağı	Toplam
Biliyorum	8	1	7	5	21
	36,4%	5,9%	30,4%	55,6%	29,6%
Az Biliyorum	14	16	16	4	50
	63,6%	94,1%	69,6%	44,4%	70,4%
Toplam	22	17	23	9	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ bulgularını tanımlayabilenler %29,6'dır. En yüksek FÇİ bulgularını tanımlayabilenlerin yüzdesine %55,6 ile sağlık ocağı, en düşük FÇİ bulgularını tanımlayabilenlerin yüzdesine %5,9 ile yeni doğan departmanı sahiptir. Ki-kare testi sonucu departmanlar arasındaki FÇİ bulgularını tanımlayabilenlerin yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($X^2 = 7,993$, $p < 0,05$). Yeni doğan departmanının FÇİ bulgularını tanımlayabilme yüzdesi diğer departmanlardan anlamlı derecede düşüktür. (Tablo 9)

Tablo 12. Çalışma Süresi Bazında FÇİ Uğrayan Kişi Hakkında Eğitim Alma Durumu

	Çalışma Süresi ≤10 Yıl	Çalışma Süresi >10 Yıl	Toplam
Evet	n 6	3	9
	% 22,2%	7,9%	13,8%
Hayır	n 21	35	56
	% 77,8%	92,1%	86,2%
Toplam	n 27	38	65
	% 100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesi %56,3'dür. En yüksek FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesine %83,3 ile pediatri, en düşük FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesine %20,0 ile yeni doğan ve sağlık ocağı departmanları sahiptir. Ki-kare testi sonucu departmanlar arasındaki FÇİ bulgularını rapor etme yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($X^2 = 11,022$, $p < 0,05$). Yeni doğan ve sağlık ocağı departmanlarının FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesi diğer departmanlardan anlamlı derecede düşük iken, pediatri departmanının yüzdesi diğer departmanlardan anlamlı derecede yüksektir. (Tablo 10)

Departman bazında hemşirelerin eğitim alma, FÇİ Uğrayan Kişi Hakkında Eğitim Alma Durumu, FÇİ'ye Maruz Bırakan Kişi Hakkında Eğitim Alma Durumu, FÇİ bulgularını tanımlayabilme ve FÇİ Bulgularını Rapor Etme Durumlarının farklılık gösteriş göstermediği incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 13. Çalışma Süresi Bazında Eğitim Alma Durumu

	Çalışma Süresi ≤10 Yıl	Çalışma Süresi >10 Yıl	Toplam
Evet	23	11	34
	85,2%	25,0%	47,9%
Hayır	4	33	37
	14,8%	75,0%	52,1%
Toplam	27	44	71
	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin eğitime katılma yüzdesi %47,9'dur. Çalışma Süresi 10 yıldan az olan hemşirelerin eğitim alma yüzdesi %85,2, çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin eğitim alma yüzdesi %25,0 olarak gerçekleşmiştir. Ki-kare testi sonucu çalışma süresine göre eğitim alma yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 24,287$, $p < 0,05$). (Tablo 11)



Tablo 14. Çalışma Süresi Bazında FÇİ Uğrayan Kişi Hakkında Eğitim Alma Durumu

	Çalışma Süresi <=10 Yıl	Çalışma Süresi >10 Yıl	Toplam
Evet	6	3	9
	22,2%	7,9%	13,8%
Hayır	21	35	56
	77,8%	92,1%	86,2%
Toplam	27	38	65
	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ'ye uğrayan kişi hakkında eğitim alma yüzdesi %13,8'dir. Çalışma Süresi 10 yıldan az olan hemşirelerin FÇİ'ye uğrayan kişi hakkında eğitim alma yüzdesi %22,2, çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin FÇİ'ye uğrayan kişi hakkında eğitim alma yüzdesi %7,9 olarak gerçekleşmiştir. Ki-kare testi sonucu çalışma süresine göre FÇİ'ye uğrayan kişi hakkında eğitim alma yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2 = 2,716$, $p > 0,05$). (Tablo 12)

Tablo 15. Çalışma Süresi Bazında FÇİ'ye Maruz Bırakan Kişi Hakkında Eğitim Alma Durumu

	Çalışma Süresi <=10 Yıl	Çalışma Süresi >10 Yıl	Toplam
Evet	1	8	9
	3,7%	18,2%	12,7%
Hayır	26	36	62
	9,3%	81,8%	87,3%
Toplam	27	44	71
	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ'ye maruz bırakan kişi hakkında eğitim alma yüzdesi %12,7'dir. Çalışma Süresi 10 yıldan az olan hemşirelerin FÇİ'ye maruz bırakan kişi hakkında eğitim alma yüzdesi %3,7, çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin FÇİ'ye maruz bırakan kişi hakkında eğitim alma yüzdesi %18,2 olarak gerçekleşmiştir. Ki-kare testi sonucu çalışma süresine göre FÇİ'ye maruz bırakan kişi hakkında eğitim alma yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2 = 3,169$, $p > 0,05$). (Tablo 13)

Tablo 16. Çalışma Süresi Bazında FÇİ Bulgularını Tanımlayabilme

	Çalışma Süresi <=10 Yıl	Çalışma Süresi >10 Yıl	Toplam
Biliyorum	5	16	21
	18,5%	36,4%	29,6%
Az Biliyorum	22	28	50
	81,5%	63,6%	70,4%
Toplam	27	44	71
	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ bulgularını tanımlayabilme yüzdesi %29,6'dır. Çalışma Süresi 10 yıldan az olan hemşirelerin FÇİ bulgularını tanımlayabilme yüzdesi %18,5, çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin FÇİ bulgularını tanımlayabilme yüzdesi %36,4 olarak gerçekleşmiştir. Ki-kare testi sonucu çalışma süresine göre FÇİ bulgularını tanımlayabilme yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2 = 2,558$, $p > 0,05$). (Tablo 16)

Tablo 17. Çalışma Süresi Bazında FÇİ Bulgularını Rapor Etme Durumu

	Çalışma Süresi <=10 Yıl	Çalışma Süresi >10 Yıl	Toplam
Evet	4	23	27
	25,0%	71,9%	56,3%
Hayır	12	9	21
	75,0%	28,1%	43,8%
Toplam	16	32	48
	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesi %56,3'dür. Çalışma Süresi 10 yıldan az olan hemşirelerin FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesi %25,0, çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesi %71,9 olarak gerçekleşmiştir. Ki-kare testi sonucu çalışma



süresine göre FÇİ bulgularını rapor etme yüzdelerindeki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=9,524, p<0.05$). (Tablo 17)

1. Bölümdeki 16. Soru olan “Fiziksel istismara uğramış çocuğu fark edebilme konusunda kendinizi yeterli bulma durumunu belirtiniz” sorusunun cevaplarından çok yeterli 4, yeterli 3, kısmen yeterli 2, hiç yeterli değil seçeneği 1 ile puanlandırılıp, departman, eğitim ve yaş aralığı değişkenleri puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı ANOVA ve t-testi kullanılarak aşağıda tespit edilmiştir. Departman ve eğitimde 2 den fazla faktör olduğu için ANOVA, yaş aralığında 2 faktör olduğu için t testi kullanılmıştır.

chil.that.got.phy.abuse.information_16_DC

	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Ortalama Güven Aralığı		Min.	Mak.	F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır				
Pediatri	22	2,5000	85912	,18317	2,1191	2,8809	1,00	4,00	4,547	,006
Yeni Doğan	17	2,0000	86603	,21004	,5547	2,4453	1,00	4,00		
Acil Servis	23	2,3913	1,15755	,24137	,8907	2,8919	1,00	4,00		
Sağlık Ocakları	9	3,4444	,72648	,24216	2,8860	4,0029	2,00	4,00		
Toplam	71	2,4648	1,02582	,12174	2,2220	2,7076	1,00	4,00		

Yukarıdaki tabloda fark etme puanlarının departmanlar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını gösteren ANOVA testi sonuçları vardır. En yüksek puan ortalamasına sahip departman 3.44 ile sağlık ocakları iken, en düşük puana sahip departman 2,00 ile yeni doğan departmanıdır. Tablodan da görüldüğü gibi departmanların puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır. ($F=4,547, p<0,05$)

Hangi departmanlar arasında farklılık olduğunu tespit edebilmek için yapılan Scheffe testinin sonuçları şöyledir.

Scheffe

Departman		Ort. Farkı (I-J)	St. Hata	p	95% Ort Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Pediatri	Yeni Doğan	,50000	,30863	,459	,3851	1,3851
	Acil Servis	,10870	,28502	,986	,7087	,9261
	Sağlık Ocakları	-,94444	,37817	,111	-2,0290	,1401
Yeni Doğan	Pediatri	-,50000	,30863	,459	-1,3851	,3851
	Acil Servis	-,39130	,30569	,652	-1,2680	,4854
	Sağlık Ocakları	-1,44444*	,39399	,006	-2,5743	-,3145
Acil Servis	Pediatri	,10870	,28502	,986	-,9261	,7087
	Yeni Doğan	,39130	,30569	,652	-,4854	1,2680
	Sağlık Ocakları	-1,05314	,37578	,058	-2,1308	,0245
Sağlık Ocakları	Pediatri	,94444	,37817	,111	-,1401	2,0290
	Yeni Doğan	1,44444*	,39399	,006	,3145	2,5743
	Acil Servis	1,05314	,37578	,058	-,0245	2,1308

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Scheffe testi sonuçlarına göre, sağlık ocağı departmanının puanı yeni doğan departmanının puanından anlamlı derecede yüksektir.

chil.that.got.phy.abuse.information_16_DC

	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	95% Ort Güven Aralığı		Min.	Mak.	F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır				
Sağlık Meslek Lisesi	4	2,7500	,95743	,47871	1,2265	4,2735	2,00	4,00	,456	,714
Önlisans	9	2,6667	1,00000	,33333	1,8980	3,4353	2,00	4,00		
Lisans	51	2,3922	1,04074	,14573	2,0994	2,6849	1,00	4,00		
Lisansüstü	5	2,8000	1,30384	,58310	1,1811	4,4189	1,00	4,00		
Toplam	69	2,4783	1,03765	,12492	2,2290	2,7275	1,00	4,00		



Yukarıdaki tabloda fark etme puanlarının eğitim durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını gösteren ANOVA testi sonuçları vardır. En yüksek puan ortalamasına sahip eğitim durumu 2,80 ile lisansüstü iken, en düşük puana sahip eğitim durumu 2,39 ile lisans seviyesidir. Tablodan da görüldüğü gibi eğitim durumunun puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. ($F=0,456$, $p>0,05$)

Tablo 18

		Ortalama	St. Sapma	St.Hata Ort		
Yaş <=30		2,0000	,89443	,19518	,546	037
Yaş > 30	0	2,6600	1,02240	,14459		

Yukarıdaki tabloda fark etme puanlarının yaş aralığına göre farklılaşp farklılaşmadığını gösteren t testi sonuçları vardır. Yaşı 30'dan küçük hemşirelerin puan ortalaması 2,00 iken, yaşı 30'dan büyük hemşirelerin puan ortalaması 2,66'dır. Tablodan da görüldüğü gibi yaşı yüksek hemşirelerin puanları yaşı düşük hemşirelerin puanlarından anlamlı derecede yüksektir. ($F=4,546$, $p<0,05$)

FÇİ eğitimi alma bazında FÇİ Bildirilme Yöntemi, FÇİ'nin Bildirileceği Yer ve FÇİ'nin Bildirilmeme Nedeni durumlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 19. Eğitim Alma Bazında FÇİ Bildirme Yöntemi

		FÇİ Eğitimi Alan	FÇİ Eğitimi Almayan	Toplam
Rapor defterine yazdım	n	15	3	18
	%	62,5%	9,4%	32,1%
Sorumluma sözlü rapor verdim	n	0	8	8
	%	0,0%	25,0%	14,3%
Polise bildirdim	n	3	3	6
	%	12,5%	9,4%	10,7%
Hastaneye/ doktora bildirdim	n	4	11	15
	%	16,7%	34,4%	26,8%
Sosyal Hizmetler Kurumu'na bildirdim	n	0	7	7
	%	0,0%	21,9%	12,5%
Diğer	n	2	0	2
	%	8,3%	0,0%	3,6%
Toplam	n	24	32	56
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ bildirme yöntemi olarak en çok tercih ettikleri yöntem %56,3 ile rapor defterine yazma yöntemidir. FÇİ eğitimi alan kişilerde en çok tercih edilen yöntem %62,5 ile rapor defterine yazmak iken sorumlusuna sözlü rapor veren ve sosyal hizmetler kurumuna bildirdiğini söyleyen yoktur. FÇİ eğitimi almayan kişilerde en çok tercih edilen yöntem %34,4 ile hastaneye/ doktora bildirmek iken polise bildiren ve rapor defterine yazdığını söyleyen kişi yüzdesi %9,4 ile en düşük yüzdendir. Ki-kare testi sonucu FÇİ eğitimi alma ve almama durumuna göre FÇİ bildirilme yöntemleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($X^2 =27,689$, $p<0,05$). FÇİ eğitimi alan kişilerde rapor defterine yazmak, almayan kişilere göre anlamlı derecede yüksektir. (Tablo 20)

Tablo 20. Eğitim Alma Bazında FÇİ'nin Bildirileceği Yer Durumu

		FÇİ Eğitimi Alan	FÇİ Eğitimi Almayan	Toplam
Doktora	n	4	4	8
	%	12,1%	11,1%	11,6%
Polise	n	16	7	23
	%	48,5%	19,4%	33,3%
Hastaneye yönlendirmeli	n	2	0	2
	%	6,1%	0,0%	2,9%
Sosyal hizmetlere	n	11	25	36
	%	33,3%	69,4%	52,2%
Toplam	n	33	36	69
	%	100,0%	100,0%	100,0%



Ankete katılan hemşirelerin FÇİ'nin bildirileceği yer olarak en çok tercih ettikleri yöntem %52,2 ile sosyal hizmetlere bildirme yöntemidir. FÇİ eğitimini alan kişilerde en çok tercih edilen yöntem %48,5 ile polise bildirmek iken, en düşük yöntem %6,1 ile hastaneye bildirmektir. FÇİ eğitimini almayan kişilerde en çok tercih edilen yöntem %69,4 ile sosyal hizmetlere bildirmek iken, en düşük yöntem %0,0 ile hastaneye bildirmektir. Ki-kare testi sonucu FÇİ eğitimi alma ve almama durumuna göre FÇİ'nin bildirileceği yer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($X^2 = 10,856$, $p < 0,05$).

FÇİ eğitimi alan kişilerde polise bildirmek, almayan kişilere göre anlamlı derecede yüksek iken, sosyal hizmetlere bildirmek anlamlı derecede düşüktür. (Tablo 21)

Tablo 21. Eğitim Alma Bazında FÇİ'nin Bildirilmeme Nedeni

		FÇİ Eğitimi Alan	FÇİ Eğitimi Almayan	Toplam
Bir ebeveynin çocuğuna zarar verebileceğini kabul etmediğimden	n	9	8	17
	%	33,3%	24,2%	28,3%
Bir aile içi meseleye karışmak istemediğimden	n	2	8	10
	%	7,4%	24,2%	16,7%
Yeterli eğitim alınmadığından dolayı	n	14	11	25
	%	51,9%	33,3%	41,7%
Kimse bana destek vermediğinden dolayı	n	2	6	8
	%	7,4%	18,2%	13,3%
Toplam	n	27	33	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Ankete katılan hemşirelerin FÇİ'nin bildirilmeme nedeni olarak en çok tercih ettikleri sebep %41,7 ile yeterli eğitim alınmamasıdır. FÇİ eğitimini alan kişilerde en yüksek neden %51,9 ile yeterli eğitim alınmaması iken en düşük sebep %7,4 ile Bir aile içi meseleye karışmak istememektir. FÇİ eğitimini almayan kişilerde en yüksek neden %33,3 ile yeterli eğitim alınmaması iken en düşük sebep %18,2 ile Kimsenin destek vermemesidir. Ki-kare testi sonucu FÇİ eğitimi alma ve almama durumuna göre FÇİ'nin bildirilmeme nedeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($X^2 = 5,474$, $p > 0,05$). Eğitim Alma Bazında FÇİ'nin Bildirilmeme Nedeni durumları arasında farklılık olmadığı söylenebilir. (Tablo 22)

5. TARTIŞMA

Çalışmaya KKTC devlet hastaneleri çocuk, yenidoğan ve acil servisleri ile sağlık ocaklarında çalışan toplam 71 hemşire katıldı. Araştırmada, çalışmaya katılan hemşirelerin % 47.9'u FÇİ ile ilgili eğitim almış; bu eğitimin % 70.0'i okul müfredatında, %23.3'ü kongre/sempozyumda alınmıştır. Hemşirelerin % 93' ü FÇİ ile ilgili bilgiye gereksinim duymakta olduğu, % 87.3' ü KKTC 'ndeki FÇİ ile ilgili yasa ve cezalarla ilgili bilgiye sahip olmadığı ortaya çıkmıştır.

Kocaer'in çalışmasında, hemşirelerin %27.9'u öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıklarını, ancak çoğu bu eğitimin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Gölge ve arkadaşları da hekim ve hemşirelerle yaptığı çalışmada yarımından fazlasının eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıklarını, mezuniyet sonrası ise çok azının konuyla ilgili eğitimlere katıldıklarını saptadı. Yağmur ve Balcı birinci basamak sağlık çalışanlarının %16.6'sının çocuk istismarı konusunda eğitim aldığını, Türkiye' de bu konuda verilen eğitimin yetersiz olduğunu, sağlık çalışanlarına bu konuda eğitim verilmesinin gerekliliğini belirtirken, sağlık çalışanlarının bu konudaki yasal sorumluluklarını da bilmediklerini de ifade etmişlerdir. Çatık ve Çam hemşire ve ebelerle yaptıkları çalışmalarında %52.6'sının çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma konusunda eğitim almadıklarını, %89.1'inin ise bu konuda bilgi gereksinimlerinin olduğunu belirlemişlerdir.

Tunçel ve ark. ebelik ve hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin %60.1'inin çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, annelerle yapılan bir başka çalışmada ise annelerin %87.4'ünün çocuklarına en az bir kez fiziksel istismar/ihmal davranışı uyguladıkları belirlenmiştir.

Araştırmada, hemşirelerin % 48.5' i çocukluğunda fiziksel istismara maruz kaldığı, % 11.3' ünün dayanın çocuğun eğitiminde önemli bir yere sahip olduğunu, % 88.7'si önemli bir yere sahip olmadığını ve % 61.7' si en az bir defa olsun çocuğuna tokat attığı ve bunun %55.6' sı annesi, % 16.7' si babası tarafından uygulandığını belirtti.

Kostak ve Vatansever' in Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada ise; öğrencilerin %84.1'i "Fiziksel istismar çocuğun sağlığını tüm boyutlarıyla etkiler", sonucuna varılmıştır.



Sorular güvenilirlik analizine tabi tutulduğunda Cronbach's Alpha değeri 0,757 bulunarak güvenilirliğin "Kabul Edilebilir" seviyede olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin departmanları incelendiğinde, departmanlar arasında FÇİ eğitimi alma durumuna göre istatistiksel bir farklılık olmadığı, yeni doğan departmanının FÇİ bulgularını tanımlayabilme yüzdesi diğer departmanlardan anlamlı derecede düşük olduğu, yeni doğan ve sağlık ocağı departmanlarının FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesi diğer departmanlardan anlamlı derecede düşük iken, pediatri departmanının yüzdesi diğer departmanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışma süresi incelendiğinde, çalışma Süresi 10 yıldan az olan hemşirelerin eğitim alma yüzdesinin çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin eğitim alma yüzdesinden anlamlı derecede yüksek olduğu, çalışma Süresi 10 yıldan az olan hemşirelerin FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesinin çalışma süresi 10 yıldan fazla olan hemşirelerin FÇİ bulgularını rapor etme yüzdesinden anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir.

Fiziksel istismara uğramış çocuğu fark edebilme konusundaki yeterlilik puanları incelendiğinde sağlık ocağı departmanının puanı yeni doğan departmanının puanından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu açısından yeterlilik puanları arasında anlamlı bir fark yoktur. Hemşirelerin yaş aralığı incelendiğinde yaşı yüksek hemşirelerin puanları yaşı düşük hemşirelerin puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kuzey Kıbrıs'taki hemşireler arasında fiziksel istismara uğramış çocuklar konusundaki farkındalığın, olması gereken boyutta olmadığı görülmektedir. Elbette bu bilinçsizlik, toplumun genel olarak konuya bakışı ile yakından ilgilidir. Geleneksel aile yapısının da bu umursamazlıkta rolü büyüktür. Çalışma alanımızın fiziksel sınırlılıkları dolayısıyla bu makalede bir meslek grubu ele alınmıştır çünkü hemşirelik mesleği konunun birince elden muhatabı olan mesleklerden bir tanesidir. Bir tel mesleğin duyarlılığının artırılması, sorunu ortadan kaldıracak değildir ama genel toplumsal duyarlılığın başlayabilmesi için iyi bir başlangıç noktası olacaktır. Hemşirelerden başlayarak, öğretmenler, hekimler, polisler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları v.b. meslek gruplarının kazanılması, toplumun genel olarak uyarılmasına vesile olabilecektir.

Araştırma alanımıza dönersek, çalışmamızın sonucunda, hemşirelerin FÇİ ile karşılaştıklarında tanımlamada ve karşılaştıklarında izlemeleri gereken yolu bilmede yetersizlikleri olduğu ve FÇİ konusunda bilgi almaları gerektiğini ifade yetersizliklerinin farkında olduklarını göstermektedir. Fakat buna rağmen mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim ve kongre/ seminerlere katılma oranının düşük olması bu durumla çelişki oluşturmaktadır.

Hemşirelerin FÇİ konusunda farkındalığını arttırılmalı, FÇİ' ni önlemeli, fiziksel istismara uğrayan çocuğun tedavi ve rehabilitasyonu için diğer meslek çalışanlarıyla (sosyal çalışmacı, psikolog, avukat gibi) işbirliği yapılmalıdır. Bunun için de çocuk bireyler üzerine çalışan alanlarda/bölümlerde etik ve hukuksal kayıtlar için gerekli düzenlemeler yapılmalı, hemşirelere FÇİ konusunda eğitim programları düzenlenmeli ve bu konuda bilgi ve becerileri arttırılmalıdır.

Fiziksel Çocuk İstismarı, toplumsal bir sorundur. Yukarıda da değinildiği gibi bir meslek grubunun bilinçlendirilmesinden daha da fazlasını hak eder çünkü toplumun geleceği ile ilgilidir. Sağlıklı nesiller yetiştirmek, her şeyden önce, toplumsal bir sorumluktur. Bu bakımdan devlet politikası olarak ele alınmalıdır. Sivil toplumun buna katkısını örgütlemek de toplumun kanaat önderlerinin boyunda asılı duran bir görevdir.

KAYNAKÇA

- Acehan, S., Bilen, A., Ay, M. O., Gülen, M., Avcı, A., İçme, F. (2013). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 591-614
- Bailliere, J. B. (1867). *Etude medico-legale sur les attentats aux moeurs*. Francis A. Countway Library of Medicine, 346, 25 Mayıs 2016.
- BBC Turkish (2007). *Çocuklar asker olmasın*. 05 Şubat 2007.
- Bemei W. (1997) *Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused*. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(10). 37-56
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3):128 - 134.
- Jain A. (1999). *Emergency department evaluation of child abuse*. *Emerg Med Clin North Am*, 17, 575-593.
- Kara B, Biçer Ü. Gökalp A. (2004). Child abuse. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47: 140-151.
- Pellendecioglu, B., Bulut, S. (Haziran-2009), *Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar*. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 9(1), 49-62. Şubat 2016,
- Sicher P, Lewis O, Sargent J, et al. (2000). Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 39: 660-667.



WHO (2002). *World Report on Violence and Health; Child Abuse and Neglect by Parents and other Care givers*. Geneva
UNICEF (2007)., *Çocuklara Yönelik Şiddetin Ortadan Kaldırılması*. No: 13.
Yalçın, N. (2011). *Türkiye' de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri*. (4), 25 Mart 2016)
<http://www.drnuryalcin.com/pdfs/10.pdf>
www.helpguide.org/articles/abuse/child-abuse-and-neglect.htm
<http://moodle.baskent.edu.tr/mod/resource/view.php>
http://www.nursingceu.com/courses/505/index_nceu.html
www.eurekalert.org/pub_releases/2002-10/uonc-caf100302.ph
www.helpguide.org/articles/abuse/child-abuse-and-neglect.htm