

MUHAMMED HÜSAMEDDİN KAYA	BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS TEZİ	2019
--------------------------------	---	------------------------------------	------



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN
ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK
FARKINDALIKLARI

MUHAMMED HÜSAMEDDİN KAYA

DANIŞMAN
Dr.Öğr. Üyesi Selmin Köse

İSTANBUL
2019



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN
ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK
FARKINDALIKLARI

MUHAMMED HÜSAMEDDİN KAYA

DANIŞMAN
Dr.Öğr. Üyesi Selmin Köse

İSTANBUL
2019

Anabilim Dalı: Hemşirelik

Program Adı: Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

Öğrencinin Adı Soyadı: Muhammed Hüsameddin KAYA

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Muhammed Hüsameddin KAYA tarafından hazırlanan "Üniversite Öğrencilerinin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:27/02/2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu)

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE

Biruni Üniversitesi

S. Köse

Prof. Dr. Sevim SAVAŞER

Biruni Üniversitesi

S. Sevim

Doç. Dr. Duygu GÖZEN

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa

D. Gözen

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

L. Şenturhan

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Levan ŞENTURHAN

I.Beyan

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Muhammed Hüsameddin Kaya



II. Teşekkür

Tez çalışmam boyunca benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen bilgisi, deneyimi ve güleryüzü ile her zaman yanımda olan değerli danışmam hocam **Dr. Öğr. Üyesi Selmin Köse'ye**

Araştırma boyunca desteklerini her zaman hissettiğim **Sağlık Bilimleri Fakültesi Anabilim Dalı öğretim üye ve elemanlarına;**

Çalışmaya katılan **üniversite öğrencilerine ;**

Yüksek Lisans eğitimim süresince çalışmalarımı destekleyen **değerli yöneticilerime ve çalışma arkadaşlarıma,**

Her zaman yanımda olduğunu hissettiren ve bana güvenen **sevgili aileme;**

En İçten Saygı ve Sevgilerimle Teşekkürlerimi Sunarım.

Muhammed Hüsameddin Kaya

III. İçindekiler

Sayfa No

İç Kapak.....	-
Onay sayfası.....	-
I.Beyan.....	iii
II.Teşekkür.....	iv
III.İçindekiler.....	v
IV.Simge ve Kısaltmalar Listesi.....	viii
V.Tablo listesi.....	ix
1.ÖZET VE ANAHTAR KELİMELE.....	1
2.ABSTRACT.....	3
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	5
4.GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Çocuk İstismarı.....	7
4.1.1.Fiziksel İstismar.....	7
4.1.1.1.Risk Faktörleri.....	8
4.1.1.1.1.Çocuğa Ait Risk Faktörleri.....	8
4.1.1.1.2. Ebeveyn ve bakımdan sorumlu kişi ile ilgili risk faktörleri.....	8
4.1.1.1.3.Sosyal Çevreye Ait Risk Faktörleri.....	9
4.1.2.Duygusal İstismar.....	9
4.1.3.Cinsel İstismar.....	10
4.2.Çocuk İhmali.....	11
4.3.Hemşirelik Yaklaşımı.....	13
4.3.1. Anamnez Alma	14
4.3.2.Fiziksel Tanılama.....	15
4.3.3.Laboratuar Değerlendirilmesi.....	15
4.3.4.Tıbbi Sorunlara Yaklaşım.....	16
4.3.5.Yasal İşlemleri Düzenleme.....	16
4.3.6.Psikososyal Yaklaşım.....	17
4.4.Pognoz.....	17

4.5.Önleme Programları.....	18
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
5.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	20
5.2.Araştırmanın Soruları.....	20
5.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	20
5.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
5.5.Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	21
5.6.Veritoplama Araçları.....	21
5.6.1.Kişisel Bilgi Formu.....	21
5.6.2.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu.....	21
5.7.Veritoplama Yöntemi.....	22
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
5.9.Verilerin istatistiksel Analizi.....	23
5. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
6. BULGULAR.....	24
6.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri.....	25
6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinin Dağılımı.....	28
6.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğin Puan Ortalamaları.....	38
6.4. Tanıtıcı Özellikler İle Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması.....	40
7.TARTIŞMA.....	55
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
9.KAYNAKÇA.....	64
10.EKLER.....	71
Ek 1.Bilgi Formu.....	71
Ek 2. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti Ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek	74
Ek 3. Ölçek İzni.....	78

Ek 4. Etik Kurul İzni.....	79
Ek 5. Kurum İzni	81
11.ÖZGEÇMİŞ.....	82
İntihal Raporu.....	83



IV. Simge ve Kısaltmalar Listesi

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KDKT	Kaza Dışı Kafa Travması
SAK	Subaraknoid Kanama
SBS	Sarsılmış Bebek Sendromu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
WHO	World Health Organization



V. Tablo listesi

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1.	Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	25
Tablo 2.	Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgileri Sorulara Verilen Yanıtların Dağılımı.....	27
Tablo 3.	İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçeğinin Dağılımları.....	28
Tablo 4.	İhmal Belirtileri Alt Ölçeğinin Dağılımları.....	31
Tablo 5.	İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri Alt Ölçeğinin Dağılımları.....	32
Tablo 6.	İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri Alt Ölçeğinin Dağılımları.....	34
Tablo 7.	İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri Alt Ölçeğinin Dağılımları.....	36
Tablo 8.	Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler Alt Ölçeğinin Dağılımı.....	37
Tablo 9.	Katılımcıların Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	38
Tablo 10.	Katılımcıların Okudukları Bölümlere Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları.....	39
Tablo 11.	Cinsiyet İle Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 12.	Katılımcıların İhmal ve İstismar İle İlgili Eğitim Durumları İle Ölçeğin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 13.	Seminer/Konferansa Katılım Durumları İle Ölçeğin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	43

Tablo 14.	Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumu ile Ölçeğin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 15.	Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sağlık Profesyonelleri Tarafından Tanımlanabilme Durumu İle Ölçek Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	46
Tablo 16.	Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Kendisini Yeterli Görme Durumu ile Ölçeğin Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	48
Tablo 17.	Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Daha Fazla Bilgiye Gereksinim Duyma Durumu İle Ölçeğin Alt ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 18.	Katılımcıların Okudukları Sınıf ile Ölçeğin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52

1. ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER

Dünyada ve ülkemizde çocuklara yönelik ihmal ve istismar önemli ölçüde giderek artmaktadır. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmal hakkında farkındalıklarının artırılması ile çocuk istismar ve ihmalinin azalacağı bilinmektedir. Bu nedenle araştırma geleceğin sağlık profesyoneli olacak üniversite öğrencilerinde çocuk istismar ve ihmeline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırma Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasında etik kurul ve kurum izni alınarak yapıldı. Araştırmanın evrenini üniversitede öğrenim gören ve araştırma kriterlerine uyan 2182 öğrenci, örnekleme ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde okula devam eden 1244 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi. Veriler, kişisel bilgi formu, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek formu ile toplandı. Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanan 12 sorudan oluşan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durum v.b.) ve çocuk istismarı ile ilgili bilgileri içeren soru formu ile Uysal tarafından geliştirilen (1998), 67 sorudan ve 6 alt ölçekten oluşan Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek kullanıldı. Ölçekten alınan en düşük puan 67 en yüksek puan 335 dir. Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16 programı kullanıldı. Araştırmaya katılanların çoğunluğunun kadın, tamamına yakınının bekar ve 18-24 yaş arasında olduğu, %26.9'nun üniversite eğitimi süresince çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/bilgi aldığı, %21.2'sinin konuya ilişkin seminare/ konferansa katıldığı, yarısının kendisinin bu konuda kısmen yeterli bulunduğunu ifade ettiği belirlendi. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması 3.57 ± 0.32 puan idi. Katılımcıların okudukları bölüme göre çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi toplam puan ortalamalarının 3.46 ± 0.32 ile 3.63 ± 0.30 aralığında değiştiği, ölçekten en yüksek puan ortalamasını Sosyal Hizmet bölümünde okuyan öğrenciler alırken, en düşük puan ortalamasını ise Ergoterapi bölümünde okuyan öğrencilerin aldığı belirlendi. Katılımcılardan yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların karşılaşmayanlara göre, konu ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre ölçek toplam puan ortalamalarının

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. 4.sınıfta okuyan öğrencilerin, birinci sınıfta okuyan öğrencilere göre ölçeğin toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.

Sonuç olarak öğrencilerin üniversite eğitimi süresince ders içeriklerine çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili konuların dâhil edilmesiyle farkındalıklarının arttırılabileceği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Üniversite öğrencisi, çocuk, ihmal ve istismar.



2. ABSTRACT

Neglect and abuse of children in the world and in Turkey is increasing considerably. It is known that increasing the awareness of health workers about child abuse and neglect will reduce these phenomena. This study aimed to determine the awareness on child abuse and neglect among university students who are health professional candidates. The study was conducted at Biruni University, Faculty of Health Sciences between October and December 2018 after the consent of the ethics committee and the institution had been obtained. The population of the study consisted of 2182 students who were enrolled at Biruni University and met the inclusion criteria. The sample comprised of 1244 students who agreed to participate and were still studying during the research. No sample selection method was applied. Data were collected using an information form and the scale designed to identify symptoms and risks of child abuse and neglect. The information form prepared by the researcher consisted of 12 questions including the socio-demographic characteristics of the participants (gender, marital status, age, education, etc.) and the information on child abuse. “The Scale for the Identification of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect” was developed by Uysal (1998). This Likert-type scale consisted of 67 questions and six subscales. Statistical analyses were made using Statistical Package for Social Sciences for Windows 16.0 program. Majority of the participants were female. Almost all the participants were single and were between 18-24 years of age. Of the participants, 26.9% reported that they had received education/information about child abuse and neglect during their university education, 21.2% had participated in seminars/conferences, and half of them thought they were partly sufficient in this regard. The mean score of the scale was 3.57 ± 0.32 . The mean score of the scale for the participants’ knowledge level about the symptoms and risks of child abuse and neglect changed depending on their departments, and it was between 3.46 ± 0.32 and 3.63 ± 0.30 . The students enrolled in the department of Social Services had the highest mean score, while those enrolled in the department of Ergotherapy (Occupational Therapy) had the lowest. The mean scores of the participants who had encountered child abuse and neglect and those who had received education about

it were statistically higher than those who had not encountered child abuse and neglect and those who had not received education about it. In examining the scores of the students based on their grades, the mean scores of the scale and its subscales of the fourth-graders were significantly higher than those of the first-graders.

In conclusion, it is thought that students' awareness can be increased by including the subjects related to child neglect and abuse in the content of the course during their education.

Keywords: university student, child, neglect, abuse



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk sahip olduğu özellikler dolayısıyla korunmaya en fazla ihtiyaç duyan gruptur. Çocuklara karşı karşımıza çıkan çocuk ihmal ve istismarı olguları arasında en büyük grubu kötü muamele oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çocuk istismarını “çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranışı, cinsel istismarı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren her türlü davranış olarak tanımlamıştır” (<https://www.who.int>, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009).

Çocuk ihmali ise öncelikle ebeveyn olmak üzere çocuğun bakımını üstlenen bireyler ve diğer yetişkinlerin çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini karşılamamaları sonucu çocuğun beden veya ruh sağlığının veya bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesidir (Aktaş Altunsu, 2004; Yücel, 2017). İhmal ile istismar ayırımı yapılırken ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış olduğu bilinmelidir (Tıraşçı ve Gören, 2007).

Dünyada çocuklara yönelik ihmal ve istismar önemli ölçüde giderek artmaktadır. Son bir yılda çocukların yarısından fazlasının en az bir kez fiziksel, cinsel, duygusal istismar veya ihmal yaşadığı, Benbenishty ve ark. tarafından İsrail’de ilköğretim çağındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada öğrencilerin % 22,2’sinin fiziksel, % 29,1’nin duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir (Devries ve ark., 2018; Benbenishty ve ark., 2002). Konunun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmiştir (Raman ve Hotton, 2017,).

İstismar ve ihmalin algılanışı, sosyo-kültürel yapı, sağlık profesyonellerinin yeterli bilgi ve eğitime sahip olmaması gibi nedenlerle ülkemizde sorunların tanımlanmasında ve erken dönemde belirlenmesinde güçlük oluşturmaktadır (Aktaş Altunsu, 2004). Sağlık kuruluşlarına istismar ve ihmal nedeniyle başvuran aileler için, sağlık çalışanlarının istismar ve ihmali tanıyıp fark edebilmeleri önemlidir. Sağlık çalışanları istismar ve ihmali tanıyabilme becerilerini eğitimleri sonucu edindikleri bazı özel bilgiler ve yaşadıkları deneyim sayesinde kazanabilirler. Çocuğun sağlığının korunmasında erken tanının çok önemli olduğu unutulmamalıdır.

Bu yüzden sağlık çalışanlarının istismar ve ihmali olgularını fark edebilmesi ve bir an önce tedaviye başlaması son derece önemlidir.

Sağlık alışanlarının ocuk istismarı ve ihmali hakkında farkındalıklarının arttırılması ile ocuk istismar ve ihmalinin azaltılacağı bir gerçektir. Gölge ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları bir çalışmada ebe-hemşirelerin %90,6'sının istismar ve ihmali ile ilgili daha fazla bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir. İstismarı önlemenin en etkili yollarından biri toplumu bilgilendirmek ve buna yönelik programlar geliştirmektir. Sağlık profesyonellerinin ocuk istismar vakalarının belirlenmesi, tedavisi, ilgili kurumlara bildirilmesi, risk faktörlerinin tespit edilmesi, eğitim, danışmanlık hizmetleri konusunda hizmet vermede çok önemli görev ve sorumlulukları vardır.

İhmali ve istismara uğrayan çocukların sağlık kuruluşlarında iyi değerlendirme yapılmaksızın aynı ortama geri gönderildikleri ve daha sonra bu olguların bir kısmının öldürüldüğü ve ciddi ya da kalıcı hasara maruz kaldıkları, fiziksel ve mental gelişimde gerileme olduğu görülmüştür. Bu bilgilerin doğrultusunda sağlık çalışanlarının ocuk istismar ve ihmali vakalarının önlenmesinde de önemli görevleri olduğu bir gerçektir. Önleme alışmaları, ancak var olan problemi belirleme, bu konuda bilgi sahibi olma, problemin çözümünde ilgili kurumları harekete geçirmekle, bu kaynaklar konusunda bilgi sahibi olmak ve farkındalık yaratmakla bir anlam kazanacaktır (Kır, 2015).

Araştırma, niversite ğrencilerinin ocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Çocuk İstismarı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre, “Çocuk İstismarı veya çocuğa karşı kötü muamele; sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumunda çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranışı, cinsel istismarı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren her türlü davranışlardır (WHO, 2018). İlk çağlardan günümüze kadar gelen süreçte tüm toplumlarda varlığını sürdüren çocuk istismarı, ilk defa 1946 yılında Caffey tarafından tanımlanmış daha sonra Kempe ve ark. tarafından 1962 yılında “Dövülmüş çocuk sendromu” olarak tanımlanmıştır.(Erkol ve ark., 2013; İnci, 2010)

Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere üç başlık altında incelenebilir (Bayraktar, 2012).

4.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar en çok karşılaşılan ve tanımlanması en kolay olan istismar çeşidi olup “çocuğun kaza dışı yaralanması” şeklinde tanımlanmaktadır (Turan ve Traş, 2016; Tıraşçı ve Gönen, 2017). Fiziksel istismarı çocuklarda tanımlamak için hırpalanmış bebek sendromu, sarsılmış bebek sendromu (SBS), istismara bağlı kafa travması veya kaza dışı kafa travması (KDKT) tanımlamaları kullanılmıştır (Yücel, 2017).

Otuzaltı aya kadar olan çocuklarda kaza dışı kafa travması (KDKT) sıklığını belirtmek için Oral ve ark. tarafından ülkemizde birden fazla merkezde yaptıkları bir araştırmada; sağlık kuruluşuna subaraknoid kanama (SAK), kafa kırığı, koma, retinal kanama, bilinç düzeyinde değişiklikler sebebiyle yatırılan 3 yaş altı çocuklar retrospektif olarak incelenmiş, vakaların %48'i kaza, %7'si olası istismar, %22'si istismar olarak belirlenmiş olup %23'ünde sebep saptanamamıştır (Oral, 2010).

4.1.1.1. Risk faktörleri

Risk faktörleri çocuğa, aileye ve sosyal çevreye ait olabilir.

4.1.1.1.1. Çocuğa ait risk faktörleri

Fiziksel istismarda; erkek cinsiyet, çoğul gebelik, prematüre, düşük doğum tartılı olma, kronik hastalık, mental retardasyon, hiperaktivite varlığı, bakıcı ile bebek/çocuk arasındaki ilişkinin zayıf olması, evlat edinme ve istenmeyen cinsiyetten dünyaya gelme gibi risk faktörleri yer almaktadır (Şahin, 2012; Gumbs, 2013; Yücel, 2017). Kanada da 1993 ve 1999 yılları arasında hastaneye fiziksel istismar sebebi ile getirilen 75 vakanın % 61'inin erkek çocuk olduğunu bildirmiştir (Morad ve ark., 2002).

Solis- Garcia ve ark. (2018) İspanya'da Pediatri acil servisine çocuk istismarı şüphesi ile getirilen çocukların takip, yönetim, klinik ve epidemiyolojik özelliklerini belirlemek için yaptıkları çalışmada acil servise getirilen 570,648 çocuktan 404'ü (%0,7) istismara maruz kaldığını, çocukların % 40,3'nün fiziksel istismara maruz kaldığı, yaş ortalamasının 4,3 (yıl) olduğunu ve çoğunluğunun erkek çocuk olduğunu belirlemişlerdir (Solis- Garcia et al., 2018). Ülkemizde Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %16,5'inin ihmale, %15,8'inin duygusal istismara, %13,5'inin fiziksel istismara, %10,7'sinin cinsel istismara (ensest dahil) başka birdeyişle grubun %56.5'inin ihmal ve istismara maruz kaldıkları bildirmişlerdir.

4.1.1.1.2. Ebeveyn ve bakımdan sorumlu kişi ile ilgili risk faktörleri

En fazla istismar yapanların biyolojik baba, dayı, amca ve üvey baba gibi yakın erkek akraba olduğu bilinmektedir. Boşanmış veya yalnız yaşayan ebeveyn, işsizlik, erken yaşta ebeveyn olma, alkol ve madde bağımlılığı, yoksulluk, kalabalık aile yaşamı, mutsuz evlilik ve aile ilişkilerinin kötü olması risk faktörleri arasında sayılabilir (Şahin, 2012; Gumbs, 2013). Japonyada 2013 yılında yapılan bir çalışmada çocuk hastanesine 37 fiziksel istismara uğramış bebek getirildiği, bebeğe şiddet uygulayanların %30'nun (n=11) anne, %24 'nün (n=9) baba, %8'nin (n=3)

erkek kardeş ve % 37'sinin (n=14) her iki aile üyesi olduğu görülmüştür (Mori, 2013).

4.1.1.1.3. Sosyal çevreye ait risk faktörleri

Koruyucu yasa yetersizliği ve mevcut yasaların yeterince uygulanamaması, toplumun şiddet algısı, sosyal eşitsizliklerin olması ve kültürel normlar sosyal çevreye ait risk faktörleri arasında sayılabilir (Yücel, 2017). Çocuğu herhangi bir nedenle sağlık kururluşuna yatan aile de yüksek stres, depresyon ve kontrol kaybı ve aile düzenin bozulması gibi nedenlerde fiziksel istismarda etkilidir. Engelli veya hasta çocuğu olan ebevenlerin günlük sosyal yaşam ve aktivitelerindeki bozulmalar, tıbbi gereksinimler, bunlara bağlı olarak maddi harcamaların artması ebeveynleri maddi ve manevi baskı altında tuttuğundan dolayı bu ailelerin risk grubunu oluşturduğu bildirilmektedir (Şahin, 2012).

4.1.2. Duygusal İstismar

Sık rastlanan istismar türlerinden biri olan duygusal istismar; “anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklenti içinde olmaları ve saldırganca davranış sergilemeleri olarak tanımlanır” (Bahadır, 2018). Duygusal istismarda fiziksel ve cinsel istismarda gibi çocuklar üzerinde herhangi bir fiziksel bulguya rastlanmamaktadır. Fakat en az fiziksel istismar kadar yıkıcı hasar oluşturmaktadır. Duygusal istismar psikolojik, psişik ve sözlü istismar olarak da tanımlanmaktadır (Kütük ve ark. 2017). Çocuktaki duygusal bütünlüğe ve benlik/kişilik, büyüme ve gelişmesini engelleyen her türlü tutum ve davranış duygusal istismara örnek olarak verilebilir (Yücel, 2017). Çocuğu yalnız bırakma, küçümseme, alay etme, tehdit etme, önemsememe, sık sık eleştirme gibi davranışlar yetişkinler ve ebeveynleri tarafından uygulanan duygusal istismara neden olan davranışlardır. En çok uygulanan ve yıkıcılığı en fazla olan istismar türlerinden birisidir. Birçok olumsuz sonuçları olmasına rağmen fiziksel ve cinsel istismardan daha az zarar verici olarak görülmektedir. İyi tanımlanamadığından dolayı duygusal istismarda ki prevelans kesin olarak bilinmemektedir. Çoğunlukla 6-8 yaştan ergenliğe kadar devam eden bu istismar tipinde kadın ve erkek arasında ciddi bir fark yoktur (Kütük ve ark. 2017).

Çocuğun yaşadığı duygusal istismar erken bebeklik döneminden itibaren olumsuz etki göstermektedir (Dinleyici ve Şahin Dağlı, 2017). Duygusal istismarın failleri sıklıkla, bebeğe birinci dereceden bakım veren ve bağlanma nesnesi olan bireylerdir. Güler ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada çocukların %93'ü anneleri tarafından istismar/ihmale uğradığını tespit etmişlerdir. Annelerin %81,1 'nin sevgisini göstermediği, %77,6' sının azarladığı veya kızdığı, %8,4' ünün odasına kapatarak kapıyı kitlediği ve %2,1'inin el ve ayaklarını bağladıklarını belirtmişlerdir (Güler ve ark. 2002). Çocukluk/bebeklik dönemlerinde yaşanan duygusal istismarlar ileriki yaş dönemlerinde ciddi psikolojik, sosyal ve davranışsal zorluklar yaşadıkları gösterilmiştir (Dinleyici ve Şahin Dağlı, 2017; Yücel, 2017).

4.1.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar çocuk istismarları arasında saptanması en zor olan istismar çeşididir. Genellikle gizli tutulan, açıklanmasında zorluk çekilen çoğu zamanda açıklanamayan bu istismarın etkileri kısa ve uzun dönemde çok önemlidir. Bu konuda literatürde pek çok farklı anlam ve terimler yer almaktadır (Yücel, 2017). Dünya sağlık örgütü cinsel istismarı cinsel aktiviteyi tam olarak idrak edemeyen çocuğun cinsel aktiviteye girmesi, cinsel aktiviteye rızası olmayan veya karar verebilecek olgunluğa ulaşmamış çocuğun kanunlara veya toplumsal tabulara uygunsuz olarak çocuğun cinsel aktiviteye zorlanması olarak tanımlamaktadır (WHO, 2018).

Çocuklarda ki cinsel istismarın bir erişkin bir birey tarafından başlatılan ve bireyin bir nevi cinsel haz almasını sağlayan, bir erişkin ile çocuk arasındaki cinsel eylemler olarak tanımlanmaktadır. Cinsel eylem, öpme, göğüslere, kalçalara veya genital bölgeye dokunma ya da okşama ve cinsel ilişkiyi (vajinal, oral veya anal) kapsayabilir. Cinsel ilişki genel olarak zorlama ve baskı uygulama olduğundan bunların sonuncusu tecavüz olarak tanımlanmaktadır. Bunlara ek olarak her hangi bir fiziksel dokunma ve temas olmayan diğer davranışlar, bir kişinin cinsel uzvunu göstermesi, kişisel cinsel doyum sağlamak için çocukların fotoğrafının çekilmesi veya çocuklarla cinsel içerikli muhabbet ve konuşmalar yapmasını içerebilir (Bilgin, 2015). Toplum tarafından kabul görmeyen ve duygusal olarak en yoğun bir biçimde

yaşanan cinsel istismar çeşidinin, aile içinde ya da çocukla kan bağı olan bireyler arasında yaşandığıda bir gerçektir (İnci, 2010).

Cinsel istismara uğrayan çocuk sayısı giderek artmaktadır. Dünya genelinde çocuklarda cinsel istismarın prevalansını belirlemek amacıyla yapılmış bir çalışmada 24 ülkede yapılan 55 çalışma incelenmiş olup cinsel istismara uğrama oranlarının, erkeklerde %3-17, kadınlarda ise %8-31 arasında olduğunu bildirmişlerdir (Bart ve ark., 2013). Hindistanda yapılan metaanaliz incelemesinde cinsel istismar prevalansının %4-41 arasında değiştiğini, kadınların %3-39'unun, erkeklerin ise %4-57'sinin cinsel istismara maruz kaldığını belirtmişlerdir (Choudhry et al. ark.,2018). Solis-Garcia ve ark. yaptığı çalışmada cinsel istismara maruz kalan çocukların %55'inin kadın olduğunu bildirmişlerdir (Solis- Garcia et al., 2018). UNICEF 2010 yılında ülkemizde 1328 hanede, 7-18 yaş arası toplam 1886 çocukla bir çalışma yapmış, sonuç olarak çocukların son bir yıl içinde maruz kaldığı cinsel istismar sıklığının %3, cinsel istismara tanıklık etmenin ise %10 olduğunu rapor etmiştir. Ward ve ark. Güney Afrika'da çocuklarda cinsel istismar prevalansı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 5631 hane halkı ile yaptıkları çalışmada erkeklerin %9.99'u, kız çocuklarının ise %14.61 yaşamının herhangi bir döneminde cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir (Ward et al., 2018).

4.2. Çocuk İhmali

Çocuğun gelişiminden sorumlu ebeveynler, çocuğa bakımından görevli bireyler ve diğer yetişkinler tarafından çocuğun beslenme, barınma, giyinme, eğitim, sağlık ve sevgi gibi birincil ihtiyaçlarını karşılamada ihmal göstermeleri sonucunda çocuğun beden veya ruh sağlığının veya bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmiş olmasıdır (Aktaş Altunsu, 2004; Conk ve ark., 2013). İhmal ile istismar ayrımı yapılırken ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış olduğu bilinmelidir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Yücel, 2017).

Dünya genelinde çocuklara yönelik olarak şiddet ve ihmallerin sayısı giderek tedirgin edecek düzeyde artmaktadır. Devries et al., 2018 yılında yaptığı bir çalışmada çocukların yarısından fazlasının en az bir kez fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal yaşadıklarını bildirmiştir. Çocuğa yönelik istismar ve ihmal toplum

sağlığını tehdit eden bir sorun olduğunu ve toplumların gelişmişlik ve refah sorunu olduğu bildirilmiştir (Raman ve Hotton, 2017).

İstismar ve ihmalin, sosyo-kültürel yapı, sağlık ekibi üyelerinin yeterli düzeyde bilgi ve eğitime sahip olamayışı gibi birçok nedenlerden dolayı ülkemizde sorunların tanınması ve tespit edilmesinde zorluk ve güçlükler yaşanmaktadır. İhmal ve istismar olgularının fark edilmesinde sağlık çalışanlarının etkisi ve önemi büyüktür (Aktaş Altunsu, 2004). Sağlık çalışanları eğitim hayatları boyunca edindikleri bazı özel bilgiler, yaşadıkları deneyim ve tecrübeleri ile çocuk istismar ve ihmalini tanımlama ve tespit edebilmeleri mümkün olabilmektedir. Unutulmamalıdır ki çocuğun sağlığının kazanılmasında erken tanı çok önemlidir. Bu yüzden sağlık çalışanlarının istismar ve ihmal olgularını fark edebilmesi ve tedaviye başlaması son derece önemlidir.

Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmal hakkında farkındalıklarının artırılması ile çocuk istismar ve ihmalinin azaltılacağı bir gerçektir. İstismarı önlemenin en etkili yollarından biri toplumu bilgilendirmek ve buna yönelik programlar geliştirmektir. Hiç şüphe yok ki bu konuda sağlık ekibi üyeleri de önemli görev, rol ve sorumluluklar üstlenmelidir. İhmal ve istismar vakalarının belirlenmesi, tedavisi, yetkili kurumların haberdar edilmesi, risk faktörlerinin saptanması, rehabilitasyon, eğitim, danışmanlık hizmetleri gibi birçok alanda hizmet vermektedirler (Gölge, 2011).

İhmal ve istismara uğrayan çocukların sağlık kuruluşlarında iyi değerlendirme yapılmaksızın aynı ortama geri gönderildikleri ve daha sonra bu olguların bir kısmının öldürüldüğü ve ciddi ya da kalıcı hasara maruz kaldıkları, fiziksel zeka gelişimde gerileme olduğu görülmüştür. Bu bilgilerin doğrultusunda sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmal vakalarının önlenmesinde de önemli görevleri olduğu bir gerçektir. Önleme çalışmaları, ancak var olan problemi belirleme, bu konuda bilgi sahibi olma, problemin çözümünde ilgili kurumları harekete geçirmekle, bu kaynaklar konusunda bilgi sahibi olmak ve farkındalık yaratmakla bir anlam kazanacaktır (Kır, 2015).

Dünya genelinde çocuk istismarı ve ihmali; insan hakları, hukuk ve sosyal açıdan önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmekte olup birçok yönüyle toplumun tümünü ilgilendirmektedir. Yaşamak, sağlıklı bir ortamda büyüme ve gelişmek, eğitim olanaklarından yeterince yararlanmak gibi hakların yanı sıra huzurlu ve mutlu olarak bu haklarını kullanmak, istismar ve ihmale uğramamak da çocukların en doğal hakkı olmalıdır (Yücel, 2017).

4.3. Hemşirelik Yaklaşımı

İhmal ve istismar, sosyal, psikolojik, tıbbi ve hukuksal açıdan oldukça travmatik özelliklere sahip bir durumdur (Mavili, 2014). Bu durumun önlenmesinde sağlık profesyonellerinden biri olan hemşirelere önemli rol düşmektedir. Çocuklarda yaşanan ihmal ve istismarda hemşirelik bakımı aslında bu durumun önlenmesiyle başlar (Geçkil, 2017). Koruyucu veya tedavi edici sağlık kurumlarında görev yapan hemşireler çocuğu aile ile bir bütün olarak ele almalı, çocuğun sağlığının korunması, geliştirilmesi, bakımı, beslenmesi ve eğitimi gibi konular hakkında aileler bilgilendirmeli, aile içi ilişkileri geliştirmede, problemleri çözmede ailelerin de katılımı sağlanarak onlara destek olmalıdırlar. Bunun için ev ziyaretleri bir fırsat olarak görülmektedir. Hemşirelerin yaptığı ev ziyaretleri sonucunda çocuklardaki fiziksel hasar ve yaralanmaların azaldığı, istismar ve ihmal vakalarında %48 oranında düşüş olduğu saptanmıştır. Bu ev ziyaretleri programlarının önemli sonuçlarından birisi de ev ziyaretleri ile takip edilen 0-9 yaş arasındaki çocukların takip edildiği sürede önlem alınarak ölümlerin azaldığı saptanmıştır (Kitzman et. al., 2010; Olds et al., 2014). Ayrıca ev ziyaretlerinin yapılması sonucunda çocuklarda yaralanma ve hastaneye yatış gibi durumların azaldığı da bildirilmiştir (Bilukha et. al., 2005).

İhmal ve istismara maruz kalan çocuklar acil tedavi gerektiren bir sorun yaşamadıkları sürece sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadır. Fiziksel hasar ve yaralanma ile getirilen çocuklarda genellikle fiziksel istismar ile ilgili öykü alınamaz. Çocuğun bakımı ile ilgili olan ebeveyn veya diğer kişiler genellikle bebeği canlandırmak için sarsdığını veya oyun parkında, yatağından ya da kanepeden düşme veya kaza ile yaralanma biçiminde yanılmaya veya gizlemeye yönelik bir hikâye anlatılır; bu tür ifadeler istismar hakkında şüphe uyandırılmalıdır (Şahin, 2012; Gözen,

2012). “Türk Ceza Kanunu’nun 278 ve 279. Maddelerinde belirtildiği gibi bir çocuğun istismar edildiğinden şüphe duyan bir kişi veya görev başında çocuk istismarı ile karşılaşan hemşire ve diğer kamu çalışanlarının istismar şüphesini ilgili kurumlara bildirmekle sorumludur” (T.C. Resmi Gazete, 12 Ekim 2004, sayı:25611).

Hemşireler toplumda uzun süreli yoksulluk çekmiş, şiddete uğramış, ana-babasından ya da bakmakla yükümlü olan bir erişkinden uzun zaman uzak kalmış, ciddi bir travma yaşamış, yakınlarının ölümüne tanık olmuş ya da okulda devamlı başarısız olan çocukların ihmal ve istismara uğrama risklerin olduğunu bilmelidir (Onat, 2010; Turan ve Traş, 2016). İstismar vakalarının çoğunlukla ilk başvurdıkları yerler acil birimler olduğu için acil birimlerde çalışan sağlık profesyonellerinin en önemli görevlerinden biri istismara uğramış bebek ve çocukların saptanması ve erken dönemde acil müdahalelerin yapılması ve risk faktörlerinin saptanarak istismarı engelleyecek girişimlerin başlatılması gerekmektedir (Kuğuoğlu, 2004; Gözen, 2012).

İhmal ve istismardan şüphe duyulduğunda önce iyi bir anamnez alınmalı, daha sonra fiziksel muayene yapılmalı, laboratuvar sonuçları değerlendirilmeli, tıbbi problemler çözülmeli, yasal düzenlemeler yapılmalı ve son olarak psikososyal açıdan yaklaşılmalıdır.

4.3.1. Anamnez Alma

Çocuk istismarı vakalarında çocuk veya aileden detaylı anamnez alınması önemlidir. Bu vakaların hukuki ve adli yönleri olmaları nedeniyle alınacak bilgiler detaylı ve ayrıntılı bir biçimde kaydedilmeli, görüntü-ses kayıtlarının kanıt olarak saklanması ve acil müdahalelerin yapılması belirli bir sıra izlemelidir (Kuğuoğlu, 2004; Gözen, 2012). Anamnez alınırken özellikle düşme öyküsü (“çocuk ne yapıyordu?” “nasıl/nereden/ne kadar yükseklikten düştü?”, “düşünce siz ne yaptınız?”), çocuğun bakımını sağlayan kişi ile ilişkisi, daha önce yaşadığı travmalar ve çocuğun tıbbi anamnezi alınmalıdır. Ayrıca istismarı tetikleyebilecek faktörler (çocuğun ağlama özellikleri, kolik varlığı, aşı öyküsü) de araştırılmalıdır (Şahin, 2012). Çocuğun öyküsü alınırken anlatımlarda çelişki olması, olay süresinin fazla zaman geçmiş olması, vücudunun farklı bölgelerinde anlatılmayan yara izlerinin

(yanık, yara, kırık vb) olması ve anamnez ve gözlenen belirtilerin oluşumları arasında uyumun olmaması istismar hakkında fikir vermelidir (Şahin, 2012; Yücel, 2017).

4.3.2. Fiziksel Tanılama

Acil birimlere başvuran çocuk ve bebeklerin istismar bulgularının üçte birinin ilk başvurularında tanı ve tespitlerinin atlanmasından dolayı tanıda detaylı fiziksel muayene yapılması önemlidir. Standart bakım yerine çoklu disiplin yaklaşımı daha yararlı olmaktadır. Tanı koymada göz bulguları önemli yer kaplamaktadır. Çocuk göz uzmanı ve nöroloji uzmanı tarafından pupil muayenesi yapılmalıdır. İki yaştan küçük çocuklarda fiziksel istismar düşünüldüğünde radyolojik olarak kemik taraması yapılmalıdır (Şahin, 2012; Oral, 2010). Solunum sıkıntısı, kontrol altına alınmayan kanama ve kafa içi kanama gibi bir çok istismara bağlı çocuk ölümleri erken girişim yeterli fiziki muayene ve tanı ile önlenmektedir. (Gözen, 2012).

4.3.3. Laboratuvar Değerlendirmesi

Acil birim ekipleri travma sonucu hastaneye getirilen çocuğun kayıtlarını eksiksiz ve düzenli olarak tutması, çocuğun elbiselerinin uygun bir şekilde çıkartılıp saklanması, kanıt niteliği taşıyabilecek olan materyallerin toplanması, tüm veri ve örneklerin düzgün ve düzenli saklanması, yetkili birimlere teslim edilmesi birincil görev ve sorumluluklarındandır (Gözen, 2012).

Şüpheli tüm kafa travması olan çocuk ve bebeklerin kranial görüntülemesi yapılmalıdır. İstismar bulgularını gösteren veya şüphe duyulan fasial yaralanmalarda, kot kırığı veya çoklu kırığı olan on iki aydan küçük ve fiziksel istismarı gösteren veya şüphe edilen herhangi bir bulunan altı aydan küçük bebeklere klinik olarak herhangi bir bulgu olmasa dahi kranial görüntülemesi önerilir (Şahin, 2012). Küçük çocuklarda sarsılma sonucu intrakranial yaralanma, retina kanaması ve kemiklerde kırılma sıkça karşılaştığımız bulgulardır (Yağmur, 2010). Kanada’da fiziksel istismara uğramış 364 vaka üzerinde yapılan bir araştırmada %86’sında subdural kanama görülürken, başka bir araştırmada kafa travması ile sağlık kururluşuna getirilen çocuk istismarı vakalarının %80-85’ inde subdural kanama tespit edilmiştir

(King, 2003; Yağmur, 2010). Fiziksel istismara uğrayan ve ölen kafa travması yaşayan çocuklarda yapılan otopsi sonucunda %90'ında subdural hematom görülmüştür.

Nörolojik bulgu vermeyecek kadar olan sarsmalarda, bebekte uzun süren beslenme güçlüğü, kusma, uyuma isteği ve huzursuzluk nedeni ile sağlık kuruluşuna getirilebilir. Hastalık (viral, kolik, beslenme bozukluğu vb) ile ilişkilendirilebilecek veya görmezden gelinebilen bulgular sağlık personeli tarafından hafife alınabilir. Bu durumda gerçek neden bulununcaya şikayet ve sorunlarda gerileme ve iyileşmeden dolayı fiziksel istisar tanısı konamayabilir (Şahin, 2012).

4.3.4. Tıbbi sorunlara yaklaşım

Bebek/çocuklarda istismar ve ihmal düşünülüyorsa ilk olarak hayati belirtiler değerlendirilir. Acil bir şekilde sistemik değerlendirilmesi yapılır. Metabolik, sistemik ve ortopedik problemlere göre uygun girişimlerde bulunulur. Açık yara ya da kırık varsa profilaksi olarak tetanoz aşısı yapılmalıdır. Çoklu travma ve yaralanmalarda (kırık, çıkık, yanık bir arada) çocuklara multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir (Gözen, 2012; Şahin, 2012).

4.3.5. Yasal işlemlerin düzenlenmesi

Acil ünitelerinde çalışan sağlık ekibi üyeleri istismar ve ihmalden şüphelenilen durumlarda yasal bildirimlerin yapılması, çocuğun korunma kararının çıkartılması ve adli sürecin başlatılmasından sorumludur. Şayet sağlık kuruluşunda çocuk koruma birimi bulunuyorsa bu birimle görüşülmelidir (Gözen, 2012; Beyazova, 2007). Sağlık kuruluşunda böyle bir birim yoksa ailenin değerlendirilmesi tamamlanuncaya kadar çocuk sağlık kuruluşunda tutulmalıdır. Sağlık kuruluşuna getirilen kişi tarafından bu durum reddedilirse mahkeme kararıyla çocuğu koruma altına alınmalıdır.

Acil ünitelerinde görev yapan sağlık personeli, bu konu ile ilgilenen uzmanlar ve hastane polisi bir araya gelerek değerlendirme yapmalı ve olayı adli birimlere ve sosyal hizmetler kurumuna rapor etmelidir. Şayet istismar kesin ise

cumhuriyet başsavcılığına hazırlanan adli rapor ile birlikte müracaat edilir ve çocuk için koruma kararılınmalıdır. Sosyal Hizmet Kurumunda görev yapanlar ile birlikte bir değerlendirme yapılmalı, sonuç aileye açıklanırken amacın yardım etmek olduğu ifade edilerek çocuk uygun kuruma sevk edilmelidir (Gözen, 2012; Kara, 2004).

4.3.6. Psikososyal yaklaşım

Çocuk istismar ve ihmalinde değerlendirme yapılırken çocuk ve aile bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bilgilendirme çocuğun ileride olası istismar ve ihmalden korunması yönünden son derece önemlidir. Sağlık personeli aileye onları suçlamadan amaçlarının yardım etmek olduğu anlatılmalıdır. Sosyal hizmetler kapsamında aileye destek verilerek çocuğun güvenliği sağlanmalıdır (Gözen, 2012; Kara, 2004). İstismara uğrayan çocuklar açıklık ve sakinlikle dinlenmeli, çocuğu yaşadığı olayı anlatması için cesaretlendirilmelidir. Çocuğa ona inanıldığı, söylemekle doğru yaptığı ve olanların onun hatasının olmadığı belirtilmelidir (Yücel, 2017). Van Duin et. al. 2018 yılında Amsterdam’da çocukken cinsel istismara maruz kalan çocuklarda psikolojik değerlendirmede %3 post travmatik stres bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Çocukların %45 cinsel istismar sonrası psikolojik tedavi gördüklerini belirlemişlerdir (van Duin et al., 2018).

Mendoza-Melendez et. al. Meksika’da yasadışı madde kullanan kadınlar arasında çocukluk çağında cinsel istismar gelişimini belirlemek için 101 kadınla yaptıkları çalışmada uyuşturucu maddeye başlama yaş ortalamasını 15,4 olarak belirlemişlerdir. Uyuşturucu madde kullanan kadınların %68’inin cinsel istismara maruz kaldıkları belirlenmiştir. Cinsel istismara maruz kalma yaş ortalamasını 12,2 olduğunu bildirmişlerdir (Mendoza-Melendez et al., 2018).

4.4. Prognoz

Özellikle fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda ağır olgularda prognoz kötüdür. Fiziksel istismara uğramış bebeklerin %12-25’i ölüm ile sonuçlanmakta olup hatta %35’e kadar ölüm oranı bildiren çalışmalar mevcuttur. Fiziksel istismar sonucu oluşan hasar, olguların % 65’inde ölüm veya kalıcı nörolojik sekellere sebep olur. Yaşamlarını devam ettirenlerin %30-65’inde körlük veya görmede bozukluk,

%30-60'ında spastik paralizi veya ağır motor bozukluk, %30'unda konvülsiyonlar ve %64'ünde konuşma ile ilgili sorunlar görülmektedir. Bunlara ek olarak mikrosefali ve işitme bozukluklarına neden olabilir. İstismara uğrayan çocuklarda olay yaşandığında her hangi bir bulgu olmayan çocukların %25'inde bulgusuz dönemin ardından ciddi sorunlar ortaya çıkabilir. Çocuğun okula başlaması ile dikkat dağınıklığı, bellek sorunları ve öğrenme güçlükleri görülebilir (Şahin, 2012).

İstismar ve ihmalin olgularında istismara uğrayan çocukların %30 -50'si tekrar istismara maruz kalmakta olup, %5-10'u tekrarlayan travma sonucunda yaşamlarını kaybetmektedir. Bu gibi nedenlerden dolayı sağlık profesyonelleri istismar ve ihmal konusunda duyarlılığının artırılması gerekmektedir (Turhan ve ark., 2006).

4.5. Önleme Programları

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan çocuk istismar ve ihmalinden koruma ve önleme de sistematik, bilimsel ve multidisipliner bir yaklaşım izlemek gereklidir (Kara ve ark. 2004). Çocuk istismarının önlenmesi, tedavi edilmesinden daha kolay ve daha başarılıdır. İstismarın önlenmesi için yapılan çalışmalar tedavi edici çalışmalarla birlikte paralel gitmeli ve birbirlerini desteklemelidir. İstismar sonucu meydana gelen sakatlıklar çoğunlukla geri dönüşümsüz olmakta, hatta bazen ölümle sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle istismarın önlenmesi için programların uygulanması ve istismar oluşmadan gerekli tedbirlerin alınması öncelikli yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Bazı ülkelerde doğumdan hemen sonra ailelerin çocuk ihmal ve istismarı hakkında bilgilendirilme programları yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 'Sarsılmış Bebek Sendromu Ulusal Merkezi' 1990 yılında kurulmuştur. Bu merkezde yenidoğan bebeği olan tüm anne ve babalar doğumdan hemen sonra sağlık kuruluşlarında hemşireler tarafından SBS ile ilgili bilgi verilmiştir (Şahin, 2012). Bu eğitim programlarının sayesinde New York'ta üç yıllık süre içerisinde kafa travmalarının %47 oranında azaldığı rapor edilmiştir (Yalçın, 2011; Şahin, 2012).

Ülkemizde savaş, açlık, doğal afet ve çocuk sağlığını tehdit edebilecek olayların yaşandığı durumlarda çocuk sağlığının korunması ve refahının sürdürülmesinin önemi bazı kanun ve sözleşmeler ile koruma altına alınmaya çalışılmıştır. 2005 yılında kabul edilen Çocuk Koruma kanunu “Korunma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir”. (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf>, Erişim Tarihi: 23.01.2019). Çocuğun altın devri olarak kabul edilen 20. yüzyıl da çocuk hakları evrensel bildirisi kabul edilmiştir.1959 yılında Çocuk hakları evrensel bildirisi Birleşmiş Milletler (BM) genel kurulunda onaylanmıştır. 1989 yılında BM tarafından kabul edilen çocuk hakları evrensel bildirisi 1990 yılında T.C. tarafından imzalanmış, 1994 yılında TBMM tarafından onaylanmıştır(T.C. resmi Gazete, 27 ocak 1995, sayı:22184).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma; Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla tek merkezde tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırma Soruları

Üniversite öğrencilerinin;

- 1-“İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri” bilgi düzeyleri nasıldır?
- 2- “Çocuktaki ihmal belirtileri” bilgi düzeyleri nasıldır?
- 3-“İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri” bilgi düzeyleri nasıldır?
- 4-“İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” bilgi düzeyleri nasıldır?
- 5-“İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” bilgi düzeyleri nasıldır?
- 6-“Çocuk istismarı ihmaliinde ailesel özellikler” bilgi düzeyleri nasıldır?
- 7-“Çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalıklarında bu konu ile ilgili eğitim alan ile almayan” arasında fark var mıdır?
- 8-“Tanıtıcı özellikler ile çocuk ihmal ve istismar hakkındaki bilgi düzeyleri” arasında fark var mıdır?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ekim-Aralık 2018 trihleri arasında etik kurul ve kurum izni alınarak Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde gerçekleştirildi.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Biruni Üniversite’sinde öğrenim gören ve araştırma kriterlerine uyan 2182 öğrenci, örneklemi ise araştırmaya gönüllü olarak katılan ve

araştırmanın yapıldığı zamanda okula devam eden 1244 öğrenci oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi.

5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim görüyor olması
2. Araştırmaya katılmayı kabul etmesi
3. Kişisel bilgi formunu ve ölçeği eksiksiz doldurması

5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, Bilgi Formu (Ek.1), Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu (Ek.2) ile toplandı.

5.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlandı (Gölge, 2011; Öztürk-Can ve Irmak-Yılmaz, 2016; Yazar ve Yarış, 2011). Bilgi formu öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durum v.b.) ve çocuk istismarı ile ilgili bilgileri içeren 12 sorudan oluşmaktaydı.

Kişisel bilgi formu kapsam geçerliliğini yapmak için 5 uzman bireyin görüşüne başvuruldu. Uzman kişilerden her bir soruyu anlaşılabilirliği ve uygunluğu bakımından değerlendirerek (1 puan= uygun değil, 2 puan=Biraz uygun, 3 puan=uygun, 4 puan=Çok uygun) puan vererek değerlendirmeleri istendi. Kapsam geçerliliği indeksi (Erefe 2004) kullanılarak uzman görüşleri değerlendirildi. Kişisel bilgi formunun kapsam geçerliliğinin %89 olduğu belirlendi.

5.6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

Uysal (1998) tarafından geliştirilen likert tipi bu ölçek 67 sorudan oluşmaktadır. **Bu ölçeğin**, istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde), istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri (15 madde), ihmalin çocuk

üzerindeki belirtileri (7 madde), istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (12 madde), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (6 madde), çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt ölçeği bulunmaktadır. Yanıt seçenekleri her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” şeklindedir. Maddelerden elde edilen puanların ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalamasının beşe yaklaşması sorulara doğru cevap verdiklerini, üçten uzaklaşması ise sorulara yanlış cevap verdiklerini göstermektedir. Ölçeğin 1,2,4,6,7,9,11,13,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,29,31,33,35,36,37,38,39, 40,43,44,45,47,48,50,51,52,53,55,57,58,60,62,64,65,66,67 no’lu sorular düz sorular, 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30,32,34, 41,42,46,49,54,56,59,61,63 no’lu sorular ters sorulardır.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin alpha değeri 0.924, 1.alt ölçeğin alpha değeri 0.865, 2.alt ölçeğin alpha değeri 0.831, 3.alt ölçeğin alpha değeri 0.807, 4. alt ölçeğin alpha değeri 0.892, 5. alt ölçeğin alpha değeri 0.596 ve 6. alt ölçeğin alpha değeri 0.855 olarak bildirilmiştir (Uysal, 1998). Bu çalışmada ölçeğin alpha değeri 0.756, 1. alt ölçeğin alpha değeri 0.730, 2. alt ölçeğin alpha değeri 0.718, 3. alt ölçeğin alpha değeri 0.699, 4. alt ölçeğin alpha değeri 0.682, 5. alt ölçeğin alpha değeri 0.776, 6. alt ölçeğin alpha değeri 0.702 olarak belirlendi.

Ölçek uygulanmadan önce ölçeği hazırlayan ve ilk uygulayan Aynur Uysal Toraman’dan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (Ek. 3).

5.7. Veri Toplama Yöntemi

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören tüm öğrencilere araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak bilgi verildi. Üniversitenin öğrenci işlerinden öğrenci sayısı alınarak ders programı doğrultusunda ders başlamadan 10 dakika önce sınıflara gidilerek öğrencilerden gönüllü olur formu alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan öğrencilerden kişisel bilgi formu ve çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik ölçek formu dağıtıldı. Katılımcılar tarafından bilgi formu yaklaşık 5 dakikada, ölçek ise 15 dakikada dolduruldu. Soruların tamamını cevaplayan öğrenciler araştırmaya dâhil edildi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2018/15-37 karar no ile etik kurul onayı (Ek.4) ve Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden 20.11.2018 tarih ve 7422 sayı ile kurum izni (Ek.5) alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere alınan bireysel bilgilerin başka hiç kimseyle paylaşılmayacağı ya da bu bilgilere hiç bir şekilde başkalarının ulaşamayacağı, kendilerine açıklanan amaç dışında hiç bir şekilde kullanılmayacağı konusunda güvence verilerek gizlilik ilkesine uyuldu. Gönüllülük ve gizlilik ilkesi gereği isim kullanılmadı.

5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen sonuçların değerlendirmesinde, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16 programı kullanıldı. Araştırma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanında değerlendirmelerde Niceliksel verilerde normal dağılım gösteren parametrelerin karşılaştırmalarında Varyans analizi ve iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilerden elde edilen verilerle sınırlıdır. Araştırmada öğrencilerin çocuk istismar ve ihmeline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla kullanılan Uysal (1998) tarafından geliştirilen Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçek Formu'nun ölçtüğü ölçümle sınırlıdır.

6. BULGULAR

Bu bölümde Üniversite Öğrencilerinin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular verilmiştir. Araştırma bulguları dört başlıklar altında incelenmiştir.

6.1 Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinin Dağılımı

6.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Puan Ortalamaları

6.4. Tanıtıcı Özellikler İle Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

6.1.Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=1244)

	Özellikler	n	%
Cinsiyet	Erkek	206	16,6
	Kadın	1038	83,4
Medeni Durum	Evli	19	1,5
	Bekar	1225	98,5
Yaş	18-24	1201	96,5
	25-29	26	2,1
	30-39	17	1,4
Sınıf	1	361	29,0
	2	385	30,9
	3	278	22,3
	4	220	17,7
Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Bölümler	Beslenme ve Diyetetik	176	14,1
	Çocuk Gelişimi	164	13,2
	Dil ve Konuşma Terapisi	142	11,4
	Ebelik	114	9,2
	Ergoterapi	60	4,8
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	78	6,3
	Hemşirelik	223	17,9
	Odyoloji	86	6,9
	Sağlık Yönetimi	91	7,3
	Sosyal Hizmet	92	7,4
	Acil Yardım ve Afet Yönetimi	18	1,4

Çalışmaya katılanların 1038’i (%83,4) kadın, 1225’i (%98,5) bekâr, yaşları 14 ile 39 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 20,44±2,32 yıldır. Katılımcıların 361’i (%29,0) birinci sınıf, 385’i (%30,9) ikinci sınıf, 278’i (%22,3) üçüncü sınıf ve 220’si (%17,7) dördüncü sınıftır.

Katılımcıların 176'sı (%14,1) beslenme ve diyetetik, 164'ü (%13,2) çocuk gelişimi, 142'si (%11,4) dil ve konuşma terapisi, 114'ü (%11,4) ebelik, 60'ı (%4,8) ergoterapi, 78'i (%6,3) fizyoterapi ve rehabilitasyon, 223'ü (%17,9) hemşirelik, 86'sı (%6,9) odyoloji, 91'i (%7,3) sağlık yönetimi, 92'si (%7,4) sosyal hizmet ve 18'i (%1,4) acil yardım ve afet yönetimi bölümlerinde öğrenim görmektedir.



Tablo 2: Katılımcıların Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgileri Sorulara Verilen Yanıtların Dağılımı (N=1244)

Sorular	Yanıtlar	n	%
Üniversitede eğitim gördüğünüz sürede çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/bilgi aldınız mı?	Evet	335	26,9
	Hayır	909	73,1
Çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminere/konferansa katıldınız mı?	Evet	264	21,2
	Hayır	980	78,8
Yaşamınız boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaştınız mı?	Evet	237	19,1
	Hayır	1007	80,9
Çocuk istismarı ve ihmali sağlık profesyonelleri gibi meslekler tanımlayabilir mi?	Evet	965	77,6
	Hayır	279	22,4
Siz çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?	Çok yeterli	61	4,9
	Yeterli	299	24,0
	Kısmen yeterli	634	51,0
	Yeterli değil	188	15,1
	Hiç yeterli değil	62	5,0
Çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almak ister misiniz?	Evet	1139	91,6
	Hayır	105	8,4

Katılımcılar 335'i (%26,9) üniversite eğitim süresince çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/ bilgi aldığını, 264'ü (%21,2) çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminere/ konferansa katıldıklarını ifade etmiştir.

Katılımcıların 237'si (%19,1) çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaştığını, 965'i (%77,6) çocuk istismarı ve ihmali sağlık profesyonelleri gibi mesleklerin tanımlayabileceğini bildirmiştir.

Katılımcıların 61'i (%4,9) çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini çok yeterli, 299'i (%24,0) yeterli, 634'ü (%51,0) kısmen yeterli, 188'i (%15,1) ve 62'si (%5,0) hiç yeterli olmadığını ifade ettiler.

Katılımcıların 1139'u (%91,6) çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgiye gereksinim duyduğunu söylemektedir.

6.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınmasına Yönelik Ölçeğinin Dağılımı

Tablo 3: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçeğinin Dağılımları

	İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	786 (%63,2)	387 (%31,1)	59 (%4,7)	9 (%0,7)	3 (%0,2)
2	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	490 (%39,4)	442 (%35,5)	290 (%23,3)	18 (%1,4)	4 (%0,3)
3	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	109 (%8,8)	122 (%9,8)	389 (%31,3)	286 (%23,0)	338 (%27,2)
4	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	322 (%25,9)	356 (%28,6)	434 (%34,9)	122 (%9,8)	10 (%0,8)
5	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	254 (%20,4)	388 (%31,2)	472 (%37,9)	107 (%8,6)	23 (%1,8)
6	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	439 (%35,3)	469 (%37,7)	277 (%22,3)	52 (%4,2)	7 (%0,6)
7	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	502 (%40,4)	484 (%38,9)	221 (%17,8)	29 (%2,3)	8 (%0,6)
8	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	161 (%12,9)	355 (%28,5)	472 (%37,9)	170 (%13,7)	86 (%6,9)
9	Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	372 (%29,9)	448 (%36,0)	335 (%26,9)	75 (%6,0)	14 (%1,1)

Tablo 3. İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçeğinin Dağılımları (Devam)

10	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	48 (%3,9)	69 (%5,5)	377 (%30,3)	406 (%32,6)	344 (%27,7)
11	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	225 (%18,1)	345 (%27,7)	584 (%46,9)	71 (%5,7)	19 (%1,5)
12	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	66 (%5,3)	112 (%9,0)	424 (%34,1)	335 (%26,9)	307 (%24,7)
13	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	743 (%59,7)	363 (%29,2)	115 (%9,2)	16 (%1,3)	7 (%0,6)
15	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	870 (%69,9)	250 (%20,1)	90 (%7,2)	21 (%1,7)	13 (%1,0)
16	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	71 (%5,7)	64 (%5,1)	638 (%51,3)	204 (%16,4)	267 (%21,5)
17	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	367 (%29,5)	385 (%30,9)	368 (%29,6)	107 (%8,6)	17 (%1,4)
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	743 (%59,7)	366 (%29,4)	123 (%9,9)	10 (%0,8)	2 (%0,2)
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	714 (%57,4)	304 (%24,4)	153 (%12,3)	53 (%4,3)	20 (%1,6)
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	746 (%60,)	364 (%29,3)	108 (%8,7)	21 (%1,7)	5 (%0,4)

Katılımcılara uygulanan “İstismar ve ihmalin çocukta fiziksel belirtileri” alt ölçeğinin dağılımları Tablo 3’te gösterilmiştir. İstismar ve ihmalin fiziksel belirtileri alt ölçek maddelerinden “Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir” maddesini katılımcıların %63.2’si, “Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür” maddesini katılımcıların %39.4’ü, “Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir” maddesini katılımcıların %40.4’ü, “Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir” maddesini katılımcıların %59.1’i, “Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir” maddesini katılımcıların %69.9’u, “Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir” maddesini katılımcıların %59.7’si, “Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır” maddesini katılımcıların %60’ı çok doğru olduğunu ifade etmişlerdir. “Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz” maddesini katılımcıların %31.3’ü, “Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir” maddesini katılımcıların %34.9’u, “Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür” maddesini katılımcıların %37.9’u, “Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir” maddesini katılımcıların %37.9’u, “Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz” maddesini katılımcıların %30.3’ü, “Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür” maddesini katılımcıların %46.9’u, “İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez” maddesini katılımcıların %34.1’i, “Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz” maddesini katılımcıların %51.3’ü kararsız olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4: İhmal Belirtileri Alt Ölçeğinin Dağılımları

	İhmal Belirtileri	Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsız m	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
21	Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	423 (%34,0)	389 (%31,3)	328 (%26,4)	86 (%6,9)	18 (%1,4)
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	553 (%44,5)	452 (%36,3)	177 (%14,2)	41 (%3,3)	21 (%1,7)
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	661 (%53,1)	363 (%29,2)	156 (%12,5)	46 (%3,7)	18 (%1,4)
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	388 (%31,2)	440 (%35,4)	307 (%24,7)	80 (%6,4)	29 (%2,3)
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	489 (%39,3)	465 (%37,4)	229 (%18,4)	53 (%4,3)	8 (%0,6)
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir	805 (%64,7)	333 (%26,8)	80 (%6,4)	18 (%1,4)	8 (%0,6)
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	139 (%11,2)	147 (%11,8)	279 (%22,4)	299 (%24,0)	380 (%30,5)

Katılımcılara uygulanan “ihmal belirtileri” alt ölçeğinin dağılımları Tablo 4’te gösterilmiştir. İstismar ve ihmalin ihmal belirtileri altölçeğinin maddelerinden “Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir” maddesini katılımcıların %34’ü, “Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir” maddesini katılımcıların %45.5’i, “Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir” maddesini katılımcıların %53.1’i, “Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir” maddesini katılımcıların %39.3’ü, “Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir” maddesini katılımcıların %64.7’si çok doğru olduğunu ifade etmiştir. “Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir” maddesini katılımcıların %30.5’i hiç doğru olmadığını belirtmiştir.

Tablo 5: İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri Alt Ölçeğinin Dağılımları

	İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
14	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	112 (%9,0)	128 (%10,3)	289 (%23,2)	323 (%26,0)	392 (%31,5)
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	67 (%5,4)	64 (%5,1)	229 (%18,4)	184 (%14,8)	700 (%56,3)
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	138 (%11,1)	190 (%15,3)	485 (%39,0)	190 (%15,3)	241 (%19,4)
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	39 (%3,1)	39 (%3,1)	84 (%6,8)	137 (%11,0)	945 (%76,0)
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	836 (%67,2)	303 (%24,4)	66 (%5,3)	16 (%1,3)	23 (%1,8)
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	665 (%53,5)	341 (%27,4)	209 (%16,8)	19 (%1,5)	10 (%0,8)
33	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	394 (%31,7)	433 (%34,8)	303 (%24,4)	83 (%6,7)	31 (%2,5)
34	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	171 (%13,7)	204 (%16,4)	574 (%46,1)	140 (%11,3)	155 (%12,5)
35	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	650 (%52,3)	435 (%35,0)	127 (%10,2)	23 (%1,8)	9 (%0,7)
36	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	572 (%46,0)	455 (%36,6)	182 (%14,6)	26 (%2,1)	9 (%0,7)
37	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	158 (%12,7)	169 (%13,6)	630 (%50,6)	181 (%14,5)	106 (%8,5)
38	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	308 (%24,8)	385 (%30,9)	435 (%35,0)	82 (%6,6)	34 (%2,7)
39	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	346 (%27,8)	467 (%37,5)	355 (%28,5)	57 (%4,6)	19 (%1,5)

Katılımcılara uygulanan “İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri” alt ölçeğinin dağılımları Tablo 5’te gösterilmiştir. İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden “Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir” maddesini katılımcıların %35’i, “istismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir” maddesini katılımcıların %56.3’ü, “istismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez” maddesini katılımcıların %76’sı hiç doğru olmadığını ifade etmiştir. “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler” maddesini katılımcıların %39’u, “İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır” maddesini katılımcıların %46.1’i, “İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar” maddesini katılımcıların %50.6’sı ve “İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır” maddesini katılımcıların %35’i kararsızım olarak ifade etmiştir. “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler” maddesini katılımcıların %67.2’si, “İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” maddesini katılımcıların %53.5’i, “İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir” maddesini katılımcıların %52.3’ü, “İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler” maddesini katılımcıların %46’sı, “İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler” maddesini katılımcıların %57.7’si ve “Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir” maddesini katılımcıların %47.5’i çok doğru olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 6: İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri Alt Ölçeğinin Dağılımları

	İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
42	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	280 (%22,5)	254 (%20,4)	526 (%42,3)	105 (%8,4)	79 (%6,4)
43	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	177 (%14,2)	297 (%23,9)	588 (%47,3)	110 (%8,8)	72 (%5,8)
44	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	329 (%26,4)	447 (%35,9)	395 (%31,8)	50 (%4,0)	23 (%1,8)
45	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	279 (%22,4)	383 (%30,8)	457 (%36,7)	83 (%6,7)	42 (%3,4)
46	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.	124 (%10,0)	116 (%9,3)	359 (%28,9)	285 (%22,9)	360 (%28,9)
47	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşamaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	287 (%23,1)	468 (%37,6)	386 (%31,0)	72 (%5,8)	31 (%2,5)
48	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmal açısından bir risktir.	602 (%48,4)	445 (%35,8)	160 (%12,9)	19 (%1,5)	18 (%1,4)
49	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	92 (%7,4)	123 (%9,9)	301 (%24,2)	289 (%23,2)	439 (%35,3)
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler	200 (%16,1)	274 (%22,0)	400 (%32,2)	202 (%16,2)	168 (%13,5)
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	125 (%10,0)	202 (%16,2)	456 (%36,7)	209 (%16,8)	252 (%20,3)
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	187 (%15,0)	328 (%26,4)	447 (%35,9)	140 (%11,3)	142 (%11,4)
66	Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	260 (%20,9)	373 (%30,0)	434 (%34,9)	116 (%9,3)	61 (%4,9)

Katılımcılara uygulanan “İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” alt ölçeğinin dağılımları Tablo 6’da gösterilmiştir. “Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar” maddesini

katılımcıların %42.3'ü, "Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler" maddesini katılımcıların %47.3'ü, "Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar" maddesini katılımcıların %36.7'si, "Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur" maddesini katılımcıların %28.9'u, "Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler" maddesini katılımcıların %32.2'si, "Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler" maddesini katılımcıların %36.7'si, "Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür" maddesini katılımcıların %35.9'u ve "Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir" maddesini katılımcıların %34.9'u kararsızım olarak ifade etmiştir. "Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir" maddesini katılımcıların %48.4'ü çok doğru olduğunu ifade etmiştir. "Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez" maddesini katılımcıların %35.3'ü hiç doğru olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 7: İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri Alt Ölçeğinin Dağılımları

	İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsız m	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
41	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	49 (%3,9)	98 (%7,9)	304 (%24,4)	263 (%21,1)	530 (%42,6)
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	215 (%17,3)	310 (%24,9)	410 (%33,0)	177 (%14,2)	132 (%10,6)
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	410 (%33,0)	193 (%15,5)	213 (%17,1)	188 (%15,1)	240 (%19,3)
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	91 (%7,3)	163 (%13,1)	505 (%40,6)	243 (%19,5)	242 (%19,5)
54	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	96 (%7,7)	115 (%9,2)	341 (%27,4)	301 (%24,2)	391 (%31,4)
56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	207 (%16,6)	239 (%19,2)	475 (%38,2)	167 (%13,4)	156 (%12,5)

Katılımcılara uygulanan “İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçeğinin dağılımları Tablo 7’de gösterilmiştir. “Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır” maddesini katılımcıların %42.6’sı ve “Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır” maddesini katılımcıların %31.4’ü hiç doğru olmadığını ifade etmiştir. “Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır” maddesini katılımcıların %33’ü, “Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir” maddesini katılımcıların %40.6’sı ve “Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez” maddesini katılımcıların %38.2’si kararsızım olarak ifade etmiştir. “Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur” maddesini katılımcıların %45.5’i oldukça doğru olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 8: Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler Alt Ölçeğinin Dağılımı

	Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	Çok doğru	Olduk ça	Karars ızım	Pek doğru	Hiç doğru
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	246 (%19,8)	434 (%34,9)	349 (%28,1)	125 (%10,0)	90 (%7,2)
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.	249 (%20,0)	376 (%30,2)	364 (%29,3)	137 (%11,0)	118 (%9,5)
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	173 (%13,9)	223 (%17,9)	325 (%26,1)	301 (%24,2)	222 (%17,8)
61	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.	160 (%12,9)	206 (%16,6)	408 (%32,8)	291 (%23,4)	179 (%14,4)
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	269 (%21,6)	436 (%35,0)	336 (%27,0)	112 (%9,0)	91 (%7,3)
63	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	73 (%5,9)	99 (%8,0)	295 (%23,7)	313 (%25,2)	464 (%37,3)
64	Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	483 (%38,8)	491 (%39,5)	210 (%16,9)	39 (%3,1)	21 (%1,7)
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.	432 (%34,7)	448 (%36,0)	275 (%22,1)	49 (%3,9)	40 (%3,2)

Katılımcılara uygulanan “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler” alt ölçeğinin dağılımları Tablo 8’de gösterilmiştir. “Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür” maddesini katılımcıların %34.9’u, “Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir” maddesini katılımcıların

%30.2'si, "Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmal için bir risktir" maddesini katılımcıların %35'i, "Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar" maddesini katılımcıların %39.5'i ve "Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir" maddesini katılımcıların %36'sı oldukça doğru olduğunu ifade etmiştir. "Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir" maddesini katılımcıların %26'i ve "Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir" maddesini katılımcıların %32.8'i kararsızım olarak ifade etmiştir. "Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz" maddesini katılımcıların %37.3'ü hiç doğru olmadığını ifade etmiştir.

6.3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğin Puan Ortalamaları

Tablo 9: Katılımcıların Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı N=1244

Ölçek Alt Maddeleri	Ortalama	SS
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,87	0,39
İhmal Belirtileri	4,05	0,57
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,65	0,34
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,20	0,45
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,06	0,50
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,57	0,64
Genel Ölçek Ortalaması	3,57	0,32

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi puan ortalamaları Tablo 9'da verilmiştir. Katılımcıların tüm ölçek maddelerine verdikleri yanıtların puan ortalaması 3.57 ± 0.32 'dir. Katılımcıların istismar ve ihmaliin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçeğinin puan ortalaması 3.87 ± 0.39 , ihmal belirtileri alt ölçeğinin puanı ortalaması 4.05 ± 0.57 , istismar ve ihmaliin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.65 ± 0.34 , istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.20 ± 0.45 , istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.06 ± 0.50 , çocuk istismarı ve ihmaliindeki ailesel özellikler alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.57 ± 0.64 puandır.

Tablo 10: Katılımcıların Okudukları Bölümlere Göre Ölçek Toplam Puan Ortalamaları

Bölümler	N	Ortalama	SS
Beslenme ve Diyetetik	176	3,55	0,32
Çocuk Gelişimi	164	3,65	0,32
Dil ve Konuşma Terapisi	142	3,61	0,29
Ebelik	114	3,53	0,27
Ergoterapi	60	3,46	0,31
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	78	3,55	0,33
Hemşirelik	223	3,54	0,33
Odyoloji	86	3,59	0,36
Sağlık Yönetimi	91	3,50	0,34
Sosyal Hizmet	92	3,63	0,30
Acil Yardım ve Afet Yönetimi	18	3,52	0,40
Toplam Puan	1244	3,57	0,32

Katılımcıların okudukları bölüme göre çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi toplam puan ortalamaları Tablo 10'da verilmiştir. Beslenme ve Diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerin ölçek puan ortalaması 3.55 ± 0.32 , Çocuk Gelişimi bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.65 ± 0.32 , Dil ve Konuşma Terapisi bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.61 ± 0.29 , Ebelik bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.53 ± 0.27 , Ergoterapi bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.46 ± 0.31 , Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.55 ± 0.33 , Hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.54 ± 0.33 , Odyoloji bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.59 ± 0.36 , Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.50 ± 0.34 , Sosyal Hizmet bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.63 ± 0.30 , Acil Yardım ve Afet Yönetimi bölümünde okuyan öğrencilerin puan ortalaması 3.52 ± 0.40 puan olduğu belirlendi.

6.4. Tanıtıcı Özellikler İle Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 11: Cinsiyet İle Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Belirti ve Risk Tanılama Alt Ölçekleri	Erkek	Kadın	p
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,73±0,41	3,89±0,38	0,001**
İhmal Belirtileri	3,98±0,54	4,07±0,58	0,034*
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,54±0,38	3,67±0,33	0,001**
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,13±0,38	3,21±0,46	0,006**
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,14±0,52	3,04±0,50	0,013*
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,39±0,56	3,60±0,65	0,001**
Toplam Puan	3,49±0,30	3,58±0,32	0,001**

*Student t test *p<0,05 **p<0,01*

Katılımcıların cinsiyet ile ölçek alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 11’de verilmiştir. “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları erkekler de 3.73±0.41, kadınlar da 3.89±0.38, “İhmal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları erkekler de 3.98±0.54, kadınlar da 4.07±0.58, “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları erkekler de 3.54±0.38, kadınlar da 3.67±0.33, “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları erkekler de 3.13±0.38, kadınlar da 3.21±0.46, “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları erkekler de 3.14±0.52, kadınlar da 3.04±0.50, “Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçek puan ortalamaları erkekler de 3.60±0.56, kadınlar da 3.60±0.65, olduğu belirlendi.

Kadın katılımcıların “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri” alt ölçeklerine verdikleri cevapların ortalamaları erkek katılımcılarınkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla: p:0.001; p<0.01; p:0.034; p<0.05; p:0.001; p<0.01).

Kadın katılımcıların “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri,” “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler” alt ölçeklerine verdikleri cevapların ortalamaları erkek katılımcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla: $p:0.006$; $p<0.01$; $p:0.013$; $p<0.05$; $p:0.001$; $p<0.01$).

Kadın katılımcıların toplam puan ortalamaları erkek katılımcılarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p:0.001$; $p<0.01$).

Tablo 12: Katılımcıların İhmal ve İstismar İle İlgili Eğitim/Bilgi Alma Durumları İle Ölçeğin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Eğitim/Bilgi Alma Durumu		p
	Evet	Hayır	
Belirti ve Risk Tanılama Alt Ölçekleri			
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,91±0,38	3,85±0,39	0,008**
İhmal Belirtileri	4,15±0,59	4,02±0,56	0,001**
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,69±0,33	3,64±0,34	0,023*
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,27±0,48	3,17±0,44	0,002**
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,06±0,50	3,06±0,50	0,946
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,71±0,66	5,51±0,63	0,001**
Toplam Puan	3,63±0,32	3,54±0,32	0,001**

Student t test * $p<0,05$ ** $p<0,01$

Katılımcıların ihmal ve istismar ile ilgili eğitim durumları ile ölçek alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 12’de verilmiştir. Eğitim aldığını ifade edenlerin “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.91 ± 0.38 , “İhmal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 4.15 ± 0.59 “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları

3.69±0.33, “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.27±0.48 “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.06±0.50, “Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçek puan ortalamaları 3.71±0.66 olduğu belirlendi.

Katılımcılardan üniversitede eğitim gördüğünüz sürede çocuk istismarı ve ihmal konusunda eğitim/ bilgi alanların “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları almayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla: p:0.001; p:0.00; p:0.023).

Katılımcılardan üniversitede eğitim gördüğünüz sürede çocuk istismarı ve ihmal konusunda eğitim/ bilgi alanların “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,” “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler” alt ölçek puan ortalamaları almayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla: p:0.002; p:0.001).

Katılımcılardan üniversitede eğitim gördüğünüz sürede çocuk istismarı ve ihmal konusunda eğitim/ bilgi alanların “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları ile almayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0.05).

Katılımcılardan üniversitede eğitim gördüğünüz sürede çocuk istismarı ve ihmal konusunda eğitim/ bilgi alanların toplam puan ortalamaları almayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek idi (p:0.001; p<0.01).

Tablo 13: Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Seminer/Konferansa Katılım Durumları İle Ölçeğin Alt Ölçek Puan ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt maddeleri	Konu Hakkında Seminer ve konferansa katılma durumu		P
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,90±0,39	3,85±0,38	0,063
İhmal Belirtileri	4,08±0,6	4,05±0,56	0,441
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,66±0,35	3,65±0,34	0,637
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,24±0,48	3,19±0,44	0,138
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,05±0,51	3,06±0,5	0,780
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,64±0,68	3,55±0,63	0,031*
Toplam Puan	3,6±0,34	3,56±0,32	0,094

Student t test

*p<0,05

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminere/konferansa katılmaları ile ölçek alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 13’de verilmiştir. Konferansa katıldıklarını ifade edenlerin “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.90±0.39, “İhmal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 4.08±0.60 “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.66±0.35, “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.24±0.48 “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.05±0.51, “Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçek puan ortalamaları 3.64±0.68 olduğu belirlendi.

Katılımcılardan çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminere/konferansa katılanların “istismar ve ihmaliin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “çocuk istismarı ihmaliinde ailesel özellikler” alt ölçekleri puan ortalamaları katılmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla: p:0.029; p:0.031).

Katılımcılardan çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminare/ konferansa katılanların “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçekleri puan ortalamaları ile katılmayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcılardan yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların toplam puan ortalamaları katılmayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 14: Çocuk İstismarı ve İhmali ile Karşılaşma Durumu ile Ölçeğin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Ölçek Maddeleri	İstismar ve ihmal vakası ile karşılaşma durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,92±0,37	3,85±0,39	0,012*
İhmal Belirtileri	4,11±0,58	4,04±0,57	0,094
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,66±0,36	3,65±0,34	0,586
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,26±0,47	3,18±0,45	0,022*
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,09±0,51	3,05±0,5	0,299
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,64±0,65	3,55±0,64	0,064
Toplam Puan	3,61±0,32	3,56±0,32	0,012*

Student t test

* $p<0,05$

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali karşılaşma durumu ile ölçek alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 14’de verilmiştir. Karşılaştıklarını ifade edenlerin “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.92±0.37, “İhmal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 4.11±0.58 “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.66±0.36, “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçek puan

ortalamları 3.26 ± 0.47 “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek puan ortalamları 3.09 ± 0.51 , “Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçek puan ortalamları 3.64 ± 0.65 olduğu belirlendi.

Katılımcılardan yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” alt ölçek puan ortalamları karşılaşmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla: $p:0.012$; $p:0.022$).

Katılımcılardan yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri,” “çocuk istismarı ihmaliinde ailesel özellikler” alt ölçekleri puan ortalamları ile karşılaşmayanların puan ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcılardan yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların toplam puan ortalamları karşılaşmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p:0.012$; $p<0.05$).

Tablo 15: Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sağlık Profesyonelleri Tarafından Tanımlanabilme Durumu İle Ölçek Alt Ölçek puan ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Ölçek Maddeleri	Tanımlayabilirler mi?		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,89±0,39	3,78±0,38	0,001**
İhmal Belirtileri	4,09±0,57	3,95±0,57	0,001**
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,67±0,34	3,6±0,35	0,004**
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,23±0,46	3,11±0,43	0,001**
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,08±0,5	2,99±0,51	0,009**
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,59±0,65	3,48±0,62	0,008**
Toplam Puan	3,59±0,32	3,48±0,32	0,001**

Student t test

**p<0,01

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalin sağlık profesyonelleri tarafından tanımlanabilme durumu ile ölçek alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 15’de verilmiştir. Sağlık profesyonelleri tarafından tanımlanabileceğini ifade edenlerin “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.89±0.39, “İhmal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 4.09±0.57 “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.67±0.34, “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.23±0.46 “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.08±0.50, “Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçek puan ortalamaları 3.59±0.65 olduğu tespit edildi.

Katılımcılardan çocuk istismarı ve ihmalini sağlık profesyonelleri gibi mesleklerin tanımlayabilir olduğunu düşünenlerin “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal

belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri,” “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler” alt ölçekleri puan ortalamaları tanımlayamaz diyenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla: $p:0.001$; $p:0.001$; $p:0.004$; $p:0.001$; $p:0.009$; $p:0.008$).

Katılımcılardan çocuk istismarı ve ihmalini sağlık profesyonelleri gibi mesleklerin tanımlayabilir olduğunu düşünenlerin toplam puan ortalamaları tanımlayamaz diyenlerin puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p:0.001$; $p<0.01$).



Tablo 16: Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Kendisini Yeterli Görme Durumu ile Ölçeğin Alt Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Siz çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?	Çok yeterli	Yeterli	Kısmen yeterli	Yeterli değil	Hiç yeterli değil	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,95±0,47	3,87±0,40	3,88±0,37	3,82±0,37	3,76±0,41	0,012*
İhmal Belirtileri	4,19±0,59	4,11±0,59	4,04±0,55	4,03±0,58	3,92±0,63	0,034*
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,72±0,38	3,65±0,35	3,65±0,34	3,65±0,31	3,63±0,43	0,667
İstismar ve İhmalin Ebeveyn Özellikleri	3,29±0,44	3,19±0,46	3,2±0,44	3,18±0,47	3,2±0,45	0,585
İstismar ve İhmalin Çocukların Özellikleri	3,15±0,55	3,05±0,52	3,06±0,5	3,04±0,48	3,06±0,52	0,663
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,67±0,72	3,54±0,64	3,59±0,63	3,53±0,66	3,5±0,57	0,381
Toplam Puan	3,66±0,37	3,57±0,33	3,57±0,31	3,54±0,31	3,51±0,34	0,094

Student t test

*p<0,05

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli görme düzeylerine göre “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.012$; $p<0.05$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, kendini çok yeterli görenlerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması kendini hiç yeterli görmeyenlerin ($p:0.019$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli görme düzeylerine göre “ihmal belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.034$; $p<0.05$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, kendini çok yeterli görenlerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması kendini hiç yeterli görmeyenlerin ($p:0.009$) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.01$).

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli görme düzeylerine göre “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri”, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri, çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 17: Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Daha Fazla Bilgiye Gereksinim Duyuma Durumu İle Ölçeğin Alt ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Ölçek Maddeleri	Bilgiye Gereksinim Duyuma Durumu		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,87±0,38	3,77±0,45	0,029*
İhmal Belirtileri	4,06±0,56	3,96±0,65	0,078
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,66±0,34	3,56±0,39	0,004**
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,20±0,45	3,14±0,43	0,139
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,06±0,5	3,06±0,51	0,999
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,58±0,64	3,44±0,61	0,038*
Toplam Puan	3,57±0,32	3,49±0,36	0,010*

*Student t test *p<0,05 **p<0,01*

Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgiye gereksinimleri ile ölçek alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 17’de verilmiştir. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgiye gereksinim duyduklarını ifade edenlerin “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.87±0.38, “İhmal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 4.06±0.56 “İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları 3.66±0.34, “İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.20±0.45 “İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları 3.06±0.50, “Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler” alt ölçek puan ortalamaları 3.58±0.64 olduğu tespit edildi.

Katılımcılardan daha fazla bilgilenmeye gereksinim duyanların “istismar ve ihmaliin çocukta fiziksel belirtileri,” “istismar ve ihmaliin çocukta davranışsal belirtileri,” “çocuk istismarı ihmaliinde ailesel özellikler”alt ölçeği puan ortalamaları

daha fazla bilgilenmeye gereksinim duymayanların ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p:0.039$; $p:0.004$; $p:0.038$).

Katılımcılardan daha fazla bilgilenmeye gereksinim duyanların “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Katılımcılardan daha fazla bilgilenmeye gereksinim duyanların toplam puan ortalamaları daha fazla bilgilenmeye gereksinim duymayanların ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p:0.004$; $p<0.01$).



Tablo 18: Katılımcıların Okudukları Sınıf ile Ölçeğin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Maddeleri	1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3,84±0,37	3,83±0,37	3,89±0,4	3,94±0,42	0,004**
İhmal Belirtileri	4,02±0,56	4,0±0,59	4,06±0,57	4,2±0,54	0,001**
İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,63±0,33	3,62±0,35	3,68±0,34	3,72±0,34	0,002**
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,11±0,42	3,19±0,42	3,26±0,47	3,28±0,49	0,001**
İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri	3,01±0,49	3,1±0,52	3,08±0,49	3,04±0,5	0,069
Çocuk İstismarı İhmalinde Ailesel Özellikler	3,5±0,58	3,52±0,6	3,62±0,7	3,7±0,69	0,001**
Toplam Puan	3,52±0,3	3,55±0,31	3,6±0,35	3,65±0,33	0,001**

One-Way ANOVA * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Katılımcıların okuduklarına sınıflara göre “istismar ve ihmalin çocuktaki belirtileri” alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.001$; $p<0.01$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması birinci sınıfta ($p:0.002$) ve ikinci sınıfta ($p:0.002$) okuyan öğrencilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.01$).

Katılımcıların okuduklarına sınıflara göre “ihmal belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.001$; $p<0.01$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için

yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması birinci sınıfta ($p:0.001$) ve ikinci sınıfta ($p:0.001$) okuyan öğrencilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.01$).

Katılımcıların okuduklarına sınıflara göre “istismar ve ihmalin çocukta davranışsal belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.002$; $p<0.01$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması birinci sınıfta ($p:0.010$) ve ikinci sınıfta ($p:0.007$) okuyan öğrencilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.01$).

Katılımcıların okuduklarına sınıflara göre “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.001$; $p<0.01$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, birinci sınıfta okuyan öğrencilerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması üçüncü sınıfta ($p:0.001$) ve dördüncü sınıfta ($p:0.001$) okuyan öğrencilerin puan ortalamalarından ve üçüncü sınıfta okuyanların ortalamaları birinci sınıfta ($p:0.001$) okuyanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.01$).

Katılımcıların okuduklarına sınıflara göre “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Katılımcıların okudukları sınıflara göre “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikleri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.001$; $p<0.01$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması birinci sınıfta ($p:0.002$) ve ikinci sınıfta ($p:0.010$) okuyan öğrencilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.01$, $p<0.05$).

Katılımcıların okuduklarına sınıflara göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p:0.001$; $p<0.01$). Anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için yaptığımız Post Hoc testi sonucunda, dördüncü sınıfta okuyan öğrencilerin bu maddeye verdikleri cevapların ortalaması birinci sınıfta ($p:0.002$) ve ikinci sınıfta ($p:0.010$) okuyan öğrencilerin puan ortalamalarından ve üçüncü sınıfta okuyanların ortalamaları birinci sınıfta ($p:0.010$) okuyanların ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.01$, $p<0.05$).



7. TARTIŞMA

Çocuk istismarı çocuğun, ihmal edilmesi ile ona fiziksel, duygusal ve cinsel olarak zarar vermeyi içeren çok karmaşık ve tehlikeli sorunlar bütünüdür. Bu konuda araştırmaların yapılmasının istismar olaylarının önlenmesi, bireylerin bu konuda farkındalıkların artırılarak erken dönemde tanımlanması, destekleyici programların hazırlanması ve uygulanması açısından önemli olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle çalışma üniversite öğrencilerinin çocuk istismar ve ihmeline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, araştırmaya katılan öğrencilerin %83.4'ü kadın, %98.5 bekar, %96.5'si 18-24 yaş aralığında olduğu belirlendi. Taş'ın 2017 yılında "Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Çocuk İhmal ve İstismarı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin tamamına yakınının bekar, %1.16'sı çocuk sahibi olduğunu, %96.9'unun 18-27 yaş aralığında olduğunu bildirmişlerdir. Taş'ın çalışma sonuçları araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılan kişilerin öğrenci hem yaş aralığının hem de bekar olma durumunun benzer olmasındaki en önemli etken olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcıların %26.9'unun üniversitede eğitim süreci boyunca çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/ bilgi aldıkları, %21.2'sinin çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminare/ konferansa katıldıkları belirlendi. Taş (2017) çalışmasında öğrencilerin %68.8'inin çocuk ihmal ve istismarı hakkında bilgi aldıklarını bildirmiştir. Eğitim aldığını belirten öğrencilerin bu konuyla ilgili konferansa katılıp katılmadıkları sorusuna öğrencilerin %46.7'si katıldığını ifade etmiştir. Benzer konuda hemşirelerle ve ebelerle araştırma yapan Uysal'ın (1998) verilerine baktığımızda eğitim alma oranı %23.1 olurken konferansa katılma oranı ise %10.4 olmuştur. Ancak Gölge ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptığı araştırmaya baktığımızda eğitim alma oranının hekimlerde %54.1 ve ebe hemşireler de %62.3 olduğu görülmektedir (Gölge, 2012). Kocaer tarafından hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmeline yönelik farkındalıklarını belirlemek

amacıyla yaptığı araştırmada çocuk istismar ve ihmali ile ilgili olarak hekimlerin %48.6'sının, hemşirelerin ise %27.9'unun eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (Kocaer, 2006). Tayvan'da hemşireler ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin üçte birinin eğitim hayatında ve çalıştıkları yerlerde çocuk istismar ve ihmali hakkında eğitim aldıkları belirlenmiştir (Chen et. al., 2015). Yapılan çalışmalarda sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerin ve sağlık profesyonellerinin bu konu hakkında eğitim alma oranlarının farklı olduğu görülmektedir. Bizim çalışma sonucumuzun daha düşük olmasının nedeni öğrencilerin henüz mezun olmamalarından, bu konuyla ilgili ders içeriklerinin genellikle 3. ve 4. sınıfta olmasından kaynaklanmış olabilir. Gelişen eğitim sistemi ve toplumsal bakış açısından bu konuya verilen önemin artması ile birlikte bu konu ile ilgili hassasiyetin arttığını ve öğrencilere daha fazla eğitim verme konusunda ilerleme olduğunu bize göstermektedir. Gölge ve ark. 2012 yaptığı çalışma sonuçları 1998 yılında Uysal'ın yapmış olduğu çalışma sonuçlarından daha fazla oranda eğitim aldıklarını göstermektedir. Bu çalışmaların en önemli odağı hiç kuşkusuz insanları bu konuda doğru bir şekilde bilgilendirerek çocukların korunması, desteklenmesi ve bir birey olarak kabul edilmesi yönünde bir bilinç oluşturmaya çalışılmaktadır. Eğitim ortamları bu açıdan en önemli fırsat olarak görülmektedir. Bundan dolayı üniversitede eğitim süresince ders içeriklerine çocuk ihmal ve istismarı konusunun daha fazla dâhil edilmesi ve insanların bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Katılımcıların %4.9'u çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini çok yeterli, %24.0 yeterli, %51.0'i kısmen yeterli, %15.1'i yeterli değil ve %5.0'i hiç yeterli olmadıklarını ifade ettiler. Taş (2017) çalışmasında öğrencilerin %48.8'inin kendini kısmen yeterli bulduklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar da bize öğrencilerin çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili olarak bilgi ve müdahale düzeyinde kendilerini yeterli bulmadıklarını göstermektedir. Bu çalışmada katılımcıların %91.6'sı çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgiye gereksinim duyduğunu ifade etmişlerdir. Benzer şekilde bir çalışmada öğrencilerin %92.9'unun daha fazla bilgiye gereksinim duyduklarını bildirmiştir (Taş, 2017). Bu sonuçlar öğrencilerin bu konuda eğitim eksikliklerinin bulunduğu dair farkındalıkların olduğunu göstermektedir. Taş'ın çalışma sonuçları araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir. Uysal 1998 yılında mezun hemşire ve ebe ile yaptığı çalışmada katılımcıların %79.1'inin daha fazla bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmada öğrencilerin %19.1'inin çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaştığını belirtmişlerdir. Taş (2017) çalışmasında öğrencilerin %33.3'ünün eğitim hayatı boyunca çocuk ihmal ve istismarı vakasıyla karşılaştığını belirtmiştir. Taş'ın araştırma sonuçları çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Uysal çalışmasında hemşirelerin %71.6'sının çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Sağlık çalışanlarının ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma oranlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Kocaer, 2006; Taş, 2017). Bu nedenle sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerin ders içerikleri içerisinde bu konuya önem vermeleri gerekmektedir.

Ayrıca öğrencilerin %77.6'sı çocuk istismarı ve ihmali sağlık profesyonelleri gibi mesleklerin tanımlayabileceğini bildirmiştir. Taş (2017) çalışmasında öğrencilerin %75.5'inin çocuk istismar ve ihmali vakası ile karşılaştığında tanımlayabileceğini belirtmiştir. Bu sonuçlardan da anlaşılabileceği üzere çocuk ihmal ve istismarının geleceğin sağlık çalışanları olacak olan sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin bu konuyu tüm yönleriyle bilmesi ve değerlendirmeye alınması olayla karşılaştığında erken dönemde tanımlanma oranını artıracaktır. Çünkü ihmal ve istismara uğramış ya da uğradığı düşünülen bir çocuk göz ardı edilirse çocuğun yaşadığı olayla ilgili süreç de yaşayacağı olumsuz durumlar açısından desteklenmeden sistemin içinde yaşamına devam etmesine izin verilmesi, yaşayacağı travmatik olayların artmasına neden olabilir. Bu nedenle çocuk ihmal ve istismarında olayın tespit edilmesinden en son izlem aşamasına kadar vakanın aile ile bir bütün olarak ele alınması ve doğru bir müdahale sistemiyle vakanın uygun bir şekilde yönetiminin sağlanması amaçlanmalıdır.

Bu çalışmada öğrencilerin tüm ölçek maddelerine verdikleri yanıtların puan ortalaması 3.57 ± 0.32 olduğu belirlendi. Taş (2017) yaptığı benzer araştırmada Sosyal Hizmet bölümünde okuyan öğrencilerin toplam ölçek puan ortalamasını 2.45 ± 0.23 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada alt ölçek puan ortalamaları ise “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalaması 3.87 ± 0.39 , “ihmal belirtileri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 4.05 ± 0.57 , “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.65 ± 0.34 , “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.20 ± 0.45 , “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.06 ± 0.50 ve

“çocuk istismarı ve ihmaliindeki ailesel özellikler” alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.57 ± 0.64 puan olduğu belirlendi. Taş (2017) çalışmasında alt ölçek puan ortalamalarını ise “istismar ve ihmaliin çocuktaki fiziksel belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalaması 2.58 ± 0.70 , “ihmal belirtileri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 2.07 ± 0.73 , “istismar ve ihmaliin çocuktaki davranışsal belirtileri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 2.78 ± 1 , “istismar ve ihmali yatkin ebeveyn özellikleri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 2.66 ± 0.67 , “istismar ve ihmali yatkin çocukların özellikleri” alt ölçeğinin puanı ortalaması 3.23 ± 0.46 ve “çocuk istismarı ve ihmaliindeki ailesel özellikler” alt ölçeğinin puanı ortalaması 2.68 ± 0.79 puan olduğunu bildirmiştir. Bu araştırmada toplam ölçek puanı ve alt ölçek puan ortalamaları biraz daha yüksek bulundu.

Araştırmada öğrencilerin üniversitede eğitim gördüğü sürede çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/ bilgi alanların “istismar ve ihmaliin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmaliin çocuktaki davranışsal belirtileri,” “istismar ve ihmali yatkin ebeveyn özellikleri,” “çocuk istismarı ihmaliinde ailesel özellikler” alt ölçekleri puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları almayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken; “istismar ve ihmali yatkin çocukların özellikleri” alt ölçeği puan ortalamaları ile almayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. Taş (2017) çalışmasında bu konuda bilgi alan öğrencilerin, almayanlara göre ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığını bildirmiştir (Taş, 2017). Bahadır (2018) çalışmasında, Tıp Fakültesi’nde eğitim gördükleri süre içerisinde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim alan ve almayan katılımcıların, herhangi bir nedenle sağlık kuruluşlarında kendilerine başvuran çocuklarda istismardan şüphelenme durumunu karşılaştırmış, Tıp Fakültesinde istismar konusunda eğitim alan hekimlerin eğitim almayan hekimlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak istismar konusunu daha fazla göz önünde bulundurduklarını belirlediklerini bildirmiştir. Ayrıca, Tıp Fakültesinde çocuk istismarı konusunda eğitim alan katılımcıların son bir yılda istismar ve ihmal vakalarıyla karşılaşma durumu eğitim almayan katılımcılara oranla istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Bahadır, 2018). Bu sonuçlara göre, çocuk istismarı ve ihmali

ile ilgili eğitim alanların bu konuyla ilgili bilgi düzeylerinin arttığı ve tanılamada kolaylık yaşadıkları söylenebilir.

Bu araştırmada katılımcılardan yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri,” “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler” alt ölçekleri puan ortalamaları ile karşılaşmayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Benzer şekilde Taş’ın çalışmasında çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların karşılaşmayanlara göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık olmadığını bildirmiştir (Taş, 2017). Taş’ın çalışma sonuçları sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada öğrencilerin okudukları bölüme göre çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi toplam puan ortalamalarının 3.46 ± 0.32 ile 3.63 ± 0.30 aralığında değiştiği, ölçekten en yüksek puan ortalamasını Sosyal Hizmet bölümünde okuyan öğrenciler alırken, en düşük puan ortalamasını ise Ergoterapi bölümünde okuyan öğrencilerin aldığı belirlendi. Taş’ın öğrencilerle yapmış olduğu çalışmada çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi toplam puan ortalamalarının 2.27 ± 0.34 ile 2.57 ± 0.24 puan aralığında değiştiği, ölçekten en yüksek puan ortalamasını Okul Öncesi Öğretmenliği bölümünde okuyan öğrenciler alırken, en düşük puan ortalamasını ise Psikoloji bölümünde okuyan öğrencilerin aldığı belirlendi. Üniversiteler ve bölümler arasında ders müfredatlarının farklı olmasından sonuçlar da farklılık göstermiş olabilir.

Bu araştırmada öğrencilerin öğrenim gördüğü sınıfa göre ölçeğin toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaların 4.sınıfta okuyan öğrencilerin, birinci sınıfta okuyan öğrencilere göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuç temel tıp bilimleri derslerinin genellikle birinci ve ikinci sınıfta okutulması, çocuk istismar ve ihmali ile ilgili konuların daha üst sınıflarda ders içeriklerinde olmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada katılımcıların “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğinin” toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, kadın katılımcıların tüm puan ortalamalarının erkek katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi. Bahadır (2018) çalışmasında katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyi ölçen sorularda aldığı ortalama puanlara bakıldığında, kadın katılımcıların ortalama puan ortalamasının erkek katılımcıların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Kara ve ark., 2010 yılında Ankara Üniversitesi’nde hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerini ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla gerçekteştirdiği çalışmasında hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerini cinsiyete göre değerlendirmiş olup kadınların bilgi puan ortalamasının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır. Al-Moosa et. al. (2003) Kuveyt’te çocuk hekimleri ile yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çocuk istismarı olgularını daha fazla tanıdıklarını bildirmişlerdir. Yine Japonya’da yapılan bir çalışmada, çocuk istismarı ile ilgili perspektif açısından sosyal hizmet uzmanları, avukatlar ve hekimler arasındaki farklılığın mesleklerden ziyade cinsiyet gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmişlerdir (Segal ve Iwai, 2004). Kadın katılımcıların erkek katılımcılardan çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olması, genellikle kadınların çocuklarla daha fazla zaman geçirmesi, bakımlarıyla daha fazla ilgilenmeleri dolayısı ile birer anne olarak onları daha iyi anlamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

8. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerinin çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Katılımcıların çoğunluğunun kadın, 18-24 yaş arasında ve tamamına yakınının bekar olduğu tespit edildi.
- Katılımcılar %26,9'unun üniversite eğitim süresince çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/ bilgi aldığını, %21,2'sinin seminare/ konferansa katıldıklarını, yarısının kendisinin bu konuda kısmen yeterli olduğunu ifade etmiştir.
- Ölçeğin toplam puan ortalaması 3.57 ± 0.32 puan olduğu belirlendi.
- Kadın katılımcıların “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri,” “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler” alt ölçeklerine verdikleri cevapların ortalamaları ve toplam puan ortalamaları erkek katılımcılarınkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.
- Katılımcıların okudukları bölüme göre çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi toplam puan ortalamalarının 3.46 ± 0.32 ile 3.63 ± 0.30 aralığında değiştiği, ölçekten en yüksek puan ortalamasını Sosyal Hizmet bölümünde okuyan öğrenciler alırken, en düşük puan ortalamasını ise Ergoterapi bölümünde okuyan öğrencilerin aldığı belirlendi.

- Katılımcılardan çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminare/ konferansa katılanların “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “çocuk istismarı ihmalinde ailesel özellikler” alt ölçekleri puan ortalamaları katılmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenirken; “ihmal belirtileri,” “istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,” “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçekleri puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları ile katılmayanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.
- Katılımcılardan yaşamı boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaşanların “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” alt ölçeği puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları karşılaşmayanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.
- Katılımcıların çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini yeterli görme düzeylerine göre “istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri,” “ihmal belirtileri” alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında kendini çok yeterli görenlerin bu alt ölçeğe verdikleri cevapların ortalaması kendini hiç yeterli görmeyenlerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu.
- Katılımcıların cinsiyet ile çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik ölçeğinin alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ölçeğin toplam puan ortalamaları ve alt ölçeklerden “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” hariç diğerlerinde kadınların puan ortalamaları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Katılımcıların okudukları sınıflara göre ölçeğin toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaların 4.sınıfta okuyan öğrencilerin, birinci sınıfta okuyan öğrencilere göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Öğrencilerin eğitim gördüğü süre içerisinde çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili ders içeriklerinin artırılması, derslerde konu ile ilgili daha detaylı bilgi verilerek öğrencilerin konuyu daha iyi anlamalarının sağlanması,
- Öğrencilerin eğitim süreçlerinde çocuk ihmal ve istismarı hakkında konferans ve seminer gibi etkinliklere katılımını sağlamak için teşvik edilmesi,
- Öğrencilerin mezuniyetlerine kadar olan süreçlerde özellikle bu konu ile karşılaşma oranlarının yüksek olduğu acil birimler gibi alanlarda klinik uygulama yapmaları,
- Çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili daha çok araştırmaların yapılması önerilebilir.

9. KAYNAKÇA

Aktaş Altunsu, Burcu. (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)

Al-Moosa, A., Al-Shaiji, J., Al-Fadhli, A., Al-Bayed, K., Adib, S.M. (2003), Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse Negl*, 27(10), 1161-78.

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

Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. (2013) The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3):469–83.

Bayraktar S. (2012), Psikolojik Travma, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 117. Behaviours of Mothers who Perform Physical or Emotional Abuse/Neglect of Their Children]. *C. U.* 2002;24(3):128-34.

Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury-Kassabri M. (2002) Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. *Child Abuse Negl*. 26(12):1291-309.

Beyazova, U., Şahin, F. (2007), Çocuk istismarı ve ihmeline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 42 (16), 16-18.

Bilukha, O., Hahn, R.A., Crosby, A., Fergusson, D.M., Leventhal, J.M., Taussig, H.N. (2005), The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *Am J Prev Med*, 28, 11 -39.

Chen,Y., Huang, J.J., Lu, T.H., Feng, J.Y. (2015), Clinical competency in child maltreatment for community nurses in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1),21-26.

Choudhry.V., Dayal, R., Pillai, D., Kalokh, S.A., Beier, K., Patel, V. (2018), *PLOS ONE*, 13(10),1-32.

Conk, Z., Başbakkal, Z., Yardımcı, F. (2013), Çocuk Sağlığına Genel Bakış. İçinde: Pediatri Hemşireliği. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, (eds.), Ankara: Akademisyen Kitabevi, s: 22-23.

Devries K., Knight L., Petzold M., (2018), “Who Perpetrates Violence Against Children A Systematic Analysis Of Agespecific And Sex-Specific Data”, *BMJ Paediatrics Open*,1-15.

Dinleyici, M., Şahin Dağlı, F. (2016), Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü. *Osmangazi Tıp Dergisi*,38, x-xx.

Erefe, İ. (2004). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemler: Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Erefe İ. (eds.), İstanbul: Odak Ofset; 169-188.

Erişim adresi: www.adliscil.adalet.gov.tr/istatistik_2015/CEZA/48. Pdf. Erişim Tarihi: 12.12.2018.

Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf>. Erişim Tarihi:23.01.2019.

Erişim Adresi: www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf. Erişim Tarihi: 23.01.2019.

Erişim adresi: www.who.int. Erişim Tarihi: 23.01.2019.

Erkol, Z., Albek, E., Cantürk, N., Erkol, H. (2013). Two physical child abuse cases with lethal outcome. *2*, 1-6.

Geçkil, E. (2017), Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 129-139.

Gölge, Z.B., Hamzaoglu, N., Türk, B. (2012), Sağlık çalışanlarının çocuk istismar ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 26(2), 86-96.

Gözen, D., Karaböcüoğlu, M., Yılmaz, H.L., Duman, M. (2012), Çocuk Acil Tıp (Acil Birime Getirilen İstismara Maruz Kalmış Çocuğa Hemşirelik Yaklaşımı), İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi. s: 2559-2564.

Gumbs, G.R., Keenan, H.T., Sevic, C.J., Conlin, A.M., Lloyd, D.W., Runyan, D.K., Ryon, M.A., Smith, T.C. (2013). Infant Abuse Head Trauma in Military Cohort. *Pediatrics*. 132(4): 668-76.

İnci, Yusuf. (2010), Çocukların Cinsel Suistimali ve İstismarının Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Boyutları. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. Zafer İlbars)

Kara, B., Biçer, Ü., Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.

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

King, W.J., MacKay, M., Sirnick, A. (2003) Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ*. 168 (2), 155-159.

Kitzman, H., Olds, D.L., Cole, R., Hanks, C., Anson, E., et al. (2010), Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: age-1 2 follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*; 164, 412-8.

Kocaer, Ümmühan. (2006), Hekim ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman:Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu, Prof. Dr. Mehmet Akif İnanıcı).

Kuğuoğlu, S. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Acil Bakım. Şelimen D.(eds), İstanbul: Yüce Yayımcılık; 577- 599.

Mavili, A. (2014). Aileiçi Şiddet, Ankara: Elma Yayınevi, s:137-138.

Mendoza-Melendez, M.A., Cepeda, A., Frankeberger, J., Lopez-Macario, M., Valdez, A. (2018), History of child sexual abuse among women consuming illicit substance in Mexico City. *J Subst Use*, 23, 520-27.

Morad, Y., Kim, Y.M., Armstrong, D.C., Huyer, D., Mian, M., Levin, A.V. (2002). Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome. Elsevier.134(3), 354-359.

Mori, K., Ktazowa, N., Hipuchi, T., Nakamura, T., Murata, T. (2013), Characteristics of shaken baby syndrome in a regional Japanese children's hospital. *Japanese Journal of Ophthalmology*, 57(6), 568-572.

Olds, D.L., Kitzman, H., Knudtson, M.D., Anson, E., Smith, J.A., Cole, R. (2014), Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*, 168, 800-6.

Onat, Gönül. (2010). Demokratik ve Otoriter Olarak Algılanan Ana- Baba Tutumlarının Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine Etkilerinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Figen Karadayı).

Oral, R., Sahin, F., Gazioglu, N., et al(2010). Tackling denial of abusive head trauma in Turkey International shaken baby syndrome. Abusive head travma. Concurrent workshop, 3:30-4-30 PM. Atlanta, Georgia-USA.

Özkan, Bilgin. (2015), Cinsel İstismar Mağduru Çocukların Psikososyal Durumlarının İstismara Ait Özellikler Açısından Tanımlanması, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Konya, (Danışman:Prof. Dr. Aliye Mavili).

Öztürk- Can, H., Irmak-Yılmaz, T. (2016), Yenidoğan Döneminde Çocuk İstismarı ve İhmali: Ebeler için Yeni Doğan Sağlığı ve Hastalıkları. Genç R, Özkan H, (eds), Anadolu Nobel Kitap Evleri, s:573-594.

Raman, S., Hotton P.R., (2017), Audit Of Child Maltreatment Medical Assessments In A Culturally Diverse, Metropolitan Setting, *BMJ Paediatrics Open*, 1,000125,1-6.

Rimsza, M.E., Schackner, R.A., Bowen, K.A., Marshall, W. (2002), The Arizona Child Fatality Review Program Experience, *Pediatrics*, 23(4),341 -345.

Segal, U.A, Iwai Y. Perceptions of child abuse: A comparison of three professional groups in Japan. *Child Soc.* 2004;18(1):16-29.

Solis-Garcia, G., Maranon, R., Medina Munoz, M., de Lucas Volle, S., Garcia-Morin, M., Rivas Garcia, A.(2018), Child abuse in the Emergency Department: Epimediology, management, and follow-up. *Aneles de pediatria*, 2526, 1-5.

Şahin, F. (2012), Çocuk İstismarı ve İhmali. Çocuk Acil Tıp. Karaböcüoğlu M.,Yılmaz H.Y. Duman M.(eds), İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.

Şahin, F., Taşar, M.A. (2012), Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Pediatri Arşivi*, 47, 152-8.

T.C. Resmi Gazete. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. 27.01.1995. Sayı:22184, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Kamu Görevlisinin Suçu Bildirmemesi. 12.10.2004. Sayı: 25611, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Taş, Ayşe. (2017), Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Çocuk ihmal ve İstismarı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi sosyal bilimler Enstitüsü Sosyal hizmet Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. İbrahim Cılga).

Tıraşçı, Y, Gören S. (2007), Çocuk İstismarı ve İhmali, *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.

Turan, A., Traş, Z. (2016). Çocuk ihmal ve istismarı. İçinde, Sargın N, Avşaroğlu S, Ünal A, (eds.), Eğitimden Psikolojik Yansımalar, Konya: Çizgi Kitabevi, s:37-58.

Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006), Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(9), 153-157.

Uysal A. (1998), Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanımda Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, *Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir. (Danışman. Prof. Dr. İnci Erefe).

Van Duin, E.M., Verlinden, E., Vrolijk- Bosschaart, T.F., Diehle, J., Verhoeff, A.P., Brillesijper-Kater, s.N., Lindour, R.J.L. (2018), Sexual abuse in very young children: a psychological assessment in the Amsterdam sexual abuse case study.3,1:1503524.

Ward, C.L., Artz, L., Leoschst, L., Kassanjee, R., Burton, P.(2018), Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates. *Lancet Glob Health*, 6, 460-68.

Yağmur, F., Asil, H., Per, H., Aslan, D., Çoşkun, A. (2010), Sarsılmış bebek sendromu 3 olgu sunumu. *Adli Tıp Dergisi*. 24(1),42-49.

Yalçın S. (2011), İstismara bağlı kafa travması: Bilimsel yayınlarda yeri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54, 227-230.

Yarar, F., Yarış, F. (2011), Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmeline yaklaşım, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(4),178-183.

Yücel, D. (2017), Çocuk İstismarı ve İhmali: Adli Sosyal Hizmet. Yücel D, Gönültaş M.B, (eds), İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık, s:88-121.

Zoroğlu, S.S., Tüzün Ü., Şar.,V., Öztürk, M., Eröcal-Kora, M., Alyanak, B. (2001), Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2: 69-78.



10. EKLER

Ek. 1

Bilgi Formu

Sayın katılımcı

Bu çalışma Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk istismar ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla planlanmış olup; elde edilen veriler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Tüm cevaplar gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

MUHAMMED HÜSAMEDDİN KAYA

1) Cinsiyetiniz?

() Erkek

() Kadın

2) Medeni Durumunuz?

() Evli

() Bekar

3) Yaşınız?

4) Bölümünüz?

- ☐ Beslenme ve Diyetetik
- ☐ Çocuk Gelişimi
- ☐ Dil ve Konuşma Terapisi
- ☐ Ebelik
- ☐ Ergoterapi
- ☐ Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
- ☐ Hemşirelik
- ☐ Odyoloji
- ☐ Sağlık Yönetimi
- ☐ Sosyal Hizmet

5) Üniversitede eğitim gördüğünüz sürede çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim/bilgi aldınız mı?

() Evet

() Hayır

6) Çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminere/konferansa katıldınız mı?

() Evet

() Hayır

7) Yaşamınız boyunca herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakası ile karşılaştınız mı?

() Evet

() Hayır

8) Yanıtınız evet ise bu durumda ne yaptınız?

9) Çocuk istismarı ve ihmalini sağlık profesyonelleri gibi meslekler tanımlayabilir mi?

☐ Evet

☐ Hayır

10) Siz çocuk istismarı ve ihmal konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?

☐ Çok yeterli

☐ Yeterli

☐ Kısmen yeterli

☐ Yeterli değil

☐ Hiç yeterli değil

11) Çocuk istismarı ve ihmal konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyuyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

12) Sınıfınız ?

....



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi “**Üniversite Öğrencilerinin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları**” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Üniversite Öğrencilerinin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalığına ilişkin tutumlarını belirlemek istedik. Araştırma için literatürden yararlanarak hazırlanan 11 soruluk “Bilgi Formu” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” kullanılacaktır. Bilgi formunu, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formunu araştırmaya katılan öğrencilerin doldurması gerekmektedir. Lütfen bilgi formu ve ölçek formunun üzerine isim yazmadan soruları içtenlikle cevaplayınız.

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nde öğrenim gören öğrencileri bu çalışmaya katılması talep edilecektir. Ancak, bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına **sahipsiniz**. Bilgi Formunu, Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçeğini yanıtlamanız, araştırmaya katılım için olur verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

İmza

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Selmin Köse

Diğer Araştırmacılar: Muhammed Hüsameddin Kaya

Ek. 2

	ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK	Çok Doğru	Oldukça Doğru	Kararsız	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 ısırk 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-ıç) ve intraoküler (göz-ıç) 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 kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.					
18	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21	Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir					
27	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler					
30	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara 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 ihmal etmesini etkilemez.					
50	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler					
51	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
53	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.					
55	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					

56	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkidir.					
59	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.					
60	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.					
61	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.					
62	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmal için bir risktir.					
63	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64	Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal 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.					

28.09. 2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE
(Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Planlamış olduğunuz araştırmanızda, geliştirmiş olduğum “Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanınmasına yönelik hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik ölçek”i kullanma isteğiniz beni çok memnun etti. Öncelikle teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ölçeğin ülkemizde farklı örneklem gruplarında, daha geniş popülasyonda test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak, geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşulu ile ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz, yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederim.

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

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

30.04.2018

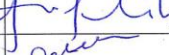
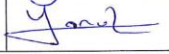
Sayın Dr.Öğr.Üyesi.Selmin KÖSE
Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu yapılan inceleme sonucunda planladığı **“Üniversite Öğrencilerinin Çocuk İstismar Ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları”** isimli araştırmanızın kurulumuzun 30.04.2018 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.


Etik Kurul Başkanı
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih: 30.04.2018 Toplantı Sayısı:15	Karar No: 2018/15-27 Dr.Öğr.Üyesi.Selmin KÖSE'nin planladığı "Üniversite Öğrencilerinin Çocuk İstismar Ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları"konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.
---	---

ÜYELER

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Dr.Öğr.Üyesi.Ayşe Tuba CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Dr.Öğr.Üyesi.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi



E-İmzalıdır

Sayı : 95687149-199.99-E.7422
Konu : Sağlık Bilimleri Fakültesi
Bölümleri öğrencilerine Anket
Uygulanması.

20/11/2018

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE

İlgi : 20.11.2018 tarihli Dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçede belirtilen 160808013 numaralı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Muhammed Hüsameddin KAYA'nın " Üniversite Öğrencilerinin Çocuk İstismar ve İhmaline Yönelik Farkındalıkları " başlık tez çalışması kapsamında 2018 - 2019 Eğitim Öğretim yılı güz dönemi veri toplanmasına ilişkin Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölümleri öğrencilerine anket uygulanması Dekanlığımızca uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nezihe BEJİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

10. Yıl Caddesi Protokol Yolu No.45 34010 Topkapı İstanbul
T: 444 8 276 (BRN) F: (212) 416 46 46 E: info@biruni.edu.tr
www.biruni.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin: Ramazan Turan KAYA
Tel: E-Posta: rkaya@biruni.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Nezihe BEJİ tarafından 20.11.2018 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <http://ebys.biruni.edu.tr/E-Imza/Default.aspx> linkinden FCD860E6X9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Muhammed Hüsameddin KAYA

Doğum Tarihi ve Yeri : 04.02.1993-Gaziantep/Yavuzeli

Mail Adresi: m.h.kaya27@gmail.com

Unvanı: Hemşire

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Biruni Üniversitesi - Hemşirelik	2016 Devam ediyor
Lisans	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi- Hemşirelik	2015
Lise	Açık Öğretim Lisesi	2011

Yayınları (Varsa)

Kaya M.H., Bayındır Çevik A. , "Mate Bitkisinin Sağlıkta Kullanımı ve Obesite Üzerine Etkisi", Sağlıkla Hemşirelik Dergisi , cilt.22, ss.46-47, 2015

İş Tecrübesi

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi – Hemşirelik- 2016 (Devam ediyor)

Özel Medikal Park Hastanesi - Hemşirelik – 2015

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI

Yazar Muhammed Hüsameddin Kaya

Gönderim Tarihi: 05-Şub-2019 03:16PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1073326546

Dosya adı: muhammed_04.02.2019.docx (91.43K)

Kelime sayısı: 12286

Karakter sayısı: 86252

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNE YÖNELİK FARKINDALIKLARI

ORJİNALLIK RAPORU

%**28**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**26**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**15**

YAYINLAR

%**17**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

core.ac.uk

İnternet Kaynağı

%**5**

2

acikerisim.selcuk.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

%**3**

3

www.phdernegi.org

İnternet Kaynağı

%**2**

4

www.cocugasiddetionluyoruz.net

İnternet Kaynağı

%**2**

5

Submitted to Mehmet Akif Ersoy Aniversitesi

Öğrenci Ödevi

%**1**

6

hemsirelik.ege.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

7

docs.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

8

Submitted to Selçuk Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

%**1**