



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE
İHMALİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ VE BU KONUDA VERİLEN PLANLI
EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamze TINMAZ PEHLİVAN

Aralık 2016
DENİZLİ

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ
KONUSUNDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ
VE BU KONUDA VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gamze TINMAZ PEHLİVAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Türkan TURAN

Denizli, 2016

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Gamze PEHLİVAN tarafından Doç. Dr. Türkan TURAN yönetiminde hazırlanan "Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş olup, kapsamı ve niteliği açısından bir yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Doç. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR.....
Adnan Menderes Üniversitesi

Üye(DANIŞMAN): Doç. Dr. Türkan TURAN.....
Pamukkale Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Sebahat ALTUNDAĞ.....
Pamukkale Üniversitesi

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../.....
Tarih ve 6-6 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

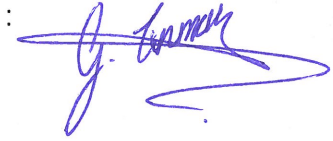
Prof. Dr. Hakan AKÇA

Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Gamze TINMAZ PEHLİVAN

İmza

: 

ÖZET

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE BU KONUDA VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gamze TINMAZ PEHLİVAN
Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik AD
Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Türkan TURAN

Aralık 2016, 97 Sayfa

Araştırma hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi ve bu konuda verilen planlı eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel olarak uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulunda 2015-2016 eğitim yılında öğrenim gören 1. (Kız: 38, Erkek: 19), 2. (Kız: 41, Erkek: 16), 3. (Kız: 47, Erkek: 15) ve 4. (Kız: 32, Erkek: 17) sınıf öğrencileri (toplam 225 kişi) oluşturmuştur. Araştırma verileri; “Öğrencileri tanıtıcı bilgi formu” ve “Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formu” kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma ön test, çocuk istismarı ve ihmaline yönelik eğitim ve son test uygulamasından oluşmaktadır. Araştırma verilerinin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi, Mann Whitney U testi, İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik genel ölçek bilgi puan ortalamaları ile istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri, çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek eğitim sonrası bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Eğitimin, çocuk istismarı ve ihmaline yönelik öğrencilerin farkındalıklarını belirgin düzeyde arttırdığı görülmektedir. Bu nedenle çocuk sağlığı ve gelişimini tehdit eden istismar ve ihmali konusunda duyarlılığın artırılmasına yönelik eğitim programları planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, İstismar, İhmal, Hemşirelik öğrencileri

ABSTRACT**DETERMINING THE AWARENESS LEVELS OF NURSING STUDENTS ABOUT CHILD ABUSE AND NEGLECT AND EVALUATING THE PLANNED EDUCATION ACTIVITY FOR THIS SUBJECT**

Gamze TINMAZ PEHLIVAN
M.Sc. Thesis In Nursing
Supervisor: Doç. Dr. Türkan TURAN (RN, PhD)

December 2016, 97 Pages

The research was conducted as semi-empirical to identify awareness levels of nursing students about child abuse and neglect and evaluate the planned education activity for this subject. The sampling of the research is consisted of 1st (Girl: 38, Boy: 19), 2nd (Girl: 41, Boy: 16), 3rd (Girl: 47, Boy: 15) and 4th (Girl: 32, Boy: 17) class students of Pamukkale University Denizli School of Health in 2015-2016 school year. Research data are obtained by using 'Student identification form' and 'The scale form for determining the indications and risks of the child abuse and neglect'. The research consists of pretest, education for child abuse and neglect and posttest applications. SPSS 21.0 was used to analyze the research data. The significance test of number, percentage, average, a difference between the two spouses(pairs), Wilcoxon paired two-sample test, Mann-Whitney U test, significance test of the difference between two averages, One-Way Analysis of Variance, Kruskal-Wallis Variance Analysis. General scale information pointaverages for the diagnosis of the symptoms and the mean of the post-training knowledge point average risks of child abuse and neglect of the pupils and the physical statements of the abuse on the child, the behavioral symptoms of the child related to abuse, indications of the neglect on the child, the characteristic of the parents who tend to abuse and neglect, the characteristics of the children who tend to be abused and neglected and familial characteristics in the abuse and neglect of the children in sub-scale was found to be statistically significant compared to the mean of pre-training knowledge point ($p<0.001$). It is clearly seen that the education enhanced the awareness of students about child abuse and neglect. That's why the training programs should be planned and applied for increasing the awareness about abuse and neglect problems which threaten the child health and development.

Key words: Child, Abuse, Neglect, Nursing students

TEŞEKKÜR

Tez alıőmamn her aőamasında ve yüksek lisans eğitimim süresince desteğini ve yardımını esirgemeyen tez danıőmanım Doç. Dr. Türkan TURAN'a,

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan Biyoistatistik Anabilim Dalından Öğr. Gör. Hande ŐENOL'a,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesine ve araştırmaya katılmayı kabul eden Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerine,

Beni her durum ve őartta en iyi koşullarda büyütüp yetiőtiren, hayatım boyunca bana daima destek olan, teőekkürlerin yetmeyeceği canım annem, babam ve kardeőime,

Hayatıma girdiği günden beri sevgi ve desteğiyle yanımda olan sevgili eőime,

En içten duygularımla sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Gamze TINMAZ PEHLİVAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
TEŞEKKÜR	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
TABLolar DİZİNİ	XII
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	XIV
1.GİRİŞ	1
1.1.AMAÇ.....	2
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1.TARİHSEL SÜREÇTE ÇOCUK	3
2.2. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TARİHSEL SÜREÇTEKİ GELİŞİMİ.....	6
2.3. ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNİN TANIMI VE KAPSAMI	9
2.4. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	10
2.4.1. Fiziksel İstismar	11
2.4.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome).....	13
2.4.1.2. Oluşturulmuş Hastalık / Münchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)	14
2.4.2. Duygusal İstismar	15
2.4.3. Cinsel İstismar	16
2.4.3.1. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)	20
2.4.4. İhmal.....	21
2.4.4.1. Çocuk İhmali Türleri	23
2.4.4.1.a. Fiziksel İhmal	23
2.4.4.1.b. Duygusal İhmal	24
2.4.4.1.c. Cinsel İhmal	25
2.4.4.1.d. Tıbbi İhmal.....	25
2.4.4.1.e. Eğitim ihmali	26
2.5. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNDE ROL OYNAYAN RİSK FAKTÖRLERİ	26
2.5.1. Aileden Kaynaklı Nedenler	27
2.5.2. Çocuk ile İlişkili Risk Faktörleri	28
2.5.3. Toplum ile İlişkili Risk Faktörleri	29

2.6. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ	29
2.6.1. Birincil koruma	30
2.6.2. İkincil koruma.....	30
2.6.3. Üçüncül Koruma	30
2.7. İSTİSMARA UĞRAYAN ÇOCUĞUN HASTANELERDE İZLENME PROSEDÜRÜ	31
2.8.ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ	32
2.9. HİPOTEZLER.....	34
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	35
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	35
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	35
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	35
3.4.ETİK YÖNÜ.....	36
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.5.1. Öğrencileri tanıtıcı bilgi formu(EK-6)	36
3.5.2. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formu (EK-7)	37
3.5.2.1. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formunun geçerlilik ve güvenilirliği.....	37
3.5.2.2. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formunun değerlendirilmesi	38
3.6. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....	39
3.7. ARAŞTIRMA BULGULARININ İSTATİKSEL ANALİZİ.....	40
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	40
4.BULGULAR	41
4.1.ÖĞRENCİLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER.....	41
4.2.ÖĞRENCİLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMAYA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	45
4.3. ÖĞRENCİLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA KONUSUNDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN ETMENLER	54
5.TARTIŞMA.....	71
5.1. ÖĞRENCİLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ ...	71
5.1.2. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumlarına göre dağılımı.....	71
5.1.3. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları, uygulanan istismar türü ve istismar ve ihmali uygulayan kişiye göre dağılımları... 72	
5.2. ÖĞRENCİLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMAYA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	75
5.2.1. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrasında karşılaştırılması	76

5.3. ÖĞRENCİLERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA KONUSUNDAKİ FARKINDALIK DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN ETMENLER	78
6. SONUÇLAR	85
6.1. SONUÇLAR	86
6. 2. ÖNERİLER	104
7. KAYNAKLAR	87
8.ÖZGEÇMİŞ	97
9. EKLER	
EK-1.PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİN FORMU	
EK-2. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ İZİN FORMU	
EK-3. DENİZLİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU ARAŞTIRMA İZİN FORMU	
EK-4. ETİK KURUL İSİM DEĞİŞİKLİĞİ İZİN FORMU	
EK-5.ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU KULLANIM İZİNİ	
EK-6. ÖĞRENCİLERİ TANITICI BİLGİ FORMU	
EK-7.ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK FORMU	
EK-8.ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK PUANLAMA FORMU	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Çocuk İstismar ve İhmalinde Çok Seviyeli Risk Faktörleri.....	27
Grafik 4.1. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği.....	50
Grafik 4.2. Öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği.....	50
Grafik 4.3. Öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği.....	51
Grafik 4.4. Öğrencilerin ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği.....	51
Grafik 4.5. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği.....	52
Grafik 4.6. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği.....	52
Grafik 4.7. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamalarının alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği.....	53

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4.1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	41
Tablo 4.2. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumlarına göre dağılımı.....	43
Tablo 4.3. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları, uygulanan istismar türü ve istismar ve ihmali uygulayan kişiye göre dağılımları.....	44
Tablo 4.4. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlara göre dağılımı.....	45
Tablo 4.5. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki genel ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı.....	46
Tablo 4.6. Öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı.....	46
Tablo 4.7. Öğrencilerin istismar ve ihmalinin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı.....	47
Tablo 4.8. Öğrencilerin ihmal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı.....	47
Tablo 4.9. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı.....	48
Tablo 4.10. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı.....	48
Tablo 4.11. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı.....	49
Tablo 4.12. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı ve yaş gruplarına göre eğitimin etkinliği.....	54

Sayfa

Tablo 4.13. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı ve cinsiyetlere göre eğitim etkinliği.....	58
Tablo 4.14. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının sınıflarına göre dağılımı.....	61
Tablo 4.15. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrasında bilgi puan ortalamalarının ekonomik duruma göre dağılımı.....	65
Tablo 4.16. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmal hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı.....	67
Tablo 4.17. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmal vakasıyla karşılaşma durumuna göre dağılımı.....	69

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
ÇHS	Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇİVİ	Çocuk İstismarı ve İhmali
Max.	Maksimum
MBP	Oluşturulmuş Hastalık / Munchausen by Proxy Sendromu
Min.	Minimum
SBS	Sarsılmış Bebek Sendromu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SS	Standart Sapma
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

1.GİRİŞ

Çocuk, doğduğu andan itibaren büyüme süreci içinde ailesi ve çevresi ile kurduğu etkileşimden çıkardığı sonuçları özümseyerek kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini oluşturmaktadır. Bu nedenle ana babaların çocuklarına gösterdikleri tutum ve davranışlar, çevresindeki diğer yetişkinlerin davranışları, çocuğun yetiştiği ortam, çocuğun sağlıklı bir kişilik geliştirmesi açısından önem taşır (Bayhan 1998).

Toplumların geleceğini sağlam temellere oturtabilmeleri için, toplumun sosyal yapısını oluşturacak olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunmaları ve eğitilmeleri gerektiği toplum tarafından kabul gördüğü halde, halen daha korumasız, güçsüz, hakkını savunamayan çocuklar ihmal ve istismar edilmektedir (Arıkan vd 2000).

Çocuk istismarı ve ihmali, ebeveynler ya da birincil bakım veren tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da olumsuz yönde etkileyen eylem ya da eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucunda da çocuğun fiziksel, cinsel, ruhsal ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusu olmaktadır (Taner ve Gökler 2004).

Çocuk istismarı yinelenebilirliği, çocuğa genellikle en yakınları tarafından yapılıyor olması nedeniyle, tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma şeklidir (Johnson 2007).

Çocuk istismarı ve ihmali ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı, toplumsal açıdan giderek önem kazanmaya başlamış bir sorundur. Konunun yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasındaki güçlükler, inkar edilmesi ve gizli kalması sorunun önemini daha da arttırmaktadır (Kara vd 2004, Acehan vd 2013, Yaşar vd 2014).

Son yıllarda çocuk istismarına olan ilgi ve farkındalık yeterli olmamakla birlikte artmaktadır. Gerek kayıtların yetersizliği gerekse akademik olarak bu tür çalışmaların yeterli yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2016) verilerine göre, tüm dünyada kadınların %20'si, erkeklerin ise yaklaşık %8'i çocukluklarında cinsel istismara uğramakta; yetişkinlerin ise %25' i çocukluk döneminde fiziksel istismara uğramaktadır. Ayrıca her yıl, 15 yaşın altındaki 41 000 çocuk cinayet sonucu öldüğü tahmin edilmektedir (WHO 2016).

Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması 2010 Özet Raporu'nda; 7-18 yaş çocukların %43'ünün fiziksel istismara, %51'inin duygusal istismara, %25'nin de ihmale maruz kaldığı, aynı raporda 7-18 yaş arası çocukların %56'sının fiziksel istismara, %49'unun duygusal istismara ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu belirtilmektedir (<http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>).

Çocuk sağlığının geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve korunmasında, ihmal ve istismar olgularının önlenmesi, erken tanınması ve girişimlerin en erken dönemde başlatılmasında sağlık çalışanlarına önemli roller düşmektedir. Özellikle vakayla ilk karşılaşan, öykü alma süreciyle başlayıp, bakım ve tedavi esnasında hastayla daha yakın etkileşime geçen hemşirelerdir. Hemşireler, çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında ve tedavi edilmesinde çok önemli bir kilit role sahiptir. Bu noktada istismar ve ihmal olgularının tespit edilebilmesi için, özellikle hemşirelerin mesleğe başlamadan önce, çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve riskleri konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları önemlidir. Çocuk istismarı ve ihmali hakkında yetersiz akademik araştırmaları olması ve bu konu ile ilgili yeterli eğitimin verilmemesi, bilgi eksikliğine neden olmakta ve hastaneye gelen vakalar göz ardı edilebilmektedir. Bu konuda yapılan literatür taraması sonucunda, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi eksiklikleri olduğu ve bu konuda daha donanımlı hale gelebilmeleri için eğitim almalarının gerekliliği vurgulanmaktadır.

1.1.Amaç

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi, çocuk istismarı ve ihmali hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan yarı deneysel bir çalışmadır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1.Tarihsel Süreçte Çocuk

Çocuk kavramı tarih boyunca toplumların yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavramdır (Aral 1997). İnsanlık tarihinde geriye doğru bakıldığında, farklı kültürlerde, farklı çağlarda, çocuğun, bir "mal" gibi algılanıp çeşitli biçimlerde kötüye kullanıldığı görülür. Çocukların doğar doğmaz babaları tarafından öldürülmeleri, köle olarak satılmaları, tanrılara adak olarak verilmeleri, boğaz tokluğuna ufak yaşlarda çok ağır işlerde çalıştırılmaları gibi örnekler çoğaltılabilir (Kavaklı vd 1998).

Eski çağlarda çocuğun kaderi, anasının kaderine sıkı sıkıya bağlıydı. Her ikisi de toplumda kölelerden biraz daha iyi durumda kabul ediliyorlardı. Ama bu, her ikisinin de mal gibi alınıp satılmalarını, dövülerek sakat bırakılmalarını, kurban edilmelerine engel olmuyordu (Yörükoğlu 1984).

Bazı toplumlarda çocukların yaşamaları birçok testten geçtikten sonra mümkün olabilmekteydi. Çin, Hindistan, Meksika ve Peru gibi ülkelerde bebekler nehre atılır, meşru ve güçlü iseler yaşamaya hakları olduğu, su üzerinde kalmayı başaramazlarsa ölmeyi hak ettikleri düşünülürdü (Polat 2006).

Orta Çağ'da ve onu izleyen yüzyılda çocukluk ayrı bir yaşam dönemi olarak kabul edilmiyordu. Bağımlı yaşadıkları belirli bir süre sonunda çocuklar, küçük yetişkinler olarak görülüyor ve onlardan yetişkinler gibi davranmaları bekleniyordu. Yetişkinler gibi giyiniyor, yetişkinlerle oturup içki içiyor, tarlada ve pazaryerlerinde onlarla birlikte çalışıyorlardı. Hatta evlendiriliyor, iktidara getiriliyor ve suçlu bulduklarında bir yetişkin gibi asılıyorlardı (Atıcı vd 2004).

Tarihin tüm dönemlerinde, kız çocuklarının erkek çocuklarına oranla daha çok istismar edildikleri ve öldürüldükleri görülmektedir. Özellikle Çin'de kız çocuklar ekonomik nedenlerle satılmakta ya da iş gücüne fazla katkısı olmayacağı gerekçesiyle öldürülmekteydiler. Eskimolar arasında eve gelen misafirlere kızlarını ikram etme yaygın bir uygulamaydı. Kız çocukların bazı toplumlarda özellikle Hindistan, Avustralya

ve bazı İslam ülkelerinde çok küçük yaşta evlendirilmeleri, çocuk ölümlerini arttıran nedenlerin başında gelmekteydi (Kavaklı vd 1998).

Hristiyanlığın doğuşuyla birlikte acıma, düşküne ve güçsüze yardım duyguları toplumlara yayılmaya başladı. Kilise kimsesiz çocukları kanatları altına aldı. Onları Tanrı yoluyla eğitmeye başladı. Aslında amaç çocukları kurtarmak değil, onları dinin ve Tanrı'nın buyruğuna sokmaktı. Çok geçmeden çocuklar bu kez de din adına, kilise adına ezilmeye başladı. İncil, çocukların günah ürünleri olduğunu yazıyordu. Onları cehennemlik olmaktan kurtarmak ana-babaların göreviydi. Çocukta doğuştan var olan kötülükleri ve içindeki şeytanı kovmak için onu dövmek gerekliydi. Bunun için ana baba dayacağı elden bırakmamak zorundaydı (Uysal 1998).

Orta Çağ'ın Batı dünyasından farklı olarak, İslamiyet'te çocukluk kavramı geniş ve ayrıntılı olarak ele alınan konulardan biridir. Kuran ve Sünnet'te, buluğ yaşına kadar çocuğun "mükellef" sayılmadığı öğretisi mevcuttur. Çocukluğun yetişkinlikten farklı özel bir "biyolojik" evre olduğu, doğumdan buluğ çağına kadar birkaç değişik evreden geçilerek çocukluktan çıkılacağı, yetişkinliğe belli bir hazırlık ve yetişme sonucunda ulaşıldığı ve çocuğun yetiştirilmesinde sorumluluğun yetişkinlere ait olduğunu gösteren ayet ve hadisler bulunmaktadır (Tan 1994).

ABD'de 20. yüzyıl başına kadar geçerli olan yasalara göre, çocuğa ana ve babasından başka kimse karışamazdı. Ana ve babaya karşı gelen çocuk, uslanıncaya kadar hapse atılabilirdi. 1880'de İngiltere parlamentosunda, kendi evlerinde ezilen, işkence gören, aç bırakılan ve sokağa atılan çocuklar konusu görüşülüp önlem alınması önerilmiş, ancak "aile içinde olup bitenler yalnız aileyi ilgilendirir" gerekçesiyle öneri geri çevrilmiştir. Maden ocaklarında ve dokuma fabrikalarında kıyasıya çalıştırılan küçük çocukların durumu gündeme geldiğinde de "ana ve babanın haklarına ters düşeceği" için bir önlem alınması uygun bulunmamıştır (Yörükoğlu 1992).

Çocukluğun hiç tanınmadığı bir çağdan, hukuksal, toplumsal, eğitsel kurumlar içinde korunmaya alınan çocukluk kavramına geçiş dört yüzyıl sürmüştür. Batı Avrupa'da çocuk anlayışında önemli bir değişim, 16. ve 17. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Çocukluğun ayrı bir yaşam dönemi haline gelmesi; ekonominin tarımdan sanayiye kayması, orta sınıfın gelişmesi, aile yapısının ve rolünün değişmesi, çocuk ölümlerinin azalması, anababa-çocuk ilişkisinde duygusal bağın önem kazanmasına bağlıdır (Onur 1994).

Aydınlanma çağında filozoflar çocukluk anlayışında ve çocukların eğitiminde yeni görüşler ileri sürdüler. Böylece farklı, kendine özgü, durağan değil gelişen bir çocukluk anlayışı ortaya çıktı. Modern çocukluk olgusunun ortaya çıkış dinamiklerinin temelini, Reform ve Rönesans Hareketleriyle alt yapısı belirlenen ve o zamanki şartlar

altında zirve yaparak Aydınlanma Çağı adını alan düşünsel devrimle birlikte, üretimin serileştiği, sanayi devriminin ortaya çıkardığı baş döndürücü toplumsal hareketlilik seyri oluşturmuştur. Batı'da, Rönesans ile birlikte çocuga gösterilen ilgi artmıştır. Reform Hareketleri de, çocuga yönelik tutum ve davranışları olumlu etkilemiş, skolastik düşüncenin oluşturduğu, insanın doğuştan günahkar olduğu inancı sarsılmıştır (Onur, 1994, 2007, Salim 2011).

Rönesans ve devamında gelen reform hareketleriyle başlayan çocuk tasarımı, 1850-1950 yılları arasında zirve noktasına ulaşmıştır. Bu döneme, tipografik çocukluk dönemi de denilmektedir. Bu dönem, sonrasında yerini elektronik çocukluğa bırakmıştır. Tipografik dönemin ortak sembolleri kitapken, elektronik çocukluk döneminin ortak sembolü önceleri TV, şimdilerde ise bilgisayar ve internet olmuştur. Bu dönemde çocuk, yetişkinle birlikte bilginin ortak kullanıcısı ve tüketicisi olmuştur. Çocuk-yetişkin ayrımı yapmadan, ortak kullanıma açılan iletişim imkanları ve araçları, çocuğun yetişkinlerin dünyasına girişini kolaylaştırmıştır (Şirin 2006).

20. yüzyıl egemen çocuk paradigması üç temel varsayıma dayandırılmaktadır. İlki, çocukların yetişkinlerden farklı olduğu veya çocukluğun özel bir biyolojik dönemi oluşturduğu, ikincisi, çocukluğun yetişkinliğe hazırlanması gerektiği, üçüncüsü ise çocukların yetiştirilmesinin, geleceğe hazırlanmasının sorumluluğunun yetişkinlere ait olduğudur (Tan 1994).

Tarih boyunca süre gelen çocuga karşı farklı yaklaşımlar günümüze gelindikçe bilimsel buluşlar, teknolojideki gelişmeler ile değişime uğramıştır. Tıp alanındaki ilerlemeler, bulaşıcı hastalıklara karşı alınan önlemler, yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ile çocuk ölümleri azalmış, çocuğun değeri artmıştır (Zeytinoğlu 1990).

Aydınlanma Çağı'yla başlayan, çocuklukla yetişkinlik arasındaki göreceli ayrımın, günümüzde erozyana uğradığı, sınırlarının belirsizleştiğini iddia edenlerin sayısı günden güne artmaktadır. Bukatko ve Daehler'e göre, daha da önemlisi, eskiden yalnızca yetişkinlerin dünyasında bulunan pek çok sorunu artık çocukların da yaşıyor olmasıdır. Alkolizm, uyuşturucu kullanımı, cinsel ilişki, şiddet suçları çocuklar ve ergenler arasında da artmaktadır. Öte yandan, çağdaş toplum çocukları daha erken yaşlarda daha fazla şey yapmaya ve başarmaya zorlamaktadır. Çocuklar okulda, sporda başarılı olmaya gitgide daha erken yaşlara itilmektedir. Çocukların artık çocuk olmaya, oyun oynamaya, baskıdan uzak yaşamaya zamanları ve fırsatları olmamaktadır (Bukatko ve Daehler 1992).

2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihsel Süreçteki Gelişimi

Yasalarımıza göre, 18 yaş altındaki herkesin çocuk olarak kabul edildiği ülkemizde çocuk istismarı, ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen tıbbi, hukuki ve sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Turhan vd 2006).

Çocuk istismarı ve ihmali davranışları toplumdan topluma değişmektedir. Bu değişim, kültürel yapıdaki farklılıklarla, ailelerin çocuk eğitimi konusundaki bilgi ve inanışlarındaki farklılıklardan ve çocuğun ana babasının ve diğer yetişkinlerin kendine karşı gösterdiği davranışları farklı algılamasından kaynaklanmaktadır. Bu yüzden, bir toplumda çocuğa karşı girilen hangi davranışların çocuk istismarı ve ihmali olarak algılanacağını, büyük ölçüde, o toplumda bulunan bireylerin değerleri, inançları, toplumsal normları, çocuk gelişimi ile ilgili bilgileri ve aile ilişkileri belirlemektedir (Robin 1991).

Kültürel farklılıklarla birlikte çocuk ihmal ve istismarının tarihsel gelişimi çok eskiye dayanmaktadır. Polat "Çocuk ve Şiddet" adlı kitabında milattan önce 400'de Plato'nun öğretmenlere, "çocukları kaba kuvvetle değil, oyun oynuyorsa eğitin" diyerek cezalandırma yöntemi dayığa, alternatif görüş sunan ilk düşünür olduğunu belirtmiştir (Polat 2001).

Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım Fransız Adli Tıp Profesörü Amboroise Tardieu'nun 1860 yılında, kırbaçlanarak ve yakılarak öldürüldüğü belirtilen 32 çocuğun otopsi bulgularını içeren yayındır (Finkelhor ve Korbin 1988). 1860 yılında, Tardieu tarafından tıbbi literatürdeki ilk tanımlama yapılmadan önce, Hugo ve Dickens'in romanlarında istismar konusuna değinildiği görülmektedir (Bernet 1997, Tercier 1998).

1946'da ise çocuk radyolojisi uzmanı J. Caffey, değişik yaşlarda uzun kemiklerinde çok sayıda kırık olan çocukları tanımlamış ve bunların da travmatik orijinli olabileceğini yazmıştır (Caffey 1966).

Henry Kempe 1961 yılında, Amerikan Pediatri Akademisi'nin yıllık toplantısında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" (Battered Child Syndrome) ile ilgili görüşlerini sunmuştur. Bu sendrom ile ilgili kapsamlı tanımlamalar bir sonraki yıl basılmış ve ABD'nin geçmiş istatistikleri ile birlikte pediatrik, psikiyatrik, radyolojik, adli ve kanuni kavramları da içermiştir (Kempe vd 1962).

ABD'de 1974 yılında "Hırpalanmış Çocukları Koruma ve Tedavi Etme" (Child Abuse Prevention and Treatment) adı altında bir yasa çıkarılmıştır. Bu yasa ile çocukların tanınması, korunması ve tedavileri için bir fon ayrılmıştır. Bu yasada 1974

yılında istismar ve ihmal edilen tüm çocukların rapor edilmesi mecburiyeti getirilmiştir (Polat 2001).

Uluslararası alanda çocuk haklarının korunmasına ilişkin ilk gelişme, 1924 yılında olmuştur. 26.09.1924 tarihinde Milletler Cemiyeti Genel Kurulu (Cemiyet-i Akvam) tarafından “Çocuk Hakları Cenevre Bildirisi” kabul edilmiştir. Ancak II. Dünya Savaşının çıkmasıyla bu bildiri kağıt üzerinde kalmıştır (Akarşlan 1998).

Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından 10 Aralık 1948’de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nin 25. Maddesinin 2. fıkrasında “Anne ve çocukların özel bakım ve yardıma hakları vardır. Tüm çocuklar evlilik içi ya da dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın, aynı sosyal korumadan faydalanırlar” hükmüne yer verilmiş, 26. maddede ise çocuk-erişkin ayrımı yapılmamış olmakla birlikte, eğitim hakkı düzenlenmiştir (<http://www.unicef.org/turkey/udhr/qi17.html#art25>). 1948’de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nde çocukların hak ve özgürlüklerine yeterince değinilmediği için çocukların özel durumları ve özel korunma ihtiyaçları nedeniyle çocuklara özgü ayrı bir belge hazırlama çalışmaları başlatılmıştır. 20 Kasım 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda Çocuk Hakları Bildirgesi’ni tekrar ele almıştır. Oybirliği ile kabul edilmesine karşın kağıt üzerinde kalan bildirge, çocuk haklarının daha da fazla teminat altına alınması ve üye ülkeler açısından bağlayıcı olan yeni bir uluslararası metnin hazırlanması gerekli görülmüş ve yapılan çalışmalar sonucunda 20 Kasım 1989’da Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Çocuk Hakları Sözleşmesini oy birliği ile kabul etmiştir (Aral ve Gürsoy 2001, Cılga 1999, Uysal 1998).

Günümüze kadar uzanan süreçteki en önemli gelişme Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)’ dir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun 20 Kasım 1989 tarih ve 44/25 sayılı kararıyla kabul edilip, 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Türkiye sözleşmeyi 14 Eylül 1990 tarihinde imzalamış ve 9 Aralık 1994 tarihli ihtirazi kayıtla onaylamıştır. 4058 Sayılı Onay Kanunu 11 Aralık 1994 gün ve 22138 Sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanmıştır (<http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22138.pdf>). 27 Ocak 1995 tarihinde 22184 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüştür (<http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/22184.pdf>).

ÇHS, önsöz ve 3 kısım olmak üzere toplam 54 maddeden oluşmaktadır. Sözleşmenin hükümleri 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yaşama, geliştirme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile işleyen dört temel alanı kapsamakta ve bunların gerçekleştirilmesi için toplumun, devletin ve ailenin sorumluluklarını ilke ve standartlarla açıklamaktadır (Polat 1999).

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesiyle ilgilidir.

Madde 19:

Bu Sözleşme'ye Taraf Devletler, çocuğun ana-babasının ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar (<http://www.unicef.org/turkey/crc/cr23c.html#art19>).

Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere, gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir (<http://www.unicef.org/turkey/crc/cr23c.html#art19>).

Madde 34:

Taraf devletler, çocuğu, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla taraf devletler özellikle:

Çocuğun yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını;

Çocukların, fuhuş, ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurulması sömürülmesini;

Çocukların pornografik nitelikli gösterilerde ve malzeme kullanılarak sömürülmesini, önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar (<http://www.unicef.org/turkey/crc/cr23e.html>).

Madde 39:

Taraf devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar. Bu tür sağlığa kavuşturma ve toplumla bütünleştirme, çocuğun sağlığını, özgüvenini ve saygınlığını geliştirici bir ortamda gerçekleştirilir (<http://www.unicef.org/turkey/crc/cr23e.html>).

Ülkemizde çocukların korunmasına yönelik hizmet veren önemli kurumlardan biri 24 Mayıs 1983 tarihinde 2828 sayılı yasayla kurulan Sosyal Hizmetler ve Çocuk

Esirgeme Kurumu (SHÇEK)' dir. Bu kurumun tarihi, ilk olarak 6 Mart 1917'de İstanbul'da, sonra 30 Haziran 1921'de Ankara'da kurulan Himaye-i Etfal Cemiyeti'ne dayanmaktadır. Himaye-i Etfal Cemiyeti, 5 Mayıs 1981'de yayınlanan kararla feshedilerek, görevleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na devredilmiş, 1991'de ise Başbakanlığa bağlanmıştır. Başbakanlığa bağlı iken 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın kurulmasından sonra bu bakanlığa devredilen kurumun faaliyetleri günümüzde Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü adıyla sürdürmektedir (<http://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/hakimizda/tarihce>).

2.3. Çocuk İstismar ve İhmalinin Tanımı ve Kapsamı

Türkçe'de "istismar" karşılığı olarak Türk Dil Kurumu sözlüğünde; birinin iyi niyetini kötüye kullanma, sömürme olarak tanımlanmaktadır (http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.571ffe34b64d19.74921976). "İhmal" ise gereken ilgiyi göstermeme, boşlama, savsaklama, savsama, önem vermeme şeklinde tanımlanmaktadır (http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.571ffc553fc00.56217731).

İngilizce'de "child abuse and neglect" karşılığı olarak Türkçe'de "çocuk istismarı ve ihmali" sözcüğü daha sık kullanılmaktadır. "Abuse" yerine örselenme, ezim, kötü muamele veya istismar sözcükleri kullanılmaktadır (Kars 1996).

Çocuk istismarı ve ihmali tanımı 1970'de Hellnes tarafından, çocukla bakıcısı arasında, çocuğun fiziksel ve gelişimsel durumuna yansıyan, "Kaza sonucu ortaya çıkmayan, etkileşim ya da etkileşim eksikliği" şeklinde yapılmıştır (Faller 1981).

Kempe ve Helfer çocuk istismarı ve ihmalini; "ana babaların veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği veya yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasar almaları" olarak tanımlamışlardır (Fehshbach 1980).

Parke ve Colimer istismarı; "anne babaların ve çocuğa bakmakla yükümlü olanların giriştiği, çocuk yetiştirme ile ilgili kültürel standartlara uygun olmayan, eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasara uğramasıdır" şeklinde tanımlayarak kültürel bir boyut getirmişlerdir (Bartholdsson 2001).

Garbarino ve Gilliam çocuk istismarı ve ihmalini; "ana baba ya da çocuktan sorumlu kişiler tarafından girilen toplumsal değerlerin ve uzman görüşünün birleştirilmesi sonucu çocukların sağlığı açısından uygunsuz ve zararlı olduğuna hükmedilen tüm eylem ve eylemsizlikler" olarak tanımlanmıştır (Browne 1997).

David Gil 1981 yılında çocuk istismarı ve ihmalini, “insanların yaptıkları (veya yapmaları gerektiği halde yapmadıkları) davranışlardan ya da insanların yarattıkları veya tolere ettikleri koşullardan dolayı, çocuğun gizil güçlerini ortaya koymasının, yeteneklerini geliştirmesinin engellenmesi” biçiminde tanımlanmaktadır.

Finkelhorn ve Korbin 1988 yılında istismarın uluslararası boyutta kabul olması için altı temel faktör olması gerektiğini açıklamıştır. Bunlar:

1.Kasıtlı olarak yapılan bir davranış olması gerekir.

2.Davranış oluşturduğu ortamda kabul görmeli ve onaylanmalıdır.

3.Davranışın istismar olduğuna dair uluslararası alanda fikir birliği sağlanmış olmalıdır.

4.Bireysel, devlet eliyle, ekonomik ve dini eylemler de istismar kapsamında kabul edilmektedir.

5.Toplumda direkt olarak çocuklara zarar veren bir davranış olmalıdır.

6.Toplumda birey olarak kabul edilen çocuğa yönelik olmalıdır (Finkelhor 1994).

Polat’a göre çocuk istismarı; “çocuğun bakımından sorumlu yetişkin bireylerin, çocuğun fiziksel, gelişimsel ve psikolojik açıdan iyi olma halini olumsuz yönde etkileyen tutum ve davranışlardır” (Polat 2001).

Çocuk istismarı ve ihmal kavramı Zeytinoğlu (1999) tarafından “18 yaşın altında bulunan çocuklara karşı aktif olarak girilen ve onların fiziksel, duygusal ve toplumsal gelişimlerini zedeleyen her türlü eylemler psiko-sosyal açıdan çocuk istismarı; onların bakım, beslenme, gözetim, eğitim gibi gereksinimlerinin karşılanmaması da çocuk ihmalidir” şeklinde tanımlanmıştır (Zeytinoğlu 1990).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1999’daki Çocuk İstismarını Önleme Toplantısı Raporunda, çocuk istismarı ve ihmalini, “çocuktan sorumlu olan kişilerin kendilerine duyulan güveni ya da fiziksel güçlerini kullanarak çocuğun gelişimine, sağlığına ya da yaşamına zarar veren ya da vermekle sonuçlanabilecek davranışlarda bulunması” olarak tanımlanmıştır (Runyan vd 2002).

2.4. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını 4 gruba ayırmıştır:

1.Fiziksel İstismar

2.Duygusal ve Psikolojik İstismar

3.Cinsel İstismar

4.İhmal (WHO 2002).

2.4.1. Fiziksel İstismar

Finkelhor ve Korbin'e göre fiziksel istismar; "Çocuğun gelişim ve fonksiyonlarında sürekli bozukluklar ve yararlanmalara neden olan, çocuğa acı veren ve kaza dışı meydana gelen, insanın çocuğa yönelttiği şiddet" olarak tanımlamıştır (Finkelhor ve Korbin 1988).

Wissow fiziksel istismarı, "Verilen cezalar sonucu çocuğun yaralanması, cilt bütünlüğünün bozulması, kemiklerde kırıkların gözlenmesi, çocuğun sağlıklı olma durumunun ya da yaşamının tehdit edilmesi istismar kapsamına girmektedir" şeklinde açıklamıştır (Wissow 1995).

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin, anne baba ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması ya da yaralanma riski taşımasıdır (Kaplan vd 1999, Taner ve Gökler 2004). Bu hasar, itaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla elle ve/veya aletle vurularak, itilerek, sarsılarak yakılarak ya da ısırılarak çocuğun vücudunun herhangi bir yerinde iz bırakacak şekilde ya da iz bırakmasa da şiddet uygulayarak çocuğa bir zarar vermesidir (Kaplan vd 1999, Tıraşçı ve Gören 2007).

WHO'nun tanımına göre fiziksel istismar; çocuk üzerinde sorumluluğu, gücü olan veya çocuk tarafından güvenilen bir ebeveynin veya herhangi bir kimsenin, çocuğun gerçek bir zarara uğramasına veya zarar tehdidine maruz kalmasına neden olmasıdır (WHO 2006).

Schmitt' e göre, müdahale edilmezse ve gerekli birimlere başvurulmazsa ölümle sonuçlanabilir olmasından dolayı fiziksel istismar, en önemli istismar türüdür ve ebeveynin karakteri ile çocuğa davranma şekli ve istismara uğratma riski arasında kuvvetli bir bağ vardır (Barton ve Schmitt 1986).

Kozcu'nun yaptığı araştırmada, çocuğun yaşı arttıkça anne-baba tarafından uygulanan fiziksel istismarın azaldığı belirtilmiştir. Yaş grubu 0–3 olan çocukların %76'sı anneleri tarafından istismar edilmektedir. Hem anne hem baba tarafından 16 yaşına kadar istismar yoğun iken, 16–18 yaşları arasındaki çocukların daha çok anne-babaları dışındakiler tarafından istismar edildikleri gözlenmiştir (Kozcu 1989).

Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği'nin yaptığı bir çalışmada, 6–12 yaş ilkokul öğrencilerinde cezalandırma yöntemi olarak dayanın kullanıldığı olguların görülme oranı %85'e ulaşmaktadır. Öğretmenlerin "tokat atma" veya "saç çekme" nin dayak olmadığı şeklindeki yorumları ancak vücuda zarar veren davranışların bu kapsamda ele alındığını göstermektedir (Polat 1997).

Can ve arkadaşları tarafından bildirildiğine göre; ABD’de Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi (N.C.A.N.D.S.) verilerine göre, 2006 yılında, 3 600 000 çocuk araştırılmış ve 905 000 çocuğun kötü muameleye uğradığı ve bunların 144 800’ünün fiziksel istismara uğradığı bildirilmiştir. 1996 yılındaki 206 605 fiziksel istismar olgusu dikkate alındığında, bir düşüş olduğu görülmektedir (Can vd 2006).

Çocukta fiziksel istismarı düşündürecek, yönlendirici ortak özellikler şunlardır:

1. Mevcut yaralanmaların öykü ile açıklanamaması,
2. Esas şikayet konusu dışında başka yaralanmaların da eşlik etmesi,
3. Tutarsız öykü,
 - a. Önemli yaralar için herhangi bir açıklama yapılmaması ya da yetersiz ya da uygun olmayan açıklamaların yapılması
 - b. Olay ile ilgili öykünün sürekli değiştirilmesi
 - c. Farklı kişiler tarafından aktarılan öyküler arasında tutarsızlık olması
 - d. Farklı sağlık görevlilerine, farklı öykülerin anlatılması
4. Kaza mekanizması ile çocuğun mevcut gelişim düzeyinin tutarsız olması,
5. Hekime/sağlık kurumuna başvurmada belirgin bir gecikmenin olması,
6. Aynı şikayet ile ilgili birden fazla hekime/sağlık kurumuna başvurulması
7. Ebeveynlerin tepkilerinin yaralanmaların türü ve şiddeti ile uyumlu olmaması (az ya da aşırı tepki),
8. Yaralanmaların çocuğun kendisi, çocuğun kardeşi veya başka bir üçüncü şahıs tarafından meydana getirilmiş olduğunun iddia edilmesi,
9. Daha öncesinde yaralanma ya da beslenmeyi reddetme, gelişim bozukluğu gibi spesifik olmayan nedenlerle tekrarlayan hastane yatışlarının olması,
10. Çocuk koruma kurumlarına daha öncesinde de başvuruların olmuş olması,
11. Çocuğun bir “kazalar zinciri” ile getirilmiş olması (Aksoy vd 1999, Dağlı ve İnanıcı 2010).

İstismar türleri içerisinde; tanımlanması ve belirlenmesi en kolay olanıdır. Tipik başvuru şekli ebeveyn tarafından nasıl meydana geldiği çok iyi açıklanamayan morarmalardır. Daha seyrek olarak ise yanıklar, kesici travmalar, zehirlenmeler, asfiksi, boğulma görülebilir (Kara vd 2004).

Fizik muayenede; baldır ve bacaklardaki morluklar, genital bölgedeki morluklar, değişik iyileşme evrelerindeki yumuşak doku hasarları, el izi, ısırık izi gibi özel izler, çok sayıda sigara yanıkları, perine ve kalçadaki yanıklar, karaciğer ya da dalak yırtılmasına yol açan künt karın travması, sefal hematoma, subperiostal kanama, epifizde ayrılma, metafiz kırığı, periostal kalsifikasyon gibi radyolojik bulgular, retinal kanama, ayrılma, lens dislokasyonu gibi göz hasarları, çoklu kosta kırıkları, çekme ile meydana gelen

timpanik zar yırtılması ile giden kulak hasarları ile kol ya da bacağın bükülmesi ile oluşan spiral kırıklar görülebilir (Arthur 1997).

Fiziksel istismar ve ihmale uğrayan çocuklarda fiziksel bulguların yanı sıra ruhsal ve davranışsal belirtiler de bulunmaktadır. Çocuğun sıra dışı şekilde korkulu, ürkek, güvensiz ve temkinli oluşu, fiziksel temastan sakınma, tehlike konusunda tetikte olma, eve gitmekten korkma, hayvanlara, akranlarına, kardeşlerine ve yetişkinlere karşı fiziksel olarak şiddette bulunma, öfkeli tepkiler ve suç davranışı sergileme, oyun ya da resimlerinde agresyon temalarının olması gibi belirtiler fiziksel şiddetin yansımaları arasındadır (Joshi vd 2010, Baren vd 2008).

Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklar sosyal işlevsellik alanında yetersizlik ve yakın ilişki kurma güçlüğü yaşamakta, duygusal yoğunluğu az, öfke ve istismar davranışı içeren ilişkilerle dikkati çekmektedirler (Gören ve Tıraşçı 2007). Ayrıca bilişsel yetilerde bozukluk, akademik başarısızlık, intihar düşünceleri ve girişimleri, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sorunların yanı sıra bazı psikiyatrik hastalıklar da (kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu) fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sık görülmektedir (Kaplan vd 1999, Tackett 2002, Taner ve Gökler 2004).

Son yıllarda, çocuk ölümlerine yol açan farklı fiziksel istismar türleri üzerinde durulmaktadır. Hamilelik sırasında annenin aşırı alkol ve uyuşturucu kullanması ve infantisit denilen yenidoğan cinayetleri de önemle üzerinde durulması gereken toplumsal sorunlar haline gelmiştir (Yaşar ve Akduman 2007).

2.4.1.1. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)

Bir yetişkin tarafından bebeğin kollarından ya da gövdesinden tutulup sarsılmasıyla, zayıf olan boyun kaslarının sarsma sırasında başın aşırı hareketlerine izin vermesi sonucu, korteksten dural venöz sinüse uzanan kortikal köprü venlerinde yırtılmalara bağlı beyinde kanama, retinal kanama ve/veya kırıklarla (özellikle posterior kot kırıkları) seyreden bir sendromdur (Yağmur vd 2010).

SBS olguları çocukluk çağı hastalıklarının bir çoğunun semptomu ile uyumlu şikayetlerle getirilmektedir. Bu yüzden ilk başvuruda SBS tanısını koymak oldukça zordur. Daha önce tamamen sağlıklı olan bir çocuk sıklıkla hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil tablosu ile getirilebilir. Tanıyı koymada iyi bir fizik muayene ve anamnez ile birlikte radyolojinin yeri büyüktür. Yaygın olarak ebeveyn veya bakıcı tarafından verilen hikayede ya hiç travma yoktur ya da minör bir travma öyküsü vardır. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar,

metabolik hastalıklar (glutarik asidüri tip 1), kanama bozuklukları, nadiren karbonmonoksit zehirlenmeleri düşünülmelidir (King vd 2003, Kirschner ve Wilson 2001).

Kanada da yapılan 10 yıllık retrospektif çalışmada 5 yaşından küçük 364 Sarsılmış Bebek Sendromu vakası incelenmiş ve SBS olgularının ortalama yaşı 4.6 ay (7 gün ile 58 ay), olguların % 45'inin hastaneye konvülsiyon, şikayeti ile getirildiği, olguların %76'sında (%86 bilateral) retinal kanama, %86'sında subdural kanamanın pozitif bulunduğu görülmüştür (King vd 2003).

Kayseri'de 2011 yılında, %35'inin hekim olduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet veren sağlık çalışanları katılımı ile yapılan bir çalışmada, katılanların %64.1'i SBS'yi daha önceden duymuş olduğunu ifade etmiş, ancak duyanların %10,4'ü SBS'den yeterince bilgisi olmadığı saptanmıştır (Balcı vd 2011).

2.4.1.2. Oluşturulmuş Hastalık / Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)

Bir anne-babanın çocuğunda gerçekte olmadığı halde bir hastalık üretmesi sonucu ortaya çıkan her türlü durumu tanımlar (Kara vd 2004). Bu sendromda ebeveyn ya da bakım veren, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta veya hastalık yaratmakta ve hasta çocuğu doktora götürmektedir. Sonuçta gereksiz tanısal işlemler, cerrahi girişimler ya da medikal tedavi nedeniyle çocukta ciddi tıbbi zararlar oluşmaktadır (Sharif 2004).

MBP karmaşık ve potansiyel olarak ölümcül bir çocuk istismarı formudur. Mortalite oranı %33 olarak rapor edilmiştir (Rosenberg 1987). Bu sendromun tanısı zor ve uzun bir süreç gerektirmektedir. Semptomların başlaması ile tanı arasında ortalama geçen süre bir meta analizde 21.8 ay bulunmuştur (McGovern ve Smith 2004).

Bu sendroma bağlı olarak diyabet, bakteriyemi, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni, nörolojik anomali, konvülsiyonlar ve ani bebek ölüm sendromu tanımlanmıştır. Semptomlar yanıltıcı olduğundan bu vakaların %10'u yanlış teşhis sonucunda hayatlarını kaybetmektedirler (Kuğuoğlu 2004).

Hacettepe Üniversitesi Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu grubunun çalışmasında 2005-2008 yılları arasında takip edilen 102 istismar olgusunun 5 (%3.9)'i MBP tanısı almış ve bu olgulardan biri boğulma sonucu ölmüştür. İstismara uğramaya başlama yaşı 5.4 ± 3.1 yıl iken, hastanede görülme ve tanı yaşı 8.1 ± 5.2 yıl bulunmuştur (Foto-Özdemir vd 2012).

2.4.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çevredeki yetişkinler tarafından gerçekleştirilen, çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemler ya da eylemsizliklerdir (Taner ve Gökler 2004).

Duygusal istismar kavramı, 1983 yılında toplanan Uluslar arası Duygusal İstismar Toplantısında “çocuk ve gençlerin psikolojik olarak kötüye kullanılması, yapılan veya yapılması gerekli olup da ihmal edilen toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik açıdan zarar verici oldukları saptanan davranışlardır. Bu davranışlar yaş, bilgi ve pozisyon gibi özellikler ile çocuk ya da gencin üzerinde güç sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir. Bu tür davranışlar çocuğun bilişsel, duygusal ya da fiziksel gelişimine hemen veya gelecekte zarar veren ya da verme potansiyeli taşıyan davranışlardır” şeklinde açıklanmıştır (Turla 2002).

UNICEF çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli olarak kötülenmesi, sosyal ilişkiden yoksun bırakılması, çocuğun sürekli olarak insanüstü güçlerle, sosyal açıdan ağır zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, yaşına ve gücüne uygun olmayan isteklerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen çocuk bakım ve yöntemleri ile yetiştirilmesi gibi davranışların duygusal istismar olarak kabul edilen davranışlar arasında yer aldığını belirtmektedir (Akyüz 2000).

Duygusal istismara neden olan başlıca ebeveyn davranışları:

1.Reddetme (Rejection): Çocuğun ihtiyaçlarının karşılanmaması ve onun ayrı bir birey olarak kabul edilmemesi, o yokmuş gibi davranılması, çocuğun olumlu yönlerini ortaya çıkarmak, motive etmek için herhangi bir şey yapılmaması, yardım taleplerinin reddedilmesi gibi davranışları içerir.

2. Korkutma, Yıldırma, Tehdit (Terrorizing): Ebeveynin sözel veya fiziksel saldırılar ile çocuğu korkutması, tehdit etmesi, gözdağı vererek korku dolu bir ortamda yaşamasına neden olmasıdır. Azarlamak, sık sık ve haksız yere cezalandırma vb. davranışları içerir.

3. Tek başına bırakma (Isolating): Ebeveynin çocuğu toplumsal ilişkilerden ve kendinden mahrum bırakması, çocuğun bu tip ilişkilere girmesini sağlayacak fırsatlar sağlamaması veya kasıtlı olarak bu fırsatları engellemesidir.

4. Duygusal tepki vermeyi reddetme (Denying emotional responsiveness): Çocuğun sevgiden ve duyarlı bakımdan mahrum olması, yok sayılması, sağlıklı olarak hem duygusal hem de sosyal gelişimini sağlayacak tepkilerin verilmemesidir.

5. Suça yöneltme (Corrupting): Çocuğun, anti sosyal davranışlara yöneltilmesi, buna özendirilmesi, kötü örnekler göstererek o yola yöneltmesidir.

6. Aşağılama (Degrading): Ebeveynin, çocuğun küçük düşmesine neden olacak, onurunu zedeleyecek davranışlarda bulunması, çocukta yetersizlik duygusu uyandıracak takma isimlerle çağırması ve bu tip davranışların sistematik olarak uygulanmasıdır.

7. Kendi çıkarına kullanma (Exploiting): Ebeveynin kendi çıkarı için çocuğu kullanmasıdır. Bu tip olaylar daha çok sorunlu evliliklerde çocuğun evlilik güvencesi olarak kullanılması olarak görülür.

8. Vaktinden önce yetişkin rol verme (Adultifying): Çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerin olması ve bu tip başarıların beklenmesi, yapamayacağı şeyleri başarması için baskılanması, yaş gelişimine uygun olmayan sorumlulukların verilmesidir (Polat 2007, Sibert vd 2002).

Duygusal istismarın diğer istismar biçimlerini bir şemsiye gibi altında topladığı, tek başına gerçekleşebildiği gibi fiziksel ve cinsel istismarlarda birlikte bulunduğu ifade edilmektedir (Erkman 1991). İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubu'nun 18 aylık deneyimi sonucunda Psikiyatri Polikliniğine başvuran çocuklar arasında yapılan araştırmada %36 oranında fiziksel ve duygusal istismar saptanmıştır. İstismar tipi %85'inde duygusal, %66'sında fiziksel, %38'inde cinsel olarak tanımlanmış, cinsel istismar olgularının tümüne duygusal istismarda eşlik etmiş, olguların %13'ünde ise üç tip istismar birden saptanmıştır (Oral ve Hancı 2004).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda; enürezis, enkoprezis, yalan söyleme, iştahsızlık, hırsızlık, başarısızlık, bağımlılık, aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, depresyon, değersizlik duyguları geliştirme, düşük benlik saygısı, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlarda bulunma, cinayet ve intihar gibi durumlara rastlanmaktadır (Polat 2007).

2.4.3. Cinsel İstismar

Çocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur (İşeri 2008).

Çocuklarda cinsel istismar Ruth ve Kempe tarafından, "Bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay vermeye gücü yetmediği, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmaları" şeklinde tanımlanmıştır (Kempe 1984).

NCCAN (Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Merkezi) 1991'de cinsel istismarı "Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin cinsel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel olarak istismarı olarak kabul

edilir. Cinsel istismar diğ er bir çocuk tarafından eğer bu çocuğ un diğ eri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya belirgin bir yaş farkı varsa da gerçekleştirilebilir” olarak tanımlamıştır (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect 1991).

Dünya Sağlık Örgütü cinsel istismarı, “çocuğ un tamamen kavrayamadığı, rızasının mümkün olmayacağı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, yasalara aykırı veya içinde yaşadığı toplumun tabu gördüğü cinsel bir eylem içine sokulmasıdır” şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2006).

Faller, cinsel istismarı 7 gruba ayırmıştır:

1. Temas içermeyen cinsel istismar türleri:

Cinsel içerikli konuşma: İstismarcının, çocuğ un cinsel özelliklerine yönelik veya çocuk üzerinde gerçekleştirmeyi istediğı cinsel faaliyetleri anlattığı ve başka cinsel öneri ve yorumlarda bulunduğu konuşmadır.

Teşhircilik: İstismarcının kendi cinsel bölgelerini çocuğ a göstermesi veya çocuğ un önünde mastürbasyon yapmasıdır.

Voyerizm (Röntgencilik): İstismarcının, açıkça veya gizli olarak çocuk çıplakken yada istismarcıyı cinsel doyum sağlayacak herhangi bir durumdayken gözetlemesidir.

2. Cinsel dokunma: İstismarcının çocuğ un cinsel bölgelerine dokunması ya da çocuğ u kendisine dokunmasını sağlamasıdır.

3. Oral-genital temas: İstismarcının ağız-vajina, ağız-penis ve/veya ağız-anüs yoluyla kendisiyle birleşmesini sağlamasıdır.

4. İnterfemoral ilişki: İstismarcının penisini, çocuk kurbanın bacakları arasına yerleştirdiğı ilişki türüdür.

5. Cinsel penetrasyon: Dört tip penetrasyon tanımlanmıştır. Bunlardan dijital penetrasyon, parmakların vajina veya anüse girmesidir. Objelerle penetrasyonda bir obje kullanır. Genital penetrasyonda penisin bir kısmı veya tamamının anüs ya da vajinaya girmesidir. Anal penetrasyonda ise aynı şekilde anüse girilmesidir.

6. Cinsel sömürü: Cinsel tatminden çok parasal kazanç için çocuk pornografisi ve fuhuş gibi yollarla çocuk istismarıdır.

7. Başka istismar türlerini de içeren cinsel istismar: Cinsel istismara aşağılama, fiziksel olarak kötü muamele, uyuşturucu, alkol kullanmaya zorlama eşlik edebilir (Faller 1988).

İki çocuk arasında geçen cinsel içerikli, gösterme ya da dokunma tarzı eylemler zorlama olmadığı koş ulda bazı durumlarda cinsel oyun olarak adlandırılabilir. Her iki çocuk da 4 yaş ın altındaysa ya da iki çocuk arasındaki yaş farkı 4 yaş ın az ise ve çocuklar eylemi tam olarak kavrayacak olgunlukta değilse bu durumun cinsel oyun olarak değerlendirilmektedir (Butchart ve Harvey 2006).

İstismarın neden olduğu utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı cinsel istismar çoğu kez gizli olarak kalmakta ve sır olarak saklandığı için de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak zor olmaktadır (Avcı ve Tahiroğlu 2007, İşeri 2008).

Back ve Lips'in 1998 yılında yaptıkları çalışmaya göre, her yaştan ve sosyoekonomik gruptan çocuklar cinsel istismara maruz kalmakta, olguların yaklaşık %30'u 2-5 yaş, %40'ı 6-10 yaş ve %30'u 11-17 yaşları arasında olmaktadır. Cinsel istismarın genellikle ilk kez 8-12 yaşlar arasında yaşandığı belirtilmektedir (Back ve Lips 1998).

ABD'de ise 18 yaş ve altı çocuklarda cinsel istismar % 0.13 olarak saptanmış ve kız çocuklarının daha fazla istismara uğradığı bildirilmiştir (Walrath vd 2003).

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nce İstanbul'daki liselere devam etmekte olan 1955 kız çocuğu arasında yapılan bir araştırmada olguların %95,7'sinin cinsel istismar ile ilgili soruya yanıt verdiği saptanmıştır. Bu çocukların %13,4'ü cinsel istismara uğradığını bildirmiştir. Bu istismarların %11,3'u cinsel bölgelerinin ellenmesi ve %4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlanma olarak tanımlanmıştır. Her iki tipte cinsel istismara uğradığını belirtenlerin oranı ise %3 olarak saptanmıştır. Cinsel istismar bildiren çocuklar %32, 4'ü istismarcı ile ilişkisini sorgulayan soruya yanıt vermemiş, %50'si bir yabancı tarafından istismar edildiklerini bildirmiş, ensest durumu sadece %1,8 çocuk tarafından bildirilmiştir. Bir erkek tarafından istismar edilme oranı %92,9 iken; kadın tarafından istismar edilme oranı %5,7 ve her iki cins tarafından istismar edilme olma oranı ise %1,4 olarak saptanmıştır (Alikashifoğlu vd 2006).

2012'de yayınlanan bir çalışmada, 1 Haziran 2005 ile 31 Aralık 2008 tarihleri arasında, Eskişehir' de, adli mercilere yansıyan 270 cinsel suç olgusu araştırılmıştır. Mağdurların en küçüğünün 4, en büyüğünün 69 yaşında olduğu, yaş ortalamalarının ise $18,2 \pm 9,3$ olduğu saptanmıştır. Olguların 173'ünün (% 64) 18 yaş ve altında olduğu, 97'sinin (% 36) 18 yaşından büyük olduğu belirlenmiştir. Olguların 34'ünde (% 12,6) sanığın yabancı, 236'sında (% 87,4) ise tanıdık ve çevreden biri olduğu, 29 olgunun (%10,7) ensest ilişki kapsamında değerlendirildiği belirlenmiştir (Karbeyaz vd 2012).

Dünya Sağlık Örgütü ve Ankara Üniversitesi'nin hazırladığı Türkiye'de Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşam Deneyimleri Araştırması-2013 Raporuna göre; Erkeklerin % 8,7'si; kadınların % 7,2'si çocukluklarında cinsel tacize uğramıştır. Kız çocukları, akrabaları tarafından cinsel tacize maruz kalmış ve istismarcıların % 9'u çocukla aynı evde yaşamaktadır. Cinsel tacize uğrayan çocukların % 37,1'i "tanıdığı ve evde yaşamayan biri", % 25,2'si "evde yaşamayan bir akraba", % 11,3'ü "evde yaşayan ve akraba olmayan biri", % 11,3'ü "çocuğun güvendiği biri", % 8,6'sı istismarcının "evde yaşayan bir akraba", % 7,9'u "çocuğun bakımından sorumlu

olan biri (bebek bakıcısı vb.)” ve % 33,8’i ise “bir yabancı” olduğunu söylemiştir. Cinsel tacize uğrayan erkek çocukların % 44,9’u “tanıdığı evde yaşamayan biri” tarafından taciz edildiğini bildirmiş. Kız çocuklarında ise tacizi gerçekleştirenler arasında en yüksek oran % 32,9 ile “evde yaşamayan bir akraba”dır (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270689/Adverse-childhood-experiences-survey-among-university-students-in-Turkey-study-report-2013_Enq.pdf?ua=1).

Cinsel istismara özgü belirtiler çocuktan çocuğa değişirken aynı çocukta gelişim ile birlikte zaman içinde de değişimler olabilir. İstismara uğrayan çocukların yaklaşık 1/3’ü akut dönemde herhangi bir belirti vermeyebilirler ancak olası riskler düşünülerek düzenli takip altında bulundurulmaları son derece önemlidir. Cinsel istismara uğramış çocukta olgular değerlendirildiğinde %20-50’sinde psikiyatrik belirti olmadığı bildirilmiştir. Ancak izleme dayalı veriler belirti göstermemiş çocukların %10-20’sinde 12-18 ay içinde sorunlar başlayabileceğini ortaya koymuştur (İşeri 2008).

Çocuğun öykü vermesi, yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar sergilemeye başlaması, içe kapanma, okul başarısında azalma gibi başka biçimde açıklanamayan önemli davranış değişiklikleri görülmesi cinsel istismar kuşkusunu doğurmalıdır. Cinsel istismarın en özgün bulguları genital kanama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve beklenmedik cinsel davranışlardır (Kara vd 2004).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, yeme sorunları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri gözlenebileceği gibi travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi daha karmaşık tablolar da ortaya çıkabilir. (Green 1996, Avcı ve Tahiroğlu 2007). Okul çağında cinsel istismara uğramış ve uğramamış çocuklarda TSSB’nin araştırıldığı bir çalışmada istismarın TSSB ile yüksek ilişki gösterdiği, penetrasyon ve saldırganlık derecesinin anksiyete düzeyinde artışla sonuçlandığı bildirilmiştir (Evans vd 2005).

İstismarın erken döneminde amnezi ve uyurgezerlik, aşırı fantezi kurma, çocuğun gözlerini bir noktaya dikip uyarılara cevap vermediği şekil olarak tanımlanan trans benzeri durumlar çocuklarda en sık görülen dissosiyasyon belirtisidir. Dissosiyasyon, istismara eşlik eden ezici ve korkutucu duygulardan çocuğun kaçınmasına olanak tanır. Dissosiyasyon başlangıçta çocuğa yardım etmesine rağmen süre uzadıkça okul fonksiyonlarını da içeren bilişsel performansı bozduğu öne sürülmüştür (Pelcovitz vd 1994, Kaplan 2002).

Cinsel istismara uğrama, kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürme becerisini olumsuz etkilenmektedir. Bu kişilerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları ya da aşırı yakınlık gereksinimi duyup çok sayıda, fazla beklentili ve kontrol edici ilişki

kurdukları gözlenmektedir. Her iki tip ilişki de işlevsellikten uzak olmakta ve genellikle yalnızlıkla sonlanmaktadır (Kendall ve Tackett 2002). Ayrıca dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis, depresyon, intihar düşünceleri ve girişimleri görülmekte, benlik saygısı ciddi hasara uğramaktadır (Pelcovitz vd 1994, Elliot ve Peterson 1993).

2.4.3.1. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest)

Ensest, evlenmeleri hukuksal, ahlaki ve dini açılardan yasaklanmış yakın akraba olan kadın ile erkeğin cinsel ilişkide bulunmaları anlamında kullanılmaktadır (Polat 1999). Ensest yasakları, toplumsal bir kural oluşturduğundan sosyal ve kültürel bir olgudur. Toplum tarafından ayıplanması ve büyük çoğunlukla çok yakın akrabalar tarafından gerçekleştirilmiş olması gizli tutulmasına neden olmaktadır (Polat 2007).

Ensest vakalarının çoğu annelerin, çocuklarındaki davranış sorunları sonucu çocuklarını bir uzmana götürmeleri sırasında araştırmalarla ortaya çıkmaktadır. Olayın kurbanlarının suçluluk, utanma ve dışlanma korkuları olayın bildirilmesini engellemektedir. Bu durum genellikle başka araştırmalar yapılırken rastlantı sonucunda ortaya çıkmaktadır (Akduman vd 2006).

Sezgin tarafından Türkiye’de yapılmış klinik çalışmanın bulgularına göre ensest saldırganlarının %57’sini öz babalar, %4’ünü öz ağabeyler, %13’ünü yakın akrabalar, %26’sını ise ikinci dereceden akrabalar oluşturmaktadır. Yasal başvuruda bulunmuş, mahkemesi sonuçlanmış ya da süren vakalarda ise saldırganların %39’unu öz baba, %15’ini öz ağabey, %17’sini yakın akraba, %28’ini ise uzak akrabalar oluşturmaktadır (Sezgin 1993).

Ensest için risk faktörleri;

- Alkolik baba,
- Alışılmışın dışında şüpheli ya da bağınaz baba,
- Otoriter baba,
- Annenin hasta olması veya evi terk etmesi,
- Yetişkinlerin çocukla aynı odayı veya yatağı paylaşmaları,
- Kız çocukların babalarından ayrı yaşamaları,
- Aile bireylerinde görülen psikiyatrik bozukluklar,
- Annenin gece çalışmak zorunda olması nedeni ile çocuklara baba ya da üvey babanın bakması,
- 6-8 yaşlarında ve kız çocuk olmak,
- Küçük kızda aniden gelişen baştan çıkarıcı tavırların varlığı,

- Çocuğun insanlarla yakın ilişki kurmasına izin verilmemesi,
- Anne-babanın yabancılara karşı düşmanca, paranoid bir tutum içerisinde girmesi,
- Anne veya babanın ya da her ikisinin ailesinde daha önce ensest ilişkinin varlığı,
- Babanın puberte döneminde kızına karşı aşırı kıskançlık göstermesi (Polat 2007).

Ensestin çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun saldırganla olan ilişkisine, seksüel aktivitelerin şekline, şiddet kullanımına, fiziksel zararın varlığına, çocuğun işbirliğine, yaşına, gelişim basamağına ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir. Ailenin olaya tepkisi de konu üzerinde etkileyici rol oynamaktadır. Çocuğun tepkisi; korku, depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, davranış problemleri, okul problemleri, cinsel problemler gibi değişik şekillerde olabilmektedir (Kurtay vd 2004, Kuşuoğlu 2004). Cinsel istismara uğramış çocuklarda; parmak emme, tırnak yeme, enürezis, enkomprezis gibi davranışlara sık rastlanılmaktadır. Bunun yanı sıra fobiler ve uyku bozuklukları, kız çocuklarda erkek çocukların yanında güvensizlik ve anksiyete belirtileri, bulantı, kusma, karın ağrıları, baş ağrıları gibi sorunlar ortaya çıkabilir (Polat 1999). Bu çocuklarda konversiyon tepkilerine de yüksek oranda rastlanılmaktadır. Öfke tepkileri, zayıf impuls kontrolü, karşı olma, karşı gelme bozukluğu cinsel istismara uğramış çocuklarda gözlenebilmektedir (Kurtay vd 2004). Adölesanlar; okulda başarı ve davranış sorunları, suça eğilim, konversif tablolar, panik atak, kirli ve değersiz olma hissi yaşanabilir. Adölesan kızlar; mazoistik çok eşli cinsel yaşamı tercih edebilirler. Ayrıca, genital hasar, hamilelik ve zührevi hastalık gibi fiziksel zararları da olabilir (Kurtay vd 2004, Polat, 1999).

2.4.4. İhmal

Çocuk ihmali, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun, beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (Turhan vd 2006).

Çocuğa bakmakla yükümlü kimsenin, kasten veya olağandışı bir dikkatsizlik sonucu, çocuğun optimal gelişimini engeller biçimde eşit hak ve özgürlüklerden yoksun bırakması, söz konusu yoksunluğun, bakım ve beslenme gereksinimlerinin yeterince karşılanmaması, tıbbi tedbir ve müdahalelere ulaşamaması, ebeveynin yeterli gözetimi sağlayamaması veya fiziksel, entelektüel, duygusal kapasitesini geliştirmesine

engel davranışlar içine girmesi veya gerekli şartları sağlayamaması çocuk ihmali olarak açıklanmaktadır (Atamer 2005).

Amerika'da 2006 yılında çocuk koruma servislerinin doğrulanmış raporuna göre, çocuk koruma merkezlerindeki 905 000 çocuğun %64'ü ihmale uğramıştır (Dubowitz 2009). Kanada'da yapılan ulusal çalışma sonucunda kanıtlanmış ihmal olgularının %19'unun fiziksel ihmal, % 12'sinin terk, % 11'inin eğitimsel ve %48'inin ailelerinin yetersiz denetimi sonucu çocukların fiziksel zarar görmesi olduğu bildirilmiştir (Rudy vd 2002).

Çocuk ihmalinin en sık görülen istismar türü olmasına karşın, belirlenmesi ve tanı konulmasında güçlük nedeniyle yeterince rapor edilmediği vurgulanmaktadır (Can vd 2006). Türkiye'de çocuk ihmali sıklığını gösteren tüm ülkeyi yansıtan bir çalışma bulunmamaktadır. Saka 2000-2002 yılları arasında İstanbul'da adli-tıbbi raporlara yansıyan ve ölümle sonuçlanan 216 "çocuk istismarı ve ihmali" tanılı olguda ölümlerin % 74.5'inin ihmal sonucu gerçekleştiğini bildirmiştir. İhmal olarak ele alınan olguların çoğunluğunu suda boğulmalar, zehirlenmeler ve önlenemez ev kazaları sonucu travmaların oluşturduğu görülmüştür (Saka 2004).

Çocukla sürekli alay etme, aşağılama, çocuktan kapasitesinin üstünde aşırı beklenti içinde olma, aşırı koruma ve otorite, bağımlı kılma, çocuğun davranışlarıyla uyumsuz ağır cezalandırma, beslenme, giyim, tıbbi gereksinimler, duygusal ihtiyaçlar veya optimal yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme çocuk ihmali kapsamında değerlendirilmektedir (Tercan 1995).

İhmal bulguları iki grupta incelenmektedir:

1. Dolaysız belirtiler: Küçük çocuklarda bakımın yeterli olmadığını gösteren belirtileri içerir. Temiz olmamaktan kaynaklanan pis görünüm, kirli ve uygunsuz giyecekler, beslenmenin yetersiz olduğunu gösteren solgun ve zayıf yapı örnek verilebilir.

2. Dolaylı belirtiler: Bunlar büyüme geriliği, gelişim noksanlığı ve davranış bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır.

- **Büyüme geriliği:** Organik nedeni olmayan büyüme geriliği, fiziksel ihmalin en somut göstergesidir. Çocukla yeterince iletişim kurulmamış olması, beslenmesinin unutulması ve ilgisizlik başlıca sebepler olarak görülmektedir. Organik nedene bağlı olmayan büyüme geriliğinin saptanması ile tedaviye geçildiğinde çocuğun hızla büyümeye başladığı gözlenir.

- **Gelişim noksanlığı:** İhmal olgusunun yaşandığı ailelerde çocuğun gelişim eksikliğinin temel nedeni uyarılma, olanak ve özendirme eksikliğinden kaynaklanmaktadır.
- **Davranış bozuklukları:** İhmal edilmiş çocukların ilgiyi üzerlerine toplamak için anti sosyal davranışlara yöneldikleri bazı araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur. Bu tip ortamlarda yetişen çocukların öz benlik saygılarının düşük olduğu ve genelde çevrelerine düşmanca davrandıkları görülmektedir. Bu çocuklarda saldırgan tavır, okuldan kaçma, enürezis, enkoprezis, tekrarlayan karın ağrıları görülebilir (Polat 2007, Uysal ve Özsoy 2003).

2.4.4.1. Çocuk İhmal Türleri

2.4.4.1.a. Fiziksel İhmal

18 yaşından küçük çocuk ya da gencin yetersiz besleme, giydirme, hijyen ya da bakım verme sonucunda zarara uğramasıdır (Kaplan vd 1999).

Fiziksel ihmal aşağıda belirtilen şekillerde ortaya çıkabilir:

- **Beslenme, giyim, kişisel hijyen ve bakımlarının yetersiz olması:** Yeterli beslenemediği için büyüme ve gelişimi geri kalabilir. Çocuklar hava koşullarına uygun olmayan, üzerlerine uymayan, eski ve kirli giysiler giyerler, seyrek yıkanır. Ağız hijyenleri bozuktur, dişleri çürüktür. Fizik koşulların yetersizliği ve bakım eksikliği sonucu sık sık hastalanırlar.
- **Yaşı küçük olmasına karşın evde yalnız ya da denetimsiz bırakılması:** Bu çocuklar eskimiş ve açıktaki kablolarla, ateşe kolayca ulaşarak yangın çıkarabilir, prizlere ellerini sokabilir, ilaç ve zehirli maddelere ulaşarak zehirlenebilirler.
- **Çocuğun sağlıksız, bakımsız, yeterince temiz olmayan, kaza yönünden riskler taşıyan bir evde yaşaması:** Yetersiz ev koşulları kazalara da zemin hazırlar. Gözetimden uzak çocuklar, yeterli koruma önlemleri alınmamış açıktaki kablolarla, ateşe, ilaç ve zehirleyici maddelere kolayca ulaşabilirler. Uygun yatak olmaması veya evde kalabalık yaşamaktan dolayı çocuklar yeterince uyuyamazlar.
- **İntrauterin ihmal;** Fiziksel ihmalin özel bir tipi de henüz doğmamış bebeğin ihmaldir. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi gerekli tıbbi

bakımı almaması bu bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerdeki sağlığını da etkileyecektir (Şahiner 2001, Erermiş 2001).

2.4.4.1.b. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal; çocuğun ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi ve yakınlığın gösterilmemesidir. Çocuğa yeterli sevgi göstermeme, yani sevgi yoksunluğu, çocuğa önem vermeme, duygusal ihmalde en çok karşılaşılan durumlardır (Yaşar ve Akduman 2007).

Duygusal ihmalde, en çok sözlü istismar yapılır. Çocuğun üzerine bütün suçların yüklenmesi, aşağılama, küçük düşürme, kardeş istismarına şahit olmak diğer verilebilecek örneklerdir (Altunsu 2004).

Duygusal ihmale maruz kalan yani, ilgi ve sevgi gösterilmeyen, çok erken yaşta bulunduğu ortamda kendi sorunlarıyla yalnız bırakılan ve bu sorunların üstesinden kendisinin gelmesi beklenen çocuklar, kendinden emin olmayarak yetişir; çoğu zaman evden kaçma eğilimi gösterebilirler (Yaşar ve Akduman 2007).

Duygusal ihmale uğramış çocuklarda kognitif yetilerinde bozukluk, güvensiz bağlanma, duygusal iletişimden kaçınma, depresyon, anksiyete, saldırgan davranış, sosyal uyumda bozulma, ihmale uğramamış olan çocuklara göre daha fazla görülür (Erermiş 2001).

2002 yılında yayınlanan bir çalışmada, annelerin çocuklarına uyguladıkları fiziksel ve duygusal istismar/ihmal davranışları ve bunu etkileyen faktörler araştırılmış ve Sivas ilindeki 143 aile incelenmiştir. Annelerin %87.4'ünün çocuklarını fiziksel istismar/ihmal, %93'ünün ise duygusal istismar/ihmal ettikleri saptanmıştır. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal istismar/ihmal davranışlarına bakıldığında; annelerin çoğunluğu (%81.1) çocuklarına sevdiklerini belli etmeme, bağırma-azarlama (%77.6) davranışlarında bulduklarını ifade ederken, daha düşük oranda (%8.4) odaya kapatma, ellerini ve ayaklarını bağlama (%2.1) gibi duygusal istismar/ihmal davranışlarında bulduklarını ifade etmişlerdir. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan fiziksel istismar/ihmal davranışları incelendiğinde; yaklaşık dört anneden birinin (%28.7) çocuklarının isteklerini göz ardı ettiği, annelerin %32.2'sinin ise çocuğu hastalandığında iyileşmesini beklediği, ancak durumu çok kötüleştiğinde doktora başvurduğu görülmektedir. Yaklaşık her altı anneden birinin de (%14.7) çocuğunun eğitimi ile ilgili konularda okul idaresi ile görüşme yapmadığı saptanmıştır. Ailedeki çocuk sayısının ve eşi tarafından dayak yemenin, annelerin çocuklarına fiziksel

istismar/ihmal uygulamasına neden olan önemli etkenler olduğu belirlenmiştir. (Güler vd 2002).

2.4.4.1.c. Cinsel İhmal

Cinsel ihmal, çocuğa insanların geçirdiği cinsel gelişim evreleri hakkında yeterli cinsel eğitimin verilmemesi olarak ele alınmaktadır (Altunsu 2004). Çocuğun doğuşundan erginliğe doğru fizyolojik ve psikolojik gelişmeleri bakımından geçirdiği aşamaları göz önüne alarak, cinsel gelişimleri hakkında bilgi vermek gerekmektedir (Yaşar ve Akduman 2007). Çocuğun cinsel kimliğine yönelik uygun davranışlar sergilemek, cinsiyetine uygun giydirilmesi, oyuncaklar alınmasının yanı sıra ilerleyen dönemlerde çocuğun cinsel konulardaki sorularına yönelik yaşına uygun şekilde cevap verilmesi de önemlidir (Altunsu 2004). Kendi hallerine bırakılan çocuklar, cinsel bilgilerini çok yanlış ve tehlikeli şekillerde öğrenebilmektedirler (Yaşar ve Akduman 2007).

2.4.4.1.d. Tıbbi İhmal

Tıbbi ihmal çocuğun gereksinimi olan tıbbi yardımın çocuğun ailesi veya bakıcısı tarafından sağlanmamasıdır. Standart tanı yöntemlerinin ve tedavinin uygulanmasının reddedilmesi veya tedavinin devam ettirilmesinde uyumsuzluk gösterilmesi de tıbbi ihmal olarak kabul edilir (Vatansever 2004).

Aşağıdaki durumlarda tıbbi ihmal düşünülmelidir:

- **Çocukların koruyucu sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılması:** Gebe bir annenin alkol, sigara, uyuşturucu kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi gerekli tıbbi bakımı almaması ayrıca doğumdan sonra bebeğin düzenli sağlık izlemlerinin yapılmaması, aşılarının eksik ya da hiç olmaması da tıbbi ihmaldir.
- **Tedavi edici sağlık hizmetlerinden yoksun kalma:** Ailenin çocuğun sağlığı konusunda duyarsız olması, çocuk hastalanınca hastaneye götürülmemesi ya da geç götürmesi, önerilen ilaçlar ve tıbbi gereçlerin alınmaması, ya da sürekli kullanılmamasıdır.
- **Sağlık çalışanlarının katkıda bulunduğu tıbbi ihmal:** Sağlık çalışanlarının hasta yakınları ile yeterli iletişimlerinin kurulmadığı durumlarda aileler çocuğun tedavisi için gerekli olanları yeterince anlayamaması nedeniyle çocuğun tedavisinin eksik ya da yanlış yapılması ile sonuçlanmaktadır (Dubowitz 2009, Kural 2014).

2.4.4.1.e. Eğitim ihmali

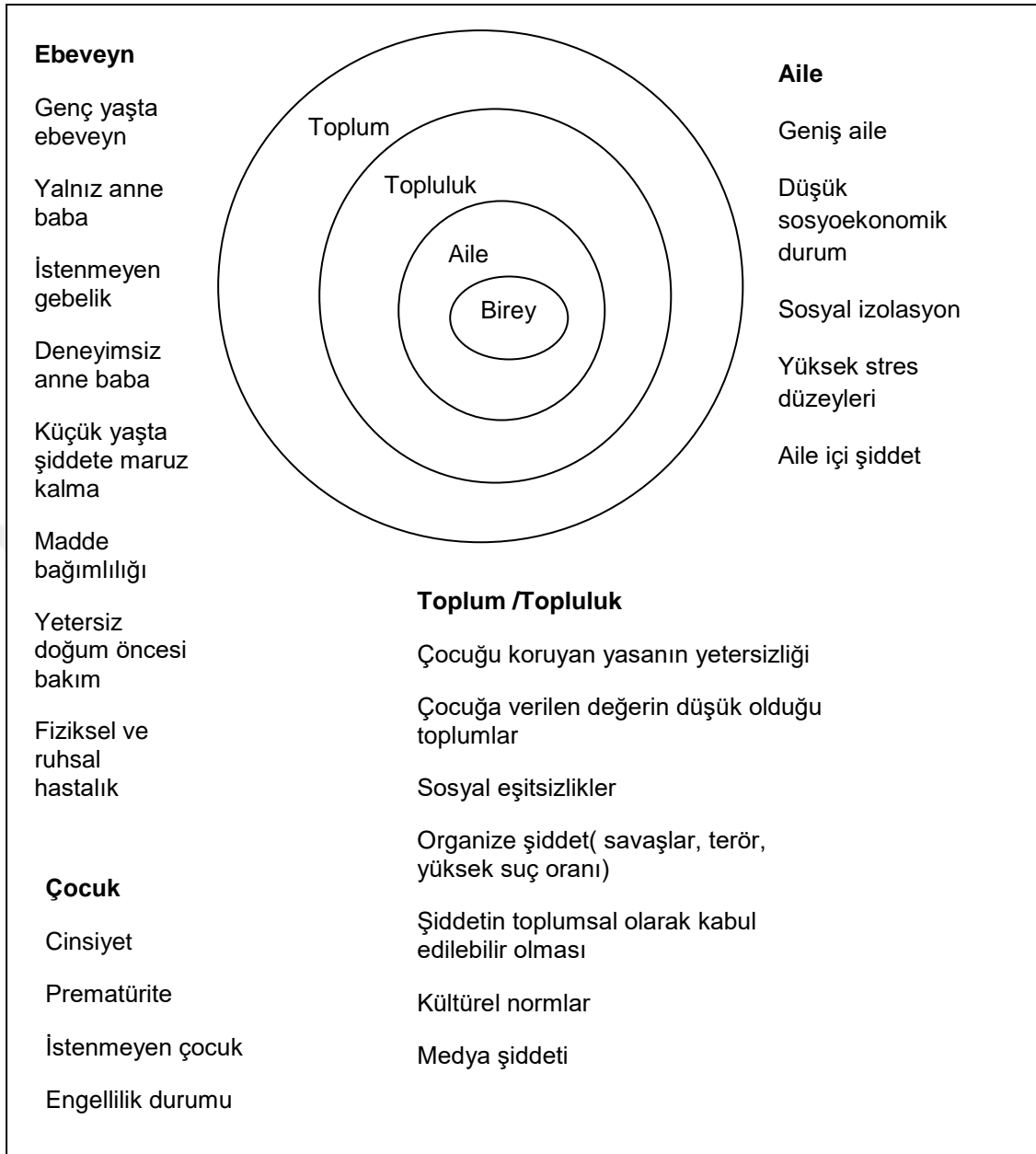
Çocuğun yaşı ve gelişimiyle uyumlu eğitim alma hakkının ihlal edilmiş olması durumu olarak tanımlanmaktadır (Dağlı ve İnanıcı 2010).

Çocuğun okuldan kaçmasına izin vermek ya da göz yummak, çalıştırma, kardeş baktırma gibi nedenlerle okul yaşı gelmiş bir çocuğu okula kaydettirmemek, öğrenme güçlükleri ve zihinsel kapasitede sınırlılık gibi nedenlerle özel eğitime gereksinimi olan bir çocuğun bu ihtiyacının reddedilmesi eğitim alanında çocuğun ihmali olarak değerlendirilmektedir (Erermiş 2001).

2.5. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Risk Faktörleri

Çocuk istismarı ve ihmalinin nedeni multifaktöriyel olup, bu faktörler aileden aileye değiştiği gibi kültürden kültüre de değişebilmektedir.

Dünya sağlık örgütü 1999 yılında, çocuk ihmal ve istismarının çeşitli faktörlere bağlı olarak gerçekleştiğini belirtmiş ve bu risk faktörlerini ailesel, çocuktan kaynaklanan, toplumsal ve anne babadan kaynaklanan olarak gruplara ayırmıştır (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/print.html).



Şekil 2.1. Çocuk İstismar ve İhmalinde Çok Seviyeli Risk Faktörleri
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/print.html).

2.5.1. Aileden Kaynaklı Nedenler

Çocuğun istismar ve ihmaline neden olan, istismarcı ebeveynlerin özellikleri şöyle sıralanabilir:

- Ailede akut veya kronik stres (iş ve ev kaybı, sorunlu evlilik gibi) olması,
- Sosyoekonomik düzeyin düşük olması,
- Düşük eğitim düzeyi,

- Tek ebeveyn veya üvey ebeveyn varlığı,
- Çok eşli olma,
- Parçalanmış aile,
- Ataerkil/geleneksel ailede yaşama,
- Sosyal izolasyon,
- On sekiz yaşından küçük olma,
- İstenmeyen gebelik,
- Çok çocuklu olma,
- Ebeveynlik becerisinden yoksunluk,
- Aile içi şiddet,
- Cinsel sorunlar,
- Madde kullanımı,
- Ebeveynde fiziksel/ruhsal hastalık,
- Çocuklukta istismara uğramadır (WHO 2006, Çetin 2008).

Bilir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, anne ve babaların eğitim seviyeleri yükseldikçe çocukların istismar edilme olasılığının azaldığı ortaya konmuştur. Hiç eğitimi olmayan anneler çocuklarını %36,7 oranında istismar etmekte iken, yüksek öğrenim görmüş olan anneler ise %11,6 oranında istismar etmektedirler. Babalarda ise hiç eğitimi olmayan babalar çocuklarını %40,7 oranında istismar etmekte iken, yüksek öğrenim görmüş olanlar ise %16,9 oranında istismar ettikleri görülmüştür (Bilir vd 1991).

Yanikkerem'in "İlköğretim öğrencilerinin ailelerinin ve kendilerinin fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi" isimli çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin babalarının çalışma durumu ile öğrencilerin fiziksel şiddete maruz kalması arasındaki ilişki incelendiğinde; işsiz çalışmayan babaların çocuklarına fiziksel şiddet uygulama oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca alkol kullanan babaların çocuklarına fiziksel şiddet uygulama oranı %34.3'tür. Alkol kullanımı ile psikotik sorunların varlığı da istismar riskini artırmaktadır (Yanikkerem 2003).

2.5.2. Çocuk ile İlişkili Risk Faktörleri:

- Konjenital anomali,
- Mental retardasyon,
- Prematürite,
- Kronik hastalık,
- Düşük doğum ağırlığı,

- İstenmeyen evlilik,
- Evlilik dışı olan çocuk ve çocuğun beklenen cinsiyette olmamasıdır (WHO 2006, Çetin 2008).

Bahçecik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yeni doğan bebeklerde anne babanın tutumları incelendiğinde, en fazla gösterdikleri tutum; annelerin %20.7'sinin bebeğin ağlamasından sıkılması, babaların %9.8'inin, annelerinde %8.1'inin bebeğin cinsiyetinden memnun olmaması, annelerin %9.3'ünün bebeğini kucaklayarak iletişimde bulunmaması, annelerin %6.5'inin bebeğine sert davranışlarda bulunması olarak belirtilmiştir (Bahçecik vd 1996).

2.5.3. Toplum ile İlişkili Risk Faktörleri:

- Çocuğun içinde yaşadığı toplumda bulunan sosyal eşitsizlikler,
- Yoksulluk,
- Toplumda çocuğa değer verilmemesi,
- Şiddetin sosyal kabul edilebilirliğinin artması,
- Çocuk koruma için yasal yetersizlik
- Kültürel değerler,
- Savaş, afetler gibi olağan üstü durumlar istismar açısından risk faktörlerini oluşturmaktadır (WHO 2006, Çetin 2008).

2.6. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Uysal tarafından bildirildiğine göre; çocuk istismarı ve ihmali önleme stratejilerinin etkili olabilmesi için önleme amaçları şunları içermelidir:

- Ailelerin çocuğun gelişimi hakkında bilgilerini geliştirmek,
- Aile – çocuk arasındaki ilişkiyi ve duygusal bağı ve iletişimi arttırmak,
- Özel gereksinimi olan çocukları da kapsayan tüm çocuklar için bakım stresiyle baş etmede ailesel becerileri yükseltmek,
- Ev ve çocuk yönetimi hakkında ailelerin bilgilerini arttırmak,
- Çocuk bakım yükünü azaltmak,
- Aile izolasyonunu azaltmak ve destekleri arttırmak,
- Fakirliğin aile üzerindeki uzun dönem sonuçlarını azaltmak (Uysal 1998).

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç alanı kapsamaktadır.

2.6.1. Birincil koruma

Birincil önleyici hizmetler, tüm çocukların gelişimlerini iyi bir biçimde sürdürebileceği ortamı sağlamayı amaçlamaktadır. Tüm çocukların ve ailelerin içinde bulunduğu koşulları iyileştirebilmenin yolu sosyal reformlardır (Erkman 1991). Ayrıca kitle iletişim araçlarının kullanılmasının da bilinçli bir kamuoyu yaratma hedefine ulaşmada büyük etkisi vardır.

Birincil koruma sağlık bakımı, riskli grupların saptanması, doğum öncesi ve sonrasında izlem, aile planlaması, anne babalara çocuk bakımı eğitimi verilmesi gibi sağlık hizmetlerinin yanı sıra, kreş ve anaokulu gibi ailelere destek verecek sosyal kurumların yaygınlaştırılması, işsizlik ve yoksullukla mücadele gibi pek çok konuyu kapsar (Turhan vd 2006).

2.6.2. İkincil koruma

İstismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi ve izlemine içerir. İstismara uğrayanların erken tanı ve etkin tedavisi çocukların görecekleri zararın boyutunu azaltacaktır. İlk başvuruda saptanmayan istismar olgularının %30- 50'si yeniden travmaya uğramakta, yüzde %5- 10'u yinelenen travma sonucu kaybedilmektedir. Erken tanı için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya duyarlılığı sağlanmalıdır (Ayvaz ve Aksoy 2004).

Yasalarımıza göre, görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına karşın, durumu yetkili makamlara bildirmeyen ya da bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden, tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>).

2.6.3. Üçüncül Koruma

İstismarın gerçekleşmesi durumunda zararın hafifletilmesine yönelik, yinelenmesini önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici çabaları kapsar. İstismara uğrayanlarla birlikte istismar edenlerin de tedavi ve rehabilite edilmeleri gerekir (Turhan vd 2006).

Birçok ülkede, önleme çalışmaları hala, temel olarak üçüncül önleme odaklıdır. Çocuklara ve ailelerine, ancak bir istismar olayı yaşanmış olması durumunda kaynakların büyük bir kısmı sağlanmaktadır. Ailelerin problemlerin boyutları daha büyümeden önleyici çalışmalardan yararlanamayışı, gerek kısa gerekse uzun vadede başta psikolojik olmak üzere pek çok sorunun yaşanmasına, ekonomik ve sosyal birçok kaygılara neden olmaktadır (Erkman 1991).

2.7. İstismara Uğrayan Çocuğun Hastanelerde İzlenme Prosedürü

Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma Merkezi çalışma yöntemi tüm hastanelerdeki çocuk istismarı olguları için iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Hastaneye getirilen çocuk istismarı olguları aşağıdaki şekilde izlenmelidir:

1. Hastane çocuk polikliniği, çocuk acil servisi ya da diğer acil birimlerden (ortopedi, beyin cerrahi, cerrahi, vb.), savcılıktan, güvenlik güçleri tarafından veya sosyal hizmetlerden, rehber öğretmenler tarafından muayene için yönlendirilen ya da kendiliğinden başvuran çocuk istismarı olguları önce Çocuk Koruma Merkezi polikliniğinde görülmektedir. Çocukla ilk görüşme ve öykü sosyal hizmetler uzmanı, sosyal pediatri öğretim üyesi ya da psikolog tarafından yapılmaktadır.

2. Çocuğun fizik muayenesi sosyal pediatri uzmanı ya da adli tıp uzmanı tarafından yapılır ve tanının kesinleşmesi ile psikolojik tedavinin planlanması için Çocuk Psikiyatrisi uzmanına yönlendirilir. Bundan sonraki süreçte çocuk, psikolog tarafından tedavi edilir.

3. Hasta ile ilgili adli rapor adli tıp uzmanı tarafından hazırlanır.

4. Örselenen çocuğun anne babası ya da fail gereğinde erişkin psikiyatristi tarafından görülebilir.

5. Çocuğun yaşadığı ev ortamı, fiziksel koşullar ve sosyal çevrenin değerlendirilmesi için merkezde görevli sosyal hizmet uzmanı kendisi sosyal hizmet yapabildiği gibi bazı durumlarda il sosyal hizmet müdürlüğünden yardım isteyebilir.

6. Sosyal inceleme sonunda olgunun yazısı yazılır. Adli makamlara bildirim ve yazıların takibi sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılır.

7. Merkezin sosyal hizmet uzmanı sosyal hizmetler müdürlüğünce aileye yapılacak aynı ya da akdi yardım, çocuğun koruma altına alınması vb. hizmetleri de izler, gereğinde destek olur.

8. Bu olgular haftada bir yapılan toplantılarda değerlendirilir ve her biri için oluşturulan kişisel bilgiler ve toplantı tutanakları özel dosyalarda saklanır. Bu kayıt ve

dosyalar merkezde, gizlilik ilkesine bağılı olarak sosyal hizmet uzmanı tarafından korunur (Yalçın 2011).

2.8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Hekimler, hemşireler ve diğere sağıık personeli çocuk istismarı ve ihmalinin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler taşımaktadır. İstismar ve ihmale yaklaşımın başarısı için disiplinler arası çalışma gerekmektedir. Kamusal alanda görev yapan sosyal hizmet uzmanları, hekimler, hemşireler, polisler, eğitimciler, pedagoglar, psikologlar, basın ve medya ortak olarak çalışmalıdırlar. Dolayısıyla bu meslek gruplarındaki kişilerin çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi sahibi olup bu gibi durumlarda gerekli kurum ve kuruluşları harekete geçirmeleri çok önemlidir (Kara vd 2004).

Ancak Türkiye'deki hastanelerin çoğunda ekip çalışması anlayışı yerleşmemiştir. İstismara uğrayan çocuk hastanelere başvurduğunda bölümler arasında dolaşmaktadır. Hastaneye ilk başvuruda karşılaştığı hekim genellikle bu konuda uzmanlığı olmayan biri olmakta, ilk öykü ve muayene sıklıkla acil ya da poliklinik gibi hastanenin en kalabalık ve yoğun bölümlerinde yapılmaktadır. Uygun olmayan koşullarda yapılan muayene ve alınan öykü, çeşitli bölümlerinden istenen konsültasyonlarla ve her birimde tekrar tekrar yapılan muayenelerle çocuk örselenmekte, mevcut durumu daha da kötüleşmektedir. Ayrıca adli tıp kurumundan da resmi yazı için tekrar muayene edilmesi istenen çocuk ikincil olarak örselenmektedir. (Yalçın 2011).

Bu kapsamda çocuk istismarı olgularına en uygun tedavi ve yaklaşım için hastane içinde "Çocuk koruma birimleri" kurulmalıdır. Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan "Çocuk Koruma Merkezi" bu amaçla kurulmuş ilk merkezdir (Beyazova ve Şahin 2007).

Çocuk istismar/ihmal vakası veya şüphesi ile acil servise getirildikten sonra hekim ve hemşire için çok önemli olan "öykü alma" süreci başlamış olmaktadır. Öykü ileriki aşamalarda hukuki kanıt olarak da kullanılabilirdiğinden çok önemlidir (Akço vd 2004). Sağlık personeli aileden ve çocuktan aldıkları bilgileri gözlemleri ve deneyimleri ile birleştirerek ve yardımcı tanılama yöntemlerini kullanarak doğru karara ulaşabilir. İyi bir öykü alma sürecinden sonra önemli olan bir diğere konu sağlık profesyonellerinin çocuğun gelişim evrelerini iyi bilmesi gerekliliğidir. Çoğu zaman istismar ve ihmal

öykülerinde çocuğun gelişimi ile uyumsuz öykü anlatılır (Bahçecik ve Kavaklı 1994, Kuşuoğlu 2004).

Konu ile ilgilenen koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan hemşirelerin, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin, adli hemşirelikte görev yapan hemşirelerin istismar ve ihmalin erken tanınmasında, tedavisinde, risk grubunda yer alan kişilerin tespit edilip önlemlerin alınmasında bireyleri, aileyi ve toplumu bu konuda eğitilmesinde aktif olarak rol almaları gerekmektedir. Temel hemşirelik felsefesi olarak aile merkezli bakım hedef alınıp çocuğun bakımı, beslenmesi, korunması konusunda aile bilinçlendirilmeli, aile içi ilişkileri geliştirmede, sorun çözümede ailenin de katkıları sağlanarak aileye destek olunmalıdır (Bahçecik ve Kavaklı 1994, Çolak vd 2003).

Sağlık çalışanları, yakınları ile birlikte ya da doğrudan başvuran aile içi şiddet, cinsel istismar olgularında ve tıbbi nedenlerle başvuran olgularda istismardan şüphelenildiğinde tereddütler yaşanmakta, bu olgulara çoğunlukla görmezden gelme-karışmama şeklinde yaklaşılmaktadır. Bu yaklaşımın pek çok nedeni vardır. Sağlık çalışanı bir ebeveynin çocuğuna zarar verebileceğini kabul etmeyebilir, aile içi bir meseleye karışmak istemeyebilir, yeterli eğitim almaması dava edilme veya karşılık görme korkusu, çocuk koruma servislerine güven duyulmaması, klinik bulguların yetersizliği, ispat edilemeyeceği inancı, hatta çocuk ve ailenin zarar göreceği endişeleri de bildirimde bulunmama nedenleri arasındadır (Ballı 2010, Dağlı ve İnanıcı 2010).

Sağlık çalışanları suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir. Sorumlulukları suç belirtisine rastlamalarında adli olgu bildirimini yapmalarıdır. Sağlık çalışanlarının bildirim yükümlülüğünün düzenlendiği TCK 280. Maddesine göre:

(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır (<https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>)

Olguların atlanmaması için ilgili sağlık çalışanları:

- İstismar ve ihmalin bulgu ve semptomlarını tanıyabilmeli.
- Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili tam ve düzgün bir tıbbi tanı koyabilmeli.
- Çocuğun daha fazla zarar göreceği durumlarda acil önlemleri alabilmeli, kanunların izin verdiği şekilde çocuğa bir yer ayarlayabilmeli (hastaneye yatırmak, acil bakım merkezlerine aldirmek vb.)
- Çocuk ve ona bakmakla sorumlu olanlara karşı objektif ve profesyonel bir tutum içinde olmalı.

- Aileyle teröpatik düzeyde bir ilişkiye girmeli, bakım sonlandıktan sonra bile ilişkide olmalı.
- Evdeki diğer çocukları da tıbbi açıdan değerlendirmeli.
- Tüm istismara uğramış çocukları yasal organlara bildirmeli.
- Mahkemede tanıklık yapmaktan kaçınmamalı.
- Çocuklar “Herhangi bir yaralanmam yok” deseler bile bu olasılığın olduğunu bilmeli. (çünkü genellikle çocuklar maruz kaldıkları istismarı söylemezler (Sözen 2005).

Çoğu sağlık çalışanı adli bildirim nasıl yapılacağını bilmemektedir. Sağlık çalışanlarının karşılaşabileceği olumsuzluklar ile ilgili kaygılarını önlemek için bildirimlerin kişisel değil, kurumsal olmasıdır. Adli süreç sağlık kuruluşlarında yer alan adli olguları değerlendiren ekibin-hukukçuların bilgilendirilmesi ve kurumsal başvuru ile başlatılmalıdır (Christian vd 2000).

2.9. Hipotezler

H1. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları arasında anlamlı bir fark vardır.

H2. Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, sınıf, ekonomik durum) çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamasını etkiler.

H3. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumu ile çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanı açısından anlamlı fark vardır.

H4. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumu ile çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanı açısından anlamlı fark vardır.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi, çocuk istismarı ve ihmali hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulunda 2015-2016 öğretim yılında yapılmıştır.

27 Ağustos 2015 tarih ve 29458 sayılı Resmi Gazete ve 2015/8052 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Üniversite bünyesinde bulunan Denizli Sağlık Yüksekokulu kapatılmış ve Sağlık Bilimleri Fakültesi kurulmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü olarak tek bölümde eğitim öğretime devam etmektedir. Sağlık Bilimleri Fakültesi 2016-2017 öğretim yılında öğrenci almaya başlamıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulunda 2015-2016 öğretim yılında öğrenim gören 1. (Kız: 130, Erkek: 64), 2. (Kız: 141, Erkek: 53), 3. (Kız: 162, Erkek: 51), 4. (Kız: 111, Erkek: 58) sınıf öğrencileri (toplam 770 kişi) oluşturmaktadır. Yapılan güç analizine göre çalışmaya en az 225 öğrencinin örneklem olarak alınmasıyla %95 güven düzeyinde %90 güç elde edileceği hesaplandı. Bu doğrultuda araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler tabakalı örnekleme yöntemiyle randomize olarak seçilerek (n=225) örneklem oluşturuldu. Buna göre 1. sınıftan (Kız:

38, Erkek: 19), 2. sınıftan (Kız: 41, Erkek: 16), 3. sınıftan (Kız: 47, Erkek: 15), 4. Sınıftan (Kız: 32, Erkek: 17) olmak üzere toplam 225 öğrenci örneklemini oluşturdu.

3.4.Etik Yönü

Araştırma verilerinin elde edilebilmesi için Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu (EK-3) ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kuruldan (EK-1) yazılı izin alındı. Ayrıca çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçeğinin (EK-5) uygulanması için ölçeğin yazılı izni ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen öğrencilerin tanıtıcı özellikleri “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-6) ve öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeylerini saptamaya yönelik Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilen ve 67 sorudan oluşan Likert tipi “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” (EK-7) kullanıldı. Uysal, ölçek formunda bulunan maddelerin ölçme amacına uygunluğunu, ölçülmek istenen alanı temsil yeteneğini saptamak amacıyla, çocuk istismarı ve ihmali konusunda çalışan 14 uzman öğretim üyesinin görüşünü almıştır. Çoğul uzman görüşüne dayalı içerik geçerliliği uygulanmış ve önerilere göre maddelerde bazı düzeltmeler yaparak madde sayısı 62’den 67’ye yükseltilmiştir (Uysal 1998).

3.5.1. Öğrencileri tanıtıcı bilgi formu (EK-6)

Bu formda öğrencileri tanıtıcı ve sosyo-demografik özelliklerini içeren bilgiler yer almaktadır. Öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde sınıfı, aile tipi, kardeş sayısı, ekonomik durumu, anne ve babanın öğrenim durumu, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alıp almadığı, aldıysa nereden aldığı, istismar ve ihmale uğramış çocukla karşılaşma durumu, istismar ve ihmale uğramış çocukla karşılaşma durumu evet ise uygulanan istismar türü ve istismar ve ihmali uygulayan kişiyi sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formu (EK-7)

“Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” Uysal tarafından 1998 yılında geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek Formu;

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde),
- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtileri (15 madde),
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde),
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri (13 madde),
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde),
- Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt grubu bulunan 67 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir.

Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur (Uysal 1998).

3.5.2.1. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formunun geçerlilik ve güvenilirliği

Uysal 1998, formun güvenilirliğini saptamak üzere Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Çocuk Cerrahisi kliniklerinde çalışan 26 hemşire ve sağlık ocağı hizmetlerinde çalışan 4 ebeden oluşan 30 kişilik bir gruba:

1.Stabilite değerlendirilmesi kapsamında test-retest ölçümü uygulanmıştır. Pilot gruba ön test uygulanmış ve bundan 10 gün sonra aynı anket formu tekrar uygulanarak önceki ve sonraki yanıt skorları arasındaki korelasyon Pearson'un momentler çarpımı korelasyon tekniği ile incelenmiştir. Korelasyon katsayısına bakılarak 0.5'ten daha az değer alan maddeler tekrar incelenerek üzerinde değişiklikler yapılmış ve ölçekten madde çıkarılmamış 67 maddeden oluşmak üzere son şeklini almıştır (Uysal 1998).

2.İç tutarlılık kapsamında; Alpha Coefficient testi uygulanmış ve Alpha= 0.92 bulunmuştur. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğini oluşturan 6 alt ölçek grubuna da Alpha Coefficient testi uygulanmış olup grubun alpha değerleri;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri	Alpha=0.86
Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Alpha=0.83
İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Alpha=0.80

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri Alpha=0.89

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri Alpha=0.59

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler Alpha=0.85

Split Half (Yarıya Bölme) testi ile 1. Ve 2. Yarı alpha değerleri 0.82 ve 0.89, tamamı için Spearman-Brown testi sonucu 0.88 bulunmuştur (Uysal 1998).

Bizim araştırmamızda ise, 225 öğrenciden oluşan gruba Alpha Coefficient testi sonucunda Alpha=0.86 bulundu. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğini oluşturan 6 alt ölçek grubuna da Alpha Coefficient testi uygulandı ve grubun alpha değerleri;

İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri Alpha=0.64

Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler Alpha=0.68

İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri Alpha=0.58

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri Alpha=0.59

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri Alpha=0.26

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler Alpha=0.69 bulundu.

3.5.2.2. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına yönelik ölçek formunun değerlendirilmesi

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya yönelik likert tipi ölçekte yer alan; 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, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66 ve 67 numaralı sorulara “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir (Uysal 1998).

Olumsuz (negatif) doğrultuda düzenlenen, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 46, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil yanıtı” 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur. Puan ortalaması 5’e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3’ten uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan deneğin 335 tam puan alması beklenmiştir (Uysal 1998).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma süresince aşağıdaki basamaklar izlenmiştir:

1.Araştırma örnekleminin seçilmesi: Araştırmanın amacı ve uygulanması konusunda öğrenciler önceden bilgilendirilip araştırmaya katılmayı kabul edenler tabakalı örnekleme yöntemiyle randomize olarak seçilerek örneklem oluşturuldu ve yazılı onamları alındı.

2.“Öğrencileri Tanıtıcı Bilgi Formu” ve ön test ölçek formunun uygulanması: Eğitim öncesinde “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” öğrencilere araştırmacı tarafından verilerek, anket formunda anlaşılmayan noktalarda açıklamalar yapılarak doldurulması sağlandı.

3.Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Eğitim Verilmesi: Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik yaklaşık 30 dakika süren eğitim, sınıf ortamında power point sunumuyla teorik bilgi anlatımı, konu anlatımı sırasında ilgili resim gösterimi ve soru cevap tekniğinden oluşmaktadır. Eğitim her sınıf gruplandırılarak uygulandı. Eğitim araştırmacı tarafından verildi ve eğitimde;

- Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımı,
- Epidemiyolojisi,
- Sınıflandırılması,
- Risk faktörleri,
 - İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri,
 - İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri,
 - Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler,
- Çocuk istismar ve ihmalinin çocuk üzerindeki fiziksel, davranışsal ve ruhsal belirtileri,
- Çocuk istismar ve ihmalinin önlenmesi,
- Çocuk istismar ve ihmal şüphesi durumunda yapılması gerekenler ve sağlık çalışanlarının sorumlulukları konularına yer verildi.

4.Son test ölçek formunun uygulanması: Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik eğitim verilmesinden sonra 15. günde sınıf ortamında aynı “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” son test olarak uygulandı. Ölçek formu sorularının yanıtlanması yaklaşık 20-30 dakika sürdü.

3.7. Araştırma Bulgularının İstatiksel Analizi

Veriler SPSS 21.0 paket programıyla analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Bağımsız grup karşılaştırmalarında parametrik test varsayımları sağlandığında (dağılımları normal dağılıma uygun olup, varyansları homojen olanlar), Tek Yönlü Varyans Analizi ve İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Bağımlı grup karşılaştırmalarında parametrik test varsayımları sağlandığında İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilirken, $p < 0.001$ değeri çok yüksek istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulunda 2015-2016 öğretim yılında öğrenim gören hemşirelik öğrencileriyle sınırlıdır. Ayrıca verilerini elde etmek için kullanılan, öğrencileri tanıtıcı bilgi formunun içindeki sorularla ve Uysal (1998) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu” ile sınırlıdır. Ayrıca araştırmamız öğrencilerin sınav öncesi zamanıyla çakıştığı için örneklem kaybı yaşamamak adına, eğitim verilmesinden sonra 15. günde son test uygulamasıyla sınırlıdır.

4.BULGULAR

4.1.Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

Tablo 4.1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Yaş Grubu		
18- 20	155	68.9
21-23	64	28.4
24 ve üzeri	6	2.7
Cinsiyet		
Kız	160	71.1
Erkek	65	28.9
Sınıf		
1	57	25.3
2	57	25.3
3	62	27.6
4	49	21.8
Aile Tipi		
Çekirdek aile	190	84.4
Geniş aile	33	14.7
Parçalanmış aile	2	0.9
Kardeş Sayısı		
Kardeş yok	77	34.2
1	72	32
2	39	17.3
3	18	8
4 ve üzeri	19	8.4
Algılanan Gelir Düzeyi		
Gelir giderden fazla	30	13.3
Gelir gidere eşit	181	80.4
Gelir giderden az	14	6.2
Anne Eğitimi		
Okur-yazar değil	14	6.2
Okur-yazar	8	3.6
İlkokul mezunu	136	60.4
Ortaokul mezunu	29	12.9
Lise mezunu	31	13.8
Üniversite-yüksekokul mezunu	7	3.1
Baba Eğitimi		
Okur-yazar değil	2	0.9
Okur-yazar	6	2.7
İlkokul mezunu	108	48
Ortaokul mezunu	31	13.8
Lise mezunu	53	23.6
Üniversite-yüksekokul mezunu	25	11.1
Toplam	225	100

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %68.9'u 18-20 yaş grubudur.

Öğrencilerin %71.1'i kızdır.

Sınıflara göre dağılımlarda; %25.3'ü 1. sınıf, %25.3'ü 2. sınıf, % 27.6'sı 3. sınıf ve %21.8'i 4. sınıftır.

Öğrencilerin %84.4'ünün aile tipi çekirdektir.

Kardeş sayısına göre dağılımlarda; %34.2'sinin kardeşi yoktur.

Araştırmaya katılan öğrencilere algılanan gelir düzeyi sorgulandığında; %80.4'ü gelir gidere eşit olarak tanımlamıştır.

Öğrencilerin anne eğitimleri %60.4'ünün ilkokul mezunu iken, baba eğitimleri %48'i ilkokul mezunudur.



Tablo 4.2. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumlarına göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
ÇİVİ hakkında bilgi alma		
Evet	50	22.2
Hayır	175	77.8
Toplam	225	100
ÇİVİ hakkında bilgi kaynağı		
Öğrenim esnasında	28	56
İnternet + medya	7	14
Medya	3	6
Öğrenim esnasında+ internet + medya	3	6
Öğrenim esnasında+ seminer	2	4
İnternet	2	4
Seminer/Konferans	1	2
Hepsi	4	8
Toplam	50	100

*Yüzdeler eğitim alanlar üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2'de öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %77.8'i çocuk istismarı ve ihmali hakkında herhangi bir bilgi almamışlardır. Eğitim alan öğrencilerin %56'sı öğrenimi esnasında, %2'si seminer/konferanslardan, %4'ü internetten, %6'sı medyadan, %4'ü öğrenimi esnasında ve seminer/konferanslardan, %14'ü internet ve medyadan, %6'sı öğrenimi esnasında internet ve medyadan, %8'i hepsinden bilgi almıştır.

Tablo 4.3. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma türü ve uygulayan kişiye göre dağılımları

Değişkenler	Sayı	%
Çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumu		
Evet	55	24.4
Hayır	170	75.6
Toplam	225	100
Çocuğa uygulanan istismar türü*		
Fiziksel istismar	21	38.2
Duygusal istismar	11	20
Cinsel istismar	4	7.3
İhmal	9	16.4
Fiziksel+ duygusal + cinsel istismar	5	9.1
Fiziksel + duygusal istismar	2	3.6
Duygusal + cinsel istismar + ihmali	1	1.8
Hepsi	2	3.6
Toplam	55	100
İstismar ve ihmali uygulayan kişi		
Anne	1	1.8
Baba	13	23.6
Anne – baba	13	23.6
Üvey anne- baba	5	9.1
Abla –ağabey – kardeş	2	3.6
Akraba	9	16.4
Anne – baba+ üvey anne- baba+ kardeş	1	1.8
Üvey anne- baba + akraba	2	3.6
Anne + baba + akraba	1	1.8
Diğer	8	14.5
Toplam	55	100

*Yüzdeler vakayla karşılaşanlar üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3'te öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları, uygulanan istismar türü ve istismar ve ihmali uygulayan kişiye göre dağılımları gösterilmiştir. Öğrencilerin %24.4'ü çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış, %75.6'sı ise karşılaşmamıştır. Vakayla karşılaştığında çocuğa uygulanan istismar türü incelendiğinde; %38.2'si fiziksel istismar, %20'si duygusal istismar, %7.3'ü cinsel istismar, %16.4'ü ihmali, %9.1'i fiziksel duygusal ve cinsel istismar, %3.6'sı fiziksel ve duygusal istismar, %1.8'i duygusal istismar cinsel istismar ve ihmali, % 3.6'sı tüm istismar ve ihmali türleriyle karşılaşmıştır. İstismar ve ihmali uygulayan kişiye öğrencilerin verdikleri cevaplar ise; %1.8'i anne, %23.6'sı baba, %23.6'sı anne ve baba, %9.1'i üvey anne-baba, %3.6'sı abla ağabey kardeş, %16.4'ü akraba, %1.8'i anne-baba, üvey anne-baba ve kardeş, %3.6'sı üvey anne-baba ve akraba, %1.8'i anne-baba ve akraba, %14.5'i ise diğerdir.

4.2. Öğrencilerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.4. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrasında verdikleri yanıtlara göre dağılımı (N=225)

Değişkenler	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Genel ölçek ortalaması	3.81	0.3	4.59	0.26
1.İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri	3.89	0.34	4.62	0.26
2. İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri	3.87	0.35	4.44	0.38
3. İhmal belirtileri	4.01	0.53	4.8	0.35
4.İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri	3.6	0.43	4.67	0.38
5.İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	3.43	0.52	4.32	0.6
6.Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler	3.92	0.6	4.72	0.41

Tablo 4.4'te öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesinde verdikleri yanıtlara göre dağılımı görülmektedir. Buna göre; öğrencilerin genel ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde 3.81 ± 0.3 iken, eğitim sonrasında 4.59 ± 0.26 , istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde 3.89 ± 0.34 , eğitim sonrasında 4.62 ± 0.26 , istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde 3.87 ± 0.35 , eğitim sonrasında 4.44 ± 0.38 , ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde 4.01 ± 0.53 , eğitim sonrasında 4.8 ± 0.35 , istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde 3.6 ± 0.43 , eğitim sonrasında 4.67 ± 0.38 , istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde 3.43 ± 0.52 , eğitim sonrasında 4.32 ± 0.6 , çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 3.92 ± 0.6 iken eğitim sonrasında 4.72 ± 0.41 'dir.

Tablo 4.5. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki genel ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı

Değişkenler	N	Bilgi puan ort ± S.S.	Medyan (min. - max.)	t	p
Eğitim öncesi	225	3.81 ± 0.3	3.78 (3.03 – 4.66)	-35.109	0,0001*
Eğitim sonrası	225	4.59 ± 0.26	4.66 (3.75 – 5.63)		

*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Tablo 4.5'te öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki genel ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki genel ölçek bilgi puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4.6. Öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı

Değişkenler	N	Bilgi puan ort ± S.S.	Medyan (min. - max.)	t	p
Eğitim öncesi	225	3.89 ± 0.34	3.89 (3.11 – 4.74)	-28.761	0.0001*
Eğitim sonrası	225	4.62 ± 0.26	4.63 (3.53 - 5)		

*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Tablo 4.6'da öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4.7. Öğrencilerin istismar ve ihmalinin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı

Değişkenler	N	Bilgi puan ort ± S.S.	Medyan (min. - max.)	t	p
Eğitim öncesi	225	3.87 ± 0.35	3.87 (3 – 4.73)	-12.112	0.0001**
Eğitim sonrası	225	4.44 ± 0.38	4.47 (3.13 – 8.07)		

****Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi**

Tablo 4.7’de öğrencilerin istismar ve ihmalinin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin istismar ve ihmalinin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4.8. Öğrencilerin ihmal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı

Değişkenler	N	Bilgi puan ort ± S.S.	Medyan (min. - max.)	t	p
Eğitim öncesi	225	4.01 ± 0.53	4 (2.86 - 5)	-12.139	0.0001**
Eğitim sonrası	225	4.8 ± 0.35	5 (3.29 - 5)		

****Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi**

Tablo 4.8’de öğrencilerin ihmal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin ihmal belirtileri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4.9. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı

Değişkenler	N	Bilgi puan ort ± S.S.	Medyan (min. - max.)	t	p
Eğitim öncesi	225	3.6 ± 0.43	3.58 (2.42 – 4.67)	-12.876	0.0001**
Eğitim sonrası	225	4.67 ± 0.38	4.75 (3.42 – 5.08)		

** Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

Tablo 4.9'da öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrasında dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek puan ortalamaları, eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4.10. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı

Değişkenler	N	Bilgi puan ort ± S.S.	Medyan (min. - max.)	t	p
Eğitim öncesi	225	3.43 ± 0.52	3.5 (2 - 5)	-11.831	0.0001**
Eğitim sonrası	225	4.32 ± 0.6	4.33 (2.33 - 5)		

** Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

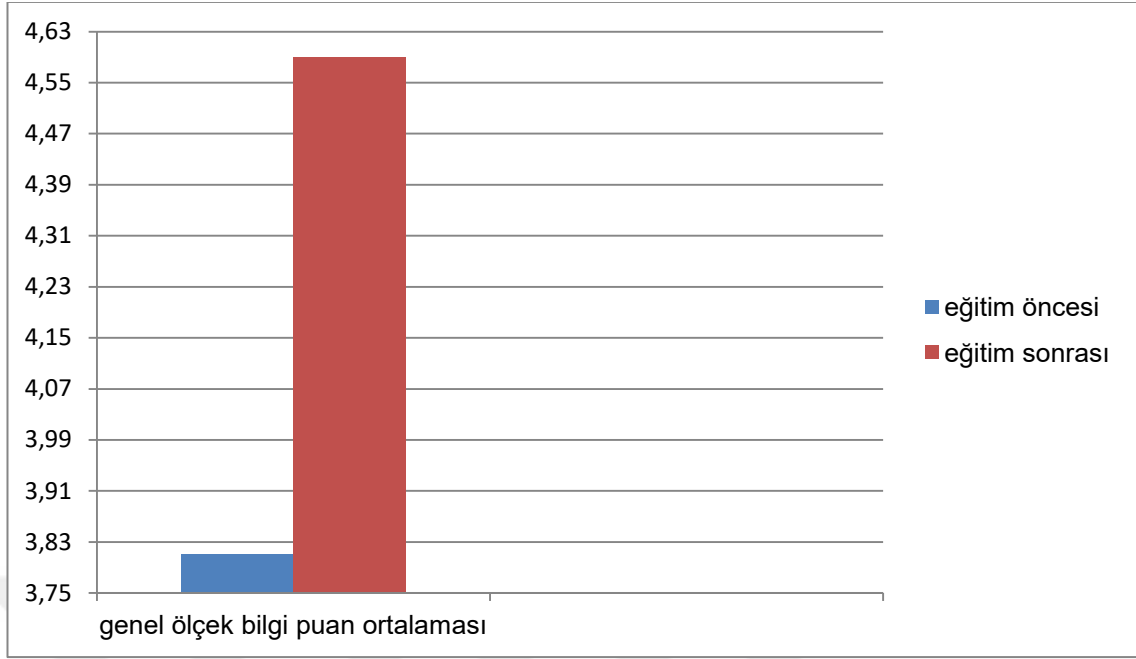
Tablo 4.10'da öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrasında dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4.11. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı

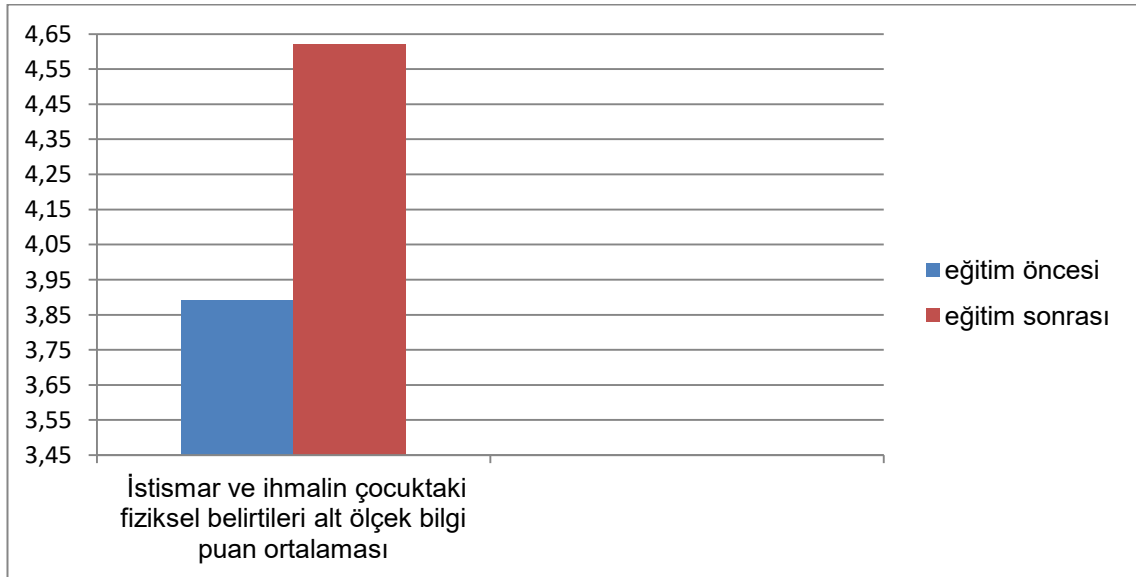
Değişkenler	N	Bilgi puan ort ± S.S.	Medyan (min. - max.)	t	p
Eğitim öncesi	225	3.92 ± 0.6	3.88 (2.5 – 7.5)	-11.989	0.0001**
Eğitim sonrası	225	4.72 ± 0.41	5 (3.38 – 5.25)		

**Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

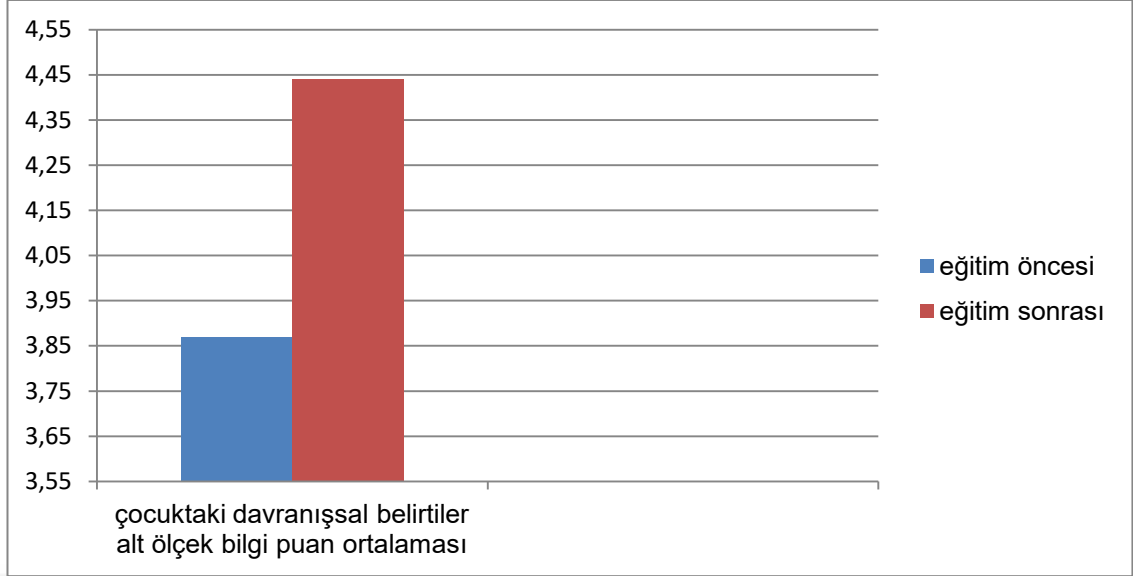
Tablo 4.11’de öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrasında dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0.001$).



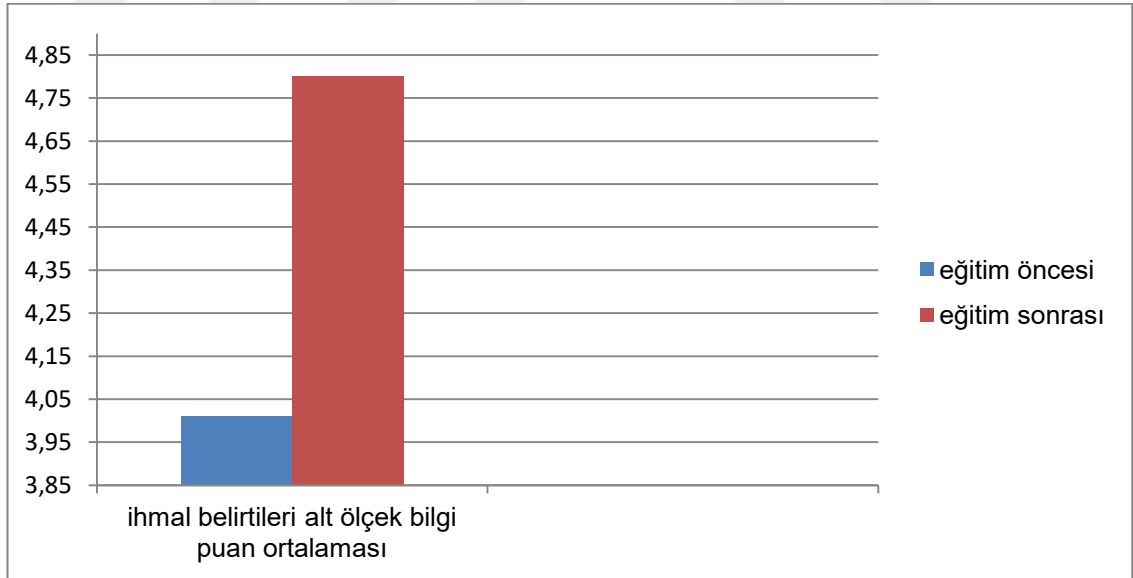
Grafik 4.1. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği



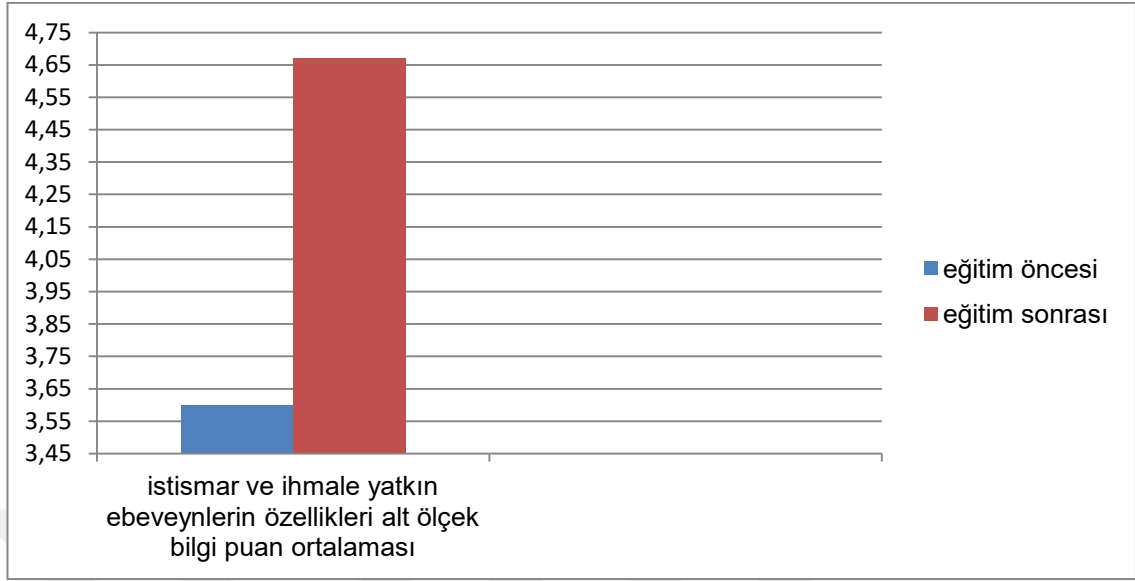
Grafik 4.2. Öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği



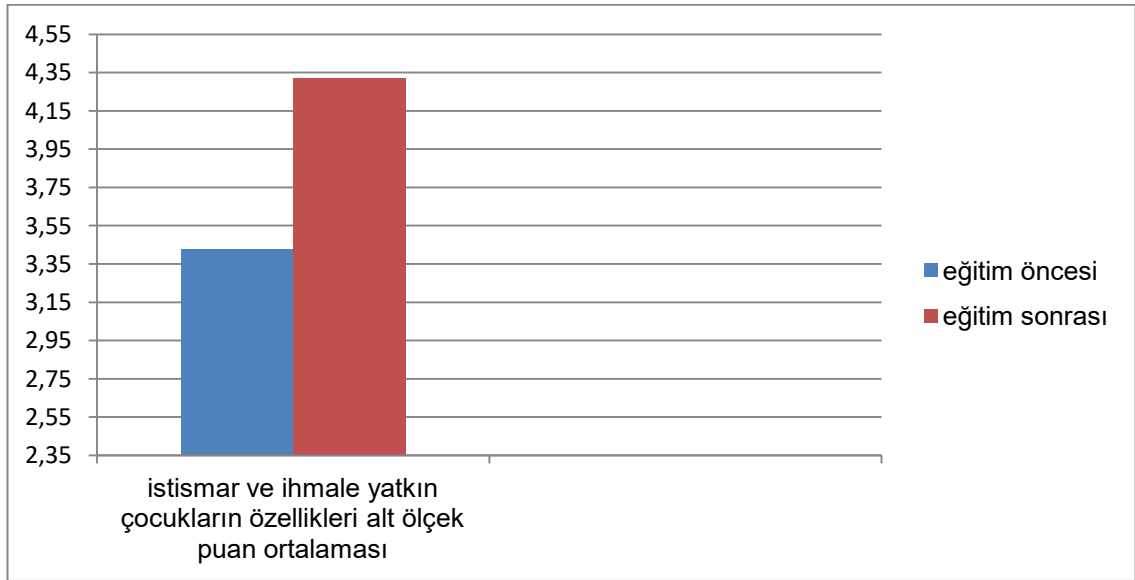
Grafik 4.3. Öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği



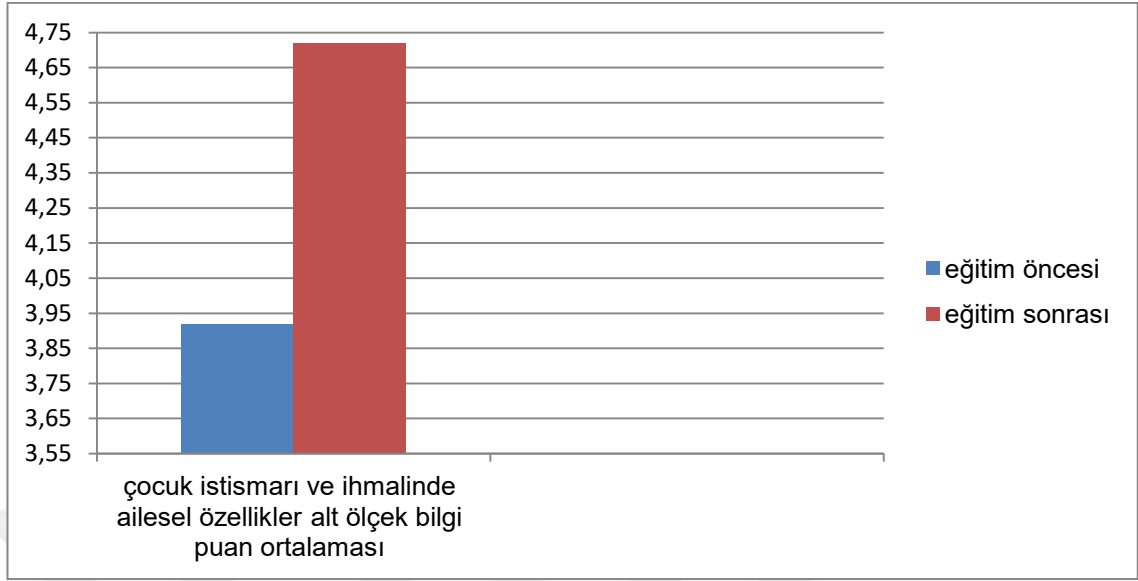
Grafik 4.4. Öğrencilerin ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği



Grafik 4.5. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği



Grafik 4.6. Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği



Grafik 4.7. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamalarının alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılım grafiği

4.3. Öğrencilerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Farkındalık Düzeylerini Etkileyen Etmenler

Aşağıdaki tablolarda öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrasındaki bilgi puan ortalamalarının yaş gruplarına, cinsiyete, sınıfa, ekonomik duruma, çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumuna, çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumuna göre dağılımları ve tüm bu değişkenlere göre eğitimin etkinliği yer almaktadır.

Tablo 4.12. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı ve yaş gruplarına göre eğitimin etkinliği

Değişkenler	Yaş Grubu						Gruplar arası p değeri
	18-20 yaş		21-23 yaş		24 yaş ve üzeri		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması	155	3.80±0.30	64	3.83±0.28	6	3.59±0.18	0.158***
Eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması	155	4.62±0.18	64	4.53±0.34	6	4.23±0.40	0.042***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.028**		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	155	3.86±0.36	64	3.97±0.26	6	3.64±0.19	0.009***
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	155	4.64±0.19	64	4.59±0.33	6	4.30±0.43	0.090***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.028**		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	155	3.88±0.34	64	3.85±0.35	6	3.60±0.17	0.087***
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	155	4.46±0.25	64	4.38±0.57	6	4.30±0.35	0.016***
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001**		0.026**		

“Devamı arkada”

Tablo 4.12. (Devamı)

Değişkenler	Yaş Grubu						Gruplar arası p değeri
	18-20 yaş		21-23 yaş		24 yaş ve üzeri		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	155	4±0.54	64	4.03±0.50	6	3.97±0.66	0.918***
Eğitim sonrası ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	155	4.85±0.29	64	4.70±0.40	6	4.40±0.70	0.002***
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001**		0.046**		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	155	3.61±0.43	64	3.56±0.42	6	3.37±0.29	0.403***
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	155	4.70±0.33	64	4.59±0.44	6	4.27±0.60	0.149***
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001*		0.042**		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	155	3.39±0.52	64	3.54±0.51	6	3.22±0.45	0.078***
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	155	4.32±0.60	64	4.35±0.57	6	3.69±0.75	0.084***
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001**		0.141**		
Eğitim öncesi çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	155	3.95±0.59	64	3.86±0.61	6	3.75±0.34	0.559***
Eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	155	4.79±0.34	64	4.60±0.50	6	4.16±0.38	0.0001***
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001**		0.116**		

*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

*** Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.12'de öğrencilerin yaş gruplarına göre çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı ve yaş gruplarına göre eğitimin etkinliği yer almaktadır. Yapılan analiz sonucunda öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). İkili grup karşılaştırılmasında; 18-20 yaş ve 24 yaş ve üzeri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.018$). Her yaş grubuna göre eğitim öncesi ve eğitim sonrasında genel ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). İkili grup karşılaştırılmasında; 21-23 yaş ve 24 yaş ve üzeri grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.037$). Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması değerlendirildiğinde; her üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri eğitim öncesi bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). İkili grup karşılaştırılmasında; 18-20 yaş ve 21-23 yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.023$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; her üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.05$).

İhmal belirtileri eğitim öncesi alt ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Eğitim sonrası ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). İkili grup karşılaştırılmasında; 18-20 yaş ve 21-23 yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.005$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması değerlendirildiğinde; her üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrasında yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrasında yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 18-20 yaş ve 21-23 yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.001$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler eğitim öncesi alt ölçek bilgi puan ortalaması, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Eğitim sonrasında ise, çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). İkili grup karşılaştırılmalarında ise; 18-20 yaş ve 21-23 yaş arası ($p=0.022$), 18-20 yaş ve 24 yaş ve üzeri ($p=0,001$), 21-23 yaş ve 24 yaş ve üzeri grupları arasında ($p=0.031$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması 18-20 yaş ve 21-23 yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.001$).

Tablo 4.13. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı ve cinsiyetlere göre eğitim etkinliği

Değişkenler	Cinsiyet				Gruplar arası p değeri
	Kız		Erkek		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması	160	3.83±0.29	65	3.73 ± 0.31	0.023***
Eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması	160	4.61±0.22	65	4.53±0.31	0.038****
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	160	3.92±0.34	65	3.80±0.31	0.016****
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	160	4.64±0.23	65	4.54±0.28	0.008***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	160	3.89±0.33	65	3.79±0.38	0.105****
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	160	4.44±0.27	65	4.43±0.56	0.369****
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001**		
Eğitim öncesi ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	160	4.02±0.53	65	3.96±0.53	0.436****
Eğitim sonrası ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	160	4.81±0.32	65	4.76±0.40	0.932****
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	160	3.64±0.42	65	3.49±0.42	0.019***
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	160	4.68±0.35	65	4.61±0.44	0.812****
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	160	3.44±0.48	65	3.38±0.61	0.472****
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	160	4.36±0.55	65	4.20±0.69	0.167****
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001*		

“Devamı arkada”

Tablo 4.13. (Devamı)

Değişkenler	Cinsiyet				Gruplar arası p değeri
	Kız		Erkek		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	160	3.93±0.53	65	3.89±0.72	0.308****
Eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	160	4.77±0.38	65	4.60±0.46	0.004****
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		

* İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

*** İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**** Mann Whitney U testi

Tablo 4.13'de öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı ve cinsiyetlere göre eğitim etkinliği verilmiştir. Yapılan analiz sonucu, eğitim öncesi ($p=0.023$) ve eğitim sonrası ($p=0.038$) genel ölçek bilgi puan ortalaması cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; kız ve erkek grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.001$).

Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması ($p=0.016$) ile eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması ($p=0.008$) cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulmadı ($p>0.05$). Grup içi değerlendirmede; kız ve erkeklerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri eğitim öncesi ve eğitim sonrası alt ölçek bilgi puan ortalaması cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.001$).

İhmal belirtileri eğitim öncesi ve eğitim sonrası alt ölçek bilgi puan ortalaması cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.001$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p=0.019$), eğitim sonrasında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrasında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; her iki cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.001$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; her iki cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.001$).

Tablo 4.14. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının sınıflarına göre dağılımı

Değişkenler	Sınıflar								Gruplar arası p değeri
	1		2		3		4		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması	57	3.69±0.29	57	3.88±0.28	62	3.83±0.32	49	3.81±0.27	0.005****
Eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması	57	4.61±0.17	57	4.63±0.22	62	4.56±0.22	49	4.54±0.37	0.199***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	57	3.69±0.30	57	3.98±0.31	62	3.93±0.36	49	3.95±0.28	0.0001****
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	57	4.62±0.18	57	4.62±0.26	62	4.63±0.18	49	4.58±0.36	0.854***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	57	3.79±0.33	57	3.98±0.34	62	3.86±0.38	49	3.83±0.29	0.02***
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	57	4.45±0.25	57	4.47±0.29	62	4.41±0.27	49	4.40±0.62	0.058***
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001*		0.0001*		0.0001**		
Eğitim öncesi ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	57	3.88±0.47	57	4.14±0.59	62	4.04±0.53	49	3.95±0.48	0.064****
Eğitim sonrası ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	57	4.82±0.29	57	4.88±0.33	62	4.79±0.32	49	4.67±0.43	0.002***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.0001**		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	57	3.51±0.43	57	3.66±0.41	62	3.64±0.43	49	3.56±0.42	0.186***
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	57	4.71±0.30	57	4.71±0.31	62	4.65±0.42	49	4.56±0.45	0.571***
Grup içi p değeri	0.0001**		0.0001*		0.0001*		0.0001*		

“Devamı arkada”

Tablo 4.14. (Devamı)

Değişkenler	Sınıflar								Gruplar arası p değeri
	1		2		3		4		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	57	3.33±0.47	57	3.39±0.59	62	3.44±0.51	49	3.56±0.48	0.152****
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	57	4.28±0.60	57	4.46±0.60	62	4.17±0.57	49	4.35±0.60	0.024***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	57	3.88±0.57	57	3.97±0.68	62	3.93±0.56	49	3.90±0.57	0.931***
Eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	57	4.76±0.37	57	4.77±0.40	62	4,67±0.43	49	4.67±0.43	0.221***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		0.0001**		0.0001*		

*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

** Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi,

***Kruskal Wallis Varyans Analizi

**** Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.14'te öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının sınıflarına göre dağılımı ve sınıflara göre eğitim etkinliği gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). İkili grup karşılaştırılmalarında; 1. Sınıf ile 2. Sınıf arasında ($p = 0.003$) ve 1. Sınıf ile 3. Sınıf arasında ($p = 0.050$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Eğitim sonrasında genel ölçek bilgi puan ortalaması, sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında genel ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 1., 2., 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.001$). Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,001$). İkili grup karşılaştırılmalarında ise; 1. Sınıf ile 2. Sınıf arasında ($p = 0,0001$), 1. Sınıf ile 3 sınıf arasında

($p=0,0001$), 1. Sınıf ile 4. Sınıf arasında ($p=0,0001$) istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Eğitim sonrasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması, sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması değerlendirildiğinde; 1., 2., 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.001$).

Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). İkili grup karşılaştırılmalarında ise; 1. Sınıf ile 2. Sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.014$). Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması, sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 1., 2., 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü ($p<0.001$).

Eğitim öncesi ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Eğitim sonrası ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). İkili grup karşılaştırılmalarında; 2. Sınıf ile 4. Sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.001$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 1., 2., 3. Ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrası sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 1., 2., 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesinde sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Grup karşılaştırılmalarında 2. Sınıf ile 3. Sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.016$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 1., 2., 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$).

Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrası sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermemektedir ($p>0.05$). Grup içi eğitim öncesi ve eğitim sonrasında çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 1., 2., 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$).



Tablo 4.15. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrasında bilgi puan ortalamalarının ekonomik duruma göre dağılımı

Değişkenler	Ekonomik Durum						Gruplar arası p değeri
	Gelir Giderden Fazla		Gelir Gidere Eşit		Gelir Giderden Az		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması	30	3.82±0.32	181	3.81±0.29	14	3.74±0.30	0.662****
Eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması	30	4.63±0.21	181	4.58±0.26	14	4.55±0.25	0.473***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	30	3.86±0.33	181	3.90±0.33	14	3.76±0.32	0.3****
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	30	4.66±0.24	181	4.61±0.24	14	4.52±0.37	0.364***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	30	3.87±0.33	181	3.87±0.35	14	3.79±0.34	0.47***
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	30	4.43±0.26	181	4.43±0.40	14	4.44±0.27	0.944***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		0.0001*		
Eğitim öncesi ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	30	4.07±0.50	181	4.01±0.53	14	3.79±0.50	0.241***
Eğitim sonrası ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	30	4.82±0.36	181	4.80±0.34	14	4.71±0.43	0.546***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		0.003**		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	30	3.64±0.43	181	3.59±0.43	14	3.58±0.43	0.8****
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	30	4.68±0.35	181	4.65±0.39	14	4.76±0.35	0.567***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.0001*		

“Devamı arkada”

Tablo 4.15. (Devamı)

Değişkenler	Ekonomik Durum						Gruplar arası p değeri
	Gelir Giderden Fazla		Gelir Gidere Eşit		Gelir Giderden Az		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	30	3.45±0.59	181	3.42±0.51	14	3.42±0.56	0.961****
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	30	4.47±0.64	181	4.29±0.59	14	4.30±0.61	0.166****
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		0.001*		
Eğitim öncesi çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	30	3.96±0.57	181	3.91±0.61	14	4.00±0.46	0,738***
Eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	30	4.80±0.35	181	4.72±0.41	14	4.58±0.52	0,291***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		0.001*		

*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

** Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

*** Kruskal Wallis Varyans Analizi

**** Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.15'te öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrasında bilgi puan ortalamalarının ekonomik duruma göre dağılımı gösterilmiştir. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları ekonomik duruma göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Grup içi çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; her üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.001$).

Tablo 4.16. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı

Değişkenler	Çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumu				Gruplar arası p değeri
	Evet		Hayır		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması	50	3.86±0.25	175	3.79±0.31	0.111****
Eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması	50	4.54±0.29	175	4.60±0.24	0.501***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	50	3.96±0.27	175	3.87±0.35	0.102****
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	50	4.61±0.31	175	4.62±0.23	0.506***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	50	3.92±0.35	175	3.85±0.34	0.270***
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	50	4.36±0.31	175	4.45±0.39	0.055***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		
Eğitim öncesi ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	50	4.02±0.45	175	4.00±0.55	0.841***
Eğitim sonrası ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	50	4.76±0.39	175	4.80±0.33	0.573***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	50	3.65±0.44	175	3.58±0.42	0.338****
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	50	4.60±0.41	175	4.68±0.37	0.206***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	50	3.53±0.51	175	3.40±0.52	0.085***
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	50	4.25±0.64	175	4.33±0.58	0.425***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		

"Devamı arkada"

Tablo 4.16. (Devamı)

Değişkenler	Çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumu				Gruplar arası p değeri
	Evet		Hayır		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	50	3.99±0.46	175	3.90±0.63	0.242***
Eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	50	4.66±0.42	175	4.73±0.41	0.140***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		

*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

***Mann Whitney U test

****İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Tablo 4.16'da öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumuna göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Grup içi çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.001$).

Tablo 4.17. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumuna göre dağılımı

Değişkenler	Çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumu				Gruplar arası p değeri
	Evet		Hayır		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması	55	3.85±0.28	170	3.79±0.30	0.184****
Eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması	55	4.60±0.22	170	4.58±0.26	0.596***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	55	3.86±0.32	170	3.90±0.34	0.426****
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri bilgi puan ortalaması	55	4.63±0.25	170	4.61±0.25	0.499***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	55	3.92±0.35	170	3.85±0.34	0.098***
Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri bilgi puan ortalaması	55	4.47±0.23	170	4.42±0.41	0.172***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		
Eğitim öncesi ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	55	4.03±0.50	170	4.00±0.54	0.686***
Eğitim sonrası ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması	55	4.76±0.36	170	4.81±0.34	0.290***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	55	3.69±0.41	170	3.56±0.43	0.062****
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri bilgi puan ortalaması	55	4.69±0.38	170	4.65±0.38	0.497***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001*		
Eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	55	3.58±0.48	170	3.38±0.52	0.012****
Eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması	55	4.37±0.56	170	4.29±0.61	0.500***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		

"Devamı arkada"

Tablo 4.17. (Devamı)

Değişkenler	Çocuk istismarı ve ihmal vakasıyla karşılaşma durumu				Gruplar arası p değeri
	Evet		Hayır		
	N	Ort.±S.S.	N	Ort.±S.S.	
Eğitim öncesi çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	55	4.00±0.50	170	3.89±0.62	0.212***
Eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler bilgi puan ortalaması	55	4.69±0.40	170	4.73±0.41	0.326***
Grup içi p değeri	0.0001*		0.0001**		

*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

** Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi

***Mann Whitney U test

**** İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Tablo 4.17'de öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmal vakasıyla karşılaşma durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analize göre; sadece eğitim öncesi istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması çocuk istismarı ve ihmal vakasıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları çocuk istismarı ve ihmal vakasıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$).

Diğer grup içi çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları çocuk istismarı ve ihmal vakasıyla karşılaşma durumuna göre incelendiğinde; her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.001$).

5.TARTIŞMA

Araştırmanın tartışma bölümü; öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamaya ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki farkındalık düzeylerini etkileyen etmenlerin incelenmesi olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

5.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

5.1.2. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumlarına göre dağılımı

Araştırmamızda; öğrencilerin %22.2'si çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi aldıklarını belirtirken, %77.8'i bu konuda herhangi bir bilgi almadığını ifade etti. Bilgi alan öğrencilerin %56'sı öğrenimi esnasında, %2'si seminer/konferanslardan, %4'ü internetten, %6'sı medyadan, %4'ü öğrenimi esnasında ve seminer/konferanslardan, %14'ü internet ve medyadan, %6'sı öğrenimi esnasında internet ve medyadan, %8'i hepsi olarak yanıtladılar (Tablo 4.2). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileriyle yapılan bir araştırmada, öğrencilerin %59.2'si eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir (Kostak ve Vatansever 2015).

Hekim ve hemşirelerle yapılan bir araştırmada, katılımcıların yarıdan fazlasının eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıkları (hekimlerin %54,1'i, hemşire-ebelerin %62,3'ü), hekimlerin %14,7'sinin, hemşire-ebelerin %29,7'sinin mezuniyet sonrası eğitime katıldıkları, hekimlerin %19,6'sının, hemşire-ebelerin %28,3'ünün seminer veya toplantıya katıldıkları görülmüştür (Gölge vd 2012). Kocaer'in araştırmasında ise, öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda hekimlerin %48.6'sı, hemşirelerin ise %27.9'u bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Yine bu araştırmada, mezuniyet sonrası sertifikalı eğitim alanlar hekimlerde

%7.5, hemşirelerde %5.9 olarak saptanmıştır (Kocaer 2006). Birinci Basamak 935 Sağlık Çalışanı ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların %83.4'ü çocuk istismarı konusunda eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir (Yağmur ve Balcı 2009).

Uysal'ın araştırmasında, hemşirelerin %76.9'u çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir bilgi almadıklarını, %89.6'sı konferans veya seminere katılmadıklarını, bilgi alanların %80'i çocuk sağlığı dersine entegre konu olarak bahsedildiğini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada ebelerin ise %71.4'ü çocuk istismarı ve ihmali konusunda okul öğrenimleri sırasında bilgi almadıklarını, %96.9'u çocuk istismarı ve ihmali hakkında herhangi seminer/konferansa katılmadıklarını ifade etmişlerdir (Uysal 1998). Hastanelerin çocuk kliniklerinde ve acil servislerinde çalışan 61 hemşire ile yapılan bir araştırmada ise, hemşirelerin %52.5'i öğrenimleri esnasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi almıştır (Burç ve Tüfekçi 2015).

Öğretmen adaylarıyla yapılan araştırmada, katılımcıların %91.2'si daha önce çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili ders ya da resmi bir eğitim almadığını, sadece %4.7'si okulda konuyla ilgili tartışma, konferans, oturum, panel vb eğitim faaliyeti olduğunu belirtirken, %95.3'ü okulda konuyla ilgili eğitim faaliyeti olmadığını ifade etmişlerdir (Pala 2011). Kenny tarafından yapılan araştırmada ise, öğretmenlerin %34'ünün çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili hizmet öncesi eğitim aldıkları saptanmıştır (Kenny 2004).

Çocuk istismarı ve ihmali ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psiko-sosyal kapsamlı, toplumsal açıdan giderek önem kazanan bir sorundur. Konunun yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasındaki güçlükler, kültürel ve geleneksel değerlerin sosyal baskı oluşturması sorunun önemini daha da arttırmaktadır. Günümüzde çocuk istismarı ve ihmali önlemeye yönelik çalışmaların önem kazanmasıyla birlikte özellikle sağlık çalışanlarına önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Yapılan literatür taramasında, çocuk istismarı ve ihmali yönelik eğitim alan kişi sayısının oldukça düşük olduğu ortaya çıkmaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali yönelik farkındalık düzeyinin artırılması için öğrencilerin öğrenimleri esnasında konuya ilişkin aldıkları ders saatlerinin artırılarak, konferans ve seminer gibi eğitim faaliyetleri düzenlenerek, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle konunun önemi üzerinde durularak konuya ilişkin bilgi eksikliği giderilmelidir.

5.1.3. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları, uygulanan istismar türü ve istismar ve ihmali uygulayan kişiye göre dağılımları

Araştırmamızda, öğrencilerin %24.4'ü çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış, %75.6'sı ise vakayla hiç karşılaşmamıştır (Tablo 4.3). Öğrencilerin çocuk

istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış olanların azınlıkta olması, hangi durumları istismar ve ihmal olarak değerlendireceklerini belirleyemediklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hemşire ve ebelerle yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %28.4'ü, ebelerin ise %41.8'i çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarını belirtirken (Uysal 1998), sağlık çalışanlarıyla yapılan başka bir araştırmada, katılımcıların %49.8'i istismar olgusu ile karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir (Yağmur ve Balcı 2009). Kocaer'in çalışmasında ise, hekimlerin %52.8'i hemşirelerin ise %30.1'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda olgu ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (Kocaer 2006). Hekim ve hemşirelerle yapılan başka bir araştırmada, hekimlerin %43.8'inin, hemşire-ebelerin %36.2'sinin meslek yaşamları süresince çocuk istismarı ve ihmali olgusuyla karşılaştıkları saptanmıştır (Gölge ve Hamzaoğlu).

Şanyüz'ün araştırmasında, hekimlerin meslek hayatları boyunca en sık karşılaştıkları istismar türü sorgulandığında en sık fiziksel istismar görüldüğü saptanmıştır. Hekimlerin istismarcı profili ile ilgili düşünceleri değerlendirildiğinde; fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal ile ilgili olarak daha çok anne, baba ve bakıcılar gibi çocuğa en yakın aile bireylerinin istismarda aktif rol aldığını, cinsel istismar açısından ise yakın akraba, çevreden tanıdık biri ve bir yabancı gibi görece uzak kişilerin olayda aktif rol aldığı saptanmıştır (Şanyüz 2009). Doktorlarla yürütülen bir araştırmada, çocuk uzmanlarının %82'si, çocuk asistanlarının %70,5'i, pratisyen doktorların %54,8'i istismar ve ihmal olgu veya şüphesi ile karşılaştıklarını belirtmişler ve karşılaşılan olguların başında ihmal (%45,8) ilk sırada yer almaktadır. Bunu sırasıyla duygusal (%23,6), fiziksel (%29,8) ve cinsel istismar (%10,5) izlemektedir. (Kara vd 2014). Hemşire, doktor ve diş hekimi gibi 419 sağlık çalışanını kapsayan bir araştırmada, katılımcıların %60'ı meslek hayatlarında şüpheli çocuk fiziksel istismarı olgusu ile karşılaştığı saptanmıştır (Lazenbatt ve Freeman 2006).

Araştırmamıza katılan öğrencilere, çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarında, uygulanan istismar türü sorgulandığında; %38.2'si fiziksel istismar, %20'si duygusal istismar, %7.3'ü cinsel istismar, %16.4'ü ihmal, %9.1'i fiziksel duygusal ve cinsel istismar, %3.6'sı fiziksel ve duygusal istismar, %1.8'i duygusal istismar cinsel istismar ve ihmal, % 3.6'sı tüm istismar ve ihmal türleriyle karşılaştıklarını ifade ettiler (Tablo 4.3). Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise, öğrencilerin %26.3'ü fiziksel şiddete, %35.3'ü sözel şiddete, %42.3'ü duygusal şiddete ve %9.3'ü ekonomik şiddete maruz kaldıkları ya da şahit oldukları saptanmıştır (Çetinkaya 2013). Kostak ve Vatansever'in, Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 397 öğrenciyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin %11.6'sı çocukluk

döneminde şiddete maruz kaldığını, %14.4'ü ihmale uğradıklarını ifade etmişlerdir (Kostak ve Vatansever 2015). Ebelik ve hemşirelik öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada, öğrencilerin %60.1'i çocukluk döneminde anne ve babaları tarafından fiziksel şiddete uğradıkları; % 44.7'si anne ve babaları arasında fiziksel şiddete tanık oldukları saptanmıştır (Tunçel 2007). Ebelik bölümü öğrencileriyle yapılan bir diğer araştırmada ise, öğrencilerin %40.6'sı aile içi şiddete maruz kaldığını, %36.2'si aile içinde şiddete tanık olduğu saptanmıştır (Bozkurt vd 2013).

Araştırmamızda, istismar ve ihmali uygulayan kişiye öğrencilerin verdikleri cevaplar ise; %1.8'i anne, %23.6'sı baba, %23.6'sı anne ve baba, %9.1'i üvey anne-baba, %3.6'sı abla ağabey kardeş, %16.4'ü akraba, %1.8'i anne-baba, üvey anne-baba ve kardeş, %3.6'sı üvey anne-baba ve akraba, %1.8'i anne-baba ve akraba, %14.5'i ise diğerdir (Tablo 4.3). Araştırmamızla benzer şekilde Carlstedt ve arkadaşlarının yaptıkları 162 olgudan oluşan araştırmada, istismarcılardan %23.4'ünün baba olduğu bulunmuş, % 27.7'si tanıdık, % 25.3'ü yabancı olarak saptanmıştır (Carlstedt vd 2009). Magalhaes ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise, istismarcılardan % 40.2'si aile içi, % 59.8'i ise aile dışından olduğu saptanmıştır. Aile içi olanların %46'sı akraba (1. derece olmayan), % 44.8'i baba ve % 9.2'si de üvey baba olarak bulunmuştur. Aile dışı olanların % 67.9'u tanıdık, % 32.1'i ise yabancı kimsedir (Magalhaes vd 2009).

Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan "Çocuk Koruma Merkezi" çocuk istismarı konusunda 2001 yılından itibaren, 139 hasta istismar kuşkusu ile değerlendirilmiş, bunlardan 94'ü istismar tanısı almıştır. Bu olgulardan %60'ı cinsel istismar, %15'i fiziksel istismar, %12'si ihmal, %10'u hem fiziksel hem cinsel istismar, %2'si ise Münchhausen by proxy (MSBP) olgusudur. MSBP olgusunun tacizcileri ise anneleri olarak saptanmıştır (Beyazova ve Şahin 2007).

Ballı'nın araştırmasında, Adli Olguları Değerlendirme Heyetine başvuran istismara uğramış olguların dosyaları retrospektif incelenmiş ve heyete başvuruda bulunan 484 olgunun % 15,3'ü cinsel istismara fiziksel istismarın da eşlik ettiği görülmüş, % 87,8'i istismarcı, % 12,2'si ise anne-baba veya öğretmen tarafından fiziksel olarak istismar edildiği saptanmıştır. İstismarcının yakınlığı incelendiğinde; %54.4 tanıdık, %20.3 yabancı kimse, %11 akraba/üvey baba, %8.5 birinci dereceden akraba, %5.8 nikahsız eş olarak bulunmuştur (Ballı 2010).

Güler ve arkadaşları tarafından annelerin çocuklarına uyguladıkları fiziksel ve duygusal istismar/ihmal davranışlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, 143 aile ziyaret edilmiş ve annelerin %87.4'ünün çocuklarını fiziksel istismar/ihmal, %93'ünün ise çocuklarını duygusal istismar/ihmal ettikleri saptanmıştır (Güler vd 2002). Ana-babaların çocuk istismarı ve ihmeline yönelik bilgi,

deneyim ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla 100 ana-baba ile yapılan araştırmada ise ana-babaları tarafından ihmal edildiğini belirtenlerin oranı %39 olarak saptanmıştır (Keser vd 2010).

Pişi'nin 70 çocukla yaptığı araştırmada ise, çocukların %48,5'i cinsel istismara, %22,9'u duygusal istismara, %15,7'si ekonomik istismara, %12,9'u hem duygusal hem de fiziksel istismara maruz kaldıkları görölmektedir. Duygusal, fiziksel ve ekonomik istismara maruz kalan çocukların %83,3'ü anne veya babası tarafından istismar edildiği görölmüştür. Üvey anne ve üvey baba istismarına uğrayan çocukların sayısı %13,9'dur. Cinsel istismara maruz kalan çocukların %50'si arkadaş olarak tanımladığı, %20,7'si tanımadığı veya tanınmasına rağmen arkadaş olarak görmediği kişilerin istismarına maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Çocukların %23,5'i de baba, ağabey, amca gibi birinci derecede akrabası olan kişiler tarafından enseste maruz kalmışlardır (Pişi 2013). Ergenlerle yapılan başka bir araştırmada, ergenlerin %16.5'inin ihmale, %15.8'inin duygusal istismara, %13.5'inin fiziksel istismara ve %10.7'sinin cinsel istismara uğradığı saptanmıştır (Zoroğlu vd 2001). Aile içinde şiddete maruz kalan çocukların incelendiği, 655 ilköğretim okulu öğrencisinde yapılan araştırmada öğrencilerin %32'sinin annesinden, %27'sinin de haftada en az bir kere babasından dayak yediğini saptamıştır (Ayan 2007).

Geleceğin öğretmenlerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, araştırmaya katılanların %26.3'ü eğitimleri süresince çocuk istismarı ve ihmalden şüphelendiğini, %73.7'si ise şüphelenmediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların şüphelendikleri istismar ve ihmal türleri incelendiğinde; en fazla ihmalden (%4.7), duygusal istismar ve ihmalden şüphelenilmiştir (%4.7) (Pala 2011). İlköğretim öğretmenleriyle yapılan bir diğer çalışmada, öğretmenlerinin %22'si fiziksel istismardan, %10.4'ü duygusal istismardan, %10.4'ü cinsel istismardan, %23.2'si ise ihmalden şüphelendiklerini belirtmişlerdir (Kürklü 2011).

Literatür incelendiğinde, çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma ve şüphelenme yüzdelerinin düşük olduğunu görüyoruz. Bu durum çalışmaların yapıldığı yılların ve bölgelerin farklılığına, bireylerin kültürel şiddet algısına, istismar ve ihmal ile ilgili bilgi ve deneyimlerin farklılığına bağlanabilir.

5.2. Öğrencilerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

5.2.1. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrasında karşılaştırılması

Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 3.81 ± 0.3 iken; eğitim sonrasına 4.59 ± 0.26 olarak bulundu. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.001$) (Tablo 4.5). Uysal'ın tanımlayıcı tipteki hemşire ve ebelerle yaptığı araştırmada, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki genel ölçek bilgi puan ortalaması 3.73 ± 0.32 iken, ebelerin 3.63 ± 0.33 olarak bulunmuştur (Uysal 1998). Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalıklarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı tipte yapılan araştırmada, hekimlerin genel ölçek bilgi puan ortalaması 3.92 ± 0.4 , hemşirelerin ise 3.74 ± 0.4 olarak saptanmıştır (Kocaer 2006).

Araştırmamızda, öğrencilerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 3.89 ± 0.34 iken, eğitim sonrasında 4.62 ± 0.26 olarak bulundu. Öğrencilerin eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü ($p < 0.001$) (Tablo 4.6). Uysal'ın araştırmasında, hemşirelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.82 ± 0.38 , ebelerin ise 3.64 ± 0.39 'dur (Uysal 1998). Kocaer'in araştırmasında ise istismarın çocuklar üzerindeki fiziksel belirtilerinden hekimler 3.83 ± 0.38 puan alırken, hemşireler 3.77 ± 0.37 puan almışlardır (Kocaer 2006).

Öğrencilerin istismar ve ihmalinin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 3.87 ± 0.35 , eğitim sonrasında ise 4.44 ± 0.38 olarak bulundu. Öğrencilerin eğitim sonrası istismar ve ihmalinin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.001$) (Tablo 4.7). Uysal'ın araştırmasında, hemşirelerin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.92 ± 0.39 , ebelerin ise 3.84 ± 0.42 'dir (Uysal 1998). Kocaer'in araştırmasında ise çocuktaki davranışsal belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalaması hekimlerin 3.85 ± 0.45 , hemşirelerin 3.87 ± 0.49 olarak bulunmuştur (Kocaer 2006).

Öğrencilerin ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 4.01 ± 0.53 , eğitim sonrasında 4.8 ± 0.35 olarak bulundu. Öğrencilerin eğitim sonrası

ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$) (Tablo 4.8). Kocaer'in araştırmasında ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması hekimlerde 3.54 ± 0.39 , hemşirelerde ise 3.41 ± 0.52 olarak bulunurken (Kocaer 2006). Uysal'ın araştırmasında ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması hemşirelerin 4.03 ± 0.71 , ebelerin ise 3.97 ± 0.64 olarak saptanmıştır (Uysal 1998).

Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 3.6 ± 0.43 iken, eğitim sonrası 4.67 ± 0.38 'dir. Öğrencilerin eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$) (Tablo 4.9). Uysal'ın araştırmasında istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması hemşirelerde 3.41 ± 0.47 , ebelerde ise 3.42 ± 0.49 olarak bulunurken, Kocaer'in araştırmasında istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması hekimlerde 3.34 ± 0.48 , hemşirelerde ise 3.13 ± 0.7 'dir (Kocaer 2006).

Öğrencilerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 3.43 ± 0.52 , eğitim sonrası 4.32 ± 0.6 olarak bulundu. Öğrencilerin eğitim sonrası istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.001$) (Tablo 4.10). Kocaer'in araştırmasında istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması hekimlerde 3.77 ± 0.48 , hemşirelerde ise 3.72 ± 0.55 'tir (Kocaer 2006). Uysal'ın araştırmasında ise istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri bilgi puan ortalaması hemşirelerin 3.03 ± 0.73 iken, ebelerin 2.96 ± 0.61 olarak bulunmuştur (Uysal 1998).

Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi 3.92 ± 0.6 , eğitim sonrası ise 4.72 ± 0.41 'dir. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.001$) (Tablo 4.11). Uysal'ın araştırmasında çocuk istismar ve ihmali aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalaması hemşirelerde 4.05 ± 0.59 , ebelerde 3.81 ± 0.55 'tir (Uysal 1998). Kocaer'in araştırmasında ise ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması hekimlerde 3.71 ± 0.31 , hemşirelerde ise 3.61 ± 0.33 olarak saptanmıştır (Kocaer 2006).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğinden alınması istenen maximum puan 5.0 iken, yapılan çalışmalarda bu değere ulaşamadığı görülmüştür. Yapılan literatür taraması sonucunda, sağlık çalışanlarının çocuk istismarı

ve ihmali hakkında bilgi eksiklikleri olduğu ve bu konuda daha donanımlı hale gelebilmeleri için eğitim almalarının gerekliliği vurgulanmaktadır. Ancak hemşirelerin, çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda farkındalık düzeyine eğitimin etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim araştırmamızda ise, verilen eğitim ile öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim sonrası ölçek puanının, eğitim öncesine göre önemli derecede artış olduğu görülmektedir.

5.3. Öğrencilerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Farkındalık Düzeylerini Etkileyen Etmenler

Öğrencilerin yaş gruplarına göre, çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı ve yaş gruplarına göre eğitim etkinliği Tablo 4.12'de yer almaktadır. Öğrencilerin eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalamasının yaş gruplarına göre dağılımı; 18-20 yaş grubunda 3.80 ± 0.3 , 21-23 yaş grubunda 3.83 ± 0.28 , 24 yaş ve üzeri olan grupta 3.59 ± 0.18 'dir. Yapılan analizde, eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Eğitim sonrası öğrencilerin genel ölçek bilgi puan ortalamasının yaş gruplarına göre dağılımı; 18-20 yaş grubunda 4.62 ± 0.18 , 21-23 yaş grubunda 4.53 ± 0.34 ve 24 yaş ve üzeri olan grupta 4.23 ± 0.4 olarak bulundu. Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Bu fark; 18-20 yaş ve 24 yaş ve üzeri gruptan kaynaklanmıştır ($p < 0.05$). Literatür incelendiğinde, yaş ilerledikçe bilgi ve deneyimle birlikte çocuk istismarı ve ihmali yönelik bilgi puanlarının artış gösterdiği görülmüş olup, bizim araştırmamızda 18-20 yaş olan grupta bilgi puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Bu da 18-20 yaş grubunun, çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitime daha ilgi ve alakalı olduğu şeklinde açıklanabilir. Uysal'ın araştırmasında, hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı; 18-27 yaş grubunda 3.57 ± 0.09 , 28-37 yaş grubunda 3.72 ± 0.05 , 38 yaş ve üzerindeki grupta da 3.81 ± 0.07 olarak saptanmıştır. Grupların bilgi puan ortalamaları arasında yapılan analizinde anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen yaşın artmasıyla bilgi puan ortalamasının arttığı görülmüştür (Uysal 1998). Yine araştırmamızla benzer şekilde Kocaer'in araştırmasında, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı yaş dağılımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$) (Kocaer 2006).

Araştırmamızda eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), bu farkın 21-23 yaş ve 24 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı saptandı. Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri ile ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesi yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Bu farklılık 18-20 yaş ve 21-23 yaş gruplarından kaynaklandığı saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.12).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri ile istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrasında yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler eğitim öncesi alt ölçek bilgi puan ortalaması, yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Bu fark her üç yaş grubundan da kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.12).

Araştırmamızda yaş grupları kendi içinde, eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre her yaş grubu için istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.12).

Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı ve cinsiyetlere göre eğitim etkinliği Tablo 4.13'de gösterilmektedir. Öğrencilerin eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması kızlarda 3.83 ± 0.29 , erkeklerde 3.73 ± 0.31 'dir. Eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması ise kızlarda 4.61 ± 0.22 , erkeklerde ise 4.53 ± 0.31 'dir. Yapılan analiz sonucu, eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p<0.05$). Kızların, hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası erkeklere göre bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Araştırmamızla benzer olarak Al-Moosa ve arkadaşlarının 117 pediatri hekimi ile yaptıkları araştırmada, bayan hekimlerin erkek hekimlere göre çocuk istismarı ve ihmali daha fazla tanıdığı saptanmıştır (Al-Moosa vd 2003). Yine Kara'nın araştırmasında, hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur

($p<0.001$). Araştırmaya katılan bayanların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi puanı daha yüksek çıkmıştır. Bu da bayan hekimlerin tanı konusunda daha başarılı olmaları, bayanların çocuklarla daha sık ilişkide olmaları nedeniyle onları daha iyi anlamaları şeklinde açıklanmıştır (Kara 2010). Kocaer'in araştırmasında ise, hemşirelerin tümü bayan olduğu için cinsiyetlere göre değerlendirme yapılamazken, erkek hekimler çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğinden ortalama 3.67 ± 0.30 puan alırken, kadın hekimler 3.73 ± 0.32 puan almışlardır (Kocaer 2006). Gölge ve Hamzaoğlu'nun yaptıkları araştırmada, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ölçeği sonuçları cinsiyete göre değerlendirildiğinde genel ölçek ortalamasında anlamlı bir farklılığın olmamasına rağmen, "İstismarın çocuktaki belirtileri" ve "İhmalin çocuktaki belirtileri" alt ölçek puanları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (Gölge ve Hamzaoğlu 2012).

Araştırmamızda istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması; eğitim öncesi ve eğitim sonrasında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p<0.05$), kızların hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası, erkeklere göre bilgi puanlarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.13).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri, ihmal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması; eğitim öncesi ve eğitim sonrasında istatistiksel olarak önemli farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 4.16).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), eğitim sonrasında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$). Hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamasından kızlar erkeklere göre daha yüksek puan aldı (Tablo 4.13).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

Çalışmamızda cinsiyetler grup içinde, genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim sonrası genel ve alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi bilgi puan ortalamasına göre hem kız hem de erkek grubu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.13).

Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının sınıflarına göre dağılımı ve sınıflara göre eğitim etkinliği Tablo 4.14'te gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda eğitim öncesi

genel ölçek bilgi puan ortalamasının sınıflara göre dağılımı; 1.sınıf 3.69 ± 0.29 , 2.sınıf 3.88 ± 0.28 , 3.sınıf 3.83 ± 0.32 , 4.sınıf 3.81 ± 0.27 'dir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Bu farklılık; 1. Sınıf ile 2. Sınıf ve 1. Sınıf ile 3. Sınıf arasındaki farktan kaynaklandığı saptandı. Eğitim sonrasında genel ölçek bilgi puan ortalamasının sınıflara göre dağılımı; 1.sınıf 4.61 ± 0.17 , 2.sınıf 4.63 ± 0.22 , 3.sınıf 4.56 ± 0.22 , 4.sınıf 4.54 ± 0.37 'dir ve sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.14).

Eğitim öncesi istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p < 0.05$). Bu farklılık 1. sınıf ile 2. sınıf, 1. sınıf ile 3 sınıf ve 1. sınıf ile 4. sınıf arasında yapılan istatistiksel farktan kaynaklandığı saptandı. Eğitim sonrasında istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması, sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$) (Tablo 4.14).

Eğitim öncesinde istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında anlamlı farklılık bulunurken ($p < 0.05$), bu fark 1. Sınıf ile 2. Sınıf arasında yapılan istatistiksel farktan kaynaklanmıştır. Eğitim sonrası istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması, sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0.05$) (Tablo 4.14).

Eğitim öncesi ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p > 0.05$), eğitim sonrası ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). Bu farklılık 2. Sınıf ile 4. Sınıf arasında yapılan istatistiksel farktan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.14).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrası sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.14).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesinde sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$). Bu farklılık 2. Sınıf ile 3. Sınıf arasındaki istatistiksel farktan kaynaklandığı saptandı (Tablo 4.17).

Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesi ve eğitim sonrası sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0.05$) (Tablo 4.14).

Her sınıf kendi içinde eğitim öncesi ve eğitim sonrasında genel ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; 1., 2., 3. ve 4. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı fark

bulundu ($p<0.001$). Eğitim sonrası çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki genel ölçek bilgi puan ortalaması, eğitim öncesine göre tüm sınıflarda anlamlı derecede artış olduğu görüldü (Tablo 4.14).

Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrasında bilgi puan ortalamalarının ekonomik duruma göre dağılımı Tablo 4.15'te gösterilmektedir. Yapılan analiz sonucunda eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalamasının ekonomik duruma göre dağılımı; gelir giderden fazla grubunda 3.82 ± 0.32 , gelir giderden eşit grubunda 3.81 ± 0.29 , gelir giderden az grubunda 3.74 ± 0.30 bulunurken, eğitim sonrasında genel ölçek bilgi puan ortalaması; gelir giderden fazla grubunda 4.63 ± 0.21 , gelir giderden eşit grubunda 4.58 ± 0.26 , gelir giderden az grubunda 4.55 ± 0.25 olarak saptandı. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları ekonomik duruma göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$). Her grup kendi içinde çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek puanları incelendiğinde; gelir giderden fazla, gelir giderden eşit ve gelir giderden az olarak gruplandırılan her üç grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.001$) (Tablo 4.15).

Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumuna göre dağılımı Tablo 4.16'da gösterilmektedir. Yapılan analiz sonucunda eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalamasının, bilgi alma durumuna göre dağılımı; bilgi alanlarda 3.86 ± 0.25 , bilgi almayanlarda 3.79 ± 0.31 iken, eğitim sonrası bilgi alanlarda 4.54 ± 0.29 , bilgi almayanlarda 4.60 ± 0.24 olarak saptandı. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumuna göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Grupların bilgi alma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, daha önceden çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alan grubun eğitim öncesinde genel ölçek bilgi puanının daha yüksek olduğu görüldü. Bizim araştırmamızla benzer Uysal'ın araştırmasında, hemşire ve ebelerin okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Uysal 1998). Kocaer'in araştırmasında ise, hemşirelerin %27.9'u eğitimleri sırasında çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin içinde entegre olarak çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi almış, %5.9'u mezuniyet sonrası eğitim almıştır. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve

riskleri tanılama ortalama ölçek puanı da öğrenimleri sırasında bilgi alma ve sertifikalı bir eğitime katılma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (Kocaer 2006). Hemşire ve ebelerle yapılan bir araştırmada, katılımcıların okul öğrenimleri sırasında, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına ve çocuk istismarı ve ihmalinin seminer/konferansa katılma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamadaki bilgi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı araştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çatık ve Çam 2006). Gölge ve Hamzaoğlu'nun yaptıkları çalışmada katılımcıların ölçek puanları ÇİVİ konusunda aldıkları eğitime göre değerlendirildiğinde, öğrenimleri sırasında bu konuyla ilgili eğitim aldıklarını belirtenlerin "İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin özellikleri" alt ölçeği puanları, eğitim almayanlara göre daha yüksek, mezuniyet sonrası eğitime katılanların "İhmalin çocuktaki belirtileri" ve "Çocuk istismar ve ihmali ailesel özellikler" alt ölçek puanları, katılmayanlara göre daha yüksek, mezuniyet sonrası seminer/konferanslara katılanların ise ölçek toplam puanı ile "İstismarın çocuktaki davranışsal belirtileri" ve "Çocuk istismar ve ihmali ailesel özellikler" alt ölçek puanları, katılmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Gölge ve Hamzaoğlu 2012). Burç ve Tüfekçi'nin yaptığı çalışmada, hemşirelerin öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında eğitim ve bilgi alanların, almayanlara göre çocuk istismarının belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmış ancak gruplar arasındaki farkın önemsiz olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Burç ve Tüfekçi 2015). Bu durum konuya ilişkin ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyulduğunu, hemşirelerin öğrenimleri esnasında çocuk sağlığı ve hastalıkları dersine entegre olarak işlenen çocuk istismarı ve ihmali konusuna daha fazla önem verilmesi ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerin artırılması gerektiğini göstermektedir. Araştırmamızda bilgi alma durumuna göre her grup kendi içinde incelendiğinde; eğitim sonrası genel ölçek bilgi puanının eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.16).

Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumuna göre dağılımı Tablo 4.17'de gösterilmiştir. ÇİVİ vakasıyla karşılaşan grubun eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması 3.85 ± 0.28 iken, eğitim sonrası 4.60 ± 0.22 'dir. ÇİVİ vakasıyla karşılaşmayan grubun eğitim öncesi genel ölçek bilgi puan ortalaması 3.79 ± 0.3 , eğitim sonrası 4.58 ± 0.26 olarak bulundu. Öğrencilerin çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamaları çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmamasına ($p>0.05$) rağmen çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşan grubun vakayla karşılaşmayanlara göre, eğitim öncesinde genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalamasının daha yüksek olduğunu görüyoruz. Çalışmamızla benzer şekilde Uysal'ın araştırmasında hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali ve vakasıyla karşılaşmış olma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$) Vakayla karşılaşan hemşirelerin %63.2'si aileye çocuğa karşı girişilen davranışın yanlışlığı konusunda eğitim verme davranışına yönelmiş, daha etkin bir rol üstlenmediği görülmüştür (Uysal 1998). Hekim ve hemşirelerle yapılan bir araştırmada ise, katılımcıların çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve riskleri tanılama ortalama ölçek puanı iş yaşamı süresince herhangi çocuk istismarı veya ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Kocaer 2006). Yine Çatık ve Çam'ın hemşireler ve ebelerle yaptığı araştırmada, hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış olma durumlarına göre, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının değişip değişmediği incelendiğinde, çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşan grupla karşılaşmayan gruplar arasında bilgi puanları istatistiksel anlamlılık düzeyinde değişmediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Çatık ve Çam 2006). Bir başka araştırmada çocuk istismarı şüphesi ve vakasıyla karşılaşan hemşirelerin, karşılaşmayanlara göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuş fakat gruplar arası farkın önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Burç ve Tüfekçi 2015). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Kara'nın çalışmasında, hekimlerin meslek hayatlarında çocuk istismarı olgusuyla karşılaşma durumlarına göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; çocuk istismarı olgusu ile karşılaşanların, karşılaşmayanlara göre bilgi puanı ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (Kara 2010). Her grup kendi içinde çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek ve alt ölçek bilgi puan ortalaması incelendiğinde; daha önceden vakayla karşılaşan ve karşılaşmayan her iki grubun eğitim sonrası bilgi puan ortalamasının, eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.001$) (Tablo 4.17).

6. SONUÇLAR

6.1. Sonuçlar

Çocuk istismarı ve ihmali konusunda yapılan eğitimle öğrencilerin eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalamaları ile istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri, çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek bilgi puan ortalamalarının anlamlı şekilde arttığı görüldü ($p<0.001$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmazken ($p>0.05$), eğitim sonrasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Yaş grupları grup içi değerlendirildiğinde, eğitim sonrası çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalamasının her yaş grubu için anlamlı şekilde arttığı görüldü ($p<0.001$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek bilgi puan ortalaması cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Cinsiyetler grup içi değerlendirildiğinde, eğitim sonrasında genel ölçek bilgi puan ortalamasının kız ve erkek grubunda anlamlı şekilde arttığı bulundu ($p<0.001$).

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması eğitim öncesinde sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadi ($p>0.05$). Her sınıf kendi içinde incelendiğinde; eğitim sonrası çocuk istismar ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalamasının, tüm sınıflarda anlamlı şekilde arttığı saptandı ($p<0.001$).

Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalamaları, eğitim öncesi ve sonrasında çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi alma durumuna göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi

($p>0.05$). Bilgi alma durumuna göre grup içi değerlendirildiğinde; eğitim sonrası genel ölçek bilgi puanı, bilgi alan ve almayan her iki grupta da anlamlı bir şekilde arttığı görüldü ($p<0.001$).

Öğrencilerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama eğitim öncesi ve eğitim sonrası genel ölçek puan ortalamaları çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumuna göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$). Her grup kendi içinde incelendiğinde; daha önceden vakayla karşılaşan ve karşılaşmayan her iki grubun da eğitim sonrası bilgi puan ortalamasının anlamlı şekilde arttığı saptandı ($p<0.001$).

6. 2. Öneriler

Araştırmamız sonucunda, çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanınması ve müdahalesi için aşağıdaki öneriler getirilebilir:

Çocuk sağlığının geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve korunması, ihmal ve istismar olgularının önlenmesi, erken tanınması ve girişimlerin en erken dönemde başlatılması için sağlık çalışanlarına öğrenimleri sırasında daha ayrıntılı bilgi verilmeli, eğitim müfredatları gözden geçirilmelidir.

Sağlık alanında çalışan tüm personele, hizmet içi eğitim faaliyetleri düzenlenmeli, eğitimlerde süreklilik sağlanmalıdır.

Çocuk istismarı ve ihmali hakkında daha fazla sayıda ve geniş kapsamlı, eğitimin etkinliğini değerlendiren araştırmalar yapılmalıdır.

Tüm sağlık kuruluşlarında çocuğun olası bir istismar ve ihmal durumu ile karşılaştığında hizmet alabileceği “Çocuk Koruma Merkezleri” kurulmalı ve bu merkezlerde çocuk istismar ve ihmali ile ilgili multidisipliner çalışmaların koordineli bir şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

Tanı ve bildirim süreçlerinde yaşanan sorunların giderilebilmesi için, birinci basamak sağlık kuruluşları başta olmak üzere tüm sağlık kuruluşları kurulacak çocuk istismarı ve ihmali ulusal gözlem sistemine dahil edilmelidir.

Medya ve kitle iletişim araçlarıyla çocuk istismar ve ihmali durumlarında yapmaları gereken yasal sorumluluk ve zorunluluklar, istismar ve ihmal durumunda çocuğa uygun yaklaşım ve tutumlar konusunda toplumun duyarlılığı geliştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Acehan S, Bilen A, Ay OM, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. **Arşiv Kaynak Tarama Derg** 2013; 22(4):591-614.
- Akarşlan M. Ana Hatlarıyla Çocuk Hakları ve Çocuk Hakları Mevzuatı, **Alfa Basım Yayım Dağıtım**, İstanbul 1998.
- Akço S, Aksel S, Arman AR, Beyazova U, Dağlı T, Dokgöz H, Gürpınar S, İnanıcı MA, Oral G, Polat O, Sözen Ş, Şahin F, Tekeş ŞA, Topuzoğlu YA. Çocuk İstismarı ve İhmal Uygulama Kitabı, **Türk Adli Tıp Kurumu- Unicef**, İstanbul, 2004, s.13-33.
- Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar. **Adli Psikiyatr Derg** 2006; 3(1): 9-14.
- Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen Ş, Yavuz F. Çocuk İstismarı ve İhmal, Birinci Basamak İçin Adli Tıp El Kitabı, **Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi**, Ankara, 1999, s.135-146.
- Akyüz E. Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması, **Milli Eğitim Basımevi**, Ankara, 2000.
- Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Albayrak KD, Ercan O, Uysal Ö, İlter Ö. "Sexual Abuse Among Female High School Students In İstanbul, Turkey.", **Child abuse & Negl** 2006; 30: 247-255.
- Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. **Child Abuse & Negl** 2003; 27(10):1161–78.
- Altunsu B. Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk İstismar ve İhmalini Tanıyabilmeleri. Yüksek Lisans Tezi, **M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2004.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse in children. **Pediatrics** 1991; 87: 254–260.
- Aral N. Fiziksel İstismar ve Çocuk, **Tekışık Veb Ofset**, 1. Baskı, Ankara,1997, s:3.
- Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. **Milli Eğitim Derg** 2001; 151.
- Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu A. Çocuk ihmal ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg** 2000; 3(2), 29-35.

Arthur HG, Physical abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry, 2nd ed. **American Psychiatric Press**, Washington, 1997; s.687-98.

Atamer A. Çocuk İstismarı Tarama Anketi: Geliştirme, Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Doktora Tezi, **İ. Ü. Adli Tıp Enstitüsü**, İstanbul, 2005.

Atıcı M, Bilgin M, İnanç B. Gelişim Psikolojisi. **Nobel Kitabevi**, Adana, 2004.

Avcı A, Tahiroğlu AY. Cinsel İstismar, Aysev A, Taner YI, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (1.Baskı), **Golden Print**, İstanbul, 2007, s. 721-736.

Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2007; 8: 206-214.

Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk istismarı ve ihmali: Ortopedik yönleri. **Hacettepe Tıp Derg** 2004; 35: 27-33.

Back S, Lips HM. Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. **Child Abuse & Negl** 1998; 22(12): 1239-1252.

Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk istismarı ve ihmali hemşirenin koruyucu sağlık hizmetlerinde ve tedavi edici kurumlardaki sorumluluğu. **Hemşirelik Bülteni** 1994; 8(32): 45-51.

Bahçecik N, Ekizler H, Tekin N. Doğumdan sonra ilk günlerde çocuk ihmal ve istismarının değerlendirilmesi. **Hemşirelik Bülteni** 1996; 10(39): 41-57.

Balcı E, Gün İ, Şarlı MŞ, Akpınar F, Yağmur F, Öztürk A, Günay O. Still an unknown topic: Child abuse and "shaken baby syndrome". **Ulus Travma Acil Cerrahi Derg** 2011; 17 (5): 430-434.

Ballı Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran çocuk istismarı ve ihmali olgularının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, **Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Adana, 2010.

Baren JM, Mace SE, Hendry PL, Children's mental health emergencies-Part 3, Special situations: child maltreatment, violence, and response to disasters. **Pediatr Emerg Care** 2008; 24(8): 569-577.

Bartholdsson O. Corporal punishment of children and change of attitudes. **Children & Society** 2001; 21: 446-457.

Barton D, Schmitt MD. Types of child abuse and neglect: An overview for dentists. **Pediatric Dentistry** 1986; 8(Special Issue 1): 67-71.

Bayhan P. Dövülen çocuklar. **Sosyal Hizmet Derg** 1998; 1(8): 24-26.

Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1997; 36(3): 423-442.

Beyazova U, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmali yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri. **Türk Pediatri Ars** 2007; 42: 16-8.

Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. (1986) 4-12 yaşları arasında 16100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. **Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Derg** 1986; 1: 7-14.

Bozkurt ÖD, Daşıkın Z, Kavlak O, Şirin A. Ebelik öğrencilerinin gebelikte şiddet konusundaki bilgi, görüş ve mesleki tutumlarının belirlenmesi. **Balıkesir Sağlık Bilimleri Derg** 2013; 2(2): 99-107.

Browne K. "The prediction of child maltreatment in Greek Families" . **Child Abuse & Negl** 1997; 21(8): 721-735.

Burç A, Tüfekçi GA. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlama düzeyleri. **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg** 2015; 6(3): 144-151.

Butchart A, Harvey AP, World health organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. **WHO Press**, Geneva, Switzerland, 2006, s.10.

Bukatko D, Daehler WM. Child Development, **Houghton Mifflin**, USA, 1992.

Byers J. "Çocuk İstismarını Önleme: Önleyici Programlar ve Halk Eğitimi". Çocuk İstismarı ve İhmali, (Der: Esin Konanç, İpek Gürkaynak, Ayten Egemen). **Ofset Tipo Matbaacılık**, Ankara, 1999, s.246.

Caffey J. Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. **Am J Radiol** 1966; 56: 163-167.

Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu. **Klinik Gelişim Derg** 2006; 22(14): 89-94.

Carlsted A, Nilsson T, Hofvander B, Brimse A, Innala S, Anckarsater H. Does victim age differentiate between perpetrators of sexual child abuse? A study of mental health, psychosocial circumstances and crime. **Sex Abuse** 2009; 21: 442-454.

Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loisell J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. **Pediatrics** 2000; 106:100-104.

Cılga İ. "Türkiye'de Çocuk Hakları, Çalışmaları", Cumhuriyet ve Çocuk. 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, **Ankara Üniversitesi Basımevi**, , Ankara, 1999, 506-516.

Çatık EA, Çam O. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg** 2006; 22 (2) : 103-119.

Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (1. Baskı), **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara, 2008.

Çetinkaya KS. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. **Nesne Derg** 2013; 1(2): 21-43.

.....Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun, Resmi Gazete, Sayı 22138, Ankara, 11 Aralık 1994.

Çolak B, İnanıcı MA, Yayıncı N. Çocukta cinsel istismar ve adli hemşirelik. **Hemşirelik Forumu** 2003; 6(6):7-13.

Dağlı T, İnanıcı M. Üniversiteler İçin Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı. **Marmara Üniversitesi Çocuk Koruma Uygulama ve Araştırma Merkezi**, Ankara, 2010.

Demir H. Edirne ili aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi, Uzmanlık Tezi, **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı**, Edirne, 2012.

Dubowitz H. Tackling child neglect: A role for pediatricians. **Pediatr Clin North Am** 2009; 56: 363-378.

Elliot AJ, Peterson LW, Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. **Postgrad Med** 1993; 94: 169-172.

Erkman F. Çocukların duygusal ezimi. Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi Serbest Bildiriler Kitabı, **Gözde Rebro Ofset**, Ankara, 1991, s.163-170.

Ereymiş S. Çocuk ihmali nedir?. **İzmir Atatürk Hastanesi Tıp Derg** 2001; 39(2):7-10.

Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. **Child Abuse Negl** 2005; 29: 45-58.

Faller KC. Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case Management, and Treatment. **Columbia University Press**, New York, 1988.

Faller KC. Social Work With Abused and Neglected Children: A Manuel of interdisciplinary Practise, **Free Press**, Newyork,1981.

Fehshbach S. Child Abuse and The Dynamics of Human Aggression and Vioience. In G. Gerbner, C.J. Ross & E. Zigler (Eds.), Child Abuse: An Agenda for Action, **Oxford University Press**, New York, 1980, s.48-60.

Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. **Child Abuse and Negl** 1988; 12(1): 3-23.

Finkelhorn D. The International Epidemiology Of Child Sexual Abuse, **Child Abuse and Negl** 1994; 18(5): 409–417.

Foto-Özdemir D, Özmert E, Balseven-Odabaşı A, Evinç SG, Tekşam Ö, Gökler B, Yalçın S, Kanbur N, Tümer AR, Derman O, Atik H, Karadağ F, Yurdakök K, Kale G. The analysis of child abuse and neglect cases assessed by a multidisciplinary study group between 2005- 2008. **Turkish J Pediatr** 2012; 54: 333-343.

Freidrich WN, Fisher J, Dittner C, Acton R, Berliner L, Butler J et al. Child sexual behavior inventory: normative, psychiatric and sexual abuse comparisons. **Child Maltreat** 2001; 6: 347-349.

Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. **Acil Tıp Derg** 2012; 26(2): 86-96.

Green A, Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. Child abuse and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook. 2nd ed. **Baltimore, MA: William & Wilkins**, 1996, s.1041-1048.

Güler N, Uzun S, Boztaş S, Aydoğan S, Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg** 2002; 24 (3):128-134.

İşeri E. Cinsel istismar. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N, editörler. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.Baskı, **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara, 2008, s.470-477.

Johnson CF. Abuse and neglect of children. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, (eds). Nelson Textbook of Pediatrics (18th ed). **Philadelphia: WB Saunders**, 2007; 171-172.

Joshi PT, Daniolos PT, Salpekar JA. Child abuse and neglect. Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Dulcan MK (ed), First edition, **American Psychiatric Publish**, 2010, s.479-494.

Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. "Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and Emotional Abuse and Neglect", **J Am Acad Child Adolescent Psychiatry** 1999; 38: 1214-1222.

Kaplan SJ. Child and adolescent sexual abuse. In: Lewis M, ed. Child and Adolescent Psychiatry, a comprehensive textbook, 3rd ed, **Lippincott Williams&Wilkins**, Philadelphia, 2002, s.1217-1223.

Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Derg** 2004; 47: 140–151.

Kara Ö. Ankara ilinde görev yapan pedyatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi**, Ankara 2010.

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

Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y, Akkaya H. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. **Türk Psikiyatr Derg** 2012; 23: 1-9.

Kars Ö. Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. **Bizim Büro**, Ankara, 1996.

Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. Hırpalanmış çocuk sendromu. Çocuk Hastalığı Hemşireliği, Düzeltilmiş 2. Baskı, **Yüce Yayım**, İstanbul, 1998, s. 183-198.

Kempe CH. Incidence of sexual abuse in the United States. **Child Abuse Negl** 1984; 8(3): 377.

Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. **JAMA** 1962; 181: 17–24.

Kendall K, Tackett K. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. **Child Abuse Negl** 2002; 26: 715-729.

Kenny MC. Teachers Attitudes Toward and Knowledge of Child Maltreatment. **Child Abuse and Negl** 2004; 28(12): 1311-1319.

Keser N, Odabaş E, Elibüyük S. Ana-babaların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. **Türkiye Çocuk Hastalıkları Derg** 2010; 4(3): 150-7.

King WJ, MacKay M, Sirnick A. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. **CMAJ** 2003; 168: 155-159.

Kirschner RH, Wilson H. Pathology of Fatal Abuse. In: Child Abuse Medical Diagnosis and Management. Reece RM, S. Ludwig. 2nd ed. **Lippincott Williams&Wilkins** Philadelphia, 2001, s.503-505.

Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2006.

Kostak AM, Vatansever C. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili düşünceleri. **HSP** 2015; 2(1): 1-11.

Kozcu Ş. Çocuk İstismarı ve İhmali. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, **Seminer Psikoloji Derg** 1989; 6/7: 63-76.

Kuğuoğlu S. Çocuk İstismarı ve İhmali. Ed: Şelimen D. Acil Bakım. 3. Baskı, **Yüce Yayıncılık**, İstanbul, 2004, s.577-599.

Kurtay D, Özkök S, Barlık Y, Yatağan M, Kurtay A, Akman E. "Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım", **T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu**, Aydın, 2004.

Kural D. Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik diş hekimlerinin farkındalık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2014.

Kürklü A. Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Afyon 2011.

Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals, **J Adv Nurs** 2006; 56(3): 227-36.

McGovern MC, Smith MBH. Causes of apparent life threatening events in infants: A systematic review. **Arch Dis Child** 2004; 89: 1043-1048.

Magalhaes T, Taveira F, Jardim P, Santos L. Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases. **J Forensic Leg Med** 2009; 16: 455-459.

.....Milletlerarası Sözleşme, Resmi Gazete, Sayı 22184, Ankara, 27 Ocak1995.

Onur, B., "Sunuş," Toplumsal Tarihte Çocuk Sempozyumu 23-24 Nisan 1993, Bekir ONUR (der.), **Toplumsal Tarih Vakfı**, İstanbul, 1994.

Onur B. Çocuk Tarih ve Toplum, **İmge Kitabevi**, Ankara, 2007.

Oral R, Hancı H. İzmir Dr. Behçet Uz Hastanesi Olguları. İzmir’de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı Almış Çocuklarla İlgili İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubunun 18 Aylık Deneyimi. **Türkiye’de Çocuk İstismarı Serileri**, 2004, İzmir.

Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, Mandel F, Lehane J, Guarrera J. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1994; 33: 305-312.

Pişi D. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların psiko-sosyal özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, **Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Konya, 2013.

Polat O. Çocuk Hakları Raporu, Çocuk Hakları Bülteni. **ÇİKORED Yayınları**, İstanbul, 1997.

Polat O. Tıbbi açıdan çocuk hakları ve çocuk istismarı, Cumhuriyet ve Çocuk 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi, **Ankara Üniversitesi Basımevi**, Ankara, 1999, s. 517-533.

Polat O. Çocuk ve Şiddet, **Der Yayınları**, İstanbul, 2001.

Polat O. Çocuk ve Şiddet, 1. Baskı, **Der Yayınevi**, İstanbul, 2001, s.151-257.

Polat O. Dövme beni. Sokak Çocukları Rehabilitasyon Derneği, **Elma Basım**, İstanbul, 2006, s:74-75,

Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1-Tanımlar. **Seçkin Yayıncılık**, Ankara, 2007.

Robin M. *The Social Construction of Child Abuse and “False Alegations”*. **The Haworth Pres**, USA,1991.

Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. **Child Abuse and Negl** 1987; 11(4): 547–563.

Runyan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro, L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, & Lozano R, (Eds), World report on violence and health. **WHO**, Geneva, 2002, s.59-86.

Saka NE. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı’nca karara bağlanmış çocuk ölümlerinin ‘çocuk istismarı ve ihmali’ açısından incelenmesi. Uzmanlık Tezi, **T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp kurumu Başkanlığı**, İstanbul, 2004.

Salim M. Geçmişten günümüze Türkiye’de çocuk koruma politikaları ve Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumu. Yüksek Lisans Tezi, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Isparta, 2011.

Segal UA, Iwa Y. Perceptions of child abuse: A comparison of three Professional groups in Japan. **Children Society** 2006; 18(1):16-29.

Sezgin UA, Ensestin psikososyal ve adli yönden incelenmesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü**, 1993.

Sharif I. Münchausen syndrome by proxy. **Pediatr Rev** 2004; 25(6):215-216.

- Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJ et al. The incidence of severe physical child abuse in Wales. **Child Abuse Negl** 2002; 26: 1207.
- Sözen Ş. "Çocuk İstismarını Tanıma ve Önlemede Sağlık Çalışanlarının Rolü", 27. Pediatri Günleri,, Bilimsel Program ve Özet Kitabı, **Çocuk Derg** 4-7 Nisan 2005, İstanbul.
- Sundell K. Child-care personnel's failure to report child maltreatment: some Swedish evidence. **Child Abuse and Neglect** 1997; 21(1): 93-105.
- Şahin F. Çocuk ihmali: tanı ve tedavide hekimler için ipuçları. **Klinik Pediatri** 2002; 1(3): 103-106.
- Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US, Çetin İ. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. **Katkı Pediatri Derg** 2001; 22: 276-85.
- Şanyüz O. Çocuk istismarına hekimlerin yaklaşımı. Adli Tıp ABD Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi**, İstanbul,2009.
- Şirin MR, Dersimiz Çocuk, **İz yayınları**, İstanbul, 2006, s.76-166.
- Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health, **Child Abuse Negl** 2002; 26: 715-729.
- Tan M. Çocukluk, Dün ve Bugün, Toplumsal Tarihte Çocuk Sempozyumu 23-24 Nisan 1993. **Tarih Vakfı Yayınları**, İstanbul,1994.
- Taner Y, Gökler B. "Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri", **Hacettepe Tıp Derg** 2004; 35: 82-86.
- Tercan M. Çocuğun ana babası tarafından fiziksel istismar ve ihmali. Yüksek Lisans Tezi, **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Ankara, 1995.
- Tercier A. Child Abuse. In: Maer JA, editör, **Emergency Medicine** 4th ed, Mosby, St. Louis, 1998, p.1108–1118.
- Tıraşçı Y, Gören S. "Çocuk İstismarı ve İhmali". **Dicle Tıp Derg** 2007; 34 (1): 70-74.
- Tunçel EK, DüNDAR C, Peşken Y. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin aile içi şiddet konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. **Genel Tıp Derg** 2007; 17(2): 105-110.
- Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. **Sürekli Tıp Eğitimi Derg** 2006; 15(9): 153-7.
- Turla A. Çocuk istismarı ve ihmali olgularına tıbbi yaklaşım. **O.M.Ü. Tıp Derg** 2002; 19(4): 291-300.
- Uysal A. Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması, Yüksek Lisans Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 1998.
- Uysal A, Özsoy A. Öğretmenlerin çocuk istismar ve ihmali içerikli küçük öyküler üzerine görüş ve tutumları, **Çocuk Forumu**, 2003; 6: 34-46.

Vatansever Ü. Çocuk İstismarı ve İhmali. İçinde: Çocuk Acil Tıp Kitabı. Eds: Uzel N, Yılmaz L, **Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Yayını**, İstanbul, 2004, s.363-381.

Walrath C, Ybarra M, Holden EW, Liao Q, Santiago R, Leaf P. Children with reported histories of sexual abuse: utilizing multiple perspectives to understand clinical and psychosocial profiles. **Child Abuse Negl** 2003; 27: 509- 24.

Wissow LS. Child Abuse and Neglect. **Eng.J. Med** 1995; 332(21):1425-1431.

Yağmur F, Asil H, Canpolat M, Per H, Coşkun A. Kısa mesafeli düşme ve sarsılmış bebek sendromu. **Türkiye Klinikleri J Med Sci** 2010; 30(2):766-71.

Yağmur F, Balcı E. Kayseri ili merkez ve ilçeleri birinci basamak sağlık çalışanlarının, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri: Anket çalışması. **Adli Bilimler Derg** 2009; 2: 14-23.

Yalçın N. Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri. Yüksek Lisans Projesi, **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı**, İstanbul, 2011.

Yanikkerem E. İlköğretim öğrencilerinin ailelerinin ve kendilerinin fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. **Çocuk Forumu** 2003; 6(3): 45-52.

Yaşar ZF, Akduman GG. Çocuk ihmali-istismarı ve adli dış hekimliği. **TSK Koruyucu Hekim Bülteni** 2007; 6(5): 389–394.

Yaşar CM, Kızıltepe İG, Kandır A. Öğretmen adaylarının çocuklardaki fiziksel istismar belirtilerine ilişkin farkındalıkları. **Kuramsal Eğitim Bilim Derg** 2014; 7(3): 286-303.

Yörükoğlu Atalay. Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. **Özgür Yayınları**, 4. Baskı, İstanbul, 1992.

Yörükoğlu A. Toplumda Aile ve Çocuk, **Aydın Kitabevi**, 3. Basım, Ankara, 1984.

Zeytinoğlu S. “Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali sorunu ile ilgili görüşler”. **V. Ulusal Psikoloji Kongre Kitabı**, İzmir, 1990, s:561–574.

Zeytinoğlu S. Çocuk istismarı ve ihmali sorununa geniş açıdan yaklaşmak. **Çocuk Çocuk** 2002; 15: 29-30.

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2001; 2: 69-78.

WEB_1:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/270689/Adverse-childhood-experiences-survey-among-university-students-in-Turkey-study-report-2013_Eng.pdf?ua=1. (Alındığı Tarihi: 23.11.2015).

WEB_2:<http://www.unicef.org/turkey/crc/cr23c.html#art19>, (Alındığı Tarih: 13.01.2016).

WEB_3:<http://www.unicef.org/turkey/crc/cr23e.html>, (Alındığı Tarih:13.01.2016).

WEB_4:<http://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/hakkimizda/tarihce>, (Alındığı Tarih: 21.02.2016).

WEB_5:http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/print.html, (Alındığı Tarih:: 2.10.2015).

WEB_6: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>, (Alındığı Tarih:12.10.2015).

WEB_7:http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.571ffd1f431d21.10122034, (Alındığı Tarih: 3.1.2016).

WEB_8:http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.571ffe34b64d19.74921976, (Alındığı Tarih: 3.1.2016).

WEB_9:Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu 2010. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>, (Alındığı Tarih: 06.04.2015).

WEB_10:<http://www.unicef.org/turkey/udhr/qi17.html#art25>, (Alındığı Tarih: 20.02.2016).

WEB_11:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf, (Alındığı Tarih: 23.12.2015).

WEB_12:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>, (Alındığı Tarih: 23.11.2016).

8.ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Denizli'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini burada tamamlamıştır. 2011 yılında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2011 yılından itibaren özel kuruluş ve kamu kuruluşlarında hemşire olarak çalıştı. 2012 yılında Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalında, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde 2013 yılından beri pediatri yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır.Evlidir.

9. EKLER

Ek-1. Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Formu



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



Sayı :60116787-020/28483
Konu :Başvurunuz hk.

15/05/2015


Sayın Doç. Dr. Türkan TURAN

İlgi :29.04.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**"konulu çalışmanız **12.05.2015 tarih ve 07 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Kemalettin ACAR
Başkan

Ek-2. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzin Formu

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜğÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

TOPLANTI TARİHİ : 14.07.2015
TOPLANTI SAATİ : 13.30
TOPLANTI SAYISI : 2015 / 12

KARAR _____ :

- 1- Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze TINMAZ' ın "**Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**" konulu tez önerisi görüştürülmüştür;

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze TINMAZ' ın "**Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**" konulu yüksek lisans tez önerisinin kabul edilmesine ve danışmanlığına Doç. Dr. Türkan TURAN' ın atanmasının uygun olduğuna katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.



Ek-3. Denizli Sağlık Yüksekokulu Araştırma İzin Formu



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Denizli Sağlık Yüksekokulu

Sayı :74215004-600/
Konu :Arş.İzini Türkan TURAN

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/06/2015-36644

Sayın Doç. Dr. Türkan TURAN

İlgi :22/06/2015 tarihli dilekçeniz.

Yüksekokulumuz öğrencilerine yönelik olarak "**Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**" konulu araştırma talebiniz Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN
Müdür

EKLER :
1- İlgili Dilekçe
2- Anket Formu

Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu
Kınıklı Kampüsü 20160 / DENİZLİ
Tel: 0 (258) 296 43 16
E-Posta: dsyo@pau.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Nurten ÇİLDİR

Faks: 0 (258) 296 44 74
Elektronik Ağ: <http://www.pau.edu.tr/dsyo>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4. Etik Kurul İsim Değişikliği İzin Formu



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/31917
Konu :Başvurunuz hk.

18/05/2016

Sayın Doç. Dr. Türkan TURAN

İlgi :12.05.2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**" konulu çalışmanızda istenilen değişiklikleriniz **17.05.2016 tarih ve 10 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın adının "**Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Ve Bu Konuda Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**" olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek-5. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu Kullanım İzni

21 Nisan 2015

Sayın Gamze TINMAZ

(Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hast. AD Yüksek Lisans Öğrencisi)

Planlamış olduğunuz yüksek lisans tezinizde geliştirmiş olduğum “Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanmasına 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 örnekleme 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 göndermenizde, 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.

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

Ek-6. Öğrencileri Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
3. Hemşirelik Bölümünde sınıfınız:
a) 1 b)2 c)3 d) 4
4. Aile tipiniz:
a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile
5. Kardeş sayınız:
a) Kardeş yok b)1 c)2 d) 3 e) 4 ve üzeri
6. Algıladığınız gelir düzeyiniz?
a) Gelir giderden fazla b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden az
7. Annenizin öğrenim durumu (En son bitirdikleri öğrenim kurumuna göre işaretleyiniz)
() Okur - yazar değil
() Okur - yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite–Yüksekokul mezunu
() Yüksek Lisans-Doktora mezunu
8. Babanızın öğrenim durumu (En son bitirdikleri öğrenim kurumuna göre işaretleyiniz)
() Okur - yazar değil
() Okur - yazar
() İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu
() Lise mezunu
() Üniversite–Yüksekokul mezunu
() Yüksek Lisans-Doktora mezunu
9. Öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldınız mı?
a) Evet b) Hayır
10. Bir önceki soruya cevabınız EVET ise, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgiyi nereden aldınız? (Bir den fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)
() Öğrenimim esnasında okuldan
() Konferanslardan/ Seminerlerden
() İnternette
() Medyadan
() Diğer (Lütfen yazınız)
11. İstismar ve ihmale uğramış çocukla karşılaştınız mı?
a) Evet b) Hayır
12. Bir önceki soruya cevabınız EVET ise, uygulanan istismar türü?
a) Fiziksel
b) Duygusal
c) Cinsel
d) İhmal
13. Karşılaştığınız istismar ve ihmale uğramış çocukta, istismarı uygulayan kişi?
a) Anne
b) Baba
c) Anne-baba
d) Üvey anne-baba
e) Abla-ağabey-kardeş
f) Akraba
g) Diğer

Ek-7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Hiç doğru değil	Pek 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 deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.					
3.	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.					
4.	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.					
5.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6.	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izlerine rastlanır.					
7.	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.					
8.	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9.	Tek bir kırık 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 ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					
11.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.	İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da 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 ihmaline 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 ihmaline 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 ihmaliinde 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 ihmaliinde önemli bir faktör değildir.					
62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.					
63.	Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.					
65.	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir.					
66.	Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

Ek-8. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Puanlama Formu

ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİN TANILANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK						
<p>Çocuk istismar ve ihmali konusu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra size uygun gelen seçeneğe ait kutucuğun içine X işareti koyunuz.</p> <p>Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.</p>						
		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Hiç doğru değil	Pek doğru değil
1.	Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	5	4	3	2	1
2.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	5	4	3	2	1
3.	Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	1	2	3	4	5
4.	Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
5.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbük bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	1	2	3	4	5
6.	Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izlerine rastlanır.	5	4	3	2	1
7.	Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
8.	Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	1	2	3	4	5
9.	Tek bir kırık yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	5	4	3	2	1

10.	Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	1	2	3	4	5
11.	Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	5	4	3	2	1
12.	Intrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	1	2	3	4	5
13.	Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
14.	Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	1	2	3	4	5
15.	Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
16.	Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	1	2	3	4	5
17.	Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	5	4	3	2	1
18.	Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	5	4	3	2	1
19.	Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	5	4	3	2	1
20.	Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	5	4	3	2	1
21.	Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
22.	Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	5	4	3	2	1
23.	Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	5	4	3	2	1
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	5	4	3	2	1
26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	5	4	3	2	1
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	1	2	3	4	5
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	1	2	3	4	5
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	5	4	3	2	1
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	1	2	3	4	5
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler	5	4	3	2	1

32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	1	2	3	4	5
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	1	2	3	4	5
35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	5	4	3	2	1
36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	5	4	3	2	1
37.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	5	4	3	2	1
38.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	5	4	3	2	1
39.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	5	4	3	2	1
40.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	5	4	3	2	1
41.	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	1	2	3	4	5
42.	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	1	2	3	4	5
43.	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	5	4	3	2	1
44.	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	5	4	3	2	1
45.	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	5	4	3	2	1
46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	1	2	3	4	5
47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	5	4	3	2	1
48.	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	5	4	3	2	1
49.	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	1	2	3	4	5
50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	5	4	3	2	1
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	5	4	3	2	1
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	1	2	3	4	5
53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	5	4	3	2	1

54.	Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	1	2	3	4	5
55.	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	5	4	3	2	1
56.	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	1	2	3	4	5
57.	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	5	4	3	2	1
58.	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.	5	4	3	2	1
59.	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	1	2	3	4	5
60.	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	5	4	3	2	1
61.	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.	1	2	3	4	5
62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	5	4	3	2	1
63.	Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	1	2	3	4	5
64.	Anne-baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	5	4	3	2	1
65.	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	5	4	3	2	1
66.	Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	5	4	3	2	1