

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUK İHMALİ
VE İSTİSMARI KONUSUNDA FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gizem KARAKAŞ

LEFKOŞA, 2019

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUK İHMALİ
VE İSTİSMARI KONUSUNDA FARKINDALIK
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gizem KARAKAŞ

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Suzan Tek**

LEFKOŞA, 2019

TEŞEKKÜR

Araştırmanın başlangıcından bugüne kadar bütün aşamalarında bana rehberlik eden, her türlü eğitici ve öğretici desteğini esirgemeyen sayın danışmanım Yrd. Doç. Dr. Suzan Tek' e

Yüksek lisans eğitimim boyunca çok büyük emeği geçen değerli bilgilerini benimle paylaşan, bana faydalı olabilmek için ellerinden gelenin fazlasını sunan değerli hocalarım sayın hocam Prof. Dr. Firdevs Erdemir'e ve Prof. Dr. Candan Öztürk' e

Tez savunmamda jürimde yer alan ve değerli önerileriyle tezime katkıda bulunan sayın Prof. Dr. Candan Öztürk ve Yrd. Doç. Dr. Dilek Beytut' a

Ayrıca akademik ve pratik tüm konularda yardımlarını esirgemeyen, her sorun yaşadığımda yanlarına çekinmeden gidebildiğim, desteklerini, tüm samimiyetini benden esirgemeyen çok kıymetli hocaların sayın Ar. Gör. Nazlı Turgut ve Ar. Gör. Dilay Necipoğlu'na

Tezimin istatistik aşamasında bana yardımlarını esirgemeyen sayın Fatih Sapanca' ya

Her zaman bana destek veren, yanımda olan ve eğitim öğretim hayatım da maddi manevi destekleri olan sevgili aileme ve büyük sabır ile çalışmam boyunca yanımda olan ve desteğini esirgemeyen değerli nişanlım Melikşah Baykara' ya

Ayrıca araştırmanın uygulama aşamasına katılarak bu tezin verilerinin oluşmasını sağlayan hemşirelik öğrencilerine,

En içten duygularıyla teşekkür ederim.

ÖZET

Karakaş, G. Hemşirelik Öğrencilerinde Çocuk İhmali Ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2019.

Bu araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın evreni Yakın Doğu Üniversitesi 2018-2019 eğitim ve öğretim yılı güz döneminde hemşirelik fakültesinde lisans düzeyinde eğitim gören öğrenciler, örnekleme ise 302 kadın, 218 erkek olmak üzere 520 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırma da veri toplamak amacıyla ‘ Çocuk İhmali ve İstismarı Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği (ÇİİBRTÖ)’ ve araştırmacı tarafından geliştirilen ‘ Sosyo - Demografik Özellikler Anket Formu’ kullanılmıştır. Elde edilen veriler yüzdelik, dağılımlar, ortalama, Kruskal Wallis H Testi ve Mann Witney- U Testi ile analiz edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin, cinsiyet, sınıf, çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alma durumu, çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu değişkenleri ile çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı farkındalık düzeyleri ile yaş ve çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili seminer veya kongreye (konferans) katılma durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelik eğitim müfredatında çocuk ihmali ve istismarı konusuna daha fazla yer verilmesi öğrencilerin bu konuda farkındalık düzeylerinin artırılmasında önemli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Çocuk İstismarı, Çocuk İhmali, Hemşirelik Öğrencileri

ABSTRACT

Karakaş, G. Determination of Awareness Levels of Child Neglect and Abuse in Nursing Students, Near East University Health Sciences Institute Master Thesis in Nursing Program, Nicosia, 2019.

The aim of this study was to determine the awareness level of the students in the Near East University Nursing Faculty about child neglect and abuse. The population of this descriptive study was composed of 520 students, 302 females and 218 males, studying at the undergraduate level in the Faculty of Nursing by the fall semester of the Near East University 2018-2019 academic year. In order to collect data, “Child Neglect and Abuse Diagnosis Scale” and “Socio - Demographic Characteristics Questionnaire” methods were used. Obtained data were analyzed by their percentage, distributions and average. Kruskal Wallis H Test and Mann Witney-U Test were also used.

According to the results of the research, it was found that there was a significant difference between students' knowledge about the level of awareness about child neglect and abuse. Gender, class, child neglect and abuse suspicion levels were also researched. There was no statistically significant difference between student attendance to seminar or congress (conference) related to child neglect and abuse.

Keywords: Nurse, Child Abuse, Child Neglect, Nursing Students,

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
KISALTMALAR	VII
TABLO LİSTESİ	VIII
ŞEKİL LİSTESİ	IX

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3
1.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	4
1.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni.....	4
1.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni.....	4

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk İhmali ve İstismarının Tanımı.....	5
2.1.1. Çocuk İhmali ve İstismarının Sınıflandırılması.....	6
2.1.1.1. Fiziksel İstismar.....	6
2.1.1.1.1. Çocuklarda Fiziksel İstismar Genel Bulgular.....	8
2.1.1.1.2. Sarsılmış Bebek Sendromu.....	9
2.1.1.1.3. Münchausenby Proxy Sendromu (Polle Sendromu).....	11
2.1.1.2. Cinsel İstismar.....	12
2.1.1.2.1. Çocuklarda Cinsel İstismar Genel Bulguları	16
2.1.1.2.2. Aile İçi Cinsel İstismar (Ensest).....	16
2.1.1.3. Duygusal/Sözel İstismar	17
2.1.1.3.1. Çocuklarda Duygusal/Sözel İstismar Genel Bulgular	18
2.1.1.4. Çocuk İhmali	19
2.1.1.4.1. Çocuklarda İhmalin Genel Bulguları.....	20
2.1.2. Çocuk İhmali ve İstismarında Rol Oynayan Risk Faktörleri.....	21
2.1.2.1. Bireysel Faktörler	21
2.1.2.2. İlişki Faktörleri.....	22
2.1.2.3. Sosyal Çevre Faktörleri	23
2.1.2.4. Toplumsal Faktörler	23
2.1.3. Çocuk İhmali ve İstismarının Olası Sonuçları.....	24
2.1.4. Epidemiyoloji.....	25
2.1.5. Çocuk İhmali ve İstismarının Önlenmesi	27

2.1.5.1. Birincil Önleme.....	28
2.1.5.2. İkincil Önleme.....	29
2.1.5.3. Üçüncül Önleme.....	29
2.1.6. Çocuk İhmali ve İstismarında Hemşirelik Mesleğinin Önemi	30
2.1.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyut.....	32
2.1.7.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi	32

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü	34
3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Tasarımı	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.5. Veri Toplama Araçları.....	35
3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu.....	35
3.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Formu.....	36
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	37
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	37

4. TEORİK ÇERÇEVE

4.1. Bulgular.....	38
4.2. Tartışma	46

5. SONUÇ & ÖNERİLER

5.1. Sonuç.....	49
5.2. Öneriler.....	50

6. KAYNAKLAR

7. EKLER

Ek 1. Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu.....	59
Ek 2.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Formu	60
Ek 3. Aydınlatılmış Onam.....	64
Ek 4. Hemşirelik Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti Ve Risklerini Tanılama Ölçeği Dağılımları.....	65
Ek 5. Etik Kurul Onayı.....	70
Ek 6. Kurum Araştırma Onayı.....	71
Ek 7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek İzni.....	72

KISALTMALAR

ÇHS	: Çocuk Hakları Sözleşmesi
ÇİM	: Çocuk İzlem Merkezi
ÇİİBRT	: Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılama
ÇİİBRTÖ	: Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerinin Tanılanma Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLER

Tablo 3.1.6: Normallilik Testi.....	37
Tablo 4.1.1: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Dağılımı.....	38
Tablo 4.1.2: Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Eğitim Etkinliklerinin Dağılımı.....	39
Tablo 4.1.3: Öğrencilerin ÇİİBRTÖ Alt Boyutu Puan Ortalaması.....	40
Tablo 4.1.4: Öğrencilerin Cinsiyete Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması	41
Tablo 4.1.5: Öğrencilerin Yaşa Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması	41
Tablo 4.1.6: Öğrencilerin Sınıfa Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması	42
Tablo 4.1.7: Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi Alma Durumuna Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması.....	43
Tablo 4.1.8: Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı ile İlgili Seminer veya Kongreye (konferansa) Katılma durumuna Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması.....	44
Tablo 4.1.9: Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı Vaka veya Şüphesi ile Karşılaşılma Durumuna Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması.....	44

ŞEKİLLER

Şekil 1: Sarsılmış Bebek Sendromu.....	10
Şekil 2: Çocuk Cinsel İstismar Döngüsü.....	13
Şekil 3: Çocuklara Kötü Muamelede Risk Etmenlerini Gösteren Çevresel Model.....	22

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Çocuk ihmali ve istismarı günümüzün önemli sağlık sorunlarından biridir. Bu nedenle gerek dünyada gerek ülkemizde giderek önemi artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (2002)' nün (DSÖ) tanımına göre çocuk istismarı çocuğun sağlığını fiziksel veya duygusal gelişimini kötüye kullanma, zarar ya da zarar tehditi olan tüm davranışları olarak tanımlanmış, çocuk ihmali ise çocuğun beslenme yetersizliği, fiziksel olarak gelişmemesi, yetersiz denetim, kötü hijyen ve eğitimden yoksun bırakılması olarak kabul etmiştir (Krug, et al., 2002).

Çocuk ihmali ve istismarı genel olarak ülkeler arasında farklı oranlarda görülmesine karşın tüm toplumu ilgilendiren önemli bir çocuk sağlığı sorunudur. DSÖ verilerine göre her yıl 15 yaşın altındaki yaklaşık 41.000 çocuk cinayet kurbanı olmakla birlikte bu ölümler daha çok düşme, yanma, boğulma gibi kötü muameleye bağlı olarak gerçekleşmektedir (WHO, 2016). Küresel olarak baktığımızda 2016' da 2-17 yaş aralığındaki bir milyon çocuğa fiziksel, cinsel, duygusal şiddet veya ihmal yaşadığı belirtilmiştir (Hills, Mercy, Amobi, & Kress, 2016). Şiddet ile ilgili dünya çapında yapılan forumda çocukların %23'ünün fiziksel istismara, %36' sının duygusal istismara, %26'sı cinsel istismara ve %16'sının fiziksel ihmale uğradığı belirlenmiştir (WHO, 2016). Avrupa' da her yıl 15 yaş altı en az 850 çocuk kötü muamele nedeniyle ölmekte, 18 yaş altı 44 milyon çocuk fiziksel istismara ve 18 milyon çocuk cinsel istismara uğramaktadır (WHO, 2013).

Türkiye'de 2010 yılında yapılan bir araştırmada 7-18 yaşları aralığındaki çocukların % 56' sı fiziksel, %49'u duygusal, %10' u cinsel istismara ve %25' inin ise ihmale uğradığı bulunmuştur (Oral, Engin, & Büyükyazıcı, 2010). Türkiye'de 27 ilde toplam sayısı 30 olan Çocuk İzlem Merkezine Ocak 2011–Mayıs 2016 yılları arasında 21.068 başvuru yapılmıştır (TUİK, 2014; Polat, 2018). Ancak bu oran ihmal ve istismar vakalarının gerçek boyutunu yansıtmamaktadır. Resmi verilere göre 2014 yılındaki çocuk mağdur sayısı 74.064 iken 2016 yılında 83.552 oranına yükselmiştir (TUİK, 2014; Polat, 2018). Toplumsal bakış açısı ile bakıldığında ise, Güler ve ark. (2002)' nın araştırmasına göre annelerin %87.4' ü çocuklarına en az bir kez fiziksel ihmal veya istismar davranışı ve %93' ü duygusal ihmal veya istismar davranışında bulunduğu belirlenmiştir. Çocukların ihmal ve istismara yönelik algılarının değerlendirildiği bir çalışmada ise oranlar annelerin bakış açılarına göre daha düşüktür. Keser ve ark. (2010)' nın çalışmasında ebeveynleri tarafından ihmal edildiğini ifade edenlerin oranı %39 ve istismara uğradığını ifade edenlerin oranı ise %17 olduğu bulunmuştur.

Karabulutlu (2015)' nun çalışmasına göre öğrencilerin %18,2' i fiziksel istismara, %24,5' i duygusal istismara ve %2,7' si cinsel şiddete uğradığı, %95' i fiziksel şiddeti aile içinden, %66,7' si cinsel şiddeti tanımadığı insanlardan gördüğü belirlenmiştir. 2015 yılında yapılan çalışmada çocuk ihmali ve istismarı vakası ile karşılaşanların %36,4' ü

fiziksel, %16,4' ü duygusal, %16,4' ü cinsel istismar ve %20' sinin ise ihmal vakası ile karşılaştığı bulunmuştur (Yılmaz, 2015).

KKTC'de ihmal ve istismar ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Çocuk istismarının yaygınlığı üzerine ikinci sınıf lise öğrencileri ile yapılan araştırmada %22,2'sinin fiziksel istismara, %20,1'inin psikolojik istismar davranışlarına maruz kaldığı saptanmıştır (Çakıcı, 2002). Kuzey Kıbrıs'ta Çocukların Konumu ve Çocuk Hakları Araştırması (2009) verilerine göre çocukların %17'si zaman zaman düzenli olarak besin alamadığı, %8,2'si okul hayatında fiziksel şiddete maruz kaldığı ve %7,9'u sokakta sık sık fiziksel istismara uğradığı belirtilmiştir. Aynı araştırmada ebeveynlerin yaklaşık %11'i hafif fiziksel şiddetin sık sık veya ara sıra olmasını uygun bulurken, ebeveynlerin %68'i çocuğa fiziksel şiddeti hiç bir koşulda kabul etmemektedir (KADEM, 2009).

Çocuk ihmali ve istismarı gün geçtikçe önem kazanan erken tanı ve tedavi gerektiren, üzerinde durulması gereken önemli bir çocuk sağlığı sorunudur. Bu nedenle özellikle sağlık profesyonellerinin bu tür vakaları erken tanılanması, tedavisi, risk gruplarını belirlemesi açısından önemli rollere sahiptirler.

2003 yılında Tayvan' da yapılan çalışmada hemşirelerin %79.3'ü çocuk istismarı konusunda hizmet öncesi eğitim almadıklarını ve hizmet içi eğitim sırasında da %87.2 oranında çocuk istismarı eğitimi almadıklarını bildirmişlerdir (Feng, Yow-wu, & Wu, 2003). 2014'de ise Kuzey Carolina Üniversitesinde yapılan çalışmada hemşirelerin çoğu çocuğu teşhis etme yeteneklerinden emin olduklarını belirtmiş olmalarına rağmen çalışmada çıkan sonuçlar da çalışmaya katılan pediatri hemşirelerinin çoğunun çocuk istismarı ve ihmali vakalarını tanılamak için gerekli bilgi, beceri veya güvene sahip olmadıkları sonucuna varılmıştır (Lavigne, 2014).

Türkiye' de yapılan çalışmalara bakıldığında pediatri servisinde görev yapan hemşirenin %87.5' i çocuk ihmali ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında tanıyabileceklerini belirtirken, %37.5'inin lisans öğretimi sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim aldıkları saptanmıştır (Külcü & Karataş, 2016). Diğer bir araştırma verilerine göre sağlık çalışanlarının %59.1'i lisans öğrenimi sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim almadıklarını büyük bir çoğunluğunun (%98.2) ise lisans sonrasında bu konu ile ilgili herhangi bir sertifikalı eğitimine katılmadıklarını belirlenmiştir (Metinyurt & Sarı, 2016). Kostak & Vatansever, (2015)' in çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %40,8' i lisans öğrenimi sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi aldıkları ortaya çıkmıştır (Kostak & Vatansever, 2015). Son yıllarda yapılan çalışma sonuçları ise birbirine benzerlik göstermektedir. Özbey ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %63'ü çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim aldığını belirtirken Seferoğlu ve arkadaşları'nın (2019) çalışmasında bu oran %67,7'dir. K.K.T.C.' de çocuk ihmal ve istismarı konusunda hemşirelik öğrencilerinin farkındalık düzeylerine ilişkin araştırmaya ulaşamamıştır. Hemşirelik öğrencilerinin, hem eğitim sürecinde hem de mezuniyet sonrasında çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma olasılığı diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek orandadır. Çocuk ihmal ve istismarının tanılanması ve önlenmesinde farkındalık en temel basamaktır. Bu nedenle bu çalışmada

hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarına ilişkin farkındalık düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerini tanımadaki bilgi düzeyi nedir?
2. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasındaki farkındalık düzeyleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterir mi?
 - 2.a. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasındaki farkındalık düzeyleri cinsiyete göre farklılık gösterir mi?
 - 2.b. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasındaki farkındalık düzeyleri yaşa göre farklılık gösterir mi?
 - 2.c. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasındaki farkındalık düzeyleri akademik yılına göre farklılık gösterir mi?
 - 2.d. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasındaki farkındalık düzeyleri çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi alma durumuna göre farklılık gösterir mi?
 - 2.e. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasındaki farkındalık düzeyleri çocuk ihmal ve istismarı ile ilgili herhangi bir seminer veya kongreye katılma durumuna göre farklılık gösterir mi?
 - 2.f. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasındaki farkındalık düzeyleri çocuk ihmal ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre farklılık gösterir mi?
3. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumuna göre çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasında bilgi düzeyleri arasında fark var mıdır?
4. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmal ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapma durumuna göre çocuk ihmal ve istismarı belirti ve risklerinin tanılanmasında bilgi düzeyleri arasında fark var mıdır?

1.4. Araştırmanın Değişkenleri

1.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Araştırmanın bağımlı değişkeni hemşirelik fakóltesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeyleridir.

1.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, sınıf, çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi alma durumu, herhangi bir seminer/ kongreye (konferans) katılma durumu, çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu, çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapma durumu, çocuk ihmali ve istismarı konusunda daha fazla bilgilenme ihtiyacı duyma durumu, çocuk ihmali ve istismarı konusunda kendini yeterli görme durumu ve çocuk hakları hakkında bilgi durumudur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk İhmali ve İstismarının Tanımı

Çocuk ihmali ve istismarı günümüzün önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu nedenle gerek dünyada gerek ülkemizde giderek önemi artmaktadır. Tanımların çok fazla olmasının yarattığı sıkıntıların giderilmesi ve ortak bir tanım oluşturması amacıyla DSÖ (2002)' nün tanımına göre 'çocuk istismarı çocuğun sağlığını fiziksel ve ya duygusal gelişimini kötüye kullanan, zarar ya da zarar tehditi olan tüm davranışlardır' olarak tanımlanmıştır. Çocuk ihmalini ise 'çocuğun beslenme yetersizliği , fiziksel olarak gelişmemesi, yetersiz denetim, kötü hijyen ve eğitimden yoksun bırakılması ihmalin kanıtıdır' olarak kabul etmiştir (Krug, et al., 2002). Çocukların ebeveynleri veya onların bakımından sorumlu olan kişiler ya da yabancılar tarafından sosyal, bedensel, psikolojik gelişimini engelleyecek tüm cinsel tutumlar, duygusal, fiziksel ve ihmali ticari amaçla istismar etmektir (Şahin, 2006). Conk ve ark. (2013)' nın tanımına göre 'çocuk istismarı, çocuğun sağlıklı büyümesini ve gelişmesini olumsuz etkileyen her türlü ihmal, duygusal, fiziksel ve cinsel istismara sebep olabilecek ticari reklam amacıyla veya başka etkilenme şekilleri dahil olmak üzere tüm tutum ve davranışları maruz kalması' olarak tanımlanmaktadır. Çocuk ihmali ise çocuk istismarı içinde yer alan, çocuğun beslenmesi, sağlık, barınak, giysi, eğitim ve öğretim, gözetim ve sakınma gibi esas ihtiyaçlarının çocuğun bakımından sorumlu ebeveyni veya bakım veren diğer yakınları tarafından karşılanmamasıdır (Conk, Başbakal, & Yardımcı, 2013). Sonuç olarak aile içerisinde çocuğa karşı olumsuz tutum ve davranış uygulanması (istismar vakası), ya da bilerek veya bilmeyerek çocuğa yapılması ve hak ettiği bakımın ilgi ve alakanın gösterilmemesi (ihmal vakası) nedeni ile çocuğun normal büyüme ve gelişmesini tamamlayamaması ve iyilik hali dışında ihmal ve istismar olarak tanımlanmıştır (Polat, 2017). Çocuktan sorumlu olanlar; ebeveynlerin yanı sıra çocuğun bakımını üstlenebilen bireyler, ebeler, hemşire, doktor, öğretmen vb. gibi tüm yetişkinleri kapsamaktadır. Bir davranışın çocuk ihmali ve istismarı olarak tanımlanması için çocuğun mutlaka zarar görmesi gerekmez. Eğer, davranış çocuğun gelişimine zarar verme riski taşıyorsa ya da gelişimini engelliyorsa çocuk ihmali ve istismarı olarak adlandırılır. Kültürün içinden bakıldığında, bir davranış, kabul edilebilir çocuk yetiştirme uygulaması olarak görülürken dışından bakıldığında istismar olarak değerlendirilebilir (Can & Yılmaz, 2016).

Tarihsel olarak baktığımızda çocuk istismarı tanımı farklı aşamalardan geçmiştir. İlk başta çocuklara kötü muamele vakalarına katılan akademisyenler ve profesyoneller kötü muamele görmüş çocukların özelliklerine odaklanarak çocuk istismarı ve ihmalini tanımlamışlardır. 1990'lı yılların başında çocuk ihmali ve istismarının ortak tanımı üzerine toplumun hala bilimsel bir fikir eksikliğinin olduğu belirtilmiştir. Başlangıçta çocuklara kötü muamele kavramı genellikle ebeveynlerden ve bakıcılardan birinin neden olduğu ağır fiziksel zarar ile sınırlandırılmıştır (Muela A. , 2012). Çocuk istismarı, en geniş anlamı ile belirli bir zaman içinde bir yetişkin tarafından çocuğa yaşadığı kültürde

onaylanmayan bir tutum ve davranışın yapılmasıdır. Diğer bir deyişle çocuğun büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen tüm davranışlar çocuk istismarı olarak tanımlanmıştır. Bu tür davranışların iki faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterdiği savunulmaktadır. Birincisi zaman içinde değişiklik gösteriyor olması örneğin, bundan 50 yıl önce alışagelmış olarak kabul edilen bir davranışın bugün alışagelmış olarak kabul edilmemesi çocuk istismarında önemli bir formatını oluşturmaktadır. İkincisi ise bu davranışların kültürler arası farklılıkları olması ve her ülkede farklılık göstermesi olarak belirtilmiştir (Polat, 2017).

2.1.1. Çocuk İhmali Ve İstismarının Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk ihmali ve istismarını dört gruba ayırmıştır.

1. Fiziksel İstismar
2. Cinsel İstismar
3. Duygusal İstismar
4. İhmal (WHO, 2006).

2.1.1.1. Fiziksel İstismar

DSÖ'ü göre fiziksel istismar, çocuğa bakım veren kişi tarafından fiilen fiziksel zarar veya zarar verme potansiyelidir olarak tanımlanmaktadır (Krug, et al., 2002). Polat (2017)' in tanımına göre en geniş anlamı ile fiziksel istismarı 'Çocuğun kaza dışı yaralanması' şeklinde tanımlamıştır. Fiziksel hasara neden olan kırıkların, yanıkların, kesiklerin ortaya çıkmasına yol açan istismar olarak tanımlanmıştır. Çocukda kaza dışı yaralanma ve örselenme mevcuttur. En yaygın karşılaşılan ve tanı konması en kolay olan istismar tipidir. Fiziksel istismar, ebeveyn, bakıcı veya başka biri tarafından kazara olmayan fiziksel yaralanma (küçük morluklar, şiddet veya ölüm), delme sonucu, dayak, tekme, ısırma, sallama, atma, bıçaklama, boğulma, vurma (elleveya başka bir nesne ile), yanma ile çocuğa zarar vermedir. Böyle bir yaralanmada bakıcı çocuğa zarar vermek niyetinde olup olmamasından bağımsız olarak kötüye kullanım olarak kabul edilir (Child Welfare Information Gateway, 2013). Çocukların fiziksel istismarı, yetişkinin davranışları nedeniyle çocuğun bedensel fiziksel şiddetin kendini gösteriş şekli; alıkoyma, zorbalık, çete zorbalığı, olumsuz geleneksel uygulamalar (Küçük yaşta evlilikler), fiziksel şiddetin okulda, evde, yargı sisteminde, sokakta kurumlarda ve toplum içerisinde kullanımı ve çocuk kaçırma fiziksel istismar olarak belirtilmiştir (Ulukol & Köseli, 2013). Diğer bir tanıma göre çocuğun fiziksel istismarı, çocuğa yönelik kasıtlı fiziksel kullanım olarak tanımlanır. Fiziksel şiddet davranışlarını dayak, tekme, sallama,

ısıрма, boğma, haşlama, yanma, zehirlenme ve boğulma olarak ele almıştır. Fiziksel şiddet evde çocukları cezalandırmak amacı ile uygulandığı belirtilmiştir (Who, Ispcan, 2006). Fiziksel istismar, yetişkin bir çocuğa zarar verdiğinde yaralanmaya neden olur. Fiziksel yaralanma, çarpma, aşırı tokat atma, sigara yanığı (veya diğer yanma veya haşlanma türleri), sallama, tekme atma veya diğer fiziksel şiddetlerden kaynaklanabilir. Sıra dışı yerlerde çürükler, yanıklar ve kesikler olası istismar belirtileridir. Bununla birlikte, dizlerdeki çürükler ve kazınmış dirsekler, genellikle çocukların oyun oynarken aldıkları sık görülen yaralanmalardır. Ebeveynler ve çocuklar yaralanma nedeni ile ilgili farklı açıklamalar yaptığında, suistimal bir faktör olabilir (Logsdon, 2018).

Fiziksel istismardan bahsedildiğinde; 7-14 yaş arasındaki kız çocukları en yaygın ebeveyn, büyük kardeş, öğretmen ve arkadaş tarafından bu davranışlara maruz kaldığı, erkek çocuklar ise sırasıyla, arkadaş, öğretmen, baba, büyük kardeş ve yabancı kişiler tarafından fiziksel istismara uğradığı ortaya çıkmıştır. 15-18 yaş arası kız çocukları, az sayıda fiziksel istismarı bildirimde bulunmuşlar, fiziksel istismarı uygulayanların en çok baba ve öğretmen olduğunu ve 15-18 yaş arası erkek çocukların kızlara oranla daha fazla fiziksel istismar olgusundan bahsedilmiş ve fiziksel istismarı daha çok uygulayanların baba, arkadaş ve yabancı kişiler olduğu belirtilmiştir (Oral, Engin, & Büyükyazıcı, 2010). Viet Nam'ın kuzeyindeki kentsel (Hanoi) ve kırsal (Hai Duong) bölgelerindeki sekiz ortaokulda yapılan çalışmada fiziksel şiddet (tekmelemek, dayak atma, yumruk, veya nesnelerle vurmak) yaygın olarak %43,9 babaları, %21,0 kardeşleri, %19,2'si yabancılar, %18,2 anneleri ve %9,6'si komşuları tarafından gerçekleştirildiği ortaya konmuştur (Nguyen, Dunne, & Le, 2009). Diğer bir çalışma da ise yaş aralığı 1-17 olan çocukların %66,7' si fiziksel istismarın babası tarafından gerçekleştirildiğini belirtmiş olup, aynı çalışma da fiziksel istismarda istismar şekline göre vakaların %95' i tokat atarak cezalandırma olduğu, %17,9' unun ise herhangi bir alet kullanmadan daha şiddetli dövme şeklinde cezalandırıldığı belirlenmiştir. Vakalar arasında kesici alet yaralanması, iç organ yaralanması, kırık ve yanık olgularına saptanmamıştır (Koç, et al., 2012).

Fiziksel istismarın bölümleri incelendiğinde bir çok alt başlıkları olduğu görülmektedir. Bunlar;

1. *İstismarı uygulayan kişilere göre;*

- a. *Anne- baba tarafından istismar (Parenteral Abuse):* Aile içerisinde çocukların kazara olmayan (kaza harici) sonucunda ortaya çıkan durumlardır.
- b. *Kurumda istismar (Institutional Abuse):* Okul, yetimhane, yetiştirme kampı veya yurdu gibi kuruluşlarda yönetici veya öğretmenler aracılığı ile uygulanan istismar olgularıdır (Polat, 2017).

2. Fiziksel istismar uygulama şekline göre;

- a. *Alet Kullanmadan Yapılan Saldırıları:* İstismarın bir aygıt veya alet kullanmaksızın uygulandığı vakaları kapsamaktadır. Bunlar, baskı, tokat, tekme atma, yumruk, itip- kakma, sarsma, saç çekme ve cimdiklenme gibi uygulamalar sonucunda çocukta lezyonların oluşmasıdır.
- b. *Alet Kullanılarak Yapılan Saldırıları:* Aletli kullanılarak yapılan saldırılar ise istismarın bir alet kullanarak, çocukta türlü lezyonlar oluşturduğu durumlar olarak tanımlanmaktadır. Bu aletler; herhangi bir ev eşyası (tava... vb.), hortum, kayış, kemer, sigara, sıcak su veya ütü gibi aletlerin kullanılmasıdır (Polat, 2017).

2.1.1.1.1. Çocuklarda Fiziksel İstismar Genel Bulguları

Fiziksel istismar en çok merkezi sinir sisteminde, iskelet ve deri semptomları ile oluşmaktadır. Fiziksel istismara maruz kalan bir çocuğun doktora başvurması durumunda bunu belirleyecek en önemli bulgu vücuttaki lezyonlardır (Polat, 2017).

Genel olarak fiziksel istismar bulguları şunlardır;

- Açıklanamayan yanıklar, ısırıklar, morluklar, kırık kemikler ve morarmış gözler olması,
- Okula devamsızlık sonrası solmakta olan çürükler ya da dikkat çekici izler.
- Ebeveynlerden korktuğu görünür ve eve gitme zamanı geldiğinde karşı çıkması ve ağlaması,
- Yetişkinlerin yaklaşımında küçülür (çekinir).
- Ebeveynlerden birinin ya da bakıcının kendisini yaraladığını dile getirmesi,
- Fiziksel istismara bağlı oluşan lezyonlar, yanıklar, kırıklar, sıcak su ile haşlanmalar, yumuşak doku yaralanmaları ve kafa travmaları olarak sıralanmıştır.
- Fiziksel istismara nedeniyle oluşan yaralanmalar vücutta en sık üst dudak damak, gözlerde, yüzde, üst kolda, göğüste, sırtta, genital bölgelerde ve baldırlarda görülmektedir.
- Deri yaralanmaları, sıyrıklar, düşmeler, ekimozlar ve yanıklar deri lezyonları adı altında toplanmaktadır. Fiziksel istismar denilebilmesi için ekimozların çocuğun yaşına ve gelişimine göre uyumlu olmaması veya ekimozların çocuğun olması beklenmeyen yerlerinde (gluteal bölge, uyluk iç yüzü, koltuk altı, skapula üzeri) olması durumunda istismar kabul edilmektedir.

- Kayış, elektrik hortumu, ip gibi aletlerle yapılan izlerde loop denilen yuvarlak bir iz görülür, bu da genellikle dövmeyle ilgili olarak ortaya çıktığı açıklanmıştır. Tokat izi, kolda sıkıya bağlı izlerde aynı şekilde fiziksel istismarın göstergesidir.
- Yuvarlak halka şeklinde ekimozlar (İp (kablo) ile dövmeyle ilgili),
- El üzerinde yuvarlak (halkasal) yanıklar (sigara nedeniyle) olması,
- Kaynar suya batırılmaya bağlı yanıklar, çorap şeklinde yanıklar olması,
- Bileklerde, kollarda kablo (ip) kullanmaya bağlı yaralar oluşması,
- El ve Kol üzerinde ısırık izleri veya ekimozlar olması,
- İstismar sonucu oluşan çocuk ölümlerinin en yaygın karşılaşılan sebebi kafa travmasıdır.
- Çocuğun fiziksel istismarının ölümcül olmayan ancak en sık rastlanan şekli ekstremiteler kırıklarıdır. Bu kemik lezyonları genellikle çekme, bükme veya anormal açılma sonucu oluşurlar.
- Çok sayıda kaburga kırıkları oluşabilir.
- İç organlar her yönden travmaya açıktır. Travma gelişimine en uygun yerlerden biri üst batin bölgesidir. İnce bağırsaklar diğer bir hedef organdır.
- Şiddet gören bebeklerde retina yırtılması, vitröz kanama ve lens dislokasyonu gibi göz lezyonlarının olduğu vurgulanmaktadır (Giangiacomo & Barkett, 1985), (Polat, 2017), (Altınsu, 2004), (Turla, 2002), (Child Welfare Information Gateway, 2013).

2.1.1.1.2. Sarsılmış Bebek Sendromu (SBS)

Polat'ın tanımına göre çocuk istismarına yol açan en önemli olaylardan birisi ölüme sebebiyet verecek şekilde özellikle yenidoğan bebeklerde, bebeğin tutulup sarsılması olarak tanımlanabilecek olan sarsılmış bebek sendromudur. Çoğunlukla çok fazla kızgınlık içinde kollardan tutularak sarsılması ile bebeklik döneminde henüz gelişmemiş olan boyun kaslarının sabit tutamaması sebebiyle beyinde kanama ve beyine giden damarların zedelenmesi (yırtılması) sonucu meydana gelmesidir. Bu davranışın sebebi genellikle bebeğin beslenmede ebeveynlere zorluk çıkarması veya mamasını yememesi ya da devamlı aralıksız ağlaması nedeniyle anne-babanın öfkelenmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Polat, 2017). Diğer bir tanıma göre; özellikle bir yaş altı çocuklarda ağır beyin hasarına neden olabilen istismara bağlı hasar olarak tanımlanmaktadır. Aynı mekanizma sonucu retinal kanama, vertebra kırıkları veya dislokasyonları, omirilik yaralanması (medulla spinalis yaralanması), kot kırıkları ve uzun kemik kırıkları oluşabilir. Subdural hematoma ve retina kanaması birlikte bulunursa öncelikle SBS düşünülmelidir (Celasin, 2016). Yaralanmalar sıklıkla tek taraflı veya bilateral subdural kanamayı, bilateral retinal kanamaları ve yaygın beyin hasarını içerir. Çocuklar tek başına sallanarak yaralanabilse de, genellikle künt travma bulguları

vardır. Bu nedenle daha kapsayıcı bir terim olan “Sarsılmış Etki Sendromu” kullanılabilir (Joyce & Huecker, 2019).

DSÖ’ ü bir çocuğun ölüm riski yenidoğan döneminde, yaşamın ilk 28 gününde en yüksek olduğu belirtilmiştir. Doğumdan sonraki ilk 28 gün içinde ölen çocuklar doğumdan hemen sonra kaliteli bakım eksikliği veya vasıflı bakım ve tedaviden hemen sonra ve yaşamın ilk günlerinde ortaya çıkan hastalık ve rahatsızlıklardan muzdariptir olduğunu belirtmiştir (WHO, 2018). Cansever ve ark.’ nın araştırma verilerine göre bebeklerin yaş ortalamaları 6 ay (1-24) olarak saptanmıştır. Ailelere %2,3’ ü bebeklerini sakinleştiremedikleri zaman, öfkelenip bebeğini sarstığını belirtmiştir. (Cansever, Taşar, Şahin, Çamurdan, & Beyazova, 2012). Meral ve ark. (2018)’ nın çalışmasına göre katılımcıların %60,8’ i bebekleri uzun süre ağladığında öfkelenmekte, %8,1’ i bebekleri ağladığında susması için kollarından ya da gövdesinden tutarak sarstığı belirtilmiştir.



Şekil 1: Sarsılmış Bebek Sendromu (Yılmaz, 2015).

2.1.1.1.3. Münchausenby Proxy sendromu (Polle sendromu)

Polat (2017), Münchausenby Proxy Sendromu (MPS) çocuk istismarı formlarından olarak kabul etmektedir. MPS çocukta fiziksel ve duygusal hasara yol açar. Anne ve babanın özellikle de sağlık eğitimi alan annenin çocuğunda hastalık semptomları ortaya çıkararak çocuğu lüzumsuz ve sürekli tıbbi tahlillere, incelemelere ve tedaviye maruz bıraktığı klinik bir tablodur.

MPS' i belirleme ve şüphelenmede temel esaslar şunlardır;

- Çocuğa, ebeveynleri veya bakımından yükümlü olan kişi tarafından hastalık semptomları uydurulmasıdır.
- Çocuğun sürekli doktora götürülür.
- Sorumlu olan kişi çocuğun hastalığının nedenini bilmediğini söylemektedir.
- Fiziksel veya labaratuvar bulgular çok nadir olmakla birlikte, öykü ile klinik bulgular uyumsuzdur.
- Çocukta sık sık serum çıkması, ilaçları kusma gibi tedavi intoleransı gelişebilir. Ebeveynler çok dikkatlidir ve çocuğun yanından genellikle ayrılmak istemezler ve sürekli bakıma gereksinimi olduğunu vurgularlar.
- Çocukta hastalığın işaret ve semptomları ebeveynden ayrıldığında kaybolur.
- Eşler arasında duygusal olarak uzak bir mesafe vardır.
- Sorumlu olan kişinin çocuğun hasta olmadığını kabullenmede dikkat arama davranışının diğer formları rol oynar (Polat, 2017), (Rosenberg, 1987).

Feldman ve Brown' un çalışmasına göre araştırma kapsamına alınan 93 Münchausenby Proxy Sendromu vakasında 80 vaka (%86)' nın tek failin anne olduğu belirtilmiştir. Aynı vakalarda çocukların yaşları incelendiğinde 20 çocuk (%26) üç yaş ve altındaydı, %52' si (40 çocuk) üç yaş üzeriydi (Feldman & Brown, 2002).

2.1.1.2. Cinsel İstismar

DSÖ'ne göre cinsel istismar, bakım veren tarafından cinsel tatmin için kullandığı davranışları olarak tanımlanmıştır (Krug, et al., 2002). Yine DSÖ' nün 2018' de yapmış olduğunu tanıma göre cinsel istismar (şiddet), rızası olmayan tamamlanmış veya denenmiş cinsel ilişkiye girmeyi veya teması içermeyen (röntgencilik veya cinsel taciz gibi) cinsel içerikli eylemler; rıza gösteremeyen veya reddetmeyen birine karşı işlenen cinsel insan ticareti eylemleri; ve çevrimiçi sömürü olarak tanımlanmaktadır (Who, 2018). Polat' ın cinsel istismarı 'Olgun bir bireyin çocuğu seksüel doyum için kötüye kullanması' biçiminde tanımlamıştır. Çocuk istismarı tipleri içinde tespit edilmesi en güç olan cinsel istismardır (Polat, 2017). Can ve Yılmaz (2016)' ın tanımına göre cinsel istismar oral, anal, vajinal cinsel ilişki ya da bir maddenin penetrasyonunu içerebileceği gibi cinsel ilişki içermeyen öpme, okşama, gibi davranışlar da olabilir ya da bazen temas olmayabilir. Örneğin yetişkinin organını teşhir etmesi çocuğun bedenini pornografi amaçlı kullanması ya da seyretmesi gibi davranışlar da cinsel istismar olarak kabul edilmiştir (Can & Yılmaz, 2016). Logsdon (2018)' un tanımına göre cinsel istismar, bir yetişkinin çocukla uygunsuz cinsel ilişkiye girmesi durumunda ortaya çıkar. Cinsel konuşma , cinsel ilişki veya dokunma gibi herhangi bir fiziksel teması içerebilir. Diğer istismar biçimlerinde olduğu gibi, cinsel istismar da çocuğun psikolojik ve fizyolojik gelişimi üzerinde uzun vadeli etkilere neden olmaktadır (Logsdon, 2018).

'Cinsel sömürü' istismar yerine kullanılan bir başka terimdir. Çünkü bu çocukların ve bireylerin gelişmekte olan kişilikleri yok sayılarak ve hiçbir seçme hakkı verilmeyerek cinsel ilişkiye istenmeyerek, zoraki şekilde sömürülmektedir (Polat, 2017).

Polat, (2017) cinsel istismarda risk faktörlerini şu şekilde açıklamıştır; izole ve işlevsiz aileler, ekonomik sorunlar, aile içi kavgaların sık sık yaşandığı aileler, aile içindeki kişilerden birinde psikiyatrik ve psikolojik sıkıntılar olması, anne ve babaların problemler ile baş gelme yeteneklerinin yeterince gelişmemiş olması, düşük sosyoekonomik durumu, kız çocuklarının öz babalarından ayrı (tek başına) hayatını sürdürmesi, aile içerisinde bireylerden herhangi birinin alkol veya narkotik bağımlısı olması, annenin yaşından çok küçük (genç) erkek ile birlikte olması veya evlenmesi, stres sebebi ile benlik algıları düşük olan bireyler, annenin iş saatinin geç olması sebebi ile çocuklara babanın veya üvey babanın bakmak zorunda kalması, eğitim seviyesinin düşük olması, annenin çekingen, bağımlı, büyümemiş, cinsel engelleri olan ve çocuklarını muhafaza etmekte güçsüz biri olması, anne ile çocuğun yakın duygusal bağ kuramaması, annenin uzun zaman çocuğundan ayrı yaşaması, çocuğun arkadaşının olmaması veya az olması, cinsel eğitimi cezacı bir tutum izleyerek vermesi, çocuğun baba sevgisinden yoksun bırakılması, ebeveynlerin sağlıklı cinsel yaşamlarının olmaması, Ebeveynlerden birinde şizofrenik kişilik ya da depresyon durumunun olması, çocukların ebeveyn veya yetişkin bireyler ile aynı odayı veya yatak paylaşımı olması, aile içinde etkisiz iletişim olması, ebeveynlerden birinin kronik hastalığı olması veya evi terk etmiş olması, babasından istismar gören annenin devamlı olarak baskı görmüş olması, anne veya

babanın geçmiş zamanda intihar veya suç işlemiş olması, anne ile genç kız arasında rekabet olması, babanın uzun yıllardan sonra eve geldiğinde kızını büyümüş anneyi ise yaşlı bulmasıdır.

DSÖ' nün verilerine göre çocukların %26' sı (%18' i kız, %8' i erkek cinsiyet) olduğunu bildirmiştir (WHO, 2016). Avrupa' da her yıl 18 yaş altı 18 milyon çocuk cinsel istismara uğramaktadır (WHO, 2013). Gökkaya'nın 2018' de yapmış olduğu çalışma da cinsel istismarı uygulama şekline göre vajinal penetrasyon %38,5, dokunma, okşama, öpme, sürtünme %33,3, anal penetrasyon %20,5, oral penetrasyon %2,6, cinsel organ gösterme %2,6 ve cinsel içerikli konuşma %2,6 olarak bulunmuştur (Gökkaya, 2018). Konya' da yapılan çalışma da ise %57.1 olgu cinsel saldırı eylemine bir kez, %26.2 olgu birden fazla kez maruz kaldığını, %4.7 olgu ise kendisine elle tacizde bulunulduğunu belirtmiştir (Demirci, Doğan, Erkol, & Deniz, 2008). Diğer bir çalışma da ise %59,1'i cinsel istismarın yabancı tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiş olup, %56,8' inin kız çocuğu olduğu saptanmıştır (Koç, et al., 2012).

Ulukol ve Köseli (2013) yılında cinsel istismarın kendini gösteriş şekli olarak pornografi, seks turizimi, cinsel sömürü, kölelik ve insan ticareti olarak belirtilmiştir.



Şekil 2. Çocuk Cinsel İstismar Döngüsü (Tansel, 2017).

Coulborn Foller cinsel istismarı 7'ye ayırmıştır (Faller, 1988).

1. Temas İçermeyen Cinsel İstismar Türleri:

- a) *Seksi konuşma*: İstismarcı kişinin çocuğa karşı, çocuğun üzerinden gerçekleştirilmesini istediği ve çocuğun cinsel özelliklerine yönelik, cinsel öneri ve yorumlarda bulunarak cinsel içerikli konuşmadır. Çocuğun seksüel gelişimi, organları ve tercihleri ile dalga geçme ve çocuk ile cinsel içerikli sohbet etmektir.
- b) *Teşhir*: İstismarı uygulayan kişinin çocuğa cinsel organları gibi özel bölgelerini gösterdiği veya çocuğun önünde mastürbasyon yapmasıdır. Çocukların seks içerikli fotoğraflarının çekilmesi, çocuğa porno veya pornografik araçlar gösterilmesi ve çocuk pornografisi, çocuğun başklarının cinsel istismarına tanık edilmesi şeklinde de gerçekleştirilebilir.
- c) *Voyerizm*: İstismarcının açıkça ya da gizli olarak kurbanı soyunukken veya istismarcıyı cinsel olarak tatmin eden aktivitelerde bulunurken gözlemesidir (Polat, 2017) (Polat, 2006) (Farrelly, 2008).

2. Cinsel Dokunma:

Vücudun özel bölgelerine yapılan herhangi bir dokunmadır. Bu özel bölgeler, anüs, kalçalar, perineal, göğüsler ve vajinadır. Frotaj (fartçuluk = frottage) da istismar uygulayanın, cinsel organını çocuğun vücuduna veya giyisilerin üstünden sürmesiyle seksüel doyuma varması, seksüel dokunma türü bir cinsel istismardır.

3. Oral-Genital İlişki:

İstismarı uygulayan bireyin çocuğun genital organlarını öpmesi, emmesi, yalaması, ısırması veya çocuğun ağız yolu ile kendisi ile birleşmesini (öpüşme) sağlamasıdır. Davranış *cunnilingus* (ağız - vajina), *fellatio* (ağız – penis) veya *analingus* (ağız – anüs) olabilir.

4. İnterfemoral İlişki:

İstismarı uygulayan bireyin cinsel organını (penisini), çocuğun bacakları arasına koyduğu cinsel istismar türüdür. Çocuklarda vajinanın küçük olması nedeniyle sık karşılaşılır ve istismarcı çocuğu incitmekten endişeleniyor olabilir.

5. Seksüel Penetrasyon:

İstismarcının kurbanın bir ağız açıklığına girişi ile gerçekleşir. 4 tipi vardır.

Dijital Penetrasyon: Parmakların vajinaya, anüse veya ikisine birden yerleştirilmesidir. Anal veya genital ilişkinin başlangıcında olabilir.

Objelerle Penetrasyon: Diğerlerine göre daha az karşılaşılan cinsel istismar türüdür. İstismarı uygulayan çocuğun duruma göre ağıza, anüsüne veya vajinasına bir enstürman yerleştirmesidir. Genital veya anal ilişkinin başlangıcı olabilmektedir.

Genital İlişki: Penisin vajinaya penetrasyonudur. Vajinal yoldan cinsel birleşmenin gerçekleşmesidir.

Anal İlişki: İstismarı uygulayanın cinsel organının (penisinin) çocuğun anüsüne giriştir. Genellikle erkek çocukların olduğu istismar vakalarında karşılaşılr ama bazen kız çocuklarda da görülebilir.

6. Cinsel Sömürü:

Sömürüyü uygulayan kişilerin çocukla doğruca cinsel ilişkiye girmedikleri ancak çocuğun cinsel olarak kurban seçildiği vakaları içerir. Çoğunlukla sömürden mesul olan bireyin amacı cinsel doyumdan çok ekonomik kazanç sağlamak için bu tür hareketlerde bulunur (Polat, 2017), (Polat, 2006).

Cinsel sömürünün iki çeşiti vardır. Bunlar;

- 1) *Çocuk pornografisi:* Çocukları görüntülemeyi kapsayan eylemlerdir. İstismarı uygulayan kişi bu eylemi kendisi için kullanımına ait olabileceği gibi ticaretinide yapabilir.
- 2) *Çocuk Fuhuşu:* Fuhuştta cinsiyet fark etmemektedir. Çocuklar çok ender olarak bir 'işe çıkarlar'. Genellikle yetişkin bir birey sayesinde bu işe girer ve çocuğun fuhuşu para kazanma için çok iyi bir yol olduğuna ikna ederek çocuğun ticaretini yapmaktır (Polat, 2017).

7. Başka İstismar Türlerini İçeren Cinsel İstismar:

Cinsel istismara diğer bir çeşit olarak aşağılama da eşlik edebilir. Fiziksel açıdan kötü muamele ile alkol ve narkotik kullanması için zorlanması veya daha ağır istismar türleride vardır (Polat, 2017).

2.1.1.2.1. Çocuklarda Cinsel İstismar Genel Bulguları

- Yürümekte ve oturmakta zorluk çeker.
- Spor salonuna geçmesi, spor giyinmesi ve aniden fiziksel aktivitelerde bulunmayı rededer.
- Kabus görme ve yatağı ıslatma durumu,
- İştahda ani değişiklikler olur.
- Tuhaf, karmaşık veya sıra dışı cinsel bilgi ya da davranış,
- Hamile kalır veya cinsel hastalık kapar (özellikle 14 yaşın altı),
- Kaçar,
- Ebeveynler veya başka bir yetişkin bakıcı tarafından cinsel tacize uğradığını ifade eder.
- Yabancılar veya yeni insanlara çok hızlı bağlanır,
- Himen zarının taze laserasyonu,
- Vajinada yabancı cisimler (kanama, kötü kokulu akıntı),
- Anal fissürler, Anal gevşeklik,
- Venöz distansiyon (perianal bölgede) (Child Welfare Information Gateway, 2013), (Polat, 2017).

2.1.1.2.2. Aile içi Cinsel İstismar (Ensest)

Aile içi cinsel istismar (ensest) dünyanın bir çok ülkesinde uzun yıllar var olmuş sosyal bir sorundur (Farrelly, 2008). Aile içi cinsel istismar, biyolojik veya geleneksel olarak akraba olan bireyler arasında geçen ilişki olarak değerlendirilmektedir. Bu ilişki geçmiş zamanda daima yasaklı davranış olarak kabul edilmiştir. Ensest ilişkisi sadece kan bağına dayandırılmamaktadır. Ebeveynlerin yakın ilişki kurduğu ve güvenin olduğu diğer kişilerle olan ensest kavramıda seneler boyunca görmezlikten gelinmiştir (Polat, 2017).

Van’ da yapılan araştırmaya göre cinsel istismara maruz kalan çocukların %12,5’ tanıdıkları, %87,5’ i yabancı tarafından istismara uğramıştır (Ceylan, et al., 2009).

Ensest' in Risk Faktörleri;

- ✓ Babanın sürekli alkol kullanması,
- ✓ Normalin dışında kuşkucu, otoriter, bağınaz ve sofu baba,
- ✓ Ailede koruyucu güç olmayı sağlayamayan anne veya annenin olmayışı,
- ✓ Annenin geç saatlere veya gece çalışmak zorunda olması nedeniyle çocuğun babası veya üvey babası ile kalması,
- ✓ Annenin evi terk etmesi ya da hasta olması,
- ✓ Anne rolü yapan ve annenin ev işlerini üstlenen kız çocuğu,
- ✓ Ebeveynlerin sağlıksız veya bitmiş cinsel hayatlarının olması,
- ✓ Babanın madde bağımlılığı, psikopatoloji, sınırlı zeka, iktidarsızlık gibi kendi kontrolünü sınırlayan faktörlerin olması,
- ✓ Babalarının kız çocuktan ayrı olması,
- ✓ Çocuğun diğer kişilerle yakın ilişki kurması ve iletişimine izin verilmemesi,
- ✓ Ebeveynlerin tanımadığı kişileri düşman olarak görmesi ve paranoid davranış sergilemesi,
- ✓ Ebeveynlerden herhangi birinin daha önce ailesinde ensest ilişkisi olması,
- ✓ Babanın ergenlik evresinde olan kızına karşı çok fazla kıskanç olması, (Polat, 2017; Polat, 2000; Polat, 2006).

2.1.1.3. Duygusal/Sözel istismar

Gündelik hayatta en sık rastlanan istismar türlerinden bir tanesinde duygusal istismardır. Çocuğun psikolojik zarar görmesi duygusal istismarın temelini oluşturur (Polat, 2017). DSÖ' ne göre duygusal istismar, duygusal sağlığa ve gelişimine uygun olmayan çevre ve olumsuz olan eylemleri bakım verenin desteklemesini içerir. Bu tür eylemler, aşağılanma, alay, tehdit ve sindirme, ayrımcılık, ret ve diğer fiziksel olmayan düşmanca tedavi biçimleri, bir çocuğun hareketlerini kısıtlamayı içerir (Krug, et al., 2002). Polat (2017)' a göre duygusal istismar 'çocuk ve gençlerin, kendilerini etkileyen davranışlara maruz kalarak ya da ihtiyaçları olan alaka, bakım ve sevgiden yoksun bırakılarak psikolojik zarara neden olma' olarak açıklamıştır. Duygusal istismarın tanımı çok zor olup en çok karşılaşılan istismar çeşididir. Can ve Yılmaz (2016)' ın tanımına göre ise duygusal istismar diğer istismar türleriyle ya da tek başına görülebilir. Duygusal istismarın çocuğu kabul etmeme, ayırım yapma, tek bırakma, aşağılama, korkutma, tahrik etme, yokmuş gibi davranma ve hislerinin göstermeme şeklinde davranışları içerdiği belirtilmektedir (Can & Yılmaz, 2016). Logsdon (2018)' un tanımına göre en duygusal istismar sözeldir. Bu gibi durumlarda, ebeveynler veya bakıcılar çocuğu sürekli olarak küçük düşürür, suçu olmayan sorunlar için onu suçlar, adları ile hitap eder veya benzer sözlü taciz şekilleri kullanır. Duygusal istismar, çocuğu utandırmak, utandırmak veya korkutmak için tasarlanmış fiziksel olmayan cezaları da içerebilir.

1989'da duygusal istismara sebep olan ebeveyn davranışları şunlardır; reddetme (rejection), tek başına bırakmak (isolating), yıldırma (terrorizing), suça yöneltme (corrupting), duygusal tepki vermeyi redetme (denying emotional responsiveness), aşağılama (degrading), kendi menfaati için kullanma (exploiting) ve zamanından önce yetişkin rolüne bürünme (adultifying) olarak sıralanmıştır (Polat, 2017) (Crittenden & Ainsworth, 1989).

Duygusal istismar örnekleri şunlardır: serbestçe yapılan hareketlerin ve davranışların kısıtlanması, aşağılama, gözdağı vermek, suçlama, korkutma, dalga geçme, dışlama ve düşmanca davranma, fiziksel şiddet içermeyen diğer biçimleridir (Who, Ispcan, 2006). Duygusal istismar, çocuğun psikolojik ve olumsuz yönde etkiler ve bilişsel gelişim üzerinde de uzun vadeli etkileri olabilir (Logsdon, 2018).

Türkiye'de 2010'da yapılan bir çalışmada 7-14 yaş arasında olan kız çocukları en çok arkadaş, öğretmen, baba ve anneleri tarafından duygusal istismara maruz kaldığı bulunmuş olup, erkek çocuklarda ise en çok uygulayanların öğretmenleri, arkadaşları ve babaları olduğunu bulunmuştur (Oral, Engin, & Büyükyazıcı, 2010). Çocuğa zarar vermek ve onu öldürmek için duygusal olarak kötü niyetli tehditlerin failleri olarak %30'u baba, %26,5 anne, %16,7 kardeş, %7,7 kuzenler gibi akrabalar ve teyzeler olarak bulunmuştur (Nguyen, Dunne, & Le, 2009). Güler ve ark. (2002)'nin araştırmasına göre annelerin %81,1'i çocuklarına sevdiklerini belli etmeme, %77,6'sı bağırma-azarlama %8,4'ü odaya kapatma, %2,1'i ellerini ve ayaklarını bağlama davranışlarında bulunduklarını bulunmuştur.

2.1.1.3.1. Çocuklarda duygusal istismar genel bulguları

- Davranışta aşırı pasiflik, aşırı saldırgan, aşırı zorlu davranış veya aşırı uyumlu davranış gösterir,
- Tuvaletini tutamama,
- İştahsızlık,
- Hırsızlık,
- Bağımlılık,
- Başarısızlık,
- Ya uygun olmayan yetişkin gibi (diğer çocuklara ebeveynlik yapmak gibi), ya da uygunsuz çocuksu, bebek gibi davranma,
- Fiziksel veya duygusal gelişimin geri kalması,
- Depresyon,
- İçer dönüklük, güvensizlik,
- Olumsuz benlik kavramı,
- İntihar girişimi,
- Ebeveyne bağlılığının olmadığını dile getirmesi (Child Welfare Information Gateway, 2013), (Polat, 2017).

2.1.1.4. Çocuk ihmali

DSÖ' nün tanımına göre ihmal, gereğinden az beslenme, fiziksel gelişiminin geri olması, yetersiz denetim, kötü hijyen ve eğitimden yoksun bırakılması olarak kabul edilmiştir (Krug, et al., 2002). Çocuk Refahı Dayanışma Yolu 2013 yılında ihmali 'Bir çocuğun bakımını sağlamak için bir ebeveynin veya bakıcının temel ihtiyaçları karşılamadaki başarısızlığıdır' olarak tanımlanmıştır (Child Welfare Information Gateway, 2013). Can ve Yılmaz (2016)' ın tanımına göre Çocuk ihmali çocuktan sorumlu olan yetişkinin çocuk gelişimi için yapması gereken eylemlerin yokluğu biçiminde tanımlanmaktadır. Polat (2017)' ın tanıma göre 'çocuğun esas ihtiyaçlarının ve bakımının (sağlık, giyecek, yiyecek..vb.) ebeveyni veya bakımından sorumlu kişi tarafından karşılanmaması olarak tanımlanmıştır (Polat, 2017). İhmalin kendini gösteriş şekli olarak bırakıp gitme (terk etme), sakıncalı ve tehlikeli işde çalışması ve bu çalışmayı görmezden gelme, mahrum bırakma, yürütme, yargı ve yasama ihmali (Ulukol & Köseli, 2013).

Kültürel değerler, toplumun bakım standartları, yoksulluk ve ailenin bilgi eksikliği ihmalin ortaya çıkmasına katkı sağlar. Ebeveynlerde veya bakıcıların davranışında çocuğa karşı ilgisizlik, duygusuz ya da depresyonda görünmesi, mantıksız yada garip davranışlarda bulunması veya alkol ya da başka maddeler kullanması ihmal şüphesini uyandırır (Child Welfare Information Gateway, 2013).

Can ve Yılmaz (2016), çocuk ihmali üç sınıfta incelemiştir. Çocuğun beslenme, giyinme gibi temel ihtiyaçların karşılanması ve tehlikelerden korunmaması fiziksel ihmal olarak tanımlanmıştır. Duygusal ihmal, psikolojik ulaşılmazlık olarak da adlandırılan çocuğun ağıladığı ya da rahatlatılmak istediği zamanlarda çocuğun isteklerini fark etmeyen ebeveyn davranışlarıdır. Sağlık bakımını yaptırmama ya da geç yaptıрма, aşılama gibi tedavi bakım davranışlarının yokluğu tıbbi ihmal olarak tanımlanmıştır. Gayri meşru veya istebeyen bebeklerin yenidoğan dönemde çöp veya cami avlusu gibi yerlere veya kurumlara bırakılarak terkedilmeleri de çocuk ihmali (Ulukol & Köseli, 2013).

Child Information Gateway (2013) ve Polat (2017) yıllarında ihmali dört kısımda incelenmiştir. Bunlar;

1. Fiziksel (örneğin gerekli yiyecek, barınma veya gözetimi uygun olarak sağlanmaması)
2. Tıbbi (Gerekli olan tıbbi veya zihinsel sağlık tedavisini sağlanmaması)
3. Eğitim (Eğitimi ve özel eğitime katılma ihtiyaçlarının sağlanmaması)
4. Duygusal (Çocuğun duygusal ihtiyaçlarını, psikolojik bakımını sağlanmaması veya alkol ve diğer ilaçları kullanmak için vermek.) (Polat, 2017), (Child Welfare Information Gateway, 2013).

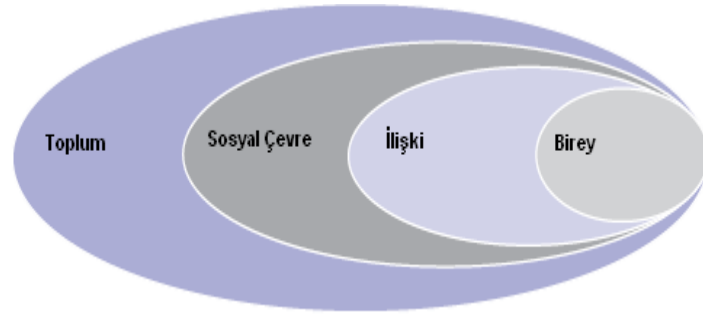
2.1.1.4.1. Çocuklarda ihmalin Genel Bulgular

- Okula sık sık gitmiyorsa,
- Okul performansında ve davranışlarında ani değişiklikler,
- Okula ve diğer etkinliklere erken gelir, geç kalır veya eve gitmek istemiyorsa,
- Yetişkin gözetiminde yetersizlik,
- Aşırı uyumlu pasif veya çekingen olması,
- Yiyecek veya para çalması,
- Gerekli tıbbi ve diş bakımı eksikliği, aşılar ve gözlükler gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması,
- Mevsime uygun giydirilmemesi,
- Alkol veya diğer ilaçları kötüye kullanma,
- Ailenin çocuğun varlığını redetmesi,
- Aile çocuğu tamamen kötü, külfetli ve değersiz olarak görür,
- Aile çocuk için çok az endişe eder.
- Evde bakım sağlayacak kimsenin olmadığını belirtmesi (Child Welfare Information Gateway, 2013).

Onat ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada %23'ünün genellikle tehdit edildiği ve toplum önünde aşağılandığı, %43'ünün korkutulduğu, %34'ünün kötü söze maruz kaldığını ve %8'inin ise evde tek başına bırakıldığı belirlenmiştir (Onat, Dinç, Günaydın, & Uğurlu, 2016).

2.1.2. Çocuk İhmali Ve İstismarında Rol Oynayan Risk Faktörleri

DSÖ çocuğa kötü muameleyi artıran risk faktörlerini ebeveynlere veya bakım veren kişiye yönelik ve toplumsal olarak ayrı incelemiştir. Çocuğa kötü muamele çocuklukta ve ergenlik döneminde önemli bir psikopatolojik risk faktörü olarak kabul edilir (Muela A. , 2012). Risk altındaki çocuklar; hayatlarında küresel ve şahsi sebeplere bağlı olarak hayatlarını sürdürmeleri gereken hayatın dışında başka bir hayat içine sürüklenen 0-18 yaş çocukları kapsamaktadır (Polat, 2017).



Şekil 3. Çocuklara kötü muamelede risk etmenlerini gösteren çevresel model (Who, Ispcan, 2006).

2.1.2.1. Bireysel faktörler

Çocuk ihmali ve istismarında rol oynayan bireysel risk faktörleri; çocuğun yaşı, cinsiyeti, biyolojik ve kişisel yönleri, düşük eğitim seviyeleri, düşük gelir seviyesi, zihinsel veya fiziksel özürlü olan çocuklar, istenmeyen veya ebeveynlerin beklentilerini yerine getirmeyen çocuk, özel durumlara sahip çocuk, erken doğan bebekler, kronik hastalığı olan çocuklar, doğum ile ilgili anomali olması, bakım gerektiren bebek olması, çocuğun sürekli ağlaması ve sakinleşmemesi, ana-baba gözünde sıkıntılı görülen, örneğin zorlayıcılık ve hiperaktivite gibi özelliklere sahip olması ve akranları karşısında sürekli saldırgan olması olarak belirlenmiştir (Conk, Başbakkal, & Yardımcı, 2013), (Who, 2016), (Who, Ispcan, 2006), (WHO, 2018),

Can ve Yılmaz (2016)' ın tanımına göre bazı özelliklere sahip olan bebeklerin bu özelliklere sahip olmayanlara göre ihmal ve istismar davranışlarına maruz kalma riski daha yüksektir. Bunlar; erken doğum, düşük doğum ağırlıklı olma, fiziksel veya mental hastalık veya engelle doğma, güç mizaçlı olma (yeme ve uyku düzensizliği, sık ağlama ve sakinleştirilmeme) gibi özelliklerdir.

2.1.2.2. İlişki faktörleri

DSÖ'ne göre bir ebeveynin veya bakıcının bazı özellikleri, çocuğun kötü muamele riskini artırabilir. Bu özellikler, yenidoğan ile bağlanma zorluğu, çocuğu beslememek, çocukken kendilerinin ihmal ve istismara uğraması, çocuk gelişimi bilincinin olmaması veya gerçekçi olmayan beklentilere sahip olmak, hamilelik döneminde de dahil olmak üzere alkol veya uyuşturucuların yanlış kullanılması, suç faaliyetinde bulunmak ve maddi sıkıntı yaşamak olarak tanımlamıştır (Who, 2016). Ebeveyn veya bakım veren kişi ile çocuk arasında duygusal bağ eksikliği, zayıf ebeveynlik uygulamaları, aile fonksiyon bozukluğu ve ayrılması, suçlu meslektaşlarla ilişkilendirilmek, ebeveynler veya bakıcılar arasında şiddete tanık olmak, erken veya zorla evlendirme olarak kabul edilmektedir (Who, 2018). Can ve Yılmaz (2016)' a göre ilişkili faktörler ise ebeveynlerin genç (özellikle anne yaşının küçük olması), sosyo-ekonomik düzeyi düşük, eğitimi yetersiz, gebeliklerinin plansız olduğu, çok sayıda çocuk sahibi oldukları ve alkol ve madde bağımlısı oldukları belirtilmektedir. Ayrıca istismarcı ebeveynlerin empati, öfke ve dürtü kontrolü yetersizliğine ve fiziksel ve ruhsal sorunlara daha çok sahip oldukları da belirtilmiştir. Doğumdan sonra depresyon geçiren annelerin bebeklerinin de istismara maruz kalabilecekleri unutulmamalıdır.

Aileler içinde veya yakın eşler, arkadaşlar ve akranlar arasındaki ilişkilerin bir dizi özelliği, çocuğun kötü muamele riskini artırabilir. Bunlar, bir aile üyesinin fiziksel, gelişimsel veya zihinsel sağlık sorunları, diğer aile üyeleri arasında aile krizi veya şiddet, toplulukta tecrit edilmek veya bir destek ağı bulunmamak, geniş aileden gelen çocuk yetiştirme desteğinin bozulmasını içerir (Who, 2016). Ailedeki risk faktörleri incelendiğinde; sigara ve alkol kullanan ebeveynler %5,1, uygunsuz fiziksel koşullarda yaşayan %30,8 ve eğitim düzeyi düşük olan ise %48,7 olduğu bulunmuştur (Gökkaya, 2018). Çocuk ve ebeveyn arasında yakın bir ilişki kurulmadığında cinsel istismar riski artmaktadır. Bebek bakımında sorumluluk alan babaların çocuklarını cinsel olarak istismar etme olasılığı düşüktür. İhmalci ebeveynlerin ise çocuklar konusunda çok az bilgiye sahip, muhakeme yetenekleri ve motivasyonlarının düşük oldukları görülmektedir (Can & Yılmaz, 2016).

2.1.2.3. Sosyal çevre faktörleri

DSÖ' ne göre yoksulluk, yüksek nüfus yoğunluğu, düşük sosyal uyum ve geçici popülasyonlar, alkol ve ateşli silahlara kolay erişim, yüksek konsantrasyonlarda çeteler ve yasadışı uyuşturucu ticareti sosyal çevre faktörleri olarak ortaya koymuştur (Who, 2018).

Çocuk ihmali ve istismarında ve çevrede görülen risk çoğaltıcı olabilen özellikler bunlardır;

- ✓ Şiddete tolerans,
- ✓ Toplum içinde cinsiyetle ilgili ve toplumsal eşitsizlikler,
- ✓ Yeterli barınma imkanları (konut) olmaması,
- ✓ Kuruluşları, aileleri ve hususi gereksinimleri karşılayacak hizmetin olmaması,
- ✓ İşsizlik oranının yüksek olması,
- ✓ Kısa süreli komşulukları,
- ✓ Fakirlik,
- ✓ Lokal narkotik ticareti
- ✓ Alkole kolay ulaşım olarak belirlenmiştir (Who, Ispcan, 2006).

2.1.2.4. Toplumsal faktörler

DSÖ' ü verilerine göre toplumsal faktörler şunlardır;

- ✓ Cinsiyet ve sosyal eşitsizlik,
- ✓ Sosyo-ekonomik eşitsizlikler veya istikrarsızlık,
- ✓ Ekonomiyi koruyan eğitim ve sosyal politikalar,
- ✓ Sağlık ve eğitim politikaları,
- ✓ kurumları destekleyecek yeterli konut veya hizmet eksikliği,
- ✓ Yüksek düzeyde işsizlik veya yoksulluk,
- ✓ Alkol ve uyuşturucuların kolay bulunabilirliği,
- ✓ Çocuklara kötü muamele, çocuk pornografisi,
- ✓ Çocuk fuhuşu ve çocuk işçiliğini önleyen yetersiz politika ve programlar,
- ✓ Başkalarına yönelik şiddeti teşvik eden veya yücelten,
- ✓ Kurumsal cezanın kullanımını destekleyen, katı cinsiyet rolleri talep eden veya çocuğun anne-baba ve çocuk ilişkilerinde durumunu azaltan kültürel ve toplumsal normlar,
- ✓ Sosyal koruma olmayan veya yetersiz olan,
- ✓ Zayıf yönetime ve zayıf kanun yaptırımına sahip ortamlar,
- ✓ Düşük yaşam standartlarına veya sosyoekonomik eşitsizliğe veya dengesizliğe yol açan sosyal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikalarını içerir (Who, 2016), (Who, 2018), (Who, Ispcan, 2006).

2.1.3. Çocuk İhmali ve İstismarının Olası Sonuçları

Çocuklara yönelik kötü muamele sonuçları, yaşam boyu bozulmuş fiziksel ve zihinsel sağlığı içerir ve sosyal ve mesleki sonuçlar bir ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimini yavaşlatabilir (WHO, 2016). Çocuklarda ve ergenlerde, çocuk ihmali ve istismarı, çocuklarda biyolojik, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarda düşüşe neden olur. Çocuklara yönelik kötü muamelenin, çocukların, ailelerin, toplulukların ve ulusların sağlığı ve refahı üzerinde yaşam boyu etkileri vardır. Çocuğa karşı kötü muamelenin sonucu hem erken dönemde psikososyal ve fiziki olarak zarar görür, hem de uzun dönemde çocuğun fiziki, toplumsal, ve duygusal gelişimine etki eder. Böylece çocuğa yapılan kötü muamelenin toplumsal, tıbbi, ekonomik, siyasi, tarihsel ve kültürel sonuçları tespit edilmiştir. Bilindik vebilimsel olarak ispat edilen sonuçlar şunlardır:

- Ölüme sebebiyet veren yaralanmalar,
- Ciddi yaralanmalar (Ölümcül olmayan yaralanmalar),
- Bulaşıcı olamayan çeşitli hastalıklara,
- Cinsel yol ile bulaşan bazı hastalıklar,
- Erken beyin gelişimin de bozulma,
- Bilişsel bozulma,
- Olumsuz başa çıkma,
- Yemek yeme bozukluğu (beslenme),
- Terk edilme ve reddetme sonucu yaşanan duygu durum,
- Birine bağlanmada güçlük,
- Sarsıntı yaşaması,
- Depresyon,
- Korku,
- Kaygı,
- Güven duyulmaması ve azalmış benlik saygısı ,
- Adaletin yerine getirilmediği durumda yasalara, kanunlara ve hukuka güvenin azalması,
- Yüksek riskli cinsel davranışlar,
- İstenmeyen gebelikler,
- Alkol ve uyuşturucu kullanımı,
- Sosyal hayata ve demokratik hüküm almaya katılımında azalma,
- Çalıştığı kurumda beklenen verimin düşmesi,
- İntihar,
- Duygusal istismarı genellikle kanıtlamak zordur. (Child Welfare Information Gateway, 2013), (Ulukol & Köseli, 2013), (Who, 2018), (WHO, 2016). (Who, 2016).

2.1.4.Epidemiyoloji

DSÖ verilerine göre her yıl, 15 yaşın altındaki yaklaşık 41.000 çocuk, cinayet kurbanıdır. Bu sayı, problemin gerçek derecesini hafife alıyor, çünkü çocuklara kötü muamele nedeniyle meydana gelen ölümlerin önemli bir kısmı yanlış şekilde düşme, yanma, boğulma ve diğer nedenlere bağlıdır. DSÖ' ü verilerine göre tüm bireylerin dörtte biri fiziksel istismara ve beş kadından biri ve 13 erkekten biri çocukluğunda cinsel istismara uğradığını bildirmişlerdir (Who, 2016), (Who, 2016), (WHO, 2016). Şiddet ile ilgili dünya çapında yapılan formda çocukların %23'ü fiziksel istismar, %36' sı duygusal istismar, %16'sı fiziksel ihmal ve %26'sı cinsel istismara (%18 kız,%8'ini erkek cinsiyet oluşturmakta) uğradığı belirlenmiştir (WHO, 2016). Küresel olarak baktığımız da 2016 yılında 2-17 yaş aralığındaki bir milyon çocuğa fiziksel, cinsel, duygusal şiddet veya ihmal yaşadığı belirtilmiştir (Hills, Mercy, Amobi, & Kress, 2016). 2016 yılında bildirilen kötü muamele verilerine göre ihmal nedeni ile ölen çocuklar %74,6, %44,2 fiziksel istismar, %5,7' si tıbbi ihmal, %1,3' ü psikolojik ihmal ve %1,2' si ise cinsel istismar nedeni ile ölmekte olduğu ortaya konmuştur (Children's Bureau's, 2018). Dominika' da Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Sosyal Yardım Departmanı tarafından 2010 yılı boyunca cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal dahil olmak üzere 1.095 çocuk istismarı raporu aldı. En yaygın istismar türü cinsel (% 42,8), ardından fiziksel (% 27,6) ve psikolojik ya da duygusal istismar (% 19,9) olduğu ortaya çıkmıştır (WHO, 2017). 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü katlıları ile yapılan Şiddet Önleme Küresel Durum Rapor'una göre Kenya, Tanzanya, Svaziland ve Zimbabve'de çocuklarda cinsel şiddetin cinsiyete göre yaygınlığına bakılmıştır. Kenya' da %32 oranında kız çocuğu, %18 oranında ise erkek çocuğunun cinsel istismara uğradığı bulunmuştur. Bildirilen fiziksel istismarın çocuklukta yaygınlığı Kenya'da %53 ile %76 arasında, Tanzanya Cumhuriyeti ve Zimbabve'de biraz daha yüksek oranlar ile erkeklerin kızlara göre daha fazla fiziksel istismar yaşadığı, Svaziland'da ise kız çocuklarının %22' sinin fiziksel istismara uğradığı ortaya konmuştur (WHO, UNODS, UNDP, 2014). Avrupa' da her yıl 15 yaş altı en az 850 çocuk kötü muamele nedeniyle ölmektedir. 18 yaş altı 18 milyon çocuk cinsel istismara, 44 milyon çocuk fiziksel istismara, 55 milyon çocuk ise zihinsel istismar olduğu belirtilmiştir (WHO, 2013). Latin Amerika ve Karayip' lerde çocuklara karşı olan şiddet her yıl %58 oranında çocuk fiziksel, cinsel ve duygusal şiddete maruz kaldığını ortaya koymuştur. Kenya'da 18 yaşından küçük olmak üzere % 32 kız, %18 erkek olmak üzere cinsel şiddet ve %66 kız, %73 erkek olmak üzere psikolojik şiddete maruz kaldığı öne sürülmektedir (Guedes, 2016). 2015 yılında ABD' de 1670 çocuk ihmal ve istismardan öldü. Yılda yaklaşık 700.000 çocuk taciz edilmiştir. Kaliforniya' da 2017 yılında 11,709 çocuktan 7,429' u cinsel, 2,345' i fiziksel istismara ve 339' u ihmale uğramıştır. New York' da ise 2017 yılında 21,477 çocuktan, 13,504' ü cinsel istismara, 6,366' sı fiziksel istismara ve 2,130' u ihmale uğramıştır (NCA, 2015), (NCA, 2017), (NCA, 2017). Kanada'da yapılan bir çalışma da %26' sı çocuklukta fiziksel istismar ve %8' i ise cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir. Erkeklerin fiziksel istismar maruz kalması kadınlardan

daha sık olduğu bildirilmiştir. (%31' e karşılık %22). Çocukluk çağı fiziksel ve / veya cinsel şiddete maruz kalan tüm mağdurların % 16' sı her iki istismara maruz kaldıklarını bildirdi. Çocukluk döneminde kadın kurbanların iki tür şiddete de maruz kalmaları erkeklere oranla üç kat daha fazladır (Kadın mağdurların% 24' ü erkek mağdurların% 8' i ile karşılaştırıldığında) (Burczycka & Conroy, 2017). Sri Lanka' da yapılan bir araştırma %62 oranında çocuk istismarı ortaya çıkmıştır (Sathiadas, Viswalingam, & Vijayaratham, 2018). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu' ndan elde edilen verilerine göre 30 ülkeden 15-49 yaş arası en az 200 milyon kız ve kadın genital sünnet uygulamasına tabi tutulmuştur. Bu 200 milyonun yarısından fazlası Mısır, Etiyopya ve Endonezya' da ülkesinde yaşadığı ortaya çıkmıştır. Genital sünnet, Cibuti, Gine ve Somali'de neredeyse evrenseldir; kadınların ve kızların %90' ından fazlası, bir tür genital susturma veya kesilme biçimine maruz kalmaktadır (Selim, 2019).

Türkiye'deki verilere baktığımız da 2010' da 7-18 yaş diliminde olan çocukların %56' sı fiziksel, %49' u duygusal, %10' u cinsel ve %25' i ise ihmale maruz kaldığını bulunmuştur (Oral, Engin, & Büyükyazıcı, 2010). Türkiye'de 27 ilde toplam sayısı 30 olan Çocuk İzlem Merkezine Ocak 2011–Mayıs 2016 yılları arasında 21.068 başvuru yapılmıştır(TUİK, 2014; Polat, 2018). Ancak bu oran ihmal ve istismar vakalarının gerçek boyutunu yansıtmamaktadır. Resmi verilere göre 2014 yılındaki çocuk mağdur sayısı 74.064 iken 2016 yılında 83.552 oranına yükselmiştir (TUİK, 2014; Polat, 2018). Zoroğlu ve ark. (2001)' nin yapmış olduğu araştırmaya göre en sık bildirilenin ihmalin ruhsal travma (%16.5) olduğu ve diğer istismar türleri ise duygusal istismar (%15.9), fiziksel istismar (%13.5), cinsel istismar (%10.7) olduğu belirlenmiştir (Zoroğlu, et al., 2001). 2002'de yapılan diğer bir araştırma verilerine göre %87.4 annenin çocuklarına en az bir kez fiziksel istismar veya ihmal muamelesi ve %93' ü ise çocuklarına duygusal istismar veya ihmal davranışında bulundukları belirlenmiştir (Güler, Uzun, Boztaş, & Aydoğan, 2002). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesin de %39,5 ihmal vakası, %29,8 fiziksel, %21,4 psikolojik ve %9,3' ü cinsel istismara uğradığı belirtilmiştir (Tıraş, Dilli, Dallar, & Oral, 2009). Keser ve ark. (2010)' nin araştırmasına göre %39' u anne ve babası tarafından ihmale maruz kaldığı, %17' si istismara maruz kaldığını ve % 18' i ise anne ve baba dışında başkaları tarafından istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (Keser, Odabaşı, & Elifbüyük, 2010). Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi' nin 2012 yılındaki araştırmasına göre %24,7 fiziksel, %49,4 cinsel , %11,2 duygusal ve %14,6 ihmal vakası belirtilmiştir (Koç, et al., 2012). Karabulutlu (2015)' nun çalışmasında öğrencilerin %18,2' si fiziksel, %24,5' i duygusal ve %2,7' si cinsel istismara uğradığı bulunmuştur. Ankara'da 2015 yılın da yapılan araştırmada süresi boyunca %20' si çocuk ihmali ve istismarı vakası ile karşılaştığını ve bunlardan %36,4' ü fiziksel, %16,4' ü duygusal , %16,4' ü cinsel, %5,5' i ekonomik ve %5,5' i internette istismar ile karşılaştığını bulunmuştur (Yılmaz, 2015).

KKTC’de ihmal ve istismar ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Çocuk istismarının yaygınlığı üzerine ikinci sınıf lise öğrencileri ile yapılan araştırmada %22,2’sinin fiziksel istismara, %20,1’inin psikolojik istismar davranışlarına maruz kaldığı saptanmıştır (Çakıcı, 2002). Kuzey Kıbrıs’ta Çocukların Konumu ve Çocuk Hakları Araştırması (2009) verilerine göre çocukların %17’si zaman zaman düzenli olarak besin alamadığı, %8,2’si okul hayatında fiziksel şiddete maruz kaldığı ve %7,9’u sokakta sık sık fiziksel istismara uğradığı belirtilmiştir. Aynı araştırmada ebeveynlerin yaklaşık %11’i hafif fiziksel şiddetin sık sık veya ara sıra olmasını uygun bulurken, ebeveynlerin %68’i çocuğa fiziksel şiddeti hiç bir koşulda kabul etmemektedir (KADEM, 2009).

Çocuklara kötü muamele, yaşam boyu ciddi sonuçları olan küresel bir sorundur. Birkaç düşük ve orta gelirli ülkede yapılan son ulusal anketlere rağmen, birçok ülkeden gelen veriler hala eksiktir (Who, 2016).

2.1.5. Çocuk İhmali Ve İstismarının Önlenmesi

İhmal ve istismar davranışlarının önlenmesinde kişisel, ailesel, toplumsal ve kültürel değerleri dikkate alan çok yönlü önlemler alınması önerilir. İstismar ve ihmal önlemek için geliştirilen programların sağlık profesyonelleri, ebeveynler ya da ailelerin katılımı ile gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Can & Yılmaz, 2016).

Çocuklara kötü muameleyi önlemek, çok sektörlü bir yaklaşım gerektirir. Etkili programlar, ebeveynleri destekleyen ve pozitif ebeveynlik becerilerini öğreten programlardır. Bunlar şunları içerir:

- Destek, eğitim ve bilgi sağlamak için hemşirelerin ebeveynlerine ve çocuklarına evlerinde ziyaretleri,
- Çocuk yetiştirme becerilerini geliştirmek, çocuk gelişimi bilgisini artırmak ve olumlu çocuk yönetimi stratejilerini teşvik etmek için genellikle gruplar halinde verilen ebeveyn eğitimi,
- Tipik olarak ebeveynlerin desteğini ve eğitimini, okul öncesi eğitimi ve çocuk bakımını içeren çok bileşenli müdahalelerden oluşmaktadır (Who, 2016).

Önleme ve bakımın etkilerini en üst düzeye çıkarmak için, DSÖ’ ü, müdahalelerin dört aşamalı bir halk sağlığı yaklaşımının bir parçası olarak iletilmesini önermektedir. Bunlar;

- Problemin tanımlanması;
- Nedenleri ve risk faktörlerini belirlemek;
- Risk faktörlerini en aza indirmeye yönelik müdahalelerin tasarlanması ve test edilmesi;
- Müdahalelerin etkinliği hakkında bilgi yaymak ve kanıtlanmış etkili müdahaleler ölçeğini artırmak (Who, 2016).

Ülkemizde çocuk istismarıyla mücadele eden kamu kurum ve kuruluşları olmak üzere sivil toplum örgütü şeklinde örgütlenen kamu yararına çalışan derneklerde bulunmaktadır. Bu kurum ve kuruluşlar; (Tansel, 2017).

1. Çocuk Destek Merkezleri (ÇDM)
2. Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezleri (BSRM) ile Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri (KBRM)
3. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)
4. Çocuk İzlem Merkezleri (ÇZM)
5. Çocuk Polisi
6. Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ÇİİÖDER).

Can ve Yılmaz, 2016' da çocuk ihmali ve istismarının önlenmesini üç aşamada incelemiştir. Bunlar;

1. Birincil Önleme
2. İkincil Önleme
3. Üçüncül Önleme

2.1.5.1. Birincil Önleme

Birincil önleme, şiddet vakaları görülmeden önce gerçekleştirilen çalışmaları içerir. Birincil koruma riskli kişilerin ve grupların bulunması, sağlık bakımı ile ilgili, kişiyi doğum öncesinde ve sonrasında izlemek, aile planlaması, ebeveynlere çocuk bakımı ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesi gibi sağlık hizmetlerinden ekstra olarak okul öncesi ve anaokulu gibi ailelere dayanak sağlanabilecek sosyal kuruluşların artırılması, yoksulluk ve işsizlik ile savaşmak gibi birçok konuyu içine alır (Turhan, Sangün, & İnandı, 2006). Birincil önleme de, ihmal ve istismar henüz ortaya çıkmadan tüm toplumda risklerin azaltılması, koruyucu faktörlerin artırılması ve toplumun iyiliğini hedefler. Anne ve çocuk bağlanmasını ve iletişimi destekleyecek, ebeveynlerin başa çıkma becerilerini artıracak programlar ve gebelik izlemi gibi uygulamalar, bütün ebeveynler için sağlandığında toplumda ihmal ve istismar riski düşeceği belirtilmiştir. Türkiye'de AÇEV'in '7 Çok Geç' kampanyası, çocukların yanında sigara içilmemesi ve çocuklara yönelik kötü muamelenin azaltılması konusundaki bilgilendirme filmlerinin yayınlanması birincil önlemeye örnektir (Can & Yılmaz, 2016).

Çocukların cinsel istismarı önleyen programlar genellikle okullarda verilir. Bu eğitimler şunlardır;

- Vücut mülkiyeti
- İyi ve kötü dokunuş arasındaki fark
- Kötü niyetli durumların nasıl tanınacağı
- "hayır" nasıl söylenir
- Kötüye kullanımı nasıl güvenilir bir yetişkine bildiririm.

Bu tür programlar çocuk cinsel istismarına karşı koruyucu faktörlerin güçlendirilmesinde etkilidir (örneğin cinsel istismar ve koruyucu davranışlar bilgisi gibi), Bu tür müdahaleler çocuk hayatında ne kadar erken gerçekleşirse, çocuğun yararı (örneğin bilişsel gelişim, davranışsal ve sosyal yetkinlik, eğitimsel kazanım) ve topluma (örneğin, suçluluğun azaltılması ve suç) yararları o kadar artar (Who, 2016).

2.1.5.2. İkincil Önleme

İkincil önlemede erken tanı için sağlık çalışanlarının eğitimi ve konuya duyarlılığı sağlanmalıdır. Rastgele bir sebeple sağlık kuruluşuna gelen çocuk, istismar belirtileri bakımından da değerlendirilmelidir (Turhan, Sangün, & İnandı, 2006). İkincil önleme programları, yüksek riskteki grupları tanımaya ve risk düşürmeye yöneliktir. Ebeveynlerin istismara eğilimlerinin tanımlanması, ailenin etkilenmesine ve sosyal izolasyonuna sebep olabilir. Bu nedenle risk grupları belirlenip programlar uygulanırken bu konuya dikkat edilmesi önemlidir. Yoksul, düşük eğitilmiş ve ilk çocuğuna sahip olan ebeveynleri risk grubu olarak tanımlayarak önleme çalışması yapıldığında ikincil önleme yapılmış olur (Can & Yılmaz, 2016).

2.1.5.3. Üçüncül Önleme

Üçüncül önlemede ise istismar gerçekleştikten sonra kötü sonucun azaltılabilmesi için tekrarlanmasının önüne geçilmesi, tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesi gerekir (Turhan, Sangün, & İnandı, 2006). Üçüncül önleme, olaydan sonraki girişimleri temsil eder. Çocuk ihmal ve istismarı vakasında, istismarın rapor edilmesini, kurbanın değerlendirme ve teşhisini içerir. Tedaviden biraz farklıdır. Tedavide çocukta oluşan sorunları ortadan kaldırmak hedeflenirken, önlemede ihmal ve istismarın tekrarlanmaması hedeflenir. Üçüncül önleminin gerçekleşmesi için, öncelikle istismar ve ihmal tanınmalı ve raporlanmış olmalıdır. Üçüncül önleme kapsamında, hastahane tabanlı eğitim programları ile tüm sağlık profesyonellerinin bütün istismar tiplerini teşhis edebilme yeterliliğinin kazanması sağlanır. Çocuk istismarı ve ihmal vakalarına hangi yönden yaklaşılabileceği ve nasıl değerlendirileceği konusunda sağlık personeli ve sosyal çalışmacılar bilgilendirilmelidir (Can & Yılmaz, 2016).

2.1.6. Çocuk İhmali ve İstismarında Hemşirelerin Önemi

Çocuklara yönelik kötü muamele sonuçları, yaşam boyu bozulmuş fiziksel ve zihinsel sağlığı içerir ve sosyal ve mesleki sonuçlar sonuçta bir ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimini yavaşlatabilir. Çocuğa kötü muameleyi başlamadan önce önlemek mümkündür ve çok sektörlü bir yaklaşım gerektirir. Etkili önleme programları ebeveynleri destekler ve pozitif ebeveynlik becerilerini öğretir. Çocuklara ve ailelere devam eden bakım, tekrar eden kötü muamele riskini azaltabilir ve sonuçlarını en aza indirebilir. (Who, 2016). Bu sebep ile çocuklar ile yakın olma fırsatı yakalayan sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarı olguları ile karşılaşma şanslarının ve ortamlarının yüksek olması nedeni ile çocuk ihmali ve istismarı vakalarının belirti ve risklerini erken saptayabilme bu konuda etkin bilgi ve uygulamaya sahip olması, iletişim tekniklerini iyi kullanması toplumu bu konuda bilinçlendirebilir.

Çocuk ihmali ve istismarı konusu ile ilgili yapılan araştırmalar hemşirelerin mezuniyet öncesi (eğitimi sırasında) veya sonrası (hizmet öncesi) çocuk ihmali ve istismarı konusu ile ilgili bilgi almadıklarını yansıtmaktadır (Arıkan ve ark. 2000; Feng ve ark. 2003; Karabulutlu, 2015; Kostak ve Vatansever, 2015; Bilgiç, 2015; Metinyurt ve Sarı, 2016; Kurt ve Gün, 2017; Başdaş ve Bozdağ, 2018). Kabakoğlu, (2018)' nin araştırmasına göre katılımcıların %75,5' i çocuk ihmali ve istismarını tanıma konusunda kısmen yeterli bulduğu bulunmuştur. Külcü ve Karataş, (2016)' ın araştırmasında çocuk ihmali ve istismarını tanıma konusunda hemşirelerin %47,3' ü kendini yetersiz gördüğü ve %87,5' i ise bu konuda gereğinden fazla bilgilenme ihtiyacı duyduğu belirlenmiştir. Seferoğlu ve ark. (2019)' nin araştırmasına göre hemşirelik öğrencilerinin %59,9' u çocuk ihmali ve istismarı ile gelen çocuğa nasıl yaklaşması gerektiğini bilmediği ve %82' sinin bu konuda eğitim almak istediği bulunmuştur. Konu ile yapılan diğer araştırmalarda hemşirelerin büyük çoğunluğunun çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu yansıtılmaktadır (Kocaer & Kuşuoğlu, 2006; Kurt & Gün, 2017; Türker, 2017).

Hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumunda yetkili kurum ve kuruluşlara veya adli bildirimde bulunmakla yükümlü rollere sahiptirler. Kocaer, (2006), Gölge ve ark. (2012), Kurt ve Gün, (2017) ve Sathiadas ve ark. (2018),' nin araştırmalarında hemşirelerin büyük çoğunluğunun çocuk ihmali ve istismarı vakası ile karşılaştıklarında bildirimde bulunacağı belirlenmiş olup, Gölge ve ark.' nin araştırmasında %54, 3' ü çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşı karşıya kaldığında nasıl bir yol izlemeleri gerektiğini bilmedikleri ortaya konmuştur (Gölge, Hamzaoglu, & Türk, 2012). Burç ve Tüfekci, (2015)' nin araştırmasında katılımcıların çocuk ihmali ve istismarı ile karşılaştığında %54,1' inin ilk yapacağı emniyet çocuk şube birimine haber vermek, bunu sırası ile % 49, 2' si hastahane polisine, %39,3' ü Aile ve Sosyal Politilar Bakanlığına, ve %36,1' i savcılığa haber vereceğini belirtmişlerdir. Yılmaz, (2015) araştırmasında ise %47,2' sinin polise, %23,6' sının ilgili birimlere ve %9,9' u da tutnak tutma olarak bulunmuştur. Diğer araştırma bulgularında çocuk ihmali

ve istismarı ile karşılaşan hemşirelerin % 8,9' u hiçbir şey yapmadığı, %12,5' i polise bildirdiği, % 8' i aileyi uyardığı, %1,8' i psikolojik destek sağladığı, % 1,8' i bu durumu doktor ile paylaştığı, %0,9' u hasta haklarına bildirdiği belirlenmiştir (Külcü & Karataş, 2016).

Sağlık çalışanları bazen şüphe duydukları çocuk ihmali ve istismarı vakalarını bildirim yapmaktan çekinmektedirler. Bildirim yapmama nedeni özel hayatına ve ebeveyn ve çocuk arasındaki ilişkiye karışmak istemezler, hakkında bildirimde bulunulan çocuklar için yapılması beklenen yardımın yapılmaması ve çocuğun bu nedenle daha fazla zarar göreceği nedeniyle ve kimi zaman da çocuk ihmali ve istismarını gösteren yeterli bilgi ve ıspatlayacak kanıtlarının olmamasıdır (Özcebe, 2009; Dikmen ve ark. 2011).

Türkiye' nin sağlık kurumlarında ihmali ve istismarı olgularının anlaşılmasına neden olan en önemli sebepler, ihmal ve istismarı ve bunların bildirimi ile ilgili işlemleri tanımlayan talimat ve prosedürlerin olmaması veya doğru işlememesidir (Özcebe, 2009; Dikmen ve ark. 2011).

Çocuk ihmali ve istismarı gün geçtikçe önem kazanan erken tanı ve tedavi gerektiren, üzerinde durulması gereken önemli bir çocuk sağlığı sorunudur. Bu nedenle özellikle sağlık profesyonellerinin ve özellikle hemşirelerin bu tür vakaları erken tanınması, tedavisi, risk gruplarını belirlemesi açısından eğitim almış olması beklenmektedir.

2.1.7. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yasal Boyutu

2.1.7.1. Çocuk Hakları Sözleşmesi

Çocuk haklarının korunması, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde öncelikli bir problemdir. İnsan hakları hukukunun bir parçası olan yetişkin haklarıyla çelişkili olmayan haklardır (Uğurlu & Gülsen, 2014). Çocuğun hem zihinsel hem de bedensel açıdan tam erişkinliğe ulaşmamış olması sebebiyle özel koruma gereksiniminin bulunduğunu hatırla tutarak hazırlanan 20 Kasım 1989’ da Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS) Birleşmiş Milletler tarafından onaylanmıştır. ÇHS, çocukların korunmasına yönelik evrensel ilkelerin belirlenmesi, onların her çeşit çocuk ihmal, istismarı ve kötü muameleye karşı korunması nedeniyle hazırlanan ve tarihte en geniş kabul gören insan hakları belgesi niteliğindedir (Polat & Reva, 2019).

Çocuk Hakları Sözleşmesinin temel felsefesi yapılacak her türlü eylemde çocuğun yüksek yararının gözetilmesidir. Burada çocuğa bakmakla yükümlü olanlar ile hem genel yönetimler hem de yerel yönetimler kastedilmektedir. İmza atmış olan taraf devletler her zaman çocuklar için yapılması gerekenleri yapmakla yükümlüdürler (Polat & Reva, 2019).

ÇHS (20 Kasım 1989) çocuk hakları yaşamsal haklar, gelişme hakları, korunma hakları ve katılma hakları biçiminde sınıflandırılmaktadır:

1. Yaşamsal Haklar: Çocuğun yaşama ve uygun yaşam standartlarına sahip olma, tıbbi bakım, beslenme, barınma gibi temel gereksinimlerinin karşılanmasını öngören haklardır.

2. Gelişme Hakları: Çocuğun kendini en üst düzeyde gerçekleştirebilmesi için gerekli olan eğitim hakkı, oyun ve dinlenme hakkı, bilgi edinme hakkı, din vicdan ve düşünce özgürlüğü haklarıdır.

3. Korunma Hakları: Çocuğun her türlü ihmal, istismar ve sömürüye karşı korunmasını sağlayan haklardır. Bunlar yargı sisteminde, silahlı çatışmada, çocuk işçiliği, fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, ilaç bağımlılığı ve mülteci çocuklar için özel bakıma ilişkin konularda çocukların korunmasını sağlayan haklardır.

4. Katılma Hakları: Çocuğun ailede ve toplumda aktif bir rol kazanmasını sağlamaya yönelik haklardır. Bu haklar, görüşlerini açıklama ve kendisini ilgilendiren konularda karara katılma, dernek kurma ve barış içinde toplanma haklarıdır (Uğurlu & Gülsen, 2014).

Çocuk Hakları Sözleşmesi dört kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım 1-41. maddeler arasında oluşur ve Çocuk Hakları Sözleşmesinin çerçevesini çizer. İkinci kısım 42-45. maddeler arasında sözleşmenin çocuğun temel hakları tarif edilir ve üçüncü kısımda ise 46-54. maddeler arasında sözleşmenin yürürlüğe nasıl girdiği ile ilgili düzenlemeler tarif edilir (Ulukol & Köseli, 2013).

Çocuk Hakları Sözleşmesinin 19. maddesinde ‘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 ihmalkâr muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar. Bu tür koruyucu önlemler; burada tanımlanmış olan çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca 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.’ ile çocukları şiddet, yaralanma, istismar, ihmal, kötü muamele veya sömürüden korunmayı amaçlamışlardır (Unicef, 2018).

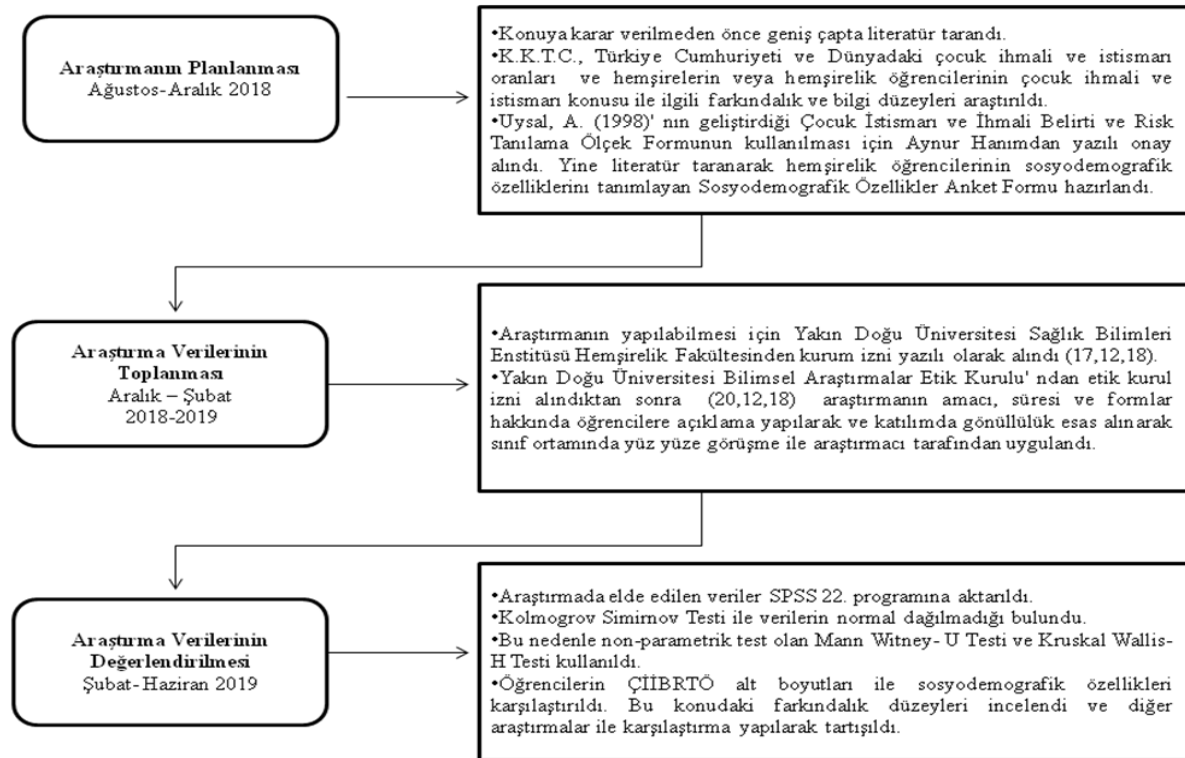
3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Tasarımı

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Lefkoşa ilçesinde yer alan Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde yapılmıştır. 2018 yılı şubat ayında Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından onaylanarak Hemşirelik Fakültesi olarak Sağlık Bilimleri Fakültesinden ayrılmıştır. Hemşirelik Fakültesinde Türkçe eğitim yapılan bölümde 785 kayıtlı öğrenci öğrenim görmektedir. Hemşirelik fakültesi 4 yıllık lisans eğitimi vermekte olup, aynı zamanda yüksek lisans ve doktora programları da verilmektedir. Hemşirelik lisans programından mezun olabilmek için, ilgili derslerin tamamının alınması, genel akademik ortalamasının en az 2.00 olması ve 4 yıllık lisans eğitiminde en az 240 AKTS kredisini tamamlanmış olması gerekmektedir. Araştırma verileri Aralık 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.



3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerinden oluşmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeyip tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan 520 öğrenciye ulaşılmıştır.

3.4. Araştırma Sınırlılıkları

- 2018-2019 öğretim yılında hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrenciler.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamak için öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik Sosyodemografik Özellikler Anket Formu (Ek 1) ve Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek (ÇİİBRTÖ) (Ek 2) Formu kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyo-Demografik Özellikler Anket Formu

Sosyo-demografik özellikler anket formu, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Veri toplama aracı sınıf ortamında yüzyüze görüşme ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Sosyo-demografik verilere ilişkin yaş, cinsiyet, medeni durum, doğduğu yer, gelir durumu, kaçınıcı sınıfta olduğu, çocuk sahibi olma durumu, ihmal ve istismara ilişkin eğitim ve öğrenim hayatınızda çocuk ihmal ve istismarı konusunda bilgi aldınız mı, çocuk ihmal ve istismarı konusunda herhangi bir seminer/kongreye(konferans) katıldınız mı, eğitim ve öğrenim hayatınızda herhangi bir çocuk ihmal veya istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı, çocuk ihmal ve istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınız da bildirim yapar mısınız, çocuk ihmal ve istismarı konusunda daha fazla bilgilenme ihtiyacı duyuyor musunuz, çocuk hakları hakkında bilginiz var mı, siz çocuk ihmal ve istismarı konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz? gibi sorulardan oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Formu

Hemşirelik Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusundaki farkındalık düzeylerini belirlenmesi için Uysal, A. (1998)' in oluşturup, geliştirdiği 'Çocuk İstismarı ve İhmali Belirti ve Risklerini Tanılamasına Yönelik Ölçek' formu kullanılmıştır.

- İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde)
- Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler (15 madde)
- İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri (7 madde)
- İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde)
- İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde)

• Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili toplam 67 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Her madde için “çok doğru”, “oldukça doğru”, “kararsızım”, “pek doğru değil”, “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri mevcuttur. Çocuk ihmali ve istismarının belirti ve risklerini tanılamada sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin saptanmasına 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, 67 numaralı sorulara “çok doğru” yanıtını verene 5 puan, “oldukça doğru” yanıtını verene 4 puan, “kararsızım” yanıtını verene 3 puan, “pek doğru değil” yanıtını verene 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtını verene ise 1 puan verildi. Olumsuz (negatif) yönde düzenlenen 3, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 27, 28, 30, 32, 34, 41, 42, 49, 52, 54, 56, 59, 61, 63 numaralı sorulara verilen cevaplarda “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 değerlendirilip ve puan ortalaması bulundu. Puan ortalamasının 5’e yakın olması soruları doğru yanıtladıklarını, 3’den uzak olması yanlış yanıt verdiklerini göstermektedir. Ölçek formunun tüm maddelerini doğru yanıtlayan katılımcının 335 tam puan alması beklenmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe farkındalık düzeyleri artmaktadır. ÇİİBRTÖ değerlendirmesine ait 67 sorunun Cronbach’s Alpha katsayısı 0,92 olarak belirtilmiştir (Uysal, 1998). Bu araştırma da ise ÇİİBRTÖ değerlendirmesine ait 67 sorunun Cronbach’ s Alpha katsayısı 0,848 olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

3.6.1. Normallilik Testi

Normallik Testi	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	p	İstatistik	df	p
	,058	520	0,000	,985	520	0,000

Araştırma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği konusunda teste tabi tutulmuştur, grup büyüklüğü 50'den büyük olmasından dolayı Kolmogorov-Smirnov testi puanları dikkate alınarak yargıya varılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre p değerinin 0.05'den küçük olmasından dolayı verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Bu yüzden uygulanan testlerde parametrik olmayan testlerdir(Büyüköztürk, 2015). Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22. paket programında bilgisayara aktarılıp, elde edilen veriler yüzdelik dağılımlar, ortalama, iki bağımsız değişkeni karşılaştırmak için Mann Witney-U Testi, iki veya daha fazla bağımsız değişkeni karşılaştırmak için ise Kruskal Wallis-H Testi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmanın yapılabilmesi için Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden 17.12.2018 tarihinde kurum izni yazılı olarak alınmıştır (Ek-5).
- Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan 20.12.2018 tarihinde etik kurul izni onayı alınmıştır (Ek-4).
- Araştırmanın anket formları Ocak - Şubat 2019 tarihleri arasında öğrencilere uygulanmıştır.
- Araştırmanın amacı, araştırma süresi ve form ile ilgili öğrencilere açıklama yapılarak ve katılımda gönüllük esası olduğu belirtilerek onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerine yönelik yapılan tanımlayıcı olan bu araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklarda verilmiştir;

Tablo 4.1.1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayısı (n)	%
Cinsiyet		
Kadın	302	58,1
Erkek	218	41,9
Yaş		
18-20	195	37,5
21-23	279	53,7
24 ve Üzeri	46	8,8
Doğum Yeri		
İl	204	39,3
İlçe	244	46,9
Köy	72	13,8
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	128	24,6
Gelir Gidere Denk	326	62,7
Gelir Giderden Fazla	66	12,7
Sınıf		
1.Sınıf	96	18,5
2.Sınıf	138	26,5
3.Sınıf	132	25,4
4.Sınıf	154	29,6

*Frekans sayısı ve yüzdelik dağılım yapılmıştır.

Tablo 4.1.1’ de hemşirelik fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin %58,1 (n=302) kadın, %53,7’ si (n=279) 21-23 yaş arasında, %46,9’ unun (n=244) doğum yerinin ilçe olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin %62,7’ sinin (n=326) gelir düzeyi, gelir gidere denk ve %29,6’ sı (n=154) ise 4. sınıf öğrencilerden oluştuğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarına İlişkin Bazı Değişkenlerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayısı (n)	%
Eğitim ve öğrenim hayatınızda çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alma durumu		
Var	324	62,3
Yok	196	37,7
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir seminer/kongreye(konferans) katılma durumu		
Katıldım	186	35,8
Katılmadım	334	64,2
Çocuk ihmali ve istismarı konusunda daha fazla bilgilene ihtiyacı duyma		
Evet	387	74,4
Hayır	133	25,6
Çocuk istismarı ve ihmali konusunda kendini Yeterli Görme durumu		
Çok yeterli	56	10,8
Yeterli	185	35,6
Kısmen Yeterli	218	41,9
Yeterli Değil	54	10,4
Hiç Yeterli Değil	7	1,3
Çocuk Hakları hakkında bilgi durumu		
Var	368	70,8
Yok	152	29,2
Herhangi bir çocuk ihmali veya istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşma durumu		
Karşılaştım	159	30,6
Karşılaşmadım	361	69,4
Çocuk ihmali ve istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınız da bildirim yapma durumu		
Yaparım	432	83,1
Yapmam	88	16,9

*Frekans sayısı ve yüzdelik dağılım yapılmıştır.

Tablo 4.1.2’ de hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim etkinliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin %62,3’ ünün (n=324) eğitim ve öğrenim hayatında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi aldığı, %64,2’ sinin (n=334) çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir seminer veya kongreye (konferans) katılmadığı belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin %74,4’ ünün (n=387) çocuk ihmali ve istismarı konusunda daha fazla bilgilendirme ihtiyacı olduğu, %41,9’ unun (n=218) çocuk ihmali ve istismarı konusunda kendisini kısmen yeterli olduğunu ve %70,8’ inin (n=368) çocuk hakları hakkında bilgisinin olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerin %69,4’ ü (n=361) herhangi bir çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşmadıkları, %83,1’ ü (n=432) ise çocuk ihmali ve istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacakları belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Öğrencilerin ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması

	Ortalama	Ss	Orta Değer	Min	Max
İhmal ve istismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	67,54	7,88	67	46	89
İhmal ve istismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	52,74	6,53	52	33	71
İhmal Belirtileri	26,25	4,12	26	13	35
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	41,97	4,58	41	26	61
İhmal ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri	14,48	2,00	15	9	23
Çocuk İhmali ve İstismarında Aile Yapısı ile İlgili Bilgiler	27,51	4,30	27,5	16	40
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	231,6	21,49	230,0	167,0	305,0

*Ortalama bakılmıştır.

Tablo 4.1.3’ de hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin ÇİİBRTÖ alt boyutları puan ortalaması yer almaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin ‘İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri’ alt boyut puan ortalaması 67,54±7,88, ‘İhmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri’ alt boyut puan ortalaması 52,74±6,53, ‘İhmal belirtileri’ alt boyutu puan ortalaması 26,25±4,12, ‘İhmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri’ alt boyutu puan ortalaması 41,97±4,58, ‘İhmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri alt boyut puan ortalaması 14,48±2,00ve ‘ Çocuk ihmal ve istismarda aile yapısı ile ilgili bilgiler’ alt boyutunun puan ortalaması ise 27,51±4,30 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin toplam alt ölçek puan ortalaması 231,6±21,49’ dur.

Tablo 4.1.4. Öğrencilerin Cinsiyete Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması

	Kadın (n=302)	Erkek (n=218)	U	p
	Ort.+Ss	Ort.+Ss		
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Etkileri	3,63±0,41	3,44±0,41	-4,671	0,00*
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,57±0,44	3,51±0,43	-3,714	0,00*
İhmal Belirtileri	3,84±0,59	3,75±0,58	-4,381	0,00*
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,27±0,37	3,22±0,35	-3,637	0,00*
İhmal ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri	2,91±0,41	2,89±0,40	-0,988	0,32
Çocuk İhmali ve İstismarında Aile Yapısı ile İlgili Bilgiler	3,51±0,57	3,43±0,53	-3,178	0,001*
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	3,50±0,33	3,35±0,27	24163	0,00*

*Mann Witney-U Testi

Tablo 4.1.4’ de öğrencilerin cinsiyete göre ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması yer almaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin cinsiyete göre ÇİİBRTÖ’ in ‘İhmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri’ alt boyutu haricinde diğer alt boyutlara göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması kadın öğrencilerin (3,50±0,33), erkek öğrencilere (3,35±0,27) göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,00, p<0,05).

Tablo 4.1.5. Öğrencilerin Yaşa Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması

	18-20 Yaş (n=195)	21-23 Yaş (n=279)	24 yaş ve üzeri (n=46)	X ²	p
	Ort.+Ss	Ort.+Ss	Ort.+Ss		
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Etkileri	3,50±0,36	3,59±0,44	3,53±0,42	4,63	0,098
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,45±0,37	3,56±0,46	3,49±0,46	5,38	0,069
İhmal Belirtileri	3,74±0,58	3,76±0,58	3,69±0,62	0,604	0,739
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,19±0,34	3,24±0,35	3,27±0,39	4,00	0,135
İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri	2,86±0,37	2,91±0,42	2,90±0,30	0,981	0,612
Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı ile İlgili Bilgiler	3,36±0,47	3,48±0,56	3,45±0,55	4,77	0,092
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	3,39±0,27	3,47±0,34	3,43±0,34	4,81	0,090

*Kruskal Wallis- H Testi

Tablo 4.1.5’ de hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin yaşa göre ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalamasının dağılımı yer almaktadır. 21-23 yaş arası grubunda olan öğrencilerin ÇİİBRTÖ alt boyutu toplam ölçek puan ortalaması, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek ($3,47 \pm 0,34$) olmasına rağmen, yaş değişkeni ile ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması arasında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0,090$, $p>0,05$).

Tablo 4.1.6. Öğrencilerin Sınıfa Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması

	1.Sınıf (n=96)	2.Sınıf (n=138)	3.Sınıf (n=132)	4.Sınıf (n=154)	X ²	p
	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss	Ort.±Ss		
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Etkileri	3,53±0,39	3,47±0,36	3,54±0,43	3,55±0,41	12,98	0,005*
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,47±0,35	3,44±0,38	3,50±0,43	3,51±0,43	11,2	0,011*
İhmal Belirtileri	3,69±0,60	3,73±0,59	3,78±0,57	3,75±0,58	1,12	0,774
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,13±0,33	3,19±0,30	3,24±0,35	3,22±0,35	13,93	0,003*
İhmal ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri	2,84±0,33	2,87±0,39	2,87±0,38	2,89±0,40	7,62	0,054
Çocuk İhmali ve İstismarında Aile Yapısı ile İlgili Bilgiler	3,33±0,51	3,38±0,40	3,47±0,57	3,43±0,53	7,367	0,061
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	3,38±0,27	3,38±0,25	3,44±0,33	3,52±0,36	13,072	0,004*

*Kruskal Wallis- H Testi

Tablo 4.1.6’ de hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sınıfa göre ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması yer almaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin ‘İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri’ alt boyutunda ($p=0,005$, $P<0,05$), ‘İhmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri’ alt boyutunda ($p=0,011$, $p<0,05$) ve ‘İhmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri’ alt boyutunda ($p=0,003$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. 4. sınıf öğrencilerin ÇİİBRTÖ alt boyut toplam puan ortalaması diğer sınıflara göre daha yüksek ($3,52 \pm 0,36$) olup, öğrencilerin sınıfları ile ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması arasında farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,004$, $p<0,05$). Post-Hoc ileri analizinde bu anlamlılığın ‘İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri’ alt boyutu ve ‘İhmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri’ boyutunda 4. ve 2. sınıf arasında puan ortalamaları farkından kaynaklandığı ortaya çıkmıştır. ‘İhmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri’ alt boyutunda ise 4. ve 1. sınıf arasında puan ortalamaları farkından kaynaklandığı bulunmuştur.

Tablo 4.1.7. Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Bilgi Alma Durumuna Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması

	Evet (n=324)	Hayır (n=196)	U	p
	Ort.+Ss	Ort.+Ss		
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Etkileri	3,58±0,42	3,51±0,39	-1,959	0,05*
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,56±0,44	3,43±0,40	-3,023	0,003*
İhmal Belirtileri	3,76±0,56	3,72±0,62	-0,698	0,485
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,24±0,35	3,19±0,34	-1,770	0,077
İhmal ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri	2,90±0,40	2,88±0,39	-0,200	0,842
Çocuk İhmali ve İstismarında Aile Yapısı ile İlgili Bilgiler	3,49±0,52	3,34±0,54	-3,026	0,002*
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	3,47±0,32	3,38±0,30	27252,0	0,007*

*Mann Witney-U Testi

Tablo 4.1.7’ da hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alma durumuna göre ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması dağılımları yer almaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alma durumuna göre ÇİİBRTÖ’ in ‘İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel etkileri’ ($p=0,05$, $p<0,05$), ‘İhmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri’ ($p=0,003$, $p<0,05$) ve ‘Çocuk ihmali ve istismarında aile yapısı ile ilgili bilgiler’ ($p=0,002$, $p<0,05$) alt boyutları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRTÖ alt boyut toplam puan ortalaması, çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alan öğrencilerin, bilgi almayan öğrencilere göre daha yüksek ($3,47\pm0,32$) olup, öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alma durumuna göre ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,007$, $p<0,05$).

Tablo 4.1.8. Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı ile İlgili Seminer veya Kongreye (konferansa) Katılma durumuna Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması

	Evet (n=186)	Hayır (n=334)	U	p
	Ort.+Ss	Ort.+Ss		
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Etkileri	3,58±0,42	3,53±0,41	-1,600	0,110
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,55±0,42	3,49±0,43	-1,194	0,232
İhmal Belirtileri	3,82±0,57	3,70±0,59	-1,933	0,053
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,24±0,36	3,21±0,34	-0,958	0,338
İhmal ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri	2,89±0,39	2,89±0,40	-0,680	0,497
Çocuk İhmali ve İstismarında Aile Yapısı ile İlgili Bilgiler	3,49±0,52	3,40±0,54	-1,910	0,056
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	3,47±0,32	3,42±0,31	28234,5	0,085

*Mann Witney-U Testi

Tablo 4.1.8’ da hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili seminer veya kongreye (konferans) katılma durumuna göre ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması dağılımları bulunmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRTÖ alt boyutu toplam puan ortalaması, çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili seminer veya kongreye (konferans) katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilere göre daha yüksek (3,47±0,32) olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,085, p>0,05).

Tablo 4.1.9. Öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı Vaka veya Şüphesi ile Karşılaşılma Durumuna Göre ÇİİBRTÖ Alt Boyut Puan Ortalaması

	Evet (n=159)	Hayır (n=361)	U	p
	Ort.+Ss	Ort.+Ss		
İstismarın Çocuk Üzerindeki Fiziksel Etkileri	3,59±0,42	3,53±0,41	-1,459	0,145
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3,56±0,41	3,49±0,44	-1,714	0,086
İhmal Belirtileri	3,80±0,56	3,72±0,60	-1,557	0,120
İhmal ve İstismara Yatkın Ebeveyn Özellikleri	3,26±0,38	3,21±0,33	-1,766	0,077
İhmali ve İstismara Yatkın Çocuk Özellikleri	2,89±0,36	2,89±0,41	-0,516	0,606
Çocuk İhmali ve İstismarında Aile Yapısı ile İlgili Bilgiler	3,50±0,54	3,40±0,53	-1,973	0,049
Toplam Ölçek Puanı Ortalaması	3,48±0,30	3,42±0,32	25323	0,033

*Mann Witney-U Testi

Tablo 4.1.9' da hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı vaka veya şüphesi ile karşılaşılma durumuna göre ÇİİBRTÖ alt boyut puan ortalaması yer almaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRTÖ alt boyutu toplam puan ortalaması, çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşan öğrencilerin, karşılaşmayan öğrencilere göre daha yüksek ($3,48 \pm 0,30$) olup, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu ortaya çıkmıştır ($p=0,033$, $p<0,05$).

4.2. TARTIŞMA

Bu bölüm de K.K.T.C’ de Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlasının (%62,3)’ eğitim ve öğretim hayatında çocuk ihmali ve istismarı konusunda eğitim aldığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde hemşirelik eğitimi süresince ihmal ve istismar konusunda bilgi alma durumu farklılık göstermektedir. Kocaer (2006)’ in çalışmasında hemşirelerin %27,9’ u öğrenimleri sırasında çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi aldığını ifade etmiştir. Bilgi alma durumu Uncu ve Oğuzöncül (2013)’ ün araştırmasında %13,5, Burç ve Tüfekci (2015)’ nin araştırmasında %52,5, Kostak & Vatansever (2015)’ in çalışmasında %40,8, Bilgiç (2015)’ in çalışmasında %23,5 Kurt ve Gün (2017)’ ün araştırmasında %28,9, Seferoğlu ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında ise %67,7 olarak saptanmıştır. Araştırma sonuçlarındaki bu farklılığın hemşirelik okullarındaki eğitim müfredatından kaynaklandığı düşünülmektedir. Her ne kadar hemşirelik çerçeve eğitim programı ile eğitimin temel yapısı belirlense de eğitim süresince ihmal ve istismar konusuna ayrılan zaman ve içerik konusunda bir standart olmaması bu farklılığın temel nedenlerindendir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin yaklaşık 1/3’ü (%35,6) çocuk ihmali ve istismarı konusunda kendini yeterli görmektedir’dir. Kocaer (2006)’ in çalışmasına katılan hemşirelerin %26,3’ ü bilgisini yeterli bulurken, Türker (2017)’ in çalışmasında %45,’i kısmen yeterli, %6,2’ si ise çok yeterli bulmuştur. Araştırma yılları arasında zaman farkı olmasına rağmen hemşirelerin veya hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir.

Araştırma sonucuna göre her üç öğrenciden birinin (%30,6) çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştığı, her dört öğrenciden üçünün ise (%83,1) çocuk ihmal ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağı saptanmıştır. Metin & Sarı (2016)’ nın araştırmasında sağlık profesyonellerinin %17,3’ ünün çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştığı, Külcü ve Karataş (2016)’ in çalışmasında ise %35,7’ sinin ihmal ve istismar vakası ile karşılaştığı belirlenmiştir. Diğer çalışmalarda da ihmal ve istismarla karşılaşma oranları yaklaşık %20 oranındadır (Başdaş & Bozdağ 2018; Seferoğlu ve ark. 2019). Çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma durumu diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte iken bildirim yapma durumunu kıyaslayabileceğimiz çalışma sonuçlarına ulaşamamıştır. Çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma oranının yadsınamayacak şekilde yüksek olması ihmal ve istismarın gerçekte daha fazla oranda olabileceğini düşündürmesi açısından oldukça önemli bir bulgudur. Ek olarak araştırmamızda bildirim yapacağını söyleyen öğrencilerin oranının yüksek olması öğrencilerin konunun öneminin farkında olduklarını yansıtan bir bulgudur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin %58,1' i kadın, %41,9' u ise erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin ÇİİBRTÖ alt boyutu puan ortalaması kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, cinsiyete göre ÇİİBRTÖ alt boyutu toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,00$). Kocaer & Kuşuoğlu (2006)' nun çalışmasındaki katılımcıların tümünün kadın olmasından dolayı cinsiyetlere göre değerlendirme yapılmamıştır. Literatürde öğrencilerin ÇİİBRTÖ alt boyutu puan ortalamasının kadınların erkeklere göre daha yüksek olduğu ve cinsiyete göre ÇİİBRTÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Uncu ve Oğuzöncül, 2013; Burç ve Tüfekci, 2015; Başdaş ve Bozdağ, 2018; Özçevik ve ark. 2018). Seferoğlu ve ark. (2019)' nın araştırması bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçlarının benzerliği Seferoğlu ve ark. (2019)' nın araştırması ile benzer örnekleme sahip olmasından kaynaklanabilir. Araştırma verilerine bakıldığında yapılan araştırmaların yılı, evreni ve örnekleminin farklılığından dolayı benzer çalışmalarda farklı sonuçlar çıktığı düşünülmektedir.

21-23 yaş arasında olan hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRTÖ alt boyutu toplam puan ortalaması, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olmasına rağmen, yaş değişkeni ile ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p > 0,090$). Literatürde bu çalışmada olduğu gibi yaş değişkeni ile ÇİİBRTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın olmadığını gösteren benzer çalışmalarda mevcuttur (Kocaer & Kuşuoğlu, 2006; Burç & Tüfekci, 2015). Benzer araştırmalarda bu araştırma bulgularından farklı olarak yaş değişkeni ile ÇİİBRTÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan farkın anlamlı olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Özçevik ve ark. 2018; Başdaş ve Bozdağ, 2018). Yaş değişkeni ile ÇİİBRTÖ puan ortalaması arasında anlamlı farkın olmamasının nedeni katılımcıların yaş aralıklarının birbirine yakın olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunu 4. sınıf öğrenciler (%29,6) oluşturmaktadır. 4. sınıf hemşirelik öğrencileri ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması diğer sınıflara göre daha yüksek olup, öğrencilerin sınıfları ile ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması arasında farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,004$). Bu araştırmada olduğu gibi 4. sınıf öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı farkındalık düzeylerinin diğer sınıflara göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu gösteren benzer bulgulara sahip çalışmalar mevcuttur (Seferoğlu, Sezici, & Yiğit, 2019; Özçevik, Güneş, & Ocakçı, 2018). Çalışma bulgularına benzer olarak Poreddi ve ark. (2016)' nın yurt dışında yaptığı araştırmada 4. sınıf hemşirelik öğrencilerinin 2. sınıflara göre çocuk ihmali ve istismarı konusundaki bilgi ve tutumlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum üniversiteye başlayan öğrenciler, ilk yıllarda aileden ayrılma, sosyal ve ekonomik açıdan zorluklar, yalnız kalma korkusu, yeni ortama adaptasyon, başarılı olmama korkusu gibi durumlar ile karşılaşabilmekte ve bu durumlarla baş etmeye çalışma, kaygı ve stres yaşayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca 3. ve 4.

yıllarda çocuk ihmali ve istismarı konusunun kavranmasına yardımcı olacak olan, pediatri, ruh sağlığı ve halk sağlığı derslerinin bulunmasından dolayı ÇİİBRT düzeylerinin artmasını sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alanların ÇİİBRTÖ alt boyutu puan ortalaması , bilgi almayan öğrencilere göre daha yüksek olup, öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusu ile ilgili bilgi alma durumuna göre ÇİİBRTÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,007$). Literatürde çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alanların çocuk ihmali ve istismarı konusundaki farkındalık düzeylerinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Seferoğlu, Sezici, & Yiğit, 2019). Kocaer & Kuğuoğlu (2006) ve Burç & Tüfekci (2015)' nin araştırması bizim araştırmamızdan farklı olarak çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alan öğrencilerin ÇİİBRT düzeyleri, bilgi almayanlara göre yüksek olup, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bizim araştırmamıza benzer şekilde yurt dışında yapılan araştırmada çocuk ihmali ve istismarı konusunda aldığı eğitimlerin çocuk ihmali ve istismarı konusundaki farkındalık düzeylerini artırdığı belirlenmiştir (Elarousy, Helal, & Villiers, 2012). Bu durum öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı olgusu ile karşılaşmadıkları düşünülerek aldıkları eğitimi pekiştirmemiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelik öğrencilerinin yarıdan fazlasının (%64,2) çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir seminer veya kongreye (konferans) katılmadığı bulunmuştur. Öğrencilerin ÇİİBRTÖ alt boyutu toplam puan ortalaması, çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir seminer veya kongreye (konferans) katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilere göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,085$). Literatürde çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir seminer veya kongreye (konferans) katılma durumunu kıyaslayabileceğimiz çalışma sonuçlarına ulaşılammıştır.

Araştırma kapsamının alınan hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRTÖ alt boyutu toplam puan ortalaması, çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşan öğrenciler, karşılaşmayan öğrencilere göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,033$). Seferoğlu ve ark. (2019)' nin Literatürde bu araştırma bulgularından farklı olarak çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşan öğrenciler, karşılaşmayan öğrencilere göre daha yüksek olup, gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Kocaer ve Kuğuoğlu, 2006; Burç ve Tüfekci, 2015; Seferoğlu ve ark. 2019).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan kadın öğrencilerin ÇİİBRT alt ölçek puan ortalaması erkeklere göre yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu,
- Araştırma da 21-23 yaş arasında olan hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRT alt ölçek toplam puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olup, yaş değişkeni ile ÇİİBRT yönelik alt ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Çalışma da 4. sınıf öğrencilerin ÇİİBRT yönelik alt ölçek puan ortalaması diğer sınıflara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu,
- Öğrencilerin ÇİİBRT alt ölçek puan ortalaması çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alan öğrencilerin, bilgi almayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu,
- Hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRT alt ölçek puan ortalamasının çocuk ihmali ve istismarı ile ilgili seminer veya kongreye (konferans) katılan öğrencilerin, katılmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı,
- Hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRT alt ölçek puan ortalamasının, çocuk ihmali ve istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaşan öğrencilerin, karşılaşmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.

5.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirelik öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarı konusu ile ilgili herhangi bir seminer veya kongreye (konferans) katılmayan öğrenciler katılmayan öğrencilere göre daha fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda; öğrencilere bu konu ile ilgili seminer veya kongreler düzenlenmesi veya bu konu ile ilgili seminer veya kongrelere teşvik edilmesi ve desteklenmesi,
- Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre ÇİİBRT alt ölçek puan ortalamasında kadınların puan ortalaması erkeklere göre yüksek bulunduğu göz önünde bulundurulduğunda; erkek öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusundaki farkındalık düzeyini arttırmaya katkı sağlayacak eğitim programları planlanması,
- ÇİİBRT alt ölçek puan ortalaması sınıf düzeyi yükseldikçe arttığı göz önünde bulundurulduğunda; hemşirelik öğrencilerinin 1. sınıftan itibaren çocuk ihmali ve istismarı konusundaki farkındalığın artırılması için çocuk ihmali ve istismarının belirti ve riskleri konusunda ayrıntılı ve geniş eğitimlerin planlanması,
- Çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi alan öğrencilerin ÇİİBRT alt ölçek puan ortalaması yüksek olduğuna göre, bilgi almayan öğrenciler tespit edilmeli, farkındalık düzeylerinin artırılması için bu konu ile ilgili eğitim ve öğretimin okul tarafından desteklenmesini,
- Araştırma farklı ve daha geniş örneklem grupları ile sonuçların kıyaslanabilirliği açısından başka araştırmalar yapılması ve öğrencilerin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeyi ile ilgili olarak ÇİİBRT' nı ortaya koymak amacıyla niteliksel çalışmaların planlanması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

- Akcan, A. & Demiralay, Ş. (2016). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin çocuk ihmali ve istismarına ilişkin algıları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 275-281.
- Altınsu, B. (2004). *Çocuklara bakım veren hemşirelerin çocuk istismar ve ihmali tanıyabilmeleri* (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Altıntop, K. A. (2019). Hukuksal boyutu. O. Polat (Ed.) içinde, *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı-2 önleme ve rehabilitasyon* (s. 215-232). Ankara: Seçkin Akademik ve Mesleki Yayınlar.
- Arıkan, D., Yaman, S., & Çelebioğlu, A. (2000). Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgisi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 29-35.
- Bağla, A. G., Arıkan, M., Kılıç, R. Ö., Orulluoğlu, F., Kuyucu, İ., Özgan, M., Soran, Ö. (2016). Sağlık çalışanları, öğretmenler ve üniversite 1. sınıf öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1-10.
- Başdaş, Ö., & Bozdağ, F. (2018). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama durumlarının belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 267-275.
- Bilgiç, H. (2015). *Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusundaki deneyimleri, bilgi ve farkındalık düzeyleri* (Uzmanlık Tezi), Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- BM Belgeleri. (2019). Bir Küresel Anlaşma Organı Toplayan BM Belgeleri. Birleşmiş Milletler, Web Sitesi: <http://un-documents.net> adresinden alınmıştır
- Burczycka, M., & Conroy, S. (2017). Family violence in Canada: A statistical profile, 2015. *Statistics Canada*: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2017001/article/14698-eng.pdf?st=ulyMYw_H adresinden alınmıştır.
- Burç, A., & Tüfekci, F. G. (2015). Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 144-151.
- Can, H. Ö., & Yılmaz, T. I. (2016). Yenidoğan dönemde çocuk istismarı ve ihmali. R. E. Genç, H. Özkan (Ed.) içinde, *Ebeler için yenidoğan sağlığı ve hastalıkları* (s. 573-590). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Ştd.
- Cansever, Z., Taşar, M. A., Şahin, F., Çamurdan, D. A., & Beyazova, U. (2012). Ailelerin sarsılmış bebek sendromu konusundaki bilgi ve tutumları. *Gazi Med J*, 39-43.

Celasin, N. Ş. (2016). Sarsılmış bebek sendromu. R. E. Genç, H. Özkan (Ed.) içinde, *Ebeler için yenidoğan sağlığı ve hastalıkları* (s. 547-554). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd.Ştd.

Ceylan, A., Tuncer, O., Melek, M., Akgün, C., gülmehmet, f., & erden, ö. (2009). van Bölgesindeki Çocuklarda Cinsel İstismar. *Van Tıp Dergisi*, 16(4),131-134.

Child Welfare Information Gateway. (2013, Temmuz). *What is child abuse and neglect? recognizing the signs and symptoms*. Aralık 28, 2018 tarihinde Child Welfare Information Gateway: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/whatiscan.pdf> adresinden alınmıştır.

Children's Bureau's. (2018). *Child Abuse and Neglect Fatalities 2016: Statistics and Interventions*. Child Welfare Information Gateway: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/fatality.pdf> adresinden alınmıştır.

Conk, Z., Başbakkal, Z., & Yardımcı, F. (2013). Çocuk sağlığına genel bakış. Z. Conk, Z. Başbakkal, B. H. Yılmaz, & B. Bolışık (Ed.) içinde, *Pediatric hemşireliği* (s. 1-45). Yenişehir/Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Crittenden, P., & Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. V. Carlson, & D. Cicchetti içinde, *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (s. 432-454). New York: Cambridge University Press.

Demirci, Ş., Doğan, K. H., Erkol, Z., & Deniz, İ. (2008). Konya'da cinsel istismar yönünden muayenesi yapılan çocuk olguların değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri* , 43-49.

Dikmen A, İ. H. (2011). Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmali ve İstismarı El Kitabı. Öztürk M. (Hazırlayan). *1. Türkiye Çocuk Hakları Kongresi*. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.

Elarousy, W., Helal, H., & Villiers, L. (2012). Child abuse and neglect: Student nurses' knowledge and attitudes. *Journal of American Science*, 8(7), 665-674.

Faller, C. K. (1988). Child sexual abuse an interdiscip manual for diagnosis, Case and Treatment. *Colombia University Press*, 52-53.

Farrelly, C. (2008). *The case for re-thinking incest laws*. BMJ Journals: <https://jme.bmj.com/content/34/9/e11.full> adresinden alınmıştır

Feldman, M. D., & Brown, R. A. (2002). Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect* , 26:509-524.

Feng, J., Yow-wu, B., & Wu, P. D. (2005). *Factors associated with nurses' intention to report child abuse: a national survey of taiwanese nurses* (Yüksek Lisans Tezi). Buffalo Üniversitesi, Tayvan.

Giangiacomo, J., & Barkett, K. J. (1985). Ophthalmoscopic findings in occult child abuse . *J Pediatr Ophtamol Strabismus*, 234-237.

Gökkaya, V. B. (2018). cinsel istismar ve çocuk (Sivas il örneği). *The Journal of Academic Social Science Studies*, 425-432.

Gölge, Z. B., Hamzaoglu, N., & Türk, B. (2012). Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 86-96.

Guedes, A. (2016). *Violence against children in Latin America and Caribbean, Data and action*. Pan American Health Organization / World Health Organization Regional Office for the America:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=violence-against-children-in-latin-america-and-the-caribbean-data-and-action&Itemid=270&lang=en adresinden alınmıştır.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 128-134.

Hills, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, 137(3):e20154079.

Joyce, T., & Huecker, M. R. (2019). *Pediatric Abusive Head Trauma (Shaken Baby Syndrome)*. Treasure Island : StatPearls Publishing.

Kabakoğlu, H. (2018). Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Hatay.

Karabulutlu, Ö. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin şiddet konusundaki görüş ve deneyimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23-36.

Keser, N., Odabaşı, E., & Elifbüyük, S. (2010). Ana-babaların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 150-157.

Kocaer, Ü. (2006). Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Koç, F., Aksit, S., Tomba, A., Koturoğlu, G., Aydın, C., Çetin, S. K., . . . Solak, U. (2012). Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 119-124.

Kostak, A. M., & Vatansever, C. (2015). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüş ve düşünceleri. *11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi* (s. 1-11). Bursa: Trakya Üniversitesi.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

Kurt, G., & Gün, İ. (2017). Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddetle karşılaşma durum ve tutumları. *Adli Tıp Dergisi*, 59-67.

Külcü, D. P., & Karataş, H. (2016). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 48-58.

Lavigne, J. L. (2014). Pediatric inpatient nurses' knowledge and perceptions of child maltreatment. *Yüksek Lisans Tezi*, The University of North Carolina, Kuzey Karoline.

Logsdon, A. (2018). *Abuse and neglect put children at risk for disabilities*. Verywellmind Web Sitesi: <https://www.verywellmind.com/learn-about-child-abuse-and-neglect-2162110?print> adresinden alınmıştır

Meral, G., Çelik, Y., Tunalıgil, V., Yaşar, R., Güngör, E., Tahiroğlu, S., Kaymaz, H. (2018). Ailelerin sarsılmış bebek sendromuna dair bilgi düzeyleri. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Cilt 23, Sayı 3, ss; 163-172.

Metinyurt, I. A., & Sarı, H. Y. (2016). Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet*, 101-121.

Muela, A. (2012). *Child Abuse and Neglect a Multidimensional Approach*. Hırvatistan: In Tech.

Muela, A. (2012). *Child abuse and neglect a- multidimensional approach*. Croatia: InTech Janeza Trdine.

NCA. (2015). *National Statistics On Child Abuse*. National Childrens Alliance: <https://www.nationalchildrensalliance.org/media-room/nca-digital-media-kit/national-statistics-on-child-abuse/> adresinden alınmıştır

NCA. (2017). *CAC Statistics*. National Childrens Allianc: <http://www.nationalchildrensalliance.org/wpcontent/uploads/2018/03/2016CaliforniaAnnual.pdf> adresinden alınmıştır

NCA. (2017). CAC Statistics. National Childrens Alliance: <http://www.nationalchildrensalliance.org/wpcontent/uploads/2018/03/2017NewYorkAnnual.pdf> adresinden alınmıştır

Nguyen, H. T., Dunne, M. P., & Le, A. V. (2009). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bull World Health Organ*, 22-30.

Onat, G., Dinç, H., Günaydın, S., & Uğurlu, F. (2016). Çocukluk döneminde yaşanan ihmal veya istismarın benlik saygısına etkisinin incelenmesi. *HSP*, 9-15.

Oral, Ü. K., Engin, P., & Büyükyazıcı, Z. (2010). *Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması-Özet rapor*. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, UNİCEF-Türkiye. Taylor Nelson Sofres Piar Araştırma Danışmanlık Ve Tic.A.Ş.

Özbey, H., Gül, U., Özçelep, G. A., & Kahriman, İ. (2018). Knowledge and awareness of nursing students about child abuse and. *J Nurs Res Pract*, 2 (3): 21-25.

Özcebe, H. (2009). Halk sağlığı bakış açısıyla istismar bildirimi ve karşılaşılan güçlükler. *Çocuk İstismar ve İhmalini Önleme Kongresi*. Ankara.

Özçevik, D., Güneş, Ö. D., & Ocakçı, A. F. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-kültürel ve demografik özelliklerinin çocuk istismarı ve ihmali farkındalığı ile ilişkisi . *ASHD*, 17(2):16-27.

Polat, O. (2000). İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu. Birinci İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı,. *Umut Matbaası*, 15-36.

Polat, O. (2006). *Cinsel İstismar Rehberi*. İstanbul: Forart Matbaa.

Polat, O. (2006). *Ensest, Aile İçi Cinsel Tecavüz*. İstanbul: Nokta Kitap.

Polat, O. (2017). *Tüm boyutları ile çocuk istismarı tanımlar-1*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Polat, O. (2018). *Türkiye' de Çocuk İstismarı Raporu-2*. İstanbul : ASUMA & İMDAT.

Polat, O., & Reva, Z. (2019). Çocuk Hakları Sözleşmesi. O. Polat (Ed.) içinde, *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı-2 önleme ve rehabilitasyon* (s. 321-336). Ankara: Seçkin Akademik ve Mesleki Yayınları.

Poreddi, V., Pashapu, D. B., Gandhi, S., El-Arousy, W., & Math, S. B. (2016). Nursing students' knowledge of child abuse and neglect in India. *British Journal of Nursing*, 25(5), 264-268.

Rosenberg, D. A. (1987). A Literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child abuse & Neglect*, 547-563.

Sathiadas, M. G., Viswalingam, A., & Vijayaratnam, K. (2018). Child abuse and neglect in the Jaffna district of Sri Lanka – a study on knowledge attitude practices and behavior of health care professionals. *Sathiadas et al. BMC Pediatrics*, 1-9.

Seferoğlu, G. E., Sezici, E., & Yiğit, D. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 257-2767.

Selim, L. (2019). *What you need to know about female genital mutilation*. UNICEF: <https://www.unicef.org/stories/what-you-need-know-about-female-genital-mutilation> adresinden alınmıştır

Şahin, F. (2006). Çocuk istismarının tanımı, epidemolojisi ve multidisipliner takım yaklaşımının önemi. *Çocuk istismarı ve ihmeline multidisipliner yaklaşım* (s. 5-11). içinde Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Tansel, B. (2017). Çocuk istismarcısı (sex offender), cinsel tacizci (molester, predator), çocuk cinsel istismarını anlamak ve cinsel istismar döngüsü. *Çocuk Cinsel İstismarı Tanımlar Temel Kavramlar ve Psiko-sosyal Yaklaşımlar* (s. 110-114). içinde Adana: Karahan Kitabevi.

Tıraş, Ü., Dilli, D., Dallar, Y., & Oral, R. (2009). Türkiye’de üçüncü basamak bir hastanede çocuk ihmal ve istismarı tanısı alan olguların değerlendirilmesi ve izlemi. *TUBİTAK- Turk J Med Sci*, 969-977.

TÜİK. (2014). *İstatiklerle Çocuk 2014*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Türkiye İstatik Kurumu. adresinden alınmıştır

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

Turla, A. (2002). Çocuk istismarı ve ihmali olgularına tıbbi yaklaşım. *OMÜ Tıp Dergisi*, 291-300.

Türker, G. (2017). Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismar ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği. *Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi, Konya..

Uğurlu, Z., & Gülsen, İ. A. (2014). Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması. *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1-24.

Ulukol, B., & Köseli, A. (2013). *Çocuğa Karşı Şiddetin Göstergelerle İzlenmesi Eğitimi El Kitabı*. Ankara: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu - UNICEF.

Uncu, F., & Oğuzöncül, F. (2013). *Health care workers who work in the province of elazığ levels of awareness about child abuse and neglect, and the factors affecting this situation*. Elazığ: International journal of medical investigation .

Unicef. (2018). *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme*. Unicef 2004: https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23a.html adresinden alınmıştır

Uysal, A. (1998). Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanması. *Yüksek Lisans Tezi*, Ege Üniversitesi, İzmir.

WHO. (2018). *Violence against children*. World Health Organizations: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children> adresinden alınmıştır.

WHO. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Erişim tarihi: 25.05.2019 World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108627/e96928.pdf;jsessionid=19B9BF1582D5EC4CAE12F092962C49E2?sequence=1>. adresinden alınmıştır.

WHO. (2016). *Child Abuse*. World Health Organization Web sitesi: [ttps://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment) adresinden alınmıştır

WHO. (2016). *Child Maltreatment*. 11 22, 2018 tarihinde World Health Organization: <http://www.who.int> ulaşım tarihi: adresinden alındı

WHO. (2017). *Dominica's critical health problems*. World Health Organization, Pan American Health Organization: <https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/?p=3988> adresinden alınmıştır

WHO. (2018). *Newborns: reducing mortality*. World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality> adresinden alınmıştır

WHO. (2018). *Violence against children*. World Health Organization: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/violence-against-children/en/> adresinden alınmıştır.

World Health Organization. Preventing Child Malteatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf adresinden alınmıştır.

WHO, UNODS, UNDP. (2014). *Global status report on violence prevention*. World Health Organization:

file:///C:/Users/win7/Downloads/9789241564793_eng%20(4).pdf adresinden alınmıştır

Yılmaz, B. (2015). Bir hastahane de çalışan hemşirelerin çocuk ihmali ve istismarına yönelik bilgi ve yaklaşımlarının incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi, Ankara.

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

7. EKLER

Ek-1

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinde Çocuk İhmali ve İstismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir. Yanıtlarınızda hiç bir kimlik bilgisi alınmayacaktır, araştırmada gizliliği sağlamak için, bu form üzerine adınızı yazmayınız. Yapılan değerlendirmeler sonucunda akademik bir yayın hazırlanması planlanmaktadır. Bu nedenle, verilecek her yanıt bizler için büyük önem taşımaktadır. Lütfen tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız. Anketi cevaplama süresi maksimum 15 dakikadır. İlginiz ve ayırdığınız zaman için şimdiden teşekkür ederim.

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Tezi

Gizem Karakaş

1. Yaşınız Nedir? (Lütfen Yazınız).....
2. Cinsiyetiniz Nedir?
☐Kadın ☐Erkek
3. Medeni Durumunuz Nedir?
☐ Evli ☐ Bekar
4. Doğduğunuz yerleşim birimi hangisidir?
☐ İl ☐ İlçe ☐ Köy
5. Çocuğunuz var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
6. Gelir düzeyiniz nedir?
☐Gelir giderden az ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden fazla
7. Kaçınıcı Sınıftasınız ?
☐ 1.Sınıf ☐ 2. Sınıf ☐ 3. Sınıf ☐ 4. Sınıf
8. Eğitim ve öğrenim hayatınızda çocuk ihmali ve istismarı konusunda bilgi aldınız mı ?
☐ Evet ☐ Hayır
9. Çocuk ihmali ve istismarı konusunda herhangi bir seminer/kongreye(konferans) katıldınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
10. Eğitim ve öğrenim hayatınızda herhangi bir çocuk ihmali veya istismarı vakası veya şüphesi ile karşılaştınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
11. Çocuk ihmali ve istismarı olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınız da bildirim yapar mısınız?
☐ Evet ☐ Hayır
12. Çocuk ihmali ve istismarı konusunda daha fazla bilgilene ihtiyacı duyuyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
13. Siz çocuk ihmali ve istismarı konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?
☐Çok Yeterli ☐ Yeterli ☐Kısmen yeterli ☐ Yeterli Değil ☐ Hiç yeterli Değil
14. Çocuk hakları hakkında bilginiz var mı?
☐ Evet ☐ Hayır

Ek-2

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

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
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 ihtimal belirtisidir.					
24.	Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25.	Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26.	Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.	Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.					
29.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30.	İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.	İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.	Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
34.	İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.					
35.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.					
36.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.					
37.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.					
38.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.					
39.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.					
40.	İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.					
41.	Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42.	Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43.	Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44.	Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.					
45.	Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46.	Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47.	Ebeveynin sosyal destek kaybı yasaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.					
48.	Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49.	Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50.	Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51.	Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.	Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
53.	Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.					
54.	Fiziksel ve mental özürli bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır.					
55.	Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.					

		Çok doğru	Oldukça doğru	Kararsızım	Pek doğru değil	Hiç doğru değil
56.	Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.					
57.	Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.					
58.	Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.					
59.	Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.					
60.	Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.					
61.	Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.					
62.	Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.					
63.	Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.	Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.					
65.	Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.					
66.	Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.	Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

Ek-3

Aydınlatılmış Onam

ARAŞTIRMA AMAÇLI AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hemşirelik alanında öğrenim gören üniversite öğrencileri ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır.

Bu ankette sizlere demografik özellikleriniz, çocuk ihmali ve istismarı belirti ve risk tanılması ile ilgili sorular sorulmaktadır. Soruları sadece kendi duygu ve düşüncelerinizi yansıtacak şekilde içtenlikle cevaplandırmanız çok önemlidir. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel. :

İmza:

Araştırmacı

Gizem Karakaş

Yakın Doğu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Fakültesi

Yüksek Lisans Tezi

Tel: 0548 889 1263

Ek-4

**Hemşirelik Fakültesinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin
Belirti Ve Risklerini Tanılama Ölçeği Dağılımları**

	Hiç Doğru Değil	Pek Doğru Değil	Kararsızım	Oldukça Doğru	Çok Doğru	X _{±S.s}
İHMAL VE İSTİSMARIN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ	n %	n %	n %	n %	n %	
1. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk), ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	2 % 0,4	7 % 1,3	52 % 10	184 % 35,4	275 % 52,9	4,39±0,75
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemlerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	4 % 0,8	8 % 1,5	139 % 26,7	198 % 38,1	171 % 32,9	4,00±0,85
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	79 % 15,2	79 % 15,2	175 % 33,7	97 % 18,7	90 % 17,3	3,07±1,27
4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	6 % 1,2	61 % 11,7	163 % 31,3	154 % 29,6	136 % 26,2	3,67±1,02
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	136 % 26,2	176 % 33,8	158 % 30,4	39 % 7,5	11 % 2,1	2,25±0,99
6. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırik izine rastlanır.	2 % 0,4	32 % 6,2	131 % 25,2	196 % 37,7	159 % 30,6	3,91±0,91
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	2 % 0,4	19 % 3,7	117 % 22,5	195 % 37,5	187 % 36,0	4,05±0,87
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	117 % 22,5	155 % 29,8	174 % 33,5	53 % 10,2	21 % 4	2,43±1,06
9. Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	7 % 1,3	47 % 9	143 % 27,5	182 % 35	141 % 27,1	3,77±0,99
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distalfemur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	58 % 11,2	98 % 18,8	178 % 34,2	110 % 21,2	76 % 14,6	3,09±1,19
11. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	9 % 1,7	32 % 6,2	219 % 42,1	153 % 29,4	107 % 20,6	3,60±0,93
12. İntrakranial (kafa-içi) ve intraoküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	66 % 12,7	100 % 19,2	171 % 32,9	99 % 19	84 % 16,2	3,06±1,23

	Hiç Doğru Değil	Pek Doğru Değil	Kararsız	Oldukça Doğru	Çok Doğru	$\bar{X} \pm S_s$
	n %	n %	n %	n %	n %	
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	7 % 1,3	14 % 2,7	105 % 20,2	173 % 33,3	221 % 42,5	4,12 $\pm$ 0,91
15. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	8 % 1,5	19 % 3,7	87 % 16,7	171 % 32,9	235 % 45,2	4,16 $\pm$ 0,93
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	54 % 10,4	92 % 17,7	206 % 39,6	89 % 17,1	79 % 15,2	3,09 $\pm$ 1,16
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikâyetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	7 % 1,3	92 % 17,7	206 % 39,6	89 % 17,1	79 % 15,2	3,63 $\pm$ 0,99
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	3 % 0,6	23 % 4,4	85 % 16,3	185 % 35,6	224 % 43,1	4,16 $\pm$ 0,89
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	8 % 1,5	26 % 5,0	94 % 18,1	177 % 34,0	215 % 41,3	4,08 $\pm$ 0,96
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	5 % 1,0	13 % 2,5	98 % 18,8	168 % 32,3	236 % 45,4	4,18 $\pm$ 0,89
İHMAL BELİRTİLERİ	n %	n %	n %	n %	n %	$\bar{X} \pm S_s$
21. Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	11 % 2,1	30 % 5,8	163 % 31,3	159 % 30,6	157 % 30,2	3,80 $\pm$ 1,00
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	10 % 1,9	33 % 6,3	116 % 22,3	172 % 33,1	189 % 36,3	3,95 $\pm$ 1,00
23. Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihtimal belirtisidir.	10 % 1,9	27 % 5,2	121 % 23,3	170 % 32,7	192 % 36,9	3,97 $\pm$ 0,99
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	9 % 1,7	37 % 7,1	146 % 28,1	179 % 34,4	149 % 28,7	3,81 $\pm$ 0,98
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmalidir.	7 % 1,3	33 % 6,3	146 % 28,1	182 % 35,0	152 % 29,2	3,84 $\pm$ 0,96
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmalidir.	7 % 1,3	19 % 3,7	109 % 21,0	164 % 31,5	221 % 42,5	4,10 $\pm$ 0,94
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	92 % 17,7	113 % 21,7	155 % 29,8	84 % 16,2	76 % 14,6	2,88 $\pm$ 1,28

	Hiç Doğru Değil	Pek Doğru Değil	Kararsızım	Oldukça Doğru	Çok Doğru	$\bar{X} \pm S_s$
İHMAL VE İSTİSMARIN ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞSAL BELİRTİLERİ	n %	n %	n %	N %	n %	$\bar{X} \pm S_s$
14. Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	94 % 18,1	111 % 21,3	126 % 24,2	119 % 22,9	70 % 13,5	2,92±1,30
28. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	86 % 16,5	99 % 19,0	154 % 29,6	58 % 11,2	123 % 23,7	3,06±1,38
29. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	65 % 12,5	62 % 11,9	192 % 35,9	112 % 21,5	89 % 17,1	3,18±1,21
30. İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	78 % 15	70 % 13,5	115 % 22,1	57 % 11	200 % 38,5	3,44±1,47
31. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	15 % 2,9	20 % 3,8	97 % 18,7	144 % 27,7	244 % 46,9	4,11±1,02
32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	220 % 42,3	150 % 28,8	133 % 25,6	12 % 2,3	5 % 1,0	1,90±0,92
33. Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	10 % 1,9	26 % 5,0	152 % 29,2	184 % 35,4	148 % 28,5	3,83±0,96
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	105 % 20,2	125 % 24	193 % 37,1	58 % 11,2	39 % 7,5	2,61±1,14
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	4 % 0,8	19 % 3,7	115 % 22,1	185 % 35,6	197 % 37,9	4,06±0,90
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	2 % 0,4	24 % 4,6	116 % 22,3	189 % 36,3	189 % 36,3	4,03±0,89
37. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	22 % 4,2	46 % 8,8	217 % 41,7	137 % 26,3	98 % 18,8	3,46±1,02
38. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	10 % 1,9	25 % 4,8	185 % 35,6	169 % 32,5	131 % 25,2	3,74±0,95
39. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	7 % 1,3	21 % 4,0	175 % 33,7	178 % 34,2	139 % 26,7	3,80±0,92
40. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	10 % 1,9	18 % 3,5	107 % 20,6	180 % 34,6	205 % 39,4	4,06±0,95
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	8 % 1,5	24 % 4,6	169 % 32,5	154 % 29,6	164 % 31,5	3,84±0,98

	Hiç Doğru Değil	Pek Doğru Değil	Kararsızım	Oldukça Doğru	Çok Doğru	$\bar{X} \pm S_s$
İHMAL VE İSTİSMARA YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ	n %	n %	n %	N %	n %	$\bar{X} \pm S_s$
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	124 % 23,8	139 % 26,7	201 % 38,7	41 % 7,9	15 % 2,9	2,39 $\pm$ 1,02
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	16 % 3,1	53 % 10,2	222 % 42,7	140 % 26,9	89 % 17,1	3,44 $\pm$ 0,98
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	12 % 2,3	31 % 6,0	195 % 37,5	171 % 32,9	111 % 21,3	3,65 $\pm$ 0,95
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	19 % 3,7	31 % 6,0	189 % 36,3	176 % 33,8	105 % 20,2	3,60 $\pm$ 0,99
46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	86 % 16,5	100 % 19,2	172 % 33,1	79 % 15,2	83 % 16	2,94 $\pm$ 1,28
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	16 % 3,1	25 % 4,8	188 % 36,2	179 % 34,4	112 % 21,5	3,66 $\pm$ 0,96
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	14 % 2,7	27 % 5,2	139 % 26,7	174 % 33,5	166 % 31,9	3,86 $\pm$ 1,01
49. Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	102 % 19,6	113 % 21,7	165 % 31,7	74 % 14,2	66 % 12,7	2,78 $\pm$ 1,26
50. Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	28 % 5,4	55 % 10,6	161 % 31	138 % 26,5	138 % 26,5	3,58 $\pm$ 1,14
55. Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler.	49 % 9,4	82 % 15,8	206 % 39,6	110 % 21,2	73 % 14	3,14 $\pm$ 1,13
60. Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	33 % 6,3	57 % 11	191 % 36,7	150 % 28,8	89 % 17,1	3,39 $\pm$ 1,08
66. Annenin çocuktan sık sık şikâyet etmesi istismarı düşündürmelidir.	19 % 3,7	39 % 7,5	195 % 37,5	164 % 31,5	102 % 19,6	3,55 $\pm$ 1,01

	Hiç Doğru Değil	Pek Doğru Değil	Kararsızım	Oldukça Doğru	Çok Doğru	$\bar{X} \pm Ss$
İHMAL VE İSTİSMARA YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ	n %	n %	n %	n %	n %	
41. Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	73 % 14,0	93 % 17,9	172 % 33,1	88 % 16,9	94 % 18,1	3,07 $\pm$ 1,27
51. Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	37 % 7,1	70 % 13,5	190 % 36,5	130 % 25	93 % 17,9	3,33 $\pm$ 1,13
52. Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	117 % 22,5	133 % 25,6	156 % 30	62 % 11,9	52 % 10	2,61 $\pm$ 1,23
53. Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	41 % 7,9	79 % 15,2	208 % 40	114 % 21,9	78 % 15	3,20 $\pm$ 1,11
54. Fiziksel ve mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	79 % 15,2	116 % 22,3	175 % 33,7	92 % 17,7	58 % 11,2	2,87 $\pm$ 1,20
56. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	84 % 16,2	136 % 26,2	202 % 38,8	58 % 11,2	40 % 7,7	2,68 $\pm$ 1,10
ÇOCUK İHMALİ VE İSTİSMARINDA AİLESEL ÖZELLİKLER	n %	n %	n %	n %	n %	
57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	103 % 19,8	162 % 31,2	188 % 36,2	44 % 8,5	23 % 4,4	2,46 $\pm$ 1,04
58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkindir.	36 % 6,9	50 % 9,6	179 % 34,4	146 % 28,1	109 % 21	3,46 $\pm$ 1,13
59. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	92 % 17,7	126 % 24,2	185 % 35,6	66 % 12,7	51 % 9,8	2,72 $\pm$ 1,18
61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.	88 % 16,9	126 % 24,2	204 % 39,2	57 % 11	45 % 8,7	2,70 $\pm$ 1,13
62. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmaline için bir risktir.	22 % 4,2	41 % 7,9	187 % 36	173 % 33,3	97 % 18,7	3,54 $\pm$ 1,01
63. Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	70 % 13,5	115 % 22,1	191 % 36,7	82 % 15,8	62 % 11,9	2,90 $\pm$ 1,17
64. Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	14 % 2,7	34 % 6,5	147 % 28,3	182 % 35	143 % 27,5	3,78 $\pm$ 1,00
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkindir.	12 % 2,3	25 % 4,8	172 % 33,1	162 % 31,2	149 % 28,7	3,79 $\pm$ 0,98



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20.12.2018
Toplantı No : 2018/64
Proje No : 704

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Suzan Tek'in sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2018/64-704 proje numaralı ve **"Hemşirelik Öğrencilerinde Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| 1. Prof. Dr. Rüştü Onur | (BAŞKAN) KATILMIYADI |
| 2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder | (ÜYE) |
| 3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz | (ÜYE) |
| 4. Prof. Dr. Şahan Saygı | (ÜYE) |
| 5. Prof. Dr. Şanda Çalı | (ÜYE) |
| 6. Prof. Dr. Nedim Çakır | (ÜYE) |
| 7. Prof. Dr. Kaan Erler | (ÜYE) KATILMIYADI |
| 8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz | (ÜYE) |
| 9. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik | (ÜYE) KATILMIYADI |
| 10. Doç. Dr. Emil Mammadov | (ÜYE) |

Ek-6

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

17. 12. 2018

NEAR EAST UNIVERSITY
FACULTY OF NURSING

Sayı: HF – 1299 / 2018
Konu: Gizem Karakaş Hk.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'na,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda yüksek lisans öğrencisi Gizem Karakaş'ın " Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk İhmali ve İstismarı Konusunda Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören öğrencilere uygulayabilmesi tarafımızca uygun görülmüştür.

Saygılarımla,



Prof. Dr. Nurhan Bayraktar
Hemşirelik Fakültesi Dekanı

LEFKOŞA, MERSİN 10 TURKEY, KKTC • Tel: +90 392 680 20 00 / 3439 • Faks: +90 392 680 20 40 • www.neu.edu.tr • info@neu.edu.tr

Scanned by CamScanner

12.12. 2018

Sayın Gizem Karakaş

(Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi)

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

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

Çalışma verilerinizi 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.

Prof.Dr.Aynur UYSAL TORAMAN

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı