

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ
TANILAMADA HEMŞİRE VE EBELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN
SAPTANMASI**

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Ar.Gör.Aynur UYSAL

T 70229

Danışman Öğretim Üyesi: Prof.Dr.İnci EREFE

İZMİR-1998

ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesi sırasında desteği ve değerli katkıları olan tez danışmanım Prof.Dr.İnci Erefe'ye, planlama sırasında görüşlerini aldığım Prof.Dr. Ayla Bayık, Yard.Doç.Dr.Zümrüt Başbakkal'a, Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyelerinden Doç.Dr.Sezen Zeytinoğlu'na ve Behçet Uz Çocuk Hastanesi Başhekim Yardımcısı Dr.Resmiye Oral'a, veri toplama aşamasında onay ve yardımlarını aldığım Bornova Araştırma, Sağlık Grup Başkanlığı'na ve araştırmaya katılan tüm hemşire ve ebelere teşekkür ederim.

Ayrıca bu tezin hazırlanmasında desteklerini ve sabırlarını esirgemeyen ailem ve arkadaşlarıma; çalışmaya maddi destek sağlayan Ege Üniversitesi Araştırma Fonu'na teşekkür ederim.

Ar.Gör.Aynur UYSAL

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
GRAFİKLER LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	
1.1.Araştırmanın Amacı	5
1.2.Genel Bilgiler	6
1.2.1.Tarih Boyunca Çocuk	6
1.2.1.1.Çocuk Hakları Sözleşmesi	7
1.2.2.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanım ve Kapsamı	8
1.2.2.1.Fiziksel İstismar	10
1.2.2.2.Cinsel İstismar	12
1.2.2.3.Duygusal İstismar	16
1.2.2.4.İhmal	18
1.2.2.5.Türk Hukuk Sisteminde Çocuk İstismarının Yeri	20
1.2.3.Çocuk İstismarı ve İhmalini Hazırlayıcı Nedenler	23
1.2.3.1.Aileden Kaynaklanan Nedenler	23
1.2.3.2.Çocuktan Kaynaklanan Nedenler	27
1.2.3.3.Çevreden Kaynaklanan Nedenler	29
1.2.4.Çocuk İstismarı ve İhmal Edilen Çocukların Sağaltımı	30
1.2.5.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi	32
1.2.5.1.Üçüncül Önleme	33
1.2.5.2.İkincil Önleme	34
1.2.5.3.Birincil Önleme	36

1.2.6.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde	37
Hemşire ve Ebeğin Rolü	
1.3.Hipotezler	41
1.4.Tanımlar	42
1.5.Sınırlamalar	43

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi	44
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer	44
2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	44
2.4.Verilerin Toplanması	45
2.4.1.Sosyo-demografik Veri Formu	45
2.4.2.Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek formu	45
2.4.3.Aracın Geçerlik ve Güvenirliği	46
2.5.Veriler Toplama Süreci	47
2.6.Verilerin Değerlendirilmesi	48
2.6.1.Anket Formunun Değerlendirilmesi	48
2.6.2.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	48
2.6.3.Araştırma Bulgularının Analizi	49
2.7.Süre ve Olanaklar	49

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.Hemşire ve Ebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	50
3.1.1.Hemşire ve Ebelerin Sosyo-demografik Özellikleri	50

3.1.2.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusuna İlişkin Eğitim Etkinlikleri	52
3.1.3.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanılama Konusundaki Görüşleri	53
3.2. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	56
3.2.1.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi	62
3.2.2.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	76
3.3.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Düzeyleri İle Sosyo-demografik İlişkilerin İncelenmesi	84
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA VE SONUÇ	92
A.TARTIŞMA	92
4.1.Hemşire ve Ebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	92
4.1.1.Hemşire ve Ebelerin Sosyo-demografik Özellikleri	92
4.1.2.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusuna İlişkin Eğitim Etkinlikleri	94
4.1.3.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanılama Konusundaki Görüşleri	94
4.2. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamaya İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	96
4.2.1.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi	96

4.2.2.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	103
4.3.Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Düzeyleri İle Sosyo-demografik İlişkilerin incelenmesi	106
B.SONUÇ	111
ÖNERİLER	116
ÖZET	118
SUMMARY	120
KAYNAKLAR	122
EKLER	129
EK I. Sosyo-demografik Veri Formu	130
EK II. Çocuk İstismarı(Kötü Muamele) ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanmasına Yönelik Ölçek Formu	132
EK III. Çocuk İstismarı(Kötü Muamele) ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanma Ölçeği Puanlama Formu	136
EK IV. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Maddeleri ve Korelasyon Katsayılarının Dağılımı	139
ÖZGEÇMİŞ	142

TABLolar LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
1	Erken Tanılamada Kullanılan Risk Faktörleri Kontrol Listesi	35
2	Çocuk İstismarının Önemli Karakteristik Özellikleri	39
3	Hemşire ve Ebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	50
4	Hemşire ve Ebelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	51
5	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	52
6	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakasıyla Karşılaşma Durumları ve Bu Durumdaki Uygulamalarına Göre Dağılımı	54
7	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanılama Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımı	55
8	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgilenme Gereksinimlerine Göre Dağılımı	55
9	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	56
10	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	65
11	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	74

12	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	75
13	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	76
14	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	76
15	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	77
16	Hemşire ve Ebelerin İhmal Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	77
17	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	78
18	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	78
19	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismar ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	79
20	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	84

21	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	85
22	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı	85
23	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Mezun Oldukları Okula Göre Dağılımı	86
24	Hemşirelerin ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk Sayılarına Dağılımı	86
25	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk Sayılarına Dağılımı	87
26	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı	87
27	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Halk Sağlığı Alanında Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı	88
28	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Okul Öğrenimleri Sırasında Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	88
29	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Okul Öğrenimleri Sırasında Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	89

30	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Seminer/Konferansa Katılma Durumlarına Göre Dağılımı	89
31	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Seminer/Konferansa Katılma Durumlarına Göre Dağılımı	90
32	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Vakasıyla Karşılaşmış Olma Durumlarına Göre Dağılımı	90
33	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Vakasıyla Karşılaşmış Olma Durumlarına Göre Dağılımı	91

GRAFİKLER LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
1	Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	80
2	Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı	80
3	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	81
4	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	81
5	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	81
6	Hemşire ve Ebelerin İhmal Belirtileri Alt Ölçek Bilgi Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	82
7	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	82
8	Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	83
9	Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	83

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No		Sayfa No
1	Aile İçi Şiddetin Nedenlerinin Bütünleştirilmiş Psikososyal Modeli	26



BÖLÜM I

GİRİŞ

Çocuk, bütün canlılar içinde en uzun bakım gerektiren bir varlıktır. Uzun bir süre korunması, desteklenmesi ve yönlendirilmesi gerekmektedir. Çocuk bedensel hastalıklara olduğu gibi, duygusal örselenmelere karşı da dayanıklıdır. Ancak aile başta olmak üzere çevrenin sevgisi, bakımı, ilgisi ve rehberliği ile sağlıklı bir büyüme ve gelişme gösterebilir. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda çocukların sağlığına, bakımına, eğitimine daha fazla önem verilmekte, çocuğun sağlığı ve gelişmesi açısından olumlu gelişmeler kaydedilmekte, çabalar sarfedilmektedir.

Tüm bu gelişmelere rağmen, günümüzde hala dünyanın pek çok ülkesinde çocuğa kendi, ebeveyni, yakınları ve toplumdaki çeşitli kurumlar tarafından fiziksel, duygusal bakımdan kötü davranılmaktadır. Bazı çocuklar yetişkinlerin cinsel saldırılarına hedef olurken; kimileri de küçük yaşta ağır ve uygunsuz işlerde çalıştırılmakta, hatta bir mal gibi satılabilmektedir. Bazıları ise beslenme, barınak, bakım, eğitim gibi temel gereksinimlerde değişik ihmal biçimleri ile karşılaşmakta ya da gözetim yetersizliğinden yaşamlarını yitirmekte veya sakat kalabilmektedir(7,13,54,96).

Sağlık ve sosyal hizmet raporları çocukların en az %1 kadarının yetişkin oluncaya kadar, kötü muamele gördüklerini kanıtlamaktadır. Bu konu, toplumlarda farklı açılardan değerlendirilerek; çocuk istismarı, çocuk istismarı ve ihmali, çocuk örselenmesi, hırpalanmış çocuk sendromu, çocuğa kötü muamele gibi farklı şekillerde adlandırılmaktadır (4,36,56,61). Tıp dünyasında ilk kez 1946 yılında radyolog Caffey'in çocuklarda subdural hematom ve uzun kemik fraktürleri olan bazı vakaların örselenmeye bağlı olduğunu ileri sürmesinden sonra 1962 yılında çocuk hekimi C.Henry Kempe ve arkadaşları örselenmiş çocuk sendromunu (Battered Child Syndrome) tanımlamıştır (4,6,8,12,30). Örselenmiş (hırpalanmış) çocuk sendromu; kaza olmaksızın çocuğa bakan kişi veya ailesi tarafından çocuğa karşı yapılan fizik saldırı

sonucu yaralanmadır.Kempe, 71 hastane ve 77 avukat bürosunda yaptığı çalışmada toplam 749 vaka saptamıştır (12,50,80). 1959 yılında çocuk hakları bildirgesi ve bunu izleyen Çocuk Hakları Sözleşmesi ile konu,tüm dünyada farklı bir ivme kazanmış ve sağlıklı, mutlu ve üretken bir erişkin olmak için yetiştirilen çocuklar uluslararası koruma altına alınmıştır(3,6).

Çocuk istismar ve ihmal etme oranının toplumlarda her yıl özellikle kentlerde ürkütücü biçimde arttığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1997 yılı raporlarında 3.195.000 çocuğun kötü muameleye maruz kaldığı ve kötü muameleden ölen çocuk oranının 1.81/100.000 olduğu, bu çocukların %85'inin 5 yaşın altında olduğu bildirilmiştir(4,51,66).

Çocuk istismarı İngiltere'de de küçük çocukların en yaygın ölüm nedenleri arasındadır ve her hafta ebeveynlerinin elinde ölen çocuk sayısı dördü bulmaktadır. 1983-1987 yılları arasında İngiltere'de fiziksel istismar olayının %25 oranında arttığı ve aynı dönemde cinsel istismarın da sekiz katına çıktığı kaydedilmektedir(8,50).

İngiltere'de 31 Mart 1990 yılı Sağlık Departmanı rakamları 43.600 çocuğun koruma altına alındığını göstermektedir ki, bu oran toplumdaki 18 yaşın altındaki her 1000 çocuktan 4'ünü oluşturmaktadır. Yine İngiliz gazetelerinde 1991 yılında 16 yaşın altında 99 çocuğun kaza dışı yaralanma nedeniyle yaşamlarını yitirdiği rapor edilmiştir(19,26).

Hem Amerika Birleşik Devletleri'nde hem de İngiltere'de çocuğa kötü muamele küçük çocukların en önemli beş ölüm nedenlerinden birisini oluşturmaktadır(19).

Ülkemizde ise çocuk istismarı ve ihmalinin görülüş sıklığı konusunda kesin veriler yoktur.Türkiye'de araştırmalar, çocukların %13.9-87.0 oranında fiziksel istismarla karşılaşmış olduğunu göstermektedir.Sorunun yaygınlığındaki bu farklılık yöresel, kültürel ve sosyal nedenler yanında istismar türleri arasında en kolay gözlenebilecek fiziksel istismarın bile araştırmacılar tarafından farklı ölçülerde ele alınmış olmasıdır.Bilir ve arkadaşlarının Türkiye'de 12 ilde yürüttüğü çalışmada, 4-12 yaşlar arasındaki

50473 çocuktan kızların %62.4'ü, erkeklerin ise %62.9'unun fiziksel ceza aldığı saptanmıştır(13,36,56).

Çocuk istismarı ve ihmali değişik biçimlerde tanımlanmış ve sınıflanmıştır.Genel olarak 18 yaşın altında bulunan çocuklara karşı girişilen ve onların fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişmelerini zedeleyen her türde eylemler çocuk istismarı olarak; onların beslenme, barınma, bakım, gözetim, eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması durumları da çocuk ihmali olarak ele alınmaktadır(28,64,80,96).

Toplumda çocuğa kötü davranma, ihmal etme kötü bir davranış olarak değerlendirildiğinden bu durum çoğu kez inkar edilebilir veya görmezlikten gelinebilir.Hemşire ve ebeler buldukları özel konumları ve mesleki eğitimleri nedeniyle bu soruna eğilmeye ve toplumda bu çocukların erken tanısı ve tedavisinde rol oynamaya, toplumda istismar ve ihmal olaylarını önlemeye çalışmalıdırlar.Önleme iki nedenden dolayı önemlidir.Birincisi çocuk istismarı sorununa insancıl yaklaşım bunu gerektirir; kuşkusuz çocuğun incinmesine kadar beklemek imkansızdır.İkincisi çocuğun sağaltımına kıyasla, istismar edilmesinin önlenmesi daha ekonomiktir.Erken müdahale ederek, çocukların evden kaçmaları, okulda sorunlar yaşamaları suç işlemeleri, ilaç ve alkol bağımlısı olmaları ve fahişeliğe yol açabilen ciddi duygusal ve gelişimsel zorluklardan zarar görmeleri engellenmiş ve giderlerden tasarruf edilmiş olur.Bu tür toplumsal sorunların topluma maliyeti çok büyüktür ve bunlar önlenebilir sorunlardır(9,50).

Geleneksel olarak önlemenin birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç ana alanı kapsadığı kabul edilir.Üçüncül önleme istismar edilmiş olan çocuğun yeniden istismar edilmesinin önlenmesidir.Bu, istismar ortaya çıktıktan sonraki tüm hizmetleri kapsar(50,70).

İkincil koruma yüksek risk gruplarının belirlenmesidir.İkincil korumanın amaçları yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmalarının sağlanması konusundaki stratejiler ve eğer gerekiyorsa söz konusu ailelere ek hizmetlerin sunulması olarak özetlenebilir.Bazen bunlar, ek hizmetlere gereksinim duyan aileler değil var

olan hizmetleri uygun biçimde kullanmakta sorunlarla karşılaşan ailelerdir.Risk stratejisinin amacı, çocuğa kötü muamele yapılmadan önce, ana babalık konusunda en çok yardıma gereksinimi olan aileleri belirlemek ve onlara özel ilgi göstermektir(16,50,53,70).

Ev ziyaretleri ile; kadınların prenatal sağlık davranışları, sosyal destek ve sunulan hizmetin kullanımı geliştirilebilir ve doğan bebeklerin gestasyon süreleri ve doğum kiloları risk açısından değerlendirilir.Yapılan ziyaretlerle yüksek riskli ailelerin çocuk istismar ve ihmal oranları azaltılır, risk altındaki annenin kendi kişisel gelişmesi arttırılır(eğitimlerini tamamlamalarına yardım,iş bulmak, gelecekteki hamilelik planlarına yardım gibi)(78).

Olds ve arkadaşları çocuk istismarı ve ihmalini önlemede ev ziyaretlerinin etkisini incelediği çalışmalarında, iki yaşına kadar hemşireler tarafından ailenin risk durumuna bakılmaksızın evde ziyaret edilen kadınların bebeklerinin; acil servislere daha az başvurduğu ve kontrol grubundaki bebeklere oranla kaza ve zehirlenme gibi nedenlerle daha az sıklıkta uzman görüşüne gerek duyulduğunu saptamışlardır(76).

Bu nedenle hemşire ve ebeler; özellikle ana çocuk sağlığı merkezlerinde, sağlık ocaklarında, aile planlaması, doğum ve yenidoğan ünitelerinde çalışanlar çok özel bir konumdadırlar ve çocuk istismarında ailelerin “yüksek risk” grubunda olup olmadığını belirlemede çok önemli rolleri vardır.Çocuğun yaşantısının ilk bir-iki yılında müdahale edilebilir ve tehlikeyi yok etmek için tarama teknikleri kullanılabilirse ciddi örselenmeler önlenir(9,16).

Birincil önlemenin amacı, tüm çocukların gelişmelerinin iyi bir biçimde sürdürülebileceği ortamı sağlamaktır.Tüm çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşulları iyileştirmenin yolu sosyal reformlardır.Bir toplumun çoğunluğunun yaşam düzeyini yükseltici herşeyin, aileler ve çocuklar üzerinde olumlu etkileri olacaktır.Kuşkusuz değişikliği sağlamanın başka yolları da vardır.Bunlar tutumları etkilemek ve eğitimidir.Topluluklar çocuklarına daha çok değer vermeye ve onların gereksinimlerine öncelik vermeye

yöneltilmelidir.Bu da, tek tek ailelerle veya tüm toplumla çalışarak gerçekleştirilebilir (50,70).

1.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

İstismar edilen veya ihmal edilen çocuklara her toplumda ve toplumun değişik kesimlerde rastlanmasına rağmen çalışmalar sosyo-ekonomik düzeyi düşük, stresin fazla olduğu ailelerde istismar ve ihmal olaylarına daha fazla rastlandığını göstermiştir.Nedenleri çok çeşitli olmakla birlikte ailenin yaşadığı çevrenin istismar ve ihmalde önemli olduğu bildirilmiştir.Ailenin sosyo-ekonomik düzeyini, stres faktörlerini ve yaşadığı çevreyi tanımada sağlık ocağı bölgesinde çalışan hemşire ve ebeler ev ziyaretleri yapmalarından dolayı çok özel konumdadırlar.

Çocukla ilgilenen hemşireler konuları ne olursa olsun istismar ve ihmalin erken tanı ve tedavisinde, önlenmesinde, aile ve toplumu bu konuda bilinçlendirmede aktif rol almalıdır.Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler ve ebeler riskli çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanısında önemli konumdadırlar.Ana çocuk sağlığı merkezlerinde, sağlık ocaklarında, aile planlaması, doğum ve yenidoğan ünitelerinde, çocuk cerrahisi ünitelerinde, okullarda çalışan hemşire ve ebeler riskli aileleri ve çocukları tanıma ve olayları olmadan önleyebilme yönünden oldukça avantajlıdır(6,9,28).

Bu bakış açısıyla, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda olguları ayırtetme ve riskleri belirlemedeki yetkinliklerini saptamak ve olası bilgi açıklarını giderici ileri çalışmalara ışık tutmak amacıyla bu araştırma planlanmıştır.Bu genel amaç altında;

*Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada bilgi düzeylerini belirlemek,

*Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada bilgi düzeylerini karşılaştırmak,

*Hemşire ve ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin bilgi düzeylerini ne şekilde etkilediğini saptamak da alt amaçlar olarak düşünülmektedir.

1.2.GENEL BİLGİLER

1.2.1.TARİH BOYUNCA ÇOCUK

İnsan yavrusu tüm canlılar içinde en uzun bakım ile büyüyen ve olgunlaşan bir varlıktır.Uzun yıllar korunup, kollanması, desteklenmesi ve yönlendirilmesi gerekir(9,95).

Eski çağlarda çocuğun yazgısı anasının yazgısına sıkı sıkıya bağlıydı.Her ikisi de toplumda kölelerden biraz daha iyi durumdaydılar.Ama bu, her ikisinin mal gibi alınıp satılmasını, döve döve sakat bırakılmasını, kurban edilmesini önleyemiyordu.Örneğin köleci uygarlıklar diye bilinen eski Yunan'da ve Roma'da babaarın çocukları üstündeki hakları sınırsız, egemenlikleri tartışılmazdı.Romalı baba, çocuğunu dilediği gibi cezalandırabilir, alıp satabilir , sakat bırakabilir ve öldürebilirdi(74,94).

Tevrat'ta yazılı on emirden biri ana babaya boyun eğmektir.İbranilerde baba sözünden çıkan ya da baş kaldıran çocuğun cezası taşlanarak öldürülmekti.

Çocuk öldürmek, özellikle sakat doğanları ve kız çocukları bebekken yok etmek her çağda her yerde yaygındı.Eskimolar bebeklerini buzlu suya atar, Araplar kuma gömerlerdi(74).

Hıristiyanlığın doğuşuyla birlikte acıma, düşküne ve güçsüze yardım duyguları toplumlara yayılmaya başladı.Kilise kimsesiz çocukları kanatları altına aldı; onları Tanrı yolunda eğitmeye başladı.Aslında amaç çocukları kurtarmak değil, onları dinin ve Tanrı'nın buyruğuna sokmaktı.Çok geçmeden çocuklar bu kez de din adına, kilise adına ezilmeye başlandı.İncil, çocukların günah ürünleri olduğunu yazıyordu.Onları cehennemlik olmaktan kurtarmak ana babaların göreviydi.Çocukta doğuştan varolan kötülükleri ve içindeki şeytanı kovmak için onu dövme gerekti.Bunun için ana-baba sopayı elden bırakmamalıydı.

İslam dini birçok bakımdan çocuklara karşı öteki dinlerden daha hoşgörülü idi.Örneğin Kur'an yetimlere kardeş gibi davranmayı, mallarına el sürmemeyi öğütler.Çocuklara da ana baba sözü dinlemeleri, saygılı olmaları ve

yaşlıklarında onlara iyi davranmaları öğütlenir.Bu insancıl buyruklar yanında İslam da ana babaya baş kaldırmayı en büyük günahlardan sayar(94).

17-18. yüzyılda İskoçya'da 4-10 yaş arası çocuklar maden ocaklarında ve dokuma fabrikalarında kötü koşullarda çalıştırılıyordu.Sanayi devriminden sonra sokak çocuğu sayısı arttı(74).

Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde 20. yüzyıl başına dek geçerli olan yasalara göre çocuğa ana babasından başka kimse karışamazdı.Ana babaya karşı gelen çocuk uslanıncaya kadar hapse atılabılırdi.1800'de İngiltere parlamentosunda, kendi evlerinde ezilen, işkence gören, aç bırakılan, sokağa atılan çocuklar konusu görüşülüp önlem alınması önerilmiş, ancak "aile içinde olup bitenler yalnız aileyi ilgilendirir" gerekçesiyle öneri geri çevrilmiştir(94).

Çocuk yüzyılı denen 20. Yüzyıl gerçekten çocukluğun altın çağı oldu.Bilimsel buluşlar, teknik yenilikler ve artan refah çocukların yazgısını tümünden değiştirdi.Hekimlikteki ilerlemeler çocukların sağlıklı büyümeleri, hastalıklardan korunmalarını sağladı.Toplumları eskiden kırıp geçiren bulaşıcı hastalıklar bir bir yenildikçe ölümler azaldı, çocuğun değeri yükseldi.Tüm bu gelişmelere karşın, günümüzde dünya üzerinde pek çok çocuğun halen çeşitli kötü muamele ve ihmal biçimleriyle karşılaştığı görülmektedir.Örneğin birçok çocuk beslenme, bakım ya da gözetim yetersizliğinden yaşamlarını yitirmekte, sakat kalabilmektedir.İlgisizlik, kötü muamele ya da türlü ekonomik nedenlerle suç işleyen çocuklar, kendilerine verilen cezaları en ağır koşullar altında çekmektedir.Özürlü çocukların büyük bir çoğunluğuna ise gelişmelerini sürdürebilmeleri için gerekli olanaklar sağlanamamaktadır(94,96).

1.2.1.1.ÇOCUK HAKLARI SÖZLEŞMESİ

Tüm dünya çocuklarının sağlıklı bir ortamda uyumlu bir kişilik gelişim süreci geçirmeleri, gerek ulusal, gerekse uluslararası alanda barış, sevgi ve hoşgörü ortamının oluşmasına önemli katkısı olacağı kuşkusuzdur.Bu gerçeği gören uluslararası kuruluşlar yıllar öncesinden bir iletişim ve etkileşim süreci başlatmışlardır.Çocuğa özgü özel bir ilgi gösterme gerekliliği öncelikle, 26 Eylül 1924 tarihli Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi'nde belirtilmiştir.Ancak

II.Dünya Savaşı'nın çıkması ile bu bildirge kağıt üzerinde kalmış ve savaş sonrası kurulan Birleşmiş Milletler(BM) örgütü 20 Kasım 1959 yılında Çocuk Hakları Bildirgesi'ni tekrar ele almıştır.Oybirliği ile kabul edilmesine karşın kağıt üzerinde kalan bildirge çocuk haklarını; eşitlik, koruma, isim, tabiyet, beslenme, barınma,sağlık, eğitim, sevgi, yetenek geliştirme, fırsat eşitliği, öncelik, sömürüden korunma gibi temel konuların toplandığı 10 maddeden oluşmaktadır(85).

Birleşmiş Milletler 1979 yılını Dünya Çocuk Yılı olarak ilan etmiş ve çocuk haklarının daha da fazla teminat altına alınmasını sağlamak amacıyla konunun bir çocuk hakları sözleşmesi haline dönüştürme hazırlıkları başlatmış ve sözleşme 26 Ocak 1990 tarihinde imzaya açılmış ve ilk gün 61 ülke tarafından imzalanmıştır.Sözleşme 2 Eylül 1990 tarihinde 20 ülke parlamentosunun onayı ile uluslararası niteliğe kavuşmuştur.Ülkemiz ise sözleşmeyi 1991 yılında imzalamış, ancak 10.12.1994 tarihli resmi gazetede yayımlanarak 4058 sayılı kanun maddesi ile yürürlüğe girmiştir(29,82).

Sözleşme; çocukların ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu aile, devlet ve en geniş anlamda topluma vermektedir.Haklar tüm çocuklar için eşit ölçüde geçerlidir.Sözleşmenin hükümleri 18 yaşından küçük herhangi bir kişinin yaşama, gelişme, korunma, katılım gibi bireysel haklarını ayrıntıları ile işleyen 4 temel alanı kapsamakta ve toplam 54 maddeden oluşmaktadır(85).

1.2.2.ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN TANIM VE KAPSAMI

İngilizce'de "child abuse and neglect" karşılığı olarak Türkçe'de farklı sözcükler kullanılmakla birlikte "çocuk istismarı ve ihmali " daha sık kullanılan sözcüklerdir."Abuse" yerine örselenme, ezim, kötü muamele veya istismar sözcükleri kullanılmaktadır(56).

"Child Abuse" terimine Türkçe karşılık bulma sorunu ile birlikte, çocuk istismarı kavramına evrensel bir tanım bulma da önemli bir problem olarak ortaya çıkmaktadır.Bu tanım karmaşası toplumsal ve kültürel değerlerden kaynaklandığı gibi konunun disiplinler arası özelliği nedenine de dayanmaktadır(56).

Genel olarak 18 yaşın altında bulunan çocuklara karşı girişilen ve onların fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişmelerini zedeleyen her türde eylemler çocuk istismarı olarak; onların beslenme, bakım, gözetim, eğitim gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması durumları da çocuk ihmali olarak ele alınmaktadır(28,64,80,94).Bu doğrultuda Kempe ve Helfer(1972) çocuk istismarı ve ihmali; "ana babaların veya çocuktan sorumlu kişilerin giriştiği veya yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocukların kaza dışı hasarlar alması" olarak tanımlamıştır(7,28,96).

İstismar ve ihmali tanımlarken karşılaşılan güçlüklerden biri kültürlerarası farklılıklardan kaynaklanmaktadır.Örneğin bazı İskandinav ülkeleri çocukların hangi amaçla ve şiddetle olursa olsun dövülmelerini bir istismar durumu olarak kabul eder ve yasalarla engellerken; bazı toplumlarda belli şiddet sınırları içindeki dayak bir eğitim aracı olarak kabul görmektedir.İstismarın tanımlanmasında çocuğa yönelik davranışların kültürel anlamlarının, toplum üyeleri ve bu muameleye hedef olan çocuklar tarafından nasıl algılandığının dikkate alınması önemlidir.Nitekim Parke ve Collner(1975) bu görüş doğrultusunda Kempe ve Helfer'in tanımına kültürel boyut getiren bir eklemede bulunmuşlar; bu kavramaları "ana babaların veya çocuğa bakmakla yükümlü olanların giriştiği çocuk yetiştirilmesiyle ilgili kültürel standartlara uygun olmayan eylem ve eylemsizlikler sonucu çocuğun kaza dışı hasarlar alması" olarak tanımlamışlardır(5,7,96).

Buna ek olarak çocuk istismarı ve ihmali kavramlarını tanımlarken bu konuda bilimsel bilgilere sahip uzmanlar tarafından belirlenen asgari standartların kesinlikle değerlendirilmesi gerekmektedir.Bu görüşten hareketle, Garbarino ve Gilliam(1980), çocuk istismarı ve ihmali; "ana baba ya da çocuktan sorumlu kişiler tarafından girişilen toplumsal değerlerin ve uzman görüşünün birleştirilmesi sonucu çocukların sağlığı açısından uygunsuz ve zararlı olduğuna hükmedilen tüm eylem ve eylemsizlikler " olarak tanımlamıştır(18).

Kempe ve Helfer anne ve babanın veya çocuktan sorumlu olan bireyin istismar ve ihmal davranışını 4 kategoride incelemiştir:

- *Fiziksel istismar
- *Cinsel istismar
- *Duygusal istismar
- *Fiziksel ve duygusal ihmal(7,28,64,69,80).

1.2.2.2.FİZİKSEL İSTİSMAR

Çocuğu istismar etme kavramı kaza sonucu olmayan çocukta fiziksel bir hasara, yaralanmaya, hatta ölüme neden olabilen tüm erişkin davranışlarını kapsamaktadır.Bu saldırılar bazen çok hafif çocuğa zarar vermeyecek biçimde olup, bazen de çürükler, morarmalar, kırıklar, çıkıklar, baş travmaları gibi çocuğun ölümüne neden olabilecek kadar ciddi boyutlara ulaşabilmektedir(7,49).

1997 yılı Amerika Birleşik Devletleri(ABD) Çocuk Koruma Servisi kayıtlarına göre 1.054.000 çocuk kötü muamele kurbanı olduğu ve saptanan olguların %22'sinin fiziksel istismar şeklinde gerçekleştiği belirlenmiştir.Türkiye Aile Araştırma Kurumu'nun 1994 yılında 4287 haneye uyguladığı anket sonucunda %34 oranında çocuklara fiziksel şiddet uygulandığı ve ailenin kendi şiddet deneyimlerinin de %70 olduğu saptanmıştır(2).Özellikle küçük çocukların fiziksel istismar sonucu yaşamlarını yitirme riskleri fazladır.1995-1997 yılları arasında ABD'de kötü muamele nedeniyle yaşamını yitiren çocukların %78'inin 5 yaşın, %38'inin bir yaşın altında olduğu ve çocukların büyük çoğunluğunun (%51) fiziksel istismar nedeniyle yaşamlarını yitirdiği saptanmıştır.Güçray'ın yaptığı çalışmada da aile içinde istismar edilen çocukların üçte ikisinin 3 yaşın altında olduğu saptanmıştır(43,51).

Uygulanan kötü davranış genellikle anne ve babalar tarafından elle, kayışla, kırbaçla, sopayla, yumrukla dövme; sıcak metallere, sigarayla, sıcak sıvılarla yakma şeklinde olabilmektedir(3,6,21,38).Oral ve arkadaşlarının İzmir'de takip ettiği 50 olgudan 4'ü boğma, 4'ü zehirlenme, 4'ü yumuşak doku lezyonu, 3'ü kırık, 3'ü beyin kanaması ve 2 olgu da yakma şeklindedir.Bu

olguların %68'inde istismarı uygulayanın baba, %44'ünde anne, %8'inde üvey baba, %4'ünde üvey anne, %10'unda ise aile yakını olduğu saptanmıştır(79).

Fiziksel istismar çeşitli klinik belirtiler vermekte deri, iskelet sistemi, merkezi sinir sistemi başta olmak üzere diğer sistemleri de etkilemektedir.En sık yaralanan, zarara uğrayan organ deridir.Deride morarmalar, ezikler, yanıklar bu çocuklarda sık görülmektedir.Çocuğun vücudunda değişik yerlerde, farklı boyutlarda ve renklerde bir çok sıyrık, ekimoz ve parmak bası izleri saptanır.Saçlı deri yüz, boyun, kalçalar ve eklemlerin çevresi lezyonların en sık görüldüğü bölgelerdir(4,7).

İskelet sistemi çocuğa kötü davranmada zarar gören diğer bir sistemdir.Kafatasında, kol ve bacaklarda, kaburgada, burunda ve yüz kemiklerinde kırıklar sıklıkla kötü davranma sonucu görülmektedir.Kaza sonucu meydana gelen kırıklar daha çok okul çağındaki çocuklarda görülürken, fiziksel istismar ile oluşan kırıklar sıklıkla 3 yaşın altındakilerde görülür(en çok bir yaşın altında)(7,75).

İstismar edilen çocukta etkilenen diğer bir sistem de merkezi sinir sistemidir.1970'lerde bu çocuklar için "Hırpalanmış Bebek Sendromu" terimi kullanılmıştır.Bu klinik durum 1-7 aylık çocukların çok şiddetli sarsılmaları sonucu görülmektedir.Fizik muayenede bu çocuklarda kabarık fontanel, genişlemiş kafa çevresi ve retina kanamaları sık görülen belirtilerdir(25).

Fiziksel istismar teşhisinde yardımcı olacak 7 nokta;

- 1-Tıbbi yardım istemede geç davranılması,
- 2-Kaza hikayesinin gerçekçi olmayıp detaylardan yoksun, kişiden kişiye veya her defasında değişen bir hikaye olması,
- 3-Hikayenin gözlenen hasarı açıklamaması ,
- 4-Anne babanın şüpheli tutumu.Daha çok kendilerini düşünür olmaları(Ne zaman eve döneceğiz gibi sorular sorulması),
- 5-Anne babanın düşmanca davranışları,
- 6-Çocuğun görünüşünün ve anne babayla olan ilişkisinin normal olmaması,

7-Çocuğun yaptığı açıklamalar(7,28,49).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda bazı davranışsal belirtiler de gözlenmektedir.Bu çocuklar düşük özsaygıya sahiptirler.Okulda başarısızdırlar.Okul aktivitelerine katılımları daha azdır.Bu çocuklar sıklıkla bir yetişkinin ona dokunmasından, yaklaşmasından, anne babasından veya eve gitmekten aşırı derecede korkarlar.Ağrı verici uygulamalar yapıldığında tepki göstermez, kolay kolay ağlamazlar(7).

Gerileme(regresyon) bu çocuklarda sık görülen bir davranıştır.Tuvalet eğitimini tamamlamış olsalar bile tekrar altını ıslatmaya başlaması bu çocuklarda çok sık görülmektedir.Ayrıca ileri yaşlarda evden kaçma, hırsızlık, yalan söyleme, ilaç, alkol bağımlılığı gibi durumlar sık görülen davranış bozukluklarıdır(7,23).

1.2.2.2.CİNSEL İSTİSMAR

Tüm toplumlarda çocukların cinsel istismarı yüzyıllardır bilinmesine rağmen yaklaşık son 10-15 yıl öncesine kadar gizli tutulmuş, bu tarihe kadar çocuklara yapılmış olan saldırının insidansı, prevalansı ve travmatik olayın sonuçlarını içeren kişisel ve bilimsel gözlemler ile örtbas edilmiştir(42).

ABD’de Ulusal Çocuk İstismarını Önleme Komitesi’nin (NCPCA) 1996 yılı araştırması, 969.000 çocuğun kötü muamele nedeniyle çocuk koruma servislerinde bulunduğunu ve saptanan olguların %9’dan fazlasının da cinsel istismar olduğunu göstermektedir.Ülke çapında yapılan başka bir çalışmada da yaklaşık 84.320 yeni cinsel istismar olgusu belirlenmiştir(27,91).

Türkiye’de çocuğun cinsel istismarı üzerine konuşulmamaktadır ve 1985 yılı araştırmasına kadar kayıtlı olguya rastlanmamıştır.İspanya’da da cinsel istismar ve incest hala “gizli bir travma” olarak yer almaktadır(37)1985-1986 yılları arasında suç mahkemelerindeki tüm vakalar üzerinde, Türkiye’nin üç büyük kentindeki(İstanbul,Ankara,İzmir) farklı sosyo-ekonomik ve kültürel gruplardaki çocuk istismarı vakalarının nicelik ve tiplerini belirlemek amacıyla bir çalışma yürütülmüştür.Bu çalışma sonuçlarına göre 701(%46) olgu cinsel

istismar, 479 (%68,4) tecavüz ve tecavüze kalkışma ve 10 (%1.4) fahişeliğe teşvik olarak belirlenmiştir.Araştırma verileri göstermiştir ki, suçluların hepsi erkek, kurbanların %54.1'i kadın , %45.9'u erkektir ve cinsel istismara uğrayan erkeklerin yaşları yedini altında, kızların da üzerindedir(36).Devlet İstatistik Enstitüsü 1992 yılı verilerine göre de Türkiye'de 9259 cinsel istismar vakası belirlenmiştir(2).

Cinsel istismar karmaşık bir olaydır.Olaya hukuki, sosyal ya da psikolojik yönden bakıldığında farklı değerlendirmelerle karşılaşılmaktadır (44).

Cinsel istismar, ilk defa 1978'de Kempe tarafından "olgunlaşmamış çocukların anlamadan ve kendileri istemeden seksüel ilişkide kullanılmaları" olarak tanımlanmıştır.Bunu izleyen yıllarda çeşitli tanımlamalara rastlanmaktadır.Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi'nin (NCCAN) tanımına göre; çocuk ve erişkin arasında temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin seksüel stümilasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismarından söz edilebilir.Cinsel istismar, eğer bir çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa veya bariz bir yaş farkı varsa iki çocuk arasında da gerçekleştirilebilir (7,12,42,87).

Bu tanımlamalar ışığında; bir erişkin ya da yaş ve güç olarak daha büyük bir çocuğun cinsel uyarı veya doyum sağlamak amacı ile psikoseksüel olgunluğa erişmemiş olan çocuğa yaklaşarak ondan yararlanması durumunda çocukta cinsel istismardan sözedebiliriz (42).

Literatür cinsel istismarı iki grup altında toplamaktadır:

1.Dokunma olmaksızın yapılan istismar (sataşma): Sözel istismar, açık saçık konuşma, teşhircilik, röntgencilik.

2.Dokunma ile gerçekleştirilen istismar:Dokunma, müstehcenlik, fuhuş, tecavüz, incest yer alır (28,42,44,64,87).

Suçlular ve mağdurlar erkek veya kadın olabilirler, ancak suçlunun erkek ve mağdurun kadın olduğu durumlar bildirilen olaylar arasından en çok rastlanılanıdır.Suçlu bir yabancı, tanıdık, akraba veya daha yakın bir aile üyesi olabilir.Suçlu anababalardan biri veya ana babanın yerini tutan biri

(büyükanne, büyükbaba, üvey veya koruyucu anababa, ağabey ya da abla) olduğunda cinsel istismara “insest” (fücur) denir (63).

İnsest terimi medya tartışmalarında ve cinsel istismar konusunda çalışan profesyoneller tarafından yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bu terim, aralarında kan bağı olan kişiler arasındaki cinsel ilişki anlamında kullanılmaktadır. 1980’lerden beri insest terimi birçok uzman tarafından kullanılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, eğitimciler, psikologlar ve diğer uzmanlar insest kelimesini çocuklara girilen tüm cinsel istismar çeşitlerini kapsayacak şekilde genişletmişlerdir. Diğer taraftan insest yalnızca kan bağına belirtmez, daha da önemlisi kurban ve suçlu arasındaki duygusal bağıdır. Bu kaçınılmaz bir aile bağıdır. Baba, baba olmaya devam eder ancak aralarındaki cinsel ilişki devam eder ve istismara uğrayan yaşamının sonuna kadar bununla yaşamak zorundadır (83).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada 1986-1992 yılları arasında 31 insest olgusu saptanmıştır. İnsest oldukça düşük olmasına karşın, aile içi cinsel istismarın yaygın olduğu düşünülmüştür. Tecavüz olgularının 20’si baba, 4’ü ağabey tarafından gerçekleştirilmiştir. İstismar genelde tek bir eylem olarak kalmamış ve daha sonra da yinelenmiştir. İstismar süresi ortalama 3 ay sürmüştür (12). Paradise ve arkadaşlarının cinsel istismara uğramış 154 çocuk ile yaptıkları çalışmada; cinsel istismarın 154 çocuktan 22’sinde 1-6 ay, 24’ünde 6 aydan daha uzun süre devam ettiği saptanmıştır (81).

Çocukluk döneminde cinsel istismarı yaşamış olan çocuklara cinsel ilişkilerle çeşitli hastalıkların bulaştırıldığı, cinsel organlarda çeşitli enfeksiyonların ve lezyonların ortaya çıktığı gözlenmiştir. Tecavüzlerin çocuğun yaşı ve saldırganın davranışları ölçüsünde- önemli fiziksel travmalar yarattığı, vajende, perinede ve anüste yırtılmaların görülebildiği ve buna bağlı kanamalar nedeniyle de çocukların öldüğü bildirilmiştir. İstismara uğrayan çocukların sıklıkla genital bölge, ağız, kol, ense ve bacaklarında ekimoz ve sıyrıklar, ısırık izleri görülmektedir. Ayrıca bu çocuklarda yürümede ve oturmada güçlük, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, vajinal ve genital bölgede

ağrı, Şişme ya da kaşıntı, tekrarlayan ũriner sistem enfeksiyonları görülmektedir(7,12,65,67).

Cinsel istismarda fiziksel kanıtların yokluğu, davranış bulgularını önemli hale getirmektedir.2 yaŐındaki bir çocuğun bezi veya kilotu açıldığında korku belirtileri göstermesi, yine daha büyük bir çocuğun genital muayenede aşırı korku ve endiŐe göstermesi cinsel istismardan Őphelendirmelidir (7).

Cinsel istismarın yol açtığı mental ve duygusal sorunların olaydan hemen sonra baŐladıđı değişik boyutlarda algılandığı ve uzun süreli reaksiyonlara yol açtığı bilinmektedir.Olayın algılanması ve verilen tepkilerin mağdurun yaşı ile ilgili olduğu gösterilmiştir.Davranış ve duygusal bozukluklar, uyku bozuklukları, regresyon, yaşama küskünlük, ambivalans, kaderci tutum alma görüldüğü, suçluluk hissedildiği, sosyal iliŐkilerden kaçınıldığı, insanlara karşı güvensiz tutum alındığı, cinsel olgunlaŐmanın aksadığı, Şiddetli depresyonlar, özkıyım düŐünce ve giriŐimlerinin olduğu, bazı psikiyatrik tabloların ortaya çıktığı belirlenmiştir (7,44,91).

Çocuğun cinsel olaylar hakkında ilgi ve bilgisinde gözlenebilen anlamlı farklılıklar değerlendirilmesi gereken ciddi bir ölçüt olabilmektedir.Yineleyen cinsel travmalarda ise belirtilen çeŐitliliđin arttığı, somatizasyon, yeme bozuklukları özellikle bulumia nevroza, amneziler, derealizasyon ve depersonalizasyon ile de ciddi psikotik tablolara yol açtığı gözlenmiştir.Mağdurlarda savaş kurbanlarında saptanan bulgulara benzer bulgular saptanmıŐ ve bu durum "post travmatik stres " olarak deđerlendirilmiŐtir (11,40) .

İngiltere'de bazı istatistikler, sokak fahiŐelerinin %75,80'i ile erkek fahiŐelerin tamamının, intihara kalkıŐanların %60-80'inin, kronik kaçma eğilimlilerin %75'inin, kronik suç eğilimlilerin %40'ının çocukluklarında cinsel istismara uğradığını ortaya koymuŐtur.Cinsel istismara uğrayan kişinin sıklıkla istismarcı haline geldiği de gözlenmiştir (12).

Cinsel İstismarın yol açtığı diğer bir sorun da alkol kötüye kullanma davranışıdır.Birçok çalışmada cinsel istismar öyküsü olan kadınların, böyle bir durumla karşılaşmayan kadınlara göre alkol istismar etme oranlarının daha

yüksek olduğu bulunmuştur.Yapılan başka bir çalışmada da çocukluğunda cinsel istismara uğrayan kadınlarda diğerlerine göre alkolizm gelişme riskinin 9 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (38).

İstismar edilen kişilerin, acilen aileleri ile birlikte destekleme tedavilerine ve uzun süreli rehabilitasyon programlarına alınmaları gerekmektedir.Cinsel istismarda, mağdurlara saldırıdan sonraki her aşamada gerekli medikal, mental ve sosyal tedaviyi vermek ve kişiyi topluma yeniden kazanabilmek, ona olayı birkez daha yaşatmamak ve olaydan en az zararla kurtarmak için çalışmalar yapılmalıdır (12,24).

1.2.2.3.DUYGUSAL İSTİSMAR

İstismar türleri arasında yapılan eylemler ve sonuçlar açısından görülüp ölçülebilmesi daha güç olan duygusal istismarın incelenmesi daha yakın zamanlarda güncellik kazanmıştır (56).

Psikolojik örselenme ya da duygusal ezim tüm kötü muamele biçimlerini şemsiye gibi altında toplayan bir olgudur.Tek başına varolduğu gibi, fiziksel ve cinsel istismarla da birlikte bulunur.Hatta fiziksel ve cinsel istismarın somut hasar, izleri yokolduktan sonra da duygusal ezim devam eder (39).Zeytinoğlu'nun uzman bildirimlerini kapsayan araştırmasında, psikolojik kötü muamele en üst düzeyde (%78.3) sözü edilen ezim türü olarak ortaya çıkmıştır (96).

Duygusal istismar ilk kez 1974 yılında ABD'de "Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Sağaltımı" isimli yasada mental hasar (mental injury) terimiyle dikkati çekmiştir.Daha sonra çocukta özsaygı ve insanlararası ilişki becerisinin önlenmesi ya da cezalandırılması, psikolojik benliğin yara alması, çocuğun doğal etkinlik sınırları içinde gelişiminin zedelenmesi gibi geniş ve belirsiz kavramlarla çalışılmıştır (7,61).

Duygusal istismarı tanımak ve tanımlamak oldukça güçtür.Duygusal istismar (ezim); çocuğun bakımı ve eğitimi ile yükümlü kişilerin toplumsal ölçütlere ve uzmanların bilimsel görüşlerine göre, çocuğa zarar verici davranışları yaparak ya da bazı davranışları yapmayarak çocuğa zarar

vermeleri olarak tanımlanmaktadır.1983'de Çocuk ve Gençlerin Psikolojik istismarı Uluslararası Konferansı'nda üstünde anlaşmaya varılan tanım şudur:

“Çocuk ve gençlerin psikolojik istismarı yapılan veya yapılması gerekip de yapılmayan ihmal edilen, toplumsal ve bilimsel standartlara göre psikolojik yönden hasar verici oldukları saptanan davranışlardır”.Bu davranışlar; yaş, statü, bilgi, konum gibi özellikleri ile çocuk veya gencin üstünde güç ve etki sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından uygulanır.Bu yetişkin davranışları çocuğun davranışlarına, bilişsel, fiziksel veya duygusal işlevlerine, etkinliğine, gelişimine ya hemen ya da ileride hasar verir (7,39).

Duygusal istismara yol açtığı düşünülen ebeveyn davranışları şöyle gruplandırılmıştır:

- *Reddetme
- *Aşağılama
- *Ayırma, yalnız bırakma
- *Yıldıрма, korkutma
- *Kışkırtma, ayartma
- *Görmezlikten gelme
- *Duyguların ifadesini engelleme(56,61).

Bunlara ek olarak Finkelhor ve Korbin, “yetişkinleştirme” kategorisini katmışlardır.Bu da yaş ve gelişimsel yönden çocuktan kapasitesinin çok üstünde beklentiler olmasını kapsamaktadır.

Çocuk ve gençlerde görülebilecek duygusal ezim sonuçları uzun bir liste oluşturmaktadır.Parmak emme, ısırma, sallanma, altını ıslatma ve enkoprisis, yeme bozuklukları, hiperaktivite, aşırı içedönüklük, güçsüzlük duygusu, dış kontrol odaklı olma, saldırganlık,aşırı pasiflik, hırsızlık, yalan söyleme gibi anti sosyal davranışlar, olumsuz benlik kavramı, depresyon, uyku bozuklukları, aşırı kaygı, fobiler, obsesyon gibi nevrotik reaksiyonlar, intihar girişimi veya intihar, bilişsel ve duygusal gelişmede duraklama, hafıza bozukluğu, oryantasyon bozukluğu, aşırı bağımlılık gibi belirtilerin yanısıra annelerin çocuğun duygusal beslenme ihtiyaçlarını tam olarak yerine getirememesi

sonucu “organik temeli olmayan büyüme geriliği” (non organic failure to thrive) görülmektedir (7,39,56,61,89).

Günümüzde giderek daha çok benimsenmekte olan ekolojik bakış açısı, çocuğa kötü muameleyi değerlendirirken tüm sistemlerin ilişkili değişkenlerini ele almaktadır. Böylece, psikolojik kötü muamele sadece kişisel olarak, ebeveynin bir davranışının değerlendirilmesi değil, aile içi ilişkilerin tümü, anne baba çatışmaları, işsizlik, parasal-sosyal destek sistemleri toplumsal olarak fiziksel disiplinin kabulüne kadar her tür değişkenin değerlendirilmesini gerektirir. Araştırmalarda ve önleyici programlar üretirken bu bakış açısı kullanıldığı sürece daha etkin olunacağına hiç kuşku yoktur (39).

1.2.2.4. İHMAL

Ana babanın çocuğa bakma ve koruma yükümlülüklerini gereğince yerine getirmemeleri biçiminde tanımlanan ihmal ve istismarı birbirinden ayırmak kolay değildir. Ailenin çocuğun büyümesi ve gelişmesi için gerekli ortamı sağlamaması daha çok ihmal kapsamında ele alınmaktadır (18,42). İstismar ve ihmali birbirinden ayıran özellikler istismarın aktif, ihmalin pasif olduğu ve istismarın daha çok psikolojik strese bağlı olarak ortaya çıktığı şeklinde ifade edilmektedir. İhmalin de fiziksel, duygusal ve cinsel boyutları vardır (7,23,28,35,61).

Fiziksel ihmal, çocuğa yeterli besin, giyecek, barmak, tıbbi bakım, eğitim veya fiziksel olarak güvenli bir ortam sağlanmamasıdır (7,23,64,71). Bebekler ve küçük çocuklarda genellikle yeterli beslenmeme nedeniyle yavaş büyüme ve gelişme geriliği görülür. Çok az kilo alımı ve büyümede durma şeklinde ortaya çıkan bu durum, “organik olmayan büyüme geriliği” olarak adlandırılır ve çocuklarda sıklıkla rastlanır (64,71). Başlangıçta çocukların boyları ve baş çevrelerinin ölçümleri normalin biraz altında olabilir, ancak beslenmede yetersizlik devam ederse bu ölçümler de etkilenir. Beslenme yetersizliğinden en çok çocuğun kilo alımı etkilenir (88).

Yine küçük çocuklarda hijyenik bakımın iyi olmaması, çocuğa bakımın iyi yapılmadığını gösterir. İhmal edilmiş çocukların çoğu hava durumu ile

uygun olmayan veya çok kirli ve bakımsız giysiler içindedirler.Ufak çocuklarda, çocuğun oksipital bölgesindeki saçsız alanın bulunması da çocuğun uzun süre aynı pozisyonda bırakılmış olduğunu düşündürür.İhmal edilmiş çocukta diş sorunları, aşılamanın eksik veya hiç yapılmamış olması veya tedavi edilmemiş enfekte yaralar tıbbi bakım eksikliğini gösterir (8).

İhmal edilmiş çocuklar sıkılgan, pasif, yabancılardan ve erişkinlerden korkan, rahatlama için kendi parmaklarını emen çocuklar olarak karşımıza gelebilir.Bu çocukların okulda öğrenme güçlükleri, okuldan kaçma gibi alışkanlıkları olabilir (8,28).

Duygusal ihmal, çocuğa emosyonel destek ve bakımın tam verilmemesi, çocuğun gelişimi için uygun uyarıların oluşturulmamasıdır.Duygusal ihmal çocuğun sürekli azarlanması, yıldırılması ve reddedilmesi, ayrıca çocuğa yeterli sevgi ve ilginin verilmemesidir.Ailenin aşırı koruyucu olması da bu ihmale dahildir.Çünkü aşırı koruyucu aile çocuğun istenilen sağlıklı gelişmesini engelleyebilir.

Duygusal ihmale uğrayan çocuklarda fiziksel, zihinsel gelişme geriliği, beslenme bozuklukları, enürezis, uyku bozuklukları görülebilir.Bu çocukların kendilerine ve çevredeki bireylere yönelik kontrol edilemeyen saldırgan davranışları olabilir.Tırnak yeme, alışılmamış korkular, intihar girişimleri görülebilir.Bu çocuklarda gülümsemenin olmaması ve anksiyete sık görülen belirtilerdir.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar göz göze iletişime de giremezler (8,61).

İhmal ve istismar edilmiş, sadece ihmal edilmiş ve istismar ve ihmal edilmemiş çocuk grupları üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda sadece ihmal edilen çocukların dil gelişiminde geri kaldığı bulunmuş, ihmalin dil gelişiminde çevreye güvensizlikten daha çok rol oynadığı üzerinde durulmuştur (23).

Tüm bunlardan anlaşılacağı gibi, ailenin rehberliği çocuğun gelişiminde çok etkilidir.Kusurlu aile davranışları sağlıksız bir gelişimin ve uyumsuzlukların başlıca kaynağını oluşturur.Ana baba çok şey vererek veya

hiçbir şey vermeyerek çocuğu ihmal ve istismar edebilirler, önemli olan sevgi ve disiplinin, ödül ve cezanın yerinde ve zamanında kullanılmasıdır.

1.2.2.5.TÜRK HUKUK SİSTEMİNDE ÇOCUK İSTİSMARININ YERİ

Türkiye’de çocuk istismarı konusunda düzenlenmiş ayrı yasa bulunmamaktadır.Çeşitli yasalarla çocukların sağlığı koruma altında tutulmaya çalışılmış, yasalarda içerisinde istismarı ve ihmali önlemeye yönelik hükümlere yer verilmiştir.Bu yasaların önde gelenleri: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, Çocuk Mahkemeleri Kanunu, Türk Ceza Kanunu (TCK) ve İş Kanunu.

Çocukların sağlığını korumaya yönelik; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 6.Bap ve 1.Fasil’ında “Çocukluk ve Gençlik Koruması” başlığı altında 158-160-165 maddelerinde yer almaktadır.

Madde 158:Yedi yaşından aşağı metruk, öksüz veya babası ve anası hayatta çocukları gerek para ile ve gerek parasız kabul ederek bakan resmi ve hususi bütün müesseseler Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletinin murakabe ve teftişine bağlıdır.Bu tarzdaki müesseselerin küşadı, sahipleri tarafından vekaletle ihbar olunur.

Madde 160: Kabul ettikleri çocukların sıhhat ve hayatlarını muhafaza için lazım gelen vasıtalar noksan olur veya çocukların sıhhat ve hayatını duçar tehlike eden mahzurlar mevcut bulunursa 158-159. Maddelerde zikredilen müesseseler ve şahıslar, sıhhat memurlarının tahrirri ihtarlarıyla bu noksanlar ve mahzurları izaleye mecburdurlar.Bu ihbarları on beş gün zarfında icra etmeyenlerin çocukları nezdlerinde bulundurmalarına müsaade edilemez ve müesseseleri kapatılır.

Madde 165: On yaşından aşağı çocuğun babası, anası veya öksüz olanlarda sair hısımları tarafından hayat ve sıhhati ve ahlakını tehlikeye maruz bırakarak fena muameleye, teşviklere veya cebre duçar olduğu takdirde bunların belediyeye veya Devlet müesseselerine kabul edilmek üzere nezdinde bulunduğu kimselerden ayrılması caizdir.

Yine Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 7.Babında "İşçiler Hıfzıssıhhası" başlığı altında 173-174. Maddeler çalışan çocukları korumaya yönelik hükümler yer almaktadır.

Madde 173: On iki yaşından aşağı bütün çocukların fabrika ve imalathane gibi her türlü san'at müesseseleriyle maden işlerinde amele ve çırak olarak istihdamı memnudur.

On iki yaş ile on altı yaş arasında bulunan kız ve erkek çocuklar günde azami sekiz saatten fazla çalıştırılmaz.

Madde 174: On iki yaş ile on altı yaş arasında bulunan çocukların saat yirmiden sonra gece çalışmaları memnudur (46).

Çocuk istismarının birçok çeşidi ayrı tutulduğunda, çocuğun fiziksel istismarını önlemeye yönelik hükümler esas olarak TCK'nun 9.Ba, 6.Fasıl'ında "Terbiye ve İnzibat Vasıtalarının Suistimali ve Aile Efradına Karşı Fena Muamele" başlığı altında 477-478-479. Maddelerinde yer almaktadır.TCK'na göre (4,60,90);

Madde.477 (Terbiye yetkisinin kötüye kullanılması):Büyümek, okutmak, bakmak, korumak veya sanat öğretmek için kendine teslim edilen çocuk üzerindeki eğitmek ve itaat ettirmek yetkisini kötüye kullanarak o kimsenin sağlığına zarar veren veya tehlikeye düşüren kimse 18 aya kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde.478 (Aile fertlerine kötü muamele): Ailesi ile birlikte yaşayan 12 yaşından küçük çocuğa sevecenlik ve bağışlayıcılığa uymayan biçimde davrananlara 30 aya kadar hapis cezası verilir.Bu biçimde davranan sıhren veya neseben usul ise verilecek ceza 3 aydan 3 yıla kadar hapistir.

Madde.479 (Velayet veya vesayetin kaldırılması):Çocuğa sevecenlikle ve bağışlayıcılıkla bağdaşmayan biçimde davranan kişi veli veya vasi ise çocuk üzerindeki velayet veya vesayet hakkını kaybeder.

Sonuç olarak; bu tür davranışlara maruz kalan çocukların korunmaya muhtaç çocuk olarak nitelendirilip, kendilerine Çocuk Mahkemeleri Kanunu'nun 10. Maddesinde öngörülen tedbirlerden birinin uygulaması mümkündür.

Çocuk istismar ve ihmali bildirme yükümlülüğü ile ilgili hükümler:

Türk Hukuk Sistemi'ne göre, genel olarak kamu görevlisi olmayan kimselerin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olayları bildirmek yükümlülükleri yoktur. Bunun tek istisnası ise 7 yaşından küçük terkedilmiş bir çocuğu bulan kişinin, bunu ilgili makamlara bildirmek yükümlülüğüdür (TCK 476, f.1). Ancak Devlet memurlarının ve bazı meslek sahibi kişilerin suç sayılan fiilleri bildirmek konusundaki genel yükümlülükleri, birçok çocuk istismarı ve ihmali olayını da kapsayacak biçimde düzenlenmiştir. TCK'nun 235. maddesine göre Devlet memurları görevlerini yaptıkları sırada, görevlerine ilişkin bir suç işlendiğini öğrendikleri halde bunu ilgili makamlara bildirmezler veya bildirmekle gecikirlerse 4 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılırlar. Ayrıca bildirmedikleri veya bildirmekle geciktikleri suçun önemine göre geçici veya süresiz memuriyetten men cezasına çarptırılırlar.

Öte yandan, yine aynı yasanın 530. maddesine göre; doktor, ebe, sağlık memuru vb. sağlık görevlileri, memur olmasalar dahi tedavi ettikleri kişilerin aleyhine işlenmiş cürüm izlerine rastlarlar ve o kimseyi tedavi ettikten sonra durumu adli makamlara veya polise bildirmezlerse hafif para cezasına mahkum edilirler. Ancak, durumu ilgili makamlara bildirmeleri halinde tedavi ettikleri kişi kovuşturmayaya uğrayacaksa, bu kişilerin bildirme yükümlülükleri ortadan kalkar.

Çocukların cinsel istismarı, terki, fuhşa teşvik edilmesi, ihmal edilerek yaralanması veya ölmesi, kötü muameleye maruz bırakılması, dilencilikte kullanılmaları veya dilenmelerine izin verilmesi Türk Ceza Kanununca suç sayılmaktadır. Bu nedenle devlet memurlarının görevlerini yaptıkları sırada, görevleri ile ilgili olarak bu suçlardan birinin işlendiğini öğrendiklerinde, bunu ilgili makamlara haber vermek yükümlülükleri vardır (61).

İstismar ve ihmal edilen çocuklar aynı zamanda korunmaya muhtaç çocuklar olduğundan, istismar ve ihmal olaylarına tanık olan kişiler bunu İl Sosyal Hizmet Müdürlüklerine ya da çocuk mahkemelerine bildirebilirler (28).

1.2.3.ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİ HAZIRLAYICI NEDENLER

1.2.3.1.AİLEDEN KAYNAKLANAN NEDENLER

Aile ortamı dendiğinde çoğunlukla eşlerin birbirleriyle ve çocuklarıyla ilişkileri anlaşılmaktadır.Yapılan birçok çalışmada, çocuk istismarı ile aile ve ailenin sosyal sistemi arasında ilişkinin olduğu vurgulanmıştır (20,23).

Çocuk istismarı ve ihmalden sorumlu olan bireylerin genellikle anne babalar olduğu görüldüğünden ebeveyn özelliklerinin araştırılmasına ağırlık verilmiştir.Önceleri çocuğuna kötü davranan ve ihmal eden ebeveynlerde şizofreni, manik depresif, psikopat gibi ruh hastalıkları olduğu düşünülmekteydi.Halbuki yapılan çalışmalarda bu ailelerin çoğunun bir süre önce ciddi hayal kırıklığına uğradıklarını, çocuklarına karşı kırgınlık, kızgınlık, kıskançlık, onu reddetme gibi karmaşık duygular içinde oldukları gözlenmiştir.Bu ebeveynlerin sadece %10'unun bazı ruhsal sorunları olduğu ve ruh hastası olarak tanımlanabileceği bildirilmiştir (8).

Çocuğuna kötü davranan ve ihmal eden ailelerin tümü için geçerli olmamakla birlikte ailelerde bazı benzer ortak özellikler dikkati çekmektedir.Ailelerin önemli benzer özellikleri hemen hemen hepsinin çocukluklarında kendilerine de kötü davranılmış veya kötü davranılan, ihmal edilen bir kardeşe tanık olmuş olmalarıdır.Çalışmalar bu ebeveynlerin çoğunun sürekli bir bakıcının elinde kalan veya düzenli bir bakımın verilemediği parçalanmış ailelerden geldiklerini göstermiştir (8,13,23).

Çocukluğunda istismar edilen kişilerde aşırı heyecanlanma ve kaygı, çok telaş ve hareketlilik, zaman zaman halüsinasyonlar ve sık sık geri çekilme davranışları vardır.Ayrıca duyguları aşırı uyarma, zorlanma, depresyon, kendine yönelik düşmanlık duyguları, özellikle alkol ve ilaç bağımlılığı bu grupta görülen özelliklerdir (23).

Çocuk istismarı ile ilgili olduğu düşünülen bazı kişilik özellikleri arasında narsistik eğilimler, zayıf tepki kontrolü, ısrarcı tutum, düşük benlik kavramı, aşırı kaygı ve empati kuramama gibi nitelikler dikkati çekmektedir (8,61).

Çocuğuna kötü davranan anne babalar çocuğun normal büyüme-gelişme sürecini ve çocuğun belli bir olgunluğa erişmeden bazı işlevleri yapacağını bilmemektedir.Çocuktan bir erişkinin olgunluğunu ve sorumluluğunu üstlenmesini bekleyebilirler (8).

Çocuğuna kötü davranan ve ihmal eden ebeveynlerin diğer ortak özelliği anne yaşının çok genç olmasıdır.Çocuğa kötü muamele ile anne yaşı arasındaki ilişkiyi tanımlayan 23 çalışmadan 14'ünde anne yaşı risk faktörü olarak bulunmuş ve 9'unda genç anneliğin çocuğa kötü muameleyi arttırmayla bir bağlantısının olmadığını saptamıştır.Hiçbir çalışma genç anneliğin çocuğa kötü muamele riskini azalttığını ortaya koymamıştır (4,8,16,23,28,56,89).

Anne babanın çocuğunu disiplin etme isteği de istismar olasılığını arttırmaktadır.Yapılan bir çalışmada çocuklarına kötü davranan ailelerin etkisiz ve tutarsız disiplin yöntemlerine başvurdukları ve sıklıkla çocukların davranışlarını kontrol edemediklerini belirtmişlerdir.Araştırmaya katılan annelerin bazen aşırı ilgili, bazen cezalandırıcı bazen de aşırı ilgisiz oldukları gözlenmiştir (8,61).

Ailede yaşana yoğun tartışmalar ve eşlerin birbirine yönelik şiddet içeren kavgaları da çocuğun istismarına yol açan etmenler arasında sayılabilir (13,21,56).

Aile İçi Şiddet ve Çocuk İstismarı

Aile içi şiddet; kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde; zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, güç göstermek, öfke gerginlik boşaltmak amacıyla bir bireyden diğerine yöneltilen şiddet davranışıdır.Aile içi şiddet toplumun her kesiminde olmaktadır ve belli bir etnik veya sosyo-ekonomik grupla sınırlı değildir (45,73).

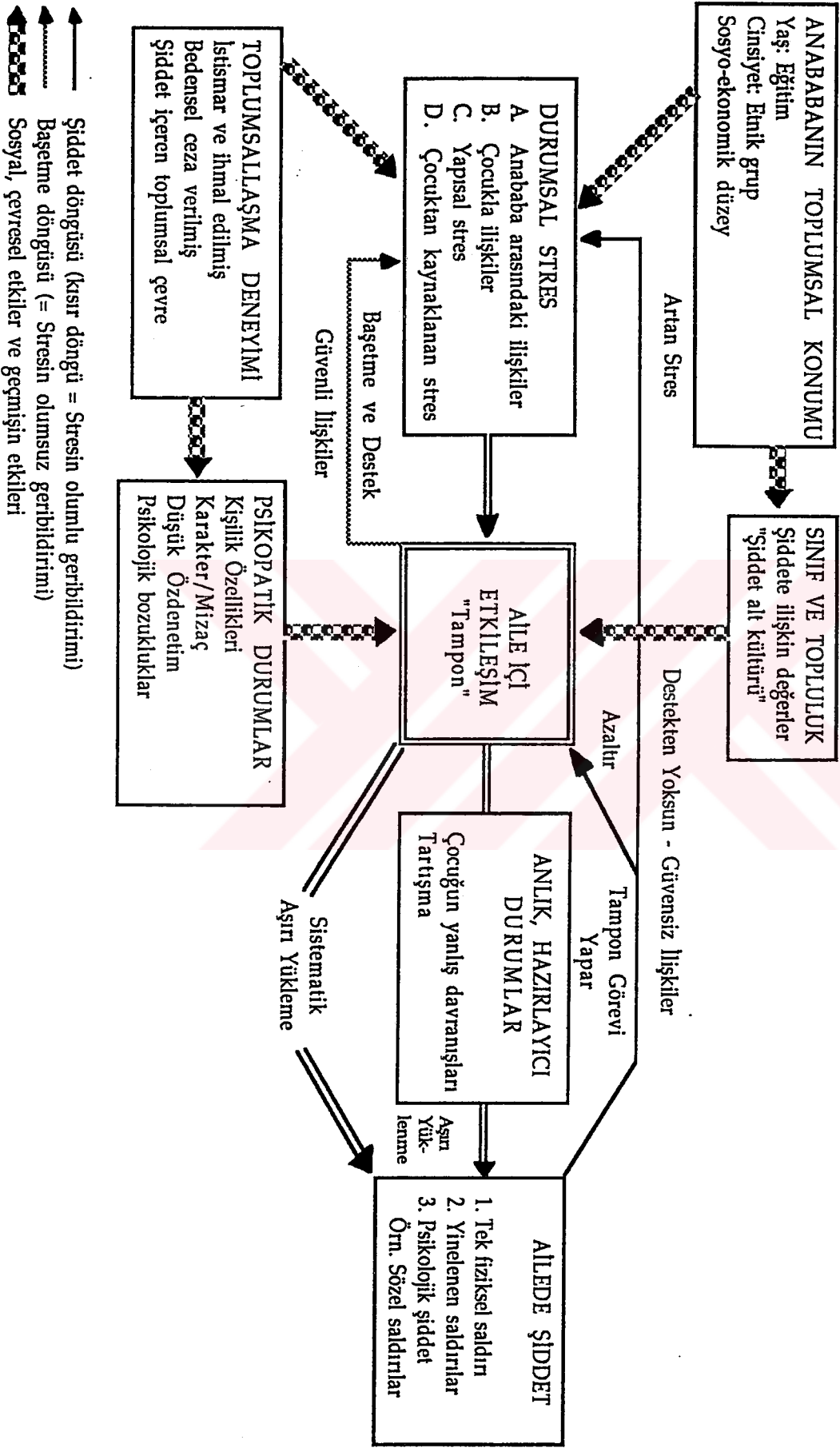
Geçen on yıldan beri, aile içi şiddet ve çocuk istismarı günlük gazetelerde ve haber bültenlerinde giderek artarak yer almaktadır.Bu hikayeler; eşler arasında, yetişkinlerin kendi çocuklarına ya da savunmasız yaşlı akrabalarına karşı ıstırapla tanımlanan şiddet davranışları toplumun ilgisini arttırmaktadır.Bu durum bizleri, aile içi şiddeti modern toplumların ortak olayı

olarak algılamamıza ve eşler arasındaki istismar ve çocukların fiziksel istismarını ortak faktörler olarak görmeye yönlendirmiştir. Polis kayıtlarına dayalı gazete haberleri; İngiltere’de adam öldürme vakalarının %42’sini ailesel tartışmaların oluşturduğunu ve ailesel kurbanların üçte birinin de çocuklar olduğunu göstermektedir (21).

Kanada’da 5 cinayetten biri aile içi şiddet sonucunda gerçekleşmekte, bu cinayetlerin %85’i erkekler tarafından kadına yapılmaktadır. Ayrıca şiddet içeren aileler şiddet içeren aileleri doğurmaktadır. İstismar edenlerin %50’si ve istismara uğrayan kadınların %30’u şiddetin olduğu ailelerde yetişmiştir. Eğer şiddetin kuşaktan kuşağa geçişini durdurmak istiyorsak, öncelikle bu aile modelleri tanınmalı ve müdahale edilmelidir (47).



ŞEKİL 1. AİLE İÇİ ŞİDDETİN NEDENLERİNİN BÜTÜNLEŞTİRİLMİŞ PSİKOSOSYAL MODELİ



Şekil 1.Aile İçi Şiddetin Nedenlerinin Bütünleştirilmiş Psikososyal Modeli

Çocuk istismarı ve diğer aile içi şiddet biçimleri ile sonuçlanan durumsal stres etmenlerinin ortaya çıkmasına ailedeki etkileşimsel ilişkiler aracılık eder ve buna temel oluşturur.Aile bireyleri arasındaki güven verici ilişki, stresin etkilerine karşı tampon görevi yapacak ve ailede başatme stratejilerinin uygulanmasını kolaylaştıracaktır.Tersine güvensiz ya da kaygı verici ilişkiler, stres altındaki ailede tampon görevi görmeyecek, tartışma veya çocukların yanlış davranışları gibi bir baskı, fiziksel veya duygusal saldırılarla sonuçlanacaktır.Genel olarak bu saldırıların var olan kişilerarası ilişkilere olumsuz etkileri olacak ve bunlar tampon etkisinin daha da azalmasına neden olarak stres etmenlerinin, sistemi bir kez daha ele geçirmesini kolaylaştıracaklardır.Böylece sürekli stresin tekrarlanan fiziksel saldırıya yol açtığı bir kısır döngü oluşacaktır.Bu durum eğer müdahale edilmezse giderek kötüleşecek ve şiddet döngüsü diye adlandırılabilir bir sonuca yol açacaktır (16).

1.2.3.2.ÇOCUKTAN KAYNAKLANAN NEDENLER

Hiçbir anne çocuğunu herhangi bir neden olmadan istismar etmez.Çocuğu azarlama, itip kakma, çimdikleme, dövme hep çocuğun bir takım davranışlarına mal edilir.Anne ve babanın beklentilerine cevap vermeyen çocuğun istismar edilme olasılığı artar.Bu beklentiler çocuğun davranışları yanında diğer bazı özelliklerini de kapsar (23).

Anne babalar ailedeki tüm çocuklara kötü davranmazlar.Ailedeki belirli(özel) çocuklara kötü davranır ve ihmal ederler.Bu belirli veya özel çocuk terimi genel olarak ailenin istediği ve beklediğinden farklı bir çocuğu tanımlar.Farklılık fiziksel veya sosyal olabilir.Eğer aile çocuğun kendi gerçeklerine uymadığını belirtiyorsa bu çocuk aile için “özel “ çocuktur (23,69).

İstenmeyen gebelik çocuğa belirli bir fiziksel zarar vermese de psikolojik atmosfer (ailenin yaşam stili, ailedeki psikolojik hava, annenin çocuğa karşı davranışları) çocuk sağlığında önemli bir etkiye

sahiptir.İstenmeyen gebelik, çocuğun duygusal gelişmesine etkisiz olabilecek bir risk faktörü olarak düşünülmelidir (84).

Çocuk istismarında ana babanın kişilik yapısı ve bireysel özellikleri kadar, çocuğun kişilik yapısı ve bireysel özellikleri de önem taşımaktadır.Aile sessiz, sakin, pasif bir çocuk beklerken; aktif, atak, meraklı, zeki bir çocukla karşılaştığında bu durumu kabullenmekte güçlük çeker ve bu da çocuğa kötü davranma eğilimini artırır (8,23).Annelerle yapılan görüşmelerde bu özelliklerin hemen hepsi yaramazlık, söz dinlememe biçiminde ifade edilmektedir.Yavuzer yaramazlığı; ”yerinde duramama, şımarıklık, huysuzluk, kurallara karşı gelme” şeklinde tanımlamaktadır.Bu davranışlar gelişimin doğal bir görüntüsü olabildiği gibi doğuştan gelen fizyolojik bir bozukluk sonucu ya da anne babanın yanlış eğitimi ile oluşabilir (23,91).

Literatürde çocuğun cinsiyeti ile istismar arasındaki ilişkiye yönelik bulguların belirli bir yönde toplanmadığı görülmektedir.Çocukluğunda veya gençliğinde kendisini istismar eden baba ve erkek kardeşe sahip olan kadınların onlara gösteremediği tepkiyi erkek çocuğuna gösterdiği saptanmıştır.Bazı yazarlar ise, istismar derecesi aynı olduğu halde erkek çocukların bundan daha fazla zarar gördüğü kanısındadır.Örneğin aile içi şiddete tanık olmanın erkek çocuk üzerinde olumsuz etki yaptığı ifade edilmektedir.Ayrıca erkek çocukların yetiştirilme tarzı gereği kızlardan daha hareketli ve kırıncı olmalarının anne tarafından daha sıklıkla istismar edilmelerine neden olabileceği üzerinde durulmaktadır (23,94).

Konu cinsiyet tercihleri açısından ele alındığında farklı boyutlar ortaya çıkmaktadır.Bu toplumlarda çeşitli sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerle erkek çocukların kızlara tercih edildiği bilinmektedir.Çalışmalar özellikle babaların erkek çocuk istediğini ortaya koymaktadır.Kadınlar arasında ise cinsiyet tercihi yapanların %24.1’ i erkek, %17.4’ü kız çocuk istediklerini belirtmişlerdir.Eşi ve kendisi erkek istediği halde devamlı kız çocuk doğuran anne mutsuzluğunun acısını kızından çıkarabilir (23).

Araştırmalar, çoğu annelerin zor bir hamilelik geçirmesi, zor doğum yapması, bebeğin preterm veya doğumsal anomali ile doğmasının daha fazla

istismar ve ihmale neden olduğunu göstermiştir. Böyle doğan bebeklerde genellikle erken bebeklik ve çocukluk dönemindeki anne bebek arasındaki ilişkinin zayıf olması neden olarak gösterilmektedir (8,16,17,20,28).

1.2.3.3.ÇEVREDEN KAYNAKLANAN NEDENLER

Bazı ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler ailede kriz yaratarak çocuğun istismarına yol açabilir. Ekonomik yetersizlik, aile içi en önemli stres faktörüdür. Bu faktör yoksulluk, işsizlik, borçlanma gibi nedenlerle ortaya çıkar (23).

Ailede işsizlik, özellikle de aile reisinin işsizliği istismar ve ihmal riskini arttırmaktadır. Çocuk istismarının yaygın epidemiyolojik araştırmalarından, istismara uğrayan çocukların ailelerinin (genellikle babalar) büyük bir kısmının işsiz olduğu belirlenmiştir. ABD’de 1976-1982 yılları arasında istismar ve ihmal vakaları incelendiğinde ailelerin %45’inin devlet desteği almış olduğu görülmüştür (8,41).

Kötü konut koşulları, düşük gelir düzeyi, ailede ilaç alkol bağımlılığı ailedeki çocuk sayısının fazla olması, doğumlar arası sürenin 18 aydan az olması, boşanma, evlilik dışı ilişkiler, tek ebeveyn gibi bazı özellikler ailede stres yaratmakta bu da istismar ve ihmal eğilimini arttırmaktadır (8,19,20,80). Çalışmalar günümüzde istismar ve ihmal olaylarının sadece sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelere özgü bir sorun olmadığını, kötü davranma ve ihmalin ekonomik düzeyi yüksek ailelerde de görüldüğünü göstermiştir (4,8,16,28).

Sosyal bakımdan izole yaşayan, çevreleriyle ilişkileri sınırlı, toplumdaki iletişim kaynaklarından yararlanamayan ve çevrelerinde yeterli destekten yoksun olan aileler kızgınlıklarını ve streslerini güçlerinin yettiği çocuklarını döverek rahatlama yolunu seçmektedirler. Yapılan bir araştırmada, çocuklarını istismar eden annelerin sosyal bağlarının istismar etmeyen annelerden daha zayıf ve az, yine arkadaşları ve komşularıyla ilişkilerinin sınırlı ve akrabalık ilişkilerinin zayıf olduğu saptanmıştır (3).

Başka bir çalışmada, özellikle modern toplumlarda istismar ve ihmale yol açan nedenler arasında ailenin toplumdan soyutlanması, sık sık iş ve ev değiştirmesi gibi faktörler de gösterilmiştir. Ayrıca endüstrileşme ve kentleşme süreci ailenin geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçmesi, anne babaya çocuk bakımı, yetiştirilmesi ve diğer konularda sosyal desteğin azalması, ailede stres yaratarak çocuk istismar ve ihmali olasılığını arttırmaktadır (8).

1.2.4. İSTİSMAR VE İHMAL EDİLEN ÇOCUKLARIN SAĞALTIMI

Sağaltımın önkoşullarından biri olayın tanısıdır. Çünkü istismarı sözkonusu olduğunda, fiziksel belirtiler varsa tanı kolaylıkla konabilir. Böyle belirgin izler olmadığında, iş büyük ölçüde muayene edenin deneyimine ve sezgisine kalır. Bu durumda ailenin ve çocuğun ayrıntılı özgeçmişi ya da gelişimsel belirlemeler gibi ipuçları da gözönüne alınmalıdır.

Poliklinikde istismar izleri taşıyan bir çocuk görüldüğünde, bu izler çok önemsiz bile olsa, başka incelemelerin de yapılabilmesi için çocuğun hastaneye yatırılması, ailedeki baskının kaldırılması ve çocuğun güvence altına alınması sonucunu doğurur. Hastaneye yatırma tıbbi nedenlerle açıklanır ve çoğunlukla anababalarca kabul edilir (86).

Çocuk istismarı ve ihmalinin sağaltımında bir yandan çok sıklıkla hukuksal müdahaleye gereksinim duyulmakta, öte yandan aynı zamanda-terapi uygulaması gerekmektedir (31,86).

İki tür hukuksal müdahaleden söz edilebilir; ceza yasasına dayanan hukuksal müdahale, çocukları koruma yasalarına dayanan hukuksal müdahale. Kuşkusuz çocukların fiziksel ve cinsel istismarı ile ihmali, çeşitli ülkelerin yasalarında farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. Bu konuda bazı ülkeler çok katıdır, örneğin İsveç'te çocuğa karşı gösterilen her türlü şiddet- çocuğu dövme dahil- yasalar tarafından yasaklanmıştır.

Hukuk sistemlerinin büyük bir kısmında, çocukları korumanın dayandığı felsefe, çocuk istismarı ve ihmali olaylarına müdahale etmek için hukuksal yollar ve araçlar yaratmıştır. Alınan önlemler (genellikle çocuk

mahkemesi veya yargıcı tarafından) ulusal yasalara bağılı olarak değişmektedir. Müdahale dayanaklarına ilişkin hukuksal düzenlemeler de çok değiştir. Bazı hukuk sistemleri ayrıntılı düzenleme yaparken, diğerleri daha genel terminoloji kullanmaktadır. Bu yaklaşım ilk yaklaşıma göre, çocuk mahkemelerine (yargıca) daha geniş takdir yetkisi vermektedir (31).

Diğer müdahale stratejisi psikoterapi alanına aittir. Amaçları kişilik ve davranışların değiştirilmesidir. Bu yaklaşımlar ana-baba merkezli, çocuk merkezli ve aile merkezli terapi türleri olarak kabaca üçe ayrılabilir.

Anababa merkezli terapi, istismar eden ana-babaların yalnız başına psikoterapiye alınması biçimindedir. Grup terapisi, istismar eden ana-babanın yaşadığı yalıtımı gidermek ve daha iyi toplumsal işlevsellik kazanmalarını sağlamak amacına yöneliktir.

İstismar edilmiş çocukların çoğu kez duygusal gelişimlerinde gecikme görülmektedir. Depresyon ve aşırı saldırganlık gibi ciddi uyum sorunları olan çocuklar için uyum terapisi özellikle uygundur. Grup terapisi, yaşı büyük olan çocukların yaşlılarıyla ilişki kurmadaki güçlüklerini azaltmaktadır. Kurumsal bakım, uzun süre terapi olanağı sağlayarak, bir yetişkinle olumlu ve özel ilişki kurulmasına, çocuğun özgüveninin ve sosyal davranışlarının gelişmesine olanak verir. Eğer anne ile çocuk arasında hemen bir bağ kurulmamışsa, duygusal ilişkiyi sağlamak için farklı yaklaşımlar kullanılabilir. Bu çabaların çocuğun yaşamının başlangıcından itibaren gösterilmesi gerekir.

Sosyolojik yaklaşımla ilgili müdahale stratejileri, ailedeki olanakları kısıtlayan yapısal ve bireysel koşulları değiştirmeyi amaçlar. Aile düzeyinde, sosyal hizmetler, danışma ve destek sağlar. Bu da yararlı ilişkiler ve duygusal yönden destekleyici toplumsal temas olanakları sağlayarak özgüvenin gelişimine yardımcı olur. Ayrıca unutulmaması gereken bir nokta daha söz konusudur. Bu da kimi kez daha geniş bir bağlamda ele alarak toplumsal çerçeveyi de değiştirmek gereğinin olabileceğidir. O halde, sözü edilen stratejiler uzun soluklu ve sonuçta politik olgulardır. Örneğin, toplum düzeyinde, çocuk eğitiminde dayacağı yasaklayan bir yasa olması gerekmektedir (31,86).

Doek; hukuksal müdahale ile terapinin birbirlerini dışlayan etkinlikler olmadığını, hukuksal müdahalenin kullanılmasının terapi etkinliklerini kolaylaştırdığını ve güçlendirmede çok etkili olabileceğini savunmaktadır. Hukuksal müdahale, gereksinim duyulan açıklığa kavuşmayı sağladığı gibi, olaylara karışan herkesin durumunu belirler. Çocuğun korunmaya hakkı olduğunu ve bundan dolayı hukuk sistemi tarafından desteklendini ortaya koyar. Konuuların açıklığa kavuşturulması etkili bir terapiye katkıda bulunur. Öte yandan, terapi ile desteklenmeyen bir hukuksal müdahale anlamsızdır. Suçlunun mahkum edilmesi bazı aile üyelerinin ve belki de mağdurun intikam duygularını tatmin edebilir, fakat mağdur çocuğa, örneğin cinsel istismardan kaynaklanan tramvayı atlatabilmesi için, yeterince yardımcı olmaz (31).

1.2.5. ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİ

Son yıllarda, çocuk istismarı çalışmaları artarak önleme konusu üzerinde yoğunlaşmış ve tüm bu çabalar çok bilinçli gelişmiştir (33). Önleme iki nedenden dolayı önemlidir. Birincisi çocuk istismarı sorununa insancıl yaklaşım bunu gerektirir. Kuşkusuz çocuğun incinmesini beklemek imkansızdır. İkincisi çocuğun sağaltımına kıyasla, istismar edilmesinin önlenmesi daha ekonomiktir. Erken müdahale ederek, çocukların evden kaçmaları, okulda sorunlar yaşamaları , suç işlemeleri, ilaç ve alkol kullanmaları ve fahişeliğe yol açabilen ciddi duygusal ve gelişimsel zorluklardan zarar görmeleri engellenmiş ve giderlerden tasarruf edilmiş olur. Bu tür toplumsal sorunların toplumsal maliyeti çok büyüktür ve bunlar önlenebilir sorunlardır (4,22,70).

Honning ve arkadaşlarının New York'ta "Adölesan Aileler ve Bebekleri Programı " kapsamında yüksek stres altında çocuk istismarı ve ihmali açısından risk altında bulunan, adölesan annelere haftalık ev merkezli aile eğitim programının fiat etkinliğinin karşılaştırılmasını yaptıkları araştırmada; günlük ev ziyareti için 3.83 Dolar harcanırken, günlük koruyucu bakımda her çocuk için 23.75 Dolar harcandığı saptanmıştır (48).

Altında birçok neden yatan çocuk istismarı oldukça kompleks bir problemdir ve önleyici stratejilerin etkili olabilmesi için önleme amaçları şunları içermelidir:

- *Ailelerin çocuk gelişmesi bilgilerini ve ailesel istekleri geliştirmek,
- *Aile-çocuk arasındaki ilişkiyi, duygusal bağı ve iletişimi arttırmak,
- *Özel gereksinimi olan çocukları da içeren tüm çocuklar için bakım stresleriyle başetmede ailesel becerileri yükseltmek,
- *Ev ve çocuk yönetimi hakkında ailelerin bilgilerini arttırmak,
- *Çocuk bakım yükünü azaltmak,
- *Aile izolasyonunu azaltmak ve destekleri arttırmak,
- *Fakirliğin aile üzerindeki uzun dönem sonuçlarını azaltmak (34,50).

Genel olarak önlemenin üçüncül, ikincil ve birincil olmak üzere üç ana alanı kapsadığı kabul edilir (50,70).

1.2.5.1.ÜÇÜNCÜL ÖNLEME

Üçüncül önleme, istismar edilmiş olan çocuğun yeniden istismar edilmesinin önlenmesidir. Bu, istismar ortaya çıktıktan sonraki tüm hizmetleri kapsar. Kimilerine göre bu, uçurumun kenarındaki bir çocuğa yardım sağlamak yerine, uçurumun dibine bir ambulans getirerek çocuğun düşmesini beklemekle eş anlamlıdır (50,70).

Yeniden istismar oranları bize, üçüncül düzeydeki müdahalemizin ne derece etkili olduğu hakkında fikir verecektir. Üçüncül koruma uzmanların ve toplumun üyelerinin çocuk istismarı olaylarını erken belirlemeleri için çalışmasını içerir (70).

Üçüncül önlemenin amacı çocuğun yeniden istismar edilmesini önlemekle beraber, kötü muamelelerin negatif sonuçlarını azaltmaktadır. Üçüncül önleme programları aşağıdaki hizmetleri içermektedir:

*Kısa zaman periyotları şeklinde, ailelere eğitilmiş ruh sağlığı danışmanlarınca yoğun aile koruma hizmetlerinin verilmesi,

*Çocuklarını istismar etmeyen ailelerin “rol modeli” olduğu ve kriz anında ailelerin desteklendiği aile programlarının olması,

*Aile fonksiyonları ve iletişimi geliştirmek için kötü muamelelerin görüldüğü çocuk ve aileler için ruh sağlığı hizmetleri (50).

1.2.5.2. İKİNCİL ÖNLEME

İkincil önleme, yüksek risk gruplarının belirlenmesidir. İkincil önlemenin amaçları yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmalarının sağlanması konusundaki stratejiler ve eğer gerekiyorsa söz konusu ailelere ek hizmetlerin sunulması olarak özetlenebilir. Bazen bunlar ek hizmetlere gereksinim duyan aileler değil, varolan hizmetleri uygun biçimde kullanmakta sorunlarla karşılaşan ailelerdir.

Yüksek risk gruplarının belirlenmesi 1970'lerde İngiltere ve ABD'de birçok araştırmaya konu olmuştur. 1970'lerin başında Ulusal Henry Kempe Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme ve Tedavi Etme Merkezi; yüksek risk altında bulunan ailelere pratisyen hemşirelerce yapılan ev ziyaretleri çalışması şeklinde düzenlenen deneysel bir çalışma yürütmüştür. Araştırma, ev ziyaretleriyle anne-bebek iletişiminin arttığını ve deney grubuna ait çocuk istismarında azalma olduğunu göstermiştir (32). 1990 yılında "Sağlıklı Başlangıç" programı kapsamında "Hawaii's Healthy Start" modeli geliştirilmiştir. Sağlıklı Başlangıç yaklaşımı; aile ilişkilerini ve fonksiyonlarını geliştirmek, olumlu aile becerileri, aile çocuk etkileşimlerini ve optimal çocuk gelişmesini arttırmak ve sonuçta çocuk istismarı ve ihmalini önlemek için düzenlenmiştir.

Hawaai Aile Stres Merkezi'nce geliştirilen "Aile Stres Kontrol Listeleri" yeni doğan çocukların annelerine uygulanarak ev ziyaretlerine ve destek servislere ihtiyacı olan aileler saptanmaktadır (Tablo 1). Üç yıllık uygulama periyodu boyunca ailelerin %95' i servis desteği almışlardır (14).

Tablo 1: Erken Tanılamada Kullanılan Risk Faktörleri Kontrol Listesi

1.Evlilik Durumu(yalnız, ayrı yaşayan, boşanmış)
2.Eşin işsizliği
3.Yetersiz gelir veya gelir düzeyi ile ilgili bilginin olmaması
4.Uygunsuz ev koşulları
5.Telefonun olmaması
6.Oniki yılın altında eğitim
7.Yetersiz acil yardım bağlantıları
8.Madde bağımlılığı öyküsü
9.Oniki haftadan sonra veya hiç prenatal bakım olmaması
10.Düşük öyküsü
11.Psikiyatrik bakım öyküsü
12.Başarısız düşüğe teşebbüs etmek
13.Evlat edinme çabasını veya girişimini bırakmak
14.Evlilik veya aile problemleri
15.Depresyon veya depresyon öyküsü

KAYNAK:Breakey G., Pratt B.

Son zamanlarda yayınlanmış bir makalede çocuklarını istismar etme olasılığı yüksek olan ailelerin belirlenmesinde sözüedilen özelliklerin görelî değerinin dikkate alınması gereğini vurgulamaktadır.Örneğin erken uyarı sisteminin doğum odasında başlayabileceği ileri sürülmekte ve istismar eden ana-babaların %76 doğruluk oranıyla doğumdan sonra ilk 24 saatteki gözlemlerle kestirilebileceği iddia edilmektedir.Bu tür eleştirilerdeki tehlike, ebeler ve sağlık denetçileri tarafından doğum anında doldurulan tipik bir tarama ölçeği değerlendirilerek gösterilebilir.Bu tarama ölçeği özellikle Surrey bölgesinde çocuk istismarı olayları dikkate alınarak İngiltere ve ABD’de

yürütülen bir dizi demografik ve epidemiyolojik çalışma sonucu geliştirilmiştir (16,19,20).

Kullanım kolaylığı sağlamak için sağlık denetçileri ve hemşireler tarafından düzenli olarak ve kolaylıkla kullanılacak 13 madde seçilmiştir. Maddeler şöyledir; anne yaşı, hamilelikler arasında geçen süre, doğum sonrası bebekten ayrı kalış, prematüre olma kanıtları/ düşük doğum ağırlığı, özürüllük, ayrılmış veya tek ana-babalı aileler, sosyo-ekonomik sorunlar, şiddet geçmişi, toplumsallaşma güçlükleri ve psikiyatrik sorunlarla ilgili geçmiş (16,19,20).

Risk stratejisinin amacı, çocuğa kötü muamele yapılmadan önce ana-babalık konusunda en çok yardıma gereksinimi olan aileleri belirlemek ve onlara özel ilgi göstermektir (16,20,32,50,70).

Ev ziyaretleri ile; kadınların prenatal sağlık davranışları, sosyal destek ve sunulan hizmetin kullanımı geliştirilebilir ve doğan bebeklerin gestasyon süreleri ve doğum kiloları risk açısından değerlendirilir. Yapılan ziyaretlerle yüksek riskli ailelerin çocuk istismar ve ihmal oranları azalır, risk altındaki annenin kendi kişisel gelişmesi artırılır (19,52,78).

1.2.5.3. BİRİNCİL ÖNLEME

Birincil önlemenin amacı; tüm çocukların gelişimlerinin iyi biçimde sürdürülebileceği ortamı sağlamaktır. Tüm çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşulları iyileştirebilmenin yolu sosyal reformlardır. Bir toplum çoğunluğunun yaşam düzeyini yükseltici herşeyin, aileler ve çocuklar üzerinde olumlu etkileri olacaktır. Kuşkusuz, değişikliği sağlamanın başka yolları da vardır. Bunlar tutumları etkilemek ve eğitimidir. Topluluklar çocuklarına daha çok değer vermeye ve onların gereksinimlerine öncelik vermeye yöneltilmelidir. Bu da ailelere tektek veya tüm toplumla çalışarak gerçekleştirilebilir (50,70,72).

1.2.6.ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRE VE EBENİN ROLÜ

Toplumda çocuğa kötü davranma, ihmal etme bazı bireylerce kötü, iğrenç bir davranış olarak değerlendirildiğinden bu durum çoğu kez inkar edilebilir veya görmezlikten gelinebilir.Hemşire ve ebeler buldukları özel konumları ve mesleki eğitimleri nedeniyle başkalarının ilgilenmediği bu durumdan kaçmayarak bu soruna eğilmeye ve toplumda bu çocukların erken tanı ve tedavisinde rol oynamaya, toplumda istismar ve ihmal olaylarını önlemeye çalışmalıdır (6,19).

Çocukla ilgilenen tüm hemşireler konuları ne olursa olsun kötü davranma ve ihmalin erken tanı ve tedavisinde, önlenmesinde, aile ve toplumu bu konuda bilinçlendirmede aktif bir rol almalıdırlar.Gerek koruyucu sağlık hizmetlerinde gerekse tedavi edici kurumlarda çalışan hemşire veya ebe aileyi bir bütün olarak ele almalı, çocukların sağlığının korunması, bakımı, beslenmesi ve eğitimi ile ilgili konular hakkında aileleri bilinçlendirmeli, aile içi ilişkileri geliştirmeli, sorunları çözmeli, onların da katkılarını sağlayarak ailelere destek olmalıdırlar (6,28,74,77).

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Sorumlulukları

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve ebeler riskli çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanısında önemli bir konumdadırlar.Hemşire ve ebeler ister koruyucu isterse tedavi edici sağlık kurumlarında çalışsınlar bu sorumluluğu almalıdırlar.Çünkü bu kurumlarda çocuk ve aile ile ilk karşılaşan birey hemen hemen daima sağlık ziyaretçisi (hemşire-ebe)dir (9,19).

Dünyada belirli sayıda ülkede halk sağlığı hemşireliği gibi sağlık çalışanlarını kullanan hükümetin desteklediği ev ziyareti programları vardır.Bu programların çoğu küçük çocuklu ailelerde hastalığı önleme ve morbidite ve mortalite oranlarını azaltma amaçlı olarak kurulmuştur.İngiltere’de “Sağlık Ziyareti” gibi halk sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, çocuğa kötü muamele ve ihmali birincil ve ikincil seviyede önlemek için kullanılabileceğinin önemine

dikkat çekilmiştir.Ülkemizde, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de (154 Sayılı Yönerge) koruyucu hizmetlerin geliştirilmesi, özellikle köy ve kentlerin eğitim görmemiş kadınların analık, kişisel ve toplum temizliği, yetişkin ve çocukların ekonomik ve uygun beslenmeleri konularında eğitilmeleri, sağlıklı yeni kuşakların yetiştirilmesi üzereinde durulmuştur.Yönergede, halk sağlığı hemşiresi ve ebelerin ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini ve ev ziyaretlerini yapmaları konusunda açıklayıcı maddeler yer almaktadır (10,46)

Kötü muamele eden ebeveynler ve kötü muamele gören çocuklar için ortak özellikleri gösteren “erken uyarı belirtileri” İngiltere’de toplum hemşireleri tarafından kullanılmaktadır.Browne ve Herbert, doğum zamanında hemşire ve ebelerce doldurulan ileriye dönük olarak değerlendirilen 12 maddeden oluşan kontrol listesi belirlediler (Tablo 2).Surrey, İngiltere’de kazaya bağlı olmayan yaralanmaları olanlarla yapılan demografik ve epidemiyolojik bir grup çalışmadan geliştirilmiştir (16,17,19,20).

**Tablo 2:Çocuk İstismarının Saklanan Önemli Karakteristik Özellikleri
(yüzde)**

Kontrol Listesi Özellikleri	İstismar Eden Aileler (n=106)	İstismar Etmeyen Aileler (n=14.146)
1.Ailede şiddet öyküsü	30.2	1.6
2.Ebeveynin çocuğa karşı toleranssız ve aşırı anksiyeteli davranışı	31.1	3.1
3.Tek veya ayrı ebeveyn	48.1	6.9
4.İşsizlik gibi sosyo-ekonomik problemler	70.8	12.9
5.Akıl hastalığı, ilaç veya alkol bağımlılığı	34.9	4.8
6.Çocukken kötü muamele gören veya ihmal edilen ebeveyn	19.8	1.8
7.Prematür, düşük doğum ağırlıklı bebek	21.7	6.9
8.Doğum sonrası anneden 24 saatten fazla ayrı kalan bebek	12.3	32
9.Doğumda 21 yaşın altındaki anne	29.2	7.7
10.Üvey ebeveyn veya birlikte yaşayan birinin olması	27.4	6.2
11.Çocukların doğumu arasında 18 aydan az olması	16.0	7.5
12.Zeka veya fizik olarak engelli bebekler	2.5	1.1

Kaynak:Browne K.,1995.

Hemşire ve ebe, toplumda riskli aileleri tanıyabilmek için ailelerle iyi ilişki kurmalı, ev ziyaretleri yaparak, öykü alarak ve gözlem yaparak hangi çocukların risk altında olduğunu değerlendirerek, bu durumu önlemek için çaba sarfetmelidir.

Hemşire ve ebe, öykü alırken veya ev ziyaretlerinde gözlem yaparken ilk önce çocuğun güvenini kazanmaya çalışmalıdır. Bu oldukça güçtür, fakat imkansız değildir. Öykü alma sırasında veya ev ziyaretleri esnasında bazı aileler hemşire ve ebeye karşı olumsuz davranışlar gösterebilirler, ama bu bir sorun olarak ele alınmamalıdır. Örneğin koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan ve hamile bir kadını izleyen hemşire veya ebe riskli aileleri tanımlayabilmek için gerek öykü alırken, gerekse gözlem yaparken bazı bilgiler toplamalı ve bunları çok iyi değerlendirmelidir (9).

Daha önce de belirtildiği gibi; Olds ve arkadaşlarının çocuk istismar ve ihmali önlemede ev ziyaretlerinin etkisini incelediği çalışmalarında, iki yaşına kadar hemşireler tarafından ailenin risk durumuna bakılmaksızın evde ziyaret edilen kadınların bebeklerinin; acil servislere daha az başvurduğu ve kontrol grubundaki bebeklere oranla kaza ve zehirlenme gibi nedenlerle daha az sıklıkta uzman görüşüne gerek duyulduğunu saptamışlardır (74).

Bu nedenle hemşireler ve ebeler; özellikle Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde, Sağlık Ocaklarında, Aile Planlaması birimlerinde çalışanlar çok özel bir konumdadırlar ve çocuk istismarlarında ailelerin “yüksek risk” grubunda olup olmadığını belirlemede çok önemli rolleri vardır. Çocuğun yaşantısının ilk bir iki yılında müdahale edilebilir ve tehlikeyi yok etmek için tarama teknikleri kullanılabilirse ciddi örselenmeler önlenir (9,16).

Tedavi Edici Kurumlarda Çalışan Hemşirelerin Sorumluluğu

Hastaneye getirilen bir çocukta fiziksel kötü davranma ve ihmali tanımak hemşireler için oldukça kolaydır. Hemşire aileden öykü yoluyla aldığı bilgileri gözlem ve deneyimleri ile birleştirerek bir karara varabilir (9,88). Hemşire düşme ve yaralanmanın nasıl olduğunu daha iyi anlayabilme ve izleme aracılığıyla aileye bazı sorular sorabilir. Fakat aile bu konuda doğru açıklamalarda bulunmayabilir. Üç yaşında kafatası kırığı ile hastaneye başvuran bir çocuk için aile yataktan halı üzerine düştüğünü söyleyebilir. Bu durumda hemşire tüm verileri toplamadan öykünün doğru olup olmadığı hakkında bir değerlendirme yapmadan bir yorumda bulunmamalıdır.

Hemşire hastaneye başvuran bir çocuğun erken tanısına yardımcı olma amacıyla öykü yoluyla aileden, çocuğun kimin tarafından hastaneye yatırıldığı, daha önce başka kurum veya hastaneye götürülüp götürülmediği şimdiye kadar kaza, hastalık veya yaralanma geçirip geçirmediği, hastalık ve kazalarda tıbbi bakım uygulanmışsa bilgi edinmek için nereye , kime başvurabileceği, aşılarının, sağlık kontrollerinin yapılıp yapılmadığı gibi bazı bilgiler alabilir.

Hemşire kaza, yaralanma, yanık, kırık ile hastaneye başvuran bir çocukta tanıya yardımcı olmak amacıyla bu bilgilere ilaveten daha kapsamlı veri toplamalı ve gözlem yapmalıdır (9).

1.3. HİPOTEZLER

“Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamaları arasında fark vardır ve hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamaları sosyo-demografik özelliklerinden etkilenir” genel hipotezi altında aşağıdaki hipotezler incelenmiştir:

1. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi açıkları vardır.
2. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeği alt grupları (istismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri, çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler, ihmalin çocuk üzerindeki belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri, istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri, çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler) bilgi puan ortalamaları arasında fark vardır.
3. Hemşire ve ebelerin yaşları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarını etkiler.
4. Hemşire ve ebelerin medeni durumları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarını etkiler.

5. Hemşire ve ebelerin çocuk sayıları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarını etkiler.
6. Hemşire ve ebelerin meslekteki çalışma yılları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarını etkiler.
7. Hemşire ve ebelerin halk sağlığı alanındaki çalışma yılları çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarını etkiler.
8. Hemşire ve ebelerin okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almaları, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarını etkiler.
9. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer/konferansa katılmaları, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarını etkiler.
10. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmaları, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamaları etkiler.

1.4. TANIMLAR

Fiziksel istismar; kaza sonucu olmayan çocukta fiziksel bir hasara, yaralanmaya, hatta ölüme neden olabilen tüm erişkin davranışlarını ifade eder(8).

Duygusal istismar; çocuğun ebeveyn ya da diğer yetişkinler tarafından aşağılanması, ayıpllanması, tehdit edilmesi, çocukla alay edilmesi ve ona sevgi ve yakınlık gösterilmemesi sonucunda, çocuğun duygusal gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesidir(28).

Cinsel istismar; çocuğun erişkin tarafından yaşına ve psikoseksüel gelişimine ve toplumsal rolüne uygun olmayan şekilde cinsel tatmin amacı ile kullanılmasıdır(28).

Duygusal ihmal; çocuğa emosyonel destek ve bakımın tam verilmemesi, çocuğun gelişimi için uygun uyarıların oluşturulmamasıdır (8).

1.5. SINIRLAMALAR

Araştırma sonucunda saptanabilecek olası bilgi açıklarını giderici ileri çalışmaları yürütmede araştırma grubuna yeniden ulaşma kolaylığı düşünülerek yalnızca Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezleri ve sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebeler araştırma kapsamına alınmıştır.



BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak düzenlenmiş bir alan araştırmasıdır.

2.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma İzmir ili Bornova ilçesinde, Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 3 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması(AÇSAP) merkezi ve 16 sağlık ocağında yürütülmüştür.Bölgenin nüfusu 145008 erkek ve 133292 kadın olmak üzere toplam 278300'dür. Nüfus artış hızı %0.61.53 olarak hesaplanmıştır.15 yaş altı nüfus, toplam nüfusun %26'sını oluşturmaktadır. Grup Başkanlığı bölgesinde 15-49 yaş kadın izleme sıklığı 4 ayda bir kez olmak üzere yılda toplam 3 kez, gebe başına izlem sıklığı ise 5.1'dir.Grup Başkanlığı bölgesinde doğumların %96'sı hastanelerde gerçekleşmektedir.Bebek (0-12 ay) başına ortalama izlem sayısı 8.0 olarak belirlenmiştir (58)

2.3.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 3 AÇSAP VE 16 sağlık ocağında çalışan 85 hemşire ve 115 ebe oluşturmuştur (Bornova Sağlık Grup Başkanlığı Kayıtları Haziran 1998).Evrenin tümü çalışma kapsamına alındığından herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmemiştir.85 hemşireden 3'ü çalışmaya katılmak istemediği ve verilerin toplandığı dönemde 15 hemşire, 17 ebe raporlu olduğundan 67 hemşire, 98 ebe olmak üzere 165 hemşire ve ebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

2.4.VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplamada; hemşire ve ebelerle ilgili sosyo-demografik özellikleri içeren “Sosyo-demografik Veri Formu” ve “Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği” nden oluşan ve araştırmacı tarafından geliştirilen veri formları kullanılmıştır.

2.4.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Sosyo-demografik veri formunda araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, çocuklarına kimin baktığı, en son mezun oldukları okul, meslekte çalışma süresi, halk sağlığı alanında çalışma süresi, okul öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumu, çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminer/konferansa katılma, meslek yaşamı boyunca çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma ve bu durumda ne yaptıkları, çocuk istismarı ve ihmali hemşire ve ebelerin tanılayabilme konusundaki görüşleri, çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda kendilerini ne derece yeterli buldukları, çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyma durumları gibi tanıtıcı bilgileri toplamak amacı ile 16 sorudan oluşan bir tanıtıcı veri formu hazırlanmıştır (EK I).

2.4.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçek Formu

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada;

- *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 ebeveynlerin özellikleri (13 madde),
- *İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde),

*Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler (8 madde) ile ilgili 6 alt grup altında yer alan, hemşire ve ebelerin bilgilerini ölçmeye yönelik toplam 67 maddeden oluşan Likert tipi ölçek geliştirilmiştir.

Her madde için “çok doğru” , “oldukça doğru” , “kararsızım” , “pek doğru değil” , “hiç doğru değil” sözcüklerinden oluşan 5 dereceli yanıt seçenekleri oluşturulmuştur.

2.4.3.Aracın Geçerlik ve Güvenilirliği:

Anket formunda bulunan maddelerin ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini saptamak amacıyla çocuk istismarı ve ihmali konusunda çalışan 14 uzman öğretim üyesinin görüşü alınarak “çoğul uzman görüşüne” dayalı içerik geçerliği uygulanmış ve önerilere göre maddelerde bazı düzeltmeler yapılarak madde sayısı 62’den 67’ye yükselmiştir (55).

Formun güvenilirliğini sınamak üzere Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Çocuk Cerrahisi kliniklerinde çalışan 26 hemşire ve sağlık ocağı hizmetlerinde çalışan 4 ebeden oluşan 30 kişilik bir gruba:

1-Stabilite değerlendirmesi kapsamında test-retest ölçümü uygulanmıştır.Pilot gruba öntest uygulanmış ve bundan 10 gün sonra aynı anket formu tekrar uygulanarak önceki ve sonraki yanıt skorları arasındaki korelasyon Pearson’un momentler çarpımı korelasyon tekniği ile incelenmiştir.Korelasyon katsayısına bakılarak 0,5’den daha az değer alan maddeler tekrar incelenerek üzerinde değişiklikler yapılmış ve ölçekten madde çıkarılmamış 67 maddeden oluşmak üzere ölçek son şeklini almıştır(EK IV)(55)

2-İç tutarlılık kapsamında;

a)Alpha Coefficient testi uygulanmış ve Alpha= ,9240 bulunmuştur.

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçeğini oluşturan 6 alt ölçek grubuna da Alpha Coefficient testi uygulanmıştır.Grupların Alpha değerleri :

*İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri:	Alpha= ,8653
*Çocuk istismarına ilişkin çocuktaki davranışsal belirtiler	Alpha= ,8310
*İhmalin çocuk üzerindeki belirtileri	Alpha= ,8072
*İstismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri	Alpha= ,8920
*İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri	Alpha= ,5960
*Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler	Alpha= ,8552

b)Split Half (Yarıya Bölme) testi ile 1. ve 2. Yarı alpha değerleri ,8262 - ,8911 tamamı için Spearman-Brown testi sonucu ,8881 bulunmuştur.

2.5.VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Hemşire ve ebelerden, hazırlanan anket formunu tek tek doldurması istenmiş ve anket maddelerinde anlaşılamayan noktalarda açıklama yapmak üzere yanlarında bulunulmuştur.Hemşire ve ebelerin çalışma koşullarındaki yoğunluktan dolayı grubun birarada bulunduğu durumlarda hemşire ve ebelere kendi görüşlerinin belirtilmesinin önemi anlatılarak birbirlerinden etkilenmeleri engellenmeye çalışılmıştır.Anket formunun doldurulması ortalama 30 dakika sürmüştü bu hemşire ve ebelerin iş yoğunluğuna göre değişmekmiştir.

2.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.6.1. Anket Formunun Değerlendirmesi

Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik likert tipi ölçekte yer alan 1,2,4,6,9,11,13,15,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,29,31,33,35,36,37,38,39,40,43,44,45,47,48,50,51,53,55,57,58,60,62,64,65,66,67 no'lu sorulara “çok doğru” yanıtına 5 puan, “oldukça doğru” yanıtına 4 puan, “kararsızım” yanıtına 3 puan, “pek doğru değil” yanıtına 2 puan, “hiç doğru değil” yanıtına 1 puan verilmiştir.

Olumsuz(negatif) doğrultuda düzenlenen 3,5,8,10,12,14,16,27,28,30,32,34,41,42,46,49,52,55,59,61,63 no'lu sorulara verilen “çok doğru” yanıtı 1 puan, “oldukça doğru” yanıtı 2 puan, “kararsızım” yanıtı 3 puan, “pek doğru değil” yanıtı 4 puan, “hiç doğru değil” yanıtı 5 puan olarak değerlendirilmiş ve puan ortalamaları bulunmuştur (EK III). Puan ortalaması 5 'e yaklaşması soruları doğru olarak yanıtladıklarını, 3'den uzaklaşması yanlış yanıtladıklarını göstermektedir.

Ölçek formunun tüm maddelerini doğru olarak yanıtlayan deneğin 335 tam puan alması beklenmiştir.

2.6.2. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

Hemşire ve ebelerin yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olmaları, mezun oldukları okulun düzeyi, meslekteki çalışma yılları, halk sağlığı alanında çalışma yılları, okul öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma, çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer/konferansa katılma durumları, mesleki çalışmaları sırasında çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi düzeyleri bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

2.6.3.Araştırma Bulgularının Analizi

Soru kağıtları araştırmacı tarafından değerlendirilip veri kodlama formlarına işlendikten sonra min-max tutarlılık kontrolleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, bilgisayarda SPSS paket programında gerçekleştirilmiştir.

Araştırma bulgularının analizinde;

1-Hemşire ve ebelere ilişkin tanıtıcı bulguların sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır.

2-Hemşire ve ebelerin bilgi puanları arasındaki farkı saptamak amacıyla “ iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi t testi” uygulanmıştır.

3-Hemşire ve ebelerin bilgi puanlarını etkileyeceği düşünülen etmenler (yaş, medeni durum, çocuk sayısı, mezun olunan okul, meslekteki çalışma yılları, halk sağlığı alanındaki çalışma yılları, okul öğrenimi sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminer/konferansa katılma, çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış olma) değişkenleri arasındaki ilişki varyans analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir.

4-Hemşire ve ebelerin kendileriyle ilgili bazı değişkenlerin, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamada bilgi düzeyini saptama ölçeğinin alt skala puan ortalamaları arasındaki ilişki varyans analizi, ileri varyans teknikleri (Student Newman Keuls) ve t (student test) ile test edilmiştir.

2.7. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma 1997 yılı içinde planlanmış ve 1997 Aralık ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. Mart 1998-Haziran 1998 tarihleri arasında araştırmanın geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, araştırma verileri araştırmacı tarafından Haziran 1998-Ağustos 1998 tarihleri arasında toplanmış ve değerlendirme çalışmaları yürütülerek araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

Araştırma Ege Üniversitesi Araştırma Fonu'na desteklenmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1.HEMŞİRE VE EBELERE İLİŞKİN TANTTICI BİLGİLER

3.1.1.HEMŞİRE VE EBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Aşağıdaki tablolarda; hemşire ve ebelerin yaş grubu, medeni durumu, çocuk sayısı, çocukların bakımı, mezun olunan okul gibi bazı sosyo-demografik özellikleri, meslekte ve halk sağlığı alanında çalışma sürelerine göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 3.Hemşire ve Ebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER	HEMŞİRE(N=67)		EBE(N=98)	
	SAYI	%	SAYI	%
YAŞ GRUBU				
18-27	12	17.9	31	32.8
28-37	31	46.3	54	55.2
38 ve üzeri	24	35.8	12	12.2
MEDENİ DURUMU				
Evli	64	95.5	86	87.8
Bekar	3	4.5	10	10.2
Dul, Boşanmış	-	-	2	2.0
ÇOCUK SAYISI				
1	25	37.4	40	50
2	33	55.9	37	46.3
3 ve üzeri	1	1.7	3	3.7
ÇOCUKLARIN BAKIMI				
Anne, kayınvalide, yakın akrabalar	11	18.6	35	43.7
Bakıcı veya komşu	11	18.6	10	12.5
Kreş veya yuva	8	13.6	17	21.3
Diğer	29	49.2	18	22.5
MEZUN OLUNAN OKUL				
Hemşirelik Yüksek Okulu	10	14.9	-	-
Açık Öğretim Önlisans	37	55.2	42	42.8
Sağlık Meslek Lisesi	20	29.9	54	55.1
Sağlık Okulu	-	-	2	2.0

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %17.9'unu 18-27 yaş grubu, %46.3'ünü 28-37 yaş grubu, %35.8' ini ise 38 yaş ve üstü hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireler için ortalama yaş 35.04 ± 7.01 'dir. Hemşirelerin %9.5'i evli, %4.5'i bekar ve %37.4'ünün 1, %57.6'sının 2 ve daha çok çocuğu vardır. Ortalama çocuk sayısı 1.40 ± 0.71 'dir. Hemşirelerin %18.6'sının çocuklarının bakımını anne, kayınvalide veya yakın akrabalar, %18.6'sının bakıcı veya komşu, %13.6'sının kreş veya yuva sağlarken; %49.2'sinin çocukları kendi bakımlarını sağlamaktadır. Hemşirelerin mezun oldukları okullara bakıldığında; %14.9'u hemşirelik yüksek okulu mezunu, %55.2'si açık öğretim, önlisans mezunu, %29.9'unun da sağlık meslek lisesi mezunudur (Tablo 3).

Ebelerin, %32.8'ini 18-27 yaş grubu, %36.8'ini 28-37 yaş grubu, %12.2'sini de 38 yaş ve üstü ebeler oluşturmaktadır. Ebeler için ortalama yaş 30.89 ± 6.01 'dir. Ebelerin %87.8' inin evli, %10.2'sinin bekar, %2.0'ının dul ve boşanmış oldukları görülmektedir. Ebelerin %50.0'ının 1, %50.0'ının da 2 ve daha çok çocuğu vardır ve ortalama çocuk sayısı 1.26 ± 0.81 'dir. Çocukların bakımı %43.7'sinin anneleri, kayınvalide veya yakın akrabaları, %12.5'inin bakıcı veya komşu, %21.4'ünün kreş veya yuva tarafından sağlanırken, %22.5'inin çocukları kendi bakımlarını sağlamaktadır. Araştırma kapsamına alınan ebelerin %42.8' i açık öğretim, önlisans mezun, %55.2'si sağlık meslek lisesi mezunu ve %2.0'ı da sağlık okulu mezunudur (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşire ve Ebelerin Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ	HEMŞİRE(N=67)		EBE(N=98)	
	SAYI	%	SAYI	%
1-5 yıl	4	6.0	12	12.9
6-10 yıl	16	23.9	40	40.8
11 yıl ve üzeri	47	70.1	46	46.9
HALK SAĞLIĞI ALANINDA ÇALIŞMA YILLARI				
1 yıldan az	4	6.0	2	2.0
1-5 yıl	24	35.8	28	28.6
6-10 yıl	20	29.9	35	35.7
11 yıl ve üzeri	19	28.3	33	33.7

Hemşirelerin %6.0'ı 1-5 yıldır, %23.9'u 6-10 yıldır ve %70.1' i 11 yıl ve daha uzun süredir meslekte çalışmaktadır ve ortalama çalışma yılı 15.41 ± 6.94 'tür. Halk sağlığı alanında çalışma yıllarına bakıldığında; %6.0'ı 1 yıldan az bir süredir, %35.8'i 1-5 yıldır, %29.9'u 6-10 yıldır ve %28.3'ü 11 yıl ve daha uzun süredir çalışmaktadır ve ortalama halk sağlığı alanında çalışma yılı 7.94 ± 6.21 'dir (Tablo 4).

Ebelerin %12.9'u 1-5 yıldır, %40.8' i 6-10 yıldır ve %46.9'u 11 yıl ve daha uzun süredir meslekte çalışmaktadır ve ortalama çalışma yılı 11.34 ± 5.68 'dir. Ebelerin %2.0'ı 1 yıldan daha kısa bir süredir, %28.6'sı 1-5 yıldır, %35.7'si 6-10 yıldır, %33.7'si 11 yıl ve daha uzun süredir halk sağlığı alanında çalışmaktadır ve ortalama çalışma yılı 9.19 ± 5.68 'dir (Tablo 4).

3.1.2. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNA İLİŞKİN EĞİTİM ETKİNLİKLERİ

Aşağıda hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda okul öğrenimleri boyunca eğitim alma durumları ve bu eğitimin süresi ile çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili herhangi bir seminer/konferansa katılma durumları yer almaktadır.

Tablo 5. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

OKULDA EĞİTİM ALMA	HEMŞİRE(N=67)		EBE(N=98)	
	SAYI	%	SAYI	%
Evet	16	23.9	28	28.6
Hayır	51	76.9	70	71.4
EĞİTİMİN SÜRESİ*				
Çocuk sağlığı dersinde konu olarak	12	80.0	22	78.6
Dönemde 2 saat	3	20.0	2	7.1
Dönemde 3 saat	-	-	4	14.3
SEMİNER/KONFERANSA KATILMA				
Evet	7	10.4	3	3.1
Hayır	60	89.6	95	96.9

*Yüzdeler eğitim alanlar üzerinden alınmıştır.

Tablo 5’de hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin %23.9’u okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıklarını belirtirken, %76.9’u bu konuda herhangi bir bilgi almamışlardır. Eğitim alan hemşirelerin %80.0’ ı çocuk sağlığı dersinde konu olarak işlendiği, %20.0’ ı dönemde 2 saatlik bir eğitim aldıkları görülmektedir. Hemşirelerin %89.6’sı çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer veya konferansa katılmadıklarını, %10.4’ü de katıldıklarını belirtmiştir.

Ebelerin %28.6’sının okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldıkları, %71.4’ünün bu konuda herhangi bir eğitim almadıkları saptanmıştır. Eğitim alan ebelerin %78.6’sı çocuk sağlığı dersinde konu olarak bahsedildiğini, %7.1’ i dönemde 2 saatlik, %14.3’ü 3 saatlik bir eğitim aldıklarını belirtmiştir. Ebelerin %96.9’u çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer veya konferansa katılmamış, %3.1’i katılmıştır (Tablo 5).

3.1.3. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Aşağıdaki tablolarda hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumları ve bu durumda neler yaptıkları, hemşire ve ebenin çocuk istismarı ve ihmali tanılamaları ile ilgili görüşleri ve kendilerini bu konuda ne derece yeterli buldukları, çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilenme gereksinimi duyma durumları yer almaktadır.

Tablo 6. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Vakasıyla Karşılaşma Durumları ve Uygulamalarına Göre Dağılımı

VAKAYLA KARŞILAŞMA	HEMŞİRE(N=67)		EBE(N=98)	
	SAYI	%	SAYI	%
Evet	19	28.4	41	41.8
Hayır	48	71.6	57	58.2
YAPILAN UYGULAMALAR*				
Yapılan davranışın yanlışlığını anlatarak aileyi uyardım, eğitim verdim	12	63.2	32	78.0
Hiçbirşey yapamadım	2	10.6	3	7.3
Adli vaka olarak bildirildi	1	5.3	-	2.5
Vaka hastanede yattığından bakımına katıldım	2	10.6	2	7.3
Diğer(Sosyal hizmet uzmanına, sorumlu hekime, servis hemşiresine, karakola bildirme)	2	5.3	4	4.9

*Yüzdeler vakayla karşılaşanlar üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin %28.4'ü meslek yaşantılarında çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış, %71.6'sı istismar veya ihmal vakasıyla karşılaşmamıştır. Vaka karşısında hemşirelerin yaptıkları uygulamalara bakıldığında; %63.2'si yapılan davranışın yanlışlığını anlatarak aileyi uyarılmış ve eğitim vermiş, %10.6'sı hiçbirşey yapmamış, %5.3'ü adli vaka olarak bildirmiş, %10.6'sı vaka hastanede yattığından bakıma katılmış ve %5.3'ü yöneticisine bildirmiştir (Tablo 6).

Ebelerin %41.8' i meslek yaşantılarında çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarını, %58.2'si karşılaşmadıklarını belirtmiştir. Vaka karşısında, ebelerin %78.0'ı yapılan davranışın yanlışlığını anlatarak aileyi uyarılmış ve aileye eğitim vermiş, %7.3'ü hiçbirşey yapmamış, %4.9'u vaka hastanede yattığından bakımına katılmış ve %9.8'i de yöneticisine bildirmiştir.

Tablo 7. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalini Tanılama Konusundaki Görüşlerine Göre Dağılımı

HEMŞİRE VE EBENİN İSTİSMAR VE İHMALİ TANILAMA DURUMU	HEMŞİRE(N=67)		EBE(N=98)	
	SAYI	%	SAYI	%
Evet(Tanılayabilir)	60	89.6	85	86.7
Hayır(Tanılayamaz)	7	10.4	13	13.3
TANILAMA KONUSUNDA KENDİNİ YETERLİ BULMA				
Çok yeterli	4	6.0	4	4.1
Yeterli	15	22.4	26	26.5
Kısmen yeterli	36	53.7	53	56.1
Yeterli değil	10	14.9	12	12.3
Hiç yeterli değil	2	3.0	1	1.0

Tablo 7’de hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalini tanılama konusundaki görüşleri yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %89.6’sı hemşire ve ebenin çocuk istismarı ve ihmalini tanılayabileceğini belirtmiştir. Kendilerini çocuk istismarı ve ihmalini tanılama konusunda %6.0’ı çok yeterli, %22.4’ü yeterli, %53.7’si kısmen yeterli, %14.9’u yetersiz ve %3.0’ı hiç yeterli bulmamıştır.

Ebelerin %86.7’si hemşire ve ebenin çocuk istismarı ve ihmalini tanılayabileceğini, %13.3’ü tanılayamayacağını belirtmiş ve % 4.1’i tanılamakonusunda kendini çok yeterli, %26.5’i yeterli, %56.1’i kısmen yeterli, %12.3’ü yetersiz ve %1.0’ı hiç yeterli bulmamaktadır(Tablo 7).

Tablo 8. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgilenme Gereksinimlerine Göre Dağılımı

BİLGİLENME GEREKSİNİMİ DUYMA	HEMŞİRE		EBE	
	SAYI	%	SAYI	%
Evet	53	79.1	84	85.7
Hayır	14	20.9	14	14.3
TOPLAM	67	100.0	98	100.0

Hemşirelerin %79.1’ i çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgilenme gereksinimi duyduğunu, %20.9’u da buna gerek olmadığını belirtmiştir. Ebelerin %85.7’si bu konuda bilgilenme gereksinimi duyarken %14.3’ü bilgilenme gereksinimi duymamaktadır (Tablo 8).

3.2. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMAYA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.2.1. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA GENEL ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEK MADDELERİNE VERDİKLERİ YANITLARIN İNCELENMESİ

Aşağıdaki tablolarda; hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımı, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerinin puan ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 9. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		X		Ss
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	45	67.2	20	29.9	1	1.5	1	1.5	-	-	-	4.62	0.59
2. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	28	41.8	20	29.9	12	17.9	7	10.4	-	-	-	4.03	1.01
3. Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.*	9	13.4	8	11.9	9	13.4	16	23.9	25	37.3	-	3.59	1.43

4. Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	10	14.9	15	22.4	15	22.4	17	25.4	10	14.9	2.97	1.30
5. Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.*	18	26.9	17	25.4	13	19.4	13	19.4	6	9.0	2.58	1.31
6. Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısıruk izlerine rastlanır.	36	53.7	25	37.3	1	1.5	4	6.0	1	1.5	4.35	0.90
7. Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.	36	53.7	13	19.4	15	22.4	1	1.5	2	3.0	4.19	1.03
8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.*	18	26.9	15	22.4	16	23.9	15	22.5	3	4.5	2.55	1.23
9. Tek bir kırık yanısıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	26	38.8	16	23.9	15	22.4	10	14.9	-	-	3.86	1.10
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.*	3	4.5	4	6.0	16	23.9	22	32.8	22	32.8	3.83	1.09
11. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	25	37.3	26	38.8	10	14.9	4	6.0	2	3.0	4.01	1.02
12. İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.*	4	6.0	4	6.0	14	20.9	31	46.3	14	20.9	3.70	1.05
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	37	55.2	16	23.9	10	14.9	2	3.0	2	3.0	4.25	1.02

15. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	37	55.2	14	20.9	8	11.9	5	7.5	3	4.5	4.14	1.17
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz. *	4	6.0	2	3.0	10	14.9	24	35.8	27	40.3	4.05	1.10
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.	12	17.9	13	19.4	10	14.9	20	29.9	12	17.9	2.89	1.39
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	45	67.2	19	28.4	-	-	2	3.0	1	1.5	4.56	0.78
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	39	58.2	14	20.9	9	13.4	2	3.0	3	4.5	4.25	1.09
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	43	64.2	17	25.4	4	6.0	3	4.5	-	-	4.49	0.80
İHMAL BELİRTİLERİ												
21. Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	26	38.8	18	26.9	9	13.4	8	11.9	6	9.0	3.74	1.33
22. Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	41	61.2	21	31.3	1	1.5	4	6.0	-	-	4.47	0.80
23. Aşların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	41	61.2	25	37.3	1	1.5	-	-	-	-	4.59	0.52
24. Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	30	44.8	13	19.4	12	17.9	7	10.4	5	7.5	3.83	1.31
25. Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	31	46.3	19	28.4	9	13.4	5	7.5	3	4.5	4.04	1.14
26. Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	45	67.2	16	23.9	4	6.0	1	1.5	1	1.5	4.53	0.80
27. Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir. *	13	19.4	8	11.9	11	16.4	24	35.8	11	16.4	3.17	1.38

38. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	27	40.3	31	46.3	7	10.4	1	1.5	1	1.5	1	4.22	0.81
39. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	22	32.8	23	34.3	16	23.4	4	6.0	2	3.0	2	3.88	1.03
40. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler.	33	49.3	31	46.3	1	1.5	2	3.0	-	-	-	4.41	0.67
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	29	43.3	26	38.8	5	7.5	6	9.0	1	1.5	1	4.11	1.05
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN EBEVEYN ÖZELLİKLERİ													
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar. *	19	28.4	18	26.9	20	29.9	8	11.9	2	3.0	2	2.34	1.10
43. Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	6	9.0	17	25.4	29	43.3	12	17.9	3	4.5	3	3.16	0.97
44. Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	21	31.3	32	47.8	5	7.5	9	13.4	-	-	-	3.97	0.96
45. Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	15	20.9	21	31.3	22	32.8	9	13.4	1	1.5	1	3.56	1.01
46. Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur. *	9	13.4	8	11.9	7	10.4	25	37.3	18	26.9	18	3.52	1.36
47. Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	19	28.4	25	37.3	12	17.9	7	10.4	4	6.0	4	3.71	1.16
48. Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	43	64.2	22	32.8	1	1.5	1	1.5	-	-	-	4.59	0.60

49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.*	5	7.5	9	13.4	7	10.4	23	34.3	23	34.3	3.74	1.27
50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	16	23.9	13	19.4	7	10.4	20	29.9	11	16.4	3.04	1.46
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.	3	4.5	8	11.9	11	16.4	19	28.4	26	38.8	2.14	1.19
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	27	40.3	28	41.8	3	4.5	4	6.0	5	7.5	4.01	1.17
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	12	17.9	18	26.9	16	23.9	13	19.4	8	11.9	3.17	1.31
İSTİSMAR VE İHMALE YATKIN ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ												
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.*	-	-	2	2.0	1	1.5	31	46.3	33	49.0	4.41	0.67
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	14	20.9	15	22.4	14	20.9	17	25.4	7	10.4	3.17	1.31
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.*	18	26.9	13	19.4	7	10.4	20	29.9	9	13.4	2.83	1.45
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.	17	25.4	16	23.9	9	13.4	16	23.9	9	13.4	3.23	1.41
54.Fiziksel veya mental özürli bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılıkları azdır.*	9	13.4	9	13.4	11	16.4	27	40.3	11	16.4	3.31	1.31

56. Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.*	31	46.3	16	23.9	3	4.5	8	11.9	9	13.4	2.22	1.47
ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNDE AİLESEL ÖZELLİKLER												
57. Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	30	44.8	25	37.3	8	11.9	3	4.5	1	1.5	4.19	0.92
58. Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.	22	32.8	26	38.8	11	16.4	4	6.0	4	6.0	3.86	1.12
59. Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.*	6	9.0	9	13.4	4	6.0	27	40.3	21	31.3	3.71	1.28
61. Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir.*	13	19.4	12	17.9	10	14.9	19	28.4	13	19.4	3.09	1.45
62. Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.	26	38.8	24	35.8	6	9.0	7	10.4	4	6.0	3.89	1.20
63. Çocuk istismar ve ihmaliine üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.*	5	7.5	3	4.5	7	10.4	26	38.8	26	38.8	3.95	1.21
64. Anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.	35	52.2	28	41.8	2	3.0	1	1.5	1	1.5	4.37	0.91
65. Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir.	37	55.2	22	32.8	6	9.0	1	1.5	1	1.5	4.34	0.97

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımları Tablo 9’da verilmiştir.İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek maddelerinden “çocuğun gövde, sırt,kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz ve parmak bası izleri fiziksel istismar belirtileridir” maddesini hemşirelerin %97.1’i doğru yanıtlarken ($x=4.62\pm0.59$) “fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür” maddesini hemşirelerin %52.3’ü yanlış yanıtlamıştır ($x=2.58\pm1.31$).Yine “dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir” maddesini hemşirelerin %27.0’ı yanlış yanıtlarken %23.9’u kararsız kalmıştır ($x=2.5\pm1.23$).”Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olası fiziksel istismarı düşündürmelidir” maddesini hemşirelerin %40.3’ü yanlış yanıtlamışlar ve bu maddenin puan ortalaması 2.97 ± 1.30 olarak saptanmıştır.”Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir” maddesini hemşirelerin %47.8’i yanlış olarak yanıtlamış ve bu maddelerin puan ortalaması 2.89 ± 1.39 olarak saptanmıştır.

İhmal belirtileri içeren soruları hemşirelerin çoğunluğu doğru yanıtlamış ve %98.5’ i “aşılardan kaçınılması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir” maddesini doğru olarak yanıtlamıştır ve bu maddenin puan ortalaması da oldukça yüksek bir değer olarak saptanmıştır ($x=4.59\pm0.52$).Diğer taraftan “çocukta büyüme gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir” maddesini hemşirelerin %65.7’si doğru olarak yanıtlamıştır ($x=3.74\pm1.33$).

İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden “istismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” maddesini hemşirelerin %70.2’si yanlış yanıtlamıştır ($x=2.03\pm1.24$).Diğer taraftan hemşirelerin %89.6’sı “istismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez” maddesini doğru yanıtlamıştır ($x=4.43\pm0.94$).Yine hemşirelerin %95.6’sı “istismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler”

maddesini, %86.6'sı "istismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır" maddesini doğru yanıtlamış ve puan ortalamaları da oldukça yüksek saptanmıştır ($x=4.41\pm0.67$, $x=4.22\pm0.81$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden "ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir" maddesini hemşirelerin %97.0'ı doğru yanıtlarken ($x=4.59\pm0.60$), hemşirelerin %67.2'si "annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler" maddesini yanlış yanıtlamıştır ($x=2.14\pm1.19$). Yine "Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler, çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar" maddesini hemşirelerin %55.3'ü yanlış yanıtlamıştır ($x=2.34\pm1.10$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden "bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır" maddesini hemşirelerin %95.3'ü doğru yanıtlarken ($x=4.41\pm0.65$), %70.2'si "bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez" maddesini yanlış yanıtlamıştır ($x=2.22\pm1.47$). Yine hemşirelerin %46.3'ü "çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur" maddesini yanlış yanıtlamıştır ($x=2.83\pm1.45$).

Çocuk istismarı ve ihmali ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden "anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar" maddesini hemşirelerin %94.0'ı doğru yanıtlamıştır ($x=4.37\pm0.91$). "Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali önemli bir faktör değildir" maddesini hemşirelerin %37.3'ü yanlış yanıtlamıştır ($x=3.09\pm1.45$).

Tablo 10. Ebelein Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ FİZİKSEL BELİRTİLERİ	Çok Doğru		Oldukça Doğru		Kararsızım		Pek Doğru Değil		Hiç Doğru Değil		Ss	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	58	59.2	27	27.6	10	10.2	3	3.1	-	-	4.42	0.79
2.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	39	39.8	28	28.6	16	16.3	14	14.3	1	1.0	3.91	1.10
3.Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz. *	22	22.4	18	18.4	14	14.3	26	26.5	18	18.4	3.00	1.45
4.Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	14	14.3	11	11.2	27	27.6	34	34.7	12	12.2	2.80	1.22
5.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar, ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.*	26	26.5	32	32.7	19	19.4	16	16.3	5	5.1	2.40	1.19
6.Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izlerine rastlanır.	44	44.9	35	35.7	10	10.2	8	8.2	1	1.0	4.15	0.97
7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.	35	35.7	37	37.8	19	19.4	4	4.1	1	1.0	4.07	0.91

8. Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.*	22	22.4	28	28.6	19	19.4	25	25.5	4	4.1	2.60	1.20
9. Tek bir kırık yanısıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	26	26.5	27	27.6	26	26.5	16	16.3	3	3.1	3.58	1.13
10. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve ökol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.*	7	7.1	8	8.2	21	21.4	36	36.7	26	26.5	3.67	1.16
11. Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	32	32.7	40	40.8	13	13.3	9	9.2	4	4.1	3.88	1.09
12. İntrakrania (kafa-içi) ve intraoküler (göz- içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.*	6	6.1	9	9.2	27	27.6	40	40.8	16	16.3	3.52	1.06
13. Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	49	50.0	28	28.6	13	13.3	7	7.1	1	1.0	4.19	0.99
15. Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	43	43.9	27	27.6	12	12.2	9	9.2	7	7.1	3.91	1.25
16. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.*	8	8.2	5	5.1	20	20.4	37	37.8	28	28.6	3.73	1.17
17. Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.	8	8.2	15	15.3	22	22.4	33	33.7	20	20.4	2.57	1.21
18. Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	58	59.2	32	32.7	4	4.1	2	2.0	2	2.0	4.44	0.83
19. Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	39	39.8	32	32.7	19	19.4	5	5.1	3	3.1	4.01	1.04
20. Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	51	52.0	33	33.7	6	6.1	6	6.1	2	2.0	4.27	0.97

İHMAL BELİRTİLERİ													
44	44.9	25.5	11	11.2	12	12.2	6	6.1	3.90	1.26			
48	49.0	30.6	7	7.1	10	10.2	3	3.1	4.12	1.11			
58	59.2	32.7	4	4.1	2	2.0	2	2.0	4.44	0.83			
38	38.8	29.6	13	13.3	16	16.3	2	2.0	3.86	1.16			
41	41.8	27.6	18	18.4	9	9.2	3	3.1	3.95	1.12			
60	61.2	31.6	5	5.1	2	2.0	-	-	4.52	0.69			
21	21.4	19.4	17	17.3	23	23.5	18	18.4	2.98	1.42			
İSTİSMAR VE İHMALİN ÇOCUKTAKİ DAVRANIŞAL BELİRTİLERİ													
18	18.4	24.5	27	27.6	11	11.2	18	18.4	3.13	1.35			
4	4.1	8.2	24	24.5	18	18.4	44	44.9	3.91	1.18			
22	22.4	28.6	17	17.3	19	19.4	12	12.2	3.29	1.34			
6	6.1	2.0	5	5.1	20	20.4	65	66.3	4.38	1.10			
49	50.0	34.7	6	6.1	4	4.1	5	5.1	4.20	1.07			

32. İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.*	32	32.7	33	33.7	20	20.4	10	10.2	3	3.1	2.17	1.09
33. Tuvalet eğitimi tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	38	38.8	33	33.7	9	9.2	16	16.3	2	2.0	3.90	1.15
34. İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.*	42	42.9	33	33.7	14	14.3	4	4.1	5	5.1	4.05	1.09
35. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	43	43.9	35	35.7	11	11.2	6	6.1	3	3.1	4.62	5.24
36. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	42	42.9	27	27.6	18	18.4	8	8.2	3	3.1	3.99	1.10
37. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hirsızlık yaparlar.	33	33.7	40	40.8	15	15.3	9	9.2	1	1.0	3.96	0.97
38. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkollü bağımlılığına daha sık rastlanır.	51	52.0	33	33.7	11	11.2	3	3.1	-	-	4.34	0.80
39. İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	31	31.6	35	35.7	22	22.4	10	10.2	-	-	3.88	0.97
40. İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler.	47	47.9	44	44.9	5	5.1	2	2.0	-	-	4.88	5.05
67. Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmektedir.	41	41.8	33	33.7	10	10.2	10	10.2	4	4.1	3.99	1.14
42. Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.*	28	28.6	34	34.7	20	20.4	15	15.3	1	1.0	2.25	1.06

43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	17	17.3	33	33.7	33	33.7	12	12.2	3	3.1	3.50	1.01
44.Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	29	29.6	41	41.8	20	20.4	6	6.1	2	2.0	3.90	0.96
45.Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	28	28.6	31	31.6	20	20.4	12	12.2	7	7.1	3.62	1.22
46.Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.*	14	14.3	9	9.2	15	15.3	34	34.7	26	26.3	3.50	1.35
47.Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşamaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	26	26.5	38	38.8	14	14.3	17	17.3	3	3.1	3.68	1.13
48.Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	54	55.1	40	40.8	3	3.1	1	1.0	-	-	4.50	0.61
49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkilemez.*	9	9.2	14	14.3	13	13.3	28	28.6	34	34.7	3.65	1.33
50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmali ederler.	13	13.3	22	22.4	15	15.3	38	38.8	10	10.2	2.89	1.24
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmali etmesini etkiler.	8	8.2	7	7.1	12	12.2	41	41.8	30	30.6	2.20	1.19
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmali uğramasını etkileyen bir faktördür.	43	43.9	29	29.6	10	10.2	12	12.2	4	4.1	3.96	1.18
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	25	25.5	32	32.7	16	16.3	15	15.3	10	10.2	3.48	1.30

41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.*	11	11.2	23	23.5	16	16.3	25	25.5	23	23.5	3.26	1.35
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	17	17.3	30	30.6	9	9.2	32	32.7	10	10.2	3.12	1.31
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.*	20	20.4	21	21.4	16	16.3	27	27.6	14	14.3	2.93	1.37
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.	13	13.3	16	16.3	21	21.4	25	25.5	23	23.5	2.70	1.34
54.Fiziksel veya mental özürli bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.*	10	10.2	20	20.4	16	16.3	35	35.7	17	17.3	3.29	1.26
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.*	34	34.7	29	29.6	8	8.2	16	16.3	11	11.2	2.39	1.39
ÇOCUK İSTISMARI VE İHMALİNDE AİLESEL ÖZELLİKLER												
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaline yol açan bir faktördür.	39	39.8	39	39.8	8	8.2	11	11.2	1	1.0	4.06	1.01
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir etkidir.	34	34.7	30	30.6	10	10.2	15	15.3	9	9.2	3.66	1.33
59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.*	16	16.3	16	16.3	6	6.1	30	30.6	30	30.6	3.42	1.47
61.Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir.*	26	26.5	14	14.3	12	12.2	29	29.6	17	17.3	2.96	1.48
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmal için bir risktir.	34	34.7	32	32.7	7	7.1	18	18.4	7	7.1	3.69	1.31

63.Çocuk istismar ve ihmaline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.*	3	3.1	3	3.1	14	14.3	42	42.9	36	36.7	4.07	0.95
64.Anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	45	45.9	44	44.9	1	1.0	5	5.1	3	3.1	4.25	0.94
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	49	50.0	42	42.9	3	3.1	2	2.0	2	2.0	4.36	0.81

*Doğru yanıtı negatif sorulardır.

Ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımı Tablo 10'da verilmiştir.İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek maddelerinden “çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir” maddesini ebelerin %86.8' i doğru yanıtlamıştır ($x=4.42\pm 0.79$).Diğer yandan “fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür” maddesini ebelerin %59.2'si yanlış yanıtlamış ($x=2.40\pm 1.19$), yine dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir” maddesini de ebelerin %51.0'ı yanlış yanıtlamıştır ($x=2.60\pm 1.20$).”Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir” maddesini yanlış olarak yanıtlayanların oranı %46.9'dur ($x=2.80\pm 1.22$).Ebeler, cinsel istismarın fiziksel belirtilerinden “cinsel istismar sonucu vajinal veya rektal kanama görülebilir” maddesini %91.9 oranında doğru yanıtlarken ($x=4.44\pm 0.83$), “genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir”maddesini %54.1 oranında yanlış yanıtlamıştır ($x=2.57\pm 1.21$).

İhmal belirtileri alt ölçek maddelerinden “çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldır” maddesini ebelerin %92.8' i doğru yanıtlarken ($x=4.44\pm 0.83$), “çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir” maddesini %40.8'i yanlış yanıtlamıştır ($x=2.98\pm 1.42$).Ebelerin %91.9'u “aşılardan kaçınılması veya geciktirilmesini ihmal belirtisi” olarak belirtmiştir ve bu maddenin puan ortalaması 4.44 ± 0.83 bulunmuştur.

Ebeler, istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden “istismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler” maddesini en yüksek oranda (%92.8) doğru yanıtlarken ($x=4.88\pm 5.05$), “istismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler” maddesini en düşük oranda (%13.4) doğru olarak yanıtlamıştır ($x=2.17\pm 1.09$).Ebelerin %86.7'si “istismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez” maddesini doğru

yanıtlamıştır ($x=4.38\pm1.10$).

İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden “ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismarı ve ihmali açısından bir risktir” maddesini ebelerin en yüksek oranda (%95.9) doğru yanıtlarken ($x=4.50\pm0.61$), “annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkiler” maddesini en düşük oranda (%15.3) doğru yanıtlamıştır ($x=2.20\pm1.19$).Yine ebelerin %16.0’ı “çocukluğunda istismar veya ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar” maddesini doğru yanıtlamıştır ($x=2.25\pm1.06$).”Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler” maddesini ebelerin %35.7’si doğru yanıtlamıştır ($x=2.89\pm1.24$).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden” bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır” maddesini ebelerin %49.0’ı doğru yanıtlarken ($x=3.26\pm1.35$), “bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez” ebelerin %27.5’ i doğru yanıtlamıştır ($x=2.39\pm1.39$).Yine ebelerin %29.6’sı “aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir” diyerek doğru yanıtlamıştır ($x=2.70\pm1.34$).Ebelerin %41.8’i “çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur” maddesini doğru yanıtlamıştır ($x=2.93\pm1.37$).

Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden “evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etmendir” maddesini ebelerin en yüksek oranda (%92.9) doğru yanıtlarken ($x=4.36\pm0.81$), “ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismarı ve ihmalinde önemli bir faktör değildir” maddesine en düşük oranda (%40.8) doğru yanıtlamıştır ($x=2.96\pm1.48$).Diğer taraftan ebelerin %90.8’ i “anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar” maddesini doğru yanıtlamıştır ($x=4.25\pm0.94$).

Tablo 11. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	X	Ss
Genel Ölçek Ortalaması	67	3.73	0.32
1.İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	67	3.82	0.38
2.İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	67	3.92	0.39
3.İhmal Belirtileri	67	4.03	0.71
4.İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	67	3.41	0.47
5.İstismar ve ihmale Yatkın Çocukların Özellikleri	67	3.03	0.73
6.Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Belirtiler	67	4.05	0.59

Tablo 11’de hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Hemşirelerin tüm ölçek maddelerine verdikleri yanıtların ortalaması 3.73 ± 0.32 ’dir .Bu da, görüldüğü gibi istendik değer olan 5.0’a kıyasla bilgi açığı olduğunu belirleyen bir değerdir. Buna göre hemşirelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.82 ± 0.38 , istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.92 ± 0.39 , ihmal belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puan ortalaması 4.03 ± 0.71 , istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.41 ± 0.47 , istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.03 ± 0.73 , çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalaması 4.05 ± 0.59 ’dur. (Grafik 1).

Tablo 12. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerine Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	X	Ss
Genel Ölçek Ortalaması	98	3.63	0.33
1.İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	98	3.64	0.39
2.İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	98	3.84	0.42
3.İhmal Belirtileri	98	3.97	0.64
4.İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikleri	98	3.42	0.49
5.İstismar ve ihmale Yatkın Çocukların Özellikleri	98	2.96	0.61
6.Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Belirtiler	98	3.81	0.55

Tablo 12’de ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusunda bilgi düzeyine ilişkin ölçek bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Ebelerin tüm ölçek maddelerine verdikleri yanıtların ortalaması 3.63 ± 0.33 ’dür. Bu da, görüldüğü gibi istenilen değer olan 5.0’a kıyasla bilgi açığı olduğunu belirleyen bir değerdir. Buna göre ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.64 ± 0.39 , istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.84 ± 0.42 , ihmal belirtilerine yönelik alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.97 ± 0.64 , istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.42 ± 0.49 , istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması 2.96 ± 0.61 , çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.81 ± 0.55 ’dur (Grafik 2).

3.2.2. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aşağıdaki tablolarda; hemşire ve ebelerde, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılımı; istismar ve ihmalin fizksel belirtileri, davranışsal belirtileri, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn ve çocuk özellikleri, çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 13. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
HEMŞİRE	67	3.73	0.322	0.039	1.78	0.07
EBE	98	3.63	0.330	0.033		

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 13'te ve Grafik 3 'te verilmiştir. Hemşirelerin bilgi puan ortalamaları 3.73 ± 0.32 , ebelerin bilgi puan ortalamaları 3.63 ± 0.33 'tür. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($t=1.78$, $p>0.05$).

Tablo 14. Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
HEMŞİRE	67	3.82	0.38	0.04	2.94	0.004
EBE	98	3.64	0.39	0.04		

Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamaları Tablo 14 ve Grafik 4'te verilmiştir. Hemşirelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.82 ± 0.38 , ebelerin bilgi puan ortalaması 3.64 ± 0.39 arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde fark saptanmıştır ($t=2.94$, $p < 0.05$).

Tablo 15. Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
HEMŞİRE	67	3.92	0.39	0.04	1.17	0.24
EBE	98	3.84	0.42	0.04		

Tablo 15 ve Grafik 5'te görüldüğü gibi hemşirelerin istismar ve ihmalin davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.92 ± 0.39 , ebelerin alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.84 ± 0.42 bulunmuştur. Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalin davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=1.17$, $p > 0.05$).

Tablo 16. Hemşire ve Ebelerin İhmal Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
HEMŞİRE	67	4.03	0.71	0.08	0.52	0.60
EBE	98	3.97	0.64	0.06		

Hemşire ve ebelerin ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamaları Tablo 16 ve Grafik 6'da verilmiştir. Hemşirelerin ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması 4.03 ± 0.71 , ebelerin alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.97 ± 0.64 'tür. Hemşire ve ebelerin alt ölçek bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=0.52$, $p > 0.05$).

Tablo 17. Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
HEMŞİRE	67	3.41	0.47	0.05	0.11	0.90
EBE	98	3.42	0.49	0.05		

Tablo 17 ve Grafik 7’de görüldüğü gibi hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.41 ± 0.47 , ebelerin alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.42 ± 0.49 ’dur. Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=0.11, p>0.05$).

Tablo 18. Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
HEMŞİRE	67	3.03	0.73	0.09	0.67	0.50
EBE	98	2.96	0.61	0.02		

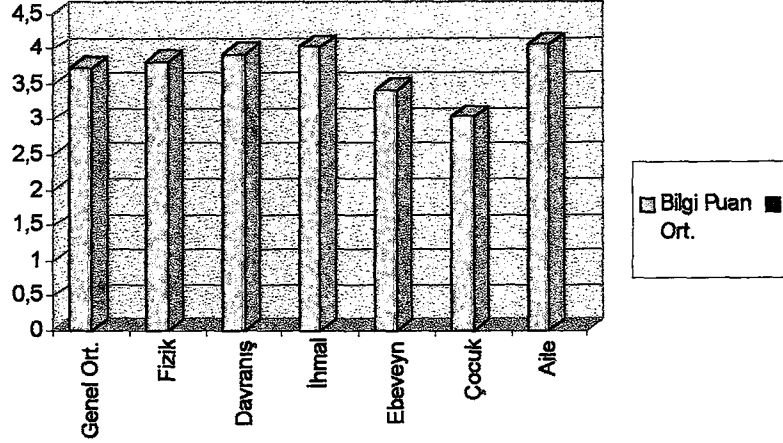
Araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması Tablo 18 ve Grafik 8’de verilmiştir. Hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek puan ortalaması 3.03 ± 0.73 , ebelerin alt ölçek bilgi puan ortalaması 2.96 ± 0.61 ’dir. Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t=0.67, p>0.05$).

Tablo 19. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Belirtiler Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

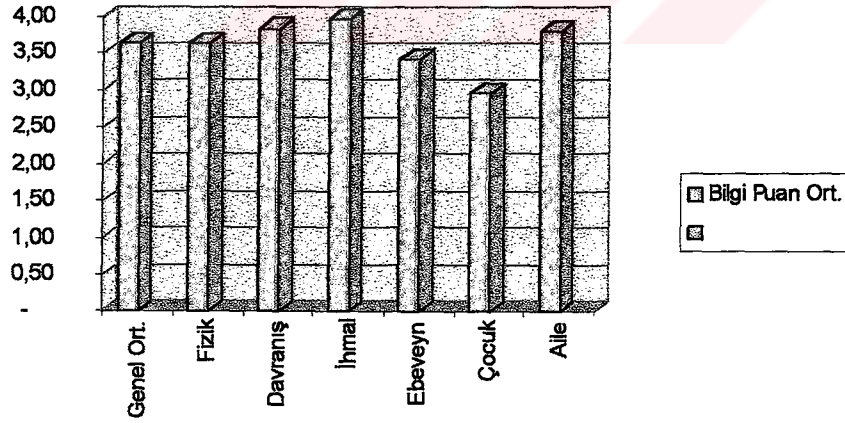
GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
HEMŞİRE	67	4.05	0.59	0.07	2.61	0.01
EBE	98	3.81	0.53	0.56		

Tablo 19 ve Grafik 9’da hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalamaları verilmiştir. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalaması 4.05 ± 0.59 , ebelerin alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.81 ± 0.53 ’tür. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2.61$, $p < 0.05$).

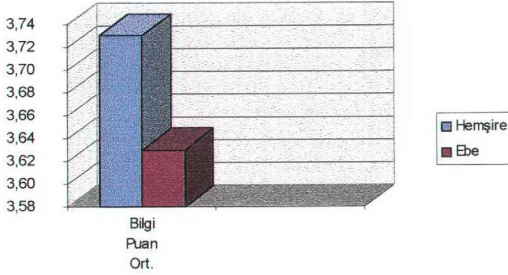
Grafik 1. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı



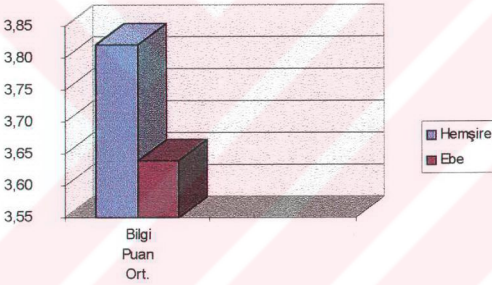
Grafik 2. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Genel Ölçek ve Alt Ölçek Maddelerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı



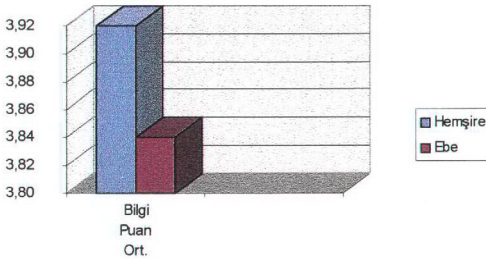
Grafik 3. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Konusundaki Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı



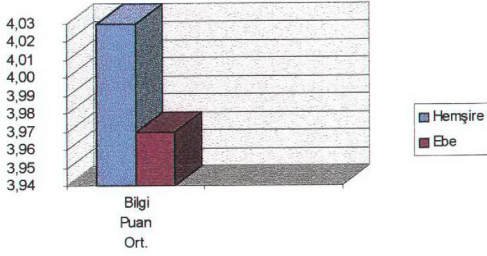
Grafik 4. Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Fiziksel Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı



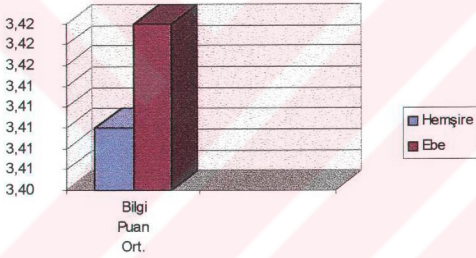
Grafik 5. Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmalin Çocuktaki Davranışsal Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı



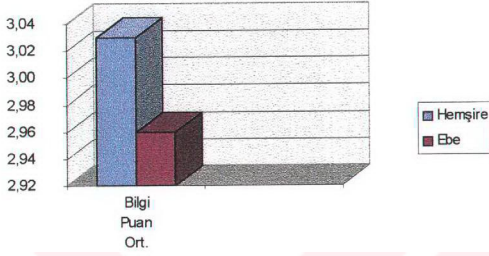
Grafik 6.Hemşire ve Ebelerin İhmal Belirtileri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı



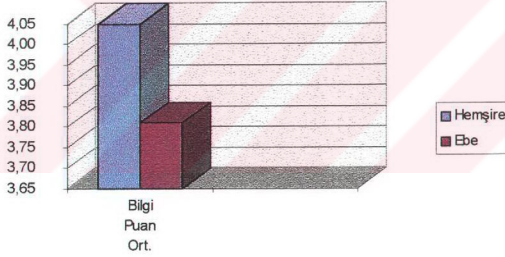
Grafik 7.Hemşire ve Ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveynlerin Özellikleri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı



Grafik 8. Hemşire ve ebelerin İstismar ve İhmale Yatkın Çocukların Özellikleri Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı



Grafik 9. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Belirtiler Alt Ölçek Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı



3.3. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

Aşağıdaki tablolarda; hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının yaş grupları, medeni durumları, mezun oldukları okullar, çocuk sayıları, meslekteki ve halk sağlığı alanındaki çalışma yılları, okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumları, bu konuda herhangi bir seminer/konferansa katılma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 20. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	Yaş Grubu	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
HEMŞİRE	18-27	12	3.57	0.09	Gruplar arası	0.46	2	0.23	2.31	0.10
	28-37	31	3.72	0.05	Grup içi	6.37	64	0.09		
	38 ≥	24	3.81	0.07	Toplam	6.83	66			
EBE	18-27	29	3.68	0.06	Gruplar arası	1.34	2	0.65	3.52	0.03
	28-37	57	3.63	0.04	Grup içi	18.08	95	0.19		
	38 ≥	12	3.30	0.04	Toplam	19.42	97			

Tablo 20’de hemşire ve ebelerin yaş gruplarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Hemşirelerin yaş gruplarına göre bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($F=2.31$, $P>0.05$). Ebelerin yaş gruplarına göre, bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3.62$, $P <0.05$). İleri analiz için yapılan Student-Newman-Keuls testinde 38 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunan ebelerin bilgi puan ortalamalarının, 18-27 ve 28-37 yaş grubunda bulunan ebelerin bilgi puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 21. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
EVLİ	64	3.71	0.32	0.04	1.74	0.08
BEKAR	3	4.04	0.16	0.04		

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında medeni durumlarına bağlı fark olup olmadığı, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir. Tablo 21'de görüldüğü gibi, evli olan hemşirelerin bilgi puan ortalaması 3.71 ± 0.32 ile bekar olan hemşirelerin 4.04 ± 0.16 bilgi puan ortalaması arasında 0.05 önem düzeyinde önemli bir fark bulunmamıştır ($t=1.74, p>0.05$).

Tablo 22. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	Medeni durum	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ort.	F	P
EBE	Evli	86	3.62	0.46	Gruplar arası	0.26	2	0.66	0.66	0.85
	Bekar	10	3.45	0.10	Grup içi	19.15	95	0.20		
	Diğer	2	3.68	-	Toplam	19.42	97			

Tablo 22'de ebelerin medeni durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Ebelerin medeni durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($F=0.66, P>0.05$).

Tablo 23. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Mezun Oldukları Okula Göre Dağılımı

GRUPLAR	Bitirilen Okul	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
HEMŞİRE	HYO	10	3.74	0.20	Gruplar arası	0.20	2	0.10	0.96	0.38
	A.Ö. Önlisans	37	3.77	0.33	Grup içi	6.63	64	0.10		
	SML	20	3.64	0.33						
	Sağlık Okulu	-	-		Toplam	6.83	66	-		
EBE	A.Ö. Önlisans	42	3.61	0.35	Gruplar arası	0.09	3	0.03	0.02	0.97
	SML	54	3.60	0.58	Grup içi	23.57	94	0.25		
	Sağlık Okulu	2	3.55	0.43	Toplam	23.66	97	-		

Hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalamalarının mezun oldukları okula göre dağılımı Tablo 23'te gösterilmiştir. Mezun oldukları okula göre hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.96$, $p>0.05$). Ebelerin mezun oldukları okula göre bilgi puan ortalamaları arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=0.02$, $p>0.05$).

Tablo 24. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
1 ÇOCUK	25	3.65	0.33	0.66	1.23	0.22
2 VE DAHA FAZLA ÇOCUK	34	3.76	0.32	0.56		

Tablo 24'te hemşirelerin çocuk sayılarına göre bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Hemşirelerin çocuk sayılarına göre bilgi puan ortalamaları arasında yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinde $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.23$, $p>0.05$).

Tablo 25. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	Çocuk Sayısı	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
EBE	1	40	3.62	0.36	Gruplar arası	2.56	3	0.20	6.56	0.002
	2	37	3.67	0.32	Grup içi	15.04	77	0.11		
	3 ve üzeri	3	2.71	1.76	Toplam	17.60	79			
				-						

Tablo 25'te ebelerin çocuk sayılarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasındaki farkı ölçmek için $\alpha=0.005$ önem düzeyinde yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($F=6.56$, $P < 0.005$).

Tablo 26. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Meslekteki Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	Çalışma Yılı	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
HEMŞİRE	1-5 yıl	4	3.80	0.07	Gruplar arası	0.16	2	0.08	0.79	0.45
	6-10 yıl	16	3.64	0.32	Grup içi	6.66	64	0.10		
	11 ≥ yıl	47	3.75	0.33	Toplam	6.83	66			
EBE	1-5 yıl	12	3.37	1.12	Gruplar arası	0.71	2	0.35	1.48	0.23
	6-10 yıl	40	3.62	0.33	Grup içi	22.95	95	0.24		
	11 ≥ yıl	46	3.64	0.31	Toplam	23.66	97			

Hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalamalarının mesleki çalışma yıllarına göre dağılımı Tablo 26'da gösterilmiştir. Çalışma yıllarına göre hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır($F=0.79$, $p > 0.05$). Ebelerin eğitim düzeylerine göre bilgi puan ortalamaları arasında $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 27. Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Halk Sağlığı Alanında Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	Çalışma Yılı	N	X	Ss	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
HEMŞİRE	1 yıl <	4	3.77	0.12	Gruplar arası	0.13	3	0.44	0.41	0.74
	1-5 yıl	23	3.78	0.32	Grup içi	6.69	62	0.10		
	6-10 yıl	20	3.72	0.29						
	11 ≥ yıl	19	3.36	0.37	Toplam	6.82	65			
EBE	1 yıl <	2	3.36	0.14	Gruplar arası	0.44	3	0.14	0.6	0.61
	1-5 yıl	28	3.51	0.79	Grup içi	23.21	94	0.24		
	6-10 yıl	35	3.64	0.30						
	11 ≥ yıl	33	3.64	0.30	Toplam	23.66	97	-		

Tablo 27'de hemşire ve ebelerin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları görülmektedir. Hemşirelerin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.41$, $p>0.05$). Ebelerin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre bilgi puan ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($F=0.61$, $p>0.05$).

Tablo 28. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Okul Öğrenimleri Sırasında Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
BİLGİ ALAN	16	3.75	0.26	0.06	0.28	0.78
BİLGİ ALMAYAN	51	3.72	0.34	0.04		

Tablo 28'de hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında okul öğrenimi sırasında

çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına bağlı fark olup olmadığı iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir. Bilgi alan hemşirelerin bilgi puan ortalaması 3.75 ± 0.26 ile bilgi almayan hemşirelerin bilgi puan ortalaması 3.72 ± 0.34 arasında $\alpha=0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.28$, $p>0.05$).

Tablo 29. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Okul Öğrenimleri Sırasında Çocuk İstismarı ve ihmali Konusunda Bilgi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
BİLGİ ALAN	28	3.58	0.32	0.06	0.36	0.72
BİLGİ ALMAYAN	70	3.62	0.49	0.05		

Ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına bağlı fark olup olmadığı iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir. Tablo 29'da görüldüğü gibi, bilgi alan ebelerin bilgi puan ortalaması 3.58 ± 0.32 ile bilgi almayan ebelerin 3.62 ± 0.49 bilgi puan ortalaması arasında 0.05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.36$, $p>0.05$).

Tablo 30. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Seminer/Konferansa Katılma Durumlarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
KATILAN	7	3.75	0.33	0.12	0.18	0.85
KATILMAYAN	60	3.72	0.32	0.04		

Tablo 30'da hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında bu konuda herhangi bir seminer veya konferansa katılma durumlarına bağlı fark olup olmadığı iki

ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer veya konferansa katılan bilgi puan ortalaması 3.75 ± 0.33 ile katılmayan hemşirelerin bilgi puan ortalaması 3.72 ± 0.32 arasında $\alpha=0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.18$, $p>0.05$).

Tablo 31. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Seminer/Konferansa Katılma Durumlarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
KATILAN	3	3.55	0.40	0.23	0.23	0.81
KATILMAYAN	94	3.61	0.45	0.04		

Ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında bu konuda herhangi bir seminer veya konferansa katılma durumlarına bağlı fark olup olmadığı iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir. Tablo 31'de görüldüğü gibi, bilgi alan ebelerin bilgi puan ortalaması 3.55 ± 0.40 ile bilgi almayan ebelerin 3.61 ± 0.45 bilgi puan ortalaması arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.23$, $p>0.05$).

Tablo 32. Hemşirelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Vakasıyla Karşılaşmış Olma Durumlarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart Hata	t	p
KARŞILAŞAN	19	3.76	0.27	0.06	0.60	0.55
KARŞILAŞMAYAN	48	3.71	0.34	0.04		

Tablo 32'de hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış olma durumlarına bağlı fark olup olmadığı iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir. Çocuk istismarı veya ihmali vakasıyla karşılaşan hemşirelerin bilgi puan ortalaması 3.76 ± 0.27 ile

karşılaşmayan hemşirelerin bilgi puan ortalaması 3.71 ± 0.34 arasında $\alpha=0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.60$, $p>0.05$).

Tablo 33. Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamadaki Bilgi Puan Ortalamalarının Çocuk İstismarı ve İhmali Vakasıyla Karşılaşmış Olma Durumlarına Göre Dağılımı

GRUP	Denek Sayısı	Bilgi Puan Ortalaması	Standart Sapma	Standart t Hata	t	p
KARŞILAŞAN	42	3.65	0.35	0.05	0.90	0.37
KARŞILAŞMAYAN	34	3.56	0.58	0.07		

Ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumlarına bağlı fark olup olmadığı iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile test edilmiştir. Tablo 33'te görüldüğü gibi, çocuk istismarı veya ihmali vakasıyla karşılaşan ebelerin bilgi puan ortalaması 3.65 ± 0.35 ile karşılaşmayan ebelerin 3.56 ± 0.51 bilgi puan ortalamaları arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.90$, $p>0.05$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

A.TARTIŞMA

4.1.HEMŞİRE VE EBELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

4.1.1. HEMŞİRE VE EBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırma sonuçlarına göre, araştırma kapsamına giren hemşirelerin %46.3'ü 28-37 yaş arasındadır ve yaş ortalamaları 35.04 ± 7.01 'dir (Tablo 3).Bu bulgulara göre hemşirelerin genç yaş grubunda oldukları söylenebilir.Bahçecik'in yürüttüğü çocuk sağlığı servisleri ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerle yürüttüğü çalışmada da hemşirelerin çoğunluğu genç yaş grubundadır (%59.2'si 25-35 yaş grubunda) (5). Ülkemizde sağlık hizmetlerinde altyapı eksikleri, ücret, çocuk bakımı ve mesleki uygulamalarda karşılaşılan güçlüklerin yanısıra, hemşirelik mesleğinin yalnızca kadın mesleği olması nedeniyle hemşireler meslekten genç yaşta ayrılmaktadır.Bu çalışmada da araştırma grubunun yaş ortalamalarının genç yaşta bulunmasının nedeni olarak söylenebilir.

Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde %95.5' i evli, %4.5'inin bekar olduğu görülmektedir(Tablo 3).

Hemşirelerin %37.4'ü 1 çocuk sahibi iken, %55.9'u iki çocuk sahibi, %1.7'si 3 ve üzeri çocuk sahibidir.Ortalama çocuk sayısı 1.40 ± 0.71 'dir.Hemşirelerin %49.2'sinin çocukları kendi bakımlarını sağlarken, %18.6'sının çocuklarının bakımını anne, kayınvalide veya yakın akrabalar, %18.6'sının bakıcı veya komşu sağlamakta ancak %13.6'sının bakımı kreş veya yuva sağlamaktadır (Tablo 3).Bahçecik'in çocuk sağlığı ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerle yürüttüğü çalışmada da hemşirelerinin %24.6'sının çocuklarının bakımı kreş veya yuva tarafından sağlanmaktadır (5).

Hemşirelerin eğitim durumlarına bakıldığında %14.9'unu hemşirelik yüksek okulu mezunu, %55.2'si açıköğretim, önlisans mezunu, %29.9'u sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre, açıköğretim mezunu hemşirelerin daha fazla olduğu görülmektedir, bunda sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin açıköğretim programına devam etmeleri gösterilebilir. Ayrıca sağlık ocağı hizmetlerinde hemşirelik yüksek okulu hemşirelerin yer alması da kalitenin yükseltilmesi açısından sevindiricidir (Tablo 3). 1993 yılında Bahçecik'in tedavi edici kurumlarda ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerle yürüttüğü çalışmada ise, hemşirelerin çoğunluğu sağlık meslek lisesi mezunu olarak saptanmıştır (%79.2)(5). Yıllarla birlikte hemşirelerin eğitim düzeylerindeki bu artış umut vericidir.

Hemşirelerin %70.1' i 11 yıl ve daha fazla süredir hemşirelik yaptığı ve ortalama çalışma yıllarının 15.41 ± 6.94 olduğu saptanırken, halk sağlığı alanında çalışma yıllarına bakıldığında hemşirelerin %35.8' i 1-5 yıl grubunda yer almaktadır (Tablo 4). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun 1-5 yıl gibi kısa süredir halk sağlığı alanında çalışmasına, genelde ilk mesleki deneyimlerinin tedavi edici kurumlarda olması daha sonra birinci basamak hizmetlere geçmeleri neden olarak gösterilebilir.

Araştırma kapsamına alınan ebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; ebelerin %55.2'si 28-37 yaş grubundadır ve yaş ortalamaları 30.89 ± 6.01 'dir. Ebelerin %87.8'inin evli, %10.2'sinin bekar olduğu görülmektedir. Ebelerin büyük bir kısmının evli olması, mesleğe çok küçük yaşlarda başlamaları ve daha çok sağlık evlerinde tek başlarına çalıştıkları için sosyal destek sağlamak amacıyla erken evlenmelerine bağlanabilir. Ebelerin %50.0'ı 1 çocuk sahibidir ve ortalama çocuk sayısı 1.26 ± 0.81 'dir. Çocukların %22.5'inin çocukları kendi bakımlarını sağlamaktadır. Çocukların bakımı %30.2'sinin anne, kayınvalide veya yakın akrabalar tarafından sağlanırken, %22.5'inin çocukları kendi bakımlarını sağlamaktadır. Araştırma kapsamına alınan ebelerin %42.8' i açıköğretim, önlisans mezunu, %55.2'si sağlık meslek lisesi mezunu ve %2.0'ı da sağlık okulu mezunudur. Ebelerin yarıya yakınının açıköğretim önlisans mezunu olması ebelik eğitiminin de yüksek öğretim

düzeyinde yapılması açısından sevindiricidir(Tablo 3).

Ebelerin meslekte çalışma yıllarına bakıldığında %46.9'u 11 yıl ve daha fazla süredir çalışmakta ve ortalama çalışma yılı 11.34 ± 5.68 'dir.Ebelerin %35.7'si 6-10 yıldır halk sağlığı alanında çalıştıklarını belirtmektedir ve ortalama çalışma yılı 9.19 ± 5.68 'dir(Tablo 4).

4.1.2.HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNA İLİŞKİN EĞİTİM ETKİNLİKLERİ

Hemşireler, büyük bir oranda (%76.9) okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almadıklarını, bilgi alanların da %80.0 gibi büyük bir oranda çocuk sağlığı dersine entegre bir konu olarak bahsedildiğini belirtmektedir.Yine hemşirelerin %89.6'sının bu konuda herhangi bir seminer/konferansa katılmadıkları saptanmıştır(Tablo 5).Bu veri de göstermektedir ki, mesleki uygulamalarda yenilikleri takip etmeye yönelik yeterli eğitim etkinlikleri gösterilmemektedir.

Ebelerin %71.4'ü çocuk istismarı ve ihmali konusunda okul öğrenimleri sırasında bilgi almadıklarını belirtirken, eğitim alanların da %78.6'sı çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk sağlığı dersi içinde konu olarak geçtiğini söylemektedir.Bu düzeyde bir eğitimin de ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda etkinlik kazanmasında yeterli olmayacağı düşünülmüştür.Okul öğreniminde eksik kalan ya da geliştirilmesi beklenen alanların mesleki eğitimle desteklenmesi gerekirken, ebelerin %96.9'u çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer/konferansa bile katılmamıştır(Tablo 5).

4.1.3.HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Hemşirelerin %71.6'sı meslek yaşantıları sırasında çocuk istismarı veya ihmali vakasıyla karşılaşmadığını belirtirken, böyle bir vakayla karşılaşanların %63.2'si, yapılan davranışın yanlışlığını aileye anlatarak aileye eğitim verme, %10.6'sı da hiçbirşey yapmama gibi pasif davranış içinde bulunurken ancak hemşirelerin %5.3'ü karşılaştığı vakayı adli vaka olarak bildirmiştir(Tablo

6).Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla büyük bir çoğunluğunun karşılaşmadıklarını belirtmesinde, hemşirelerin hangi durumların istismar veya ihmale girdiklerini ayırtedememesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hemşireler, hemşire ve ebenin çocuk istismarı ve ihmali tanılayabilme konusundaki görüşleri sorulduğunda %89.6'sı hemşire ve ebenin çocuk istismarı ve ihmali tanılayabileceğini belirtmiştir.Yapılan birçok çalışmada, tanılamada hemşirelerin çok önemli konumda olduğu saptanmıştır(15,19,21)(Tablo 7).Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin büyük bir kısmı (%53.7) tanılama konusunda kendilerini kısmen yeterli bulmaktadır.Okul eğitimlerinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda düzenli bir eğitim almadıklarıve mesleki yaşantıları sırasında da eğitim etkinlikleriyle desteklenmedikleri için hemşirelerin kendilerini kısmen yeterli bulmaları beklenen bir sonuçtur(Tablo 8).Bundan dolayıdır ki, hemşirelere çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyup duymadıkları sorulduğunda %79.1' i "evet" yanıtını vermiştir.

Ebelerin %41.8' i meslek yaşantılarında çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarını, vaka karşısında yapılan davranışın yanlışlığını anlatarak aileye eğitim verdiklerini belirtirken ancak %4.9'u bu durumu sosyal hizmet uzmanına veya sorumlu hekime bildirmiştir.Bu da hemşirelerin herhangi bir çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarında neler yapmaları gerektiğini bilmemelerinden kaynaklanmaktadır(Tablo 6).

Ebelere, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusundaki görüşleri sorulduğunda ebelerin %87.7'si tanılayabileceğini belirtirmeleri, ebelerin bu alan içinde kendilerine rol vermeleri açısından oldukça sevindiricidir.Çünkü yapılan araştırmalar hemşire ve ebelerin ev ziyaretleriyle ve doğum ünitelerinde aile çocuk arasındaki ilişkiyi gözlemleyerekçocuk istismarı ve ihmali tanılayabileceklerini göstermektedir(9,15,16).Tanılama konusunda ebelerin kendilerini yeterli bulma durumlarına bakıldığında ebelerin %56.1' i kendini çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda kısmen yeterli bulmaktadır.Bundan dolayıdır ki, ebelerin %85.7'si çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla

bilgilenmeye gereksinimleri olduklarını belirtmiştir.

4.2.HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMAYA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

4.2.1.HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA GENEL ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEK MADDELERİNE VERDİKLERİ YANITLARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımı Tablo 9’da incelenmiştir.

1-İstismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek maddelerinden hemşirelerin 3’ün altında puan ortalaması aldıkları maddeler hemşirelerin bu konuda yanlış/yetersiz bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.Bu maddeler:

*Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir (2.97±1.30)

*Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür (2.58±1.31).

*Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir (2.55±1.23)

*Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir (2.89±1.39).

Hemşireler genelde sıyrık, ekimoz parmak bası izleri gibi açık olarak görülen fiziksel belirtileri istismar olarak görürlerken (puan ortalaması da bu nedenle yüksek çıkmıştır 4,62±0.59) biraz dikkat gerektiren ayırıcı tanı bulgularını içeren yukarıdaki maddelerden düşük puan almışlardır.Yine cinsel

istismar sonucu vajinal veya rektal kanama görülebileceğini hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%95.6) bilirken, genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetlerinde cinsel istismarı %47.8'i düşünmemektedir. Oysa genital bölgede ağrı, şişme, kaşıntı şikayetleri erişkinlerden geçebilecek bir enfeksiyon işaretidir (12, 65, 67). Tüm bunların altında hemşirelik eğitiminde çocuk istismarı ve ihmali konusuna yeteri kadar yer verilmemesi ve hemşirelerin bazı durumları sadece kendi deneyimleriyle değerlendirmeleri yatmaktadır.

2-İhmal belirtileri alt ölçek maddelerinden hemşirelerin büyük bir bölümü oldukça yüksek puan ortalamasına sahip olmaları sevindiricidir. Hemşirelerin %98.5'i aşılardan yaptırılmaması veya geciktirilmesini ihmal belirtisi olarak değerlendirmeleri bu konu üzerinde iyi olduklarını gösterirken, çocukta büyüme gelişme geriliğinin olması konusunda hemşirelerin %13.4'ü kararsız kalmış, %20.9'u da bunun yanlış olduğunu belirtmiştir. Yapılan birçok çalışmada, bebekler ve küçük çocuklarda genellikle yetersiz beslenme nedeniyle yavaş büyüme ve gelişme geriliğinin görüldüğü; çok az kilo alımı ve büyümede durma şeklinde ortaya çıkan bu durumla çocuklarda sıklıkla karşılaşıldığı saptanmıştır (65,71,89). Ayrıca çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyumayı hemşirelerin %52.2'si ihmal işareti olarak görmemekte ve dolayısıyla bu maddedeki bilgi puan ortalamaları da diğer maddelere oranla düşük olmaktadır (3.17 ± 1.38). Bu durumdan da anlaşılıyor ki, hemşireler fiziksel bulgularla ihmali tanımlayabilirken çocuk davranışlarını değerlendirmede zorlanıyor.

3-İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek maddelerinden hemşireler, "istismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler" maddesini %70.2 oranla doğru bularak en düşük puan ortalamasını almışlardır (Tablo 9). Oysa literatür incelendiğinde, istismar ve ihmale uğrayan çocukların ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı tepkisiz kaldıkları görülmektedir (6,23).

Hemşireler, "istismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemeyeceği" maddesine yanlış yanıt vererek en yüksek puan ortalamasını almıştır. Yapılan çalışmalarda istismar ve ihmale uğrayan çocukların okul

başarılarının düşük olduğu ve bu çocukların okul aktivitelerine daha az katıldığı görülmektedir (7,64,81). Kars'ın ilkokul çocukları üzerinde yaptığı çalışmada çocuğun istismar ve ihmali ile okul başarısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (56).

4-İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden hemşirelerin 3 ve 3'ün altında puan ortalamalarına sahip oldukları ölçek maddeleri incelendiğinde;

“Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar” maddesini hemşirelerin %55.3'ü doğru bulduğu görülmüştür (2,34±1.10) (Tablo 9).Oysa bilinen şudur ki, çocuk istismarı ve ihmalinin en büyük tehlikesi çocukluğunda istismar ve ihmal edilenlerin kendi çocuklarını istismar ve ihmal ettiğidir.Browne'nin çocuklarını istismar eden ve etmeyen ailelerdeki risk etmenlerini karşılaştırdığı çalışmasında; istismar eden ailelerin %43.5' i, istismar etmeyen ailelerin ise %6.5'i çocukluğunda istismar veya ihmal edilmiştir (20).Yine Hall ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluğunda cinsel istismara uğrayan ve uğramayan annelerin çocuklarını fiziksel istismar etmede diğer annelere göre 6 kat daha fazla istismar etme potansiyeli taşıdığını saptamıştır (46).

“Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler “ maddesini hemşirelerin %67.2'si yanlış bulmuştur.Konuyla ilgili literatür incelendiğinde annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması kendisine bu kadar acılar çektirdiği için bebeğine karşı öfke duyduğunu ve çocuğun istismar ve ihmal edildiğini göstermiştir (17,78).

“Eğitim düzeyi düşük anne babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler” maddesini hemşirelerin ancak %43.3'ü doğru bulmuştur ve bu maddenin puan ortalamasını da etkileyerek 3.04±1.46 puan ortalaması saptanmıştır.Oysa yapılan literatür incelemesinde eğitim düzeyi düşük anne babaların çocuklarını daha çok istismar ve ihmal ettiği ortaya çıkmıştır (8,13.54).Bahçecik'in yaptığı çalışmada annelerin eğitim düzeyi ile çocuk yetiştirme tutumları karşılaştırıldığında düşük eğitim düzeyinden gelen

annelerin katı disiplinli, aşırı koruyucu, baskılayıcı ve ailedeki karı koca geçimsizliğinin daha fazla olduğunu belirtilmiştir (5).

Araştırma kapsamına alınan hemşireler en yüksek puan ortalamasını "ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismarı ve ihmali açısından bir risktir" maddesinden almıştır.Yapılan çalışmalarda alkol bağımlılığının istismar ve ihmal durumlarında etkili olduğu vurgulanmaktadır (8,23).Browne, çocuklarını istismar eden ve etmeyen aileler üzerinde yaptığı çalışmada, ilaç ya da alkol bağımlılığına ilişkin geçmişi olan ailelerin %61.3'ünün, diğerlerinin ise %21.8'inin çocuklarını istismar veya ihmal ettiğini saptamış ve ilaç veya alkol bağımlılığı ile çocuk istismarı ve ihmali arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur (20).

5-İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden "bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır" maddesini hemşirelerin %95.3'ü doğru bulmayarak oldukça yüksek puan ortalamalarına sahip olmaları sevindiricidir (4.41±0.67).1995-1997 yılları arasında ABD'de kötü muameleyle yaşamını yitiren çocukların %38.0'ının bir yaşın altında olduğu saptanmıştır (51).Ülkemizde Güçray'ın yaptığı çalışmada aile içinde istismar edilen çocukların üçte ikisinin üç yaşın altında olduğu saptanmıştır (43).Hemşirelerin bebekleri, çocuk istismarı ve ihmali açısından risk grubu olarak görürken, %70.2'sinin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebekleri risk altında görmemeleri hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda yüzeysel bilgiye sahip olduklarını göstermektedir.Yapılan bir çalışmada, preterm ve term bebeği olan annelerin bebeklerini kabullenmelerini ve eşlerinin ilişkilerini incelemiş ve her iki grup annelerden bebeklerini kabullenmeyen annelerde, aile içinde ve evlilikte sorunların daha fazla olduğu saptanmıştır.Ayrıca literatürde, preterm ve özürlü doğan çocuklarda istismar ve ihmal sıklığının fazla olduğu bildirilmektedir (5,6,8,17,23).Browne'nin çocuklarını istismar eden ve etmeyen aileleri karşılaştırdığı çalışmasında da çocuklarını istismar eden ailelerin bebeklerinin %21.7'si prematüre, düşük doğum ağırlıklı olduğu saptanmıştır (20).

İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek maddelerinden hemşireler, "çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur" maddesinden düşük puan almıştır (2.83 ± 1.45).Konu cinsiyet tercihleri açısından ele alındığında farklı boyutlar ortaya çıkmaktadır.Ancak toplumlarda çeşitli sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerle erkek çocukların kızlara tercih edildiği bilinmektedir.Çalışmalar özellikle babaların erkek çocuk istediğini ortaya koymaktadır.Kadınların arasında ise cinsiyet tercihi yapanların %24.1'i erkek, %17.4'ü kız çocuk istediklerini belirtmişlerdir (23).Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyetin istismar ve ihmalde önemsiz olduğunu düşünmelerine, batı bölgesinde yaşamaları ve bu bölgede cinsiyet ayrımının artık önemini yitirmeye başlamasının neden olabileceği düşünülmüştür.

6-Çocuk istismarı ve ihmaliinde ailesel özellikler alt ölçek maddelerinden hemşirelerin hepsi 3 ve üzerinde puan ortalaması alarak oldukça iyi olduklarını göstermişlerdir.Ancak ölçek maddeler incelendiğinde, bazı maddelerdeki puan düşüşlerinin nedenlerini düşünme gereği duyulmaktadır.Hemşirelerin "ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir" maddesinden 3.71 ± 1.45 puan ortalamasından çok daha yüksek puan ortalaması almaları beklenirdi ki yapılan birçok çalışmada çocuk sayısı arttıkça istismar olaylarının arttığı vurgulanmaktadır.Bilir'in yaptığı çalışmada, ailedeki çocuk sayısı ile istismar ve ihmal arasındaki ilişki araştırılmış, tek çocuklu ailelerde istismar oranının düşük olduğu (%24.7), çocuk sayısı arttıkça istismar olaylarının fazlaştığı 2-3 çocuklu ailelerde bu oranın %32.6'ya, 4'ten fazla çocuğu olan ailelerde ise %35.7'ye yükseldiği saptanmıştır (13).

Hemşirelerin, "ailelerin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir faktör değildir" maddesini %37.3'ü doğru olarak değerlendirmiş ve puan ortalamaları 3.09 ± 1.45 saptanmıştır.Oysa yapılan çalışmalarda toplumumuzda geleneksel aile tipi değişerek çekirdek aileye dönüştüğü bilinmektedir.Ayrıca endüstrileşme ve kentleşme, geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçme, anne babaya çocuk bakımı,

yetiştirilmesi gibi konularda sosyal desteğin azalması ailede stres yaratarak çocuğun istismar ve ihmal edilme olasılığını arttırmaktadır (6,9).

Hemşirelerin yüksek puan ortalamasını (4.37 ± 0.91) "anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar" maddesinden almış olması oldukça sevindiricidir. İngiltere polis kayıtlarına dayalı gazete haberleri; adam öldürme vakalarının %42'sini ailesel tartışmaların oluşturduğunu ve ailesel kurbanların üçte birinin de çocuklar olduğunu göstermektedir (21).

Araştırma kapsamına alınan ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama ölçek maddelerine verdikleri yanıtlara göre dağılımı Tablo 10'da incelenmiştir. Ebelerin alt ölçek bilgi puan ortalamaları hemşirelerin puan ortalamalarına benzer değerler göstermektedir. Bu nedenle puan ortalamalarının farklı olduğu maddeler tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ebeler, ihmal belirtileri alt ölçek maddelerinden en yüksek puan ortalamasını "aşuların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir" maddesinden alırken (4.44 ± 0.83), en düşük puan ortalamasını "çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir" maddesinden almıştır (2.98 ± 1.42). Bu durum, ebelerin fiziksel bulgular üzerinden tanıya ulaşmada başarı gösterirken, çocuğun davranışlarını değerlendirmede yetersiz kaldığını göstermektedir. Ebelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek maddelerinden "annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler" maddesinden 3'ün altında puan ortalaması alması düşündürücüdür (2.89 ± 1.24). Ülkemizde, birinci basamak hizmetlerde gebe izlemlerini genellikle ebeler yürütmektedir ve çocuk istismarı ve ihmali oluşmadan riskli gebeleri belirlemede önemli fonksiyonları vardır. Fakat ortalamadan da anlaşılacağı gibi ebelerin bu konuda bilgi düzeyleri oldukça yetersizdir (Tablo 10).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması

3.73±0.32'dir. Alt ölçek bilgi puan ortalamaları incelendiğinde hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının en yüksek olduğu grup, 4.05±0.59 ortalama puan ile "çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler" alt ölçeğidir (Tablo 11). Hemşirelerin bu puanı almaları, istismar ve ihmalin arken tanısında riskli aileleri tanılama konusunda oldukça başarılı olabileceğini göstermektedir. Hawaii Aile Stres Merkezi'nce istismara yatkın ailelerin saptanmasına yönelik geliştirilen "Aile Stres Check-Listinde" ailesel özellikler 15 maddeden 6'sını oluşturmaktadır (14).

Diğer yandan hemşireler, "istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri" alt ölçek maddelerinden ortalama 3.41±0.47 puan, "istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri" alt ölçek maddelerinden 3.03±0.73 puan almıştır (Tablo 11). Oysa hemşirelerin bu maddelerden daha yüksek puan almaları gerekir ki, ev ziyaretlerinde istismara yatkın ebeveyn ve istismar edilme riski olan çocukları erken saptayabilsin. Hemşirelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel ve davranışsal belirtileri alt ölçek gruplarından yüksek puan ortalamasına sahip olmaları çocuk gelişimi konusunda eğitimleri sırasında daha ayrıntılı bilgi alırken, çocuk istismarı ve ihmeline yönelik bilgi alma çok düşüktür. Eğitim alan hemşirelerin de %80.0'ı bu eğitimin çocuk sağlığı derslerinde konu olarak gerçekleştiğini belirtmiştir (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek ve alt ölçek maddelerinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 12'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde ebelerin hem genel ölçek hem de alt ölçek bilgi puan ortalamalarının hemşirelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak yapılan istatistikî incelemede aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.78$, $p>0.05$). Ebelerdeki bilgi puan ortalamalarındaki düşme hemşirelerin %70.1'inin yüksek öğrenim alırken, ebelerin ancak %42.8'inin yüksek öğrenime sahip olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ebeler en yüksek puan ortalamasını "ihmal belirtileri" alt ölçek grubundan almıştır (3.97±0.64) (Tablo 12). Buna neden olarak, ülkemizde ebelerin daha çok bebek ziyaretleri yapıp onların büyüme ve gelişmelerini

izlemeleri, aşularını takip etmeleri bu konuda daha çok yoğunlaşmaları ve bu yönlerde aksaklıkları daha kolay farketmeleri gösterilebilir (10,62).

Yine ebeler hemşireler gibi en düşük bilgi puan ortalamasını “istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri” alt ölçek grubundan almıştır (2.96±0.61). Bununla birlikte ebeler, “istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri” alt ölçek grubundan da düşük puan ortalamasına sahiptir (3.42±0.49) (Tablo 12). Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda doğumun ilk saatlerinde ileride oluşabilecek istismar açısından riskli çocuk ve ebeveynleri tanımada özellikle doğum ünitelerinde çalışan ebeler önemli rol oynarlar (6,16,20). Bahçecik ve arkadaşlarının doğumdan sonra ilk günlerde çocuk ihmali ve istismarının değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada da ebeveyn ve çocuk özellikleri incelenerek çocuk istismarı ve ihmali açısından risk taşıyan aileler belirlenmeye çalışılmış ve bu konuda hemşire ve ebelerin rolü üzerinde durulmuştur (6).

4.2.2. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=1.78$, $p>0.05$). Bu durumun, farkı yaratabilecek okul eğitimi veya çocuk istismarı ve ihmali konusundaki hizmet içi eğitimlerin her iki grupta da olmaması ya da yetersiz olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Tablo 13). Bahçecik'in yaptığı çalışmada hemşirelerin %58'inin istismar ve ihmalin nedenlerini bildiği, %22.8'inin ise eksik bildiği bulunmuştur (5).

Hemşire ve ebelerin **istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri** alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt

ölçek bilgi puan ortalaması 3.82 ± 0.38 iken ebelerin bilgi puan ortalamalarının 3.64 ± 0.39 olduğu görülmektedir. Hemşire ve ebelerin bilgi puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak da $\alpha=0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($t=2.94$, $p < 0.01$) (Tablo 14). Bu puan ortalamalarının arasındaki farkın, hemşirelerin %70.1'inin yüksek okul mezunu iken ebelerin ancak %42.8'inin yüksek okul mezunu olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Tablo 3). Diğer taraftan hemşirelerin sağlık ocağı hizmetlerinden önce tedavi edici kurumlarda daha çok çalışması, sağlık ocağı hizmetlerinde de daha çok poliklinik hizmetlerinde çalışması fiziksel tanılamada daha çok deneyimli olmalarını getirebilir.

Hemşire ve ebelerin **çocuk istismarı ve ihmalinin çocuktaki davranışsal belirtileri** alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.17$, $p > 0.05$) (Tablo 15). Tablo incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen hemşirelerin bilgi puan ortalamaları ebelerin bilgi puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun hemşirelerin daha büyük bir çoğunluğunun yüksek okul mezunu olmasından ve normal çocuk davranış gelişimini iyi bilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hemşire ve ebelerin **ihmal belirtileri** alt ölçek bilgi puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 16'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin ihmal belirtileri bilgi puan ortalaması 4.03 ± 0.71 ebelerden daha yüksek (3.97 ± 0.64) olmasına rağmen yapılan istatistiki analizde iki grubun bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.52$, $p > 0.05$).

Hemşire ve ebelerin **istismar ve ihmale yatkın ebeveynlerin özellikleri** alt ölçek bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17'de verilmiştir. Her iki grubun bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.11$, $p > 0.05$). Her iki grubun mesleki yaşamları sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim etkinliklerine

hemşirelerin ancak %10.4'ünün, ebelerin %3.1'inin katıldığı gözönünde tutulursa aralarında bilgi puan ortalamaları açısından fark bulunmaması beklenen bir durum olabilir (Tablo 5).

Hemşire ve ebelerin **istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri** alt ölçek bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 18'de verilmiştir. Hemşirelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalaması 3.03 ± 0.73 iken ebelerin bilgi puan ortalamaları 2.96 ± 0.61 'dir. Hemşire ve ebelerin 3 ve altında puan ortalamasına sahip olmaları onların bu konuda pek yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Ölçek incelendiğinde 3' e karşılık gelen madde kararsızlığı yani orta düzeyi 3'ün altında olması da bu konuda yanlış bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Oysa çocuk istismarı ve ihmaline yatkın çocukların belirlenmesi istismar ve ihmalin önlenmesinde yapılan araştırmalar tarafından en önemli uygulamalardan biri olarak gösterilmektedir (8,9,20). Ancak hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.67$, $p>0.05$).

Hemşire ve ebelerin **çocuk istismarı ve ihmaliinde aile yapısı ile ilgili belirtiler** alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($t=2.61$, $p < 0.05$) (Tablo 19). Bu farkın hemşirelerin %70.1'inin yüksek öğrenime sahipken ebelerin %42.8'inin yüksek öğrenim görmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Yüksek öğrenimle birlikte hemşirelik eğitimi konularının genilemesi, mesleki eğitimin yanında sosyal bilimlere yönelik derslerin de (kişilerarası ilişkiler, psikoloji, sağlık sosyolojisi) hemşirelik eğitiminde yer alması hemşire ve ebeler arasındaki bu farkı yaratmış olabilir.

4.3. HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA BİLGİ DÜZEYLERİ İLE SOSYO-DEMOGRAFİK İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Hemşirelerin yaş grubuna göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 20’de yer almaktadır. Hemşirelerin bilgi puan ortalmalarının yaş gruplarına göre dağılımı; 18-27 yaş grubunda 3.57 ± 0.09 , 28-37 yaş grubunda 3.72 ± 0.05 , 38 yaş ve üzerinde olan grupta 3.81 ± 0.07 olarak saptanmıştır. Grupların bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2.31$, $p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen tablo incelendiğinde yaşın artmasıyla bilgi puan ortalamasının yüksel diği görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan ebelerin yaş gruplarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı fark saptanmıştır ($F=3.52$, $p<0.05$). Yapılan ileri analizde (Student Newman Keuls testinde) 38 yaş ve üzerindeki grupta bulunan ebelerin bilgi puan ortalamalarının, 18,27 ve 28-37 yaş grubunda bulunan ebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 20). Bu sonuca göre, 38 yaşın üzerindeki ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgilerinin daha az olduğu söylenebilir. Bunun nedeni, yeni mezun ebelerin bilgilerinin daha yeni olması, meslekten bıkkınlık, yorgunluğun daha az hissedilmesi gösterilebilir. İlerleyen yıllarda bilgilerin unutulması, hemşirelik yayınlarının takip edilememesi, meslekten bıkkınlık son günlerde daha çok tartışılan ve incelenen bir konu olan çocuk istismarı ve ihmali konusunda ileri yaştaki ebelerin bilgi puan ortalamalarının düşük olma nedeni olabilir. Kılıç’ın yaptığı hemşirelerin sağlık eğitimi etkinliklerini etkileyen etmenlerin belirlenmesine yönelik ölçek çalışmasında da genç yaştaki hemşirelerin sağlık eğitiminde daha etkin olduğu saptanmıştır (60).

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarında medeni durumlarına bağlı fark olup olmadığını test etmek için yapılan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik

testinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.74$, $p>0.05$) (Tablo 21).

Ebelerin medeni durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.34$, $p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen tablo incelendiğinde bekar ebelerin bilgi puan ortalamalarının evli, dul veya boşanmış ebe gruplarının bilgi puan ortalamasından daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 22).

Hemşirelerin mezun oldukları okula göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=0.96$, $p>0.05$). Hemşirelerin mezun oldukları okulun bilgi puan ortalamalarını etkilememesinin nedeni, hiçbir gruba okul eğitimlerinde çocuk istismarı ve ihmali konusunda programlı ve kapsamlı bir eğitimin verilmemesinin olabileceği düşünülmüştür (Tablo 23). Bahçecik'in hemşirelerle yürüttüğü çalışmada hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini bilme düzeyleri ile mezun oldukları okul arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (5).

Ebelerin mezun oldukları okula göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 23'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, sağlık okulu mezunu ebelerin bilgi puan ortalamalarının (3.55 ± 0.43) açık öğretim, önlisans ve sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin bilgi puan ortalamalarında daha düşük olduğu ; ancak yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($F=0.02$, $p>0.05$). Bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmamasına, okul eğitimlerinde çocuk istismarı ve ihmali konusuna yer verilmemesi, mesleki çalışma sırasında da bu konuda eğitim programlarının yapılmaması neden olarak gösterilebilir.

Hemşirelerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının

karşılaştırılması Tablo 24'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde 2 ve daha fazla çocuk sahibi olan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları (3.76 ± 0.32) 1 çocuk sahibi olan hemşirelerden (3.65 ± 0.33) daha yüksek olmasına rağmen yapılan istatistiki incelemede anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.23$, $p>0.05$).

Ebelerin çocuk sayılarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.005$ önem düzeyinde anlamlı fark saptanmıştır ($F=6.56$, $p<0.005$). Yapılan ileri analizde (Student Newman Keuls testinde) 3 ve üzeri çocuk sahibi olan ebelerin bilgi puan ortalamalarının 1 ve 2 çocuğu olan ebelerin bilgi puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Bu sonuç, yaşla ilgili bulgu bağlamındaki ilişkiye paraleldir, çok çocuklu ebeler ileri yaştaki ebelerdir.

Hemşirelerin mesleki çalışma yıllarına göre çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerin tanılamadaki bilgi puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 26'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşire grubunda bilgi puan ortalaması, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstündeki gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu fark yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=0.79$, $p>0.05$). Bahçecik'in yürüttüğü çalışmada da hemşirelerin çalışma yılları ile istismar ve ihmal nedenlerini bilme düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (5).

Ebelerin mesleki çalışma yıllarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($F=1.48$, $p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen tablo incelendiğinde mesleki çalışma yılı arttıkça ebelerin bilgi puan ortalamalarının arttığı görülmektedir (Tablo 26). Bu ebelerin çalışma yıllarıyla artan mesleki deneyimlerine bağlanmaktadır.

Hemşirelerin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($F=0.41, p>0.05$).Tablo incelendiğinde halk sağlığı alanında yeni olan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmektedir.Bu durum mesleğin başında olunmasının mesleki bilgilerin daha yeni ve ilginin daha fazla olmasına, bu konunun genç grubun eğitimlerinde yer alma ihtimaline bağlanabilir (Tablo 27).

Tablo 27’de ebelerin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.Ebelerin halk sağlığı alanında çalışma yıllarının artmasıyla bilgi puanlarının da arttığı tabloda görülmektedir.Ancak yapılan istatistiki analizde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.60, p>0.05$).Hemşirelerin aksine ebelerin çalışma yıllarıyla bilgi puan ortalamalarındaki artış, ülkemiz sağlık sisteminde ebelerin hemşirelerden daha çok alanda ev ziyaretleriyle gebe, bebek ve aile ziyaretleri yaptığı ve yıllarla birlikte deneyimlerinin arttığı şeklinde düşünülmüştür (62).

Hemşirelerin okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.28, p>0.05$).Bu durum, bu konuda bilgi aldıklarını bildiren hemşirelerin bilgi alma düzeyleri incelendiğinde %80.0’ı çocuk istismarı ve ihmalinin çocuk sağlığı dersinde konu olarak geçtiğini belirtmiştir (Tablo 5).Bu kadar yüzeysel bir bilgi aktarımının da bilgi puan ortalamalarını çok fazla etkilemesini beklemek olanaksızdır (Tablo 28).

Ebelerin okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi almalarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.36, p>0.05$) (Tablo 29).Bilgi aldıklarını belirten ebelerin büyük bir kısmında (%78.6) çocuk istismarı ve ihmali konusunu çocuk sağlığı dersinde konu olarak bahsedilmiş olması, bilgi almanın bilgi puan ortalamaları üzerinde değişirici bir etki oluşturmamasına yol açtığı düşünülmüştür (Tablo 5).

Tablo 30'da hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminer/konferansa katılma durumlarına göre bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.Yapılan istatistiksel incelemede bu konuda herhangi bir seminer/konferansa katılmayan ve katılan grup arasında $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.18$, $p>0.05$).Bu durum, bu konuda anlatım tarzındaki seminer ve konferansların çok etkin olmayıp kolay unutulduğunu, çocuk istismarı ve ihmali konusunda programlı bir hizmet içi eğitimin bilgi düzeylerini arttırmada etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminer/konferansa katılma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.23$, $p>0.05$) (Tablo 31).Bu durum, çocuk istismarı ve ihmali konusunda seminer/konferansa katılmanın bilgi puan ortalaması üzerinde çok etkin olmadığı, genişletilmiş eğitim programlarının gerekliliğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış olma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamaları arasında yapılan karşılaştırmada $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.60$, $p>0.05$) (Tablo 32).Vakayla karşılaşan hemşirelerin %63.2'sinin aileye çocuğa karşı girişilen davranışın yanlışlığı konusunda eğitim vermeye yönelecek ölçüde ayırddedici olabildiği, ancak daha etkin bir rol üstlenmediği görülmüştür (Tablo 6).Bundan dolayı vakalarla karşılaşmış olmanın bilgi puan ortalamaları üzerinde çok fazla etkili olmadığı düşünülmüştür.

Ebelerin çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmış olma durumlarına göre çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 33'de yer almaktadır.Tablo incelendiğinde istismar ve ihmal vakasıyla karşılaşan ebelerin bilgi puan ortalamaları karşılaşmayan ebe grubundan daha yüksektir.Ancak bu fark yapılan istatistiksel analizde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmamıştır ($t=0.90$, $p>0.05$).

B.SONUÇ

* Araştırma kapsamına alına hemşirelerin çoğunluğunun (%46.3) 28-37 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.Hemşireler için ortalama yaş 35.04 ± 7.01 'dir.Hemşirelerin %95.5'i evli ve %55.9'u 2 çocuk sahibidir.Çocukların bakımı konusunda; hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%49.2) çocuklarının kendi bakımlarını kendilerinin sağladığı görülmektedir.Hemşirelerin %55.2 oranı ile büyük bir bölümü açıköğretim önlisans mezunu olup, %70.1'i 11 yıl ve daha fazla süredir hemşire olarak çalışmaktadır.Halk sağlığı alanında çalışma yıllarına bakıldığında %35.8'i 1-5 yıldır çalıştıklarını belirtmiştir.Hemşirelerin %76.9'u okul eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim almadıklarını belirtirken, eğitim alanlarında %80.0'ı bu eğitimi çocuk sağlığı dersine entegre olarak aldıklarını belirtmiştir.Hemşirelerin %89.6'sının çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer/konferansa katılmadığı saptanmıştır.Hemşirelerin %71.6'sı çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmadığını belirtmiş, karşılaşanlarında bu durumda yaptığı uygulamaların büyük bölümünü (%63.2) yapılan davranışın yanlışlığını aileye anlatıp eğitim vermek oluşturmaktadır.Hemşirelerin %89.6'sı çocuk istismar ve ihmali hemşire ve ebenin tanılayabileceğini belirtirken, %53.7'si kendisini bu konuda kısmen yeterli bulmaktadır.Hemşirelerin %79.1'i çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duydularını belirtmiştir.

* Araştırma kapsamına alınan ebelerin çoğunluğunun (%55.2) 28-37 yaş grubunda olup yaş ortalamalarının 30.89 ± 6.01 olduğu saptanmıştır. Ebelerin %87.8'i evli olup %46.3'ü 2 çocuğa sahiptir ve %30.2'sinin çocuklarının bakımını anne, kayınvalide veya yakın akrabalar sağlamaktadır.%55.1'i sağlık meslek lisesi mezunu olan ebelerin, %46.9'u 11 yıl ve daha fazla süredir çalıştığı ve %35.7'sinin de 6-10 yıldır halk sağlığı alanında çalıştığı saptanmıştır.Ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda %71.4'ü okul eğitimleri sırasında bilgi almamış, eğitim alanların da %78.6'sı bunu çocuk sağlığı dersi içinde aldıklarını belirtmiştir.Ebelerin çok büyük bir

kısmı (%96.9) çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer/koferansa katılmamıştır.Ebelerin %58.2'si meslek yaşantıları boyunca hiç çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşmamış ve karşılaşanların da %78.0'ının yapılan davranışın yanlışlığı konusunda aileye eğitim verdikleri saptanmıştır.Çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda ebelerin %86.7'si hemşire ve ebeyi tanılamaya yetkin bulmakta ve kendilerini tanılama konusunda yeterli bulma durumlarına bakıldığında %56.1'i kısmen yeterli olduklarını belirtmektedir.Ebelerin %85.7'si çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duymaktadır.

* Araştırma kapsamına alınan hemşireler, istismar ve ihmalin fizksel belirtileri" alt ölçek grubundan en yüksek puanı "çocuğun gövde, kalça, sırt ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz ve parmak bası izleri fiziksel istismarı düşündürmelidir" maddesinden alırken (4.62±0.52) en düşük puanı "dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir" maddesinden (2.55±1.23) almıştır.

* Ebeler ihmal belirtileri alt ölçek grubundan en yüksek puanı " aşuların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir" maddesinden almıştır (4.59±0.52).

* İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek grubundan hemşireler en yüksek puanı "istismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler" maddesinden alırken (4.41±0.67), en düşük puanı "istismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkildirler" maddesinden almıştır (2.03±1.24).

* İstismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek grubundan hemşireler en yüksek puanı " ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir" maddesinden alırken (4.59±0.60), en düşük puanı " annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler" maddesinden almıştır (2.14±1.19).

* İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubundan

hemşireler en yüksek puanı "bebeklerin istismar ve ihmale uğrama riskleri azdır. maddesinden alırken (4.41±0.67), endüşük puanı "bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez" maddesinden almıştır (2.22±1.47).

* Çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek grubunda ebeler en yüksek puanı "anne baba arasındaki şiddet çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar" maddesinden alırken (4.37±0.91) en düşük puanı "aileni geniş yada çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir" maddesinden almıştır (3.09±1.45).

* Araştırma kapsamına alınan ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek grubundan en yüksek puanı "çocuğun gövde, kalça, sırt ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz ve parmak bası izleri fiziksel istismarı düşündürmelidir" maddesinden alırken (4.42±0.79) en düşük puanı "fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür" maddesinden almıştır (2.40±1.19).

* Ebeler, ihmal belirtileri alt ölçek grubundan en yüksek puanı "çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir" maddesinden alırken (4.52±0.69), en düşük puanı "çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir" maddesinden almıştır (2.98±1.42).

* İstismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek grubundan ebeler en yüksek puanı "istismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler" maddesinden alırken (4.88±5.05), en düşük puanı "istismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkildirler" maddesinden almıştır (2.17±1.09).

* Ebeler, istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek grubundan en yüksek puanı " ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir" maddesinden alırken (4.50±0.61), en düşük puanı " annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler" maddesinden almıştır

(2.20±1.19).

* İstismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek grubundan hemşireler en yüksek puanı "fiziksel veya mental özürlü bebeklerin istismar veya ihmale uğrama olasılığı azdır" maddesinden alırken (3.20±1.26), endüyük puanı "bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez" maddesinden almıştır (2.39±1.39).

* Ebeler, çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler alt ölçek grubunda ebeler en yüksek puanı "evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir" maddesinden alırken (4.36±0.81) en düşük puanı "aileni geniş yada çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmalinde önemli bir faktör değildir" maddesinden almıştır (2.96±1.48).

* Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması 3.73±0.32 olarak bulunmuştur. Genel ölçeği oluşturan altı alt ölçek grubundan hemşireler en yüksek puan ortalamasını (4.05±0.59) çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçeğinden alırken, en düşük puan ortalamasını (3.03±0.73) istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinden almıştır.

* Ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçek bilgi puan ortalaması 3.63±0.33 olarak bulunmuştur. Genel ölçeği oluşturan altı alt ölçek grubundan ebeler en yüksek puan ortalamasını (3.97±0.60) çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçeğinden alırken, en düşük puan ortalamasını (2.96±0.61) istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçeğinden almıştır.

* Hemşire ve ebelerin, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama konusundaki bilgi puan ortalamaları arasındaki fark $\alpha=0.05$ önem düzeyinde istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($t=1.78$, $p>0.05$).

* Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalaması (3.82±0.38) ile ebelerin bilgi puan ortalamaları (3.64±0.39) arasında $\alpha=0.005$ önem düzeyinde istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptanmıştır ($t=2.94$, $p<0.005$).

* Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmalin çocuktaki davranışsal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=1.17$, $p>0.05$).

* Hemşire ve ebelerin ihmal belirtileri alt ölçek bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.52$, $p>0.05$).

* Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.11$, $p>0.05$).

* Hemşire ve ebelerin istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($t=0.67$, $p>0.05$).

* Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=2.61$, $p<0.05$).

* Hemşire ve ebeler, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılamadaki bilgi puan ortalamalarını etkileyebilecek bağımsız değişkenler yönünden incelenmiş; hemşirelerin bilgi puan ortalamalarını yaş grubunun, medeni durumun, mezun olunan okulun, sahip olunan çocuk sayısının, meslekteki ve halk sağlığı alanındaki çalışma yıllarının, okul öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi alma durumlarının, bu konuda seminer/konferansa katılma durumlarının, istismar veya ihmal vakasıyla karşılaşmış olmalarının etkilemediği saptanmıştır.

* Ebelerin bilgi puan ortalamalarını; yaş grubunun (yaş yükseldikçe ortalamanın düştüğü), mezun olunan okulun (eğitim düzeyi yükseldikçe ortalamanın yükseldiği), sahip olunan çocuk sayısının (çocuk sayısı arttıkça ortalamanın düştüğü) etkilediği, diğer bağımsız değişkenlerin etkilemediği saptanmıştır.

ÖNERİLER

Çocuk istismarı ve ihmali olaylarının toplumda özellikle de kentlerde her geçen gün ürkütücü bir biçimde arttığı görülmektedir. Son yıllarda çocuk istismarı çalışmaları artarak önleme konusunda yoğunlaşmıştır. Erken müdahale ederek, çocukların evden kaçmaları, okulda sorunlar yaşamaları, suç işlemeleri, ilaç ve alkol kullanmaları, ciddi duygusal ve gelişimsel zorluklarda zarar görmeleri engellenmiş olur. Bu konuda sağlıklı topluma, yaptığı ev ziyaretleriyle en yakın konumda olan halk sağlığı hemşiresi ve ebelere önemli görevler düşmektedir. Çalışma sonucundaki bulgular ışığında, çocuk istismarı ve ihmali konusunda hemşire ve ebelerin yetkinliklerini arttırmaya yönelik aşağıdaki öneriler getirilebilir:

* AÇSAP Merkezleri ve sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebeler için, istismar ve ihmale yatkın ailelerin saptanmasına yönelik çeşitli toplumsal etmenler, ebeveyn ve çocuk özellikleri gözden geçirelerek risk yaklaşımli tarama ölçekleri geliştirilip, sağlık ocaklarının standart formları olarak kullanılmalıdır.

* Birinci basamak hizmetlerde hemşire ve ebeler tarafından yapılan gebe izlemlerinde, gebeler çocuk istismarı ve ihmali açısından da gözönünde tutulmalı, istismar veya ihmali görülmeden yüksek risk taşıyan gebeler (genç anne, gebenin yalnız olması, istenmeyen gebelik, eşin olmaması gibi) sık izlenmelidir. Ailenin gereksinimi olan konularda sosyal destek sağlanmalı, anne adayının bebekle olumlu bağlar kurması yapılan ziyaretlerle geliştirilmelidir.

* İstismar ve ihmale yatkın aileleri saptamaya yönelik tarama ölçekleri, doğum ve yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşire ve ebeler tarafından da kullanılmalıdır. Bu bölümlerde çalışan hemşire ve ebeler, anne babaların çocuklarını nasıl algıladıklarını ve bebeğin davranışlarını, anneyle kurulan bağı gözlemlemeye yönelik eğitilmeli ve bu beceriler kazandırılmalıdır.

* Hemşire ve ebelere çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaştıklarında neler yapmaları gerektiği, yasal olarak sorumlulukları bildirilmeli ve hemşire ve ebeler çocuk haklarını çok iyi bilmelidir.

* Hemşire ve ebeler için çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde riskli ailelerin saptanmasına yönelik hizmet içi eğitim programları başlatılmalı ve hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali açısından aileye yaklaşım, çocukla iletişim becerileri geliştirilmelidir.

* Okul sağlığı hemşireliğine daha fazla önem verilmeli ve okulda ve okullarla çalışan hemşireler, çocuk istismarı ve ihmalinin fiziksel ve davranışsal belirtileri açısından eğitilmelidir. Kuşkulu olguların yakalanması ve iyileştirme çalışmaları için sağlık ocağı personeli ile okul ve öğretmen işbirliği sağlanacak programlar geliştirilmelidir.

* Yukarıda sayılan tüm maddeleri yerine getirebilecek, çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanısında rol alabilecek hemşire ve ebelerin yetiştirilmesi için okul eğitim programları içinde çocuk istismarı ve ihmali konusu ayrıntılı olarak yer almalıdır.

* Hemşire ve ebeler, sağlığın yükseltilmesi amacına yönelik diğer meslek gruplarıyla (doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, öğretmen gibi) iş birliği yaparak çocuk hakları ve çocukların kötü muameleden korunması için toplum eğitim programlarında aktif rol almalıdır.

ÖZET

İstismar veya ihmal edilen çocuklara her toplumda ve toplumun değişik kesimlerinde rastlanmasına rağmen, çalışmalar sosyo-ekonomik düzeyi düşük, stresin fazla olduğu ailelerde istismar ve ihmal olaylarına daha sık rastlandığını göstermiştir. Nedenleri çok çeşitli olmakla birlikte ailenin yaşadığı çevrenin istismar ve ihmalde önemli olduğu bildirilmiştir. Ailenin sosyo-ekonomik düzeyini, stres faktörlerini ve yaşadığı çevreyi tanımada, sağlık ocağı bölgesinde çalışan hemşire ve ebeler ev ziyaretleri yapmalarından dolayı çok özel konumdadırlar.

Çocukla ilgilenen hemşireler konuları ne olursa olsun istismar ve ihmalin erken tanı ve tedavisinde, önlenmesinde, aile ve toplumu bu konuda bilinçlendirmede aktif rol almalıdır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler ve ebeler riskli çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanısında önemli konumdadırlar.

Bu bakış açısıyla, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda olguları ayırtedme ve riskleri belirlemedeki yetkinliklerini saptamak ve olası bilgi açıklarını giderici ileri çalışmalara ışık tutmak amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte bir alan araştırması özelliği taşıyan bu çalışma, Haziran 1998-Ağustos 1998 tarihleri arasında Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 3 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi ve 16 sağlık ocağında çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 67 hemşire ve 98 ebe ile yürütülmüştür.

Araştırma verileri anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplamada hemşire ve ebelerle ilgili sosyo-demografik özellikleri içeren "Sosyo-demografik Veri Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılama Ölçeği" 'nden oluşan ve araştırmacı tarafından geliştirilen veri formları kullanılmıştır.

Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama

genel ölçek bilgi puan ortalaması 3.73 ± 0.32 , ebelerin bilgi puan ortalamaları 3.63 ± 0.33 olarak saptanmıştır. Hemşire ve ebe grubu arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.78, p>0.05$).

Hemşire ve ebeler çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama alt ölçek gruplarından en düşük puanı "istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri" alt ölçeğinden almıştır ($3.03 \pm 0.73; 2.96 \pm 0.61$).

Hemşire ve ebelerin alt ölçeklerden aldıkları bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; "istismar ve ihmalin çocuktaki fiziksel belirtileri" alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2.94, p<0.01$). Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinde aile yapısı ile ilgili belirtiler alt ölçek bilgi puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2.61, p<0.05$).

Araştırmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; hemşire ve ebelerin genel ölçek maddelerinden aldıkları bilgi puan ortalamalarının 3'ün üzerinde olması sevindiricidir. Ancak alt ölçek gruplarında yapılan incelemede hemşire ve ebelerin özellikle çok iyi bilmeleri gereken riskli çocuk ve eğilimli ailelerin erken tanısında gerekli "istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri" ve "istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri" alt ölçek gruplarından 3 ve 3'ün altında puan almaları bu konularda yetersiz olduklarını düşündürmektedir.

Tüm bulgular sonucunda, halk sağlığı alanında çalışan hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgiye ihtiyaçları olduğu, özellikle de çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanısında rol almaları için riskli çocuk ve eğilimli aileleri saptamaya yönelik hizmet-içi eğitim programlarının başlatılması gerekliliği düşünülmektedir.

SUMMARY

Despite one could find abused or neglected children in every kind and level of the society, former studies show that in the families with low socio-economic level where the stress is high, abusing and neglecting the children are more common. With the fact that the causes are numerous, it has been reported that the environment where the family lives, is very important in abusing and neglecting. In the recognition of the family's socio-economic level, stress factors and the living environment, the nurses and midwives of the health care center who perform home visits, are in a very special position.

The nurses dealing with children should take an active role in the early diagnosis and treatment of child abuse and neglect as well as their prevention and making the family and the society conscious on the subject, whatever their subjects are. Especially the nurses and midwives who are working for preventive health services are in an important position in the early recognition of the risky children and tending families.

According to this perspective, this study was planned to determine the perfection level of nurses and midwives in differentiation and risk recognition of the child abuse and neglect as well as to enlighten the following studies that will cover the possible knowledge deficits.

This study, which is a descriptive field study was conducted with 67 nurses and 98 midwives who were working in the "Mother-Child Health & Family Planning Center No: 3" related to Bornova Health Group Headquarters of Education & Research and 16 health care centers and who accepted to join the study between June '98 - August '98 .

The study data was collected by inquiry method. In the collection of the data, the data forms that were created by the researcher and containing both the "Socio-demographic Data Form" which has the socio-demographic features of the nurses and midwives, and "The Diagnosis Scale of The Risks and Symptoms of Child Abuse and Neglect".

In the end of the study, it was determined that on the general scale, the average of knowledge scores in the recognition of risks and symptoms of the child abuse and neglect was 3.73 ± 0.32 for the nurses and 3.63 ± 0.33 for the midwives. Between the nurse and midwife groups, no statistically significant difference was found ($t=1.78$, $p>0.05$).

The nurses and midwives got their lowest score in the subscale groups of the diagnosis of the symptoms and risks of child abuse and neglect, from the "Subscale of the children having tendency to be abused and neglected (3.03 ± 0.73 ; 2.96 ± 0.61).

When the average scores of the knowledge of nurses and midwives are compared, a statistically significant difference was found between the average scores of "the physical symptoms of the abuse and neglect on the child" subscale ($t=2.94$, $p<0.01$). In addition, a statistically significant difference was found between the averages of knowledge scores of the nurses and midwives in the "indicators related to the family structure in the child abuse and neglect" subscale ($t=2.61$, $p<0.05$).

When the findings of the study were evaluated; it is nice to see that the averages of the knowledge scores of the nurses and midwives in the general scale components are over 3; but on the other hand when the subscale groups are examined, it will be seen that both the nurses and midwives got 3 or below 3 from the subscales "the features of the children having tendency to abuse and neglect" and "the features of the children having tendency to be abused and neglected" which are required in the early recognition of the risky children and tending parents as well as one could think that the nurses and midwives are inadequate on the subjects that they should especially be good at.

In the end of the all these finding, one could think that the nurses and midwives working on health care field require knowledge on child abuse and neglect as well as in-service training programs to determine the risky children and tending parents in the early diagnosis of the child abuse and neglect should be set off immediately.

KAYNAKLAR

1. Ackerman, P.T., Newton J.E., McPherson B.W., Jones J.G., Dykman A.R., "Prevalence of Post traumatic Stress Disorder and Other Psychiatric Diagnoses in Three Groups of Abused Children (Sexual, Physical and Both), Child Abuse & Neglect, 20,8, 1998, 759-774.
2. Akın, A., "Bir Fiziksel Örselenme Vakası:Tanı ve İzlemede Çocuk Hekiminin Rolü", Çocuk Örselenmesi Seminer Günü, 25 Haziran 1997.
3. Albarracin, D., Repetto J.M., Albarracin M., "Social Support in Child Abuse and Neglect: Support Functions, Sources and Contexts" Child Abuse & Neglect, Vol.21, No.7, 1997, 607-615.
4. Azmak, D., Yorulmaz F., "Çocuğun Fiziksel İstismarı" Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, yıl:5, sayı:1, Mart 1995,6-15.
5. Bahçecik, N., "Toplumumuzda Kötü Davranılan ve İhmal Edilen Çocukların Erken Tanı ve Tedavisinde Hemşirenin Gölemi ve Eğitici Rolünün Değerlendirilmesi" İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 1993.
6. Bahçecik, N., Ekizler H., Tekin N., "Doğumdan Sonra İlk Günlerde Çocuk İhmal ve İstismarının Değerlendirilmesi" I.Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Sempozyumu, 19-21 Haziran 1996.
7. Bahçecik, N., Kavaklı A., "Çocuk İstismarı ve İhmal" Hemşirelik Bülteni, cilt VII, sayı.28, 1993,23-32.
8. Bahçecik, N., Kavaklı A., "Çocuk İstismarı ve İhmalini Hazırlayıcı Nedenler" Hemşirelik Bülteni, cilt:VII, sayı:28, 1993,33-38.
9. Bahçecik, N., Kavaklı A., "Çocuk İstismarı ve İhmalinde Hemşirenin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde ve Tedavi Edici Kurumlardaki Sorumluluğu" Hemşirelik Bülteni, cilt:VIII, sayı:32, 1994,45-51.
10. Bertan, M., Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi Ltd.Şti., Ankara 1995, 379-380.

11. Berkowitz, C.D., "Medical Consequences of Child Sexual Abuse", *Child Abuse & Neglect*, 22:6, 1998, 541-550.
12. Biçer, Ü., "Çocuklara Yönelik Cinsel İstismar" *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, cilt:5, sayı:5, Mayıs 1996, 167-169.
13. Bilir, Ş., Arı M. ve ark., "4-12 Yaşları Arasında 16100 Çocukta Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme" *Çocuk İstismarı ve İhmali*, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 45-53.
14. Breakey, G., Pratt B., "Healthy Growth for Hawaii's Healthy Start: Toward A Systematic Statewide Approach to The Prevention of Child Abuse and Neglect", *Bulletin of National Center of Clinical Infant Programs*, XI:4, 1991, 16-22.
15. Browne, K., "Aile İçindeki Çocuk İstismarının Anlaşılması ve Sağaltımı" *Çocuk İstismarı ve İhmali*, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 317-330.
16. Browne, K., "Çocuk İstismarını Önceden Kestirme" *Çocuk İstismarı ve İhmali*, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 295-306.
17. Browne, K., Sağı S., "Mother-Infant Interaction and Attachment in Physiically Abusing Families" *Journal of Reproductive and Psychology*, Vol.6, 1988, 163-182.
18. Browne, K., "The Prediction of Child Maltreatment in Greek Families" *Child Abuse & Neglect*, Vol.21, No.8, 1997, 721-735.
19. Browne, K., "Preventing Child Malteatment Trough Community Nursing" *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1995, 57-63.
20. Browne, K., "Predicting Maltreatment", *Assesment of Parenting Psychatric and Psychological Constributions*, Ed. Peter Reder and Clare Lucey, 1988, 118-135.
21. Browne, K., "Violence in The Family and Its Links to Child Abuse" *Bailliere's Clinical Pediatrics*, 1,1, February 1993, 149-164.

22. Byers, J., "Çocuk İstismarını Önleme: Önleyici Programlar ve Halk Eğitimi", Çocuk İstismarı ve İhmali, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 279-290.
23. Bulut, I., "Genç Anne ve Çocuk İstismarı, Bizim Büro, Ankara 1996.
24. Chadwick, L.D., "Medical Consequences of Child Sexual Abuse: Commentary", Child Abuse & Neglect, 22:6, 1998, 551-552.
25. Chiacca, M.E., "Shaken Baby Syndrome: A Nursing Perspective" Nursing, 21,1, January-February 1995, 33-38.
26. Cloke, C., Naish J., Key Issues in Child Protection for Visitors and Nurses, Published by Longman Industry and Public Service Management, 1992.
27."Current Trends In Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of The 1997 Annual Fifty State Survey" NCPA Unnual 1997 Fifty State Survey.
28. Çavuşoğlu, H., Algier L., "Çocuk İstismarı, İhmali ve Hemşirenin Sorumlulukları" III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas 1992, 204-211.
29.Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun, Resmi Gazete, Sayı 22/38, Ankara 1994.
30. Depanfilis, D., Scannapicco M., "Assessing the Safety of Children at Risk of Maltreatment: Decition-Making Model" Child Welfare, LXXII, 3, May-June 1994, 229-245.
31. Doek, J., "Hukuksal Müdahale mi Terapi mi?" Çocuk İstismarı ve İhmali, Gözde Repro Ofset, Ankara, 1991, 215-222.
32. Donnelly Cohn, A.H., "Healthy Families America", Healthy Families America, January 1993.
33. Donnelly Cohn, A.H., "What we Have Learned About Prevention: What we should Do About It", Child Abuse & Neglect, 15:1, 1991, 99-106.
34. Donnelly Cohn, A.H., Paro D., McCurdy K., "Preventing Child Abuse and Neglect: Programmatic Interventions", Child Welfare, LXXIII:5, 1994, 405-430.

- 35.Egemen, A., "An Unknown Dimention in Turkey" *EntreNous*, 21:11, 1992, 11.
- 36.Egemen, A., Yenigün A., Tosun A.R. Arcasoy M., ve diğ. "Ağır Bir Fiziksel Çocuk İstismarı Olgusu: Sorunun Boyutlarının Bir Göstergesi" IV. Ulusal Halk Sağlığı Konre Kitabı, 1994, 210-212.
- 37.Elliott, M., "The Picture of Child Sexual Abuse in Europe" *EntreNous*, No.21, November 1992,3.
- 38.Epstein, N.J., Saunders B., Klipatrick G.D., et al., "PTSD As A Mediator Between Childhood Rape and Alcohol Use In Adult Women", *Child Abuse & Neglect*, 22:3, 1998, 223-234.
- 39.Erkman, F., "Çocukların Duygusal Ezimi", *Çocuk İstismarı ve İhmali*, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 163-169.
- 40.Garber, A., Grindel Gatson C., Mitchell D., "Assessing For Sexual Abuse", *Journal Of Psychosocial Nursing*, 35:3, 1997,27-30.
- 41.Gillham, B., Tanner G., Cheyne B., "Unemployment Rates, Single Parent Density and Indices of Child Povert:Their Relationship To Different Categories of Child Abuse and Neglect", *Child Abuse & Neglect*, 22:2, 1998, 79-90.
- 42.Görak, G.,Bahçecik N., Yıldız S., Gülçiçek S., "Cinsel İstismar I: Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Dönemlerinde Karşılaştıkları Çeşitli Cinsel İstismarlar" *İstanbul Barosu Dergisi*, 69,10-11-12, 1995, 575-586.
- 43.Güçray, S., "Çocuk İstismarı Ciddi Boyutlarda" *Radikal Gazetesi*, 14.2.1997.
- 44.Günçe, G., "Çocuğun Cinsel İstismarı" , *Çocuk İstismarı ve İhmali*, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 125-135.
- 45.Güneri, F., *Ailede Kadına Yönelik Şiddet*, Mor Çatı, 87-92,1996.
- 46.Hall, L.A., Sachs B., Rayens K.M., "Mothers' Potential For Child Abuse: The Roles of Childhood Abuse and Social Resources" *Nursing Research*, 47:2, 1998, 87-95.

- 47.Henderson, AD., Erickson J.R., "Enhancing Nurses' Effectiveness With Abused Women Awareness Retraming, Support, Education", Journal of Psychosocial Nursing, 32:6, 1994,11-15.
48. <http://cybertowers.com/selfhelp/articles/cf/prevent.htm>
49. <http://www.bitcorp.net/UCPCA/recog.htm>
50. <http://www.calib.com/nccanch/prevention of child abuse and neglect>
51. <http://www.childabuse.org/facts97.htm>
52. <http://www.childabuse.orgpoll98.htm>
53. <http://www.handsnet.org>
54. <http://www.medaccess.com/abuse/answers.htm>
- 55.Karasar, N., Bilimsel Araştırma Yöntemi, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 7.Basım, Ankara 1995.
- 56.Kars, Ö., Çocuk İstismarı : Nedenleri ve Sonuçları, Bizim Büro, Ankara 1996.
- 57.Kıdak, L., Okyay P., Keskin H., ve ark., "Bornova Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı 1995 Yılı Çalışma Raporu, İzmir, Haziran 1996.
- 58.Kılıç Tosun, F., "Hemşirelerin Sağlık Eğitimi Etkinliklerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması" Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir 1998.
- 59.Kavaklı, A., "Hırpalanmış Çocuk Sendromu Olgularında Hemşirenin Aileye ve Çocuğa Yaklaşımı" Hemşirelik Bülteni, 2,6, 1987, 43-48.
- 60.Konaç, E., "Türk Hukukunda Çocuk İstismarı ve İhmali" Çocuk İstismarı ve İhmali, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 223-232.
- 61.Kozcu, Ş., "Duygusal İstismar: Duygusal İstismar ve Genel Ruh Sağlığı İlişkisini İnceleyen Bir Araştırma", Seminer Psikoloji Dergisi, No.5, 1987, 1-20.
- 62.Köroğlu, E., Sağlık Mevzuatı, Hacettepe Yayın Birliği, Ankara 1987.
- 63.Kutchinsky, B., "Çocuğun Cinsel İstismarı: Yaygınlık, Müdahale ve Önlem" Çocuk İstismarı ve İhmali, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 201-214.

64. Leventhal, J.M., "Child Maltreatment: Neglect to Abuse" Child Maltreatment in Rudolf AM, Hoffman JIE, Rudolph CD(eds), Rudolf 's Pediatrics, 20th Edition, Stamford 1996, 145-151.
65. Leventhal, J.M., "Çocukların Cinsel Örselenmesi: Soruna Genel Bakış ve Fiziksel Bulgular", Çocuk İstismarı ve İhmali Seminer Günü, Ankara, 25 Haziran 1997.
66. Leventhal, J.M., "Çocukların Örselenmesi: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Duruma Bakış", Çocuk İstismarı ve İhmali sSeminer Günü, Ankara, 25 Haziran 1997.
67. Leventhal, J.M., "Sexual Abuse of Children", In Hoekelman Ra, Friedman Sb, Nelsonm, Seidel Hm, Weitzman M..(eds), Primary Peiatric Care, 3th Edition, Mosby 1997, 651-656.
68. Lutenbacher, M., Hall L.A., "The Effects of Maternal Psychosocial Factors on Parenting Attitudes of Low-Income, Single Mothers With Young Children" Nursing Research, 47:1, 1998, 25-34.
69. Lynch, M., "Çocuk İstismarı ve İhmali", Çocuk İstismarı ve İhmali, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 37-44.
70. Lynch, M., "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi", Çocuk İstismarı ve İhmali, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991, 291-294.
71. Mackner, M.L, Starr H.R., "The Cummulative Effect of Neglect and Failure to Thrive on Conitive Functining ", Child Abuse & Neglect, 21,7,1997, 691-700.
72. MacMillan, L.H., MacMillan J.H., Offord R.D., et al., "Primary Prevention of Child Physical Abuse and Neglect: A Critical Review: Part I, Journal of Child Psychology Psychiatry, 1:5, 1994, 835-856.
73. McDowell, J.D., "Diagnosing and Treating of Domestic Violence" N.Y State Dent.J., 62:4, 1996, 36-42.
74. Miral, S., "Çocuk İstismarının Psikolojik Sonuçları" İzmir'de İstismarını Önlemek İçin Ne Yapmalı? Paneli, 15 Ocak 1998.

75. Morgan, R.S., Abuse and Neglect of Handicapped Children, A Collage-Hill Publication, Little Brown and Company, Boston 1987.
76. Olds, L.D., Charles R.H. et al, "Preventing Child Abuse and Neglect: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation" Pediatrics, 78,1, July 1986, 65-78.
77. Olds, L.D., Henderson R.C., Tatelbawn R., et al., "Improving The Life Course Development of Socially Disadvantaged Mothers: A Randomized Trial of Nurse Home Visitation", American Journal of Public Health, 78:11, 1998, 1436-1445.
78. Olds, L.D., Henderson R.C. et al, "Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on Surveillance of Child Maltreatment" Pediatrics, 95:3, March 1995, 365-372.
79. Oral, R., "İzmir Çocuk İstismarı İzlem Ekibinin Deneyimi", İzmir'de Çocuk İstismarını Önlemek İçin Ne Yapmalı? Paneli, İzmir, 15 Ocak 1998.
80. Özdemir, U., "Çocuk İhmal ve İstismarına Hekimlerin Bakışı ve Önleme" Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 2,1, Ocak 1992, 10-13.
81. Paradise, E.J., Rose L., Sleeper A.L., Nahanson M., "Behavior, Family Function, School Performance and Prediction of Persistent Disturbance in Sexually Abused Children", Pediatrics, 93:3, 1994, 452-459.
82. Pek, H., Bahçecik N., "Çocuklara Bakım Veren Hemşirelerin Çocuk Hakları ile İlgili Düşünceleri" İstanbul Barosu Çocuk Hakları Günleri, 17-18 Kasım, İstanbul 1995.
83. Rasmussen, N., "Sexual Abuse and Incest In Europe" Planned Parenthood in Europe, 21:1, 15-18.
84. Safanova, T., Leparsey E.A, "The Unwanted Child" Child Abuse & Neglect, 22:2, 1998, 155-157.

- 85.Savaşer, S., Görak G., Kavaklı A., Akkaya S., “Çocukların Çocuk Haklarını Bilme ve Bu Haklardan Yararlanma Durumları” İstanbul 1996(İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Faaliyet Programı içinde Sunulmuştur)
- 86.Schött, C., Frank R., “İstismar ve İhmal Edilen Çocukların Sağaltımı”, Çocuk İstismarı ve İhmali, Gözde Repro Ofset, Ankara 1991,351-362.
- 87.Search, G., Son Tabu: Çocuklara Karşı Cinsel Suçlar, Sarmal Yayınevi, İstanbul 1993.
- 88.Spradley Walton B.,Readings in Community Health Nursing , Thirt Edition, Little, Brown and Company, Boston Toronto 1986,315-312.
- 89.Stier, M.D., Leventhal J.M., et al, " Are Children Born to Young Mothers at Increased Risk of Maltreatment?" Pediatrics, 91,3, March 1993,642-648.
- 90.Tıraş Beydağ, Z., “Hukuk Sistemimizde Çocuk İstismarı” İzmir’de Çocuk İstismarını Önlemek İçin Ne Yapmalı? Paneli, İzmir, 15 Ocak 1998.
- 91.Walker, C.G., Scott P.S., Koppersmith G., “The Impact of Child Sexual Addition Severity: A Analysis of Trawma Processing” Journal of Psychosocial Nursing, 36:3, 1998,10-18.
- 92.Wallier Polk, C.G., “What Really Happened?Incidence and Factor Assessment of Abused Children and Adolesent” Journal of Psychosocial Nursing, 28:11,1990, 17-40.
- 93.Yavuzer, H., Ana-Baba ve Çocuk, Ailede Çocuk Eğitimi , Remzi Kitabevi, 2.Basım, İstanbul 1988.
- 94.Yörükoğlu, A., Toplumda Aile ve Çocuk, Aydın Kitabevi, 3.Basım, Ankara 1984.
- 95.Yörükoğlu A., Çocuk Ruh Sağlığı, 15.Baskı, Özgür Yayın-Dağıtım, İstanbul 1989.
- 96.Zeytinoğlu, S., "Sağlık, Sosyal Hizmet, Hukuk ve Eğitim Alanlarında Çalışan Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali Sorunu İle İlgili Görüşler" V. Ulusal Psikoloji Kongre Kitabı, İzmir 1990, 561-574.

EK I

**ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ
TANILAMADA HEMŞİRE VE EBELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİ
SAPTAMAYA YÖNELİK ANKET FORMU**

1-SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

1.Kaç yaşındasınız?.....

2. Yaş grubu:

1)18-27

2)28-37

3)38 ve üzeri

3.Medeni durumunuz:

1)Evli 2)Bekar 3)Diğer

4.Kaç çocuğunuz var?.....(çocuğunuz yoksa 6. soruya geçiniz)

1)1 2)2 3)3 4)4 ve daha fazla

5.Çocuklarınıza kim bakıyor?

1)Anne, kayınvalide, yakın akrabalar

2)Bakıcı veya komşu

3)Kreş veya yuva

4)Diğer

6.En son mezun olduğunuz okul

1)Hemşirelik Yüksek Okulu

2)Açık Öğretim Önlisans

3)Sağlık Meslek Lisesi

4)Sağlık Okulu

5)Diğer

7.Meslekte çalışma süreniz:.....

1) 1 yıldan az

2)1-5 yıl

3)6-10 yıl

4)11 yıl ve üstü

8.Halk sağlığı alanında kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

- 1) 1 yıldan az
- 2)1-5 yıl
- 3)6-10 yıl
- 4)11 yıl ve üstü

9.Okul öğreniminiz sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

10.Yanıtınız Evet ise süresi saat

11.Çocuk istismarı ve ihmali konusunda herhangi bir seminer/ konferansa katıldınız mı?

- 1) Evet
- 2)Hayır

12.Meslek yaşamınız boyunca hiç çocuk istismarı(kötü muamele) ve ihmali vakası ile karşılaştınız mı?

- 1)Evet
- 2)Hayır

13. Yanıtınız Evet ise bu durumda ne yaptınız?

.....

14.Çocuk istismar ve ihmali hemşire veya ebe tanılayabilir mi?

- 1)Evet
- 2)Hayır

15.Siz çocuk istismarı ve ihmali tanılama konusunda kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?

- 1)Çok yeterli
- 2)Yeterli
- 3)Kısmen yeterli
- 4)Yeterli değil
- 5)Hiç yeterli değil

16.Çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha fazla bilgilenme gereksinimi duyuyor musunuz?

- 1)Evet
- 2)Hayır

EK II

ÇOCUK İSTİSMARI (KÖTÜ MUAMELE) VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMADA HEMŞİRE VE EBELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMASINA YÖNELİK ÖLÇEK

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

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

	Çok doğru	Orduka 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 göbük bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.					
6.Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izlerine rastlanır.					
7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.					
8.Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.					
9.Tek bir kırık yanısıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.					
10.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.					

11.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.					
12.İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.					
13.Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.					
14.Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.					
15.Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.					
16.Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.					
17.Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.					
18.Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.					
19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.					
20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.					
21.Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.					
23.Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.					
24.Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.					
25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.					
26.Çocukğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.					
27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.					
28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsaygıları yüksektir.					
29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.					
30.İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.					
31.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.					
32.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.					
33.Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.					

34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdırlar.					
35.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabılır.					
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 içekapanıklık gösterebilirler.					
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.					
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.					
43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.					
44.Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendır.					
45.Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.					
46.Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
47.Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.					
48.Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.					
49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.					
50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.					
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.					
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.					
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.					
54.Fiziksel veya mental özürli bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır.					
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.					
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali uğramasını etkilemez.					
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaliine yol açan bir faktördür.					
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkendir.					

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 ihmali önemli bir faktör değildir.					
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.					
63.Çocuk istismar ve ihmali üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.					
64.Anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmali edilmesine yol açar.					
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmali edilmesinde önemli bir etkidir.					
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.					
67.Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.					

EK III

ÇOCUK İSTİSMARI (KÖTÜ MUAMELE) VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMADA HEMŞİRE VE EBELERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN SAPTANMA ÖLÇEĞİ PUANLAMA FORMU

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

19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	5	4	3	2	1
20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	5	4	3	2	1
21.Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	5	4	3	2	1
23.Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	5	4	3	2	1
24.Çocuğun apatik görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	5	4	3	2	1
26.Çocukğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	5	4	3	2	1
27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	1	2	3	4	5
28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıları yüksektir.	1	2	3	4	5
29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	5	4	3	2	1
30.İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	1	2	3	4	5
31.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	5	4	3	2	1
32.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağır verici uyaranlara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	1	2	3	4	5
33.Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağıdırlar.	1	2	3	4	5
35.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	5	4	3	2	1
36.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	5	4	3	2	1
37.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	5	4	3	2	1
38.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	5	4	3	2	1
39.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşöa gecikmesine rastlanır.	5	4	3	2	1
40.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler.	5	4	3	2	1
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	1	2	3	4	5
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal edilmekten kaçınırlar.	1	2	3	4	5

43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	5	4	3	2	1
44.Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmeline yol açan önemli bir etmendir.	5	4	3	2	1
45.Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	5	4	3	2	1
46.Anne yaşının çocuk istismar ve ihmeline önemi yoktur.	1	2	3	4	5
47.Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmeline yol açar.	5	4	3	2	1
48.Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	5	4	3	2	1
49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	1	2	3	4	5
50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	5	4	3	2	1
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	5	4	3	2	1
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalle önemi yoktur.	5	4	3	2	1
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.	5	4	3	2	1
54.Fiziksel veya mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	1	2	3	4	5
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.	5	4	3	2	1
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	1	2	3	4	5
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.	5	4	3	2	1
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmeline önemli bir etkendir.	5	4	3	2	1
59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmeline oluşmasında etken değildir.	1	2	3	4	5
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	5	4	3	2	1
61.Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmeline önemli bir faktör değildir.	1	2	3	4	5
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.	5	4	3	2	1
63.Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.	1	2	3	4	5
64.Anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	5	4	3	2	1
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkendir.	5	4	3	2	1
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	5	4	3	2	1
67.Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	5	4	3	2	1

EK IV

HEMŞİRE VE EBELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA ÖLÇEK MADDELERİ VE KORELASYON KATSAYILARININ DAĞILIMI

1.Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz(morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	0.533
2.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	0.660
3.Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	0.706
4.Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	0.775
5.Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	0.423
6.Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırlık izlerine rastlanır.	0.438
7.Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmelidir.	0.713
8.Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	0.765
9.Tek bir kırık yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	0.627
10.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve önkol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	0.293
11.Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	0.731
12.İntrakranial(kafa-içi) ve intraoküler(göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	0.727
13.Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	0.633
14.Çocuğun yürüme, oturma gibi genel davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	0.710
15.Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	0.471
16.Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	0.211
17.Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmelidir.	0.546
18.Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	0.946
19.Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	0.863
20.Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	0.628
21.Çocukta büyüme-gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	0.745

22.Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	0.732
23.Aşılardan yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	0.545
24.Çocuğun yüzünün donuk ve ifadesiz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	0.724
25.Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	0.481
26.Çocukğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	0.425
27.Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	0.532
28.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla özsayıları yüksektir.	0.511
29.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	0.641
30.İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	0.48
31.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	0.566
32.İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	0.651
33.Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	0.560
34.İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	0.637
35.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	0.600
36.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	0.766
37.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	0.267
38.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	0.677
39.İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	0.638
40.İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içekapanıklık gösterebilirler.	0.705
41.Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	0.608
42.Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	0.705
43.Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	0.490
44.Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	0.555
45.Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	0.622
46.Anne yaşının çocuk istismar ve ihmalinde önemi yoktur.	0.635
47.Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaline yol açar.	0.717
48.Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmal açısından bir risktir.	0.300
49.Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmal etmesini etkilemez.	0.456

50.Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmal ederler.	0.363
51.Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	0.452
52.Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmalde önemi yoktur.	0.481
53.Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları daha yüksektir.	0.662
54.Fiziksel veya mental özürlü bebeklerin istismar ve ihmale uğrama olasılığı daha azdır.	0.319
55.Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar veya ihmal etmesini etkiler.	0.878
56.Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmale uğramasını etkilemez.	0.003
57.Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmeline yol açan bir faktördür.	0.521
58.Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmeline önemli bir etkidir.	0.464
59.Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmeline oluşmasında etken değildir.	0.641
60.Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	0.847
61.Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmeline önemli bir faktör değildir.	0.457
62.Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismar ve ihmali için bir risktir.	0.595
63.Çocuk istismar ve ihmeline üst sosyo-ekonomik düzeylerde rastlanmaz.	0.663
64.Anne baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	0.480
65.Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	0.678
66.Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	0.790
67.Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	0.572

ÖZGEÇMİŞ

Ar.Gör.Aynur Uysal

1973 yılında İzmir'de doğdu. İlk ve orta öğrenimini İzmir'de tamamladıktan sonra 1990 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda öğrenime başladı ve 1994 yılında mezun oldu. Aynı yıl, Bornova Özel Sağlık Merkezi'nde hemşire olarak çalıştı. Eylül 1995 tarihinde Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nce açılan Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans sınavını kazanarak, yüksek lisans çalışmalarına başladı. 1995 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nca açılan Araştırma Görevlisi sınavını kazanarak bu göreve atandı.

Halen Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.