

Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri*

HATİCE AYDAN IŞIK METİNYURT**
HATİCE YILDIRIM SARI**

Özet

Bu araştırmanın amacı; bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir. Çalışma tanımlayıcı türde tasarlanmıştır. Bir Devlet Hastanesinde görev yapan 110 sağlık çalışanından Tanıtıcı Bilgi Formu ve Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması Ölçeği ile veri toplanmıştır. Sağlık profesyonellerinin %59,1'i lisans öğrenimi sırasında çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim almamıştır; %98,2'si mezuniyet sonrasında bu konuda herhangi bir sertifika eğitimine katılmamıştır; %17,3'ü daha önce istismar şüphesi ile karşılaşmıştır; %74,5'i çalıştığı kurumda istismar konusunda talimat olup olmadığını bilmemektedir. Sağlık profesyonellerinin ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri tanıma puanları en yüksek, istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerini bilme puanları ise en düşüktür. Kadınlar İhmal Belirtileri ve İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtilerini erkeklerden daha iyi tanımaktadırlar. Hekimler istismarın fiziksel belirtilerini hemşirelerden daha iyi tanımaktadırlar. Sağlık profesyonellerinin istismarın bazı alanlarındaki bilgilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin eğitimi, hastanelerde prosedürler oluşturulması ve istismar bildirimini etkileyen unsurlar konusunda araştırmalar yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı ve ihmali, sağlık profesyonelleri

Awareness of Health Professionals About Child Abuse and Neglect

Abstract

The aim of this study is to determine awareness of health professionals about child abuse and neglect in a public hospital. This study is designed as a

* Bu çalışma 2015 yılında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Tezsiz Yüksek Lisans Programı Dönem Projesi olarak kabul edilmiştir.

descriptive type research. Data from 110 health professionals working in a public hospital, was collected through the use of an “Information Form” and “Scale for Identifying Signs and Risks of Child Abuse and Neglect”. 59,1% of health professionals had not trained about child abuse and neglect in undergraduate period; 98,2 % of subjects had not participated in an education programme about abuse at postgraduate period. 17,3% had experienced with at least one case of suspected abuse. Most participants (74,5%) had no information about hospital procedures about abuse. Among the subgroups in the scale, the highest mean points were recorded in “behavioral signs of abuse and neglect in children”, the lowest mean points were recorded in “characteristics of children susceptible to abuse and neglect”. Mean points of “symptoms of neglect” and “behavioral signs of abuse and neglect in children” subgroups in women were found significantly higher compared with men. In the subgroup defined as “physical signs of abuse in children”, mean points were found significantly higher in doctors compared with nurses. It is determined that the knowledge of health professionals about some aspects of child abuse is not enough. Those may be offered to educate the health professionals, to define the hospital procedures, and to do research defining the matters that influence reporting the abuse.

Key words: Child abuse and neglect, health professionals

Giriş

Çocuğa yönelik her türlü kötü muamele için “Çocuk İstismarı ve İhmali” ifadesi kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre (DSÖ) çocuk istismarı; çocuğun “sağlığına, yaşamına, gelişimine, değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel kötü muamele ve her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren tüm saldırgan davranışlardır” (WHO, 2014).

DSÖ’ye göre 2000 yılında 15 yaş altındaki çocukların 57 bini ev içindeki şiddete bağlı olarak yaşamını kaybetmiştir. Her yıl tahminen 41 bin çocuğun istismar nedeniyle öldüğü belirtilmektedir (WHO, 2014). İsrail’de ilkokul öğrencilerinin % 22,2’sinin fiziksel, % 29,1’inin duygusal istismara uğradıkları saptanmıştır (Benbenisty, Zeira, Astor & Khoury-Kassabri, 2002). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada, çocukların yaklaşık % 1’inin istismara, % 1,5’inin ihmale uğradığı ve bu oranın toplumdaki gerçek sıklığın ancak % 10’u olduğu belirtilmiştir (Dubowitz, 2002). Tayvan’da adölesanların % 91’inin en az bir kez kötü muamele ile karşılaştıkları, % 83’ünün son bir yıl içinde kötü muameleye

maruz kaldıkları saptanmıştır (Fengy, Chang, Chang, Fetzer & Wang, 2015). Kanada’da 2003 yılında 14200 çocuğun kötü muamele nedeniyle sosyal hizmet kapsamına alındığı belirlenmiştir (Jack, 2010). Oral ve ark. (2001) 50 çocuk istismarı ve ihmali vakasını incelemiş, olguların % 14’ünde ölüm olduğunu saptamıştır. Yılmaz Irmak (2008) ise 12–17 yaş arasındaki ergenlerin % 60’ının duygusal istismar, % 55’inin aile içi şiddete tanıklık, % 48’inin fiziksel istismar, % 17’sinin ihmali, % 8’inin cinsel istismar davranışlarına yaşamları boyunca en az bir kez maruz kaldıklarını saptamıştır.

DSÖ’nün yayınladığı Şiddet ve Sağlık Raporu (WHO, 2006) çocuk istismarı ve ihmali için başlıca risk faktörlerini “Ekolojik Model” ile açıklar. Ekolojik modele göre istismar açısından risk faktörleri dört başlıkta incelenmektedir: Çocuğun kırılabilirliğini artıran faktörler, bakım verenlerin ve ailenin özellikleri, çevresel faktörler, toplumsal faktörler. Çocuğun Kırılabilirliğini Arttıran Faktörler: Çocuk istismar ve ihmali maruz kalma durumunun bebek ve küçük yaşta çocuklarda olduğu, küçük yaşlardaki çocuklarda istismar nedeniyle ölümlerin fazla olduğu belirtilmektedir (WHO, 2006; Chang, Huang, Feng & Lu, 2012; Foto-Özdemir ve ark., 2012). Öte yandan, cinsel istismar oranları puberte başlangıcından sonra artma eğilimindedir ve adolesan dönemde en yüksek oranlara sahiptir (WHO, 2006). Çoğu ülkede, kız çocuklar küçük çocuk cinayetleri, cinsel istismar, eğitim ve beslenme ihmalleri, fahişeliğe zorlanma konuları yönünden erkeklere göre daha yüksek risk altındadırlar. Birçok uluslararası çalışmanın bulguları cinsel istismar oranlarının kız çocukları arasında erkeklere göre bir buçuk ile üç kat daha yüksek olduğunu göstermektedir (WHO, 2006). Yaş ve cinsiyet dışında prematüre yeni doğanlar, ikizler ve engelli çocuklar fiziksel istismar ve ihmale maruz kalma açısından risk altındadır (WHO, 2006).

Bakım Verenlerin ve Ailenin Özellikleri; Kadınların fiziksel disiplini erkeklerden daha çok kullandığı, ancak erkeklerin de hayatı tehdit eden düzeyde fiziksel istismar yaptıkları belirtilmektedir. Cinsel istismarın kurbanlarının kız olduğu durumlarda suçluların % 90’dan fazlası erkek, kurbanların erkek olduğu durumlarda da istismarcıların % 69-86’sı erkeklerdir (WHO, 2006). Eğitim düzeyi düşük, yoksul, işsiz ve genç ebeveynlik, tek ebeveynlik ve aile içi şiddet istismar uygulama potansiyelini arttırmaktadır (WHO, 2006; Ben-Natan ve ark. 2014; Güler, Uzun, Boztaş & Aydoğan 2002). Benlik saygısı düşük, dürtü kontrolü iyi olmayan ve ruh sağlığı problemleri olan, çocuklarına karşı düşmanca davranışlar sergileyen, çocukken kötü muamele gören ebeveynlerin kendi çocuklarını istismar etme

riski yüksektir (WHO, 2006; Stathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan, 2009). Çevresel Faktörler: İstismar; yoksul, göç yaşamış ve işsiz toplumlarda daha yüksektir (WHO, 2006). **Toplumsal Faktörler:** Kültürel değerler ve ekonomi, cinsiyet ve gelire ilişkili eşitsizlikler, kültürel normlar, çocuk ve aile politikaları, çocuklarla ilgili sağlık ve sosyal politikalar istismarı etkileyen unsurlardır (WHO, 2006).

Çocuk istismarı, sağlığı *Fiziksel* (abdominal/toraksik yaralanmalar, beyin yaralanmaları, çürük ve kırbaç izleri, yanıklar ve haşlanmalar, santral sinir sistemi yaralanmaları, engellilik, kırıklar, kesik/yırtık ve sıyrıklar, göz hasarı), *Cinsel* (üreme sağlığı problemleri, cinsel disfonksiyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelik), *Psikolojik ve Davranışsal* (alkol ve ilaç bağımlılığı, şiddet içerikli ve diğer risk taşıyan davranışlar, depresyon ve anksiyete, gelişimsel gecikme, yeme ve uyku problemleri, enürezis, utanma ve suçluluk duygusu hissetme, hiperaktivite, kötü ilişkiler, kötü okul performansı, düşük benlik saygısı, post-travmatik stres bozukluğu, psikosomatik bozukluklar ve kendine zarar verme) açılardan etkilemektedir (WHO, 2006; Taner & Gökler, 2004).

Çocuk istismarı DSÖ literatürüne göre çocuğa kötü muamele, cinsel istismar, duygusal ve psikolojik istismar ve ihmal şeklinde sınıflanmıştır. Çocuğa Kötü Muamele; çocuğun sağlığında, hayatta kalmasında, gelişiminde veya güç, güven, sorumluluk ilişkileri bağlamında, gerçek veya potansiyel zararlarla sonuçlanan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış veya ticari veya diğer sömürülerdir. Cinsel istismar ise; bir çocuğun tam olarak kavramadığı, onay vermesinin mümkün olmadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, ayrıca toplumsal kuralları ve kanunları ihlal eder biçimde cinsel aktiviteye maruz kalması olarak tanımlanır. Duygusal ve psikolojik istismar; çocuğun fiziksel veya ruhsal sağlığına ya da onun fiziksel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar veren, hareketin kısıtlanması; aşağılamaya, suçlamaya, tehdit etmeye, korkutmaya, ayrımcılık yapmaya ve alay etmeye yönelik davranışlar, reddedici ve düşmanca muamele gibi davranışlardır. İhmal ise sağlık, eğitim, beslenme, güvenli yaşam alanlarında, çocuğun gelişim ve sağlığı için daha fazlasını yapabilecek pozisyondaki ebeveyn veya diğer aile bireylerinin yetersizlik göstermesidir (WHO, 2006; Taner & Gökler 2004; Güner, Güner & Şahan 2010; Beyaztaş, Oral, Bütün, Beyaztaş & Büyükkayhan, 2009).

İstismarın tanınması, risklerin belirlenmesi ve bildirimde bulunulması konusunda sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir.

Bu da çocuk istismarı ve ihmali konusunda detaylı bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir. Ancak çalışmalar sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirtilerini ve risk faktörlerini tanıma konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu ortaya koymaktadır (Gölge, Hamzaoğlu & Türk 2012). Ben Yehuda ve ark. (2010) çalışmasında sağlık profesyonellerinin neredeyse % 80'i şüpheli çocuk istismarı ve ihmali vakası ile daha önce karşılaşmalarına karşın bu konuda özellikle belli alanlarda eğitime ihtiyaç duydukları bildirilmektedir. Gölge ve arkadaşlarının (2012) hekim, hemşire ve ebelerin katıldığı araştırmasında ihmal ve istismarı tanıma açısından sağlık profesyonelleri arasında farklılık olmadığı ancak hekimlerin İstismara ve *İhmale Yatkın Çocuğun* Özellikleri'ni daha iyi tanıdıkları saptanmıştır. Çatık ve Çam (2006) araştırmalarında hemşirelerin fiziksel istismar belirtilerini diğer istismar türlerine göre daha iyi düzeyde tanılayabildiklerini, genel olarak istismarı tanılama açısından daha fazla bilgi gereksinimleri olduğunu saptamışlardır. Benzer biçimde, Al-Moosa, Al-Shaiji, Al-Fadhli, Al-Bayed ve Adib (2003) Kuveyt'te 117 çocuk doktoru ile yaptıkları çalışmada da doktorların % 80'den fazlası olası istismar ve ihmal olguları ile karşılaştıklarında yasal süreçte neler yapacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. Lazenbatt ve Freeman'nın (2006) İrlanda'da hemşire, doktor ve diş doktoru gibi 419 sağlık çalışanını kapsayan fiziksel istismar ile ilgili çalışmalarında, katılımcıların % 74'ü çocuk istismarı ve ihmali vakalarının bildirimini bilmelerine karşın % 79'u eğitim gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir. Kara, Çalışkan ve Suskan (2014) 550 hekimle yaptıkları çalışmalarında, çocuk ihmali ve istismarı konusunda doktorların bilgi düzeyleri ve yaklaşımları konusunda farklılıklar olduğunu, bir olgu veya şüpheli durumla karşılaşma durumunda hekimlerin %15'inin bildirim yapmayı düşünmediğini belirtmişlerdir. Borres ve Hägg'ın (2007) İsveç'te yaptıkları çalışmalarında hekimlerin üçte ikisi istismardan şüphelendikleri vakalarla karşılaşmalarına karşın bunu rapor etmemeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Amaç: Bu araştırmanın amacı; bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir.

Yöntem

Araştırma tanımlayıcı türde tasarlanmıştır.

Örneklem: Araştırma İzmir'de bir Devlet Hastanesinde yürütülmüştür.

Bu hastanede görev yapan yaklaşık 400 sağlık çalışanı (hekim, diş hekimi, hemşire-ebe, sağlık teknisyeni, eczacı, diyetisyen, biyolog, psikolog ve fizyoterapist) bulunmaktadır. Bu çalışmada 110 sağlık çalışanına (% 30.8) ulaşılmıştır. Araştırmanın yapıldığı Devlet Hastanesi'nde çalışan, izinli olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan sağlık profesyonellerinden veri toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu formda, sağlık çalışanlarının demografik özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu), çalışma süreleri ve ihmal ve istismar ile ilgili eğitim ve deneyimlerine yönelik sorular yer almaktadır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanması Ölçeği: Ölçek Aynur UYSAL tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir, toplam 67 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek; İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri (19 madde), davranışsal belirtileri (15 madde), ihmal belirtileri (7 madde), istismar ve ihmale yatkın ebeveyn özellikleri (13 madde), istismar ve ihmale yatkın çocukların özellikleri (5 madde), çocuk istismarı ve ihmalinde ailesel özellikler (8 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek kullanımı için Uysal'dan izin alınmıştır. Likert tipi ölçekte yer alan 1, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 67 numaralı sorulara "çok doğru" yanıtına 5 puan, "oldukça doğru" yanıtına 4 puan, "kararsızım" yanıtına 3 puan, "pek doğru değil" yanıtına 2 puan, "hiç doğru değil" yanıtına 1 puan verilmektedir. Diğer sorular ise ters puanlanmaktadır. Ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamasının yüksek olması, o alandaki bilgilerin daha iyi olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin her bir alt boyutunun 5 üzerinden ortalama puanı hesaplanarak değerlendirilmiştir.

Uysal'ın çalışmasında (1998) Alpha Katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerde Alpha Katsayısı 0,59 ile 0,89 arasında değişmektedir. Kocaer'in çalışmasında da (2006) ölçeğin Cronbach's Alpha Katsayısı 0,81'dir ve alt ölçeklerin Alpha Katsayıları ise 0,47 ile 0,63 arasında değişmektedir. *Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı 0,89, ihmal ve istismarın fiziksel belirtileri alt ölçeğinde 0,72, ihmal belirtileri alt ölçeğinde 0,71, ihmal ve istismarın davranışsal belirtileri alt ölçeğinde 0,64, ihmal ve istismara yatkın ebeveyn özellikleri alt ölçeğinde 0,67, ihmal ve istismara yatkın çocuğun özellikleri alt ölçeğinde 0,15, ailesel özellikler alt ölçeğinde 0,70'tir.*

Veri Toplama: Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama işleminde araştırmacı kimliğini tanıtmış, araştırmacının amacı hakkında bilgi vermiş ve katılımcıların yazılı onamlarını almıştır. Veri toplama işlemi görüşmenin kesintiye uğramayacağı ve hasta bakımı alanı olmayan bir ortamda bire bir yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Bir görüşme ortalama 25-30 dakika kadar sürmüştür.

Verilerin Analizi: Veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 21.0 programı ile analiz edilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Student t testi ve Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlarda anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Kurul ve Diğer İzinleri

Bu araştırma için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03. 07. 2014 tarih ve 137 sayılı karar numarası ile izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden bilgilendirilmiş onam formu ile izin alınmıştır. Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması ölçeğinin kullanımı için Doç. Dr. Aynur Uysal'dan izin alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Sağlık Profesyonellerinin Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
<i>Kadın</i>	88	80
<i>Erkek</i>	22	20
Yaş		
<i>24 – 36</i>	44	39.8
<i>37 - 50</i>	56	60.2
Medeni Durum		
<i>Evlili</i>	89	80.9
<i>Bekar</i>	21	19.1
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
<i>Çocuk Sahibi</i>	81	73.6
<i>Çocuk Sahibi Değil</i>	29	26.4

Meslek		
<i>Hemşire</i>	62	56.4
<i>Fizyoterapist</i>	5	4.5
<i>Diş Hekimi</i>	7	6.4
<i>Doktor</i>	16	14.5
<i>Teknisyen</i>	11	10.0
<i>Diyetisyen</i>	2	1.8
<i>Psikolog</i>	2	1.8
<i>Biyolog</i>	4	3.6
<i>Eczacı</i>	1	0.9
Meslek Yılı		
<i>Bir-İki Yıl</i>	1	0.9
<i>Üç-Beş Yıl</i>	8	7.3
<i>Altı Yıl ve Üzeri</i>	101	91.8

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin % 80’i (n=88) kadındır. Katılımcıların % 60,2’si (n=56) 37-50 yaş arasındadır, yaş ortalaması $37,7 \pm SD=5,7$ ’tir (min=24, max=50). Sağlık profesyonellerinin % 80,9’u (n=89) evli, % 73.6’sı ise (n=81) çocuk sahibidir. Araştırmaya katılanların % 56,4’ü hemşire, % 14,5’i doktordur, %91,8’i altı yıl ve daha fazla süredir çalışmaktadır. Sağlık profesyonellerinin % 59,1’i lisans öğrenimi sırasında çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim almadığını, % 98,2’si ise mezuniyet sonrasında bu konuda herhangi bir sertifika eğitimine katılmadığını bildirmişlerdir. Lisans öğreniminde istismar konusunda eğitim aldığını ifade eden 43 kişinin % 31,8’i (n=14) eğitimlerinin yeterli olduğunu, % 68,2’si (n=30) eğitimlerinin yeterli olmadığını ifade etmiştir. Sağlık profesyonellerinin % 17,3’ü (n=19) daha önce istismar şüphesi ile karşılaştıklarını, % 82,7’si (n=91) ise hiç karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalıştıkları kurumda çocuk istismarı konusunda talimat ve prosedür var mı sorusunu ise % 3,6’sı (n=4) evet, % 21,8’i (n=24) hayır, % 74,5’i (n=82) bilmiyorum şeklinde cevaplamışlar.

Tablo 2. Sağlık Profesyonellerinin Çocuk İstismarı Konusundaki Farkındalık Durumları

Soru	Doğru Değil		Kararsızım		Doğru	
	n	%	n	%	n	%
Çocuğun gövde, sırt, kalça ve uyluklarında farklı boyutlarda sıyrık, ekimoz (morluk) ve parmak bası izleri fiziksel istismarın belirtileridir.	3	2.7	3	2.7	104	94.6

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda saçlı deri, yüz, kulak, çene, boyun ve eklemelerin çevresinde lezyonlar sık görülür.	8	7.3	21	19,1	81	73.6
Fiziksel istismar tanısında ekimozların değişik renklerde olması önem taşımaz.	44	40.0	20	18,2	46	41.8
Ağız içinde özellikle üst dudak iç yüzünde yırtık olması fiziksel istismarı düşündürmelidir.	22	20.0	47	42,7	41	37.3
Fiziksel istismara uğramış çocuklarda yanıklar; ayaklar, kalçalar ve göbek bölgesi dışındaki vücut kısımlarında daha yaygın görülür.	54	49.1	32	29,1	24	21.8
Fiziksel istismarda; kollarda, el sırtında, omuz ve kalçalarda sıklıkla ısırık izine rastlanır.	5	4.5	14	12,7	91	82.8
Ciltte yuvarlak, çevresi kabarık, ortası krater şeklindeki lezyonlar sigara yanığını düşündürmektedir.	1	0.9	8	7,3	101	91.8
Dizdeki ve dizin arka çukurundaki yanıklar kaza ile oluşabilir.	33	30	40	36,4	37	33.6
Tek bir kırık ve yanı sıra berelenmeler, çürümeler ve değişik iyileşme evresindeki kırıklar fiziksel istismarın önemli belirtileridir.	14	12.7	23	20,9	73	66.4
Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda humerus, distal femur, tibia, kafatası, el ve ön kol kemiklerinde kırıklara rastlanmaz.	70	63.6	31	28,2	9	8.2
Fiziksel istismara uğramış çocuklarda saçlı deri altında hematomlar sıklıkla görülür.	6	5,5	23	20,9	81	73.6
İntrakranial (kafa-içi) ve intraküler (göz-içi) kanamalar fiziksel istismar olasılığını düşündürmez.	80	72.7	23	20,9	7	6.4
Genital bölge, ağız, kol, ense veya bacaklarda ekimoz ve sıyrıkların olması cinsel istismarı düşündürmelidir.	1	0,9	7	6,4	102	92.7
Çocuğun yürüme, oturma gibi genel, davranışlarına bakarak cinsel istismardan şüphelenmek mümkün değildir.	13	11.8	20	18,2	77	70.0

Özellikle 10-15 yaşlarındaki gebelik cinsel istismarı düşündürmelidir.	2	1,8	1	0,9	107	97.3
Cinsel istismara uğrayan çocuklarda gonore, sifilis gibi erişkinlerde görülen enfeksiyonlara rastlanmaz.	76	69.1	31	28,2	3	2.7
Genital bölgede ağrı, şişme ya da kaşıntı şikayetleri cinsel istismarı düşündürmektedir.	12	10.9	26	23,6	72	65.5
Cinsel istismar sonucu vajinal ve rektal kanama görülebilir.	1	0.9	4	3,6	105	95.5
Çocuk, fiziksel temasa uğramadan da cinsel olarak istismar edilmiş olabilir.	5	4.5	5	4,5	100	91.0
Cinsel istismara uğrayan çocukların önemli bir bölümü fiziksel istismara da uğramıştır.	0	0	5	4,5	105	95.5
Çocukta büyüme- gelişme geriliğinin olması ihmal edildiğini düşündürmelidir.	19	17.3	32	29,1	59	53.6
Çocuğun kötü hijyene sahip olması ihmal edildiğini gösterir.	8	7.3	11	10,0	91	82.7
Aşıların yaptırılmaması veya geciktirilmesi bir ihmal belirtisidir.	6	5.5	9	8,2	95	86.4
Çocuğun yüzünün donuk ve ifade-siz görülmesi ihmal edildiğini düşündürmelidir.	10	9,1	20	18,2	80	72.7
Çocuğun sürekli ve tutarlı bir gözetiminin olmaması ihmaldir.	8	7.3	14	12,7	88	80.0
Çocuğun fiziksel sorunlarının tedavi edilmemesi ihmaldir.	1	0,9	3	2,7	106	96.4
Çocukta yeme bozuklukları, huzursuz uyuma ihmal işaretleri değildir.	57	51.8	18	16,4	35	31.8
İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğunlukla öz saygıları yüksektir.	98	89.1	11	10,0	1	0.9
İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar hiperaktif davranışlar gösterebilirler.	31	28.2	46	41,8	33	30.0
İstismar ve ihmale uğramaları çocukların okul başarılarını etkilemez.	104	94.6	2	1,8	4	3.6

İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ebeveynlerinden ve diğer yetişkinlerden korkma, kaçınma gösterebilirler.	3	2.7	6	5,5	101	91.8
İstismar ve ihmale uğrayan çocuklar ağrı verici uyarılara karşı ve travmalara karşı aşırı tepkilidirler.	2	1,8	15	13,6	93	84.6
Tuvalet eğitimini tamamlamış olan çocuğun tekrar altını ıslatmaya başlaması istismar veya ihmale uğramış olabileceğini düşündürmelidir.	17	15.5	17	15,5	76	69.1
İstismar ve ihmale uğrayan çocukların çoğu evlerine bağlıdır.	65	59.1	38	34,5	7	6.4
İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda intihar girişimleri ile karşılaşılabilir.	3	2.7	13	11,8	94	85.5
İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla göz göze iletişime giremezler.	4	3.6	13	11,8	93	84.6
İstismar ve ihmale uğramış çocuklar sıklıkla yalan söyler veya hırsızlık yaparlar.	10	9.1	32	29,1	68	61.8
İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda ilaç ve alkol bağımlılığına daha sık rastlanır.	7	6.4	19	17,3	84	76.4
İstismar ve ihmale uğramış çocuklarda sıklıkla okul öncesi konuşma gecikmesine rastlanır.	7	6.4	25	22,7	78	70.9
İstismar ve ihmale uğramış çocuklar içe kapanıklık gösterebilirler.	2	1,8	6	5,5	102	92.7
Bebeklerin istismara uğrama riskleri azdır.	84	76.4	16	14,5	10	9.1
Çocukluğunda istismar ve ihmal edilen ebeveynler çocuklarını istismar ve ihmal etmekten kaçınırlar.	32	29.1	50	45,5	28	25.4
Aşırı ısrarcı tutum içinde olan ebeveynler çocuklarını daha çok istismar ederler.	20	18.2	61	55,5	29	26.4
Ebeveynin benlik saygısının düşük olması çocuk istismar ve ihmaline yol açan önemli bir etmendir.	9	8,2	33	30,0	68	61.8

Ebeveynin çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması çocuğunu istismar etmesine yol açar.	11	10.0	32	29,1	67	60.1
Anne yaşının çocuk istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	77	70.0	15	13,6	18	16.4
Ebeveynin sosyal destek kaybı yaşaması çocuk istismar ve ihmaliine yol açar.	11	10.0	24	21,8	75	68.2
Ebeveynin alkol ya da ilaç bağımlısı olması çocuk istismar ve ihmali açısından bir risktir.	4	3.6	4	3,6	102	92.7
Ebeveynin fiziksel ve mental sağlık sorunlarının olması çocuğunu istismar ve ihmali etmesini etkilemez.	86	78.2	4	3,6	20	18.2
Eğitim düzeyi düşük anne-babalar çocuklarını daha fazla istismar ve ihmali ederler.	29	26.4	35	31,8	46	41.8
Planlanmamış gebelik sonucunda doğan çocukların istismar edilme olasılıkları daha fazladır.	33	30	46	41,8	31	28.2
Çocuğun cinsiyetinin istismar ve ihmaliinde önemi yoktur.	30	27.3	20	18,2	60	54.5
Aşırı hareketli çocukların fiziksel istismara uğrama olasılıkları yüksektir.	35	31.8	36	32,7	39	35.5
Fiziksel ve mental özürli bebeklerin istismar ve ihmali uğrama olasılığı daha azdır.	86	78.2	15	13,6	9	8.2
Annenin zor bir hamilelik geçirmesi ya da güç doğum yapması çocuğunu istismar ve ihmali etkiler.	47	42.7	45	40,9	18	16.4
Bebeklerin prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olması istismar ve ihmali uğramasını etkilemez.	20	18.2	34	30,9	56	50.9
Aile reisinin işsizliği çocuk istismar ve ihmaliine yol açan bir faktördür.	13	11.8	17	15,5	80	72.7
Ailenin gelir düzeyi çocuk istismar ve ihmaliinde önemli bir etkidir.	20	18.2	22	20,0	68	61.8
Ailedeki çocuk sayısı çocuk istismar ve ihmalinin oluşmasında etken değildir.	65	59.1	19	17,3	26	23.6

Doğumlar arası sürenin kısa olması çocuğun istismar ve ihmale uğramasını etkileyen bir faktördür.	22	20	28	25,5	60	54.5
Ailenin geniş ya da çekirdek aile tipinde olması çocuk istismar ve ihmali önemli bir faktör değildir.	57	51.8	23	20,9	30	27.3
Ebeveynlerden birinin olmaması çocuk istismarı ve ihmali için bir risktir.	14	12.7	19	17,3	77	70
Çocuk istismar ve ihmali üst sosyoekonomik düzeylerde rastlanmaz.	92	83.6	11	10,0	7	6.4
Anne- baba arasındaki şiddet, çocukların istismar ve ihmal edilmesine yol açar.	2	1,8	11	10,0	97	88.2
Evlilik dışı ilişkiler çocukların istismar ve ihmal edilmesinde önemli bir etkidir.	3	2,7	18	16,4	89	80.9
Annenin çocuktan sık sık şikayet etmesi istismarı düşündürmelidir.	21	19.1	41	37,3	48	43.6
Yaralanma, kırık gibi olaylarda, anlatılan öykünün tutarsızlık göstermesi fiziksel istismarı akla getirmelidir.	4	3.6	5	4,5	101	91.9

Tablo 2’de görüldüğü gibi prematüre bebeklerin istismar açısından riskli olduğunu düşünmeyenler ve kararsızların oranı yaklaşık %50’dir. Aşırı hareketli çocukların istismara uğramayacağını düşünenlerin ve kararsızların oranı %60’tan fazladır. Cinsiyetin istismar açısından önemli olmadığını düşünenlerin ve kararsız olanların oranı yaklaşık %50’dir. Planlanmamış gebelik sonucu dünyaya gelen bebeklerin istismar riski taşımadığını düşünenlerin ve kararsızların oranı %70’ten fazladır. Eğitim düzeyi düşük ebeveynlerin istismar açısından riskli olduğunu düşünmeyenlerin ve kararsızların oranı yaklaşık %60’tır. Çocukluğunda istismara uğrayan ebeveynlerin kendi çocuklarını istismar etmekten kaçınacakları konusunda kararsızların oranı %45.5’tir. Sağlık profesyonellerinin %76.4’ü bebeklerin istismar açısından riskli bir grup olduğunu düşünmektedirler. Sağlık profesyonellerinin yaklaşık yarısı çocukta yeme bozukluklarının istismar ile ilişkili olacağını düşünmemektedirler veya kararsızdırlar. Fiziksel istismarda ekimozların değişik renklerde olması nedeniyle istismarı düşünmeyenlerin ve bu konuda kararsızların oranı yaklaşık %60’tır.

Tablo 3. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanınması Ölçeği Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Ölçekler	X	SD
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3.8	0.35
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3.96	0.58
İhmal Belirtileri	3.75	0.35
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikler	3.48	0.48
İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri	3.18	0.49
Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Bilgiler	3.83	0.57

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanması ölçeği puan ortalamaları değerlendirmesinde en yüksek puanın ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtileri ($x=3,96$, $SD= 0,58$), en düşük puanın ise istismar ve ihmale yatkın çocuk özellikleri ($x=3,18$, $SD=0,49$) alt ölçeğinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Cinsiyete ve mesleğe göre ölçek alt puanları arasındaki farkın incelenmesi

Alt Boyutlar	Kadın (n=88)		Erkek (n=22)		T	P
	Ort	SD	Ort	SD		
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3.82	0.37	3.73	0.37	1.094	$p>0.05$
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	4.05	0.56	3.64	0.54	3.029	$P<0.05$
İhmal Belirtileri	3.78	0.35	3.6	0.27	2.232	$P<0.05$
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikler	3.53	0.48	3.32	0.45	1.833	$p>0.05$
İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri	3.2	0.52	3.14	0.35	0.478	$p>0.05$
Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Bilgiler	3.86	0.57	3.68	0.56	1.375	$P>0.05$

Alt Boyutlar	Hemşire (n=62)	Hekim (n=16)	Hemşire (n=62)	Hekim (n=16)	Mann-W- hitney U	P
	Ort	SD	Ort	SD		
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Fiziksel Belirtileri	3.78	0.33	3.99	0.29	312.000	P<0.05
İhmal ve İstismarın Çocuktaki Davranışsal Belirtileri	3.78	0.32	3.83	0.24	468.000	p>0.05
İhmal Belirtileri	4.00	0.51	3.93	0.56	455.000	p>0.05
İstismar ve İhmale Yatkın Ebeveyn Özellikler	3.51	0.44	3.58	0.39	470.500	p>0.05
İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri	3.20	0.51	3.39	0.42	426.000	P>0.05
Çocuk İstismarı ve İhmalinde Aile Yapısı İle İlgili Bilgiler	3.86	0.52	3.97	0.42	0.602	p>0.05

Tablo 4’de görüldüğü gibi cinsiyet ile ölçek alt boyutlarından olan İhmal Belirtileri ve İhmal ve İstismarın Çocukta Davranışsal Belirtileri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. İhmal belirtileri alt ölçeğinde kadınların puan ortalaması $3,78 \pm 0,35$ iken erkeklerin puan ortalaması $3,6 \pm 0,27$ ’dir. İki grup arasındaki fark $p < 0,05$ düzeyinde anlamlıdır. İhmal ve İstismarın Çocukta Davranışsal Belirtileri alt ölçeğinde kadınların puan ortalaması $4,05 \pm 0,56$ iken erkeklerin puan ortalaması $3,64 \pm 0,54$ ’tür. Bu verilere göre kadınlar davranışsal belirtileri ve ihmal belirtilerini erkeklerden daha iyi tanıyabilmektedir. Hemşire ve hekimler arasındaki karşılaştırmada hekimlerin istismarın fiziksel belirtileri alt ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde hemşirelerin puanlarından yüksek bulunmuştur. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Ebeveyn olma ile ölçek alt puanları arasındaki fark incelenmiş, çocuk sahibi olma durumu ile İstismar Ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri alt ölçeğinde çocuk sahibi olanların puan ortalaması $3,11 \pm 0,51$ iken çocuk sahibi olmayanların $3,40 \pm 0,37$ ’dir. İki grup arasındaki fark $p < 0,05$ ($t=2.770$) düzeyinde anlamlıdır. Çocuk sahibi olmayanların İstismar ve İhmale Yatkın Çocuk Özellikleri alt boyutlarına ilişkin alt ölçek puan ortalamaları çocuk sahibi olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek

bulunmuştur. İhmal ve İstismarın Çocukta Fiziksel Belirtileri alt ölçeğinde çocuk sahibi olanların puan ortalaması $3,85 \pm 0,32$ 'dir. Çocuk sahibi olmayanların $3,67 \pm 0,38$ 'dir. İki grup arasındaki fark $p < 0,05$ ($t = 2,389$) düzeyinde anlamlıdır. Çocuk sahibi olanların İhmal ve İstismarın Çocukta Fiziksel Belirtileri alt boyutlarına ilişkin alt ölçek puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yapılan analizlerde, medeni durum, çalışma yılı, lisans eğitiminde bilgi alma ve daha önce istismar olgusu ile karşılaşma durumu ile ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tartışma

Sağlık profesyonellerinin çocuk ihmali ve istismarı konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmada 110 sağlık profesyoneli ile görüşülmüştür. Sağlık profesyonellerinin % 59,1'i lisans öğrenimi sırasında, % 98,2'si ise mezuniyet sonrasında bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alanların da %68,2'si eğitimlerini yeterli bulmadığını belirtmiştir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gösterilen çocuk ihmali ve istismarı konusunda hem örgün eğitimde hem de hizmet içi eğitim düzeyinde sağlık profesyonellerinin eğitilmesi önemlidir. Ancak eğitim almış profesyonellerin de eğitimlerini yeterli bulmadıklarına ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır (Gölge ve ark., 2012; Ben Yahuda ve ark., 2010; Çatık & Çam, 2006). İsrail'de hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve diğer sağlık profesyonelleri cinsel istismar ve ihmali konusunda eğitim gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir (Ben Yahuda ve ark., 2010). Lazenbatt ve Freeman (2006) İrlanda'da hemşire, doktor ve diş doktoru gibi sağlık çalışanlarının % 74'ünün çocuk istismarı ve ihmali vakalarının bildirimini bilmelerine karşın % 79'unun eğitim gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir. Gölge ve ark., (2012) çalışmasına katılan hekim, hemşire ve ebelerin yarısından fazlası öğrenimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili eğitim aldıklarını, hekimlerin % 86,5'i, hemşire-ebelerin % 90,6'sı bu konuda bilgiye gereksinim duyduklarını ifade etmiştir. Çatık ve Çam (2006), hemşire ve ebelerin % 52,6'sının bu konuda eğitim almadığını, % 63'ünün bu konuda seminer/konferansa katıldığını, % 89,1'inin bu konuda daha fazla bilgilene istediğini ortaya koymuşlardır. Bu bilgilerden yola çıkarak ihmali ve istismar konusunun hem örgün eğitim hem de hizmet içi eğitim programlarında yer alması önerilebilir. Ancak eğitim alanlar da eğitimlerini yeterli bulmadıklarını ifade ettikleri için eğitim programlarının içeriği ve etkili eğitim yöntemleri konusunda da çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanlar tanılamada çocuk hekimi, çocuk hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, çocuk psikiyatristi bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Çocuk ihmal ve istismarı multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir ve sağlık profesyonellerinin görüşü de bu yöndedir. Araştırmaya katılanların % 74,5'i tanılamada çocuk hemşiresinin yer alması gerektiğini belirtmiştir. Çocuk istismarı olarak bildirilen 114 olgunun incelendiği bir çalışmada olguların çoğunlukla acil hemşireleri tarafından tanılandığı belirtilmiştir (Ben-Natan ve ark., 2014). Hemşireler çocuğu klinik ortamda ilk karşılayan, diğer disiplinlere göre daha uzun süre çocuğa bakım veren, çocuk ve aileyi yakından gözleme fırsatı olan bir disiplindir. Bu nedenle çocuk hemşirelerinin ihmal ve istismar konusunda bilgili olmaları son derece önemlidir.

Bu çalışmanın bulgularına göre sağlık profesyonelleri arasında istismar şüphesi ile karşılaşanların oranı % 16,4'tür. **İsrail'de sağlık profesyonellerinin % 78,9'unun** geçmiş bir yıl içerisinde çocuk ihmal ve istismarı açısından şüpheli bir olguyu bildirdikleri saptanmıştır (Ben Yahuda ve ark., 2010). Lazenbatt ve Freeman'nın (2006) İrlanda'da sağlık çalışanlarının meslek yaşamları boyunca fiziksel istismar şüpheli olgu ile karşılaşma oranı % 60 olarak saptanmıştır. Gölge ve ark., (2012) çalışmasına katılan hekimlerin sadece % 43,0'ü, hemşire-ebelerin ise % 36,2'si meslek yaşamları süresince çocuk istismarı ve ihmali olgusu ile karşılaştığını belirtmiştir. Diğer çalışmalara göre bu araştırmada istismar ile karşılaşma oranı daha düşük çıkmıştır.

Bu araştırmaya katılan profesyonellerin tamamı istismar ile karşılaştıklarında bildirimde bulunacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Buna karşın istismar şüphesi ile karşılaştığını ifade eden 19 kişinin 10'u bildirim ve yasal süreçler konusunda zorlandığını belirtmiştir. Kara ve ark., (2014) 550 hekimle yaptıkları çalışmalarında, bir olgu veya şüpheli durumla karşılaşma durumunda hekimlerin % 15'inin bildirim yapmayı düşünmediği belirtilmiştir. Borres ve Hägg'ın (2007) İsveç'te yaptıkları çalışmalarında görüştükları hekimlerin üçte ikisi istismardan şüphelendikleri vakalarla karşılaşmalarına karşın bunu rapor etmemeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. İrlanda'da sağlık çalışanlarının fiziksel istismar şüphesi ile karşılaşma oranı % 60 iken, bildirim yapma oranı % 47 olarak saptanmıştır (2006). Gölge ve ark., (2012) çalışmasında, hekimlerin % 70,9'unun, hemşire-ebelerin % 54,3'ünün çocuk istismarı ve ihmali olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında nasıl bir prosedür izleyeceklerini bilmedikleri ortaya konmuştur. Benzer biçimde, Al-Moosa ve arkadaşlarının (2003) Kuveyt'te

117 çocuk doktoru ile yaptıkları çalışmada da doktorların % 80'den fazlası olası istismar ve ihmal olguları ile karşılaştıklarında yasal süreçte neler yapacaklarını bilmediklerini belirtmişlerdir. Lane ve Dubowitz (2009) 520 pediatristle yaptıkları çalışmada çocuğa kötü muameleyi değerlendirmede çoğu hekimin deneyimsiz olduğu ve uzman konsültasyonuna ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir. Pediatristler şüpheli kötü muamelede tıbbi müdahaleyi yönetmek konusunda sıklıkla yeterli hissetmelerine karşın, kesin görüş sunmak konusunda daha az yeterli hissetmektedir. Genel olarak, mahkemede tanıklık konusunda ise kendilerini yeterli görmemektedir. Özellikle cinsel istismar konusunda yeterlilik hissi düşüktür (Lane & Dubowitz, 2009). Çocuk hastanesi çalışanlarının önemli bir kısmı istismarın esas olarak sosyal hizmet ve adalet sisteminin sorumluluğunda olduğunu düşündüğü, şüpheli vakalar için çoğunlukla hastane sosyal hizmet personeline müracaat etmeyi tercih ettiği saptanmıştır (Glasser & Chen 2006). Tayvan'da kreş öğretmenlerinin % 97'sinin çocuk istismarını bildirmede, bunun; sosyal normlar, disiplin anlayışı, yasal endişeler ve profesyonel sorumlulukla ilişkili olduğu saptanmıştır (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne, 2010). Sağlık profesyonellerinin istismar bildirimini etkileyen unsurlar konusunda nicel çalışmalar yapılması, istismar bildiriminde bulunmaları ve yasal süreçler konusunda bilgilendirmeleri yararlı olabilir. Bu konuda sağlık kuruluşlarında talimatlar oluşturulması da bildirim sürecindeki belirsizlikleri ve bireysel farklılıkları ortadan kaldırabilir.

Sağlık profesyonellerinin ihmal ve istismar farkındalık ölçeğinden en yüksek puan aldıkları alanlar sırasıyla ihmal ve istismarın çocukta davranışsal etkileri alt ölçeği, aile yapısı ile ilgili özellikler ve fiziksel belirtiler alt ölçekleridir. İhmal ve istismara yatkın çocuk özellikleri ise katılanların puan ortalamasının en düşük olduğu alandır. Çatık ve Çam (2006), hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama genel ölçeğini oluşturan alt ölçek gruplarından en yüksek puan ortalamasını istismar ve ihmalin çocukta fiziksel belirtileri alt ölçeğinden aldıklarını belirtmiştir. Yapılan bir araştırmada ise hemşirelerin fiziksel ve cinsel istismar konusunda bilgili ve kendine güvenli oldukları ancak duygusal istismar ve ihmal konusunda daha az güvenli oldukları saptanmıştır (Fraser ve ark., 2010). Fiziksel istismar bıraktığı izlerin açıkça görülmesi nedeniyle tanınması, anlaşılması daha kolay olabilir. Hizmet içi eğitimlerde ihmal ve istismarın tüm boyutlarının ele alınması önerilebilir.

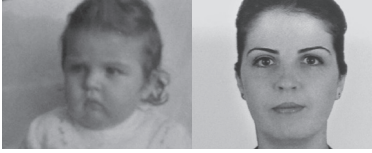
Bulgularımıza göre kadınların ihmal belirtileri ve ihmal ve istismarın çocukta davranışsal belirtileri alt ölçeklerinden aldıkları puanlar

erkeklerden anlamlı derecede yüksektir. Yine hekimlerin fiziksel istismar belirtileri alt ölçek puanlarının hemşirelerin puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca çocuk sahibi olanların çocuk sahibi olmayanlara göre fiziksel belirtiler ölçek puanı daha yüksektir. Çocuk sahibi olmayanların ise istismara yatkın çocuk özellikleri alt ölçek puanları çocuk sahibi olanlardan daha yüksektir. Bulgularımızın tersine Glasser ve Chen (2006) çocuk hastanesi çalışanı 82 personel ile yapılan çalışmalarında hekimlerin tıp öğrencileri, hemşireler ve sosyal hizmet personeline göre hastanenin istismar politikalarının daha az farkında olduklarını saptamışlardır. Gölge ve ark., (2012) çalışmasında da sadece istismara yatkın çocuk özellikleri alt boyutunda hekimlerin puanları hemşire ve ebelerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kocaer'de (2006) hekimlerin istismar konusundaki genel farkındalıklarının hemşirelerden daha iyi düzeyde olduğunu saptamıştır. Kara ve ark., (2014) doktorların bilgi düzeyinin kadınlarda, evli olanlarda, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alanlarda, istismar olgu veya şüphesi ile karşılaşanlarda ve bildirimde bulunanlarda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada ise tam tersine Lisans eğitiminde bilgi alma durumu ve istismar şüphesi ile daha önce karşılaşma durumu ile ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İleriki çalışmalarda istismar konusundaki bilgi ve tutumları etkileyen unsurları ve bu konudaki bilgi eksikliklerini gidermeye yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada; Sağlık profesyonellerinin % 59,1'inin lisans öğrenimi sırasında çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim almadığı, % 98,2'sinin mezuniyet sonrasında bu konuda herhangi bir sertifika eğitimine katılmadığı, % 82,7'sinin daha önce istismar şüphesi ile karşılaşmadığı, % 74,5'inin çalıştığı kurumda istismar konusunda talimat olup olmadığını bilmediği, en fazla ihmali ve istismarın çocukta davranışsal belirtilerini tanıdıkları, en az istismar ve ihmali yatkın çocuk özelliklerini tanıdıkları saptanmıştır. Kadınların İhmali Belirtileri ve İhmali ve İstismarın Çocukta Davranışsal Belirtilerini erkeklerden daha iyi tanıdıkları, Hekimlerin istismarın fiziksel belirtilerini hemşirelerden daha iyi tanıdıkları, Çocuk sahibi olmayanların İstismar Ve İhmali Yatkın Çocuk Özelliklerini daha iyi tanıdıkları saptanmıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre hastanelerde istismar konusunda talimatların oluşturulması, çalışanlara bu

talimatlar ve istismar konusunda eğitim verilmesi, sağlık profesyonellerine özgün eğitimde istismar konusunda eğitim verilmesi önerilebilir. Bunun yanında, sağlık profesyonellerinin istismar bildirimini etkileyen unsurlar konusunda araştırmalar yapılması önerilir.



**** Hatice Aydan Işık Metinyurt**
İzmir Asker Hastanesi
aydan.metinyurt@yahoo.com.tr



**** Hatice Yıldırım Sarı**
İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
haticeyildirimsari@gmail.com

Kaynakça

- Al- Moosa, A., Al-Shajji, J., Al-Fadhli, A., Al-Bayed, K., Adib, S.M. (2003). Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. *Child Abuse & Neglect*, 27(10):1161-1178.
- Benbenisthy, R., Zeira, A., Astor, R.A., Khoury-Kassabri, M. (2002). Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. *Child Abuse & Neglect*, 26(12):1291-1309.
- Ben-Natan, M., Sharon, I., Barbashoy, P., Minasyan, Y., Hanukayev, I., Kajdan, D., Klein-Kremer, A. (2014). Risk factors for child abuse: quantitative correlational design. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(3): 200-227.
- Ben Yehuda, Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, A., Jedwab, M., Benbenisthy, R. (2010). Child Abuse and Neglect: Reporting by Health Professionals and their Need for Training. *Isr Med Assoc J (IMAJ)*, 12: 598-602.
- Beyaztaş, F.Y., Oral, R., Bütün, C., Beyaztaş, A., Büyükkayhan, D. (2009). Fiziksel çocuk istismarı: dört vakanın sunumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52: 75-80.
- Borres, M.P., Hagg, A. (2007). Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatrics International: Official Journal of Japan Pediatric Society*, 49(2): 177-182.
- Chang, W.L., Huang, Y.T., Feng, J.Y., Lu, T.H. (2012). Incidence of hospitalization due to child maltreatment in Taiwan, 1996-2007: a nationwide population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 36(2): 135-141.
- Çatık, A.E., Çam, O. (2006). Hemşire ve Ebelerin Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirtileri ve Risklerini Tanıma Düzeylerinin Saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(2): 103-119.
- Dubowitz, H. (2002). Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatrics in Review*, 23(6):191-196.
- Feng, J.Y., Huang, T.Y., Wang, C.J. (2010). Kindergarten teachers' experience with reporting child abuse in Taiwan. *Child Abuse & Neglect*, 34(2): 124-128.

- Fengy, J.Y., Chang, Y.T., Chang, H.Y., Fetzer, S., Wang, J.D. (2015). Prevalence of different forms of child maltreatment among Taiwanese adolescents: A population-based study. *Child Abuse and Neglect*, 40: 10-19.
- Foto-Özdemir, D., Özmert, E., Balseven-Odabaşı, A., Evinc, S.G., Tekşam, Ö., Gökler, B., Yalçın, S., Kanbur, N., Tümer, A.R., Derman, O., Atik, H., Karadağ, F., Yurdakök, K., Kale, G. (2012). The analysis of child abuse and neglect cases assessed by a multidisciplinary study group between 2005-2008. *Türk J Pediatr*, 54: 333-343.
- Fraser, J.A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2): 146-153.
- Glasser, S., Chen, W. (2006). Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. *The Israel Medical Association Journal IMAJ*, 8(3):179-83.
- Gölge, Z.B., Hamzaoğlu, N., Türk, B. (2012). Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 26(2): 86-96.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3):128 - 134.
- Güner, Ş.İ., Güner, S., Şahan, M.H. (2010). Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar. *Van Tıp Dergisi*, 17 (3): 108-113.
- Jack, S.M. (2010). The role of public health in addressing child maltreatment in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 31(1): 39-44.
- Kara, Ö., Çalışkan, D., Suskan, E. (2014). Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi*, 49: 57-65.
- Kocaer, Ü. (2006). Hekim Ve Hemşirelerin Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Lane, W.G., Dubowitz, H. (2009). Primary Care Pediatricians' Experience, Comfort and Competence in the Evaluation and Management of Child Maltreatment: Do We Need Child Abuse Experts? *Child Abuse & Neglect*, 33(2):76-83.
- Lazenbatt, A., Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3):227-36.
- Oral, L., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Çetin, G., Miral, S., Hancı, H., Erşahin, Y., Tepeli, N., Bulguc, A.G., Tıraş, B. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 25(2): 279-290.
- Stathearn, L., Mamun, A.A., Najman, J.M., O'Callaghan, M.J. (2009). Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics*, 132(2):483-493.
- Taner, Y., Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35: 82-86.
- Uysal, A. (1998). Çocuk İstismarı Ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanılamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- WHO, 2014: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/>) (Erişim Tarihi: 02.01.2015).
- WHO, Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence, 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf (Erişim tarihi: 28.12.2014)
- Yılmaz İrmak, T. (2008). Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji AD, İzmir, 2008.