



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

FİZİKSEL ÇOCUK İSTİSMARI İLE İLGİLİ DİSİPLİN STANDARTLARININ ARAŞTIRILMASI +

Dr. Güngör BALTA

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sevtap VELİPAŞAOĞLU

"Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından
desteklenmiştir. (Proje No: 2005.01.0103.01)"

(Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir)

ANTALYA, 2005

TEŞEKKÜR

Tez çalışmalarına yaptığı katkılar ve bana verdiği destek dolayısıyla öncelikle tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevtap Velipaşaoğlu olmak üzere, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Sayın Doç. Dr. Hakan Erengin'e, anket verilerinin bilgisayar aktarımını yapan Biyoistatistik Anabilim Dalı araştırma görevlilerinden Esra Sümer'e, anketlerin uygulanmasındaki katkılarından dolayı intern doktor arkadaşlara ve özellikle Dr. İsa Sözen'e ve uzmanlık dönemi boyunca çalıştığım öğretim üyeleri ve sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Güngör BALTA
Antalya, 2005

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	vi
Şekiller Dizini.....	vii
Çizelgeler Dizini.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ÇOCUK İSTİSMARINA GENEL BAKIŞ.....	3
2.1.1. Tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Risk Faktörleri.....	5
2.1.4. Patofizyoloji.....	6
2.2. ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMARI.....	8
2.2.1. Tanım.....	8
2.2.2. İnsidans ve Prevalans.....	10
2.3. DUYGUSAL İSTİSMAR.....	12
2.3.1. Duygusal İstismara Yol Açan Ebeveyn Davranışları.....	12
2.3.2. İnsidans.....	14
2.3.3. Duygusal İstismarın Nedenleri.....	14
2.3.4. Tanım.....	14
2.3.5. Duygusal İstismar ve İhmalin Gelişimsel Sonuçları.....	15
2.3.6. Önleme.....	17
2.4. İHMAL.....	18
2.4.1. Tanım.....	18
2.4.2. Epidemiyoloji.....	18
2.4.3. Risk Faktörleri.....	19
2.4.4. İhmal Tipleri.....	20
2.4.5. Fizik Muayene.....	22
2.4.6. Tedavi.....	23
2.4.7. İhmalin Sonuçları.....	23
2.4.8. Mortalite.....	24

2.5. FİZİKSEL İSTİSMAR.....	25
2.5.1. Tanım.....	25
2.5.2. Prevalans.....	26
2.5.3. Fiziksel İstismar Tipleri.....	27
2.5.4. Anamnez.....	27
2.5.5. Fiziksel İstismar Yaralanmaları.....	29
2.5.5.1. Yumuşak Doku Yaralanmaları.....	29
2.5.5.2. Yanık ve Haşlanmalar.....	31
2.5.5.3. Kırıklar.....	33
2.5.5.4. Sarsılmış Bebek Sendromu(SBS)	35
2.5.5.5. İç Organ Yaralanmaları.....	36
2.5.6. Laboratuvar Bulguları.....	36
2.5.7. Fiziksel İstismarın Etkileri.....	39
2.5.8. Ayırıcı Tanı.....	39
2.5.9. Tanı ve Tedavi.....	41
2.6. BİLDİRİM ve ÖNLEME.....	43
2.7. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA UYGUN DİSİPLİN NASIL OLMALI	46
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	49
4. BULGULAR.....	61
4.1. Grupların sosyodemografik özellikleri.....	61
4.2. Grupların fiziksel disiplin standartları ile ilgili sorulardan aldıkları skorlar.....	64
4.3. Grupların çocukluklarında kendilerine uygulanmış olabilecek fiziksel disiplin yöntemleri.....	70
4.4. Grupların çocuklara uygulayabilecekleri fiziksel disiplin yöntemleri..	74
5. TARTIŞMA.....	86
6. SONUÇ.....	100
7. ÖZET.....	102
8. KAYNAKLAR	104

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABÖS	Ani bebek ölümü sendromu
AP	Anteroposterior
ASFA	Adoption and Safe Families Act
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CAPTA	The Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act
CPS	Çocuk Koruma Servisleri
Çİ	Çocuk İstismarı
ÇİKORED	Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
MRI	Magnetik rezonans görüntüleme
NCCAN	Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi
SBS	Sarsılmış Bebek Sendromu
SHM	Sosyal Hizmetler Müdürlüğü
SHÇEK	Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
PA	Posteroanterior
TCK	Türk Ceza Kanunu
US	Ultrasonografi

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil :</u>	<u>Sayfa :</u>
4.1. Grupların aldığı skorların ortalamaları	66
4.2. Hekim grubunun aldığı skorların ortalamaları	67
4.3. Pratisyen hekim, çocuk istismarı ile ilgili profesyonel grupta olan hekimler ve diğer uzman hekimlerin aldıkları skorların ortalamaları	67
4.4. Yardımcı sağlık personeli grubunun aldığı ortalama skorlar	68
4.5. Grupların çocuk istismarının bildiriimi ile ilgili olan C seçeneğinden aldıkları ortalama skorlar	69

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge :</u>	<u>Sayfa :</u>
4.1. Çalışmadaki evren sayısı, örneklem girmesi planlanan katılımcı sayısı ve gerçekleşen örneklem sayısı	61
4.2. Grupların örneklem sayıları, ortalama yaşları, cinsiyet ve medeni durumları	63
4.3. Grupların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları ortalama skorlar	65
4.4. Katılımcıların çocukluklarında fiziksel olarak hırpalanma oranları	70
4.5. Katılımcıların çocukluklarında kendilerine büyükler tarafından vurulma sayıları ve oranları	71
4.6. Grupların açık el veya cisimle dayak yeme oranları ve vücudun belirtilen bölgelerine vurulan katılımcıların oranları	73
4.7. Grupların çocukluklarında okulda öğretmenleri tarafından tokat atılma oranları	74
4.8. Grupların açık el ve cisimle vurulabilir yanıtları ve belirtilen bölgelere vurulabilir yanıtlarının oranları	76
4.9. Grupların bir çocuğun davranışını değiştirmek için evde bedensel ceza uygulanmasının etkili olduğu konusu ile ilgili düşünceleri	76
4.10. Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanan katılımcıların evde çocuğun davranışını değiştirmek için bedensel cezanın etkili olduğu konusu ile ilgili düşünceleri	77
4.11. Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanmayan katılımcıların evde çocuğun davranışını değiştirmek için bedensel cezanın etkili olduğu konusu ile ilgili düşünceleri	78
4.12. Çocukluğunda okulda öğretmenleri tarafından tokat atılmış olan öğretmenlerin okulda bedensel ceza uygulanması konusu ile ilgili düşünceleri	79

Çizelge :**Sayfa :**

4.13.	Katılımcıların eğer çocuğa vurulacaksa vurulmaya başlama yaşı ile ilgili verdikleri yanıtlar	79
4.14.	Katılımcıların eğer çocuğa vuruluyorsa vurmaktan vazgeçme yaşları ile ilgili verdikleri yanıtlar	80
4.15.	Katılımcıların çocuğa vurulacaksa vurulma sayısı kaç ile sınırlı olmalı sorusuna verdikleri yanıtlar	81
4.16.	Çocukluğunda fiziksel şiddete uğramayan katılımcıların vücudun değişik bölgeleri için şiddet uygulanmasına evet deme oranları	82
4.17.	Çocukluklarında vücutlarının değişik bölgelerine fiziksel şiddet uygulanan katılımcıların aynı bölgeler için şiddet uygulanmasına evet deme oranları	82
4.18.	Grupların bölüm II soru 5 te sorulan dört sorudan aldıkları skorlar ve standart deviasyonları	83
4.19.	Fiziksel cezanın uygun disiplin yöntemi olduğunu düşünen katılımcıların vurma sayısı, vurmaya başlama yaşı ve vurmaktan vazgeçme yaşı konusundaki düşüncelerinin korelasyonu	84
4.20.	Fiziksel cezanın uygun disiplin yöntemi olduğunu düşünen katılımcıların çocukken kendilerine vurulma sayısı ile bugün vurma sayısı, vurmaya başlama yaşı ve vurmaktan vazgeçme yaşı konusundaki düşüncelerinin korelasyonu	85

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan tıbbi, hukuksal, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur (1,2)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir yetişkin tarafında bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (3)

Çocuk istismarı fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır (2,5) Bu istismar tipleri genelde bir arada görülebilmektedir Fiziksel istismar çocuğa kaba güç kullanarak "terbiye etme" şeklinde ortaya çıkmaktadır (4) Fiziksel çocuk istismarına yönelik risk faktörleri incelendiğinde sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda yaygın olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada fiziksel istismarın terbiye amacı olarak sık kullanıldığı tespit edilmiştir (2).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda ölüm oranı %0,1-10 arasında olmakla birlikte %25-30'unda fiziksel, duygusal veya sosyal kalıcı sekellerin oluştuğu bilinmektedir (6). İstismar göstergesi olan hafif bulgular atlandığında veya bildirimi yapılmadığında yaşamsal önem taşıyan olumsuz sonuçlar ortaya çıkmakta ve yineleyerek ölümcül hale gelebilmektedir (7). Fiziksel istismar sonucu çocuklarda depresyon, kişilik bozukluğu, nörolojik sekeller, duygusal gelişim bozukluğu ve eğitim sorunları ortaya çıkmaktadır (8)

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar erişkin olduklarında bu davranışları kendi çocuklarına uygulayarak istismarcı ebeveyn olabilmekte ve bu kısır döngü devam ederek artmaktadır (9).

Ülkemizde fiziksel çocuk istismarına (diğer istismar tiplerinde olduğu gibi) yönelik yeterli yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Türk Ceza Kanununun (TCK) 477. maddesinde, terbiye etme yetkisine sahip kişiler bu görevlerini yerine getirirken çocuğun sağlığının bozulması ve tehlikeye düşmesi halinde cezalandırılır şeklinde bir madde bulunmakta ve ayrıntılı bir işleyiş belirtilmemektedir. Bu konularda yargı karar verirken diğer kanun maddelerinin yorumlanmasıyla çözüme ulaşmaya çalışılmaktadır (10).

A.B.D.'de 1974'de Çocuk istismarına yönelik yasalar oluşturulmuş ve konu ile ilgili prosedürler belirlenmiştir. Bildirim özellikle profesyoneller için zorunlu

tutulmuştur. Çocuğun üstün yararı ve yasal temsil edilme gibi kavramları 1997'de anayasaya girmiştir (11) .

Ülkemizde fiziksel istismar ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamakla beraber A.B.D.'de olduğu gibi düzenli bildirim ve kayıtların tutulduğu ülkelerde çok yaygın bir toplumsal sorun olduğu görülmektedir (2,4). Sık gözlenmesi, önlem alınmadığı takdirde çocuğun ruh ve beden gelişimini kötü yönde etkilemesi nedeni ile hekimlere bu konuda önemli görevler düşmektedir (12)

Çocuk istismarıyla ilgili yeterli bilgi ve görgü sahibi olduğu umulan meslek grupları bulunmaktadır. Bu meslek gruplarını hekimler, yardımcı sağlık personelleri (ebe, hemşire, sağlık memuru, psikolog), eğitimciler (ilk-ortaöğretim öğretmenleri), sosyal hizmet uzmanları, yargı çalışanları (avukat, hakim, savcı) ve güvenlik görevlileri (polisler) oluşturmaktadır

Bu konudaki profesyonel meslek gruplarının ve toplumun diğer kesimlerinin çocuk istismarı ve ihmaline bakış açılarının karşılaştırmalı olarak öğrenilmesi çalışmamızın temelini oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın amaçları;

- 1- Çocuk istismarı ile ilgili meslek gruplarının kabul edilebilir disiplin saydıkları davranışları; gruplar arası ve kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak belirleyebilmek
- 2- Çalışmanın sonuçlarıyla bu konu ile ilgili eksiklikleri belirlemek ve eğitim programlarının oluşturulmasına yardımcı olmak.
- 3- Konu ile ilgili eğitim ve duyarlılığı artırabilmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK İSTİSMARINA GENEL BAKIŞ

2.1.1. Tarihçe

Çocuk istismarına yazılı tarihin başlangıcında itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına karşın insanlığın konuya dikkati son yüzyıl içinde çekilebilmiştir (13,14).

1860 yılında Tardieu (15,16) tarafından tıbbi literatürdeki tanımlama yapılmadan önce Hugo ve Dickens'in romanlarında konuya değinildiği görülmektedir.

1860 yılında Ambroise Tardieu Paris'te dayak sonucu ölen 32 çocukta otopsi bulgularını derlemiştir. Bu çalışma dayak yiyen çocuklara yönelik ilk tıbbi çalışma olarak kabul edilmektedir.

A.B.D.'de bildirilen ilk çocuk istismarı olayı 1874 yılında New York şehrinde ortaya çıkmıştır. Mary Ellen Wilson adında sekiz yaşındaki bir kız çocuğunun üvey annesi tarafından evde tek başına bırakıldığı ve sürekli dayak yediği bir misafir tarafından fark edilmiştir. Bu olaydan 8 ay sonra Mary Ellen davasının avukatlığını yapan Elbridge Gerry çocukları korumaya yönelik ilk derneği kurmuştur (17).

Uzun bir süre sonra, Caffey'in (13,15) 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündeme gelmiştir.

1961 yılında Henry Kempe yıllık Amerikan Pediatri toplantısında dövülmüş çocuk sendromu ile ilgili görüşlerini belirtmiştir.

1980'li yıllarda çocuk istismarı ile ilgili çalışmalar ivme kazanmış ve A.B.D.'de konu ile ilgili pek çok yasa çıkarılmıştır (17).

Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişme ise kuşkusuz 1989'da Birleşmiş Milletler'ce kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Sözleşmenin 15. maddesi çocuğun bakımı ile sorumlu kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulunu getirmiştir (18).

Türkiye’de çocuk istismarı ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yeni olup daha çok Adli Tıp, Sosyal Pediatri, Çocuk ve Adölesan Psikiyatri uzmanlarının öncülüğünde yürütülmektedir. Çocuk istismarı Adli Tıp Bülteni ve Çocuk Forumu Dergisinin derleme ve vaka sunumları ile gündemde tutulmaya çalışılmaktadır (19,20,21).

1991’de tıp doktoru, pedagog, psikolog, hukukçu ve gönüllüler tarafından kurulan konuyla ilgili dernek Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED) ile Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği’nin çalışmaları özellikle vurgulanmalıdır. Yasama gücünün ise Türkiye’nin de onayladığı Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne bağlı olarak yasalarda yapılması gerekli temel değişiklikleri henüz yapmadığı görülmektedir (22).

2.1.2. Epidemiyoloji

Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanması ve tanımlanması kolay değildir. A.B.D.’de her yıl çocukların %1-2’si istismara uğramaktadır ve istismar nedeniyle her yıl 2500- 5000 çocuğun öldüğü bildirilmektedir (9).

Ülkemizde 1981 ile 1991 yıllarında 8 ili kapsayan, 4-12 yaş arası 16.000 çocuk üzerinde yapılan bir çalışma ile çocuk istismarı oranları belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma fiziksel ve duygusal istismar durumları incelendiğinde yaş arttıkça istismar oranlarının azaldığını göstermiştir. 4-6 yaş grubunda %40,7, 7-10 yaş grubunda %33,5 ve 11-12 yaş grubunda ise %25,8 olarak bulunmuştur (3).

Yapılan araştırmalarda istismara uğrayan çocukların üçte ikisinin okul öncesi çocuklar olduğu saptanmıştır (9).

İstismar açısından erkek ve kızlar arasında belirgin fark olmadığı gözlenmiştir (%52 kız, %48 erkek) (14). Ülkemizde fiziksel istismarı araştıran bir çalışmada istismara uğrayan çocukların %72’sinin erkek olduğu saptanmıştır.

Anne yaşları açısından bakıldığında 20 yaş ve altında istismar oranı fazla iken daha ileri yaşlarda bu oranlar azalmaktadır (9).

Eğitim düzeyleri açısından bakıldığında hiç eğitim almamış annelerin çocuklarında %36,7, ilkökul mezunu olanlarda %35,5, lise mezunu olanlarda %19,8 ve üniversite mezunu olanlarda %11,6 olarak saptanmıştır (9).

2.1.3. Risk Faktörleri

Çocuk istismarı tüm sosyoekonomik, etnik, dinsel ve eğitim çevrelerinde karşılaşılabilen bir durumdur. Çocuk istismarı ile bağlantılı erişkin popülasyonda kişilik özellikleri ya da hayat tecrübeleri bakımından sınıflandırma yapmak güçtür. Bu kişilik özellikleri bir insanın çocuk istismarı açısından risk taşıdığını göstermez (23).

Bilinen çocuk istismarcılarının psikososyal profillerini incelemek potansiyel risk faktörlerini belirlemede kullanılabilir.

Çocuk istismarı açısından ebeveyne ait risk faktörleri ;

- Çocukken yaşanmış istismar veya ihmal hikayesi
- Sosyal destek yetersizliği / sosyal izolasyon
- Dürtü kontrolünün eksikliği
- Çocuktan gelişimine uygun olmayan beklentiler
- Genç aile
- Mental hastalık /depresyon /gelişimsel gecikme
- Madde kullanımı
- Aile içi şiddet
- Yoksulluk
- İşsizlik
- Düşük eğitim düzeyi
- Aile reisinin annenin olduğu babanın olmadığı aileler
- Çocuk koruma servislerine önceden dahil olma
- Çocuk-aile ilişkilerinde ters roller (24)

Bazı çocuklar istatistiksel olarak daha büyük risk altındadırlar .

- Yaş (infant ve okul öncesi çocuklar artmış risk altındadır)
- Prematürite
- Gelişimsel gecikme / sakatlık
- Konjenital anomaliler
- Davranış bozuklukları
- Evlatlık çocuk (25,26)

Fiziksel istismara uğrayan çocukların büyük çoğunluğu 3 yaşından küçüktür. Çocuğun yaşı büyüdükçe şiddete uğrama riski azalır (27)

Sürekli ve bağırarak ağlama (örneğin infantil kolik) infantlara yönelik fiziksel istismar eğilimlerini hızlandırabilmektedir. Yürümeye yeni başlayan, 1-2,5 yaşları arasındaki çocuklarda tuvalet eğitimi fiziksel şiddete uğrama riskini artırabilir (25,28)

Prematürite, gelişim geriliği, sakatlık veya kronik bir hastalık anne-baba ve çocuk ilişkisini değiştirebilir, anne-babanın beklentilerini karşılamak konusunda çocuğun yeteneklerini azaltabilir ve anne-babayı finansal ve duygusal olarak tüketebilir (29).

Davranış bozukluğu olan çocuklar; istismara uğrama konusunda artmış risk altındadırlar (çocuk bakımevlerinde yaşayan çocuklar v.b) (26).

Birincil yaklaşımı yapanların, fiziksel istismar teşhisini koyarken aileye ve çocuğa ait risk faktörlerini tek başına değerlendirmemeleri önemlidir. Olası bir şiddet değerlendirilirken, potansiyel risk faktörlerinin farkında olmaları gerekir.

Herendeen (26), çocuk istismarının genellikle tekrarlayıcı olduğunu ve şiddetinin giderek attığını belirtir.

Fiziksel istismar tanısı almış ve ciddi yaraları olan birçok çocukta daha önceden oluşmuş yaraların görüldüğü ve fiziksel istismarın gözden kaçtığı izlenmiştir. Çocukla ilgili bakım sağlayanların (hekim, ebe, hemşire, öğretmen) fiziksel istismarı hızlı bir şekilde tanımlayıp, ilgili yerlere bildirmesi gereklidir (25)

2.1.4. Patofizyoloji

Çocuk istismarının gerçekleşebilmesi için üç faktörün bir arada olması gerekmektedir. Bunlar uygun anne-baba, uygun çocuk, uygun zamandır. Bunlara kriz dönemi ve ağır fiziksel cezalara kültürel toleransın eklenmesi önerilmiştir (15,30).

Uygun anne-baba; Çocuk istismarı %95 olasılıkla çocuğun anne babası tarafından yapılmaktadır. İstismarcı anne babalar tüm etnik, coğrafik, dini, eğitimsel, mesleki ve sosyoekonomik gruplardan değişik oranlarda çıkabilseler

bile en riskli grup sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruptur. Kadınlar, sıklıkla çocukların bakımından birincil derecede sorumlu olduklarından istismardan erkeklere göre daha fazla sorumlu tutulmaktadır. Fakat baba işsiz ve evde oturuyorsa kadınlara göre daha yüksek sıklıkta istismarcı olabilmektedir. Anne veya babada ilaç veya alkol bağımlılığı, psikotik sorunların olması istismar riskini artırmaktadır. İstismarcı anne-baba genellikle kendi memnuniyetini çocuğun memnuniyetinden üstün tutan, çocuğu gereksinimlerini karşılayacak bir eşya yerine koyan, çocukla ilgili gerçekçi olmayan beklentileri olan, katı ve duygularını kontrol edemeyen bir kişilik yapısı gösterirler. Çocuk anne babasının beklentilerini karşılayamadığında sık sık cezalandırılmaya başlar (13,15,31).

Uygun çocuk; İstismara uğrayan çocukların da bazı özellikleri bulunmaktadır. İstenmeyen gebeliklerden doğan, gayri meşru, anne-babanın istediği cinsiyetten olmayan, kriz dönemlerinde doğan, annenin sık aralıklarla gebe kaldığı dönemlere rastlayan çocuklar daha çok istismara açıktırlar. Konjenital anomali, prematürite, ikiz eşi olmak, annenin sorunları nedeniyle erken dönemde anne-bebek ayrılığı sonucu anne-bebek arasında yeterince duygusal bağ oluşmaması istismar oluşumuna zemin hazırlayan faktörler arasında bulunmaktadır (15,32).

Uygun zaman (kriz dönemi); İstismarın sık görüldüğü dönemler sıklıkla anne-babanın başa çıkmakta zorlandıkları kriz zamanlarıdır. Bunlar arasında ilk akla gelenler maddi sorunlar, işsizlik, ailevi tartışmalar, hastalıklar ve anne veya babadan birinin olmamasıdır (15,30)

Ev içi şiddet, eşlerden birinin diğerine zarar verecek davranışlarda bulunmasıdır. Eşleri tarafından şiddete maruz kalan kadınların kendi çocuklarına daha ağır ceza verdikleri ve kötü muamelede bulundukları tespit edilmiştir. Ailede yaşanan olaylar sonucunda erkek çocuklar, erkeklerin kadınlara istedikleri gibi davranabileceklerini, kız çocukları ise kadınların istismar davranışlarına katlanmaları gerektiğini düşünürler. Ayrıca ev içi şiddetle karşılaşan çocukların gelecekte istismarcı olma olasılıkları artmaktadır (15,33,34).

2.2. ÇOCUĞUN CİNSEL İSTİSMARI

Çocuğun cinsel istismarı dünya çapında yaygın ve önemli bir sorundur. Kızların %2-62'sini, erkeklerin %3-16'sını etkileyen sinsi, sürekli ve ciddi bir problemdir. Çocuk istismarı tipleri arasında saptanması en zor olan ve çoğunlukla gizli kalan cinsel istismar özellikle kısa ve uzun dönem etkileri açısından önemli bir istismar türüdür (37).

Cinsel istismar sonucu oluşan doku hasarı ve duyulan ağrı zaman içinde tamamen geçebilir. Fakat psikolojik ve tıbbi etkileri uzun süre, belki yetişkinliği boyunca sürebilir. Cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklar (AİDS gibi) ve intihar teşebbüsleri ölüme neden olabilir. Çocukları tedavi eden tüm doktorların çocuğun cinsel olarak istismarının belirtilerinin ve sonuçlarının farkında olmaları gerekir. Doktorların normal-anormal genital ve anal anatomiye kolaylıkla ayırt edebilmeleri gereklidir. Eğitim sırasında veya rutin muayenelerde çocukların genital organlarının ve anüsünün incelenmesi ile normal ve anormal yapıyı ayırt etmek kolaylaşır. Cinsel istismar şüphesi ile değerlendirilen çocukların %96'sında yapılan anal ve genital muayeneler normal saptanır, bu yüzden şüpheli istismarı belgelemek için bir profesyonelin yaptığı adli incelemeye güvenmek gerekir (37).

Çocuğun cinsel istismarının ölümle sonuçlanması nadirdir. Ancak sonuçları çok ciddi olabilir ve ömür boyu sürebilir. Bütün doktorların ve çocukların sağlığı için uğraşan diğer kişilerin, çocukların şüpheli istismarını rapor etmek konusunda ahlaki ve birçok ülkede de kanuni sorumlulukları vardır (38).

Doktorların ve davranış terapistlerinin çocuklukta maruz kalınan cinsel istismarın, yetişkin çağıdaki sonuçlarının farkında olmaları gerekir (38).

2.2.1. Tanım

Cinsel istismar ve ensest için literatürde pek çok terime rastlanmaktadır. Ancak bunlar bazen birbirine karışmakta ve yeterli bir tanımlama getirememektedir.

Ergenlik çağı öncesi, yaş farkları 4'ten fazla olmayan çocukların hiçbir baskı ya da zorlama söz konusu değilken birbirlerine genital organlarını, kalçalarını, göğüslerini göstermesi ya da birbirlerine dokunmaları seksüel oyun (cinsel deney) olarak ifade edilir. Bazı yazarlar iki çocuk arasında 5 yıllık bir yaş farkının

bulunmasını ilişkinin istismara yönelik olması için yeterli bulmaktadırlar. Bununla birlikte istismar ile ilgili kesin bir yaş sınırı getirilmemiştir (2,39,40).

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Merkezi (NCCAN)'ne göre : Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, erişkinin veya başka birinin seksüel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel olarak istismara uğradığı kabul edilir. Cinsel istismar bir çocuğun diğeri üzerinde belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa ya da bariz bir yaş farkı varsa da gerçekleşebilir (41).

Çocukların cinsel istismarı diğeri istismar türlerinde olduğu gibi uzun yıllar tartışılmamış ve üzerinde çalışılmamış ayrıca çeşitli nedenlerden dolayı profesyonel açıdan güçlükler içeren hassas bir konudur (41).

Kempe 1978'de (42) bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adölesanların bilinçli olarak onay verme yeterliliklerinin olmadığı, bütünüyle algılayamadıkları veya ailesel rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmalarını, cinsel istismar olarak tarif etmiştir.

Başka bir tanımsa çocuğun kendi rızasıyla cinsel davranışlarda bulunacağı ve bu davranışlardan zevk alacağı yaşa ulaşmadan önce zorla bir takım eylemlere maruz bırakılmasıdır. Bu eylemler; oral-genital, genital-genital, genital-rektal, el-genital, el-rektal veya el-göğüs teması, cinsel organların sergilenmesi, zorla çocuğun cinsel organlarını izlemek, çocuğa zorla pornografi izletmek veya pornografide çocuğu oynatmaktır (39).

Margolin (43) 1991'de yaptığı tanımda psikoseksüel gelişimi tamamlanmamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun, bir yetişkin tarafından cinsel uyarım ve doyum için kullanılmasıdır demiştir.

Russel (44) yakın yaştaki çocuklar arasındaki baskı, sıkıntı ve acı vermeyen cinsel oyunların masum kimlik arayışları olduğunu ve doğal merakın bu yolla tatmininin doğal ve sağlıklı olduğunu belirtmektedir. Bu gruba giren olguların dikkatli bir şekilde sınıflandırılması gerektiğini söylemektedir.

NCCAN'nın yaptığı tanımlamaya göre cinsel istismar bir büyüğün çocukla temas kurarak cinsel stimülasyon için çocuğu kullanmasıdır (45).

2.2.2. İnsidans ve Prevalans

Cinsel olarak istismar edilmiş çocukların sayısını tahmin etmek mümkün değildir. Bütün istismar vakalarının tanımlanamayışının veya rapor edilmemesinin birkaç nedeni vardır. Bunlar küçük yaştaki çocuklar veya özürlü çocukların bir olayı anlatmada veya detaylarını vermede yeterince başarılı olmamaları ve çocuğun kendisine yapılan uygunsuz, ahlaka aykırı bir davranışın farkına varmamasıdır. Eğer kadın bakıcı bu tarz kötü davranışlarda bulunuyorsa çocuğun bunun farkına varması daha da zor olabilir. Çocuklar ve yetişkinler hoş olmayan anıları unutmak veya bastırmak isterler ve gizli tutmaya çalışırlar (46-49).

Yapılan araştırmalara göre şiddet suçları arasında en hızlı artış gösteren suç türü cinsel suçlardır. İstatistiksel verilere göre kurbanların büyük çoğunluğunun çocuklar olduğu görülmüştür. Araştırmacılar eldeki istatistiksel bilgilerin yetersiz olduğunu ve istismarın büyük bölümünün gizli kaldığını, ensest olgularının %10'nun bildirildiğini düşünmektedirler (50,51).

İstatistikler kız çocukların erkek çocuklara oranla daha çok istismara uğradığını göstermektedir. Erkekler ise kadınlara oranla daha çok istismar uygulamaktadırlar. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik sınıf ve coğrafi bölge farkı gözetmeksizin herkesi etkileyebilir. Her yaş grubunda istismar olabileceği bilinmekle beraber en fazla 8-11 yaş arasında gözlenmektedir. Diğer bir grup araştırmacı ise 4-9 yaş arası çocukların daha riskli olduğunu belirtmektedirler (52,53).

Rapor edilen olguların varolan tüm mağdurların sadece küçük bir kısmını oluşturduğu bilinmektedir. NCCAN çocuk kurban sayısını yılda 200 000'den fazla olarak tahmin etmektedir. Sınırlı ekonomik kaynakları bulunan ülkelerde şüpheli cinsel istismarla ilgili gelen tüm raporların değerlendirilmesi, toplanması ve veri halinde bildirilmesi mümkün olmayabilir. Güney Afrika'da yapılan, tecavüz ve cinsel baskı konusundaki bir çalışmaya göre tecavüze uğrayan genç kızlardan sadece 3'ü zorla cinsel ilişkiye maruz kaldığını bildirmiştir (43,45).

Hayat kadınlığı (fahişelik) yapan çocukların prevalansı bilinmemektedir. Fakat yaklaşık olarak 1 milyon - 10 milyon olarak tahmin edilmektedir. Grönland'tan yapılan bir bildiride; çocuklarda cinsel istismar insidansı kız çocuklarında %8, erkek çocuklarında %3 olarak sunulmuştur (54-56).

Avrupa'dan bildirilen raporlara göre, cinsel istismar insidansı 16 yaşından küçük kız çocuklarında %6-36, erkek çocuklarında ise %1-15'tir. Tanımlar arasındaki farklılıklar, veri elde etme tekniklerinin değişik olması ve yaklaşım farklılıkları verilerin karşılaştırılmasını mümkün kılmamaktadır. Cenova'da 12-19 yaşları arasındaki adölesanlarda yapılan araştırmada % 33,8 oranla kızların, %10,9 oranla erkeklerin hayatlarında en az bir kere cinsel istismara uğradıklarını bildirmişlerdir. Fiziksel temas kızların %20,4'ü erkeklerin %3,3'ünde olmuştur (57,58).

2000 yılında Amerika'da yapılan çocuk popülasyonun %78,1'ini içeren bir çalışmada bildirilen verilere göre 879,000 çocuğun bir şekilde istismara uğradığı belirtilmiştir. Toplam çocukların %10,1'inin cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir. Cinsel istismar gündeme yeni alındığı için insidansa ilişkin doğru ve tam rakamlar vermek mümkün değildir (59,60).

Prevalans araştırmalarına yönelik bir yaklaşım da yetişkinlerde yapılan araştırmalardır. Avrupa'da yapılan bir çalışmada incelenen kadınların %10-20'sinin, erkeklerin ise %3-10'nun 18 yaşından önce cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (43,54).

1983'te San Francisco'da incelenen 930 kadının %54'ünün 18 yaşından önce cinsel istismara uğradığı bildirilmiştir (61).

İngiltere'de kadın hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %42'sinin çocukluklarında bir yetişkin tarafından cinsel istismara uğradıkları ve %22'sinde fiziksel temas olduğu tespit edilmiştir. Kız öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada bu oranlar %54 ve %28 olarak bulunmuştur (62).

İstismarcı hemen her zaman erkektir ve çocuğun tanıdığı bir kişidir (üvey baba, akraba bakıcı, komşu). Toplumun her kesiminde özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde görülür (38).

Cinsel istismarın türleri, öykü ve fizik muayene bulguları ile sonuçlarına burada değinilmeyecektir.

2.3. DUYGUSAL İSTİSMAR

Duygusal istismar, anne-baba ve çocuk arasında, artık ilişkilerinde tipik bir durum halini almış, sıkça tekrarlanan, karşılıklı birbirlerine zarar verme şeklindeki bir davranış şeklidir. Bazı durumlarda kroniktir, bazı durumlarda ise alkolle veya diğer potansiyel faktörlerle tetiklenme ile oluşabilir (63;64)

Duygusal istismarın ifade edilmesinde çeşitli terimler kullanılmıştır. Bunlar mental zulüm, duygusal ezim, psikolojik kötü muamele, duygusal sömürü gibi isimler olarak literatüre geçmiştir (65,66).

Duygusal istismar çocuk ve gençlerin psikolojik olarak kötüye kullanılması, yapılan veya yapılması ihmal edilen, toplumsal ve bilimsel ölçütlere göre psikolojik açıdan zarar verici oldukları saptanan davranışlardır. Bu davranışlar yaş, statü, bilgi, pozisyon gibi özellikleri ile çocuk üzerinde güç sahibi olan kişi veya kişiler tarafından gerçekleştirilir. Bu tür davranışlar çocuğun bilişsel, duygusal veya fiziksel işleyişine zarar verir (67).

Çocuklara yöneltilen kötü muamele hem çeşitli eylemleri (istismar) hem de eylemsizlikleri (ihmal) kapsamaktadır. Bu eylem ve eylemsizlikler çocuğa birey tarafından yöneltilebileceği gibi bireyler topluluğu (arkadaş, öğretmen, kurum ..vs) tarafından da yöneltilebilir (67).

Garbarino (68) ve ark. psikolojik kötü muameleyi oluşturduğu tahmin edilen reddetme, yalnız bırakma, yıldırma, görmezlikten gelme ve kıskırtma gibi davranışların bebeklikten ergenliğe kadar tanımlarının yapılması gerektiğini vurgulamışlardır.

2.3.1. Duygusal İstismara Yol Açan Ebeveyn Davranışları

a.Reddetme (rejection); Yetişkin çocuğun ihtiyaçları olduğunu ve çocuğun değerli olduğunu kabul etmediğini gösteren davranışlarda bulunur. Örneğin çocuğa bir hata olduğunu söylenmesi ve duygusal yakınlık gösterilmemesi.

b-Aşağılama (degrading); Çocuğa hakaret edilmesi, isim takılarak toplum veya aile içinde küçük düşürülmesi şeklinde olabilir.

c-Ayırma, yalnız bırakma (isolation); Normal gelişim için gerekli olan sosyal deneyim ve etkileşimlerini, çocuğun arkadaş ilişkilerini engellemektir.

d-Yıldırma, korkutma (terrorizing); Yetişkin çocuğa sözel saldırıda bulunur ve korku ortamı yaratır. Çocuğun sevdiği bir kişiye veya nesneye yönelik şiddet uygulama şeklinde de görülebilir

e-Kışkırtma, ayartma (corruption); Çocuğun sosyal davranışlardan uzaklaştırılarak antisosyal davranışlar göstermeye teşvik edilmesi, sapkın davranışların desteklenmesi ve suça yönlendirilmesidir.

f-Görmezlikten gelme (ignoring); Çocuğun temel uyaran ve ilişki kurma ihtiyacının göz ardı edilmesidir.

g-Duygusal tepki vermeyi reddetme (denying emotional responsiveness); Çocuğun sağlıklı bir duygusal ve sosyal gelişim için gereksinim duyduğu tepkileri vermeme şeklinde ortaya çıkabilir.

h-Yetişkinleştirme; Yetişkin çocuğun akademik, fiziksel ve sosyal becerilerde hızla ilerleyip büyümesini ve bir an önce başarı elde etmesini ister. Bu yaklaşımla çocuğa hiçbir zaman yeteri kadar iyi olmadığı mesajını tekrarlar (69).

Sözüduyar (70) ve Zeytinoğlu'nun (71) çalışmaları ülkemizde duygusal istismarın hangi davranışlarla tanımlanabileceği konusuna ışık tutmuştur. Türkiye'de öğretmenlerin duygusal istismar olarak kabul ettikleri davranışlar arasında şunlar bulunmaktadır: çocuğu aşağılamak, sürekli küçümseyici tavır içinde bulunmak, onu dinlememek, baskı altında tutmak, korkutmak, sevgisiz bırakmak veya bununla tehdit etmek, çocuğu zorlayarak istemediği bir şeyi yaptırmak.

Duygusal istismar ve ihmal konusunda yapılan araştırmalar fiziksel ve cinsel istismar konusunda yapılanlara göre çok azdır. Duygusal istismar, çocuk ve yetişkin ruh sağlığı açısından çok önemli olmasına rağmen yeterli ilgiyi çekememiştir. Bunun nedenleri;

1-Duygusal istismarın yol açtığı sonuçlar, fiziksel ve cinsel istismarda olduğu kadar somut değildir. Bazen ağır sonuçlar uzun zaman sonra ortaya çıkabilir.

2-Farklı uzmanların (eğitim, sağlık, hukuk) üzerinde ortaklaştığı bir tanım bulunamamıştır.

3-Evrensel geçerliliği olan çalışmalar yapılmamıştır.

4-Diğer istismar türlerinden daha az zarar verdiği düşünülmüştür

Duygusal istismar, hem diğer istismar türlerinden bağımsız hem de diğer istismar türlerinin ayrılmaz bir parçası olması nedeniyle en yaygın istismar ve ihmal türü olarak kabul edilmektedir (72).

2.3.2. İnsidans

Çocuk istismarının diğer şekillerinde olduğu gibi, psikolojik istismarın da gerçek prevalansı bilinmemektedir (73).

Psikolojik istismarın izole etme (soyutlama) şeklinde görülen tipinin, diğer çocuk istismarı şekillerine oranla ispat edilme oranı en düşüktür (73).

1997'de A.B.D.'de Çocuk İstismarı Ulusal Raporunda, 43 eyaletten bildirilen 817 665 raporun %6,1'i duygusal istismarla ilgilidir (63).

1996'da İngiltere'de bildirilen tüm istismar raporlarının %15'i psikolojik istismardır (74).

2.3.3. Duygusal İstismarın Nedenleri

Duygusal istismar genellikle birey, aile, toplum ve kültürden kaynaklanan faktörlerin bileşimi sonucu gerçekleşir. Bir çocuğun duygusal istismarından ne kadar bir bireyi sorumlu tutsak da o bireyin içinde yaşadığı kültürün çocuğa attığı değerlerden etkilenmektedir. Bir kültürde, çocuğun babanın malı ya da öğretmenin hamur gibi yoğurup şekil vereceği edilgen bir nesne olduğu görüşü hakimse aile içindeki disiplin yöntemleri ve eğitim felsefesi de bu doğrultuda şekillenmektedir (72).

2.3.4. Tanım

Saptanan olay veya olaylar çocuğun psikolojik durumu üzerinde belirgin olumsuz etkiler meydana getirmişse duygusal istismar tanısı kolaylaşır. Psikolojik istismarın şüpheli olduğunu bildiren veya istismarı doğrulayan raporlar daha çok profesyonellerden gelir. Psikolojik istismarın saptanması zor bir iştir. Anormal kilo alımı veya kaybı gibi bulgularla sınırlı kalarak fark edilmeyebilir (73).

İdeal olarak çocuğa yönelik duygusal istismar değerlendirilirken; çocuğun önceki duygusal, gelişimsel, eğitimsel ve fiziksel özellikleri tarif edilmeli ve kıyaslanarak istismara bağlı gelişen olumsuz sonuçlar değerlendirilmelidir.

Psikolojik istismarın erken tanısı ve rapor edilmesi; sonrasında bakıcının da eğitilmesi ve terapisi istenmeyen kötü sonuçların oluşma olasılığını azaltabilir (73).

2.3.5. Duygusal İstismar ve İhmalin Gelişimsel Sonuçları

Çocukta meydana gelen zararların önemli olduğunu vurgulayan bazı araştırmacılar, depresyon, kaygı, içe dönüklük ve saldırganlık gibi sonuçlara gelişimsel açıdan dikkat çekmişlerdir. Örneğin, bebeklikte organik nedenlere bağlı olmayan büyümenin durması bir depresyon belirtisi iken, okul çağındaki bir çocuğun saldırgan davranışları depresyon belirtisi olabilir. Çocuğun yaşı ve içinde bulunduğu gelişim dönemi, duygusal istismarın çocukta meydana getireceği sonuçların farklılaşmasına yol açabilmektedir (67).

Bebeklik; E.Erikson'un (75) psikososyal dönem ve Bowlby'nin (76) bağlanma kuramları çerçevesinde değerlendirildiğinde, bebekler yaşamlarının ilk yılında yeterli, tutarlı ve düzenli ilgi ve bakım görmezlerse temel güven duygusunu geliştiremez ve bakımlarında sorumlu kişi (anne) ile sağlıklı, güvenli bağlanma kuramazlar. Bunun sonucu olarak bebeklikte görülen en sık sorunlar organik nedeni olmayan büyüme geriliği ve içe dönüklük, tepkisiz kişilik yapısıdır. Duygusal boşluk içinde bulunan bu bebekler kendilerini uyarmak için başlarını duvara vururlar, sallanırlar ya da saçlarını yolarlar (yurt ve yuvalardaki çocuklar gibi).

Okul öncesi dönemde duygusal istismara uğrayan anaokulu yaşındaki çocuklarda öfke nöbetleri, anne-bakıcı ya da öğretmene bağlanma güçlüğü, işbirliğine girmeme ve hevesli olmama gibi özellikler saptanmıştır. Bu çocuklar olumsuz benlik imajı geliştirirler ve öğrenme güdülerini azaltır. Yalnız başlarına vakit geçirdikleri için dil gelişiminde de sorunlar olabilmektedir.

İlkokul döneminde duygusal istismara maruz kalan ilkököl dönemi çocukları daha çok akademik (okul başarısızlığı, öğrenme güçlüğü) ve sosyal alanlarda sorunlar yaşayabilirler. Öğretmenler bu çocukların dikkat sürelerinin kısa olduğunu ve sınıfta amaçsız hareketlilik gösterdiklerini belirtmektedirler. Ülkemizde ilkököl çocuklarında yapılan bir çalışmada başarısız öğrenciler arasında istismar ve ihmalin daha fazla olduğu bulunmuştur (77).

Konu ile ilgili uzmanların belirlediği duygusal istismar semptomları şunlardır;

-Parmak emme, ısırma, sallanma, enürezis

-Hırsızlık ve yalan söyleme gibi anti-sosyal davranışlar, içe dönüklük, saldırganlık

-Uyku bozuklukları

-Histeri, obsesyon, fobiler, hipokondria

-İntihar ya da intihar girişimi (16)

Yapılan vaka çalışmaları ve ampirik araştırma sonuçları değerlendirildiğinde duygusal istismarın etkileri şöyle özetlenebilir;

-İştahsızlık

-Yalan söyleme ve çalma

-Enkopresis ve enuresis

-Olumsuz benlik kavramı

-Bağımlılık, başarısızlık

-Organik temeli bulunmayan büyüme bozukluğu

-Güvensizlik, depresyon

-İçe dönüklük

-İntihar, saldırganlık, cinayet (78).

Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan bir araştırmada çocukluklarında yüksek düzeyde duygusal istismara maruz kaldığını ve annesi-babası tarafından reddedildiğini düşünen gençlerin diğerlerine oranla ruh sağlıklarının daha bozuk olduğu saptanmıştır (79).

Yukarıda da belirtildiği gibi duygusal istismara uğrayan çocuğun gelişim dönemi önemlidir. Örneğin, aşırı koruyuculuk bebek için önemli gereksinimken aynı tür davranış ergenlik döneminde duygusal istismar olarak değerlendirilebilir. Dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta istismara uğrayan çocuğun öznel değerlendirmesidir. Yani duygusal istismarın boyutunu, çocuğun neyi nasıl algıladığı da kısmen belirlemektedir.

2.3.6. Önleme

Psikolojik saldırı (anne-babanın çocuğun davranışlarına sürekli müdahale etmesi) çocuğun poposuna vurarak cezalandırmadan daha yaygındır (80).

1995 yılında A.B.D.'de telefonla yapılan bir araştırmada soru sorulan ailelerin %90'ı önceki bir yıl içinde çocuğa psikolojik saldırının bir veya daha fazla çeşidini uyguladıklarını belirtmişlerdir (81).

Benzer bir çalışmada yürümeye yeni başlayan çocukların %10-20'si ile gençlerin %50'sinin duygusal istismara uğradığı saptanmıştır (81).

Psikolojik istismarı önlemede erken yaşta görülmeleri nedeni ile pediatristlere önemli görevler düşmektedir. Çocuklarını muayeneye getiren anne-babaların her gelişinde, onlara psikolojik istismar ve tehlikeleri hakkında bilgi verilmelidir.

Toplumsal yaklaşımlar, ev ziyaretleri istismar konusunda risk altında bulunan ailelerin davranışlarını önemli oranda değiştirmesi açısından önemlidir (82).

Affektif duygu bozukluğu ve madde kullanımı olan anneleri hedef alan çalışmalar da duygusal istismarı önlemede başarılı olmuştur (83).

2.4. İHMAL

2.4.1. Tanım

Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi temel gereksinimlerinin onun bakımını üstlenen anne, baba ve daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları yapısında barındıran devlet tarafından karşılanmamasıdır (84).

İstismarın aktif, ihmalin ise pasif eylemler olması bu iki kavramın en belirleyici özelliğidir. İhmalin tanısı fiziksel ve cinsel istismara göre daha soyut olduğu için zor olabilmektedir. Nathanson'a (85) göre ihmal istismardan daha yaygın olarak gözlenmektedir.

İhmal çocukta somut bir zarar oluşturabileceği gibi, yalnızca zarar olasılığı da taşıyabilir. İhmal, çocuğun özel bir stres durumunda bir kez ihmal edilmiş olmasından tekrarlayıcı şekilde ihmal edilmesine kadar değişik perspektifte olabilir (86,87).

2.4.2. Epidemiyoloji

Batıda yapılan çalışmalarda tüm çocuk nüfusunun %1-2'si ihmal edilmekte, %0,5-1'i ise çeşitli şekillerde istismar edilmektedir. Araştırmacılar, çocuk istismarına bağlanan ölümlerin %50'sine yol açan nedenin ihmal olduğunu öngörmektedir. Bu rakamlar hastanelerden sosyal servislere bildirilen olgulara dayanmaktadır ve toplum içinde gerçek sıklığın %10 dolayında olduğu tahmin edilmektedir. İngiltere'de haftada en az 4 çocuk istismar ve ihmal nedeniyle ölmektedir (87,88).

1993'te A B D.'de çocuk koruma servislerinde kayıtlı yaklaşık 3 milyon olgunun incelenmesi ile çocuk istismarı ve ihmeline uğrayan olguların; %47'si ihmal, %30'u fiziksel istismar, %11'i cinsel istismar, %2'si duygusal istismar, %9'u diğer tip kötü davranış mağdurlarından oluştuğu görülmüştür. İstatistiksel olarak Amerika'da ilgili kurumlara yansıyan çocuk olgularının yarısının ihmal nedeni olması olayın yaygın ve ciddi boyutlarda olduğunu göstermektedir. Güney Caroline'de yapılan 1986-1995 yıllarını kapsayan bir çalışmada ölümlerin %8'nin ihmal sonucu meydana geldiği belirlenmiştir. Kanada'da yapılan bir araştırmada ihmalin çocuk koruma araştırmasının başlatılması için en sık saptanan neden

olduğu ortaya konmuştur. Bildirilen vakaların %40'ını ihmal oluşturmuştur (87,89,90).

Türkiye'de rutin bildirim sisteminden elde edilen bilgiler gerçeği yansıtmamaktadır. Son yıllara kadar çocuk istismarı ve ihmali önemli bir sorun olarak algılanmamakta ve üzerinde herhangi bir çalışma yapılmamaktaydı. Sağlık personeli bilgilendirilememiş ve konuya yeterli duyarlılık sağlanamamıştı. Bu nedenle sağlık hizmeti veren birimlerde çok nadir olarak çocuk istismarı tanısı konmakta ve sağlık istatistiklerinde tanı kategorisine girmediği için tespit edilen olgular kayıtlara geçmemekteydi. Türkiye'de son yıllarda istismar ve ihmal konusunun bilimsel olarak incelendiği ve konu üzerinde çalışmalar yapılmaya başlandığı görülmektedir. Bununla birlikte aile içi şiddeti araştıran çalışmalar ülkemizde çocuk istismarı ve ihmalinin boyutlarını da bir anlamda ortaya koymaktadır (87)

2002 yılına kadar ülkemizde olgu sunumları dışında doğrudan çocuk ihmalinin sıklığı ve niteliğine yönelik çalışma yapılmamıştır. Saka'nın (87) 2000-2002 yılları arasında adli-tıbbi raporlara yansıyan ölümle sonuçlanan çocuk istismarı ve ihmali tanısı alan 216 olgudan oluşan bir seride yaptığı değerlendirmede ölümlerin %74,5'i ihmal sonucu gerçekleştiği görülmüştür. İhmal olarak ele alınan olguların çoğunluğunun suda boğulma, zehirlenme, ve önlenebilir ev kazalarından oluştuğu görülmüştür.

2.4.3. Risk Faktörleri

İhmale tek bir nedenin yol açması az rastlanan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda yoksulluk yüksek ihmal riski ile ilişkilendirilmişse de yoksul ailelerin çoğunun çocuklarını ihmal etmedikleri saptanmıştır. Prematüre çocuklar ve mental-motor retarde çocuklar daha büyük bir risk grubunu oluşturabilmektedirler (91).

Kız ve erkek çocuklar arasında fark görülmese de bazı toplumlarda kız çocukların sağlık bakımlarının erkek çocuklara göre ihmal edildiği gözlenebilir.

Kanada'da yapılan ihmalle ilgili bir insidans çalışmasında, çocuğa bakanların %47'sinde madde bağımlılığı, %27'sinde ruh sağlığı ile ilgili sorunlar, %23'ünde eşler arasında şiddet tespit edilmiştir. İhmalin görüldüğü ailelerdeki

diğer risk faktörleri işsizlik, sosyal izolasyon ve hastalık durumları olarak belirlenmiştir (90).

2.4.4. İhmal Tipleri

İhmal genel olarak 6 grupta incelenmektedir;

- a) Fiziksel ihmal
- b) Duygusal ihmal
- c) Eğitimsel ihmal
- d) Toplumsal ihmal
- e) Prenatal ihmal
- f) Tıbbi ihmal

Fiziksel ihmal bulgularını saptamak mümkün iken duygusal ihmale ait bulguların saptanması oldukça güçtür. İhmali de fiziksel, cinsel ve duygusal boyutta ele almak mümkündür. Çeşitli kaynaklara göre değişik sınıflamalar da vardır (86,88).

İhmal diğer istismar tipleri ile bir arada görülebilir iken kendi içinde keskin sınırlarla ayrılmayabilir. Pek çok çocuk birden fazla kötü muamele çeşidine maruz kalabilmektedir (86).

a) Fiziksel ihmal; Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fizik çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır. Yaşanılan ev yıkık, dökük, merdivenlerde korkuluk olmayan, camları kırık, bakımsız, kirli, böceklerin dolaştığı ve çöplerin ortalıkta olduğu yerlerdir. Ev kalabalık ve bir odada bir çok kişi yaşamaktadır. Uygun yatak yoktur ve ev gürültülü olduğu için çocuk uyuyamaz. Yiyecekler tek tip, az ve bayat ya da bozuktur. Düzenli yemek hazırlayan bir erişkin yoktur. Çocuklar hava koşullarına uymayan, üzerlerine oturmayan, eski ve onarılmamış giysiler giyerler. Ayakkabıları yıpranmış, ayaklarına büyük ya da küçüktür. Çocuklar seyrek yıkanmakta, idrar, dışkı ya da ter kokar, saçlarında bit ve ağız kokusu vardır. Yeterince gözetilmeyen çocuklar korunma önlemleri alınmamış ağızta kablolara, ateş, ilaç ve zehirleyici maddelere kolayca ulaşabilirler.

Ancak bu ihmal türünün gerçekleştiğinden söz edebilmek için ailenin parasal gücünün yeterli olması gereklidir. Çocuk perspektifinden bakılırsa aile veya çocuk sosyal güvenlik ağları tarafından ihmal edilmektedir (86).

b) Duygusal ihmal; Çocuğun sevgi ve ilgiden yoksun olması, özellikle ergenlik döneminde yeterli destek ve denetimin bulunmaması olarak tanımlanabilir. Bu anne-babalar çocuğun duygusal ihtiyaçlarına kayıtsızdırlar. Yeterli gözetim sağlanmadığı için çocuk tehlikeli kişilere ve davranışlara yönelebilir. Sokağa terk edilen bebekler gibi fiziksel ve duygusal ihmalin birlikte olduğu evden kaçmış olan çocukların tekrar eve alınmamaları da buna örnektir. Bu çocuklar sokakta tüm kötülöklere karşı savunmasızdırlar ve çoğunlukla suçla yönelmektedirler (92-94).

c) Eğitimsel ihmal; Çocuğun okula gönderilmemesi ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmaması, sosyal ilişkiler kurabilecekleri ve arkadaşlar edinebilecekleri ortamlara girmesine izin verilmemesi sayılabilir. Çocuklar okula gönderilmeyebilir veya okula gidenlerde ise dersleri ve başarısızlıkları ile ilgilenilmeyebilir. Ayrıca yakın çevrede eğitime teşvik edebilecek iyi bir örnek bulunmamaktadır.

d) Toplumsal ihmal; Temel gereksinimlerin karşılanmasından sorumlu olan çocuğun anne-babası ise de sağlık, eğitim, sosyal yardım, güvenlik gibi konularda devlet daha geniş anlamda sorumludur. Çocukların eğitilmesi için eğitim kurumlarının oluşturulması, okula gelmeyenlerin tespit edilip eğitim olanağı sağlanması, çocuk işçiliğini önlenmesi, çocuk suçluluğunu önleyecek tedbirlerin alınması ve özel yargılanma olanaklarının sağlanması, sokak çocuklarına barınma ve eğitim imkanı sağlanması ve özürlü çocukların eğitim ve yaşam olanaklarının sağlanması devletin görevleri arasındadır. Devletin bu görevleri yerine getirmemesi veya uygunsuz bir dağılımla sunması toplumsal ihmal olarak tanımlanmaktadır (86,95).

e) Prenatal ihmal; Henüz doğmamış bebeğin ihmaliidir. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz beslenmesi, doğum öncesi yeterli tıbbi bakım almaması bebeğin ilerideki yaşamının etkileyeceğinden ihmal olarak kabul edilmektedir (96).

f) Tıbbi ihmal; Ekonomik olanaklar yeterli olmasına karşın gerekli ve uygun tıbbi bakımın sağlanmaması olarak tanımlanabilir. Çocuğun hastalık ya da yaralanma durumunda zamanında başvurulmaması, önerilen tıbbi tedavilere uyulmaması (ilaçların alınmaması ve uygulanmaması), çocuğun sağlık izlemleri ve aşılarının zamanında yapılmaması veya hiç yaptırılmaması, yaşamı tehdit eden durumlarda ailenin tıbbi tedaviyi kabul etmemesi sayılabilir (97,98)

Gelişmekte olan ülkelerde, bazı kültürel inançlar da tıbbi ihmale yol açabilir (hastalanan çocuğun tıbbi tedavi yerine geleneksel yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılması gibi) (86,87).

Henüz ihmal olarak tanımlanmamış bazı durumlar (önlem alınmadan çocuğun araç içinde seyahati, ateşli silahların olduğu ve önlem alınmayan evde yaşamak gibi) potansiyel çocuk istismarı olarak düşünülmektedir (91,97).

İhmali Düşündüren Durumlar

- Çocuk kirli, bakımsız, uygun giyimli değilse
- Çocukta büyüme geriliği var ve organik bir neden bulunamıyorsa
- Ailesi çocuk hakkında sorulan soruların yanıtlarını bilmiyorsa
- Zehirlenme, kazaya uğrama, silahla yaralanma durumu varsa
- Çevresinde sigara, alkol, bağımlılık yapan madde kullananlar varsa
- Çocuk içe dönük, iletişim kurma güçlüğü içinde ise
- Zihinsel gelişim geriliği, öğrenme güçlüğü varsa
- Zorunlu eğitim çağında olup da okula gitmiyorsa
- Sağlık kurumuna başvurmada gecikme varsa veya hiç başvurmamışsa
- Tedavi, bakım ve koruma önerilerine uyulmuyorsa ihmalden

şüphelenilmelidir (86).

2.4.5. Fizik Muayene

Fizik muayene ayrıntılı ve tam olarak yapılmalıdır. İhmale uğrayan çocuklarda büyüme geriliği sık görüldüğünden yaşına göre persentili değerlendirilmelidir. Ağır durumlarda boy ve kilo yaşına göre 3 persentilin altında olabilir.

Beslenme bozukluğuna bağlı olarak deri altı yağ dokusunda azalma, karında şişlik, ekstremitelerde aşırı zayıflık ya da ödem gibi diğer malnütrisyon bulguları gözlenebilmektedir.

İhmale uğrayan çocukların gelişimi geri kalmaktadır. Konuşmaları gecikmiştir. Bu nedenle mental gelişim testleri ile değeriendirilmelidir.

Bu çocuklar çoğunlukla pasiftirler, ritmik sallanma ya da kafasını yerlere vurma gibi davranışlar gösterirler. Apatik ya da saldırgan olabilirler.

Sıklıkla enfekte deri lezyonları ve anemi nedeni ile mukozalarda solukluk izlenebilir. Saçlar bakımsız ve kirlidir, bit yönünden incelenmelidir (99).

2.4.6. Tedavi

İhmal olgularının bazı durumlarda hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekir. Bu durumlar;

-Yaşamın ilk altı ayında tartı alamayan çocuklar

-Anne-baba çocuğun bakımında son derece kötü, ilgisiz, depresif ya da sorumluluk taşıyamayacak durumda ise, çocuk fiziksel durumuna bakılmaksızın hastaneye yatırılmalı ve koruma altına alınmalıdır.

-İhmalin süreğen olduğu durumlarda hospitalizasyon kaçınılmazdır (96,100,101).

İhmale uğramış çocuğun ve ailesinin tedavi ve rehabilitasyonu uzun bir süreçtir. Bu süreçte; aile hekimleri, pediatrişler, pratisyenler, psikiyatrişler, adli tıp uzmanları, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan bir ekip görev alır. Çocuğun durumu ile ilgili endişeler aileye uygun bir dille fakat açıkça belirtilmelidir. Çocuğun gereksinimleri aileye anlatılmalı ve işbirliği sağlanmaya çalışılmalıdır. İhmale yol açan etmenler saptanmaya çalışılmalı ve düzeltilmeye çalışılmalıdır. Bunun için gönüllü kuruluşlar ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü (SHM) devreye sokulmalıdır (99).

Çocuğun gelişimi geri kalmışsa özel eğitim merkezlerine yönlendirilmeli ve davranışsal sorunları olan çocuklar çocuk psikiyatrisi tarafından izlenmelidir (86).

2.4.7. İhmalin Sonuçları

Fiziksel işlevlerin ve büyümenin bozulması gibi fiziksel etkiler ön plandadır. Yaralanmalar, zehirlenmeler ve beslenme yetersizlikleri görülebilir. Büyük çoğunluğu aile içi geçimsizliklere bağlı olduğu için aile içi sorunlar çözülemediği

sürece yineleyebilir. Fiziksel çocuk istismarı ve fiziksel ihmal sonucu %25-30 oranında kalıcı hasar ortaya çıkabilmektedirler. Yapılan çalışmalarda ihmalin beyin gelişimini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (98,102).

Diğer istismar tiplerinde olduğu gibi ihmalde de çocuğun benlik duygusu azalır, kendine zarar verme ve anti-sosyal davranışlar gözlenir. Çocukta anksiyeteye yol açarak post-travmatik stres bozukluğuna neden olabilir. Bazen aşırı tepki verirler ve bazen de istismarı yapana bağlanma gözlenebilir. Açıklanamayan uyku bozuklukları, karın ağrıları, enüresis, okul başarısızlığı ve intihara eğilim görülmektedir. Pek çok ruhsal hastalığın kaynağını oluşturmaktadır (91,98).

Nörolojik hasar, duygusal hasar ve zeka özüne bağlı olarak eğitim başarısızlığı kaçınılmaz olmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada ihmal edilmiş çocuklarda %26 oranında belirgin davranış sorunları ve %11'inde gelişimsel gerilik tespit edilmiştir (90).

Davranış sorunları, uyumsuzluk, kişilik bozuklukları ve suça eğilim artmıştır. Suçlu çocukların büyük bir kısmında fiziksel, evden kaçanların büyük bir çoğunluğunda cinsel örselenme bulunmaktadır. Bu kişilerin gelecekte suç ve ihmal içeren davranışlar gösterme eğilimleri olduğu bildirilmektedir (101).

2.4.8. Mortalite

Ağır ihmal ölümle sonuçlanabilir. İhmale bağlı ölümler genel bakım ve hijyen eksikliğine bağlı enfeksiyonlar, beslenme yetersizliği, uzun süre soğuğa maruz kalma ve önlenemez ev kazalarının engellenmemesi sonucu oluşmaktadır. Ölümcül çocuk ihmali vakaları daha çok 3 yaşın altındaki çocukları etkilemektedir (87,102).

2.5. FİZİKSEL İSTİSMAR

Fiziksel istismar dayaktan çok daha fazlasını içeren bir davranıştır ve dramatik sonuçlara yol açabilir. Bir tokatla başlar ve çeşitli aletlerin kullanıldığı ve ölüme kadar uzanabilen istismar davranışlarını içerir (21,102).

A.B.D.'de her gün 3 çocuk fiziksel istismar veya ihmal sonucu hayatını kaybetmektedir. Fiziksel istismar tanısı aldığı anda ciddi yaraları olan bir çok çocuğun daha önceden daha az ciddi olsa da yaraları olduğu saptanmış ve fiziksel istismara göz yumulduğu anlaşılmıştır (103).

Çocukluk çağı genel olarak eğlence, kaygısızlık, sorumsuzluk çağı olarak görülse de şiddet binlerce çocuk için hayatın bir parçası haline gelmektedir. Şiddet sadece savaşlarda ve sokak aralarında görülmemekte, şiddet bazı çocukların kendi evinde ve kendilerini korumak ya da sevmekle yükümlü yetişkinler tarafından çocuklara uygulanmaktadır (103).

2.5.1. Tanım

Fiziksel istismar için çeşitli tanımlar bulunmaktadır, fakat ortak nokta çocuğun sağlığını olumsuz etkileyen ve vücutta iz bırakan lezyonların ve yaralanmaların bulunmasıdır (21,102).

Amerika'da Devlet ve Federal Yasalarında çocuk istismarı ve ihmali tam olarak ifade edilmektedir. Federal yasaları; fiziksel istismar, ihmal ve cinsel istismarı içeren davranış ve hareketleri tanımlayan durumlarla ilgili yönetmelikleri destekler denilmektedir. The Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA), fiziksel istismarın, ısırma, vurma, koparma, yakma, sarsma veya çocuğa zarar veren diğer hırpalayıcı hareketler sonucu oluştuğunu bildirir. CAPTA aile veya bakıcıların çocuğa zarar verme amacı gütmeksizin de, aşırı disiplin veya fiziksel cezalandırma ile de çocuğa zarar verebileceğini bildirmiştir (104).

Columbus Children's Hospital'in (Columbus Çocuk Hastanesi) fiziksel istismarla ilgili tanımı, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (Amerikan Çocuk Akademisi Çocuk İstismarı ve İhmali Komitesi) tarafından kabul edilmiştir. Bu tanımlamaya göre;

-Aile veya bakıcı tarafından istenmeyen davranışa karşı verilen tepki bile olsa herhangi bir nedenle verilen doku hasarı çocuk istismarıdır ve uygun otoritelere bildirilmesi gerekir.

-Doku hasarı; ezikler, yanıklar, delikler, kırıklar, organ rüptürleri ve fonksiyon kayıplarının içerir.

-Doku hasarı; vurma, çimdikleme, sallama, penetrasyon, sıcak, kostik madde veya ilaç ile meydana gelebilir.

-Bakıcının neden olduğu, ellerin veya poponun geçici kızarıklığı (eritem) çocuk istismarı olarak rapor edilmeyi gerektirmez

-Bakıcıdan kaynaklanan geçici kızarıklık veya doku hasarı eğer çocuğun elleri ya da poposunda değil de vücudunun başka bir bölümünde meydana gelmişse çocuk istismarı olarak nitelendirilir

-Fiziksel disiplin 18 yaşından küçük çocuklar üzerinde uygulanmamalıdır.

-Bir alet veya aygıtın çocuk vücudunun herhangi bir bölümünde kullanımı çocuk istismarı sayılır (24)

2.5.2. Prevalans

NCCAN (Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Merkezi) 2001 yılında, Çocuk Koruma Servislerine (CPS), 3 milyon bildiri yapıldığını belirtmiştir. Bu bildirimlerin yaklaşık %67'si incelenmiştir. Gönderilen bildirimlerin yarısından fazlası doktorlar, öğretmenler, hukukçular, hemşireler ve danışmanlardan oluşan profesyonel bir ekip tarafından yapılmıştır (104).

2001 yılında CPS yaklaşık 903.000 çocuğun hırpalanma, kötü davranılma kurbanı olduğunu doğrulamıştır. Çocukların %19'unun fiziksel istismara maruz kaldığı bildirilmiştir.

Prevent Child Abuse America (2003) (Amerika Çocuk İstismarını Önleme Merkezi)'ne göre Amerika'da her gün 3 çocuk, çocuk istismarı ve ihmali sonucu ölmektedir. Ölen çocukların yaklaşık yarısı 1 yaşından küçük çocuklardır ve ölenlerin %85'i 6 yaşından küçük çocuklardır (104)

2.5.3. Fiziksel İstismar Tipleri

Fiziksel istismar olayları çeşitli başlıklar altında incelenebilir.

A- İstismarı yapan kişilere göre;

1- Ebeveyn tarafından yapılan istismar (Parental Abuse), aile içinde meydana gelen istismarı tanımlar

2- Kurumda yapılan istismar (Institutional Abuse) ise okul, yuva, yetiştirme yurdu veya kamp gibi kurumlarda yönetici ya da öğretmenler tarafından uygulanan istismar olaylarını tanımlar (105).

B- Fiziksel istismar uygulanış şekline göre iki şekilde olabilir;

1- Aletsiz saldırılar; İstismarın bir alet kullanılmadan yapılmasıdır. Tokat, yumruk, itip-kakma, tekme, ısırma ve çimdikleme gibi olayları içine alır.

2- Aletli saldırılar ; Herhangi bir alet kullanılarak yapılan lezyonları kapsar. Kullanılan aletler genelde kemer, ev eşyası (telefon, tava, terlik), hortum, sigara, ütü, sıcak su ve sıcak yiyeceklerdir (106).

Yukarıda sözü edilen yöntemlerle çocuğa uygulanan fiziksel istismarın bulguları sıyrıklar, ekimozlar ve kırıklardır. Bu bulguların oluşum yerleri ve zamanları olayın gerçek bir kaza yaralanması olup olmadığının anlaşılması açısından önemlidir (107).

Fiziksel istismara bağlı yaralanmalar en fazla göğüs, sırt, baldırlar, genital bölgeler, üst kol, yüz, üst dudak ve damak ile gözlerde görülmektedir (108-110).

Her yaralanma ile gelen çocukta istismar mutlaka düşünülmeli, laboratuvar testleri ve radyolojik tetkikler yapılırken şüpheli olgularda sonuç alınana kadar çocuk hastanede tutulmalıdır.

2.5.4. Anamnez

Anamnez çocuk istismarında en önemli tanı koydurucu aşamalardan biridir. Bazı özelliklerin bulunması istismar konusunda doktoru dikkatli bir muayeneye yönlendirmelidir. Çocuk istismarı olgularında ilk müdahale genellikle çocuğun getirildiği acil serviste yapılmaktadır. Çocuk doktoru, çocuk cerrahı ve çocuk psikiyatristleri daha sonraki aşamalarda olayla karşılaşmaktadırlar. Olguların çoğu olaydan uzun süre geçtikten sonra hekime getirilirler. Adli tıp uzmanı ise çocuğu genellikle daha sonra gören uzman kişi olmaktadır (15,111).

Bazen fiziksel bulguların yeterince bariz olmadığı durumlarda öykü ve çocuğu getiren kişilerin tutumları aydınlatıcı olabilmektedir. Öykü ileri aşamalarda hukuki delil olarak kullanılabileceği için önemlidir. İstismar olgularında çocuklar genellikle konuşmamayı tercih ederler, bazen de söylediklerini daha sonra inkar etme eğiliminde olabilirler. Gelişmiş ülkelerde çocukların ifadeleri önlem olarak video kameraya alınmaktadır. Böylece birden çok ifade alınması önlenmekte ve daha çok örselenmesi engellenmektedir. Çocukların sadece bir kişiye yönelik anlattıklarını video sayesinde konuda çalışan başkalarının da analiz edilebilmesi sağlanmaktadır (15).

Genellikle uygulamalarda olayın öyküsünün ebeveynlerden veya çocuğun bakıcısından alındığı gözlenmektedir. Olguların çoğunda öykü verenlerin birbirlerini korumak amacı ile verilecek ifadede gizlice anlaşmalar yaptıkları saptanmaktadır. Bu yüzden ebeveynlerden farklı zamanlarda ayrı ayrı alınacak öykü önemlidir (112,113).

Çocuktan anamnez alınırken dikkat edilmesi gereken özelliklerden birisi de soruların tipidir. Soruların yönlendirici olmaması, kısa net ve anlaşılır olması önemlidir. Öykünün bu sırada yazılı olarak kayda geçmesi önemlidir (114).

Genellikle fiziksel istismar olgularında sık rastlanan hikaye düşme ve küçük kazalardır. Çocuğun divandan, sandalyeden düştüğü ve kardeşinin sebep olduğu söylenir (112).

Çocuğun motor gelişimini iyi bilen bir doktor kendi kendine dönemeyen çocuğun yataktan düşmeyeceğini veya henüz emeklemeyen bir çocuğun merdivenlerden yuvarlanamayacağını fark edebilir. Çocuğun sıcak su musluğunu açması ise daha ileri gelişim aşamalarında olabilir (115).

Genellikle bir yaralanma olduğunda bu kardeşlerin birbirine yaptığı davranışlara bağlanmaktadır. Bu açıklama, küçük yaşta kardeşler birbirine bu tür davranışlarda bulunabileceği için mantıklı olabilir. Ancak lezyonun anlatıldığı gibi olup olmadığı ve kardeşin bu hareketi yapacak psikomotor olgunluğa ulaşmış olmadığına bakılmalıdır (115).

Kazaya bağlı yaralanmalar ile istismara bağlı olan yaraları ayırmak önemlidir. Eğer istismara bağlı yaralanmaları tespit edilemezse çocuk istismar

edileceği ortamda bırakılmış olur. Fakat yaralanma kazaya bağlı ise ebeveynler yanlış yere suçlanacak ve örselenmiş olacaklardır (116).

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişiler nadir olarak çocuğu istismar ettiklerini kabul ederler. Diğer kişileri ve özellikle profesyonelleri yaralanmanın kazaya bağlı olduğuna inandırmaya çalışırlar. Yaralanmanın çocuğun dediği gibi mi yoksa bakmakla yükümlü kişinin dediği gibi mi olduğunun hekim tarafından saptanması gerekir. Eğer ebeveynler çocuğun gelişimi ile orantısız bir lezyonu çocuğun yaptığını söylüyorlarsa veya travma anlatılanlara göre daha şiddetli ve adli boyutlarda ise o zaman anlatılan hikaye doğru değildir ve kaza dışı bir yaralanma olarak değerlendirilmelidir (102,117,118).

2.5.5. Fiziksel İstismar Yaralanmaları

Fiziksel istismara bağlı oluşan lezyonları şöyle sınıflayabilir :

- 1-Yumuşak doku yaralanmaları
- 2-Yanık ve haşlanmalar
- 3-Kırıklar
- 4-Sarsılmış bebek sendromu
- 5-İç organ yaralanmaları

2.5.5.1. Yumuşak Doku Yaralanmaları

A) Sıyrıklar

Çok sayıda sıyrık çocuğun istismara uğradığını gösterir. Belli bir şekli gösteren sıyrıklar genellikle istismarı işaret ederler. Kayış, elektrik kordonu, ip gibi aletlerle oluşan izlerde loop denilen yuvarlak bir iz görülür ki, bu genellikle dövmeyle bağlıdır (119,120).

Tokat izi, kolda sıkıya bağlı izler de olabilir. Bir çok lezyon uzun süreli iz bırakabilmektedir (120).

Yürüme çağına gelen çocuklarda düşmeye bağlı bacaklarda küçük sıyrıklar ve izler görülmesi doğal olmasına karşın daha küçük yaşlardaki çocuklarda bu tip lezyonların mantıklı bir açıklaması olmaması halinde akla fiziksel istismar gelmelidir. Kaza ve oynarken düşmeye bağlı sıyrıkların en sık görüldüğü bölgeler

diz ve dirseklerdir. Ama bu bölgede birbirine paralel fazla sıyrık kemer, iple vurma olayları nedeniyle şüphe uyandırmalıdır (110).

Tırnak izine bağlı sıyrıkların varlığında bunların kaşımaya bağlı olarak çocuğun kendisi tarafında yapılabileceği unutulmamalıdır. Büyük eklemler ve çevresindeki sıyrıkların erişkinin çocuğu kavraması sonucu özellikle üst kol, dirsek, bilek ve dizlerde görülmesi durumunda akla istismar gelmelidir. Yüz, kulaklar, dudaklar, boyun, göğsün yan kısmı, yanak ve göğüs bölgesinde el izinin çıktığı durumlarda istismar olasılığının fazla olduğu belirtilmektedir (120,121).

B) Ekimozlar

Ekimoz çocuğa uygulanan travmayı gösteren iyi bir bulgu olmasının yanı sıra yeri, şekli ve rengi ile olay hakkında bilgi vermesi açısından önemlidir. Künt travmalarda yüzeyin altındaki damarların hasara uğraması ve çevre dokulara kan sızması sonucu ekimoz oluşur. Ekimozun şekline bakılarak kullanılan aletin cinsi söylenebilir (122).

Ekimoz başlangıçta kırmızı renklidir. 3-5 gün içinde oksijenin azalması ile mor-kahve renge dönüşür. Hemoglobinin safra pigmentleri ile birleşmesi ile 7-12 arasında yeşil renge dönüşür ve 12-18 günde sarı renge dönerek kaybolur. Bu renkler ile yaklaşık zaman hakkında bilgi edinilebilir. Ekimozlar bir kişiye uygulanan travmanın en önemli göstergesidir. Gözlenen ekimoz yaşı ile ebeveyn tarafından verilen hikaye karşılaştırılmalı ve kaza dışı olasılık düşünülmelidir.

Ancak ekimozların renginin travmaya maruz kalan bölgenin kanlanması ve kemiğe yakınlığından etkilenebileceği ve özellikle aynı bölgede farklı yaşlarda ekimozların istismarı hatırlatacağı akılda tutulmalıdır (122).

C) İnsan ısırıkları

İnsan ısırıkları büyük oranda istismarı gösterir. Eğer daha önce görülmemişse doktorun bu tip olguları atlaması çok kolaydır. Bebeklerde kalça ve genital bölgeye yakın yerlerde görülmesi ceza amaçlı olduğunu göstermektedir. Ancak bizim toplumumuzda çocuklar sevmek için de ısırılmaktadır. Daha büyük çocuklarda cinsel amaçlı ve saldırıya bağlıdır. Genellikle birden fazladır, net görünümlü ve emme izleri ile beraber olabilir. Emme izleri bazen cinsel istismarı gösteren tek bulgu olabilir (21,123,124).

Isırıklar enfeksiyon ihtimalinden dolayı önemlidir. Başlangıç olarak ısırığın insan kaynaklı mı yoksa hayvan kaynaklı mı olduğunun bilinmesi gerekir. İnsan ısırığı 3 komponentten oluşur ;

1-Isırık 2-Emme 3- Vücut üzerindeki iz Emme izi, kişinin deriyi ağzına doğru çekerken oluşur. Emme izi ısırık izinin ortasında görülür. Isırık izine ön dişler şekil verir. Genellikle insanların dişleri hayvanlarınkine göre daha düzensiz olduğundan şeklide düzensizdir. Kesiciler dar üçgen şeklinde iz bırakırken, köpek dişleri üçgen şeklinde ve premolar dişler yuvarlak izler bırakır (124)

Hayvan dişleri deride dar bir alanda, sivri delik izler bırakma eğilimindedir. İnsan ısırıkları daha geniş alanda ve daha yüzeysel olma eğilimindedir. Çocukta görülen yetişkin bir insana ait ısırık izinin kazayla oluştuğuna dair bir mazeret kesinlikle kabul edilemez. Bu nedenle çocukta görülen insana ait bir ısırık izinin bir çocuk tarafından mı yoksa bir erişkin tarafından mı yapıldığının tespit edilmesi önemlidir (126).

Eğer köpek dişleri arasındaki boşluk 3 cm'den fazla ise bu ısırığın bir yetişkine ait olma ihtimali yüksektir. Erişkinlerde köpek dişleri çocuklara göre çok daha ön plana çıkar, ısırık izi net görünüm veriyorsa kalıcı dişlerin 8 yaşında büyük olduğunu gösterir (26,29,125,126)

2.5.5.2. Yanık ve Haşlanmalar

Yanıklar deri ve deri altı dokusunun sıcak bir madde ile hasar görmesi sonucu oluşur. Neden olan mekanizma; kaynar su veya sıvı ile haşlanma, alev, elektrik veya kimyasallar olabilir. Yanık yaraları hasarlanan derinin derinliğine göre; yüzeysel, kısmi veya tam kat (full-thicknes) olabilir. Yanığın büyüklüğü etkilenen vücut yüzeyinin yüzdesi ile hesaplanır (27).

Yanığın görünümü; yanığın bulunduğu yere, çocuğun yaşına, çıplak ya da giysili olma durumuna göre değişir. Çocukluk çağında görülen yanıkların en yaygın nedeni kaynar sıvıyla haşlanmadır. Kazayla veya kasten oluşabilir. Pediatrik yanıkların yaklaşık %10 ile %25'nin oluşma nedeni çocuk istismarıdır. Genellikle 9 ay ile 5 yaş arasında görülmekle beraber büyük çoğunluğu 3 yaş altı çocuklar oluşturur (26,27,29,127).

Yanığın kazayla mı yoksa kasten mi oluştuğunu araştırırken, yanığın oluş hikayesini, şeklini, yerini ve yanığın özelliklerini değerlendirmek önemlidir. Genel olarak %10'u kasıtlı geri kalanı ebeveynlerin dikkatsizliği sonucu kaza ile oluşmaktadır. Kazayla veya kaza dışı yanıkları ayırt etmek zor olabilir. Her iki tip yanıklar genellikle aynı bölgede görülmesine karşın kalçalar, perineum ve el sırtındaki yanıkların kasıtlı olma ihtimali yüksektir (29,118,127,128).

Yanıkların ayırımında, çocuk serbest hareket ederek bir yerlere erişebilme yaşındaysa daha çok kazanın neden olduğu düşünülebilir. Yanığın fiziksel özellikleri kökenin tanımlanmasında yardımcıdır. Olayın öyküsü önemlidir. Tutarsız ve detayların sürekli değiştiği ve ayrıca doktora başvurunun geciktiği olgular şüphe ile karşılanmalıdır.

Yanıklar çoğu olguda kuru yanık ya da haşlanma tarzındadır. Kuru yanıkların çoğu sigara, çakmak ve ütü gibi küçük ev aletlerinin istismar aracı olarak kullanımı sonucu oluşur. Çocuk ısıtıcı, radyatör veya ısı kaynağına zorla yapıştırılarak cezalandırılır. Radyatörün paralel izleri ve ütünün üçgen izi kolayca tanınmasının sağlar. İstismar kaynaklı temas yanıkları fark edilebilir şekilde keskin sınırlı ve derin, kazayla oluşmuş temas yanıkları duyulan ağrı nedeniyle hemen geri çekilmeleri nedeniyle yüzeysel olur. Sigara izleri yuvarlak ve genellikle 5-8 mm çapında ve tam kat lezyonlardır. Sigara yanıklarının impetigo ve deri hastalıklarından ayrılması gerekir. Sigara yanıkları vücudun görünen kısımlarında el üstü ve ayaklarda sık görülür (21,62,129,130).

Haşlanmalar genellikle çocuğu sıcak suya sokma ya da suyu çocuğun üzerine dökme sonucu ortaya çıkar. Bu tip istismar sıklıkla dışkı ve idrarını tutamayan, tuvalet sorunu olan çocuklarda ebeveynin cezalandırması sonucu en çok kalça, kol ve bacaklarda görülür. Ekstremitelerde eldiven-çorap tarzı sınırları keskin olan ve bilateral lezyonlar oluşturur. Çocuğun cezalandırma amaçlı sıcak su dolu küvet ya da sıcak fırına oturtulması ile yanık sadece temas eden taraflarda oluşur ve aynı derinliktedir. İmmersiyon yanıkları, çocuğun kaynar suya batırılması sırasında çocuğun korkuyla eklemlerini bükmesi (fleksiyon) sonucu tipik olarak ekstensör yanıklar olarak sonuçlanır. Fleksiyonda kalan bölgeler korunur (21,129,130).

Eğer yanıkla ilgili istismar şüphesi varsa 2 yaşından küçük çocuklarda iskelet incelemeleri yapılmalıdır. 2-5 yaş arasında ise anamneze göre gerekli incelemeler yapılmalıdır. Kanun uygulayıcıların yanığın hangi sıcaklıkta oluştuğunu değerlendirmesi ve bunu yanığın oluş hikayesi ile karşılaştırması gereklidir (29).

2.5.5.3. Kırıklar

Yumuşak doku lezyonlarından sonra karşımıza en çok iskelet sistemi ile ilgili bulgular ortaya çıkar. Henüz yürümeyen, özellikle bir yaşın altındaki çocuklarda görülen herhangi bir kırık olası bir istismarın göstergesidir. Bir yaş ve altı çocuklarda görülen kırıkların yaklaşık olarak %56-60'ı kaza ile oluşmaz yani kasıtlıdır (29,131,132)

I) Ekstremiteler kırıkları ;

A) Metafiz ve Epifiz kırıkları; Çocuk istismarındaki karakteristik kırıklardan birisi büyümekte olan kemiklerdeki metafiz ve epifiz kırıklarıdır. Bunlar periost lezyonları ile beraber ve indirekt travma sonrası görülürler. Çocuğu kol ve dirseklerinden tutarak sarsmak, kolundan tutarak tartaklamak ve vücudunu tutarak duvara itmek en sık görülen yöntemlerdir (133,134).

Metafizin ayrılması, metafiz veya epifizin uçlarından küçük kırılmalar radyolojide ayrı parçalar halinde görülür. Sallamak, bükmek, çevirmek metafizi fragmente edebilir, korteks kısmı ve kalsifikasyon bölgesi ana kemikten ayrılabilir. Bazı olgularda epifizin metafizden ayrıldığı bile görülebilir (116,135).

Bebeklerde periost kemiğe zayıf yapışmıştır; çekme veya yırtılma ile kemikten hemen ayrılır. Periost altına kan birikir ve 7-14 günde kalsifiye olur. Bu da radyolojik olarak kemik boyunca uzanan düzensiz kemik silueti oluşturur. Bu bulgu olguların %50'sinde yaklaşık 1 hafta içinde görülür (135)

Uzun kemik diafizlerindeki spiral kırıklar büyük olasılıkla bebeklerde sarsmaya bağlı olarak gelişir. İstismar sonucu olan ve nadiren kaza ile oluşan kırık tipidir. Epifizyel kartilajdaki hasarlanmalar kalıcı büyüme defektlerine neden olabilir. Merkezi uzunlamasına büyüme yavaşladığı için metafizde ayrılma olabilir (136).

B) Metafizyo-epifizyal kırıklar; Bu tip kırıklar ilk defa dövülmüş çocuk sendromun da tanımlanmıştır. En sık distal femur ve proksimal tibia da görülür. Bu tip kırıklar bacakların ani olarak çekilmesi ve bükülmesi sonucu periostun yapışma yerinde metafizyel fragmanların kopması ile oluşmaktadır. Metafizden kopan üçgensel parça tipik olarak köşe kırığını oluşturur. Metafiz ile epifiz arasında oluşan yeni kemik oluşumu kova-sapı denen radyolojik görünümü oluşturur. Metafizyo-epifizyal kırıkların kaza sonucu oluşma ihtimali düşüktür (135,137,138).

C) Diafizyal kırıklar; Çocuk istismarında en sık görülen kırıklardandır. Humerus, femur ve tibia da oblik kırıklar sıklıkla görülür (138).

D) Üst ekstremité; Doğumdan 10 gün sonra olan ve iyileşme belirtileri göstermeyen tüm akut klavikula kırıkları çocuk istismarını düşündürmelidir. 1 yaş altında meydana gelen femur kırıklarının %60'ının çocuk istismarı sonucu olduğu bildirilmiştir. Epifizyal kırıklar 6-12 ay süresince takip edilmelidir. Femur boynu kırıkları avasküler nekroz açısından takip edilmelidir (134,139).

II) Kafatası kırıkları; İskelet yaralanmalarında ikinci sırada yer almaktadır. Çocuk istismarında daha çok kompleks kırıklar görülmektedir. Olguların %50'sinde yüz ve kafa yaralanması birlikte olur. Ön cepheden çene, burun, dişlere gelen lezyonlarda kaza ön planda düşünülmelidir. Yüz kenarlarına, kulak ve elmacık kemiğine gelen lezyonlarda daha çok istismar düşünülmelidir. Kulak etrafında kesik ve kanamalar vurmaya işaret eder, timpan zarı delinme ve enfeksiyon görülebilir (140,141).

Çocuk istismarı sonucu ölümlerin en sık nedeni kafa travmasıdır ve kafa travması travmaya maruz kalan çocuk ölümlerinin en sık nedenidir. Hafif travmalar beyin zedelenmelerine, psikolojik bozukluklara ve fiziksel sakatlıklara yol açabilir (105).

Kafa travmaları sıklıkla beyin zedelenmelerine yol açar. Genellikle subdural tipte intrakranial kanama ile birlikte görülür. En sık görülen tipi occipitoparietal alandaki kırıktır. Zor da olsa düşmeye bağlı kırıklardan ayrılmalıdır. Çocuk kafatası erişkinine göre daha ince ve beyin büyüklüğü daha fazladır. Bunun için daha az bir kuvvetle kırılabilir. Fakat elastikiyetinden dolayı kırık olmamasına rağmen beyin hasarı sıklıkla gözlenebilir. Kırılma

şekilleri fontanel açık olan sütürlerden dolayı farklılık gösterir. Kırık hattı sıklıkla sütürlerde sonlanır, fakat sütürleri aşarsa farklı bir hatta olabilir (142,143)

Diğer bir kırık tipi frontoparietal sütür hizasında seyreden horizontal kırık tipidir. Bu, yanlardan veya kafa tepesine vurma sonucu oluşur (144)

III) Göğüs duvarı hasarı

Yeni doğan döneminde perinatal dönem haricinde çok ciddi kazalar dışında kazaya bağlı kırıklara rastlanmaz. Çocuk istismarında kaburgalar genellikle birden çok sayıda ve çift taraflı kırılmaktadır. En sık rastlanan paravertebral bölgede vertikal çizgi boyunca kallus oluşumu görüntüleridir. Kostalar genelde açtığı bölgelerde kırılır ve 10 günlük sürede yeni kemik oluşumu başlar. Klavikula kırıkları genellikle indirekt olarak koldan tutulup savrulma sonucu meydana gelir. Kazaya bağlı lezyonlar genellikle tek lezyonlardır. Radyolojik olarak değişen zamanlarda meydana gelmiş çok sayıda lezyonun bulunması halinde çocuk istismarı düşünülmelidir (142,145).

2.5.5.4. Sarsılmış Bebek Sendromu (S.B.S.);

Çocuk istismarının ağır bir formudur, en sık 2 yaşın altında görülür, ancak 5 yaşına kadar olabileceği bildirilmektedir. Genellikle 15 ayın özellikle 6 ayın altındaki çocuklar kızgın anne-babaları tarafından şiddetlice sallandıklarında ortaya çıkar.

Şiddetli sarsma sonucu subdural mesafede damarların rüptüre olmasıyla hematom oluşabilir. Subdural hematom %38-100 olasılıkla tabloya eşlik eder ve %80 olasılıkla iki yanlıdır. Bu çocuklarda letarji, kusma, sürekli huzursuzluk ve beslenmede azalma gibi değişik bulgular gözlenebilir. Çocuk koma, konvülsiyon, apneik atak veya solunum sıkıntısı ile gelebilir (146,147).

Bebeklerde boyun kasları gelişmemiş, baş vücuda göre büyük ve hipotoniktir. Sarsma sonucu beyin kafatası içinde fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerinde bulunur. Ölümünün çoğu kafatası kırığı, meningeal kanama, beyin hasarı olmadan kafa içi basınç artışı ile ortaya çıkar (123,148).

Retina ve vitreus hemorajisini araştırmak için oftalmolojik muayene istenmelidir. Tek veya iki taraflı retina hemorajisi sarsılmış bebek sendromunda

%85 veya daha sık olarak saptanır. En önemli inceleme yöntemi Bilgisayarlı Tomografi (BT)'dir.

Sarsılmış bebek sendromunda mortalite %20-25 civarındadır. Başlangıçta koma tablosu ile gelenlerde mortalite %60'lara kadar çıkabilir. Yaşayanlarda ağır mental gerilik, spastik kuadripleji veya ağır motor fonksiyon bozukluğu gelişir (18,147).

2.5.5.5. İç Organ Yaralanmaları

Künt abdominal travma, istismara uğrayan çocuklar arasında 2. sıklıkta ölüm nedenidir. İki yaşın üzerinde karşımıza çıkmaktadır (26,29)

Mortalitenin fazla olmasının nedeni teşhiste ortaya çıkan gecikmelerdir. Çoğu olguda dıştan görünür bir lezyon yoktur. Tekme veya yumrukla olabilir. Bağırsak perforasyonu en sık görülen lezyondur. Karaciğer en sık hasarlanan solid organdır. Dalak ve böbrekler kazada en çok hasar gören organlar arasında iken istismarda nadir olarak lezyon gelişir. Çocukluk döneminde pankreatit en sık travma ile ortaya çıkar böyle olgularda çocuk istismarı öncelikli olarak düşünülmelidir (108,145,149).

Bir organın etkilendiği abdominal travma nadir olarak basit bir düşme sonucu oluşabilir. Çocuk tıbbi olarak stabilize edildikten sonra batin BT, iskelet incelemeleri, idrar tahlili ve karaciğer enzim düzeylerine bakılmalıdır (29)

2.5.6. Laboratuvar Bulguları

Radyografler; Kemik bulgularının ortaya çıkarılması için bazı tarama yöntemleri gereklidir. Özellikle mahkemelerde istismar kararı verilirken kırık varlığı önemli bir kanıt olarak değerlendirilir (150)

İskelet taramaları; İskelet incelemeleri 2 yaşından küçük çocuklarda görülen şüpheli istismar vakalarında yapılmalıdır. İskelet görüntülemelerinin 5 yaşında büyük çocuklarda fazla bir değeri yoktur. 2-5 yaşları arasındaki çocuk grubunda ise istismarın spesifik göstergelerine dayanılarak bireysel olarak ele alınmalıdır (150)

Amerikan Radyoloji Koleji 1997 yılında istismardan şüphelenilen vakalar için iskelet tarama standartları geliştirmiştir

Standart iskelet incelemeleri:

-Apendiküler iskelet; humerus anteroposterior (AP), ön kollar (AP), eller posteroanterior (PA), oblik, femurlar (AP), bacaklar (AP), ayaklar (AP)

-Aksiyal iskelet; toraks (AP ve lateral), pelvis (AP; orta ve alt omurları içeren), lomber omurga (lateral), servikal omurga (lateral), kafatası (lateral ve frontal) grafilere alınır.

Bodygram veya babygram (infant ya da küçük çocukların bütünü gösteren 1-2 radyografik film) çocuk istismarından şüphelenilen olgularda önerilmemektedir, ancak kemik anomalilerini gösterebilir. 5 yaş üzerindeki çocuklarda sadece semptomatik bölgelerin grafileri yeterlidir. Kafatası kırığından şüphelenildiğinde aksiyal kranial BT ile kırık atlanabildiğinden AP ve lateral kafa grafileri de çekilmelidir. Kaburga kırığı düşünülen olgularda ise oblik toraks grafisi ile görüntüleme gerekir.

Yapılan çalışmalarda direkt grafileri %48 oranında yalancı negatiflikleri olduğu tespit edilmiştir. İlk iskelet incelemesi yapıldıktan 2 hafta sonra yeniden bir iskelet incelemesi yapıldığında tanı koyma olasılığı artar ve bu akış şeması özellikle şüpheli çocuk istismarı vakalarında uygulanmalıdır. Direkt grafide epifizyoliz tespit edilmişse magnetik rezonans görüntüleme (MRI) veya ultrasonografi (US) istenmelidir (23,151).

Sintigrafi; Pediatrik nükleer görüntüleme konusunda deneyimli kişiler tarafından yapıldığında, seçilmiş 1 yaşından büyük vakalarda, radyografik iskelet incelemelerine alternatif olabilir. Sintigrafi kot kırıkları, anlaşılması zor şaft kırıkları ve erken periostal elevasyon alanlarını meydana çıkarmada yüksek duyarlılığa sahiptir (152).

İlk tarama yöntemi olarak sintigrafi seçilmişse tüm pozitif alanlar radyografik olarak ayrıca incelenmelidir. İstismar şüphesi fazla olan olguda ilk radyografik incelemede kırık saptanmamışsa sintigrafi yapılmalıdır. Sintigrafik inceleme kafatası kırıklarında yetersizdir.

İnfanlarda büyük ölçüde istismarı düşündürülen klasik metafizyel lezyonlarda (özellikle bilateralse) sintigrafinin duyarlılığı ile ilgili veriler sınırlıdır. Çünkü kemik metafizlerinde radyoaktif tutulum normalde fazladır ve uzman bir kişi tarafından değerlendirmelidir (153)

Bilgisayarlı tomografi (BT); Klinik olarak kafa içi hasar şüphesi varsa ve retinal kanama tespit edilmişse BT ve MR endikasyonu vardır. BT akut intraparenkimal, subaraknoid, subdural ve epidural hemoraji tanısında yüksek duyarlılık ve özgünlüğe sahiptir. Acil cerrahi girişim gerektiren anormallikler BT ile iyi değerlendirilir. BT durumu kritik olan hastalara kolaylıkla ve hızlı bir şekilde uygulanabilir. Akut kanamanın değerlendirilmesinde BT, MR'dan daha iyidir (154).

Manyetik rezonans (MRI); MRI extra-aksiyal koleksiyonlar, intraparenkimal hemorajiler, kontüzyonlar ve beyin ödemi gibi intrakraniyal yaralanmaları tamamıyla değerlendiren en iyi tanı metodudur. Subdural kanamalar, arka çukur anomalileri ve parenkim içi zedelenmelerini göstermede BT'ye üstündür (155).

Ultrasonografi (US); İnfantlarda, anterior fontanelin sonografi ile incelenmesinin, kasti kafa travmasının kısa-dönem ve uzun-dönem sonuçlarını değerlendirmede sınırlı fakat önemli bir rolü vardır. Hasta başında yapılabilme avantajı vardır. Frontal ve anterior parietal parasaggittal bölgelerdeki subkortikal beyaz madde yırtıkları bu teknikle değerlendirilebilir. İnterhemisferik fissür içindeki küçük subdural hematomları atlayabilir (151,156).

Spinal travma; Düz filmler, vertebral kompresyon ve spinöz proses kırıklarını değerlendirmede genellikle yeterlidir. Kompleks kırıklarda, multiplanar reformasyon görüntüleriyle ince kesit BT yapılmalıdır. Eğer fraktür veya sublüksasyon spinal içerikli ise veya bulgular sinir kökü yaralanmasını gösteriyorsa MR mutlaka yapılmalıdır (151).

Torakoabdominal travma; Göğüs, abdomen ve servikal grafiler yaralanmış çocuğun ilk değerlendirilmesinde çekilmelidir. Eğer derin bir toraks veya abdomen yaralanmasından şüpheleniliyorsa ve çocuğun durumu stabilse BT yapılmalıdır. Aspirasyon riski nedeniyle kontrast madde intravenöz verilmelidir (151).

Kanama ve toksikoloji çalışmaları ; Kolay kanama ve morarma öyküsü varsa kanama diyatezi açısından tarama yapmak gerekir. Bunu için; tam kan sayımı, kanama zamanı, fibrinojen, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin

zamanı bakılmalıdır. Zehirlenmeden şüpheleniliyorsa bu yönde taramalar yapılabilir (147).

Fotoğraf ve video çekimi; Vücudun herhangi bir yerinde travmaya ait bir iz varsa görüntü kaydı yapılmalıdır. Çoğu ülke kanunlarında aile izni olmasa bile fotoğraf çekimine izin verilmektedir. Fotoğraflar genelde çocuk koruma merkezleri ve polisler tarafından çekilmekle beraber bu görevi hastane personeli de yapabilir (15).

2.5.7. Fiziksel İstismarın Etkileri

Çocuk istismarının etkilerini değerlendirmek zordur. Ortada kırılmış bir kemik varken, çocuğun ailesine güven duyması imkansızdır. Fiziksel sekelleri değerlendirmek kolaydır ve bu sekelleri öğrenme zorluğu, motor bozukluk, davranış bozukluğu, körlük, mental retardasyon ve ölüme kadar farklı şekillerde görmek mümkündür.

Nagler (23); fiziksel istismara uğramış kız çocuklarının sinirlilik, depresyon, post-travmatik strese bağlı problemler için büyük risk altında olduğunu belirtir. Fiziksel istismar hikayesi olan erkekler ise depresyondadır ve korkak davranışlar gösterirler.

Macmillan, Flemming ve Streiner (157) 2001'de Ontario'da 7000 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada fiziksel istismar öyküsü olanların daha sonraki yaşlarda anksiyete bozuklukları, alkol bağımlılığı ve anti-sosyal davranışlar gösterdiğini bulmuşlardır.

Heim ve Nemeroff (158) insan ve hayvan üzerinde yaptıkları çalışmalarda, hayatın erken dönemlerinde yaşanan stresin; (çocuk istismarı gibi) sonraki dönemlerde psikiyatrik bozukluklara ve davranış bozukluklarına neden olan nörobiyolojik değişikliklere öncülük ettiğini bulmuşlardır.

2.5.8. Ayırıcı Tanı

Fiziksel istismar değerlendirilirken derideki bazı lekelerin ve izlerin de göz önüne alınması gerekir. Çoğunlukla Zenci, Asyalı, Latin ve Hintli-Amerikan bebeklerde görülen Mongol lekeleri tipik olarak kalça üzerinde görülen mavi-yeşil pigment alanlarıdır. Bu lekeleri vücudun diğer bölümlerinde de görmek

mümkündür ve eziklerle karıştırılabilir. Bir hafta içinde çocuğu yeniden değerlendirmek de mongol lekeleri ile ezikleri ayırmaya yardımcı olur (159).

Eritema Multiforme Minör, akut gelişen, bir süre sonra kendiliğinden geçen reaktif eritemdir. İlaçlara veya enfeksiyona sekonder oluştuğu düşünülen hipersensitivite reaksiyonudur. Ekimozlarla ve kızarıklıklarla karışabilir. Henoch-Schonlein Purpurası, anafaktoid purpura veya alerjik vaskülit de özellikle hastalığın erken dönemlerinde eziklerle karıştırılabilir.

Büllöz İmpetigo; Genellikle stafilokok veya streptokok enfeksiyonlarının neden olduğu yanık benzeri lezyonlara neden olan deri enfeksiyonudur. Büllöz impetigo, lokalize formuyla sigara yanıklarıyla ve daha geniş, yaygın formuyla ise haşlanma yanıkları ile karışabilir (159).

Doğum Travması; Doğum eylemi sırasında sefal hematoma, morluklar, kafatası, klavikula, humerus ve femur kırıkları görülebilir. Travmayla ilgisiz retinal hemorajiler olabilir. 1 ay altı bebeklerde retinal kanamanın normalde de olabileceğini bilmek gereklidir (147).

Osteogenezis İmperfekta; İstismarda olduğu gibi değişik iyileşme dönemlerinde olan birden fazla kırık bir arada görülebilir. Genellikle aile öyküsü vardır ve kırıkların oluşumunda travmanın etkisi azdır (147).

Rasitizm; Metafizlerin genişlemiş olması ve kadeh görünümü metafizyel kırıklarla ayırıcı tanıda zorluk çıkarabilir (147).

Sfiliz; Konjenital sfilizde görülen metafizyel genişleme ve epifizial ayrılmalar ile kronik periostit sonucu gelişen kortikal kalınlaşma kırık şüphesi uyandırabilir (147).

İnfanıl Kortikal Hiperostoz; Metafizyel tutulum olmaksızın subperiostal kemiğin hiperplazisi ile karakterizedir. En sık mandibula ve klavikula tutulur (150).

Kanama Diatezi ve Vaskülitler; Hem çocuk istismarı hem de kanama diatezi sıktır ve bazen bir arada görülebilir. Yapılan bir çalışmada morlukları olan ve istismara uğrayan çocukların %14'ünde pıhtılaşma bozukluğu tespit edilmiştir (147).

Kültürel özellikler; bazı kültürel pratiklerin yarattığı lezyonlar istismar lezyonlarına benzeyebilir (fincan çekme, dağlama gibi) (147).

Ani bebek ölümü sendromu (ABÖS); Bir yaşı altındaki çocuklarda açıklanamayan nedenle meydana gelen ölümleri tarif eder Klinik öykü ve otopside bile hiçbir kanıt bulunamaz. Postmortem incelemenin yapılmadığı ölümler ani bebek ölümü sendromuna bağlanmamalıdır. Durum aile için trajik olsa da istismar olabileceğini unutmamak gerekir. Tüm vakalar içinde istismarın %5-10 sıklıkta olduğu düşünülmektedir. ABÖS en çok 2-4 aylarda görülürken, kasıtlı süt çocuğu ölümleri 7. ayda en fazladır. Yüzüstü pozisyonda yatırılmak, yumuşak bir zeminde yatırılmak, gebelik veya sonrasında annenin sigara içmesi, aşırı ısıtma, prenatal bakım almama, küçük anne yaşı, prematürelilik, düşük doğum ağırlığı ve erkek cinsiyet belirlenen risk faktörlerindendir (147,160).

Çocuk istismarında ayırıcı tanı önemlidir. Özellikle bizim ülkemizde sosyal hizmet uzmanı sayısının yetersizliği ve yeterince organize olamaması nedeniyle çocuk istismarının tespiti ve sonrasındaki işlemler bireysel çabalara ve doktorlara kalmaktadır. Doktorun muayene sırasında saptadığı bulgular ve öykü, istismarı düşündürdüğünde ayırıcı tanının iyi yapıldıktan sonra ilgili işlemlerin yapılması ve hukuki prosedürün çalıştırılması gerekmektedir (161).

2.5.9. Tanı ve Tedavi

Çocuk istismarının zamanında saptanması birçok olayda kötü sonuçların ortaya çıkmasını engellemektedir. Hemen tespit edilip müdahale edilen olguların sayısı arttıkça bunlara bağlı ölüm olaylarının görülmesi de azalmaktadır. Aile içi şiddette evdeki diğer kardeşlerin de etkilenmesini önlemek açısından olayların zamanında saptanması önemlidir. Bu açıdan en önemli yaklaşım istismar olasılığının akılda tutulmasıdır.

Çocuk istismarının saptanmasında ve önlenmesinde adli tıp uzmanlarına, çocuk doktorlarına, çocuk cerrahlarına, aile hekimlerine, hemşirelere öğretmenlere, psikologlara ve sosyal hizmet uzmanlarına önemli görevler düşmektedir. İstismar olaylarının değerlendirilmesinde en önemli boyut istismara uğrayan çocuğun tıbbi muayenesi ve tedavisidir.

Çocuk istismarı olgularında yapılması gereken ilk şey gerçekten böyle bir olayın meydana gelip gelmediğinin saptanmasıdır. Çünkü olay saklı kalabilir ya

da var olan yaralanmanın öyküde kazaya bağlı olduğu bildirilmesine karşın çocuk istismarı söz konusu olabilir (161).

Hekimler ve diğer sağlık personeli çocuk istismarı ve ihmalinin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler taşır, benzer şekilde hastanelerin de tıbbi nedenler ve güvenli olmaları nedeniyle çocukları kabul etme yükümlülüğü vardır. İstismara uğradığından şüphelenilen çocuk konu ile ilgili uzmanların bulunduğu ortamda hızla değerlendirilmeli ve öncelikle tıbbi sorunlar (subdural hematoma, fraktürler, yanıklar vs) tanınıp tedavi edilmelidir. Özel merkezlerin olmadığı yerlerde hastanelerin pediatri veya acil servisleri ilk tedavi için en uygun ortamlardır (162).

Hekim, lezyonların ağırlığını ve istismar riskinin devam edip etmediğini değerlendirdikten sonra, çocuğun hastaneye yatıp yatmayacağına karar vermelidir. Çocuk tıbbi olarak stabil ise, ailenin değerlendirilmesi bitene kadar hastanede veya varsa istismar kriz merkezlerinde tutulmalıdır. Aile çocuğun hastanede kalmasını kabul etmezse mahkeme emri çıkarılabilir. Tıbbi sorunlar çözülmeden çocuk koruma merkezlerine gönderilmemelidir (147).

Hekim tek başına çocuk istismarına karar vermemelidir. Karar aşamasında sosyal servisler, polis, mahkemeler ve diğer tıbbi personelin bir arada çalışması gereklidir. Hekimler istismardan şüphelendiklerinde Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'yla (SHÇEK) en kısa zamanda iletişim kurmalı, adli makamlara ve SHÇEK'e birer rapor yazmalıdır. Sosyal hizmet ağı aile ile görüşerek çocuğun uygun bir ortama naklini sağlamalıdır (147).

Aileye amacın cezalandırma değil onlara yardım etmek olduğu anlatılmalıdır. İstismara uğrayan çocuğun anne-babasına herhangi bir hastalığı olan çocuğun anne-babasına gösterilen nezaket gösterilmelidir. Sosyal servislerin görevleri kapsamında aileye destek verilmeli ve çocuk tüm aşamalarda korunmalıdır (147).

da var olan yaralanmanın öyküde kazaya bağlı olduğu bildirilmesine karşın çocuk istismarı söz konusu olabilir (161)

Hekimler ve diğer sağlık personeli çocuk istismarı ve ihmalinin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler taşıy, benzer şekilde hastanelerin de tıbbi nedenler ve güvenli olmaları nedeniyle çocukları kabul etme yükümlülüğü vardır. İstismara uğradığından şüphelenilen çocuk konu ile ilgili uzmanların bulunduğu ortamda hızla değerlendirilmeli ve öncelikle tıbbi sorunlar (subdural hematoma, fraktürler, yanıklar vs) tanınıp tedavi edilmelidir. Özel merkezlerin olmadığı yerlerde hastanelerin pediatri veya acil servisleri ilk tedavi için en uygun ortamlardır (162).

Hekim, lezyonların ağırlığını ve istismar riskinin devam edip etmediğini değerlendirdikten sonra, çocuğun hastaneye yatıp yatmayacağına karar vermelidir. Çocuk tıbbi olarak stabil ise, ailenin değerlendirilmesi bitene kadar hastanede veya varsa istismar kriz merkezlerinde tutulmalıdır. Aile çocuğun hastanede kalmasını kabul etmezse mahkeme emri çıkarılabilir. Tıbbi sorunlar çözümlenmeden çocuk koruma merkezlerine gönderilmemelidir (147).

Hekim tek başına çocuk istismarına karar vermemelidir. Karar aşamasında sosyal servisler, polis, mahkemeler ve diğer tıbbi personelin bir arada çalışması gereklidir. Hekimler istismardan şüphelendiklerinde Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'yla (SHÇEK) en kısa zamanda iletişim kurmalı, adli makamlara ve SHÇEK'e birer rapor yazmalıdır. Sosyal hizmet ağı aile ile görüşerek çocuğun uygun bir ortama naklini sağlamalıdır (147).

Aileye amacın cezalandırma değil onlara yardım etmek olduğu anlatılmalıdır. İstismara uğrayan çocuğun anne-babasına herhangi bir hastalığı olan çocuğun anne-babasına gösterilen nezaket gösterilmelidir. Sosyal servislerin görevleri kapsamında aileye destek verilmeli ve çocuk tüm aşamalarda korunmalıdır (147)

2.6. BİLDİRİM ve ÖNLEME

Şiddetten korunmada diğer hastalıklarda olduğu gibi sistematik, bilimsel, multidisipliner ve kalıcı bir yaklaşım izlenmesi gereklidir. Çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61 oranında önlenabilir olduğu görülmüştür (163).

Çocuk istismarının bildirimi çocuğun kanuni temsilcisi, komşusu, öğretmen veya doktor gibi temsil yetkisi bulunmayan fakat ihbar eden sıfatıyla yapılabilmektedir (164).

Ülkemizde çocuk istismarına yönelik uygulama ve kanunlar belirlenmemiştir. Çocuk istismarının bildirilmesi TCK 530'da, doktor, ebe, sağlık memuru v.b. görevliler memur olmasalar dahi, tedavi ettikleri kişinin aleyhine işlenmiş cürüm izine rastlarlar ve kişiyi tedavi ettikten sonra adli makamlara bildirmezlerse hafif para cezasına çarptırılırlar maddesine dayandırılabilir. Bu genel bir kanun maddesidir ve istismar olayı olduktan sonra bildirmeyi öngörmekte ve diğer istismarla ilgili profesyonelleri kapsamamaktadır (143).

A.B.D.'de çocuk istismarı ile ilgili çok sayıda ulusal yasa oluşturulmuştur. 1974 yılında CAPTA ile çocuk istismarının bildirimi zorunlu hale getirilmiş ve bildirimi yapanın kimliğinin gizli kalması, güvenliğinin sağlanması yasa ile belirlenmiştir. 1997 yılında Adoption and Safe Families Act (ASFA) ile çocuğun yasal olarak temsil edilmesi ve istismar şüphesinin dahi bildirilmesi önerilmektedir. A.B.D.'deki yasal uygulamada bildirim yapıldıktan sonra gerçekten istismar var mı araştırılmaktadır. İstismar tespit edilirse başlangıç soruşturması ve mahkeme kararı alınmaktadır. Mahkeme kararına göre çocuk gözlem altında ailede kalabilir veya çocuk koruma servislerine alınır. Bu yasal süreç sırasında çocuğun eve dönebilmesi için düzenlemeler yapılır. Eğer aile bütünlüğü sağlanamazsa çocuk aileden alınıp evlatlık olarak verilebilir veya koruma altına alınabilir. Bu işleyen yasal süreç çocuğun üstün yararını ve ailenin korunmasını temel almaktadır (104).

Ülkemizde çocuk istismarının bildirimi ile ilgili veri bulunmamaktadır. A.B.D.'de 1996 yılında 3 milyon çocuk istismarı bildirilmiş (bildirim sıklığı 44/1000) ve bunlardan 1 milyonunun (15/1000) istismar kurbanı olduğu anlaşılmıştır.

Yapılan bildirimlerin %52'sini profesyoneller gerçekleştirmiştir (öğretmenler %16, yargı çalışanları %13, tıbbi personel %11, sosyal servis çalışanları ve çocuk koruma servislerinde çalışanlar)(104).

Çocuk istismarını önlemede üç aşamalı önlem stratejisi uygulanabilir. Bu aşamalar üçüncül önleme (birinci aşama), ikincil önleme (ikinci aşama), birincil önleme'den (son aşama) oluşmaktadır.

Üçüncül önleme: Tedavi ile eş anlamlıdır. Ölümünün ve yaralanmalarının önlenmesine yöneliktir. Olguların tıbbi tedavisinin yapılması ve sosyal desteğin verilmesini içerir. Ayrıca istismarcının da tedavi ve rehabilitasyonunu içerir. Ailenin SHM tarafından yakın izlenmesi önemlidir. Yaşamsal tehlikesi olan olguların Cumhuriyet Savcılığı'na bildirilmesi yasal olarak zorunludur.

İkincil önleme: Korunmadaki yaklaşımlardan biri istismar açısından risk faktörlerinin taranması ve riskli gruplarda ileri değerlendirme yapılmasıdır. Çocuk istismarı açısında riskli ailelerin tanımlanması, eğitimi ve izlenimini içerir. Bu görevin Ana Çocuk Sağlığı Merkezi ve Sağlık Ocakları tarafından yürütülmesi gerekmektedir. Belirlenen riskli aileler ebe ve hemşireler tarafından daha sık ziyaret edilip sosyal yönden desteklenmelidir. Ev ziyaretleri ile istismar ve ihmal olgularında azalma sağlandığı gösterilmiştir (165).

Üçüncül önleme: En çok üzerinde durulması gereken tüm toplumun eğitimini kapsayan aşamadır. Televizyon, basın-yayın organları ve okullar aracılığı ile istismara karşı koruyucu eğitimler verilebilir.

Çocuğun istismara karşı koruma çabalarının etkili olabilmesi için eğitime çocukluk çağında başlanmalı ve tüm okul hayatı boyunca devam etmelidir. Tüm anne ve babaların da çocukları koruma-önleme eğitimini etkin bir şekilde almaları sağlanmalıdır.

Tüm toplumun eğitiminin yanı sıra istismarı tanımlamaya yönelik birinci basamak sağlık personeli, öğretmenler, çocuk bakımı ile ilgilenenler, hukukçular, emniyet mensupları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, ebeler, sağlık memurları ve hekimler meslek öncesi ve meslek içi eğitim almalıdır.

Hekimler içinde özellikle tıp eğitimi sırasında eğitilmeleri gerekenler, pratisyen hekimler, pediatri hekimleri, radyoloji uzmanları, aile hekimleri, ortopedi hekimleri, beyin cerrahları, çocuk cerrahları, adli tıp uzmanları, acil tıp

uzmanları, psikiyatri hekimleridir. Ailede çocuk istismarının varlığı genellikle aile içi şiddet ile birliktelik gösterdiğinden, ev içi şiddetin taranması istismar olgularının saptanmasına yardımcı olabilecektir. Bu nedenle Amerikan Pediatri Akademisi her çocuk doktorunun sağlam çocuk izlemi sırasında ev içi şiddet açısından tarama yapmasını önermektedir. Hekimlerin çocuk istismarını tanımları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanağı sağlayacaktır (34,79,166).

Meslek yaşantılarında çocukla temas eden her birey çocuk istismarı şüphesinde ne yapması gerektiğini bilmelidir. Ülkemizdeki tüm olumsuz verilere rağmen devletin, toplumun ve çocuk istismarında profesyonel olan meslek gruplarının duyarlılığı ile olguların %80'nin engellenebileceği bildirilmektedir. Çocuk istismarının akut ve uzun dönem etkilerini önleyebilmek profesyonellerin, toplumun ve hükümetin bu konunun takipçileri olmalarına bağlıdır (60,61).

2.7. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA UYGUN DİSİPLİN NASIL OLMALI

“Disiplin” terimi latince “disciplinare” kelimesinden gelir, anlamı “öğretmek”tir. Her ne kadar disiplin terimi çoğunlukla cezalandırma kavramı gibi düşünülse de cezalandırma, disiplinin yalnızca ufak bir bölümüdür (167)

Disiplin sosyal olarak kabul edilebilir davranışı öğretmek ve benimsetmek için yapılan cezalandırma, ödüllendirme ve örnek göstermeleri içeren multifaktöriyel bir yaklaşımdır. Bedensel cezalandırma, tartışmalı bir konu olsa da disiplinin yaygın görülen bir şeklidir, ve cezalandırmanın diğer tiplerine göre daha az etkilidir. Disiplin öğretici olmalıdır ve çocuğun yaşına uygun olmalıdır. Çocuğun iyi davranışlarına yönelik pozitif kuvvetlendirmeleri içermelidir. Disiplinin sonucu olarak, çocuk kendi kendini kontrol etmeyi, yönetmeyi, kendini korumayı ve kendine dikkat etmeyi öğrenir konuma gelir (167).

Çocukların sosyal ve emosyonel gelişim sürecinde disiplinin önemli bir rolü vardır ve doktorların, çocuklarını muayeneye getiren anne-babalarla disiplin konusunu tartışmaları, bu konuda onlara gerekli açıklamaları yapmaları gerekir.

Disiplin prensip olarak, ahlaki ve sosyal standartları öğretir, çocuklara diğer insanların haklarına saygı gösterme konusunda kılavuzluk ederken, neyin güvenli neyin güvenli olmadığını öğretir ve çocuklara zarar gelmesini engellemeyi amaçlar (167).

Disiplin, çocuğun yaşına uygun beklentilere dayandırılmalıdır. Çocuğa bir takım konularda izin verirken, makul ve tutarlı sınırlar koymak için kullanılmalıdır (167).

Çocukluk çağında yaşa uygun olan teknikler;

1. Pozitif yönde kuvvetlendirme: Disiplin için çok önemlidir. En güçlü formlarından biri, anne-babanın çocuğa, çocuğun iyi davranışlarından dolayı ilgi ve özen göstermesidir. Anne-babaların çocuklarının doğru davranışlarını fark etmeleri ve onları bu konuda ödüllendirmeleri gerekir, böylelikle çocuk, ödülle-doğru davranış arasında ilişki kuracaktır. Ödüller, ufak bir gülümseme, birkaç övücü sözcük olabileceği gibi sevgi gösteren davranışlar ya da maddesel bir şey de olabilir. Bu teknikte çocuk güzel davranışlarına karşılık ödül kazanır ve kötü

davranışlarına karşılık da kaybeder. Bu yöntem tüm yaş grubunda etkili bir yöntemdir (168).

2. Davranışsal Cezalandırma: Bazen disiplinin gerekli bir unsuru olabilir ve etkili olabilmesi için iyi davranışa verilen ödülle birleştirilmelidir. Cezalandırma bir şeyin doğrusunu öğretmek için yapılmalıdır, öç almak için değil. Çocuğa verilen cezalar mantığa yatkın olmalıdır, ya da çocuğun yaptığı yaramazlık ya da huysuzluğun doğal sonucuna göre ceza verilmelidir. Örneğin, bir çocuk duvarı renkli kalemle çizerse, verilebilecek uygun ceza bir süreliğine renkli kalemlerini çocuğa vermemek olabilir. Ya da eğer çocuk yemeğini yemeyi reddederse, uygun ceza tatlı vermemek olabilir (168)

3. Time-out: Time-out çocuğu yaramazlık yaptığı problemli ortamdan uzaklaştırmayı amaçlar ve çocuk bir köşede veya televizyonun, oyuncağın olmadığı bir odada belli bir süreliğine izole tutulur. Çocuğun gönderildiği ortam nötr olmalı, sıkıcı olmalı, korkutucu olmamalı ve güvenli olmalıdır. Bu yöntem 18 aylık ile 5-6 yaşlarına kadar ki çocuklarda işe yarayan bir yöntemdir. Özellikle, bağırma, öfkelenme ve mızırmızlanma gibi davranışları düzeltmede etkilidir.

Time-out belirlenen bir süre boyunca sürdürülmelidir ve genellikle çocuğun her yaşına bir dakika olarak belirlenir. Çocuğa normal zamanda düzenli olarak ilgi gösteriliyorsa time-out tekniği işe yarayabilir. Çocuğun aradaki farkı anlayabilmesi açısından önemlidir (168).

4. Sözle Cezalandırma: Azarlama, çocuğun istenmeyen davranışını ortadan kaldırmak için yapılan kınama ya da ayıplamayı yansıtır. Bu metod dikkatli olarak uygulandığında geçici olarak etki gösterir. Eğer sıkça kullanılırsa, çocuğun anksiyetesini artırır ve çocuğu anne-babasına karşı umursamaz olma konusunda cesaretlendirir (168).

5. Bedensel Cezalandırma: Bedensel cezalandırma, eskiden beri kullanılan, fakat tartışmalı bir disiplin formudur. Bedensel cezalandırma çocuğa kasten fiziksel acı hissettirmeyi amaçlar. Genellikle çocuğun poposuna ya da bir ekstremitesine vurarak çocuğun kötü davranışlarını azaltmaya çalışmaktır.

Poposuna ya da bir ekstremitesine vurarak cezalandırma başlangıçta etkili olabilir, ancak her seferinde daha az etkili olacağı için anne-baba cezalandırmanın şiddetini artırabilir (168).

Çocuğun poposuna vurarak cezalandırma 18 aydan küçük çocuklar için uygun değildir. Çünkü çocuklar davranışlarıyla kendilerine verilen ceza arasında bağlantı kuramazlar. Ayrıca fiziksel cezalandırma küçük çocuklarda fiziksel yaralanma olasılığını artırır (169).

Hiçbir zaman; çocuğa bir nesneyle vurmak ya da çocuk üzerinde fazla kuvvet kullanmak, saçını çekmek, kollarını bükmek veya çocuğu şiddetle sarsmak asla kabul edilemez. Fiziksel cezalandırmanın kızgınlıkla, öfkeyle, çocuğa zarar verme amacıyla yapılması asla uygun değildir (170).

Bedensel cezalandırma ile çocuk istismarı arasındaki fark sübjektif olabilir ancak istismarın teşhis edilmesi oldukça önemlidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmanın birincil amacı işleri ya da meslekleri gereği çocuk istismarı ile karşılaşma oranı yüksek olan profesyonellerin hangi tür tutum, davranış ya da uygulamaları çocuk istismarı olarak değerlendirdiklerini/algıladıklarını belirlemek ve bu açıdan diğer kişilerle aralarında fark olup olmadığını incelemektir.

Toplumumuzda çok yaygın bir sorun olduğu bilinen çocuk istismarı konusunda profesyonellerin ve toplumun bilgi düzeylerinin belirleyerek eksikliklerin giderilebilmesi için veri oluşturmaktır.

İkincil amaç profesyonellerin istismar davranışı ile karşılaştıklarında bu durumu yetkililere bildirip bildirmeme konusundaki tutumlarını değerlendirmektir.

Araştırmanın üçüncül amacı katılımcıların bu konudaki yargı ve tutumlarının kendilerinin çocukluklarında yaşadıkları deneyimlerle ilişkisi olup olmadığını saptamak ve bu günkü sosyodemografik özellikleri ile birlikte irdelemektir.

Çalışma ankete dayalı saha uygulaması şeklinde yapılmıştır. Orijinal adı "Survey of Standarts for Discipline" olan anket "Disiplin Standartları Araştırması" adı altında çocuk istismarı ile profesyonel olarak ilgilenebilecek meslek gruplarına ve kontrol gruplarına uygulanmıştır (Bkz.Ek-1, sayfa 54-58) (171,172). Anketin orijinali A.B.D.'de Ohio Colombus Çocuk Hastanesinde görevli Pediatri Uzmanı Prof. Dr. Charles Felzen Johnson tarafından hazırlanmış ve kullanımı için kendisinden sözel onay alınmıştır. Anket Türkçe'ye çevrilmiş ve anlaşılabilirliği kolaylaştırmak için bir takım küçük değişiklikler yapılmıştır.

Çalışmamızda kullanılan anket formu toplam 3 bölüm ve 5 sayfadan oluşmaktadır.

Anketin birinci bölümünde, anket hakkında genel bilgi verilmiştir ve daha sonra fiziksel şiddete veya sosyal izolasyona dayalı disiplin yöntemleri sıralanarak katılımcılardan bunların her biri için aşağıdaki seçeneklerden birisini işaretlemeleri istenmiştir. Anketin yönergesinde uygulanacak disiplin yöntemlerinin cinsiyet belirtilmeden ve 7 yaşında bir çocuğa yönelik olacağı ifade edilmiştir. Ayrıca söz konusu olan çocuğun anne-babasını sınırlendiren bir davranışta bulunduğu belirtilerek belirli bir bakış açısı oluşturulmuştur.

Bu disiplin yöntemleri;

- a- Kabul edilebilir disiplin yöntemi
- b- Kabul edilemez disiplin yöntemi
- c- Yetkililere çocuk istismarı olarak bildirilmesi gereken disiplin yöntemi seçenekleri olarak verilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde katılımcının çocukken kendisine uygulanan fiziksel disiplin yöntemleri sorgulanmış ve o kişinin bu yöntemler hakkındaki görüşleri irdelenmiştir.

Anketin üçüncü bölümünde ise katılımcının sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, çocuk sayısı gibi) değerlendirilmiştir.

Anket uygulamasından sonra birinci bölümdeki her bir yanıt skorlanmıştır. Skorlama sisteminde standartlara uygun şekilde her bir doğru yanıt 2, her bir yanlış yanıt 0 ve ikisinin arasında kalan yanıt 1 puan verilmiştir. Örneğin bölüm 1 ilk soruda kısıtlamak ve sosyal etkinlikleri yasaklamak sorusunda, doğru yanıt A seçeneğinde belirtilen kabul edilebilir disiplin yöntemidir. A seçeneğini işaretleyen denekler bu soru için 2 puan almış olacaklardır. Aynı soru için B seçeneği kabul edilemez disiplin yöntemi olarak verilmiş ve 1 puan ile değerlendirilmiştir. Fakat ilk soru için tamamen yanlış olan yetkililere çocuk istismarı olarak bildirilmesi gereken disiplin yöntemi yanıtını veren denekler 0 puan almış olacaklardır. Benzer şekilde birinci bölüm 17.soruda ("yumrukla vurmak") doğru yanıt olan C' yi (yetkililere istismar olarak bildirilmesi gereken disiplin yöntemi) işaretleyenler 2 puan, B seçeneğini (kabul edilemez disiplin yöntemi) işaretleyenler 1 puan alacaklardır. Çünkü bu disiplin yöntemi kabul edilemez fakat aynı zamanda bildirilmesi gereken bir davranış olduğu için B seçeneği yetersiz bir yanıt olacaktır. Aynı soru için A seçeneğini (kabul edilebilir disiplin yöntemi) işaretleyenler ise 0 puan alacaklardır. Anketin birinci bölümünde bulunan 43 soru bu şekilde doğruluk derecelerine göre skorlanarak skala oluşturulmuştur (Bkz Ek-2, sayfa 59). Yapılan bu skorlamada alınabilecek en yüksek puan 86 olarak hesaplanmıştır. Grupların bu bölümden alacakları ortalama puanlar o profesyonel meslek grubunun çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerini belirleyecektir.

Benzer şekilde ikinci bölüm 5. kısımda sorulan çocukken fiziksel olarak hırpalanma durumu, evde bedensel cezanın çocuğun davranışını değiştirmede etkin bir yol olduğuna inanma, okulda öğretmenleri tarafından tokat atılma durumları ve okulda bedensel cezanın çocuğun davranışını değiştirmede etkin bir yol olduğuna inanma soruları skorlandırılmıştır. Bu soruların hepsi için evet 0 puan, hayır 2 puan ve kararsızım 1 puan olarak belirlenmiştir. Bu bölümde düşük skorlar kişilerin fiziksel istismara uğrama ve bu konu ile ilgili yanlış bilgilerinin varlığını gösterecektir (Bkz Ek-2, sayfa 59).

Anket ile ilgili ön çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran aileler ve intern doktorlar üzerinde yapılmıştır. Anket sorularının kolaylıkla anlaşıldığı ve aileler tarafından ortalama 13 dakika ve intern doktorlar tarafından ortalama 10 dakikada yanıtlanabildiği anlaşılmıştır. Pilot çalışma yapılarak anketin uygulanabilir ve anlaşılır olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın evrenini Antalya İl Merkezi'nde bulunan; 247 ortaöğretim kurumunda görevli toplam 3470 Öğretmen, İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 36 Sağlık Ocağı ile Antalya Devlet Hastanesi'nde çalışan toplam 3400 sağlık personeli (uzman doktorlar, pratisyen hekimler, ebe, hemşire, sağlık memurları ve psikologlar) ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimler, İl Emniyet Müdürlüğü'ne bağlı birimler ve 6 Polis Merkezinde görevli olan 3200 Polis, Antalya Adliyesi ve Baro'ya kayıtlı 1028 yargı çalışanı (hakim, avukat ve savcı) ve Sosyal Hizmet Müdürlüğü'ne bağlı veya serbest çalışan 56 sosyal hizmet uzmanı oluşturmuştur (Toplam 11.154 kişi) (Çizelge 4.1).

Yukarıda belirtilen kurumlardan çalışmanın yapılabilmesi için ayrı ayrı izin belgeleri alınmış ve kurumlarda çalışan personellerin listesi ve her birimdeki personel sayıları belirlenmiştir. Çalışma yapılacak birimlerin 1/3'ü kura yöntemi ile tüm evren içinden seçilmiştir. Örneklem grubu ise belirlenen bu birimlerde çalışan personelin tümüdür. Evren sayısının az olduğu gruplarda ise tüm bireylere ulaşılması hedeflenmiştir (örneğin sosyal hizmet uzmanları).

Personel listeleri ile çalışma grupları belirlenmiş ve kurumlara önceden bildirilerek çalışma günleri tespit edilmiştir. Belirtilen günlerde ve en fazla 3 ziyaret planlanarak kurumlardaki işleyişin aksamaması önlenmiş ve hedef popülasyona ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu ziyaretler sonucunda ulaşılamayan personel çalışma dışında bırakılmıştır.

Karşılaştırma grubu yüksek okul eğitimi almamış (I. karşılaştırma grubu) ve almış (II. karşılaştırma grubu) 18-60 yaşları arasındaki iki gruptan oluşmuştur. Bu gruplar çocuk istismarı konusunda profesyonel eğitim almadığı öngörülen kişilerden seçilmiştir. Yüksek okul eğitimi almış karşılaştırma grubunu (grup II) karada çıkan birimlerdeki idari personel (sekreter, sayman, hastane müdürü vs) ve o sırada kurumdan hizmet almak üzere başvurmuş yüksek okul mezunu kişilerden (örneğin; pasaport başvurusunda bulunanlar, hastalar, hasta yakınları vs) oluşturulmuştur. Fakat yeterli sayıya ulaşamadığı için yukarıda belirtilen kurumlar içerisinde yer almayan bazı resmi kurumlar ve meslek gruplarına ait odalar ziyaret edilmiştir.

Yüksek okul eğitimi almamış karşılaştırma grubunu (grup I) ise bu birimlerdeki hizmetliler (temizlik görevlisi, getir-götür işleri ile uğraşan personel, kantin çalışanları gibi) ve o sırada birimden hizmet almak üzere başvurmuş yüksek okul mezunu olmayan kişiler (örneğin; pasaport başvurusunda bulunanlar, hastalar, hasta yakınları vs) oluşturmuştur. Birinci karşılaştırma grubunda 401 kişiye ve ikinci karşılaştırma grubunda 402 kişiye ulaşılmıştır. Sonuç olarak anketin çocuk istismarı ile ilgili profesyonellerden oluşan grup (n:3753), yüksek okul veya üniversite mezunu karşılaştırma grubu (n:401) ve yüksek okul mezunu olmayan karşılaştırma grubu (n:402) olmak üzere toplam 4556 kişiye uygulanması planlanmıştır.

Personel listeleri ile çalışma grupları belirlenmiş ve kurumlara önceden bildirilerek çalışma günleri tespit edilmiştir. Belirtilen günlerde ve en fazla 3 ziyaret planlanarak kurumlardaki işleyişin aksamaması önlenmiş ve hedef popülasyona ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu ziyaretler sonucunda ulaşılamayan personel çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya 10 anketör alınmış ve anketörlere çalışma ile ilgili gerekli eğitimler verilmiştir. Her anketör 1 ay süre ile ve eşzamanlı olarak çalışmıştır.

Anketör başına 20 iş gününde toplam 20-25 anket/gün uygulaması düşmüştür. Anketörlerin çalışmaları proje yürütücüsü ve proje sorumlusu tarafından düzenli olarak denetlenmiştir. Çalışma sırasında ulaşım taşıt kiralanarak sağlanmıştır.

Anketler belirlenen birimlerde tespit edilen katılımcılara küçük gruplar halinde anket ile ilgili açıklamalar yapılarak dağıtılmıştır. Çalışmaya katılan katılımcılara isim listeleri olmakla beraber anketlere isim yazılmaması belirtilmiştir. Anketler aynı iş gününde toplanmış ve tüm katılımcılara ulaşılamayan durumlarda iki ziyaret daha yapılmıştır.

Anket uygulaması bittikten sonra anketler gözden geçirilmiş ve eksik doldurulan anketler değerlendirilmeye alınmamıştır. Anketler iki anketör tarafından 2 ay süre ile SPSS programına girilmiştir.

İstatistiksel analizler SPSS 13.0 for windows paket programı kullanılarak yapılmıştır. P değerinin 0.05 ten küçük olması anlamlı olarak kabul edilmiştir. Gruplar arasındaki korelasyonlar pearson ki-kare ve gruplar arasındaki doğrusallığın kontrolü Mantel-Haenszel (Linear by linear Association) ki-kare testi ile yapılmıştır. İki den fazla ortalamanın karşılaştırıldığı durumlarda varyans analizi (ANOVA), ikili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımlarını sağlamayan ikiden fazla gruplar için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

İÇİ ANKET

AÇIKLAMA :

Bu anketi tamamlamak yaklaşık on dakikanızı alacaktır. Katılımcı olarak katılımınızın açıklanması kesinlikle söz konusu değildir. Anketin sonuçları çocuklara yönelik bazı davranışları aşağıdaki seçeneklerden hangisi ile tanımladığınızı belirlemekte kullanılacaktır. Aşağıda çocuklara yönelik bir takım disiplin (terbiye etme) yöntemleri sıralanmıştır. Anne veya babasını çok sınırlendiren bir davranışı sergileyen 7 yaşındaki bir çocuğa erişkinler tarafından uygulanan terbiye yöntemleri hakkındaki yorumlarınızı A, B, veya C seçeneklerini işaretleyerek belirtebilir misiniz? (Bölüm 1).

- A. Uygun disiplin yöntemi
- B. Uygunsuz disiplin yöntemi
- C. Gerekli yetkililere "çocuk istismarı" olarak bildirilmesi gereken disiplin yöntemi

Bu araştırmanın sonuçları, toplumumuzun kabul edilebilen disiplin yaklaşımlarını tanımlamaya yardım etmek ve bu konudaki eğitim programlarının şeklini belirlemekte kullanılacaktır.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ İİP FAKÜLTESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.B.D

Yrd.Doç.Dr. Sevtap Velipaşaoğlu

Dr. Güngör Balta (Araştırma Görevlisi)

TEL : 2274343 (Dahili; 33505, 33506, 23111)

Bölüm 1

	A-Kabul edilebilir disiplin yöntemi	B-Kabul edilemez disiplin yöntemi	C-Yetkililere “çocuk istismarı” olarak bildirilmesi gereken disiplin yöntemi
Karalamak veya sosyal etkinliklerini yasaklamak	A	B	C
Kaba eline kemer ile 1-3 kez iz bırakmadan vurmak	A	B	C
Aydınlık bir odada 15 dakika süreyle kilitlemek	A	B	C
Vurmak ve bir kemliğini kırmak	A	B	C
Yüzüne geçici kırmızı bir iz bırakacak kadar tokat atmak	A	B	C
Kaba eline kemer ile morluk bırakana kadar 1-3 kez vurmak	A	B	C
Karın iz bırakarak yakmak	A	B	C
Kaba eline 1-3 kez iz bırakmadan tokat atmak	A	B	C
Takılmak	A	B	C
Kaba eline 1-3 kez tokat atarak geçici kırmızı izler bırakmak	A	B	C
Aydınlık bir odada 1 saat kilitlemek	A	B	C
Kaba eline kemer dışında bir cisimle morluklar bırakarak 1-3 kez vurmak	A	B	C
Yüzüne iz bırakmadan tokat atmak	A	B	C
Morluklara ve bilinç kaybına neden olacak şekilde kafasına vurmak	A	B	C
Çocuğu bağlayarak zaptetmek	A	B	C
Aydınlık bir odada gün boyunca kilitlemek	A	B	C
Yatırıkta vurmak	A	B	C
Çocuğu hareketsiz bırakacak şekilde zaptetmek	A	B	C
Yemek yemeden yatağa göndermek	A	B	C
Ala vererek şekilde kolu sıkarak ya da bükme	A	B	C
Kaba eline 1-3 kez morluklar bırakacak şekilde tokat atmak	A	B	C
Çocuğu 1-3 kez sarsmak	A	B	C
Eline 1-3 kez açık el ile geçici kırmızı izler bırakarak vurmak	A	B	C
Eline 1-3 kez açık el ile geçici morluklar bırakarak vurmak	A	B	C
Eline 1-3 kez bir cisim ile geçici kırmızı izler bırakarak vurmak	A	B	C
Eline 1-3 kez bir cisim ile morluklar bırakarak vurmak	A	B	C
Çocuğu 5 dakika bir köşede ayakta durdurmak	A	B	C
Okul sonrası sosyal etkinliklerini kısıtlamak	A	B	C
Çocuğun televizyon seyretmesine izin vermemek	A	B	C
Çocuğun okuldaki etkinliklerini kısıtlamak	A	B	C
Çocuğa bağırarak	A	B	C
Çocuğa lanet okumak ve hakaret etmek	A	B	C
Karanlık bir odaya kilitlemek	A	B	C
Çocuktan yiyeceğini almak	A	B	C
Bir ayalığına dışarıda bırakarak eve almamak	A	B	C
Çocuğa kolay ev işi yaptırmak	A	B	C
Çocuğun şeker yemesini yasaklamak	A	B	C
Çocuğu para cezasına çarptırmak	A	B	C
Çocuğu bir köşede 1-3 saat ayakta durdurmak	A	B	C
Çocuğa ağır ev işi yaptırmak	A	B	C
Eline iz bırakmadan açık el ile vurmak	A	B	C
Çocuğu duvara itmek	A	B	C
Çocuğu çimdiklemek	A	B	C

Bölüm 2 : Size çocukluğunuzda uygulanan ya da sizin çocuklarda uygulayabileceğiniz disiplin yöntemleri hakkında düşüncelerinizi belirtiniz.

1-Eğer çocuğa vurulacaksa hangi cisimlerin kullanılması kabul edilebilir ?

a. Açık el	Evet	Hayır	Kararsızım
b. Kemer	Evet	Hayır	Kararsızım
c. Sopa ya da çubuk	Evet	Hayır	Kararsızım
d. Ev eşyası (tarak,terlik,ütü....)	Evet	Hayır	Kararsızım
e. Tel, sicim	Evet	Hayır	Kararsızım
f. Diğer belirtiniz			

2-Çocukken size hangi cisimlerle vurulmuştu ?

a. Açık el	Evet	Hayır	Kararsızım
b. Kemer	Evet	Hayır	Kararsızım
c. Sopa ya da çubuk	Evet	Hayır	Kararsızım
d. Ev eşyası (tarak,terlik,ütü....)	Evet	Hayır	Kararsızım
e. Tel, sicim	Evet	Hayır	Kararsızım
f. Diğer belirtiniz			

3-Eğer bir çocuğa vurulacaksa sizce hangi bölgelere vurulabilir ?

a. Kalça	Evet	Hayır	Kararsızım
b. Yüz	Evet	Hayır	Kararsızım
c. Eller	Evet	Hayır	Kararsızım
d. Bacanın ön tarafı	Evet	Hayır	Kararsızım
e. Sırt	Evet	Hayır	Kararsızım
f. Diğer belirtiniz			

4-Çocukken sizin hangi bölgelerinize vurulmuştu ?

a. Kalça	Evet	Hayır	Kararsızım
b. Yüz	Evet	Hayır	Kararsızım
c. Eller	Evet	Hayır	Kararsızım
d. Bacanın ön tarafı	Evet	Hayır	Kararsızım
e. Sırt	Evet	Hayır	Kararsızım
f. Diğer belirtiniz			

5-Aşağıdaki cümleler ile ilgili sizce uygun olan seçeneği işaretler misiniz ?

1. Çocukken fiziksel olarak hırpalandım	Evet	Hayır	Kararsızım
2. Bir çocuğun davranışını değiştirmek için evde bedensel ceza uygulanmasının etkin bir yol olduğuna inanırım	Evet	Hayır	Kararsızım
3. Okulda öğretmenlerim tarafından bana tokat atılmıştı.	Evet	Hayır	Kararsızım
4. Okulda bir çocuğun davranışını değiştirmek için bedensel cezanın (tokatlamak, cetvelle vurmak gibi) etkili bir yol olduğuna inanırım.	Evet	Hayır	Kararsızım

6-Çocukluğunuzda evdeki büyükler tarafından size kaç kez vurulmuştu?

- Hiç
- 1-5 kez
- 6-10 kez
- 11-20 kez
- 20den fazla

7-Eğer bir çocuğa vurulacaksa sizce hangi yaşlardayken başlanmalıdır?

- 1-6 ay arası
- 7-12 ay arası
- 1-3 yaş arası
- 4-6 yaş arası
- 7-10 yaş arası
- 11-15 yaş arası
- Diğer...belirtiniz.....

8-Eğer bir çocuğa vuruluyorsa hangi yaşlarda bundan vazgeçilmelidir?

- 1-3 yaş arası
- 4-6 yaş arası
- 7-10 yaş arası
- 11-15 yaş arası
- 15 yaştan sonra
- Diğer....belirtiniz.....

9-Eğer bir çocuğa vurulacaksa vurma sayısı bir defada kaçla sınırlandırılmalıdır?

- 1 kez
- 2 kez
- 3 kez
- 4 kez
- 5 kez veya daha fazla

Bölüm 3 : Sizin eğitiminiz ve mesleğinizle ilgili bilgileri içermektedir.

Kendinizle ilgili aşağıdaki bilgileri yazabilir misiniz?

1-Ben Bekarım
 Evliyim
 Eşimden ayrı yaşıyorum
 Eşimden boşandım

2-Erkek ve kız kardeşlerimin toplam sayısı Hiç
 1
 2
 3
 4 ve daha fazla

3-Sahip olduğum çocuklarımların sayısı Hiç
 1
 2
 3
 4 ve daha fazla

4-Ben yaşımdayım.

5-Cinsiyetim Kadın Erkek

6-Ben Okuma-yazma bilmiyorum
 İlkokul mezunuyum
 Orta okul mezunuyum
 Lise mezunuyum
 Yüksek okul ya da üniversite mezunuyum

7-Mesleğim Hekim (Uzmanlık Alanım ;)
 Öğretmen
 Polis
 Ebe Hemşire Sağlık Memuru
 Sosyal hizmet uzmanı
 Hakim Savcı Avukat
 Diğer, belirtiniz

Yorumlarınız:

ANKETİ TAMAMLADINIZ
TEŞEKKÜRLER ..

Ek-2 Disiplin standartları ile ilgili sorularının skorlanması. (Bölüm I)

Soru	A-Kabul edilebilir disiplin yöntemi	B-Kabul edilemez disiplin yöntemi	C-Yetkililere çocuk istismarı olarak bildirilmesi gereken disiplin yöntemi
1	2	1	0
2	0	1	2
3	0	1	2
4	0	1	2
5	0	1	2
6	0	1	2
7	0	1	2
8	2	1	0
9	0	1	2
10	2	1	0
11	0	1	2
12	0	1	2
13	0	1	2
14	0	1	2
15	0	1	2
16	0	1	2
17	0	1	2
18	0	1	2
19	2	1	0
20	0	1	2
21	0	1	2
22	0	1	2
23	2	1	0
24	2	1	0
25	0	1	2
26	0	1	2
27	2	1	0
28	2	1	0
29	2	1	0
30	0	1	2
31	0	2	1
32	0	2	1
33	0	1	2
34	2	1	0
35	2	1	0
36	2	1	0
37	2	1	0
38	2	1	0
39	0	2	1
40	0	2	1
41	2	1	0
42	0	1	2
43	0	2	1

Ek 3: Fiziksel hırpalanma ve bedensel ceza ile ilgili skortlama (Bölüm II)

Soru 5: Uygun seçeneği işaretlermisiniz	Evet	Hayır	Kararsızım
a-Çocukken fiziksel olarak hırpalandım.	0	2	1
b-Bir çocuğun davranışını değiştirmek için evde bedensel ceza uygulamasının etkin bir yol olduğuna inanırım.	0	2	1
c-Okulda öğretmenlerim tarafından bana tokat atılmıştı.	0	2	1
d-Okulda bir çocuğun davranışını değiştirmek için bedensel cezanın etkili bir yol olduğuna inanırım.	0	2	1

4. BULGULAR

4.1. Grupların sosyodemografik özellikleri

Antalya merkezinde belirlenen evrendeki 11154 kişiden 3716'sının (%33,3) örnekleme alınması öngörülmüştür. Ancak örneklem grubu 3344 kişiden (%29,9) oluşmuştur. Kontrol grubunda ise 803 kişi (kontrol I: 401, kontrol II: 402) vardır ve toplam örneklem sayısı 4147 olarak gerçekleşmiştir (Çizelge 1).

Grupların meslek dağılımları; 969 öğretmen, 792 polis, 629 hekim (347 pratisyen hekim, 45 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 14 radyoloji uzmanı, 12 ortopedi uzmanı, 12 psikiyatri uzmanı, 11 acil tıp uzmanı, 188 diğer uzmanlık alanlarında çalışan hekimler), 609 yardımcı sağlık personeli (324 hemşire, 214 ebe, 59 sağlık memuru, 12 psikolog), 301 yargı çalışanı (283 avukat, 13 hakim, 5 savcı), 44 sosyal hizmet uzmanından oluşmuştur. Kontrol gruplarından birincisini oluşturan lise ve daha düşük eğitim düzeyine sahip 401 kişiye ulaşılmıştır. Belirlenen profesyonel meslek gruplarından olmayan ve yüksek okul veya üniversite mezunu olan 402 kişi ise ikinci kontrol grubunu oluşturmuştur (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1: Çalışmadaki evren sayısı, örnekleme girmesi planlanan katılımcı sayısı ve gerçekleşen örneklem sayısı

Profesyonel meslek grupları	Evren sayısı (n)	Örnekleme		
		girmesi hedeflenen sayı (n)	Örnekleme giren sayı (n)	Örneklem/evren X100 %
Öğretmen	3470	1156	969	27,9
Polis	3200	1066	792	24,7
Hekim	1492	497	629	44,0
Yrd.Sağ Per	1908	636	609	31,9
Yargı	1028	342	301	29,2
Sos.Hiz.Uz	56	56	44	78,5
Kontrol 1	-	Min. 386	401	-
Kontrol 2	-	Min. 386	402	-
TOPLAM	11154	4525	4147	29,9

Yüksek yoğunluklu kurumların kurada çıkması nedeniyle hekim grubunda enilenden daha fazla hekime ulaşılmıştır (%33 yerine %44). Sosyal hizmet uzmanlarının il genelindeki sayılarının azlığı ve konu ile ilgili önemleri nedeniyle tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır (Çizelge 4.1).

Katılımcıların 1853'ü kadın (%44,7) ve 2294'ü erkek (%55,3) cinsiyet oluşturmuştur (Çizelge 4.2).

Gruplar incelendiğinde %91,7 ile polis grubunda erkek sayısının çoğunlukta bulunduğu ve %91,5 ile yardımcı sağlık personeli grubunda kadın sayısının fazla olduğu görülmektedir. Polis ve yardımcı sağlık personeli gruplarında cinsiyet açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.2).

Kontrol grupları karşılaştırıldığında, kontrol I grubunda 225 kadın (%56,1) ve 176 erkek (%43,9) ve kontrol II grubunu 185 kadın (%46) ve 217 erkek (%54) oluşturmuştur. Cinsiyet bakımından kontrol grupları arasındaki bu farklılık anlamlıdır ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.2).

Grupların yaşları 18 ile 60 yaş arasında değişmektedir ve yaş ortalaması $35,59 \pm 8,44$ tür. Yaş ortalaması en yüksek olan $40,76 \pm 7,51$ ile öğretmen grubuyken yaş ortalaması en küçük olan grup $31,05 \pm 7,14$ ile yardımcı sağlık personeli grubudur. Gruplar arasında yaşlar açısından anlamlı farklılık saptanmış ve en yaşlı grubu öğretmen ve sosyal hizmet grubu oluşturmuştur ($p<0,05$) (Anova) (Çizelge 4.2).

Kontrol grupları yaşları açısından karşılaştırıldığında, kontrol I grubunun yaş ortalaması $31,61 \pm 10,14$ ve kontrol II grubunun $33 \pm 8,80$ olarak bulunmuştur ve bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (I test).

Grupların medeni durumları karşılaştırıldığında, 2806 kişinin evli (%74,9), 816 kişinin bekar (%21,8) ve 124 (%3,3) kişinin eşinden ayrı veya boşanmış olduğu saptanmıştır. Polisler %93,2 ile en fazla evli grubu ve hekimler %38,8 ile en fazla bekar grubu oluşturmuştur. Çocuk istismarında bir risk faktörü olan eşinden ayrı yaşama veya boşanma durumlarına bakıldığında ise %4,8 ile öğretmen grubunda en fazla ve %0,9 ile polis grubunda en düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.2).

Toplam olarak kontrol gruplarına bakıldığında ise 301 kişinin bekar (%37,5), 475 kişinin evli (%59,2) ve 27 kişinin eşinden ayrı veya boşanmış (%3,3) olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.2: Grupların örneklem sayıları, ortalama yaşları, cinsiyet ve medeni durumları

Gruplar	Sayı (n)	Ortalama yaş	Cinsiyet (%)		Medeni durum (%)		
			Kadın	Erkek	Bekar	Evli	Eş.ayrı
Öğretmen	969	40,76 ± 7,51	45,8	54,2	10,5	84,7	4,8
Polis	792	36,01 ± 8,65	8,3	91,7	5,9	93,2	0,9
Hekim	629	33,27 ± 8,57	39,4	60,6	38,8	58	3,2
Yrd.Sağ.Per.	609	31,05 ± 7,14	91,5	8,5	28,7	67,7	3,6
Yargı	301	34,94 ± 8,58	34,2	65,8	30,6	63,8	5,6
Sos.Hiz.Uz.	44	38,25 ± 6,56	56,8	43,2	13,6	81,8	4,6
Kontrol I	401	31,61 ± 10,1	56,1	43,9	37,7	58,1	4,2
Kontrol II	402	33,00 ± 8,80	46	54	37,3	60,2	2,5
TOPLAM	4147	35,59 ± 8,44	44,7	55,3	21,8	74,9	3,3
		p<0,05	p<0,05			p<0,05	

Çocuk sayıları açısından incelendiğinde; 1151 kişinin çocuğu olmadığı (%30,7), 1030 kişinin 1 çocuğu olduğu (%27,5), 1303 kişinin iki çocuğu olduğu (%34,8), 233 kişinin 3 çocuğu olduğu (%6,2) ve 29 kişinin 4 veya daha fazla çocuğu (%0,8) olduğu anlaşılmıştır (p<0,05) (Pearson kıkare).

Katılımcıların sıklıkla 2 çocuğa sahip oldukları ve 3 veya daha fazla çocuk sahibi olma oranının düşük olduğu gözlenmiştir. Çocuk sayıları açısından kontrol grupları arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05) (Pearson kıkare).

Kardeş sayıları yönünden bakıldığında, hiç kardeşi olmayanlar 102 kişi (%2,7), 1 kardeşi olan 682 kişi (%18,2), 2 kardeşi olan 970 kişi (%25,9), 3 kardeşi olanlar 704 kişi (18,8) ve 4 veya daha fazla kardeşi olan 1288 kişi (%34,4) olarak tespit edilmiştir. Kardeş sayıları yönünden gruplar arasında farklılık gözlenmiştir (p<0,05) (Pearson kıkare).

Kardeş sayıları açısından bakıldığında benzer şekilde kontrol grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$) (Pearson kare).

Eğitim düzeyleri açısından tüm örnekleme bakıldığında 72 kişinin ilköğretim , 994 kişinin ortaokul, 994 kişinin lise ve 2998 kişinin yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Polis grubunda 32 kişinin ortaokul (%4,1), 538 kişinin lise (%67,9) ve 222 kişinin (%28) yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Yardımcı sağlık personelinin 176'sı (%28,9) lise ve 433'ü (%71,1) yüksek okul mezunudur. Yargı, hekim ve sosyal hizmet uzmanı grubunun tamamı meslekleri gereği üniversite mezunudur.

Kontrol I grubunda; 72 kişi ilköğretim (%18) (tüm örneklem grubundaki ilköğretim mezunları kontrol I grubundadır), 50 kişi ortaokul (%12,5), 279 kişi (%69,5) ise lise mezunudur. Karşılaştırma amaçlı olarak kontrol II grubu yüksek okul veya üniversite mezunlarından seçilmiştir.

4.2. Grupların fiziksel disiplin standartları ile ilgili sorulardan aldıkları skorlar

Anketin I. bölümündeki çocuk istismarı ile ilgili disiplin yöntemlerini inceleyen sorular yanıtların doğruluk derecelerine göre skorlanmıştır. Bu bölümde katılımcılara çeşitli disiplin yöntemleri hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Herhangi bir kişinin alabileceği toplam maksimum puan 86 minimum puan 0'dır. Grupların bu sorulara verdikleri yanıtlara göre ortalama grup skorları belirlenmiştir. Tüm gruplar açısından bakıldığında ortalama skor $49,22 \pm 3,52$ bulunmuştur. Katılımcıların aldığı minimum skoru 32 ve maksimum skoru 61 olduğu gözlenmiştir.

Grupların sosyodemografik özellikleri ile aldıkları skorlar karşılaştırılmıştır. Kadınların ($49,71 \pm 3,45$) erkeklerden ($48,68 \pm 3,53$) daha yüksek skora sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Anova). Benzer şekilde üniversite mezunları ($49,47 \pm 3,53$) lise ve daha düşük ($48,57 \pm 3,42$) eğitim düzeyi olanlara göre daha yüksek skor almışlardır ($p<0,05$) (Anova). Çocuk sayısı arttıkça alınan skorların

düşüğü gözlenmiştir. Diğer sosyodemografik özellikler ile alınan skorlar Çizelge 4.3'te özetlenmiştir.

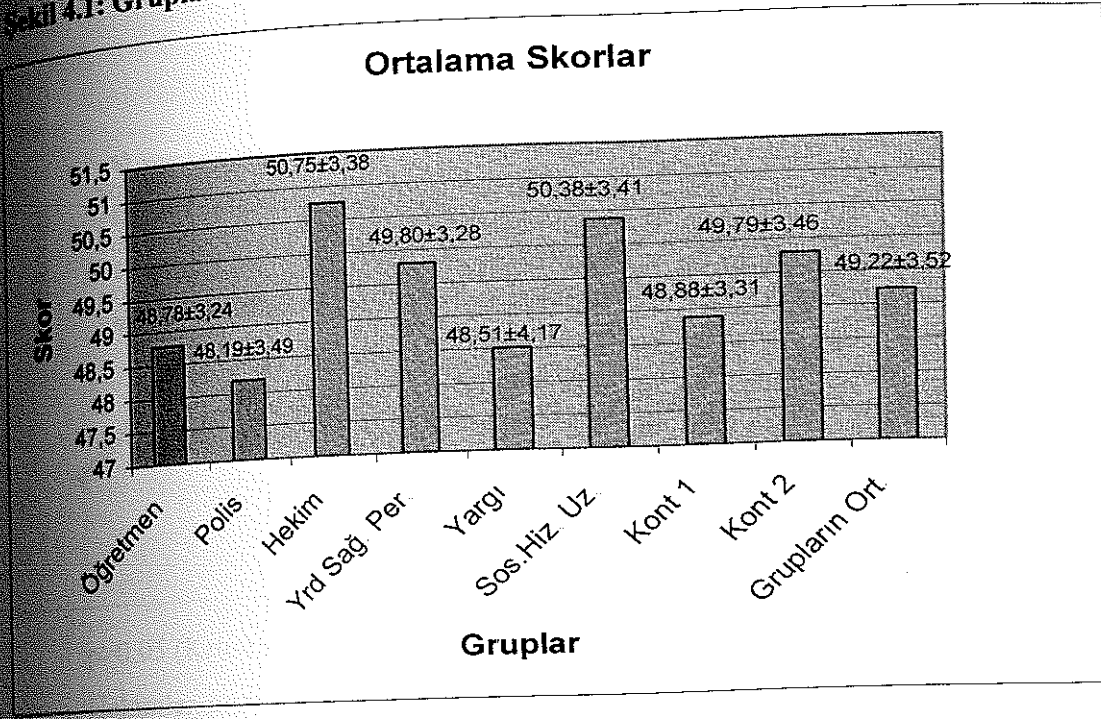
Çizelge 4.3: Grupların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları ortalama skorlar

Gruplar		Skorlar
Cinsiyet*	Erkek	48,68 ± 3,53
	Kadın	49,71 ± 3,45
Eğitim*	Üniversite mezunu	49,47 ± 3,53
	Lise ve altı	48,57 ± 3,42
Medeni hal *	Bekar	49,74 ± 3,74
	Evli	49,04 ± 3,44
	Eşinden ayrı	49,51 ± 3,53
Yaş*	18-30	49,76 ± 3,63
	30-39	49,30 ± 3,61
	40-60	48,67 ± 3,26
Çocuk sayısı *	Hiç	49,70 ± 3,76
	Bir	49,42 ± 3,30
	İki	48,77 ± 3,46
	Üç	48,61 ± 3,19
	Dört ve üzeri	48,12 ± 3,24
Kardeş sayısı*	Hiç	48,73 ± 3,98
	Bir	49,60 ± 3,44
	İki	49,34 ± 3,60
	Üç	49,38 ± 3,50
	Dört ve üzeri	48,88 ± 3,46

*p<0,05 (Anova varyans analizi)

Gruplar incelendiğinde en yüksek skoru 50,75 ± 3,38 ile hekim grubunun aldığı, ikinci en yüksek skorun ise 50,38 ± 3,41 ile sosyal hizmet uzmanı grubunda olduğu görülmüştür. En düşük puanlar ise 48,19 ± 3,49 ile polis grubu ve 48,51 ± 4,17 ile yargı grubunda alınmıştır (Şekil 4.1).

Şekil 4.1: Grupların aldığı skorların ortalamaları

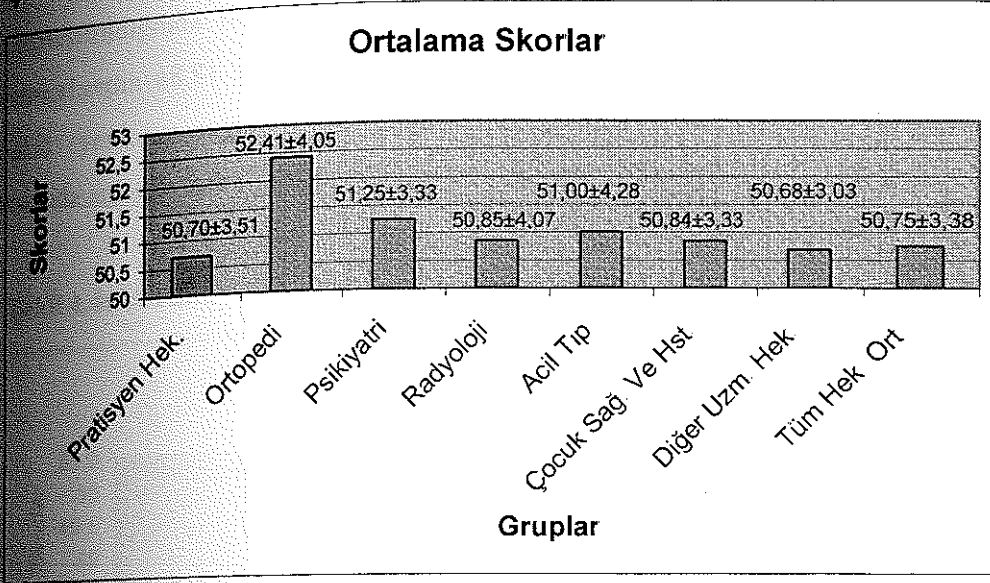


$P < 0,05$ (Kruskal-Wallis)

Grupların aldığı skorlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Benzer şekilde kontrol grupları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Hekimler kendi aralarında aldıkları skorlar açısından karşılaştırıldığında, en yüksek skoru $52,41 \pm 4,05$ ile ortopedistler ve $51,25 \pm 3,33$ ile psikiyatristlerin aldığı ve en düşük skoru ise $50,68 \pm 3,03$ ile diğer uzman hekimler ve $50,70 \pm 3,51$ ile pratisyen hekimlerin aldığı gözlenmiştir (Şekil 4.2).

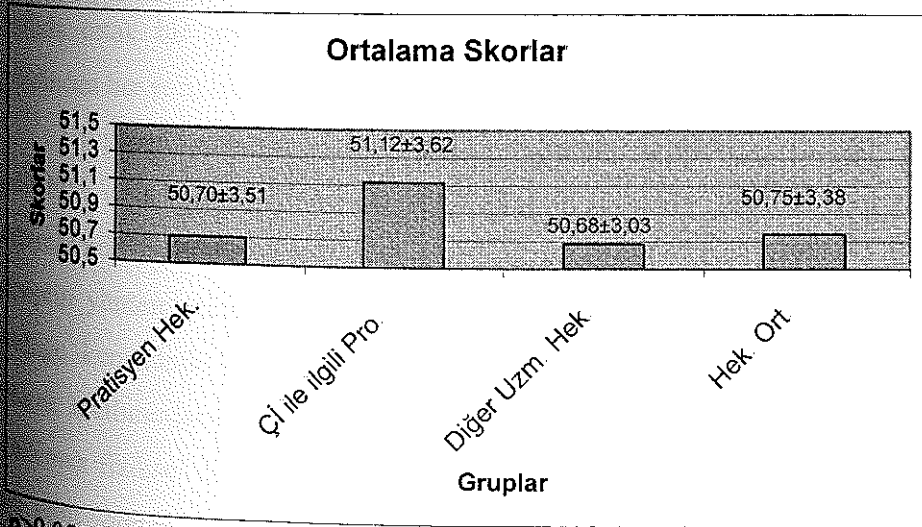
Şekil 4.2: Hekim grubunun aldığı skorların ortalamaları



$p>0,05$ (Kruskall-Wallis)

Hekimler pratisyen hekimler, çocuk istismarı ile ilgili profesyonel kabul edilen uzman hekimler (ortopedi, psikiyatri, radyoloji, acil tıp bilimler, çocuk hekimi) ve diğer uzman hekimler şeklinde 3 ayrı grup halinde incelendiğinde aldıkları skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Şekil 4.3).

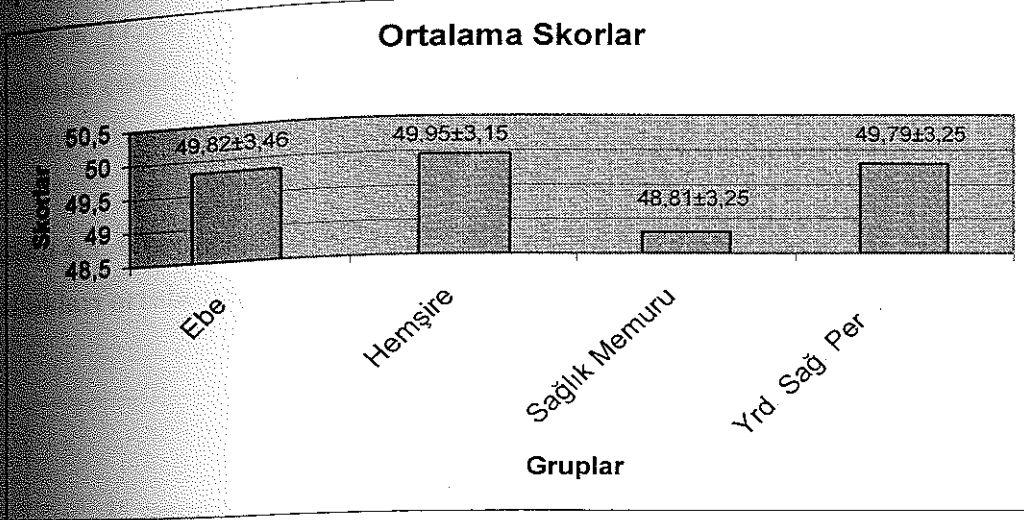
Şekil 4.3: Pratisyen hekim, çocuk istismarı ile ilgili profesyonel grupta olan hekimler ve diğer uzman hekimlerin aldıkları skorların ortalamaları



$p>0,05$ (Kruskall-Wallis)

Aynı şekilde yardımcı sağlık personeli aldıkları toplam skorlar açısından karşılaştırıldığında hemşirelerin $49,95 \pm 3,15$ ile en yüksek skora ve sağlık memurlarının $48,81 \pm 3,25$ ile en düşük skora sahip oldukları tespit edilmiştir. Fakat yardımcı sağlık personelinin aldıkları toplam skorlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Şekil 4.4).

Şekil 4.4: Yardımcı sağlık personeli grubunun aldığı ortalama skorlar



$p>0,05$ (Kruskal-Wallis)

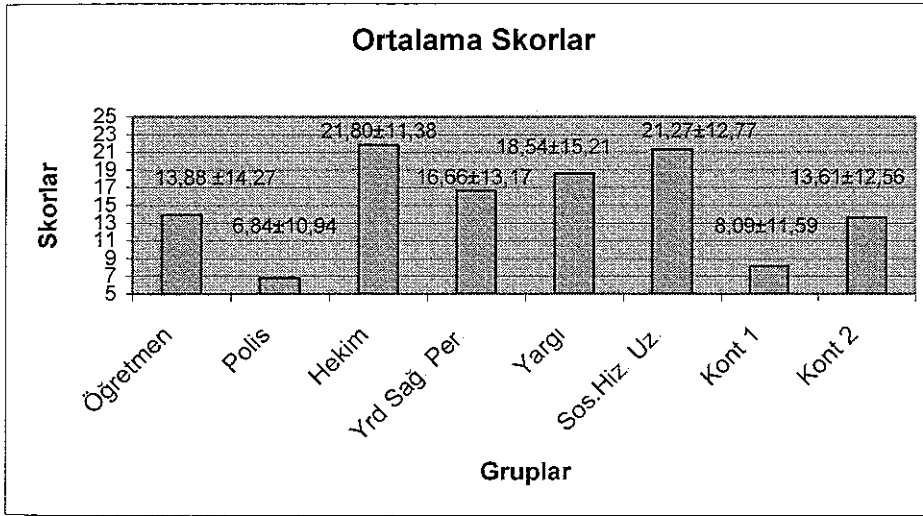
Bölüm I'de sorulan 43 soru ayrı ayrı ele alındığında her bir soru için verilen yanıtların farklı olduğu görülmüştür. Katılımcılar bölüm I'de sorulan hiç bir soruda ortak bir yanıt veremedikleri ve gruplar arasında yanıtların farklılığı yönünden her soru için istatistiksel anlamlılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$).

Grupların yanıtları incelendiğinde verilen disiplin yöntemlerinin kabul edilebilir veya kabul edilemez fiziksel disiplin yöntemi olmaları açısından ayırt edilmesinde fazla bir sorun olmadığı belirlenmiştir. Fakat bu kabul edilemez disiplin yöntemlerinin istismar olarak bildirilmesi gereken bir davranış biçimi olduğu konusunda bilgi yetersizliğini gösteren veriler elde edilmiştir. Örnek olarak katılımcıların 1787'si (%43,1) vurmak ve bir kemiğini kırmanın kabul edilemez fiziksel disiplin yöntemi olduğunu, 2340'ı (%56,4) ise kabul edilemez ve aynı zamanda istismar olarak bildirilmesi gereken bir disiplin yöntemi olduğunu söylemişlerdir. Katılımcıların 4127'si (%99,5) belirtilen davranışın uygun olmadığı konusunda görüşleri olmasına rağmen, %43,1'lik bölümünün bu

davranışın yetkililere istismar olarak bildirilmesi gerektiğini belirtmedikleri görülmüştür.

Anketten alınabilecek maksimum puan 86 iken katılımcıların bildirim ile ilgili olan C seçeneğinden alabilecekleri maksimum puan 50'dir. Grupların bildirim ile ilgili C seçeneğinden aldıkları skorlar incelenmiştir. Hekim grubu ($21,80 \pm 11,38$) ile sosyal hizmet uzmanı grubu ($21,27 \pm 12,77$) ile en fazla skorları alan grupları oluşturmuştur. Polis grubu ($6,84 \pm 10,94$) ve kontrol I grubu ($8,09 \pm 11,59$) ile en düşük skorları alan grupları oluşturmuşlardır. Gruplar arasında çocuk istismarının bildirimi yönünden belirgin farklılık vardı ($F:93,04$, $p<0,05$) (Anova) (Şekil 4.5).

Şekil 4.5: Grupların çocuk istismarının bildirimi ile ilgili olan C seçeneğinden aldıkları ortalama skorlar



$p<0,05$, $F:93,04$ (Anova)

Bölüm II'de katılımcıların çocuklara uygulayabilecekleri veya çocukluklarında kendilerine uygulanmış olabilecek disiplin yöntemleri hakkındaki düşünceleri öğrenilmeye çalışılmıştır.

4.3. Grupların çocukluklarında kendilerine uygulanmış olabilecek fiziksel disiplin yöntemleri

Çocukluklarında fiziksel istismara uğrama oranlarına (bölüm II soru 5 a) bakıldığında 1214 kişi (%29,3) evet ve 2671 kişi (%64,4) hayır ve 262 kişi (%6,3) kararsız yanıtını vermiştir. Gruplar incelendiğinde %33,2 ile yardımcı sağlık personeli ve %33,1 ile polis grubunun yüksek oranda çocukluklarında istismara uğradığını belirten gruplar olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4 : Katılımcıların çocukluklarında fiziksel olarak hırpalanma oranları

Gruplar	Evet		Hayır		Kararsız	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Öğretmen	305	31,5	604	62,3	60	6,2
Polis	262	33,1	480	60,6	50	6,3
Hekim	158	25,1	430	68,4	41	6,5
Yrd.sağ.per.	202	33,2	375	61,6	32	5,3
Yargı	68	22,6	217	72,1	16	5,3
Sos.hiz. uz.	7	15,9	33	75	4	9,1
Kontrol I	121	30,2	245	61,1	35	8,7
Kontrol II	91	22,6	287	71,4	24	6
Toplam	1214	29,3	2671	64,4	262	6,3

$p < 0,05$ (Pearson kıkare)

Katılımcıların %29,3'ü çocukluklarında fiziksel olarak istismar edildiğini düşünmekte iken Çizelge 4.6'da gösterilmiş olan yanıtlarda katılımcıların %52,3'ü yüzlerine vurulduğunu, %37,8'i kendilerine cisimle vurulduğunu belirtmişlerdir. Bu davranışlar bugün için geçerli kavramsal çerçevede çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir ve bu verilere daha sonra değinilecektir.

Katılımcılara fiziksel şiddete yönelik olarak çocukluk döneminde büyükleri tarafından kaç kez vurulduğu (bölüm II soru 6) sorulmuştur. Katılımcıların 1750'si (%42,2) 1-5 kez vurulduğunu belirtmiş ve 1-5 kez vurulanlar içinde sosyal hizmet uzmanları %59,1 (n:26) ile en fazla vurulan grubu oluşturmuştur. Katılımcıların %21'i ise 20'den fazla vurulduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 4.5).

Vurulma sayısı açısından gruplar arasında fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Pearson kıkare).

Çizelge 4.5: Katılımcıların çocukluklarında kendilerine büyükler tarafından vurulma sayıları ve oranları

Çocukluklarında vurulma sayısı	n	%
Hiç	818	19,7
1-5 kez	1750	42,2
6-10 kez	469	11,3
11-20 kez	240	5,8
20'den fazla	870	21
Toplam	4147	100

Çocukluk döneminde katılımcılara açık el (Bölüm II 2, a) ile şiddet uygulanıp uygulanmadığı araştırılmıştır. Toplam katılımcıların %74,1'ine (n:3075) çocukluğunda açık el ile vurulduğu, %24,5'una (n:1017) açık el ile vurulmadığı ve %1,3'ünün (n:55) kararsız olduğu görülmüştür. Hekimler %79,7 (n:501) ile en fazla açık el ile vurulan grup, polisler ise %70,8 ile en az açık el ile vurulan grup olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.6).

Katılımcılara çocukluklarında kemer ile fiziksel şiddet uygulanma (bölüm II soru 2, b) ile ilgili sorulan sorunun yanıtları incelendiğinde 3873 kişinin (%93,4) kemer ile dayak yemediği, 245 kişi (%5,9) kemer ile dayak yediği ve 29 kişinin (%0,7) kararsız olduğu görülmüştür. Polislerin %8,5 oranı ile gruplar içinde en fazla kemer ile dayak yiyen grup olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$) (Pearson kıkare).

Sopa ile dayak yeme (bölüm II soru 2, c) oranlarına bakıldığında katılımcıların 3194 kişi (%77) sopa ile dayak yememiş, 917 kişi (% 22,1) sopa ile dayak yemiş ve 36 kişi (%0,9) kararsızım yanıtını vermiştir. Gruplar içinde %26,3 ile öğretmen grubu çocukluğunda en fazla sopa ile dayak yiyen grubu oluşturmuştur ($p<0,05$) (Pearson kıkare).

Ev eşyası ile dayak yeme (bölüm II soru 2, d) oranları incelendiğinde, 3155 katılımcı (%76,2) ev eşyası ile dayak yemiş, 932 kişi (%22,5) ev eşyası ile dayak yememiş ve 57 kişi (%1,4) kararsız olduğunu belirtmiş. Hekimler %32,6 ile ev eşyası ile en fazla dayak yiyen grubu oluşturmuştur ($p<0,05$) (Pearson kıkare).

Tel-sicim ile dayak yeme (bölüm II soru 2, e) oranları sorulduğunda, 3966 kişi (%95,6) tel-sicim ile dayak yemediğini, 139 kişi (%3,4) bunlarla dayak yediğini ve 57 kişi (%1) ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Öğretmenler %5,1 ile tel-sicim ile en fazla dayak yiyen grubu oluşturmuştur ($p<0,05$) (Pearson kıkare).

Verilen seçeneklerden daha farklı bir cisimle (bölüm I soru 2, f) fiziksel istismara uğrayıp uğramadıkları sorulmuş ve 62 kişi (%1,5) değişik cisimlerin ismini vermiştir. Gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p:0,22$) (Pearson kıkare).

Grupların açık el veya herhangi bir cisimle çocukluk döneminde dayak yeme oranları Çizelge 4.6'da sunulmuştur. Buna göre herhangi bir cisimle en fazla dayak yiyen grubu hekimler oluşturmuştur (%45,8). Aynı grupların vücutlarının hangi bölgesine vurularak dayak yedikleri de sorgulanmış ve aynı çizelgede bunlar da özetlenmiştir.

Bölüm III soru 4 a, b, c, d, e seçenekleri ile katılımcıların çocukluklarında vücutlarının hangi bölgelerine vurulmuş olduğu sorgulanmıştır.

Çocukluklarında kalçalarına yönelik şiddet uygulanıp uygulanmadığı (soru 4, a) sorulduğunda katılımcıların 2038'i (%49,1) kalçalarına fiziksel şiddet uygulanmış, 2020'si (%48,7) uygulanmamış ve 89'u kararsız olduğunu belirtmiştir. Yargı çalışanları %55,5 ile en fazla evet ve öğretmenler %59,8 ile en fazla hayır yanıtını vermişlerdir ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.6).

Yüze uygulanan şiddet (soru 4, b) araştırıldığında çocukluklarında 2167 kişinin (%52,3) yüzüne şiddet uygulanmış, 1932 kişinin (%46,6) yüzüne şiddet uygulanmamış ve 48 kişi (%1,1) kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu soruya %49,7 ile polis grubu en fazla hayır ve %57,5 ile yargı grubu en fazla evet yanıtını vermişlerdir ($p:0,45$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.6).

Katılımcıların çocukluklarında ellerine vurulma oranları da (soru 4, c) araştırılmıştır. Katılımcıların 2237'si (%53,9) hayır, 1859'u evet (%44,8) ve 51'i (%1,2) kararsız yanıtını vermişlerdir. Gruplar incelendiğinde hekimler %52,6

oranıyla en fazla evet yanıtını ve sosyal hizmet uzmanı grubu %75 oranıyla en fazla hayır yanıtını vermiştir ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.6).

Çocukluklarında katılımcıların bacaklarının ön tarafına vurulup vurulmadığı (soru 4, d) sorgulandığında, 3478 kişi (%83,9) hayır, 596 kişi (%14,4) evet ve 73 kişi (%1,8) kararsızım demiştir. Sosyal hizmet uzmanı grubu %90,9 ile en fazla hayır yanıtını ve %18,2 ile yardımcı sağlık personeli en fazla evet yanıtını vermiştir ($p:0,094$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.6).

Katılımcıların çocukluklarında sırt bölgesine vurulma oranları (soru 4, e) araştırılmıştır. Bu soruya 3372 kişi (%81,3) hayır, 697 kişi (%16,8) evet ve 78 kişi ise (1,9) kararsızım yanıtını vermiştir. Gruplara bakıldığında %90,9 ile sosyal hizmet uzmanı grubu en fazla hayır ve %19 ile yardımcı sağlık personeli en fazla evet yanıtını verdiği gözlenmiştir ($p:0,055$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6 : Grupların açık el veya cisimle dayak yeme oranları ve vücudun belirtilen bölgelerine vurulan katılımcıların oranları

Gruplar	Açık el %	Cisimle %	Kalça %	Yüze %	Eller %	Bacak ön taraf %	Sırt taraf %
Öğretmen	68,5	37,9	38,7	52	47,9	14,3	18,6
Polis	70,8	31,1	48,0	48,9	37,6	14,5	16,3
Hekim	79,7	45,8	54,1	54,5	52,6	14	17
Yrd.Sağ.Per.	77,3	35,5	49,5	54,4	43,8	18,2	19
Yargı	72,4	40,9	55,5	57,5	41,5	12	15,9
Sos.Hiz.Uz.	77,3	29,5	45,5	50	25	9,1	9,1
Kont. I	78,6	42,1	54,6	49,4	46,9	14,7	15,7
Kont. II	77,4	36,6	54,2	51,5	43,5	10,9	12,4
ORTALAMA	74,1	37,8	48,7	52,3	44,8	14,4	16,8
P	0,001	0,001	0,001	0,45	0,001	0,094	0,055

(Pearson kıkare)

Çalışmaya katılanlara okul dönemlerinde öğretmenleri tarafından tokat atılıp atılmadığı (soru 5, c) sorulmuştur. Bu soruda 2505 kişi (%60,4) evet, 1582 kişi (%38,2) hayır ve 60 kişi (%1,4) kararsız olduğunu belirtmiştir. Okulda öğretmenler tarafından en fazla tokat atılmış olan grup %72,9 ile polis grubu ve en az tokat atılan grup ise %47,7 ile sosyal hizmet uzmanı grup olarak belirlenmiştir ($p<0,01$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7: Grupların çocukluklarında okulda öğretmenleri tarafından tokat edilme oranları

Gruplar	Evet		Hayır		Kararsız	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Öğretmen	566	58,4	384	39,6	19	2
Polis	577	72,9	207	26,1	8	1
Hekim	384	61	240	38,2	5	0,8
Yrd.sağ.per.	318	52,2	281	46,1	10	1,6
Yargı	166	55,1	133	44,2	2	0,7
Sos.hiz. uz.	21	47,7	23	52,3	-	
Kontrol I	241	60,1	156	38,9	4	1
Kontrol II	232	57,7	158	39,3	12	3
Toplam	2505	60,4	1582	38,2	60	1,4

P<0,01 (Pearson kıkare)

4.4. Grupların çocuklara uygulayabilecekleri fiziksel disiplin yöntemleri

Eğer bir çocuğa vurulacaksa açık el (Bölüm II, 1, a) kullanılabilir mi sorusuna katılımcıların %45,7'si (n:1895) evet, %45,4'ü (n:1881) hayır ve %8,9'u (n:371) kararsızım yanıtını vermiştir. Gruplara bakıldığında %62,1 ile kontrol I grubunda en fazla evet yanıtı, %65,9 oranı ile sosyal hizmet uzmanı grubunda en fazla hayır yanıtı ve %12,6 ile yardımcı sağlık personeli grubunda en fazla kararsızım yanıtının verildiği görülmüştür (p<0,05) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.8).

Eğer çocuğa vurulacaksa hangi cisimler kabul edilebilir (bölüm II, 1, soru b, c, d, e, f) sorusuna tüm grupların verdiği yanıtlar incelendiğinde; kemer %98,6-100, sopa ya da çubuk %96,6-100, ev eşyası %91,8-100, tel-sicim için %98,4-100 arasında değişen oranlarda hayır yanıtları alınmıştır. Tüm gruplarda herhangi bir başka cisim önerenlerin oranı ise %0,8 gibi düşük düzeylerde kalmıştır Birinci soru irdelendiğinde 3851 kişinin (%92,9) hiçbir cisimle vurulmamalı ve 296 kişinin (%7,1) de herhangi bir cisimle vurulabilir yanıtını verdiği gözlenmiştir. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.8).

Bölüm II, 3 a, b, c, d, e seçeneklerindeki sorular ile fiziksel disiplin yöntemi olarak çocuğun hangi bölgelerine vurulabileceği irdelenmiştir.

Kalça bölgesine vurulabilir mi (Soru 3, a) sorusuna grupların tümüne bakıldığında 2083 kişi (%50,2) evet, 1889 kişi (%45,6) hayır ve 175 kişi (%4,2) kararsızım yanıtı vermiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.8).

Yüze vurulabilir mi (Soru 3, b) sorusuna tüm katılımcıların 3810'u (%91,9) hayır, 265'i (%6,4) evet ve 72'si (%1,7) kararsızım yanıtı vermiştir. Kontrol I grubu %13 ile en fazla evet ve yardımcı sağlık personeli %94,4 ile en fazla hayır yanıtı vermişlerdir ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.8).

Fiziksel disiplin yöntemi olarak ellere vurulabilir mi (soru 3, c) sorusuna verilen yanıtlarda katılımcıların 2695'i (%65) hayır, 1337'si evet (%33,2) ve 115'i (%2,8) kararsızım yanıtını vermiştir. Sosyal hizmet uzmanları %81,8 ile en fazla hayır ve hekimler %42,1 ile en fazla evet yanıtını vermişlerdir ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.7).

Bacağın ön tarafına vurulabilir mi (soru 3, d) sorusuna 3830 kişi (%92,4) hayır ve 237 kişi (%5,7) evet ve 80 kişi (1,9) kararsızım yanıtını vermiştir. Sosyal hizmet uzmanları %95,5 ile en fazla hayır ve hekimler %9,4 ile en fazla evet yanıtını vermişlerdir ($p<0,05$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.8).

Sırt bölgesine vurulabilir mi sorusuna (soru 3, e) katılımcıların 3976'sı (%95,6) hayır, 109'u (%2,6) evet ve 62'si (%1,5) kararsızım yanıtını vermiştir. Yardımcı sağlık personeli %96,9 ile en fazla hayır ve sosyal hizmet uzmanı grubu %4,5 ile en fazla evet yanıtını vermiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p:0,065$) (Pearson kıkare) (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8: Grupların açık el ve cisimle vurulabilir yanıtları ve belirtilen bölgelere vurulabilir yanıtlarının oranları

Gruplar	Açık el %	Cisimle %	Kalça %	Yüz %	Eller %	Bacak ön taraf %	Sırt %
Öğretmen	31,6	6	33,7	4,2	24,3	4,1	2,2
Polis	48,1	6,8	53,4	7,7	24,2	3,8	2,3
Hekim	51,7	5,9	54,8	5,6	42,1	9,4	3,5
Yrd.Sağ.Per.	47,9	8	53,2	3,8	37,3	5,9	2,3
Yargı	42,2	5	45,8	7,6	33,6	6,6	3,3
Sos.Hiz.Uz.	22,7	0	31,8	7,1	13,6	2,3	4,5
Kontrol I	62,1	12	57,1	13	39,2	8,2	4,2
Kontrol II	51	8,7	60,9	7	38,3	4,5	1,2
ORTALAMA	45,7	7,1	50,2	6,4	33,2	5,7	2,6
p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,065

(Pearson kikare)

Evde çocuğun davranışının fiziksel yöntemlerle değiştirilmesinin etkili bir yol olduğuna inanılması (soru 5, b) konusunda 287 kişi (%6,9) evet, 3650 kişi (%88) hayır ve 210 kişi (%5,1) kararsızım yanıtını vermiştir. Gruplar incelendiğinde sosyal hizmet uzmanlarının %95,5 ile en fazla hayır ve polis grubunun %12,5 ile en fazla evet yanıtını verdiği gözlenmiştir ($p<0,01$) (Pearson kikare) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9 : Grupların bir çocuğun davranışını değiştirmek için evde bedensel ceza uygulanmasının etkili olduğu konusu ile ilgili düşünceleri

Gruplar	Evet		Hayır		Kararsız	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Öğretmen	27	2,8	893	92,2	49	5,1
Polis	99	12,5	662	83,6	31	3,9
Hekim	33	5,2	563	89,5	33	5,2
Yrd.sağ per.	40	6,6	546	89,7	23	3,8
Yargı	16	5,3	271	90	14	4,7
Sos.hiz. uz.	1	2,3	42	95,5	1	2,3
Kontrol I	49	12,2	320	79,8	32	8
Kontrol II	22	5,5	353	87,8	27	6,7
Toplam	287	6,9	3650	88	210	5,1

$P<0,01$ (Pearson kikare)

Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanan ve hırpalanmayan katılımcıların çocuğun evde davranışını değiştirmek için bedensel cezanın etkili bir yol olduğuna inanma ile ilgili düşünceleri değerlendirilmiştir. Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanan katılımcıların 173'ü (%14,3)'ü evde bedensel cezaya evet, 958'i (78,9) hayır ve 83'ü (%6,8) kararsızım şeklinde yanıt vermiştir. Grupların dağılımı Çizelge 4.10'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.10: Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanan katılımcıların evde çocuğun davranışını değiştirmek için bedensel cezanın etkili olduğu konusu ile ilgili düşünceleri

Gruplar	Evet		Hayır		Kararsız		p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Öğretmen	18	5,9	267	87,5	20	6,6	0,01
Polis	60	7,6	188	71,8	14	5,3	0,01
Hekim	20	12,7	127	80,4	11	7	0,01
Yrd.sağ.per.	28	13,9	160	79,2	14	6,9	0,01
Yargı	11	16,2	52	76,5	5	7,4	0,01
Sos.hiz. uz.	-		7	100	-		0,03
Kontrol I	29	24	81	66,9	11	9,1	0,01
Kontrol II	7	7,7	76	83,5	8	8,8	0,01
Toplam	173	14,3	958	78,9	83	6,8	0,01

Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanmayan deneklerin 99'u (%3,7) evde bedensel cezaya evet, 2482'si (92,9) hayır ve 90'ı (%3,4) kararsızım yanıtını vermiştir. Grupların dağılımı Çizelge 4.11'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.11: Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanmayan katılımcıların evde çocuğun davranışını değiştirmek için bedensel cezanın etkili olduğu konusu ile ilgili düşünceleri

Gruplar	Evet		Hayır		Kararsız		p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Öğretmen	9	1,5	578	95,7	17	2,8	0,01
Polis	36	7,5	345	90,6	9	1,9	0,01
Hekim	10	2,3	403	93,7	17	4	0,01
Yrd.sağ.per.	12	3,2	355	94,7	8	2,1	0,01
Yargı	4	1,8	205	94,5	8	3,7	0,01
Sos.hiz. uz.	-		32	97	1	3	0,03
Kontrol I	16	6,5	214	87,3	15	6,1	0,01
Kontrol II	12	12,5	17	70,8	27	6,7	0,01
Toplam	99	3,7	2482	92,8	90	3,4	0,01

Okulda çocuğun davranışının fiziksel yöntemlerle değiştirilmesinin etkili bir yol olduğuna inanma (soru 5, d) konusuyla ilgili olarak 332 kişi (%8) evet, 3584 kişi (%86,4) hayır ve 231 kişi (%5,6) kararsızım yanıtını vermiştir. Gruplar incelendiğinde sosyal hizmet uzmanlarının %97,7 ile en fazla hayır ve polis grubunun %14 ile en fazla evet yanıtını verdiği gözlenmiştir ($p<0,01$) (Pearson kıkare).

Çocukluğunda okulda öğretmenler tarafından bedensel ceza uygulanan öğretmenlerin; 34'ü (%6) okulda bedensel cezanın etkili bir yol olduğunu, 466'sı (%82,3) etkili bir yol olmadığını ve 66'sı (%11,7) kararsız olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 4.12) (Pearson kıkare).

Çizelge 4.12: Çocukluğunda okulda öğretmenleri tarafından tokat atılmış olan öğretmenlerin okulda bedensel ceza uygulanması konusu ile ilgili düşünceleri

Çocukluğunuzda size okulda bedensel ceza uygulandı mı?	Okulda bedensel ceza uygulaması etkin bir yol mudur?							
	Evet		Hayır		Kararsızım		Toplam	p
	(n)	%	(n)	%	(n)	%		
Evet	34	6	466	82,3	66	11,7	566	0,01
Hayır	13	3,4	349	90,9	22	5,7	384	0,01
Kararsızım	1	5,3	13	68,4	5	26,3	19	0,01
Toplam	48	5	828	85,4	93	9,6	969	0,01

(Pearson kikare)

(Pearson kikare)

Çocuğa vurulacaksa hangi yaşlarda başlanabilir sorusuna (bölüm II, 7) katılımcıların 2051'i (%49,5) hiç vurulmamalı yanıtını vermiştir. En fazla 1-3 yaşında vurulabilir yanıtı %15,3 polis grubundan alınırken 4-6 yaş grubu için en fazla vurulabilir yanıtı %22,1 ile kontrol II grubundan, 7-10 yaşları için %24,9 ile kontrol I grubundan ve 11-15 yaşları için %12,5 ile polis grubundan alınmıştır (Çizelge 4.13). Hiç vurulmamalı yanıtı ise en fazla %77,3 ile sosyal hizmet uzmanları tarafından verilmiştir ($p<0,05$) (Pearson kikare).

Çizelge 4.13: Katılımcıların eğer çocuğa vurulacaksa vurulmaya başlama yaşı ile ilgili verdikleri yanıtlar

Çocuğa vurulma yaşı	Katılımcıların yaşlara göre verdikleri yanıtların dağılımı		Yaşlara göre en fazla evet yanıtını veren gruplar	
	n	%	Grup	%
1-3 yaş	445	10,7	Polis	15,3
4-6 yaş	636	15,3	Kontrol II	22,1
7-10 yaş	740	17,8	Kontrol I	24,9
11-15 yaş	275	6,6	Polis	12,5
Diğer (hiç)	2051	49,5	Sos.hiz.üz.	77,3
Toplam	4147	100		

$P<0,05$ (Pearson kikare)

Eğer bir çocuğa vuruluyorsa hangi yaşlarda bundan vazgeçilmeli sorusuna (bölüm II, 8) katılımcıların 1708'i (%41,2) hiçbir şekilde vurulmamalı yanıtını vermiştir (Çizelge 4.14). Katılımcıların ikinci sıklıkla verdikleri yanıt %24,8 ile 11-15 yaş arasında çocuğa vurulmaktan vazgeçilmelidir yanıtı olmuştur. Sosyal hizmet uzmanı grubu %77,3 ile hiç vurulmamalı yanıtını veren grup olmuştur. Kontrol I grubu 7-10 yaş ve 11-15 yaş arası en fazla vurulmaktan vazgeçilmeli yanıtını veren grubu oluşturmuştur. Polis grubu %24 ile (n:190) en fazla 15 yaş sonrası vurulmaktan vazgeçilmeli yanıtını vermiştir ($p<0,05$) (Pearson kıkare).

Çizelge 4.14: Katılımcıların eğer çocuğa vuruluyorsa vurmaktan vazgeçme yaşları ile ilgili verdikleri yanıtlar

Vurmaktan vazgeçme yaşı	Katılımcıların yaşlara göre verdikleri yanıtların dağılımı		Yaşlara göre en fazla evet yanıtını veren gruplar	
	n	%	Grup	%
1-3 yaş	220	5,3	Öğretmen	7,3
4-6 yaş	160	3,9	Yrd.sağ.per	5,9
7-10 yaş	529	12,8	Kontrol I	18,5
11-15 yaş	905	24,8	Kontrol I	28,9
15 yaş üzeri	625	15,1	Polis	24
Diğer (hiç)	1708	41,2	Sos.hiz.uz.	77,3
Toplam	4147	100		

$p < 0,001$ (Pearson kıkare)

Eğer çocuğa vurulacaksa vurma sayısı kaç defa ile sınırlandırılmalıdır (bölüm II, 9) sorusuna katılımcıların yarından fazlasını oluşturan %54,4'ü (n:2258) 1 kez yanıtını vermiştir (Çizelge 4.15). Sosyal hizmet uzmanları grubu %54,5 (n:24) ile en fazla hiç yanıtını veren grubu oluşturmuştur. En fazla 1 kez vurulmalı yanıtı %60,7 ile (n:244) kontrol 2 grubu vermiştir. En fazla 2 kez vurulmalı yanıtı %20,9 (n:84) ile kontrol 1 grubu ve yine en fazla 3 kez vurulmalı yanıtı %7,7 (n:31) kontrol 1 grubundan gelmiştir. Oranlar düşük olmakla beraber 3 kez vurulabilir yanıtı %1,3 (n:10) ile polisler ve 5 ve daha fazla vurulabilir yanıtı %1,7 (n:7) ile kontrol 1 grubu tarafından verilmiştir ($p<0,05$) (Pearson kıkare).

Çizelge 4.15: Katılımcıların çocuğa vurulacaksa vurulma sayısı kaç ile sınırlı olmalı sorusuna verdikleri yanıtlar

Çocuğa vurulma sayısı	n	%
1 kez	2258	54,4
2 kez	483	11,6
3 kez	151	3,6
4 kez	27	0,7
5 ve üzeri	28	0,7
Diğer (hiç)	1200	28,9
Toplam	4147	100

$P < 0,05$

Ayrıca çocukluğunda vücutlarının belirli bölgelerine fiziksel şiddet uygulanan kişilerin aynı bölgeler için fiziksel istismar uygulama düşünceleri karşılaştırılmıştır. Burada açık el veya herhangi bir cisim kullanılması açısından sınıflama yapılmamıştır. Grupların daha çok kalça ve ellere vurulmasını tercih ettikleri, daha düşük oranlarda ise yüz ve sırt bölgelerine vurulabileceğini söyledikleri gözlenmiştir (Çizelge 4.16, Çizelge 4.17).

Çocukluklarında vücudunun belli bir bölümüne şiddet uygulanan katılımcılar uygulanmayanlara göre daha yüksek oranda aynı bölgelere şiddet uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Örneğin çocukluklarında kalça bölgelerine vurulmayan öğretmenlerin %27,6'sı kalça bölgesine vurulabilir yanıtını verirken, çocukluğunda kalça bölgesine vurulan öğretmenlerin %63,7'si kalça bölgesine vurulabilir yanıtını vermiştir. Aynı şekilde çocukluklarında yüz bölgesine vurulmayan kontrol 2 grubu %1 oranında yüze vurulabilir yanıtını verirken, çocukluğunda yüzüne vurulan kontrol 2'deki katılımcıların %23,2'si yüze vurulabilir yanıtını vermişlerdir. Grupların dağılımları Çizelge 4.16 ve 4.17'de özetlenmiştir.

Çizelge 4.16 : Çocukluğunda fiziksel şiddete uğramayan katılımcıların vücudun değişik bölgeleri için şiddet uygulanmasına evet deme oranları

Gruplar	Kalça (%)	Yüz (%)	Eller (%)	Bacak ön taraf (%)	Sırt (%)
Öğretmen	27,6	1,5	15,3	5	1,9
Polis	32,8	2	12	2,4	1,4
Hekim	38,8	3,6	28,3	7,8	4,4
Yrd.sağ.per.	40	2,6	25,4	3,3	1,5
Yargı	33,1	3,2	16,6	3,5	2
Sos.hiz. uz	39,1	4,8	15,2	5	2,5
Kontrol I	41,9	3,6	22,7	6,3	2,4
Kontrol II	46,6	1	23,7	5,4	1,7

En sık katılımcıların kalça ve ellerine vurulmuştur. Benzer şekilde katılımcılar buralara vurulabileceğini söylemişlerdir (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.17: Çocukluklarında vücutlarının değişik bölgelerine fiziksel şiddet uygulanan katılımcıların aynı bölgeler için şiddet uygulanmasına evet deme oranları

Gruplar	Kalça (%)	Yüz (%)	Eller (%)	Bacak ön taraf (%)	Sırt (%)
Öğretmen	63,7	9,4	40,3	12,6	11,6
Polis	78,9	15,8	47,7	18	11,5
Hekim	78,3	11,4	60,8	36,9	13,1
Yrd.sağ.per.	74	8	58,9	22,6	9,2
Yargı	60,2	17	59,5	33,3	13,2
Sos.hiz. uz.	42,9	8,7	27,3	0	50
Kontrol I	73,8	23,2	61,3	27,5	18,9
Kontrol II	81,4	15,2	62,8	22,9	16,4

Bölüm II, 5'te sorulan 4 soruya puan verilerek evde fiziksel hırpalanma, evde bedensel cezanın etkin yol olduğuna inanma, çocukluğunda okulda

öğretmenleri tarafında tokat atılma ve okulda bedensel cezanın etkili yol olduğuna inanma soruları skorlanmıştır. Her soru için evet yanıtına 0, hayır yanıtına 2 ve kararsızım yanıtına 1 puan verilmiştir. Dolayısıyla her soru için grupların alabileceği minimum skor 0 ve maksimum skor 2'dir. Soru 5 a ve c seçeneğinden düşük skor alan gruplar çocukluklarında daha fazla fiziksel istismara uğramışlar ve öğretmenleri tarafından daha fazla tokat atılmıştır. Soru 5 b ve d seçeneklerinde bedensel ceza ile ilgili düşük skorlar bedensel cezayı onaylayanları ve yüksek skorlar onaylamayanları göstermiştir. Gruplar aldıkları ortalama skorlar üzerinden değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede skor oranı düştükçe bedensel ceza görme ve bedensel cezayı onaylama oranı artmaktadır.

Fiziksel hırpalanma ortalaması en düşük olan grup $1,27 \pm 0,92$ ile polis grubudur. Evde bedensel ceza ortalama skoru en düşük olan grup $1,67 \pm 0,68$ ile kontrol I grubu ve okulda bedensel ceza ortalama skoru en düşük olan grup $1,67 \pm 0,70$ ile polis grubudur. Okulda öğretmenleri tarafında tokat atılma skoru için $0,53 \pm 0,87$ ile polis grubu en düşük ortalamayı almıştır. Grupların sorulan dört soru için aldıkları skorlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$) (Anova testi) (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18 : Grupların bölüm II soru 5'te sorulan dört sorudan aldıkları skorlar ve standart deviasyonları

Gruplar		Fiziksel hırpalanma	Evde bed ceza	Okulda öğret tokat at	Okulda bed. ceza
	(n)	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD	Ort. $\pm$ SD
Öğretmen	969	$1,30 \pm 0,91$	$1,89 \pm 0,38$	$0,81 \pm 0,97$	$1,80 \pm 0,50$
Polis	792	$1,27 \pm 0,92$	$1,71 \pm 0,67$	$0,53 \pm 0,87$	$1,67 \pm 0,70$
Hekim	629	$1,43 \pm 0,86$	$1,84 \pm 0,48$	$0,77 \pm 0,97$	$1,84 \pm 0,49$
Yrd.sağ.per	609	$1,28 \pm 0,93$	$1,83 \pm 0,52$	$0,93 \pm 0,99$	$1,81 \pm 0,53$
Yargı	301	$1,49 \pm 0,83$	$1,84 \pm 0,48$	$0,89 \pm 0,99$	$1,85 \pm 0,49$
Sos.hiz. uz.	44	$1,59 \pm 0,75$	$1,93 \pm 0,33$	$1,04 \pm 1,01$	$1,95 \pm 0,30$
Kontrol I	401	$1,30 \pm 0,90$	$1,67 \pm 0,68$	$0,78 \pm 0,97$	$1,69 \pm 0,67$
Kontrol II	402	$1,48 \pm 0,83$	$1,82 \pm 0,50$	$0,81 \pm 0,96$	$1,82 \pm 0,52$
Toplam	4147	$1,35 \pm 0,90$	$1,81 \pm 0,54$	$0,77 \pm 0,96$	$1,78 \pm 0,57$
p		0,001	0,001	0,001	0,001

(Anova testi)

Fiziksel cezanın uygun yöntem olduğunu düşünen katılımcıların vurma sayısı, vurmaya başlama yaşı ve vurmaktan vazgeçme yaşı konusundaki düşüncelerinin korelasyonuna bakılmıştır (Çizelge 4.19) (Nonparametric correlation, spearsman's rho testi). Vurmaya başlama yaşı azaldıkça vurma sayısının arttığı ($r:-0,603$ $p<0,001$), vurmaktan vazgeçme yaşının ileriye kaydığı ($r:-0,682$ $p<0,001$) gözlenmiştir. Benzer şekilde vurma sayısı arttıkça vurmaktan vazgeçme yaşı ileriye kaymaktadır ($r: 0,647$ $p<0,001$).

Çizelge 4.19 : Fiziksel cezanın uygun disiplin yöntemi olduğunu düşünen katılımcıların vurma sayısı, vurmaya başlama yaşı ve vurmaktan vazgeçme yaşı konusundaki düşüncelerinin korelasyonu

	Vurma Sayısı		Vurmaya Başlama Yaşı		Vurmaktan Vazgeçme Yaşı	
	r	p	r	p	r	p
Vurma Sayısı	1	-	-0,603	0,000	0,647	0,000
Vurmaya başlanma yaşı	-0,603	0,000	1	-	-0,682	0,000
Vurmaktan vazgeçme yaşı	0,647	0,000	-0,682	0,000	1	-

Son olarak fiziksel cezanın uygun olduğunu düşünen ve kendisine küçükken vurulan bireylerin küçüklüklerinde kendilerine vurulma sayısı ile bugün kaç kez vurmanın uygun olduğu, buna kaç yaşında başlanabileceği ve kaç yaşında bırakılabileceği konusundaki görüşlerinin korelasyonuna bakılmıştır. (Çizelge 4.20) (Nonparametric correlation, spearsman's rho testi). Küçükken kendilerine vurulma sayısı arttıkça bugün çocuğa daha küçük yaşta vurulabileceğini ($r:-0,222$, $p<0,001$) bundan daha geç yaşta vazgeçilebileceğini ($r:0,255$, $p<0,001$) ve daha çok sayıda vurulmasının normal olabileceğini ($r:-0,266$, $p<0,001$) düşündükleri gözlenmiştir.

Çizelge 4.20 : Fiziksel cezanın uygun disiplin yöntemi olduğunu düşünen katılımcıların çocukken kendilerine vurulma sayısı ile bugün vurma sayısı, vurmaya başlama yaşı ve vurmaktan vazgeçme yaşı konusundaki düşüncelerinin korelasyonu

	Bugün verilecek fiziksel ceza ile ilgili görüşleri					
	Vurma Sayısı		Vurmaya Başlama Yaşı		Vurmaktan Vazgeçme Yaşı	
	r	p	r	p	r	p
Küçüklüğünde kendisine vurulma sayısı	0,266	0,000	-0,222	0,000	0,255	0,000

5. TARTIŞMA

Çocuklarla ilgili sağlık ve eğitim sorunları tarih boyunca ilgi çektiği halde hala istenilen çözümlere ulaşamamıştır. Bu sorunların en önemli nedenlerinden ve sonuçlarından biri olan çocuk istismarı ve ihmali her toplumda çeşitli şekillerde görülmektedir (173).

1960'larda dövülmüş çocuk sendromu adı altında fiziksel istismara yönelik olarak başlayan çalışmalar, 1970'lerde cinsel istismarın farkına varılması ve 1980'lerde duygusal istismarın da fiziksel ve cinsel istismar kadar önemli olduğunun anlaşılması ile çocuk istismarı ve ihmali bir sorun olarak ele alınmaya başlanmıştır.

Bugün DSÖ "çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen; bir yetişkin, toplum yada devlet tarafından bilerek yada bilmeyerek yapılan tüm davranışlar"ı çocuk istismarı olarak kabul etmektedir (3).

Günümüzde toplumların geleceğini ve gelişimini belirlemede önemli bir kaynak olan çocukların toplumun en değerli varlıkları olduğu gerçeği tüm dünyada kabul edilmektedir. Bu gerçek son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde çocuğun sağlığına, bakımına, eğitimine daha çok önem verilmesini, çocukların haklarını güvence altına alan yasaların çıkarılmasını ve çocuğun gelişimini destekleyen programların oluşturulmasını sağlamıştır. Ancak tüm bunlara rağmen dünyanın her ülkesinde çocuklar halen kendi ebeveynleri, yakınları ve çeşitli kurumlar tarafından uygulanan istismara maruz kalmaktadırlar (174).

Çocuğa kötü muamele, yaygın bir sosyal problem olarak kabul edilmemekle beraber toplumumuzda da var olan bir sorundur. Geleneksel Türk aile yapısında çocuk eğitiminde, çocuğa yönelik hoşgörüsüzlük, kızgınlık belirten sözler, çocuk dövme ana-babanın en doğal hakkı olarak görülmektedir. Bununla birlikte aile içi ilişkiler tabu olarak kalmakta ve çocuğa yönelik fiziksel, cinsel ve duygusal her türlü istismar ve ihmal aile içinde çözümlenmesi ve gizli kalması gereken bir durum olarak görülmektedir (175).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmaline ait bilgiler, polise, adliyeye, hastaneye veya basına yansıyan vakalarla sınırlı kalmakta ve bu vakalar çeşitli nedenlerle kayıtlara geçmemektedir. Gizli kalan ve müdahale edilmeyen her çocuk istismarı olgusu bu süreç kesintiye uğramadığı takdirde çocuğun bedensel,

duygusal ve sosyal sağlığı açısından olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Ayrıca istismarın çok iyi bilinen dngsel yapısı nedeniyle bir sonraki kuşağa da aktarılmaktadır.

Bu sürecin durdurulması, ancak istismara uğrayan çocukların erken tanınmasına ve rapor edilmesine bağlıdır. Bu ise konu ile ilgili profesyonel meslek gruplarının (hekim, yardımcı sağlık personeli, yargı çalışanları, ğretmen, polis ve sosyal hizmet uzmanları v.b) ocuk istismarı ve ihmali konusunu tüm yönleri ile bilmeleri durumunda mümkün olabilir. Ayrıca ocuk istismarının oluşmasının engellenmesi, oluştuğunda kısa sürede fark edilebilmesi, fark edildiğinde neler yapılacağının iyi bilinmesi önemlidir (176).

Çalışmamıza 3344 ocuk istismarı ile ilgili profesyonel olan ve 803 profesyonel olmayan katılımcı alındı. Katılımcıların %55,3' erkek ve 44,7'si kadınlardan oluşuyordu. Polisler erkek cinsiyet, yardımcı sağlık personeli ise kadın cinsiyet ağırlıklı ve diğer gruplarda ise birbirine yakın bir cinsiyet dağılımı vardı (izelge 4.2).

Çalışmamızın birinci bölümünde fiziksel disiplin yöntemleri ile ilgili sorulardan katılımcıların (n:4147) aldığı skor ortalaması $49,22 \pm 3,52$ olarak bulunmuştur. Kadınlara (n:1853) aldıkları ortalama skor $49,71 \pm 3,45$ ve erkeklerin (n:2294) aldığı ortalama skor $48,68 \pm 3,53$ olarak belirlenmiştir. Her ne kadar cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da rakamsal olarak bu fark $1,03 \pm 0,07$ puandır. Gruplar arasındaki bu çok küçük rakamsal farkların istatistiksel anlamlılığa ulaşması örneklem grubumuzun büyük olmasından kaynaklanmaktadır. Cinsiyetler arasında fark olmasının erkek veya kadın ağırlıklı meslek gruplarının skorlarını etkileyebileceği düşünülmüştür. Ayrıca kardeş sayılarının, ocuk sayılarının, yaşın, medeni hal ve eğitim durumunun alınan skorlarda etkili olduğu görülmüştür. Örneğin eğitim durumuna göre lise ve düşük eğitim düzeyi olanlar (n:1149) $48,57 \pm 3,42$ puan ve eğitim düzeyi yüksek okul olanlar (n:2998) $49,47 \pm 3,53$ puan almışlardır. Eğitim düzeyi yüksek okul olanların diğer eğitim düzeylerine göre daha fazla skora sahip olduğu görülmüş ve grupların alacağı skorlarda etkili bir faktör olabileceği düşünülmüştür (izelge 4.3).

Katılımcıların yaşları ortalaması $35,59 \pm 8,44$ olarak tespit edilmiştir. Öğretmenler yaş ortalaması $40,76 \pm 7,51$ ile en yaşlı grup ve yardımcı sağlık personeli ise $31,05 \pm 7,14$ yaş ortalaması ile en genç grubu oluşturmuşlardır. Yaş dağılımı 18-60 yaş arasında değişen katılımcıları 3 yaş grubuna ayırıp aldığı skorlara baktığımızda 18-30 yaş grubunun (n:1236) $49,76 \pm 3,63$, 30-39 yaş grubunun (n:1506) $49,30 \pm 3,61$ ve 40-60 yaş (n:1405) grubu ise $48,67 \pm 3,26$ puan aldığı görülmüştür (Çizelge 4.3). Yapılan çalışmalar genç ebeveynlerin çocuklarını daha fazla fiziksel olarak istismar ettiğini göstermektedir (24). Bizim çalışmamızda bu bilginin aksine daha genç yaştakilerin daha yüksek skorlara sahip olması genç grubumuzun yalnızca sahadan değil, profesyonellerden de oluşmasına bağlanabilir. Örneğin yardımcı sağlık personeli ile kontrol I grubu birbirine yakın yaş ortalamasına sahipken aldıkları skorlar arasında 1 puandan fazla fark vardır (Çizelge 4.3, Şekil 4.1).

Alınan skorlar karşılaştırıldığında hekim ve sosyal hizmet uzmanı grubunun skorlarının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu beklenen bir sonuç olarak görülebilir. Fakat bu grupların en yüksek skorları alması, konu ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu göstermemektedir. Sadece diğer gruplardan daha iyi oldukları söylenebilir. Dikkat çeken bir nokta yargı çalışanlarının ortalamasının altında olması ve en düşük skordardan birine sahip olmasıdır. Bu konuya daha sonra değinilecektir.

Hekim grubu en yüksek ortalama skora ($50,75 \pm 3,38$) sahip olan grubu oluşturmuştur. Bu sonucu eğitimleri sırasında konu ile ilgili daha fazla eğitim almaları ile açıklayabiliriz. Hekim grubunda meslek içi değerlendirmeye bakıldığında ortopedistlerin en yüksek skoru ($52,41 \pm 4,05$) aldıkları görülmektedir (Şekil 2). Ancak tüm örneklem grubumuzdaki toplam ortopedist sayısı 12'dir. Bu durumun ortopedi doktorları ile ilgili özel bir durumdan kaynaklandığı düşünülmemektedir. Ortopedi doktorlarının sayıca azlığı nedeniyle böyle bir sonuç çıkmış olabilir. Bu nedenle net bir çıkarım yapmak mümkün değildir.

Çalışmamızda pratisyen hekimlerin aldığı ortalama skor $50,70 \pm 3,51$ 'dir. Açık ve arkadaşlarının (177) yaptığı pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili çalışmalarında bizim çalışmamızda

olduğu gibi bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Çocuk istismarı ile ilgili bilgilerinin doğruluğu %4-93,7 arasında değiştiği görülmüştür. Pratisyen hekimlerin %20-33 oranında pediatrik hasta görmelerine rağmen çocuk istismarı tanı ve yönetiminin uygun şekilde yapması için gerekli bilgi düzeyleri çok düşük olduğu sonucuna varılmış ve bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir.

Hekim grubunda dikkat çekici sonuçlardan biri pratisyen hekimler ($50,70 \pm 3,51$) ile çocuk hekimleri ($50,84 \pm 3,33$) arasında alınan toplam skorlar arasında önemli bir farklılığın olmamasıdır (Şekil 4.2). Çocuk hekimleri ve pratisyen hekimler çocuk sağlığı izlemleri sırasında şüpheli lezyonları, aile içi dinamikleri, aile-çocuk ilişkisini en iyi gözlemleyebilecek olmaları nedeniyle önemli bir gruptur. Oral ve arkadaşlarının (178) 1995 yılında pratisyen hekim ve çocuk hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %51'inin çocuk istismarını, %41'inin fiziksel istismarı, %60'ının cinsel istismarı ve %65'inin duygusal istismarı bilmedikleri saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada bizim çalışmamızda olduğu gibi pratisyen hekimler ve çocuk hekimleri arasında çocuk istismarı konusunda belirgin bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonuç çocuk istismarı ve ihmal konusunda pediatri hekimlerinin temel eğitimlerinden sonra konu ile ilgili olarak bilgi düzeylerinde pek fazla bir değişiklik olmadığını düşündürmektedir.

Hekimler çocuk istismarı açısından; pratisyen hekimler ($50,70 \pm 3,51$), çocuk istismarı ile daha sık karşılaşma ihtimali olan profesyonel uzmanlık dallarında çalışan hekimler ($51,12 \pm 3,62$) (çocuk hastalıkları, radyoloji, ortopedi, acil tıp v.b) ve çocuk istismarı ile çok fazla karşılaşma ihtimali olmayan diğer uzman hekimler ($50,68 \pm 3,03$) (anestezi ve reanimasyon, üroloji, dahiliye v.b) olarak üç bölüme ayrılabilir. Bu şekilde ayrılan ve karşılaştırılan gruplar arasında da önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (Şekil 4.3).

Woolf ve arkadaşlarının (179) çalışmasında çocuk uzmanları, aile hekimleri ve cerrahi uzmanlar arasında çocuk istismarı tanınması ve yönetimi konusunda bilgi ve yaklaşım eksikliği saptanmıştır.

Armstrong ve Wood (180) tarafından Avustralya'da yapılan çalışmada doktorların fiziksel çocuk istismarı bulgu, semptom, ve prognoz hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir.

US Air Force acil doktorları, aile hekimleri ve pediatri doktorlarının alındığı çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili çalışmada Lawrence ve Brenner (181) düzenlenen bildirim raporları ile mezuniyet sonrası eğitim arasında bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olarak sürekli tıp eğitiminin olumlu katkısı başka çalışmalarda da gösterilmiştir. Sonuç olarak hekimlerin çocuk istismarının tanısı ve yönetimini yeterince bilmemesi pek çok ülkede karşılaşılan bir durumdur. Bunun hizmet içi eğitim ve kolaylaştırılmış bildirim sistemi ile çözümlenebileceğini gösteren pek çok çalışma vardır. Ülkemizde pediatri uzmanlık derneklerinin konuya eğilmesi Neonatal Resüsitasyon Programı'nda (N.R.P.) olduğu gibi standart eğitim ve sertifikasyon programlarının geliştirilmesi konunun çözümüne katkı sağlayabilir.

Yardımcı sağlık personellerinin aldığı ortalama skor $49,95 \pm 3,15$ 'dir ve hekimlerin aldığı toplam skorun 1 puan altındadır. Yardımcı sağlık personelinin aldığı skorlar grup içinde karşılaştırıldığında ebe ($49,82 \pm 3,46$) ve hemşirelerin ($49,95 \pm 3,15$) birbirine çok yakın skorlar aldığı, fakat sağlık memurlarının ($48,81 \pm 3,25$) daha düşük skora sahip olduğu görülmüştür (Şekil 4.4). Her iki grup arasında eğitim düzeyleri ve konu ile ilgili mesleki, hizmet içi eğitim arasında fark olmamasına rağmen alınan skorlardaki bu farkın ortaya çıkmasında çalışmamızda sağlık memuru sayısının az olması ve grubun ağırlıklı olarak erkeklerden oluşması etkili olabilir. Konu ile ilgili ülkemizde yapılan, çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanımlamada hemşire ve ebelerin bilgi düzeylerini ölçen çalışmada, hemşirelerin %76,9'unun okul öğrenimleri sırasında konu ile ilgili eğitim almadıkları tespit edilmiştir (182).

Finlandiya'da üniversite hastanesinde çalışan pediatri doktorları ve hemşirelerini içeren bir çalışmada katılanların %60'nın fiziksel çocuk istismarı ve ihmali hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları fiziksel çocuk istismarının tanı ve yönetimi hakkında ilave eğitim desteğine ihtiyaçları olduğu tespit edilmiştir (183).

Çocuk istismarı ile ilgili özel bir grup olan ve birincil görevlerinden biri çocuk istismarı ve ihmali olan sosyal hizmet uzmanlarının aldığı ortalama skor $50,38 \pm 3,41$ olarak bulunmuştur. Genel grup ortalamalarının üzerinde olması beklenen bir durum iken hekim grubundan daha düşük bir skora sahip olması

dikkat çekmiştir (Şekil 4.1). Çocuk istismarı ve ihmali sosyal hizmetin temel alanlarından “aile ve çocuk refahı” içerisinde yer almaktadır. Ülkemizde yasal olarak tek yetkili kurum olan SHÇEK’in maddi kaynak ve uzman personel eksikliği devam etmektedir. Türkiye’de halen sosyal hizmet uzmanı yetiştiren tek bir okul vardır. Ancak sosyal hizmet uzmanlarının düşük skor almasında “kabul edilebilir” disiplin yöntemlerini “kabul edilemez” saymaları da etkili olmuştur.

Yargı grubu $48,51 \pm 4,17$ ile ortalamanın altında ve polis grubundan sonraki en düşük skora sahiptir (Şekil 4.1). Bu konunun araştırılıp eksikliklerin biran önce giderilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Yargı çocuk istismarı ve ihmaliinde mahkemeye yansıyan olaylarda son kararı verecek olan yerdir. Yargı çalışanları ile ilgili olarak çocuk istismarı açısından yapılmış bir çalışma yoktur. Bu konuda bir fikir edinebilmek için verilen mahkeme kararları incelenebilir. Yargıtay’ın tecavüze uğrayan bir kız çocuğu için verdiği karar örnek verilebilir. Yargıtay 5. Ceza Dairesi 13 yaşındaki bir kız çocuğa tecavüz edilme davasının temyiz görüşmesinde; “kendisine yönelik eylemlerin umumi yerlerde yapılmasına rağmen çocuğun kimseden yardım istemediği” ve “uzun süre kimseye söylemediği” belirtilerek suçun “rıza dayalı” işlendiği yargısına varılmış ve sanığın cezasında indirimle gidilmiştir (184). Fakat burada çocuğun suskun kalmasının, korkmasının ve çevresine söylememesinin çocuk istismarı olgularının temel özelliklerinden olduğunun bilinmemesi bu tür yanlış kararların alınmasına neden olabilmektedir. Yargı çalışanlarının konu ile ilgili eğitim durumları ve hizmet içi eğitim konularının çocuk istismarı açısından yeniden gözden geçirilmesi uygun olabilir.

Ayrıca yasal eksiklikler ve yasal sürecin sıklıkla çok belirgin olgularda başlatılması yargı çalışanlarının daha yüksek istismar düzeyini kabul edilemez algılamasına neden olabilir. Çocuk istismarı ile ilgilenen hakim ve savcılarda dahil olmak üzere yargı çalışanlarının konu ile ilgili kanuni yetersizliklerde göz önüne alınarak eğitilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Polisler çalışmamızda en düşük skora ($48,19 \pm 3,49$) sahip grubu oluşturmuştur. Aynı zamanda bireysel olarak en düşük skor (32) bu grupta alınmıştır. Bu sonuçta etkili faktörler eğitim düzeyinin diğer gruplara göre düşük ve erkek ağırlıklı olmasına bağlanabilir. Ayrıca polis grubu çocukluğunda fiziksel

olarak en çok hırpalanan iki gruptan biridir (Çizelge 4.4 ve 4.7). Benzer eğitim düzeyine sahip olan kontrol I grubu ($48,88 \pm 3,31$) ile benzer skorlar almışlardır. Çalışmamızda polis grubunda 32 kişinin ortaokul (%4,1), 538 kişinin lise (%67,9) ve 222 kişinin (%28) yüksek okul veya üniversite mezunu olduğu görülmüştür.

Polislerin eğitim durumları ile ilgili 1998 yılında yapılan bir çalışmada eğitim düzeylerinin artması ile beraber çocuk istismarı konusundaki bilgi düzeylerinin de arttığı görülmektedir (185). Polislerin eğitim durumları ile çocuk istismarı hakkındaki bilgi düzeyleri arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada polislerin %2'sinin ilkokul, %5,1'nin ortaokul, %67,8'inin lise, %15,1'nin yüksek okul mezunu olduğu gözlenmiştir ve bizim çalışmamızda da benzer eğitim düzeyleri vardı (185).

Aynı çalışmada polislerin %87,5'unun çocuk istismarı konusunda önceden eğitim almadıkları ve sadece %12,5'unun eğitim aldığı bulunmuştur. Çocuk istismarı ile ilgili eğitim aldıklarını belirtenler ile belirtmeyenler arasında alınan puanlar açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Polislerin çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi düzeyleri incelendiğinde yarısından fazlasının çocuğun fiziksel istismarı, cinsel istismar ve duygusal istismarı tanımlayamadığı ve %38,2'sinin ise çocuk ihmalini tanımlayamadığı görülmüştür (185).

Buna göre polislerin yarısından fazlasının çocuk istismarını tanımlayamaması bu konudaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu yönünde dikkat çekici olup, konu ile ilgili mesleki ve hizmet içi eğitim programları planlanması konusunda uyarıcı niteliktedir.

Dünyada polislerin konuya ilişkin duyarlılıklarını, bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla bir çok çalışma yapılmıştır. Davey ve Hill'in (186) yaptığı çalışmada polis memurlarının çocuk istismarı ile ilgili eğitim düzeylerinin, konu ile ilgilenen diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Cheung (187) Hong Kong'da polisler ve sosyal hizmet uzmanlarını karşılaştırdığı çalışmada polislerin aile-çocuk çıkarları hakkında daha fazla ambivalansa düştüklerini ve bunun eğitim yetersizliği ile ilgili olabileceğini belirtmiştir.

Öğretmenlerin aldığı toplam ortalama skor $48,78 \pm 3,24$ alınan minimum puan 36, maksimum puan 58'dir. Bu profesyonel gruplarda polis ve yargı grubundan sonraki en düşük ortalamadır. Ayrıca lise ve daha düşük eğitim düzeyi olan kontrol I grubundan daha düşük skor almaları çarpıcı bir sonuç olarak görülmektedir. Öğretmen grubunun diğer gruplardan belirgin farklılığı en yaşlı ($40,76 \pm 7,51$) grubu oluşturmaktadır. Önceden belirtildiği gibi 40-60 yaşları yaş grupları içinde en düşük ortalama skora sahiptir ve bu da öğretmenlerin aldığı skoru etkilemiş olabilir.

Ülkemizde 2000 yılında 283 öğretmen ile yapılan çalışmada çocuk istismarı ve ihmalıyla ilgili küçük öyküler anlatılarak öğretmenlerin bilgi düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. Çalışmada öğretmenlerin %55'inin konu ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı görülmüştür. Hizmet içi eğitim alma ile öğretmenlerin puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak alınan puanların cinsiyet ve yaşla ilgili olmadığı saptanmıştır (188).

Bu çalışmada öğretmenlerin aldıkları puanlar karşılaştırıldığında fiziksel istismarı diğer istismar tiplerine göre daha iyi bildikleri ve ihmal konusunda daha az bilgiye sahip oldukları görülmüştür (188).

Çocuk istismarı ve ihmalinin erken tanısında önemli kaynak kişilerden biri olan öğretmenler, eğitimleri sırasında istismar ve ihmal konularında bilgilendirilmesine önem verilmelidir. Öğretmenler istismara uğrayan çocukların saptanması ve bundan sonraki müdahaleler konusunda bilgi sahibi olmalı, diğer konu ile ilgili meslek grupları ile işbirliğine girmelidir. Öğretmenlere çocuk istismarı ve ihmal ile çocuk hakları konusunda eğitim verilmesi gereklidir.

Kontrol grupları karşılaştırıldığında her iki grup arasındaki en belirgin farklılık eğitim düzeyleri ve buna bağlı olası sosyoekonomik farklılıklardır. Kontrol I ($48,88 \pm 3,31$) ve kontrol II ($49,79 \pm 3,46$) grubu arasındaki skor farkı bu iki özelliğe bağlanabilir (Şekil 4.1).

Grupların ortalama skorlarının düşük olmasının nedenlerinden birisi de bildirim kavramı konusundaki bilgi eksikliği olarak tespit edilmiştir. Yanıtlar incelendiğinde verilen disiplin yönteminin kabul edilemez disiplin yöntemi olması konusunda çok fazla eksiklik gözlenmezken, aynı zamanda bunun bildirilmesi gereken fiziksel istismar olduğu konusunda yetersizliğin olduğu görülmüştür.

Dolayısıyla toplam 2 puanlık sorudan 1 puan alınmış olacak ve bu da ortalama skorun düşmesine yol açacaktır. Sadece bildirim açısından skorlanma yapıldığında (C seçeneklerinden alınan puanlar) alınabilecek en yüksek skor 50 iken grupların aldığı en yüksek skor 21,8'dir (hekim grubu). Alınan en düşük skor 6,84 olarak (polis grubu) tespit edilmiştir. Hekim ve sosyal hizmet uzmanı grubu genel skorlarda olduğu gibi gene en yüksek skorları almışlardır. Polis ve kontrol I grubu ise genel skorlarda olduğu gibi en düşük skorları almışlardır (Şekil 4.5). Bu veriler katılımcıların bildirim konusunda da eksikliklerinin olduğunu göstermiştir. Yargı çalışanlarının çocuk istismarı ile ilgili aldıkları genel toplam skorların düşük olmasına rağmen bildirim ile ilgili skorlardan daha yüksek puan almaları meslekleri gereği yasaları daha iyi bilmelerine bağlı olabilir.

Oral ve arkadaşlarının (178) pratisyen hekim ve çocuk hekimleri ile yaptığı çalışmada tanı konulmuş olan 11 çocuk istismarı olgusunun herhangi bir kuruma bildirilmediği ve 12 olgusunun da sadece savcılığa bildirildiği saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda bildirim konusunun bilinmesine rağmen uygulamada bazı çekincelerin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Açık ve arkadaşlarının (178) yaptığı çalışmada çocuk istismarı ve ihmali'nin raporlanmasında ve bildirimdeki eksikliklerin nedenleri olarak; yeterli eğitim alınmaması, istismarın medikal problemden daha çok sosyal problem olarak görülmesi ve şüpheli vakaların aile dinamikleri hakkında yetersiz bilgiye sahip olunması, profesyonellerin kendi görevleri gibi hissetmemesi ve katkı sağlayan diğer nedenlere bağlı olduğu bulunmuştur.

Şüpheli çocuk istismarını doktorların bildirme yetersizliğine yönelik çalışmalarda birkaç faktörün daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Morris ve arkadaşlarının (39) pratisyen hekimleri kapsayan çalışmasında çocuk istismarının bildirimindeki en büyük caydırıcı etmenin saptama ve bildirimin nasıl yapılacağı ile ilgili yetersiz bilgi donanımı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya göre hekimlerin %21'i yalnızca kanıtlanmış ihmal ve istismar olgularını bildirmeleri gerektiğini sanmaktadır.

İsrail'de yapılan benzer anket çalışmasında pediatri hekimleri ve aile hekimlerinin fiziksel çocuk istismarı davranışının bildiriminde; medikal disiplin,

cinsiyet, bilgi düzeyi arasında bildirim davranışı yönünden bağlantı bulunmamıştır (189).

Oral ve arkadaşlarının (178) çalışmasında doktorların %44'ü şüpheli çocuk istismarı vakalarını polise bildirme eğiliminde olduğu belirtilmiştir.

Açık ve arkadaşlarının (177) yaptığı çalışmada ise doktorların %78,8'i doğru olarak SHÇEK'in bildirmeleri gereken yetkili yer olduğunu tanımlamışlardır.

Ülkemizde güncel kanunlara göre doktorların şüpheli çocuk istismarı ve ihmalî olgularını çocuk koruma kurumlarına bildirme zorunluluğu yoktur (190). A.B.D.'de Adoption and Safe Families Act (ASFA) ile çocuğun yasal olarak temsil edilmesi ve istismar şüphesinin dahi bildirilmesi önerilmektedir (104).

Şüpheli çocuk istismarı vakalarının normalin altında bildirilmesinin nedenleri arasında doktorun bildirme sorumluluğu hakkındaki bilgisizliği, bildirimin hastaları ile olan ilişkilerine etkileri hakkındaki endişeleri, ailenin resmi uygulamadan kötü etkilenebileceği korkusu, hasta bilgisinin gizliliği ile ilgili endişeler ve polisin yapacağı işi yapmış olmak düşüncesi vardır.

Katılımcılara çocukluklarında fiziksel olarak hırpalanma (istismara uğrama) ile ilgili düşünceleri sorulduğunda %29,3'ü evet yanıtını vermiştir. Fakat sorulan diğer sorularda katılımcıların %52,3'ü yüzlerine ve %37,8'i cisimle vücudunun herhangi bir bölgesine vurulduğu belirtmişlerdir (Çizelge 4.3, Çizelge 4.5). Dolayısıyla katılımcıların çocukluklarında düşündüklerinden daha fazla istismara uğradıkları ve bunun farkında olmadıkları görülmüştür. Bu durum normalizasyon kavramı ile açıklanmaktadır. Çocuklar yetiştikleri dönemde sık karşılaştıkları davranışları içselleştirebilmekte ve bunu çocuk yetiştirmenin normal bir parçası olarak algılayabilmektedirler. Bu da ileriki yaşlarında çocuk istismarının döngüsel paternini oluşturmakta, istismara uğrayan çocuğun yetişkinlik çağında kendi çocuğuna şiddet uygulamasına neden olmaktadır.

Katılımcıların aslında yüksek oranda olan istismar sorununu bu şekilde belirtmeleri toplumumuzda eğitim ve disiplin amaçlı fiziksel disiplin yöntemlerine sempati ile bakılmasıyla açıklanabilir (Örneğin, eti senin kemiği benim özdeyişi gibi). İlkokul öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %31,8'i

“gerektiğinde ebeveynlerin fiziksel disiplin yöntemlerini terbiye aracı olarak kullanabileceğini” düşünmektedirler (191).

Çalışmamızda hayatları boyunca hiçbir fiziksel şiddet uygulanmayanlar %19,7 gibi düşük düzeylerde kalırken, katılımcıların %21’ine 20’den fazla vurulduğu anlaşılmıştır (Çizelge 5).

Katılımcılara en fazla %74,1 oranı ile açık el ile vurulmuştur. Ayrıca %22,5’u ev eşyası ve %22,1’i sopayla vurulduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 4.6). Kaya ve arkadaşlarının (192) 1992’de yaptıkları çalışmada annelerin %75’i açık el ile, %18’i süpürge, terlik, oklava gibi ev eşyaları ile vurduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar bizim çalışmamıza benzerdir.

Katılımcılara %74 oranında açık el ile vurulmasına karşılık katılımcıların %45,7’si açık el ile çocuklara vurulabileceğini ve benzer şekilde katılımcılara çocukluklarında %37,8 oranında cisimle vurulduğu halde %7,1’i cisimle vurulabileceğini belirtmiştir (Çizelge 4.8).

Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalandığını belirten katılımcıların %14,3’ü evde bedensel cezanın etkili olduğunu düşünürken, fiziksel olarak hırpalanmadığını belirtenlerin %3,7’si bedensel cezanın etkili olduğunu düşünmektedir (Çizelge 4.10, Çizelge 4.11). Burada fiziksel olarak hırpalanan katılımcıların çocukluklarında yaşamış oldukları deneyimlerden olumsuz etkilenmiş oldukları söylenebilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin okulda bedensel ceza ile çocuğun davranışının değiştirilebileceği inancı %8 iken evde bedensel ceza ile davranış değişikliğini düşünenlerin oranı %6,8 bulunmuştur (Çizelge 4.9). Burada her iki oranın birbirine çok yakın olmasının nedeni muhtemelen fiziksel cezanın hem evde hem de okulda etkili bir yöntem olduğunu düşünen kişilerdir. Yani kişi bedensel cezanın etkili olduğunu düşünüyorsa bunun evde veya okulda uygulanması arasında zaten fark gözetmemektedir.

Çocukluğunda fiziksel olarak hırpalanan kontrol I grubundaki katılımcıların %24’ü evde bedensel cezanın etkili olduğunu düşünürken, kontrol II grubundaki katılımcıların %7,7’si evde bedensel cezanın etkili bir yol olduğunu belirtmiştir (Çizelge 4.10). Her iki grup arasındaki tek bağımsız değişkenin eğitim durumları olduğu göz önüne alınmalıdır.

Çocukluklarında vücudunun belli bir bölümüne şiddet uygulanan katılımcıların uygulanmayanlara göre daha yüksek oranda o bölgelere şiddet uygulanabileceğini belirttikleri gözlenmiştir. Örneğin çocukluklarında kalça bölgelerine vurulmayan öğretmenlerin %27,6'sı kalça bölgesine vurulabilir yanıtını verirken, çocukluğunda kalça bölgesine vurulan öğretmenlerin %63,7'si kalça bölgesine vurulabilir yanıtını vermiştir (Çizelge 4.16, Çizelge 4.17). Aynı şekilde çocukluklarında yüz bölgesine vurulmayan kontrol 2 grubu %1 oranında yüze vurulabilir yanıtını verirken, çocukluklarında yüzlerine vurulan kontrol 2'deki katılımcıların %23,2'si yüze vurulabilir yanıtını vermişlerdir (Çizelge 4.16, Çizelge 4.17). Bu da katılımcıların çocukluk deneyimlerinden etkilendiklerini düşündürmektedir. Çocukluğunda evde ve okulda en az fiziksel cezalandırmaya maruz kalan sosyal hizmet uzmanları grubu bugün fiziksel cezanın hiç uygulanmaması gerektiğine en çok inanan grubu oluşturmuştur. Bu beklenen, doğrusal bir ilişkidir. Ancak konu ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası en yoğun eğitimi alan sosyal hizmet uzmanları "ideal yanıt bulma çabası" ile de geçmiş deneyimleri konusunda farklı öykü vermiş olabilirler.

Katılımcıların en fazla %52,3 ile yüzlerine vurulduğu görülmüştür. Çocuk istismarı olgularında, fiziksel istismar ile duygusal istismar birlikteliği iyi bilinen bir kavramdır. Yüze yönelik şiddette duygusal örselenmenin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (72). Bu nedenle katılımcıların fiziksel istismarla beraber çocukluklarında duygusal istismarı da yoğun şekilde yaşadıkları düşünülebilir ancak çalışmamızda bu görüşü sınavacak herhangi bir veri bulunmamaktadır.

Katılımcıların okulda kendilerine tokat atılma oranlarının %60,4 olduğu görülmüştür. Fakat buna karşılık öğretmenlerin %31,6'sının açık el ile ve %6'sı cisimle vurulabileceğini belirtmişlerdir. Bu durum çocuk istismarı konusunda öğretmenlerin 25-30 sene öncesine göre daha bilinçli olduğunu gösterebilir. Fakat belirtilen rakamlar ile uygulama arasındaki farkları anlayabilmemiz için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Konu ile ilgili olarak Çocuk Vakfı'nın 1999 özet raporunda çocukların %72'si anne-baba ve %22'si öğretmen dayığı yediklerini belirtmişler ve bizim çalışmamızdaki sonuçlara yakın sonuçların alındığı görülmüştür (193)

Yapılan çalışmalarda çocuk istismarı için en riskli grubu 0-6 yaşındaki çocuklar oluşturmaktadır (9) Bizim çalışmamızda eğer çocuğa vurulacaksa hangi yaşlarda başlanmalıdır sorusuna katılımcıların %26'sı 1-6 yaş arasında yanıtını vermiştir ve 7-10 yaş için %17,8'i, 11-15 yaş için %6,6'sı vurulmaya başlanabileceğini, %49,5'u ise hiç vurulmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer çalışmalarda olduğu gibi 0-6 yaş grubunun en riskli dönem olduğu görülmüştür. Sosyal hizmet uzmanı grubu %77,3 gibi yüksek bir oranda hiç vurulmamalı yanıtını vermiştir (Çizelge 4.13).

Bilir ve arkadaşlarının (173) 1991 yılında yaptığı çalışmada ülkemizde 4-6 yaş arası çocukların %40,7'sinin istismara uğradığını tespit etmiştir. 7-10 yaş için %33,5 ve 11-12 yaş için %25,8 olarak belirlenmiştir. Bilir ve arkadaşları'nın çalışmasındaki istismar oranlarının bizim çalışmamızdaki istismar oranlarından yüksek olduğu söylenebilir. Aradaki farkı diğer çalışmanın profesyonel olmayan grupta, daha düşük sosyoekonomik düzeyde ve daha farklı kültürel özellikleri olan Doğu Bölgesi illerinde yapılmış olmasına bağlanabilir.

Katılımcıların %60,4'ü okulda öğretmenleri tarafından tokat atıldığını belirtmiştir. Fakat çalışmamızda öğretmenlerin %5'i okulda bedensel cezaya olumlu baktığını belirtmiş ve bu iki sonucun çelişkili olduğu görülmüştür (Çizelge 4.12). 2002 yılında Elazığ'da 3725 ilköğretim öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %19,8'i bir yıl içerisinde okulda en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (191). Bu sonucu geniş zaman diliminde düşündüğümüzde okulda bedensel cezanın çok daha yaygın olabileceği sonucu çıkarılabilir.

Türk medeni kanununda tedip hakkı anne babaya çocuğu eğitmek ve gerekli olduğunda cezalandırmak konusunda olanak sağlamaktadır. Bu anlayış kendini eğitim kurumlarında öğretmenlerin okul disiplin yönetmeliği ile öngörülen ceza sisteminin uygulanması yerine kendisince verilecek bir fiziksel cezayı daha eğitici bulmasına ve buna bağlı olarak da yaygın fiziksel disiplin yöntemlerini kullanılmasına yol açabilmektedir (6).

Öğretmenlerle ilgili yapılan bir çalışmada "elini yakalayıp ateşe tutma" fiziksel cezalandırma yöntemi öğretmenler tarafından yüksek oranda istismar olarak düşünülürken "ev ödevini yapmadığı için dövme" daha alt sınıflarda

istismar olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuç dövmenin eğitim aracı olarak kullanılmasının daha hoşgörü ile karşılandığını düşündürmektedir (188).

Çalışmamızda polislerin en fazla fiziksel istismara uğradığı ($1,27 \pm 0,92$) ve okulda öğretmenleri tarafından en fazla tokat atılan ($0,53 \pm 0,87$) grubu oluşturduğu görülmüştür (Çizelge 4.18, Çizelge 4.7). Aynı şekilde polislerin okulda bedensel ceza ortalama skoru ($1,67 \pm 0,70$) en düşük olan grubu oluşturmuştur. Benzer şekilde kontrol I grubunun da fazla fiziksel istismara uğradığı ($1,30 \pm 0,90$) ve evde bedensel ceza ortalama skoru ($1,67 \pm 0,68$) en düşük grubu oluşturduğu görülmüştür (Çizelge 4.18). Bu sonuçlar daha önceden belirtildiği gibi istismar edilen kişilerin ileride fiziksel cezaya daha hoşgörü ile baktığını düşündürmektedir. Bunun yanında bu iki grubun eğitim durumlarının düşük olması da buna katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamızda vurmaya başlama yaşı azaldıkça vurma sayısının arttığı ($r:-0,603$ $p<0,001$), vurmaktan vazgeçme yaşının ileriye kaydığı ($r:-0,682$ $p<0,001$) gözlenmiştir. Benzer şekilde vurma sayısı arttıkça vurmaktan vazgeçme yaşı ileriye kaymaktadır ($r: 0,647$ $p<0,001$) (Çizelge 4.19). Bu bulgu cezalandırmanın başlangıcı, şiddeti ve süresi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Son olarak fiziksel cezanın uygun olduğunu düşünen ve kendisine küçükken vurulan bireylerin küçükken kendilerine vurulma sayısı arttıkça bugün çocuğa daha küçük yaşta vurulabileceğini ($r:-0,222$, $p <0,001$) bundan daha geç yaşta vazgeçilebileceğini ($r:0,255$, $p <0,001$) ve daha çok sayıda vurulmasının normal olabileceğini ($r:-0,266$, $p <0,001$) düşündükleri gözlenmiştir (Çizelge 4.20). Korelasyonlar düşük olmakla birlikte istatistiksel olarak yüksek oranda anlamlı bulunmuştur. Bu veri de normalizasyon ve döngüsel patern kavramını desteklemektedir.

6. SONUÇ

Toplumda sık görülen istismar ve ihmal türlerinin saptanması, gerek buna neden olan faktörlerin daha kontrollü çalışmalarla sınanabilmesi, gerekse bazı toplumsal önlemlerin vakit kaybedilmeden alınabilmesi açısından üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Dikkat birincil ve ikincil önleme programlarına verilmelidir. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda profesyonellerin risk altındaki populasyon üzerindeki bilgisi ve yaklaşımı olay gerçekleşmeden önleme aşamasına yönelmelidir. Önleme programı özellikle hekimler için konsepsiyondan doğum sonrasına kadar uzanıp sosyal servisle eşgüdümlü bir şekilde aileye destek vermelidir. Diğer profesyonel meslek grupları meslek yaşamları sırasında olaylara çocuk istismarı penceresinden bakmayı öğrenmelidirler. Bunun için çocuk istismarını farklı boyutlarıyla inceleyen ve sorunlara çözüm getirecek iyi planlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın bazı eksik yönleri bulunmaktadır. Çalışmamız anket çalışması olduğu için kesitsel veri sağlamıştır. Anket çalışmalarında hedef kitlenin anket konusuna ilgisi ve yaklaşımı sonuçları etkileyebilmektedir. Geçmişe dönük bilgi toplandığı için kişilerin geçmiş olayları bilerek yada bilmeyerek yanlış, seçici hatırlamalarına bağlı olarak yanlış sonuçların alınması mümkündür ve çalışmamızı etkilemiş olabilir.

Katılımcıların mesleklerinde çalıştıkları süre açısından değerlendirilme yapmamamız bir eksiklik olarak görülebilir. Ayrıca çalışmaya alınan katılımcıların konu ile ilgili okul dönemlerinde ve çalıştıkları meslek hayatları süresi içinde hizmet içi eğitim yönünden sorgulanma yapılmamıştır. Belirtilen bu eksiklikler çalışmamızın sonuçlarını olumsuz etkilemiş olabilir.

Çalışmaya alınan profesyonel meslek gruplarının cinsiyet, yaş, eğitim, çocuk sayısı, kardeş sayısı ve medeni durum gibi değişkenlerin sonuçları değiştirebilecek faktörler olduğu görülmüştür.

Hekimler ve sosyal hizmet uzmanları konu ile ilgili bilgi düzeyi en yüksek grupları oluşturmuşlardır. Yargı, polis ve kontrol I grubunun ise bilgi düzeylerinin en az olduğu tespit edilmiştir. Fakat grupların aldığı en yüksek skörun maksimum skörun %60'ından daha düşük olması çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi yetersizliği hakkında fikir vermektedir.

Gruplar arasındaki alınan skorlar açısından istatistiksel anlamlılık olsa da en yüksek skor ile en düşük skor ortalaması arasındaki fark $2,24 \pm 0,79$ gibi düşük bir değerdir.

Genel olarak katılımcıları çocukluk dönemlerinde yüksek oranda fiziksel istismara uğradıkları görülmüştür (%74)

Sonuç olarak profesyonel meslek grupları ve karşılaştırma gruplarının çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Grupların yanıtlarında eğitim ve çocukluk deneyimlerinden etkilendikleri görülmüştür. Katılımcıların verdikleri yanıtlarda kendi kişisel deneyimleri ve vicdanları ile yanıt vermeye çalıştıkları düşünülmüştür.

Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde çocuk istismarı ve ihmali'nin önlenmesinde birinci derecede önemli konumları olan profesyonel meslek gruplarına gerek mesleki eğitimleri gerekse hizmet içi uygulamalar sırasında çocuk istismarı ve ihmali konusunda düzenli eğitim verilmesi gereklidir.

Bu nedenle çocuk istismarı ve ihmali tüm yönleri ile alınmalı, toplumumuzun olumsuz sonuçlarından korunması için birincil ve ikincil önlemeye ağırlık verilerek gerekli çalışmalara başlanmalıdır düşüncesindeyiz.

7. ÖZET

Çocuk istismarı karmaşık nedenleri ve trajik sonuçları olan tıbbi, hukuksal, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur.

DSÖ çocuk istismarını “çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen; bir yetişkin, toplum yada devlet tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan tüm davranışlar” olarak tanımlamaktadır. Çocuk istismarı fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmalden oluşmaktadır.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda fiziksel istismarın terbiye amacı olarak sık kullanıldığı görülmektedir.

Ülkemizde fiziksel istismar ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamakla beraber çok yaygın bir toplumsal sorun olduğu bilinmektedir. Sık gözlenmekte önlem alınmadığı takdirde çocuğun ruh ve beden gelişimini kötü yönde etkileyerek olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bunun için özellikle konu ile ilgili profesyonel meslek gruplarına önemli görevler düşmektedir. Fakat bu kişilerin konu ile ilgili eğitim düzeyleri, bilgi seviyeleri ve konuya gösterecekleri hassasiyet önemlidir.

Günümüzde toplumların geleceğini ve gelişimini belirlemede önemli bir kaynak olan çocukların toplumun en değerli varlıkları olduğu gerçeği tüm dünyada kabul edilmektedir. Bu gerçek son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde çocuğun sağlığına, bakımına, eğitimine daha çok önem verilmesini, çocukların haklarını güvence altına alan yasaların çıkarılmasını ve çocuğun gelişimini destekleyen programların oluşturulmasını sağlamıştır. Ancak tüm bunlara rağmen dünyanın her ülkesinde çocuklar halen kendi ebeveynleri, yakınları ve çeşitli kurumlar tarafından uygulanan istismara maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle öncelikle çocuk istismarı ile ilgili profesyonel meslek gruplarının konuyu ne kadar bildiklerini tespit etmek ve konuya olan ilgiyi artırmak için bu çalışma planlandı.

Çalışmamız ankete dayalı saha uygulaması şeklinde yapıldı. Orijinal adı “Survey of Standarts for Discipline” olan anket “Disiplin Standartları Araştırması” adı altında çocuk istismarı ile profesyonel olarak ilgilenebilecek meslek gruplarına ve kontrol karşılaştırma gruplarına uygulandı.

Çalışmaya Antalya İl Merkezi'nde Sağlık Müdürlüğü ve Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan doktor, ebe, hemşire, sağlık

memurları, Antalya Barosuna bağı avukatlar ile hakim ve savcılar, İl Emniyet Müdürlüğü'ne bağı polisler, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nde ve serbest çalışan sosyal hizmet uzmanları çalışmamızın profesyonel kısmını oluşturdu. Yukarıda belirtilen kurumlarda çalışan ve profesyonel olmayan memurlar ile o sırada hizmet almak için bulunan kişiler karşılaştırma grubunu oluşturdular. Çocuk istismarı ile ilgili profesyonel olan grup tüm örneklemin üçte biri olarak 3344 kişiden oluştu. Profesyonel olmayan karşılaştırma grubu ise 803 kişiden oluştu.

Çalışmanın sonucunda profesyonel meslek grupları içinde hekimlerin ve sosyal hizmet uzmanlarının bilgi seviyelerinin diğ er meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu görüldü. Fakat alınan en yüksek skorun alınabilecek toplam skorun %60'ından daha düşük olması nedeniyle tüm grupların bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu sonucuna varıldı. Gruplar içinde polis, yargı ve kontrol I grubunun en düşük skorları aldığı görüldü.

Aynı şekilde çocuk istismarının bildirim yönünden incelendiğinde hekim ve sosyal hizmet uzmanlarının daha bilinçli oldukları görüldü ve genel skorlar ile paralel olan skorlar elde edildi.

Sonuç olarak profesyonel meslek grupları ve karşılaştırma gruplarının çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Grupların yanıtlarında eğitim ve çocukluk deneyimlerinden etkilendikleri görülmüştür. Katılımcıların verdikleri yanıtlarda kendi kişisel deneyimleri ve vicdanları ile yanıt vermeye çalıştıkları görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Oral R. Çocuk İstismarı. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 1993; 2(12): 419-20.
2. Johnson CF. Abuse and neglect of children. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds Nelson textbook of pediatrics(16th ed) WB Saunders Company 2001; 111-21.
3. Yurdakök K. Çocuk İstismarı ve İhmali. Türkiye Klinikleri Sosyal Pediatri Özel Sayısı 2001.
4. Konanç E, Gürkaynak İ, Egemen A, et al. Çocuk İstismarı ve İhmali. Ankara 1991; 37-55.
5. Bathea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 1991; 59: 1577-85.
6. Polat O. Çocuk ve Şiddet. Der Yayınları 2001; 3-31.
7. Finkelhor D, Lewis İA. An epidemiological approach to the study of child. Ann NY Acad Sci 1998; 528: 64-78.
8. Green HA. Child abuse and neglect. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 1979; 23: 186-90.
9. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US, et al. Tıbbi Açıdan Çocuk İstismarı. Katkı Pediatri Dergisi 2001; 22: 276-85.
10. Kepenekçi KY. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. Katkı Pediatri Dergisi 2001; 22: 22-75.
11. Polat O. Çocuk İstismarı. İstanbul Barosu Dergisi 1995; 69: 267-84.
12. Tober RB, Marting RE. Child Abuse. J Fla Med Assoc 1995.
13. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am 1999;17: 575-93.
14. Sicher P, Lewis O, Sargent J, et al. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 660-67.
15. Tercier A. Child Abuse. In: Maer JA (ed). Emergency Medicine (4 th ed). St. Louis: Mosby 1998; 1108-18.
16. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexual abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 37-56.
17. İzmirli M. Çocuğa Karşı Dayak Olgusu ve Çocuk İstismarı. Çocuk Forumu 2000; 3: 3.
18. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. Am Fam Physician 2000; 61: 3507-64.
19. Ziyalar N. Çocuk İstismarı ve İhmalinin önlenmesi. Çocuk Forumu 1999; 2: 31-33.

20. Polat O. Çocuk İstismarı nedir? Çocuk Forumu 1998; 1(ek): 1-31
21. Tüzün B, Anolay B, Sözen Ş, et al. Ölümle sonuçlanan hırpalanmış çocuk sendromu olgusu Adli Tıp Bülteni 1998; 3 :102-05.
22. Polat O. Çocuk Hakları Nedir? Analiz Yayınları 2002; 5-39.
23. Nagler J. Child abuse and neglect. Current Opinion in Pediatrics 2002; 14: 251-54.
24. Johnson CF. Child maltreatment 2002: Recognition, reporting and risk Pediatrics International 2002; 44: 554-60.
25. Chaney SE. Child Abuse: Clinical findings and management. Journal of the American Academy of Nurse Practitioner 2000; 12: 467-71.
26. Herendeen P. Evaluation of physical abuse in children: Solid suspicion should be your guide Advance for Nurse Practitioners 2002; 10: 32-38
27. Mayer BW, Burns P. Differential diagnosis of abuse injuries in infants and young children The Nurse Practitioner 2000; 25: 15-37.
28. Peck MD, Priola-Kapel D. Child abuse burning: A review of the literature and an algorithm for medical investigations. The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care 2002; 53: 1013-21.
29. Kini N, Lazoritz S. Evaluation for possible physical or sexual abuse. Pediatric Clinics of North America 1998; 45: 205-17.
30. Flowers RB. Children and Criminality. Greenwood Pres 1986; 63-73
31. Mental disorders and substance abuse. U S Preventive Services Task Force, Guidelines from guide to Clinical Preventive Services (2nd ed.) Williams-Willkins 1996.
32. Bishop FJ. Children at risk Med J Australia 1971; 1: 623.
33. Polat O. Çocuk ve Şiddet. Der Yayınları 2002; 85-97
34. Parkinson GW, Adams RC, Emerling FG. Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. Pediatrics 2001; 108: 43.
35. <http://www.hipokrat.org/hnet/genel/ckm/ckegitim.html> erişim 06/02/2005
36. Akço S, Aksel Ş, Arman AR, et al. Çocuk İstismarı ve İhmali Kitabı. Unicef- Adli Tıp Proje Ortak Yayını 2003 ; 3-31: 83-97,139-54.
37. Johnson CF. Child Sexual Abuse. The Lancet 2004; 364: 462-70.
38. Polat O. Çocukta Cinsel İstismar. Çocuk Forumu 1999; 2; 1: 1-11.
39. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not report: physician's attitudes toward discipline and child abuse. Am J Dis Child 1985; 139: 94-97.
40. Friedman, S R.: "What is Child Sexual Abuse?" of Clinical Psychology 1990; 46: 3: 372-75.

41. Newson A. AMA Diagnostic and Treatment Guidelines Concerning Child Abuse Neglect. *Jama*, 1985; 254: 796.
42. Kempe, R. And Kempe, H. *The Commun Secret*, New York. WH, Freemann Publish pp. 1984; 109-19
43. Margolin, L.:'' Child Sexual Abuse by Nonrelated Care givers'', *Child Abuse and Neglect* 1991;15: 213-21
44. Russell, DEH. The incidence and prevelance of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 1986; 7: 133-46
45. Polat O. Çocuk İstismarı Nedir? ss: 8-10 Analiz Yayınları 1997.
46. Kaufmann K, Johnson CF, Wallace AM, Reeder ML. The victims of female and male perpetrators of sexual abuse: a comparative study. *J Interpersonal Violence* 1995; 3: 322-23.
47. Kelly RJ, Wood JJ, Gonzales LS, Mac Donald V, Waterman J. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjusment of clinic-referred men. *Child Abuse Neglect* 2002; 26: 425-41
48. Wilsnack SC, Wonderlich SA, Kristjansson AF, Vogeltanz-Holm ND, Wilsnack R. Self reports of forgetting and remembering childhood sexual abuse in a nationally represantative sample of US women. *Child Abuse Neglect* 2001; 26: 139-47.
49. Svedin CG, Back C, Soderback SB. Family relations, family climate and sexual abuse. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 355-62.
50. Phelan P.: Incest and Its Meaning *Child Abuse and Neglect* 1995; 7: 24
51. Finkelhor D.: Early and Long Term Effects of Child Sexual abuse. *Professional Psychology* 1990; 21: 325-30
52. Bradley C, Lindsay R.C.L.: Methodological and Ethical issues in Child Abuse Research. *Journal of Family Violence* 1987; 2(3): 239-55.
53. Lamb M: The Investigation of Child Sexual Abuse. *Child Abuse and Neglect* 1994; 18(12): 1022-8.
54. Walker KE. Exploitation of children and young people through prostitution. *J Child Health Care* 2002; 6: 182-88.
55. Willias BM, Levy BS. Child prostitution: global health burden, research needs, and interventions. *Lancet* 2002; 359: 1417-22.
56. Curtis I, Larsen FB, Helweg-Larsen K, Bjerregaard P. Violence sexual abuse and health in Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2002; 61: 110-22.
57. Lampe A. The prevelance of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe. *Z Psychother* 2002; 48: 370-80
58. Helepin DS, Bouvier P, Jaffe PD, et all. Prevelance of child sexual abuseamong adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *BMJ* 1996; 312: 1326-29.

59. Johnson CF. Child maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. *Pediatr Int* 2002; 44: 554-60.
60. Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrations. *Child Abuse Negl* 2001; 1139-58.
61. Russel DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Negl* 1983; 7: 133-46.
62. Hobbs C.J., Wyne J.M.: Sexual Abuse of English Boys and Girls. The Importance of Anal Examination. *Child Abuse and Neglect* 1989; 13 : 195-210.
63. National Center of Child Abuse and Neglect. Child maltreatment. Washington, DC: National Center of Child Abuse and Neglect;1997.
64. Klosinski G. Psychological maltreatment in the context of seperation and divorce. *Child Abuse Negl.* 1993; 17: 557-63.
65. Erkman, F. ve Alantar M. Psychological Maltreatment: Its Definition by Experts and its assesment Among a Group of Adolescents in Turkey, *Çocuk İstismarı ve İhmali, VII: Uluslar arası Kongresi,1998, Brezilya, (Bildiri).*
66. Kozcu Ş. Çocuk İstismarı ve İhmali. Seminer Psikoloji. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını,1989; Sayı: 6/7, İzmir.
67. Hart S.N., Germain R., Brassard M. The challenge; To better understand and combat the Psychological maltreatment children and youth. In M.R. Brassard, R Germain and S.N. Hart (Eds.) 1987. *Developmental Approaches to Child Maltreatment.*
68. Garbarino J, Guttman E, Selley J. The Psychological Battered Child: Strategies for Identification, Assesment and Intervention 1986.
69. American Professional Society on the Abuse of Children. Guidelines for Psychosocial Evaluation of Suspected Psychosocial Maltreatment in Children and Adolescents. Chicago, IL: American Professional Society on the Abuse of Children; 1995.
70. Sözüduyar H. İlköğretim ve Ortaöğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Çocuk İstismarı Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi, Yüksek lisans Tezi 1989, Ege Üniversitesi, İzmir.
71. Zeytinoğlu S. Sağlık, Sosyal Hizmet, Hukuk ve Eğitim Alanında Çalışanların Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmali Sorunu ile İlgili Görüşleri. *Seminer Dergisi*,1988; Sayı:7, İzmir; Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını.
72. Aksel Ş. Duygusal İstismar ve İhmal: Gelişimsel Yaklaşım. *Klinik Çocuk Forumu.* 2005; 1303-1315: 28-31.
73. Kairys SW, Johnson CF. The Psychological Maltreatment of Children. *American Academy of Pediatrics* 2002; 109: 68-76
74. Doyle C. Emotional abuse of children: issues for intervention. *Child Abuse Rev* 1997; 6: 330-42.

75. Erikson E. Childhood and Society . New York, 1963; Norton.
76. Bowlby J. Attachment and Loss . Attachment. New York, 1969; Vol.1 Basic boks
77. Kars Ö. Çocuk İstismarı ve İhlalinin Nedenleri ve Okul Başarısına Etkisi Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, 1994, Ankara.
78. Brassard M, Germain R, Hart S.(Eds). Psychological Maltreatment of Children and Youth Pergamon,1987, New York.
79. Kozcu Ş. Duygusal istismar: Duygusal istismar ve genel ruh sağlığı ilişkisini inceleyen bir araştırma Seminer Psikoloji 1987; 5: 1-20.
80. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, Harrop JW. Verbal aggression by parents and psychosocial problem of children. Child Abuse Negl. 1991; 5: 223-38.
81. Straus MA, Field C. Psychological Agression By American Parents: Nationa Data on Prevalence, Chronicity, and Severity. Washigton DC: Amerikan Sociological Association 2000.
82. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al. Long tern effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: a fifteen year follow-up of a randomized trial. JAMA 1997; 278: 637-43
83. Keen J, Alison LH. Drug abusing parents: key points for health professionals. Arch Dis Child. 2001; 85:196-99.
84. Munkel WI. Neglect and Abadonment. Child Maltreatment (Brodeur AE Eds). GW medical Publishing St. Louis, 1994; 241-58.
85. Nathanson M, Heger AH, The Pathology of Trauma: The Phsysically and Emotionally Abused Child, Sexual Violence. Ed Mason JK, Purdue BN. 3rd Ed. Arnold Pub. London, 200; 185-90.
86. Akço S et all. Çocuk İstismarı ve İhmali Kitabı. UNICEF-Adli Tıp Kurumu Proje Ortak Yayını, 2003; 5-10,13-32.
87. Saka NE Adli Tıp Kurumu Bakanlığı'nca Karara Bağlanmış Çocuk Ölümlerini "Çocuk İstismarı ve İhmali" Açısından İncelenmesi. Uzmanlık Tezi T.C. Adalet Bakanlığı, İstanbul, Ocak-2004; s 29-32, 128-41.
88. Polat O. Çocuk ve Şiddet. Der Yayınları, İstanbul, 2001: 3-31, 89-97, 139-54.
89. Collins KA, Nichols CA. A Decade of Pediatric Homicide, A Retrospective Study at the Medical University of South Caroline. The am J of Forensic Med and Pathol, 1999; 20(2): 169-72.
90. Trocme N, Wolfe D. Child Maltreatment in Canada: Selected Results from the Canadian icidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. Ottawa: Minister of Public Works and Goverment Services, 2001.
91. http://www.pcain.org/infoOnAbuse/medical_neglect.html Erişim tarihi 06 02.2005.

92. Fieguth A, Günther D, Kleenmann JW, Tröger HD. Lethal Child Neglect. *Forensic Sci Int*, 2002; 130: 8-12
93. <http://www.hipokrat.org/hnet/genel/ckm/ckmegitim10.html>. Erişim tarihi 06.02.2005.
94. Dubowitz H, Giardino A, Gustavon E. Child Neglect: Guidance for pediatricians. *Pediatr Rev* 2000; 21: 111-16
95. İlköğretim ve Eğitim Kanunu- T.C. Kanunları, Kazancı Yayınları, İstanbul.
95. World Health Organisation Community Health Surveys A Practical Guide For Health Workers The International Epidemiological Association and WHO, Genova 1986.
96. Ertem İÖ, Bingöler BE, Ertem M, Uysal Z, Gözdaşoğlu S. Medical neglect of a child: challenges for pediatrician in developing countries, *Child Abuse Negl* 2002; 26: 751-61.
97. Asser SM, Swan R. Child fatalities from religion-motivated medical neglect. *Pediatrics* 1998; 101: 625-29.
98. Saka NE. Çocuk İstismarı ve İhmalinde Önemli Bir Bileşen: "İhmal". *Klinik Çocuk Forumu Dergisi*, 2005: 1303-15; 32-41.
99. Gray JD, Cutler CA, Dean JG, Kepme CH. Prediction and Prevention of child abuse and neglect. *J Social Issues* 1979; 35: 127-39
100. Gökçay G, Bulut A, Uğur Baysal A, Sosyal Pediatri. Cantez I, Eker Ömeroğlu R, Uğur Baysal S, Oğuz F (editörler). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 33-72.
101. Skuse D, Albanese A, Stanhope R, et al: A new stress-related syndrome of growth failure and hyperphagia in children associated with reversibility of growth-hormone insufficiency *Lancet* 1996; 348: 53.
102. Helfer RE, Kepme RS. The battered child. (4th ed.) 1987. Chicago: University of Chicago Press
103. Hornor G. Physical abuse: Recognition and Reporting. *Pediatr Health Care* 2005; 19: 4-11.
104. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Child Maltreatment 2001: Summary of key findings. Retrived December 12, 2003.
105. Reece RM. Child abuse. *Pediatric Clinics of North America* 1990; 37: 4
106. Johnson CF and Showers J: Injury Variables in child abuse. *Child Abuse and Neglect* 1985; 9: 207-15.
107. Johnson CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatric Clinics of North America* 1990; 37: 791-814.
108. Letbetter DJ, Hatch EI, Feldman KW, Ligner CL, Tabber D. Diagnostic and surgical implications of child abuse. *Archives of Surgery* 1988; 123: 1101-05.

109. Chadwick DL, Rudolph AM, Hoffman JIE, Rudolph CD. (eds) Rudolph's Pediatrics 1991; 19: 838-50.
110. Ellerstein NS. Cutaneous manifestations of child abuse and neglect. American Journal of Diseases of Children 1979; 133: 906-09.
111. Warner JE, Hansen DJ. The identification and reporting of physical abuse by physicians: A review and implications for research. Child Abuse and Neglect, 1994; 18: 11-25.
112. Polat O. Çocukta Dayaña Hayır. Analiz Yayınları 1997; 31-39.
113. Ziyalar N. Fiziksel İstismar. Yüksek Lisans Tezi. 1994.
114. Wissow LS. Child advocacy for the clinician : An approach to child abuse neglect. Baltimore : Williams- Wilkins, 1990.
115. Hellmess M. The battered child revisited. JAMA 1984; 251: 3295-3300.
116. Thomas SA, Rosenfield NS, Leventhal JM, Markowitz RI. Longbone fractures in young children: Distinguishing accidental injuries from child abuse. Pediatrics 1991; 88: 471-76.
117. Dubowitz H. Prevention of child maltreatment: What is known. Pediatrics 1989; 83: 570-77.
118. Hobbs CJ. When are burns not are accidental? Ach. Dis. Cpiyr 1986; 61: 359.
119. Richardson AC. Cutaneous manifestations of child abuse. In R. Philadelphia: Lea-Febiger 1994; 167-84.
120. Sharma A, Sunderland R. Increasing medical burden of child abuse. Archives of Disease In Childhood 1988; 63: 172-75.
121. Krugman R. The role of the primary care physician in recognition, teratment and prevention. Prom Care 1984; 11: 527.
122. World Health Organization Community Health Surveys. A pratical guide for health workers. The İnternational Epidemiological Association and WHO, Genova 1986.
123. Billmire ME, Myers PA. Serious head injury in infancy : Accident or abuse? Pediatrics 1985; 75: 340-42.
124. Wagner GN. Bitemrk identification in child abuse cases. Pediatric Dentistry 1986; 8: 96-100.
125. DAVIS GR, Domoto PK, Levy RL. The dentist's role in child abuse and neglect. J Dent Child. 1979; 46: 185.
126. Schmitt BD. Types of child abuse and neglect: An overview of dentists. Pediatr Dent 1986; 8: 67.
127. Ayoub C, Pfeifer D. Burns as a manifestations of child abuse and neglect. Am. J Dis Child 1979; 133: 906-09.
128. Polat O. Fiziksel İstismar nedir? Analiz Yayınları, 1997; 3.

129. Peck MD, Priola-Kapel D. Child abuse burning: A review of the literature and an algorithm for medical investigations. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care* 2002; 53: 1013-21.
130. Stone NH. Child abuse by burning. *Surg. Clin. North Am* 1970; 50: 1419.
131. Rivgara FP, Parrish RA, Mueller BA. Humeral fractures without obvious etiologies in children less than three years of age: When is it abuse? *Pediatrics* 1986; 96: 667-71.
132. Willman KY, Bank DE, Senac M. Restricting the time of injury in fatal inflicted head injuries. *Child Abuse and Neglect* 1997; 21: 929-40.
133. Worlock I, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children. A comparative study. *Br. Med. J* 1986; 293: 100.
134. Gross RH, Stranges M. Causative factors responsible femoral fractures in infants and young childre. *J. Pediatr. Orthop.* 1983; 3: 371.
135. Anderson WA. The significance of femoral fractures in children. *Ann. Emerg. Med* 1982; 11: 174.
136. Mellick LB, Reesor K. Spiral tibial fractures of children: A communly accidental spiral long bone fracture. *American Journal of Emergency Medicine* 1990; 8: 234-37.
137. Kempe RS, Silverman FN, Steele BF, Droegmueller W. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association* 1962; 181: 17-24.
138. Jaudes PK. Comparison of radiografi and radionuclide bone scannig in the defection of child abuse. *Pediatrics* 1984; 73: 166.
139. World Health Organization Community Health Surveys. A pratical guide for health workers. The International Epidemiological Association and WHO, Genova 1986.
140. Sato Y, Yuh WTC, Smith WL, Alexander RC, Kao SCS, Ellerbroek CJ. Head injury in child abuse: evaluation with MR imaging. *Radiology* 1989; 173: 653-57.
141. Hanigan WC, Peterson RA, Nijus G. The ear syndrome: Rotation acceleration in pediatric head injuries. *Pediatrics* 1987; 80: 618-22.
142. Yyons IJ, Oates K. Falling out of bed: A relatively being occurence. *Pediatrics* 1993; 92: 125-27.
143. Adli Tıp Ders Kitabı. Polat O, İnancı MA, Aksoy ME. Nobel Tıp Kitabevi 1997.
144. Kleinman PK, Marks SC, Spevak MR, Richmond JM. Fractures of rib head in abused infancy. *Radiology* 1992; 185: 119-23.
145. Hennes HM et all. Elevated lineer transminase levels in children with blunt abdominal trauma; A predictor of lineer injury. *Pediatrics* 1990; 86-87.

- 146 Hobbs CJ Skull fractur and the diagnosis of abuse. Archives of Diseases in Childhood 1984; 59: 246-52.
- 147 Jain AM. Emergency departmant evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am 1999; 17: 575-93
- 148 Alexander R, Sato Y, Smith W, Bennett T. Incidence of impact trauma with cranial injuries ascribed to shaking. American Journal of Diseases of Children 1990; 144: 724-26.
- 149 Dworkind M, McGowan G, Hyams J. Abdominal trauma-Child abuse. Pediatrics 1990; 85: 892.
- 150 American College of Radiology. ACR Standards for Skeletal Surveys in Children. Resolution 22. Reston, VA: American College of Radiology 1997; 23.
- 151 Sane SM, Kleinman PK, Cohen RA, et all. Diagnostic imaging of child abuse. Pediatrics 2000; 105: 1345-48.
- 152 Conway JJ, Collins M, Tanz RR, et all. The role of bone scintigraphy in detecting child abuse. Semin Nucl Med. 1993; 23: 321-33.
- 153 Sty JR, Starshak RJ. The role of bone scintigraphy in the evaluation of the suspected abused child. Radiology 1983; 146: 369-75.
- 154 Merten DF, Radkowski MA, Leonidas JC. Craniocerebral trauma in the child abuse syndrome: radiological observations. Pediatr Radiol 1984; 14: 272-77.
- 155 Sato Y, Yuh WTC, Smith WL, Alexander RC, Kao SCS, Ellerbroek CJ. Head injury in child abuse: evaluation with MR imaging. Radiology 1989; 173: 653-57.
- 156 Chen CY, Chou TY, Zimmerman RA, Lee CC, et al. Pericerebral fluid collections: differentiation of enlarged subarachnoid spaces from subdural collections with color Doppler US. Radiology 1996; 201: 389-92.
- 157 MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL. Child abuse and lifetime psychopathology in community sample. American Journal of Psychiatry 2001; 158: 1878-83.
- 158 Heim C, Nemeroff C. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. Biological Psychiatry 2001; 49: 251-54.
- 159 Mudd S, Findlay J. The cutaneous manifestations and common mimickers of physical child abuse. Journal of Pediatric Health Care 2004; 18: 123-29
- 160 Kairys SW, Alexander RC, Block RW, et all. When do inflicted skin injuries constitute child abuse? Pediatrics 2002; 110: 644.
- 161 Polat O. Fiziksel İstismarda Hekimin yaklaşımı ne olmalıdır?. Çocuk Forumu 1998; 3: 1-10.
- 162 Dokgöz H, Karapirli M. Çocukta Fiziksel İstismar. Klinik Çocuk Forumu 2005; 1: 12-18.

163. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, et al. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. *Pediatrics* 2002; 110: 110-11
164. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatr Rev* 2002; 23: 191-96.
165. Kalaça Ç, Kalaça S. Çocuğa yönelik şiddet ve istismarda birincil koruma. *Çocuk Forumu* 1999; 2: 54-57.
166. Violence Prevention Committee. Child Abuse. *Ann Emerg Med* 2000; 17: 575-93.
167. Banks JB. Childhood Discipline: Challenges for Clinicians and Parents. *Am Fam Physicians* 2002; 66: 1447-52
168. Howard BJ. Advising parents on discipline: what works. *Pediatrics* 1996; 98: 809-15.
169. Berkowitz CD. Discipline. In: *Pediatrics: a primary care approach*. Philadelphia: saunders, 1996; 105-8.
170. Christophersen ER. Discipline. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39: 395-411.
171. Rosonke J R. Community and Professional perceptions of child abuse and neglect. *SD J Med* 1982; 35: 7-12.
172. Morris J.L, Johnson CF. To report or not report. Physician's attitudes toward discipline and child abuse. *AJDC* 1985; 139: 194-97.
173. Bilir Ş, Arı M, Dönmez N, et al. 4-12 Yaşları Arasında 16100 çocukta Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme, 1991.
174. Apak S. Çocuklar İçin Dünya Zirvesi ve Türkiye Toplum ve Hekim Dergisi, 1991; 47(1): 3.
175. Browne K. Çocuk İstismarını Önceden Kestirme, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Ankara, 1989; 295-303.
176. Oral R. "Çocuğa Kötü Muamele", Yayınlanmış Seminer Notları, İzmir, 1998.
177. Acık Y, Deveci E, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. *Preventive Medicine* 2004; 39: 791-97.
178. Oral R, Can D, Vatansever K, et al. Attitude and knowledge levels of general practitioners and pediatric residents about child abuse and neglect. XXXI Turkish Pediatrics Congress, 23-27 October, Istanbul, 1995.
179. Woolf A, Taylor L, Melnicoe L, et al. What residents know about child abuse. Implications of a survey of knowledge and attitudes. *Am J Dis Child* 1988; 142: 668-72.
180. Armstrong KL, Wood D. Can infant death from child abuse be prevented? *Med J Aust* 1991; 155: 593-96.

181. Lawrence L, Brannen SJ. The impact of physician training on child maltreatment reporting: a multi-speciality study. *Mil Med* 2000; 165: 607-11.
182. Uysal A. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerini Tanımlamada Hemşire ve Ebelerin Bilgi Düzeylerinin Saptanması, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Yayınlanmış Lisans Tezi, İzmir, 1998; 32-41.
183. Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, et al. Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *J Adv Nurs* 2002; 37: 551-57.
184. http://www.bianet.org/2005/03/01_c/55011. ulaşım 15/05/2005.
185. Başbakkal Z, Baysan L. Çocuk İstismarı ve İhmali Konusuna İlişkin Polislerin Bilgi Düzeylerinin ve Düşüncelerinin İncelenmesi. *Çocuk Forumu*, 2004; Nisan-Mayıs: 67-70.
186. Davey RI, Hill J. A study of The Variablitiy of Training and Beliefs Among Professionals Who Interview Children to Investigate Suspected Sexual Abuse, *Child Abuse and Neglect*, 1995; 19(8): 933-42.
187. Cheung M, McNeil Boutte-Queen N. Emotional responses to Child Sexual Abuse: A Comparison Between Polce and Social Workers in Hong Kong. *Journal of Child Abuse and Neglect*, 2000; 24(12): 1613-21.
188. Uysal A, Özsoy SA. Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmalini İçeren Küçük Öyküler Üzerine Görüş ve Tutumları. *Çocuk Forumu*, 2003; 6(2): 43-48.
189. Offer-Schechter S, Tirosh E, Cohen A. Physical abuse-physicians knowledge and reporting attitude in Israel. *Eur J Epidemiol* 2000; 16: 53-58.
190. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and description of 50 cases. *Child Abuse Neglect*, 1992; 16: 57-74.
191. Deveci SE, Açık Y. İlköğretim Öğrencilerinin Fiziksel Şiddete Maruziyetleri ve Yaklaşımları II, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2, 2002; 23-28.
192. Kaya N, Ulusoy M, Aral F. Çocuk, anne ve dayak. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Günleri*, İzmir Kongre Kitabı, 1992; 23-27.
193. Dünya Özet Çocuk Raporu. *Çocuk Vakfı* 1999.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ