

Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım

Primary care approach in child abuse and neglect

Fulya Yazar¹, Füsün Yarış¹

Özet

Çocuk istismarı çocuğun sorumluluk ve güven duygusuna, sağlığına, yaşamına, gelişimine, özsaygısına zarar verebilen, fiziksel ve/veya emosyonel kötü davranış, cinsel istismarı, ihmali ve çocuğun ticari çıkar için kullanılmasını içeren her türlü davranıştır. Her iki cins-te tüm yaş gruplarında, her sosyoekonomik düzey ve kültürde görülebilir. Çocuk istismarı fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olarak sınıflandırılabilir. Amacımız çok yaygın olan çocuk istismarı ve ihmali birinci basamak bakış açısıyla tartışmak ve bu konuda öneriler getirebilmektir. İstismar tanısı genellikle tek başına öykü ile konabilmektedir. Çocuğa bakan kişinin söylediği her kelime dikkatle kayıt edilmelidir. Çocuğun olayın öncesinde, anında ve sonrasında-daki davranışları, beslenme zamanları sorgulanmalıdır. Tıbbi öykü, aile ve gebelik öyküsü, aile içi disiplin yapısı, çocuğun genel davranışları, ailenin ekonomik ve sosyal problemleri istismarı aydınlatmada yol gösterici olabilir. Çocukla sessiz ortamda açık uçlu sorularla, yalnız görüşülmeli, sorular ve yanıtları videoya kaydedilmelidir. Çocukla ilişkisi olan kişilerle ayrı ayrı görüşülmelidir. Hekimin rolü doğru raporlamak, hasarı tanımlamak, tedavi ve izlemine yapmaktır. Aile hekimlerinin günlük uygulamada dikkatli olması çocuklukta gelişebilecek istismar tablolarını engelleyebilecektir.

Anahtar sözcükler: Çocuk, istismar, ihmal.

Summary

Child abuse is the physical and/or emotional maltreatment including sexual abuse, neglect and using the child for commercial benefits which may cause harm to the general conditions related with responsibility, security, health, life, development or self esteem. It may be seen in both gender in all age groups, socio-economical status and cultures. The types are physical, sexual, emotional abuse and neglect. Our aim is to discuss child abuse and neglect, which is a common problem, with a primary care perspective and make recommendations on this issue. Abuse can be diagnosed generally by history taking solely. Each word of the caregiver of the child should be recorded carefully. Behaviors of the child before, during and after the event, nutritional periods should be questioned. Medical history, family and antenatal history, disciplinary structure of the family, general behaviors of the child, economical and social problems of the family may guide to enlighten the abuse. The child should be interviewed alone in a silent environment with open ended questions and questions and answers should be recorded by video. The people who have relations with the child should be interviewed separately. The role of the physician is reporting appropriately, defining the injury, treating and following up the patient. The careful attitude of family physicians in daily practice may prevent abuse in childhood.

Key words: Child, abuse, neglect.

Çocuk istismarı, çeşitli toplum ve kültürlerde farklı şekilde algılanan ve tanımlanan bir olgudur.^[1] Çocuk istismarı ve ihmali tüm yaş gruplarında, sosyoekonomik düzey ve kültürdeki kız ve erkek çocuklarında görülebilir.^[2]

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 1999 tanımına göre "çocuk istismarı" (child abuse) veya çocuğa karşı kötü muamele; sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumuna, sağlığına, yaşamına, gelişimine, değerine za-

rar verebilen, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal ve her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren tüm saldırgan davranışlardır.^[3]

Çocuk ihmali de istismar olarak kabul edilir ve şu şekilde tanımlanır: Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi(ler) tarafından, daha geniş anlamda da sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik kurum-

¹⁾ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Dr., Samsun

larını içeren devlet tarafından karşılanmamasıdır. Fiziksel, duygusal, eğitimsel ve tıbbi ihmal olarak karşımıza çıkabilir. İhmal ve istismarı ayıran temel nokta ihmalin edilgen, istismarın ise etkin bir davranış şekli olmasıdır. Büyüme geriliği, psikososyal uyum güçlüğü, eğitim gereksinimleri karşılanmayan çocuklarda ihmal akla getirilmelidir.^[4]

DSÖ'ne göre dünyadaki çocuk istismarı insidansı (40/1,000) kanser insidansından (3.9/1,000) 10 kat yaygındır. Bu, istismarın toplumsal bir sorun olduğunu göstermektedir.^[5] Türkiye'de duygusal istismar (%78) ilk sırada yer almaktadır. Adli Tıp Kurumu'nun İstanbul merkezinde yapılan ve 2000'de sonuçlanan iki yıllık çalışmasında 1,455 çocuk başvurusu saptanmıştır. Olgulardan 1,236'sı kız, 219'u erkek çocuktur. En çok istismar edilen yaş grubu %70 ile 7-11 yaş grubu idi. İstismarcılar ise en sık 13-20 yaş grubunda yer alıyordu.^[6]

Bu veriler ışığında, amacımız çok yaygın olan çocuk istismar ve ihmalini birinci basamak bakış açısıyla tartışmak ve bu konuda öneriler getirmektir.

Çocuk İstismarının Tipleri

1. Fiziksel istismar
2. Cinsel istismar
3. Duygusal istismar
4. İhmal

Fiziksel İstismar

Çocuğun, kendisine bakmakla yükümlü olanlardan fiziksel zarar görmesi, bedensel bütünlüğünün bozulmasıdır. ABD'nde fiziksel istismar sıklığı 5-20/1,000 dolayındadır. Ülkemizde, birçok ülkede olduğu gibi, fiziksel istismar sağlık kayıtlarına gereğince girmemektedir. Travma nedeniyle sağlık kurumuna getirilen çocuğun ana-babası ya da çocuğun bakımından sorumlu kişi(ler) olayı gizlemeye çabalarlar.^[1] İngiltere'de, çocukların evde duygusal, fiziksel istismar ve ihmale maruz kalma, ev dışında ise cinsel istismara maruz kalma ihtimalinin yüksek olduğu saptanmıştır.^[7] En çok 4-8 yaşındaki çocuklara yönelik olan fiziksel istismar yaş ilerledikçe azalmaktadır.^[8] Yirmi yaş ve altındaki annelerin çocuklarına daha sık fiziksel istismar uyguladıkları saptanmıştır.^[1]

Okul öncesi çocuklarına Vücut Koruma Kursu (Body Safety Training) uygulanmış, bu çocukların kendini 'iyi' insan olarak tanımlayıp uygunsuz isteklerde bulunanları potansiyel suçlu olarak görebilme kapasiteleri kurs öncesinde ve sonrasında değerlendirilmiştir. Kursta vücudun gizli bölümlerinin tanımlanması, bu bölgeleri görme isteklerinin uygun olup olmadığının ayırımının yapılması ve uygunsuz dokunuşların çocuğun hatasının olmadığı kav-

ratılması amaçlanmıştır. Kurs öncesinde çocukların 'iyi' insanların uygunsuz isteklerini anlamakta güçlük çektiği, ancak haftada iki gün birer saat olan toplam 12 saatlik kurs sonrasında 'iyi' ve 'kötü' insanların uygunsuz isteklerini algılamalarının arttığı gözlenmiştir.^[9]

Fiziksel bulgular

- *Deri yaralanmaları:* İnsan ısırıkları, sıyrıklar, ekimozlar ve yanıklar: ABD'de, 16 yaşın altında travmaya bağlı ölüm nedenlerinde yanıklar ikinci sıradadır.^[10] Kaza olmayan yanıklar sıklıkla sıcak sıvılar veya sıcak cisimlerle olmaktadır.^[11]
- *Göz lezyonları:* Vitroz kanaması, lens çıkması, retina yırtılması.
- *Dövülme sonrası kafatası içi kanamalar, sigara izleri, kısmen kapanmış kırıklar ve benzer yaralanma bulguları* çocuğun şiddete uğramış olabileceğini gösterir.^[1]

"Dismorfik Beden Bozukluğu" olanların çocukluklarında önemli ölçüde istismara uğradığı belirlenmiştir. Klinisyen, hastalarını çocuklukta travmalar açısından sorgulamalıdır.^[12]

Sakat çocuklar, evlilik dışı doğan, hızlı sosyokültürel değişim içinde büyüyen, savaşın olduğu ülkelerde yaşayan çocuklar, çok çocuklu aile çocukları, üvey ebeveynle yaşayan çocuklar, eğitimsiz, kendisi de istismar görmüş kişilerin çocukları, aile içi geçimsizlik, ailede ruhsal hastalık yükü olan ve istenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuklar istismara aday çocuklardır.^[1] Düşük sosyoekonomik seviye, alkol veya uyuşturucu kullanımı, genç ebeveyn ve tek ebeveyn olması da istismar için risk faktörleridir.^[13]

Olguları atlamamak için sağlık çalışanları istismar ve ihmalin bulgu ve belirtilerini tanıyabilmelidir. Bir yaralanma olayı ile ilk karşılaşan hekim, hayat kurtarıcı ve tedavi edici müdahalelerin yanı sıra, adli soruşturmada olayı yorumlayıp raporlayabilmek için, yaranın ilk halini doğru tanımlamalı, uygun şekilde kaydetmelidir.^[14] Maalesef birçok doktor istismar raporu hazırlarken huzursuzluk yaşar. Bunun başlıca nedenleri; mahkemeye gitme korkusu, hastayı kaybetme kaygısı, istismar tanı ve tedavisindeki yetersizlik ve istismar olgularının tespitindeki yetersizliktir.^[15]

Avustralya'da 100 genel pratisyen, 124 pediatristi kapsayan bir çalışmada doktorların %43'ünün çalışma hayatlarının herhangi bir aşamasında en az bir vakada şüpheli çocuk istismarı veya ihmalini düşündüğü, ancak bunları yasal zorunluluğa rağmen raporlamadıkları görülmüştür. Bunun nedenlerinden biri de rapor sonrasında çocuk ve aile için başlayan problemlidir. Araştırmada genel pratisyenlerin raporlama konusunda daha dikkatli davrandığı saptanmıştır.^[16]

Çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili tam ve düzgün bir tıbbi tanı koyabilmek ve çocuğun daha fazla zarar göreceği durumlarda acil önlemleri alabilmek hayati önem taşır. İlgili sağlık çalışanı çocuk ve ona bakmakla sorumlu olanlara karşı nesnel ve profesyonel bir tutum içinde olmalıdır.

Cinsel İstismar

Bir erişkinin, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış, küçük yaşta bir çocuğu cinsel doyum için kullanmasıdır. Cinsel istismar sık rastlanan ve genelde yıllarca süren, sıklıkla gizli kalan bir durumdur.^[8] Vakaların yalnızca %15'inin bildirildiği düşünülmektedir. Cinsel istismarın yaygınlığı için kadınlar için %6-62, erkekler için ise %3-39 arasında değişen çok farklı oranlar bildirilir. Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu düşünülmektedir.^[8]

Kız çocuklarının %25'inin, erkek çocuklarının ise %15'inin ergenlik öncesinde cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir. Topbaş'a göre (2004) bu rakam ülkemizde %9-18'dir.^[1] Boşanma, şiddet, alkol ve madde kullanımı olan ailelerde cinsel istismar daha sık görülmektedir. Çocuğun bakımıyla doğrudan ilgilenen babaların daha az istismar uyguladığı saptanmıştır.^[17]

Cinsel istismarın büyük bölümünü aile üyeleri ya da aileye yakın kişiler yaparlar. Çünkü bu kişiler çocuğa kolay ulaşabilmektedir. Çocukların çoğu cinsel istismarı anlatmamakta ve ergenlik dönemine kadar saklamaktadır.^[18] Bu nedenle cinsel istismarın boyutlarını saptamak zordur.^[8] Örneğin Romanya'da, aile görüşmelerinde cinsel istismar sıklığı %0.1 bulunurken, aynı ailelerin çocukları ile görüşüldüğünde sıklık %9.1'e çıkmıştır.^[1]

Adolesan psikopatolojisinin risk faktörleri; ana-baba psikopatolojisi, aile bağlarındaki ve uyumundaki eksiklik, aile desteğindeki ve korumasındaki eksiklik, ana-babadan uzun süre ayrı kalma, kafa travması, boşanma, tek ebeveynli ailede yetişme, ergenin yaşı ve cinsiyeti olarak sıralanabilir.^[17]

Çocuk istismarının ana-baba psikopatolojisine bağlı olduğu düşüncesi yirminci yüzyılın son yarısında kabul görmeye başlamıştır.^[19] İstismarcı aileler çocuk, ana-baba ve aile karakteristikleri açısından farklılık gösterirler.^[20] Cinsel istismar işlevselliği bozuk aileler de görülür; bu ailelerde olaya yol açtığı düşünülen çeşitli patolojiler bulunmaktadır.^[8]

1. Baskın ve koşulsuz söz tutma isteyen ana baba modeli: En sık gözlenen, katı babanın güç ve kararlarda baskın olduğu aile modelidir. Aile sistemi kapalıdır. Babaların bir kısmı güç ve kontrol sağlamak için şiddete başvurmaktadır.

2. Cinsel sorunlar: Cinsel istismarın gözleendiği ailelerde, anne babalarda cinsel sorunlar daha sıktır.

3. Sosyal izolasyon: Anne babaların çoğunda aile dışı sosyal ilişkilerde kısıtlılık ve zorlanma vardır.

4. Rol çatışması: Cinsel istismar uygulanan ailelerde rol çatışmalarına sık rastlanır. Anne genellikle eşlik ve ev kadını rollerini kızına bırakmaktadır, baba da bakım vermeyi ensest yoluyla yapmaktadır.

5. Alkol ve madde kötüye kullanımı

6. Yadsıma: Aile üyelerinde en sık kullanılan savunmadır. Baba, olayı "seks eğitimi" olarak savunabilir, anne ise kocası ile ilişkisini bozabileceği için reddedip görmezden gelebilir. Çocuk utanma ve suçluluk duygularını bastırmak ve aile düzeninin bozulmasını önlemek amacıyla durumu yadsıyabilir.^[8]

Kaygı bozuklukları cinsel istismara uğrayan çocuklarda kısa süre içinde ortaya çıkabilmektedir. Uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri, yüksek kaygı düzeyinin kliniğe yansımalarıdır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu, ikincil enürezis ve enkoprezis cinsel istismar kurbanlarında daha sıktır.^[8] Tekrarlayan üriner enfeksiyonlar da cinsel istismarın bulgusu olabilir.^[21] Çocuk istismarı ve cinsel travmaya uğramanın uzun dönemli etkileri arasında kognitif, emosyonel rahatsızlıklar, ilerleyen zamanda ilaç ve alkol bağımlılığı, riskli cinsel ilişkiler, çocukluk ve ergenlikte suça eğilim yer alır.^[22]

Cinsel istismar yaşamış çocuklarda yüksek oranda depresyon gözlenir, benlik saygısı hasara uğramıştır. Bu çocuklarda intihar düşüncesi ve girişimi sık görülür.^[8] 2000-2004 döneminde istismar nedeniyle çocuk ruh sağlığı polikliniğine başvuran 54 çocuktan %77.8'inde cinsel istismar, %22.2'sinde ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite saptanmıştır.^[2]

Ruh sağlığı çalışanlarının anlamaya ve empati kurmaya yönelik terapötik tutumları, adli görüşmelerin nesnelliğini güçleştirmektedir. Adli psikiyatri görüşmelerinde çoğunlukla deneyimli profesyonellerin de nitelikli, güvenilir bilgi almakta yetersiz kaldıkları gözlenebilmektedir. Wyatt, çocuk ve ergenlerin mahkemeye çıkmadan önce ortalama on kez görüşmeye maruz kaldığını belirtmektedir. Özellikle bildirim sonrası erken dönemde yinelenen görüşmeler, benzer içerikli yineleyici sorular yanlış bildirimlere neden olmaktadır.^[23]

Duygusal İstismar ve İhmal

Duygusal istismar ve ihmali, çevredeki yetişkinlerin gerçekleştirdiği, çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal

gelişimini engelleyici eylem ya da eylemsizliklerdir. Fiziksel ve cinsel istismar türlerinin çoğunda duygusal istismar ve ihmal de yer alır. Duygusal istismar ve ihmal çok kolay fark edilemediğinden sıklığı kesin olarak bilinmemektedir.^[8] Yüksek prevalansı ve etkilerine rağmen çocuk ihmali fiziksel ve cinsel istismardan daha az önemsenmektedir.^[6]

Duygusal istismar, sözel istismar, fiziksel olmayan ancak çok ağır olan cezalar ya da tehditleri içerir.^[24] Duygusal ihmalde ise yeterli duygusal destek sağlamamak, ilgi ve sevgi göstermemek ve çocuğun şiddetle karşı karşıya kalmasına izin vermek yer alır.^[8] Çocuğun karşılaştığı bazı sağlık ve sosyal sorunlarını görmezden gelmek, doğal karşılamak veya sorun olarak görmemek çocuk ihmaliidir. Örneğin; enürezisi olan bir çocuğun ailesinin, bu sorunu bir hastalık olarak görmemesi, ailede benzer yakınması olan başka kişilerin varlığında bu durumun kabullenilmesi, doğal karşılanması ihmal kabul edilebilir.^[4]

Kanada'da, hem fiziksel istismar hem de ihmal içeren bir çevrede yetişen çocuklarda, fiziksel istismar olmadan sadece ihmale uğrayan çocuklara göre daha fazla bilişsel hasar saptanmıştır.^[25] Duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atma sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güven azlığı, intihar davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu ve birçok başka psikiyatrik bozukluk görülebilir.^[26]

Çocuklukta istismar, ergenlik dönemini davranışsal, psikolojik ve fiziksel olarak etkiler. İstismar, ihmale uğramış çocuklarda bu dönemde artmış gastrointestinal yakınmalar ve inatçı baş ağrıları gibi fiziksel yakınmalar görülebilir.^[27] İstismar veya ihmale uğrayan çocukta aşırı bağlılık, parmak emme gibi regresyon bulguları, uyurgezerlik, yalnız yatmaktan korkma, yeme problemleri, okul başarısında azalma, evden kaçma gibi davranış değişiklikleri görülebilir.^[21] Çocuk istismarı ve ihmali, bir "toplumsal acil" olarak nitelenmiştir.^[28] Çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61'i önlenebilir bulunmuştur. Bir koruma yaklaşımı risk faktörlerini tarayarak risk grubundaki çocuklarda ileri değerlendirme yapılmasıdır.^[4]

İstismar Şüphesinde Öykü Alma

İstismar olgularında öykü çok önemlidir. İstismar tanısı genellikle tek başına öykü ile konabilir. İyi bir öykü ipuçları içerir. Üç yaşından büyük çocuklar güvenilir öykü verebilir.^[29] Çocuğa bakan kişinin söylediği her kelime dikkatle kayıt edilmelidir. Çocuğun olay öncesi, olay anı ve sonrası davranışları, beslenme zamanları, çocuğa bakan kişinin bu zamanlarda tam olarak ne yaptığı mutlaka sorgulanmalıdır. Tıbbi öykü, aile ve gebelik öyküsü, aile

içi disiplin yapısı, çocuğun genel davranışları, ailenin ekonomik ve sosyal problemleri istismarı aydınlatmada yol gösterici olabilir.^[30] Doktorların çalışması geçmişteki haberci olayların ortaya çıkarılmasını içermelidir.^[31]

Fizik muayeneden önce ayrıntılı öykü alınmalıdır. Mümkünse çocukla yalnız görüşülmeli, sorular ve çocuğun yanıtları videoya kaydedilmelidir. Böylece yinelenen görüşmelerden, çocuğun tanık olarak dinlenmesi zorunluluğundan kurtulmuş ve çocuğun yeniden örselenmesinden kaçınılmış olunur. Görüşmenin sessiz ve tehdit edici olmayan bir ortamda, nötral ses tonuyla konuşarak yapılması önerilmektedir. Önce çocuğun anlayabileceği bir dille görüşmenin amacı anlatılmalıdır. Çocukla aynı hizada oturulmalı, çocukla hekim arasında herhangi bir engel olmamalıdır. İstismarı kimin, nasıl, ne zaman yaptığının sorgulanması çocuğa zarar vermektan başka bir işe yaramaz. Çocuğa açık uçlu sorular sorulmalı, anlatıkları karşısında şok veya inanamama gibi duygular gösterilmemeli, sorular "bir şeyler daha söylemek ister misin?" ya da "sonra ne oldu" şeklinde olmalıdır. Bu tip sorgulama yasal açıdan daha uygundur.^[4,32-34] Öykü alırken çocuğun reaksiyonları da kaydedilmelidir. Çocukla ilişkisi olan kişilerle ayrı ayrı görüşülmelidir.^[4]

Aileden çocuğun doğum öyküsü, daha önce hasar görüp görmediği, hastanede yatıp yatmadığı, acil servise ne sıklıkta getirildiği, aşılama ve beslenme öyküsü, diğer sorunları araştırılmalıdır. Olayın oluş şekli ve tıbbi tedavi başvurusu için gecikme olup olmadığı, olay sırasında çocuğun bakımından sorumlu olan kişinin hastaneye getirilen çocuğa eşlik edip etmediği dikkate alınmalıdır. Görüşme verileri tarihleriyle raporlanmalıdır. Bu rapor hemen en yakın sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu ve ilgili adli makamlara gönderilmelidir.^[4]

İstismardan şüphelenilmesi gereken durumlar:^[35]

1. Çocuğun kendi yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan cinsel bilgiye sahip olması
2. Resimlerinde, oyunlarında ve davranışlarında cinsel içerikli temaların olması
3. Sık ve ortalık yerde yapılan aşırı mastürbasyon
4. Konuşmasında cinsel içerikli sözcüklerin sık kullanılması
5. Yalnız kalmak istememe, uyku sorunları, enürezis, enkoprezis ve diğer regresif tepkiler
6. Kendini yaralayıcı ya da risk alıcı davranışlar, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü
7. Fobik kaçınmalar (örn. istismarcı ile aynı cinsiyetteki tanıdıklarından korku)
8. Okul ve arkadaş ilişkisinde sorunlar
9. Çocukta ani davranış değişiklikleri

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önlemek için Yapılması Gerekenler

Çocuk istismarına karşı birçok girişim yöntemleri ve önleme programları geliştirilmiştir. Etkili ve işe yarar bir program, anne ve babanın eğitimini ve uzmanlarla işbirliği yapmalarını gerektirir.

Ailenin cinsel istismardan korunacak çocuğuna öğretilcek bilgileri şöyle sıralamaktadır (Yalın ve arkadaşları):^[36]

1. Cinsel organları yaralandığı ya da hastalandığında, yalnız doktorların ya da ana-babanın dokunabileceği öğretilmelidir.
2. Kendini cinsel açıdan kötüye kullanmak isteyen "hayır" demek öğretilmelidir.
3. Rahatsız olacakları herhangi bir biçimde, kendilerine dokundurtmama hakkına sahip oldukları öğretilmelidir.
4. Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan biriyle karşılaşmalarında oradan hemen uzaklaşmaları öğretilmelidir.
5. Cinsel yönden kötüye kullanıma uğramaları halinde, hiçbir zaman bunun kendi suçları olmadığı öğretilmelidir.
6. Cinsel organlarına dokunan bir büyük ile ilgili "sır" saklamaları öğretilmelidir.
7. Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan birisi ile karşılaşmalarında "yüksek sesle bağırması" öğretilmelidir.
8. Cinsel yönden kötüye kullanıma kalkışan biriyle mücadele etmede "vurma, tekme atma" gibi davranışlar öğretilmelidir.
9. Cinsel yönden kötüye kullanıldıklarını kime (anne ve babaya) ve nasıl anlatacakları öğretilmelidir.
10. Cinsel organların anatomik isimleri doğru olarak öğretilmelidir.
11. Cinsel yönden kötüye kullanıldıklarını bildirdiklerinde bazen yetişkinlerin inanmadıkları anlatılmalıdır.

Sonuç

Eğitim ve danışmanlık koruyucu sağlık hizmetlerinin bir bileşenidir. Düzenli ev ziyaretlerinin istismar ve ihmal olgularını azaltır.^[28] İstismara uğradığı halde iyi bir değerlendirme yapılmadan eve gönderilen çocukların, daha sonra %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ciddi hasara uğradığı gözlenmiştir.^[4] Aile hekimleri çocuk istismarının klinik değerlendirmesinde özellikle de öykü almada kendilerini eksik hissetmektedirler.^[37] İstismar olgularında hekimin rolü doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini, hasarı tanımlamak, diğer uzmanlarla iletişim halinde uzun süreli tedavi ve izlemine yapmaktır.^[38] Ailede çocuk istismarı öyküsünün varlığı çoğu kez annenin de istismarı ile birliktelik gösterdiğinden, ev içi şiddetin taranması çok önemlidir. Özellikle aile hekimlerinin bu konuda dikkatli ve duyarlı olması gelişebilecek istismar tablolarını engelleyebilecektir.

Kaynaklar

1. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004;3:76-80.
2. Çengel E, Çuhadaroğlu F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Türk J Pediatr* 2007;49:256-62.
3. Bilgin A. A study about corporal punishment in families. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences (JFES)* 2008;41:29-50.
4. Bülent KB, Biğer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004;47:140-51.
5. Yavuz MS, Buyukyavuz I, Savas C, Ozguner IF, Kupeli A, Asirdizer M. A battered child case with duodenal perforation. *J Forensic Leg Med* 2008; 15:259-62.
6. Dunn MG, Tarter RE, Mezzich AC, Vanyukov M, Kirisci L, Kirillova G. Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clin Psychol Rev* 2002;22:1063-90.
7. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005;29:969-84.
8. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmal: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35:82-6.
9. Kenny M, Wurtele S. Children's abilities to recognize a "good" person as a potential perpetrator of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2010; 34:490-5.
10. Leonardi DF, Vedovato JW, Werlang PM, Torres OM. Child burn: accident, neglect or abuse. A case report. *Burns* 1999;25:69-71.
11. Abbott AV, Noll EC. Selected injuries. *Family Medicine Principles&Practice*'de. Ed. Taylor RB. 5. baskı. New York, Springer, 1997;435-43.
12. Didie E, Tortolani C, Pope C, Menard W, Fay C, Phillips K. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl* 2006; 30:1105-15.
13. Kutsal E, Pasli F, Isikli S, Sahin F, Yilmaz G, Beyazova U. Preliminary Validation of the Child Abuse Potential Inventory in Turkey. *J Interpers Violence* 2010;13:1-10.
14. Zeyfeoğlu Y, Uluçay T, Yavuz MS, Aşirdizer M. Adli tıbbi uygulamalarda hatalı tanımlama, yanlış karar: olgu sunumu. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010;16:185-8.
15. Lane WG, Dubowitz H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? *Child Abuse Negl* 2009;33:76-83.
16. Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery - will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect? *Child Abuse Negl* 1998;22:159-69.
17. Kaplan S, Pelcovitz D, Salzinger S ve ark. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1998;155:954-9.
18. Goodman-Brown T, Edelstein RS, Goodman GS, Jones D, Gordon D. Why children tell: a model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2003;27:525-40.
19. Reece RM, Jenny C. Medical training in child maltreatment. *Am J Prev Med* 2005;29:266-71.
20. Agathonos H, Browne K. The prediction of child maltreatment in Greek families. *Child Abuse Negl* 1997;21:721-35.
21. Melvin SY, Rhyne MC. Child abuse and neglect. *Family Medicine Principles&Practice*'de. Ed. Taylor RB. 5. baskı. New York, 1997;244-9.
22. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:231-40.
23. Çelik GG, Tahiroğlu AY, Avcı A, Meral D, Çekin N. İstismar olgularında asılsız bildiri: bir olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:49-53.
24. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl* 2002;26:697-714.

25. Nolin P, Ethier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse Negl* 2007;31:631-43.
26. King N, Heyne D, Tonge BJ ve ark. Sexually abused children suffering from post-traumatic stress disorder: assessment and treatment strategies. *Cogn Behav Ther* 2003;32:2-12.
27. Spertus IL, Yehuda R, Wong CM, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl* 2003;27:1247-58.
28. Block RW, Palusci VJ. Child abuse pediatrics: a new pediatric subspecialty. *J Pediatr* 2006;148:711-2.
29. Selby JB. Child abuse. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 7. baskı. Philadelphia, WB Saunders, 2007; 55-7.
30. Horsley L. AAP Guidelines on evaluating suspected child physical abuse. *Am Fam Physician* 2008;15:1461-4.
31. Flaherty EG, Jones R, Sege R; Child Abuse Recognition Experience Study Research Group. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse Negl* 2004;28:939-45.
32. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:575-93.
33. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:37-56.
34. Kairys SW, Alexander RC, Block RW ve ark. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999;103:186-91.
35. İşeri E. Çocuk Psikiyatrisi Uygulamalarında İstismar Olgularının Tanınması, Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi Dokümanları, http://cbgd.org/kongre2009/files/elvan_iseri_sunu.pdf adresinden 22/04/2011 tarihinde erişilmiştir.
36. Türkbay T, Söhmen G, Söhmen T. Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanım klinik bulguları, olası sonuçları ve önleme. TC Milli Eğitim Bakanlığı Kartal Rehberlik ve Araştırma Merkezi, http://kartalram.gov.tr/RehberOgretmen/Dokumanlar/KISISSEL_GELISIM/CocukveErgenlerdeCinselKotuyeKullanim.doc adresinden 22/04/2011 tarihinde erişilmiştir.
37. Weinreb L, Fletcher K, Candib L, Bacigalupe G. Physicians' perceptions of adult patients' history of child abuse in family medicine settings. *J Am Board Fam Med* 2007;20:417-9.
38. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2007;119:1232-41.

Geliş tarihi: 10.05.2011

Kabul tarihi: 09.06.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Fulya Yazar

19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Kurupelit Samsun

Tel: 0362 312 19 19 / 2744

e-posta: fulya.yazar@omu.edu.tr