

# Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar

Ş. İlkay Güner\*, Savaş Güner\*\*, Mehmet Hamdi Şahan\*\*\*

## Özet

**Çocuk istismarı; çocuklarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan sosyal ve medikal bir problemdir. Fiziksel istismar; 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi veya toplum tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir. Çocuk ihmal ve istismarını önlemek için bireysel, toplumsal ve evrensel olarak ele almak gerekir. Gerekli olan koruyucu ve önleyici çalışmaların planlanmasını, organize edilmesini ve uygulanmasını sağlamaktır. Bu çalışmalar özellikle cinsel, fiziksel veya ağır ihmal sonucu travmaya maruz kalan çocuklar ile bu çocukların ailelerine yönelik olarak düzenlenmelidir.**

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk istismarı, Çocuk kırıkları

Barınmadan beslenmeye, sağlıktan eğitime, yaşamın tüm alanlarında yaşanan eşitsizliklerden en çok etkilenen çocuklardır. Toplumun önemli bir kesimini oluşturan çocukların sağlıklı gelişmeleri, geleceğin toplumunun da sağlıklı olmasını sağlar. Bu nedenle sağlıksızlığa neden olan istismar ve ihmalin tanınması, önlenmesi ve uygun müdahaleler yapılması gereklidir.

Çocuk istismarının insanlık tarihinin başlangıcı ile beraber olmasına karşın dünyada sorun olarak algılanması ve buna yönelik çalışmaların başlaması ancak 100 yıllık bir geçmişe sahiptir. Türkiye’de ise bu konu ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir (1).

Çocuk istismarı tanısı koymada en önemli yaklaşım öncelikle çocuk istismarından kuşulanımlasdır. İstismara uğrayan çocuklar çoğunlukla ilgililere (hekim, sosyal hizmet uzmanı, çocuk polisi, hemşire vs.) istismar nedeni ile başvuramazlar. Bu nedenle çocuk istismarı kuşkusu bulunan olgularda, ilgililerin gizlenme eğilimi olan durumları ortaya çıkarmak için anamnez, öykü ve bulgularını iyi rapor etmeleri

gerekir (2).

## Çocuk İstismarı ve İhmali Nedir?

Dünya sağlık örgütünün 1985 yılında yapmış olduğu tanımlamaya göre, çocuğun sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen bir yetişkin yada toplum tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar çocuk istismarı ve ihmali olarak değerlendirilir. Çocuk istismarı sadece erişkinler tarafından değil çocuğun akrabaları tarafından da yapılabilir (3-5).

Çocuk istismarına uğrama riski altında olduğu düşünülen bazı durumlar vardır. Bunlar otorite kullanımı, alkol ve/veya madde kullanımı, evebeyni ayrı aile, genç yaşta anne olma, sosyal izolasyon, ailenin kalabalık olması, düşük sosyo-ekonomik düzey, ebeveynlerde çocuklukta psikiyatrik hastalık ve ailede çocukta istismara uğrama öyküsü bulunması gibi faktörlerdir. Bütün bu risk faktörlerine ek olarak çocukları koruyan yasaların yetersiz olması, toplumdaki sosyal eşitsizlikler, savaşlar, silahlanma ve medyadaki şiddet mevcut riski daha da artırmaktadır (2, 6, 7).

Çocukların bedensel, zihinsel yada ruhsal sağlıklarına zarar veren, gelişimlerini engelleyen tutum ve davranışlar çocukları beş şekilde örseleyebilmektedir. Bunlar ;

1. Fiziksel istismar: Bir erişkinin otoriteyi sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacı ile elle ve/veya aletle çocuğun vücudunun herhangi bir yerine iz bırakacak şekilde şiddet uygulayarak çocuğa zarar vermesidir. Bu

\* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu/Van

\*\*Ortopedi ve Travmatoloji A.D., Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi/Van,

\*\*\*Radyoloji Kliniği, Samsun Askeri Hastanesi/ Samsun.

**Yazışma Adresi:** Dr. Savaş Güner.

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji A.D. Van

Tel: 0 432 2150474.

E-posta:gunersavas@gmail.com

dövülme, yanma, ısırılma vb. yollarla olabilir. Sadece dayak değil, çocuğu yaralayan, vücudunda iz bırakan, kaza dışındaki her türlü eylemdir.

2. Cinsel istismar: Çocuğun kendisinden en az 4 yaş büyük bir kişi tarafından cinsel haz amacı ile zorla ya da ikna edilerek cinsel etkileşime maruz bırakılmasıdır (8). Çocuğun rızası olsun olmasın ırzına geçilmesi, cinsel organlarının ellenmesi, müstehcen sözlere maruz bırakılması, yetişkinin cinsel organlarını okşamaya yöneltmesi veya zorlanması, çocuğun pornografide ya da fuhuşta kullanılması, çocuğa pornografik materyal izlettirilmesi, teşhircilik vb. gibi davranışlara maruz bırakılmasıdır.

3. Duygusal istismar: Çocuğun iç görüşünü ya da duygusal bütünlüğünü bozan her türlü eylem ya da eylemsizliktir. Reddetme, yalnız bırakma, aşırı koruma, aşırı hoşgörü, baskı, sevgiden ve uyarandan yoksun bırakma, sürekli eleştiri, aşağılama, tehdit, korkutma, yıldırma, suçla yönelme, suçlama, yok sayma, çocuğun yaşına ve özelliklerine uygun olmayan beklentiler içinde olma, çocuğu aile içi uyuşmazlıklarda taraf tutmaya zorlama, aile içi şiddete tanık etme vb. davranışlardır.

4. Ekonomik istismar: Çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması veya çalıştırılmasıdır.

5. Çocuk İhmali: Çocuğun beslenme, barınma, giyim, hijyen, oyun, eğitim, güvenlik ve sağlık hizmetini sağlama görevinin reddedilmesi ya da yerine getirilmemesidir. Çocuğa fiziksel ya da duygusal, bilinçli ve isteyerek zarar verildiği taktirde “aktif” (buluntu bebeklerde olduğu gibi); bilgisizlik, olanaksızlık, umursamazlık gibi nedenlerle oluşursa “pasif” çocuk ihmali denir (8-10).

### Epidemioloji

Çocuk istismarının Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki insidansı %0.49/yıl olarak bildirilmektedir. Yılda 2.9 milyon vaka rapor edildiği belirtilmektedir. Vakaların %10-70'i iskelet travması şeklindedir. Kırıklar, yumuşak doku yaralanmalarından sonra ikinci sıklıktaki başvuru nedenidir. Olguların %30-50'sinde ortopedi konsültasyonu gerekli olur. Serebral palsi olgularının %10'u dövülmüş çocuklardır. Tespit edilememiş istismar vakalarında tekrar olasılığı %30-50'dir. Önlenmediği takdirde ciddi travmalar sonrası %5-10 ölüm riski mevcuttur. Ölümün %90'ı beş yaşın altında ve %41'i bebektir. Acil serviste görülen üç yaş altı çocukların %10'u istismara uğrayan

çocuklardır. İstismar sonucu iskelet travmalarında en önemli risk faktörü yaştır. Olguların %58'i üç yaş altında iken, kırıkların %90'dan fazlası üç yaş altındadır (2,11).

### Etyoloji

Fiziksel istismar ve ihmali nedenine ilişkin basit bir açıklama getirmek olası değildir. Birçok araştırmacı, ana baba, çocuk ve çevre ile ilişkili etyolojik etkenlerin istismar ve ihmali oluşumunda etkili olduğu görüşünde birleşmektedir. Fiziksel istismar ve ihmali için, bakım verene ilişkin risk etkenleri olarak; psikiyatrik bozukluk, madde kullanımı, sosyal destek yokluğu, çocukluk çağında kendisine de istismarda bulunulması gibi özellikler bildirilmektedir (12).

### Çocuk İstismarının Tarihi

Çocuk istismarının tarihçesi eski çağlara dayanmaktadır. 1883 yılında İngiltere'de “Çocuklara Kabalığın Önlenmesi Derneği” kurulmuştur. John Caffey 1946 yılında uzun kemik kırıkları, subdural hematoma ve intraoküler kanama ile başvuran altı bebeği tariflediği klasik yazısını yayınlamıştır. Fakat bu yazıda nedenin travmatik olduğu düşünülse de hikayede travmanın kaynağı konusunda bir yorum yapılmamıştır. Tarihteki dönüm noktası ise Kempe ve arkadaşlarının 1962 yılında problemi "Dövülmüş Çocuk Sendromu" olarak tarifledikleri yayınlarıdır. 1974 yılında Caffey "Sallanmış Çocuk Sendromu" terimini literatüre kazandırmış ve subdural kanamanın nedeni olarak sallama epizodlarını göstermiştir (2,11).

### Türkiye'de Çocuk İstismarı

Türkiye'de çocuk istismarı son on yılda yaygın olarak toplumsal sorun olarak kabul edilmeye başlamıştır. Birçok araştırma Türkiye'deki çocukların %13,9-87'sinin fiziksel istismara uğradığını göstermiştir. Ancak konuyla ilgili daha ayrıntılı çalışmalar yapmadan önce istismar ve ihmali kavramlarının sosyokültürel sınırlar içerisinde tanımlanması ve boyutlarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Toplumumuzda dayanın bir eğitim aracı olarak görülmesi ve dayak yiyen çocuğun ailesi tarafından sevildiği ve terbiye edildiği düşünceleri diğer toplumlara göre daha yüksek rakamların ortaya çıkmasının bir nedeni olarak düşünülebilir. Bir sivil toplum örgütü olarak Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon

Derneği (ÇİKORED) 1992 yılında kurulmuştur ve halen faaliyetlerine devam etmektedir. (12-15).

### **Fiziksel İstismarın Çocuk Üzerindeki Etkileri**

Aile içi şiddetin önemli bir boyutunu oluşturan çocuğa karşı fiziksel ceza toplumumuzda oldukça yaygın görülen bir disiplin ve terbiye yöntemidir. Ancak disiplin amacı ile uygulanan fiziksel ceza genellikle fiziksel istismar boyutlarında olmaktadır. Fiziksel şiddet bir kuşaktan diğerine aktarılmaktadır. Sosyal öğrenme teorisine göre çocuklar şiddet kullanmayı ve bunun normal bir davranış olduğunu anne-babalarının davranışlarını gözlemleyerek öğrenir (9).

Fiziksel cezanın çocuk ve ergenler üzerindeki etkileri birçok sosyal bilimcinin ilgi odağı olmuş ve bu konuda çok detaylı araştırmalar yapılmıştır. Yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre; fiziksel ceza gören çocuk kaygı yaşamakta ve içine kapanmaktadır. Bu çocukların benlik kavramlarının da olumsuz etkilendiği belirtilmektedir. Fiziksel ceza çocukta saldırganlık ve şiddet davranışlarına yol açmaktadır. Şiddetli bir fiziksel ceza ile karşı karşıya kalan çocuk korkmakta, kendisini çaresiz ve değersiz hissetmektedir. Çocukluklarında fiziksel ceza görmüş üniversite öğrencilerinin yoğun kaygı ve depresyon yaşadıkları, sosyal ilişkilerinin olumsuz olduğu belirtilmektedir (7, 9).

Aile içi şiddet araştırmaları, çocuk ve ergen yaşta dayaha maruz kalmanın yaşamın sonraki devirlerinde eşe yönelik şiddet olgusunun hazırlanmasında etken olduğunu göstermektedir. Çocuklukta şiddete maruz kalan çocuk ileriki yaşantısında bunu sadece kendi çocuğuna yönelik olarak değil başkalarına yönelik olarak da kullanmaktadır. Babanın anneye saldırgan davranışını gören çocuklar, şiddet kendilerine yönelme bile kurban durumundadır. Davranış sorunu olan çocuğun saldırgan davranışları ile ebeveynlerin tutarsız bir disiplin yaklaşımı ve çocuğa ilgi/desteğin bulunmayışı arasında pozitif bir ilişki vardır. Çocuklukta karşılaşılan fiziksel ceza sonucunda ilerideki yaşlarda ortaya çıkan saldırganlık davranışları erkeklerde kızlara oranla daha fazladır (10).

### **Çocukta Fiziksel İstismarın Tanısı**

Tanıdaki en önemli nokta iyi bir öykü alınmasıdır. Çocuğun yanında bulunan kişi tarafından detaydan yoksun öykü verilmesi şüphe uyandırıcıdır. İstismar nedeni kırıkların %52-63'ünde travma öyküsü bulunmamaktadır. Yaralanmanın oluşumu ile ilgili açıklamalardaki

aykırılıklar ve kopukluklar veya farklı kişilerce verilen hikayelerde tutarsızlık olması dikkat çekmelidir. Çocuğun yaşı ile uyumsuz yaralanmalar şüphe uyandırabilir. Örneğin; bir yaşın altındaki bir çocuğun koşarken düşüp tibiasını kırması pek gerçekçi olamaz. Öykü ile fiziksel yaralanmanın derecesi arasındaki uyumsuzluk tespit edilebilir. Kaza sonucu ya da istismar sonucu yaralanmalarda hikayede en sık neden düşmedir. Düşme yüksekliği azsa istismardan şüphe edilmelidir. Ancak 60 cm'den çok yükseklikten düşmeyle tek kemik kırığı oluşabileceği de göz ardı edilmemelidir. Öyküdeki bir diğer dikkat çeken nokta ise gerçek yaralanma zamanı ile bildirilen yaralanma zamanı arasında uyumsuzluk olmasıdır. Örneğin; acil servise başvurduğunda bir gün önce düştüğü iddia edilen bir çocuğun uyluğunda tespit edilen sarı renkli ekimotik alanların bulunması, böyle bir yaralanmanın ciltteki görüntüsü bir haftada sarı renk alacağı için şüphe uyandırıcıdır. Öyküde tekrarlayan travmalar, önceki travmalarda kayıtsız kalınması ve verilen tıbbi önerilere uyulmaması dikkat çekebilir (11,16,17).

Ailenin veya bakıcının çocuğun yaralanmasına tepkisine dikkat edilmelidir. Yaralanmanın detayları ile ilgili sorulara tepki gösterme, sinirlenme, kendiliğinden bilgi vermeme, sıklıkla yaralanmaya karşı ilgisiz ya da aksine aşırı ilgili olunması şüphe uyandırıcıdır. Çocuğun davranışlarına dikkat edilmelidir. Aşırı ürkek tutum ve erişkinlerle iletişim kurma konusunda endişeli, ailesi yanında iken aşırı ürkek davranışlar ve korku belirtileri dövmüş çocuk sendromunun belirtilerindedir (18).

Çocuk istismarı tanısında sosyal öykü de önemlidir. Tüm sosyoekonomik katmanlarda görülebilir. Ancak düşük sosyoekonomik katmanlarda daha sıktır. ABD'de yapılan bir çalışmada, yıllık geliri 15.000 dolar ve daha az olan ailelerin çocuklarında yıllık geliri 30.000 dolar ve daha fazla olan ailelere göre çocuk istismarı 25 kat daha sıktır. Plansız, istenmeyen gebelik ve küçük yaşta gebelik öyküde sık rastlanır. Bebekler için prematüre doğum, bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Prematürelerde zamanında doğan yenidoğanlara göre üç kat daha sık olarak çocuk istismarına rastlanmaktadır. "Farklı" olarak kabul edilen çocuklar (irritabilite veya hiperaktivite, fiziksel veya gelişimsel olarak geri çocuklar) çocuk istismarı açısından risk altındadır (2,11).

### **İstismar Tanısı İçin Fizik Muayene**

Tüm vücuda dikkatli, sistematik fizik muayene gereklidir. Muayenede önce gözle sonra elle muayene yapılmalı, yaralı bölge en son

incelenmelidir. Çocukta fiziksel istismarın en sık rastlanılan şekli genellikle disiplin ve cezalandırma amacıyla uygulanan dayaktır. Dayak sırasında bir tokattan alet kullanmaya kadar geniş bir spektrumda fizik istismar uygulandığından fiziksel istismar bulgularını muayenede saptayabilmek her zaman kolay olmayıp klinik bulgular çok değişkenlik gösterir. Çocuk incelenirken fiziksel ihmal belirtileri göz önüne alınmalıdır; kirli, bakımsız görünüm, saçlı deride saçsız alanlar, utangaç, ezik görünüm ve büyüme gelişme geriliği fiziksel ihmalin belirtilerindedir (2,11).

Çimdikleme, itikleme, sarsma, boğazını sıkma, kafasını duvara veya başka yere çarpma, bağlama, bedensel olarak aşırı şekilde çalıştırma, yıkanıp temizlenmesine izin vermeme, eline ayağına iğne batırma, elleri ayaklarını yakma, ağzına acı maddeler sürme toplumda karşılaşılan diğer fiziksel istismar çeşitleridir. Fiziksel istismarda özellikle deri, iskelet sistemi veya merkezi sinir sistemi etkilenir. Ama diğer organların da etkilenebileceği unutulmamalıdır (16).

### Radyolojik Olarak Kırık Yaşının Tespiti

Çocuk istismarı tanı ve ayırıcı tanısında kırık yaşının tespiti çok önemlidir. Kırık oluşuktan sonra devreye giren iyileşme mekanizmaları radyografilerde incelenerek belirli bulgular doğrultusunda kırığın zamanı belirlenebilir.

### Kırık Şekilleri

Çocuk istismarı için kesin belirleyici bir kırık şekli yoktur. Ancak belli bazı kırıklar özellikle istismarı işaret eder.

*Metafizyel-epifizyel kırıklar:* Çocuk istismarı sonrası görülen klasik lezyonlardır. Her uzun kemikte büyüme plağına komşu bölgede görülebilir. Oluşumu için gerekli kuvvetlerin büyüklüğü, yönü ve yoğunluğu tipik kaza durumlarında görülmez.

*Diyafizyel kırıklar:* Çocuk istismarı sonrası diyafizyel kırıklar metafizyel lezyonlardan dört kat daha sık görülmesine rağmen daha az spesifiktir. Çocuk istismarı sonrası en sık iskelet prezentasyonu izole diyafizyel kırıklardır (11).

### Bölgesel Yaralanmalar

*Cilt lezyonları:* Fiziksel istismardaki en sık ve bazen tek bulgu olabilir. Çizikler, yanıklar, skar dokuları, kesiler ve morluklar görülebilir. Yanıklar fiziksel istismara uğramış çocukların %10-25'inde görülebilir. Morluklar %50-92 oranında görülebilir. Kalçalarda, genital bölgede, perinede, gövdede, kafa arkasında ve bacakların

arkasında görülen morluklar nadiren kazayla meydana gelir. Büyük çocuklarda multipl ve değişik iyileşme evrelerinde lezyonlar sık görülür. Lezyonların şekline bakarak yaralanmaya sebep olan araç tahmin edilebilir. Lezyonun renk değişimine göre yaralanma zamanı tahmin edilebilir. Akut lezyon mavi-kırmızı renkli iken, daha sonra yeşil-sarı kahverengiye varan renk değişimi olur (11).

*Kafa travması:* Fiziksel istismar sonrası en sık morbidite ve mortalite nedenidir. Doğrudan darbe, sallama, düşürme veya fırlatma ile meydana gelebilir. Kafatası kırıkları dövülmüş çocuk sendromunda ikinci sıklıkta görülen kemik yaralanmasıdır. %80'i bir yaş altı bebeklerde görülür. Dövülmüş bebeklerde kafatası kırığı prevalansı yaklaşık %50'dir ve büyük çocuklara göre altı kat daha fazla kafatası kırığı riski taşırlar. Çoklu, çökme şeklinde, 3 mm'den daha fazla ayrılmış, bilateral veya sütür hatlarını geçen kırıklar, nedeni açıklanamayan bilinç değişiklikleri, subdural kanamalar ve retinal kanamalar özellikle şüpheli bir öykü ile birlikte ise daha çok çocuk istismarını düşündürür. Bebek beyni akselerasyon ve deselerasyon kuvvetlerine daha hassastır ve kafatası kırığı olmaksızın subdural hematoma ve retinal kanamalar görülebilir (19).

*İç organ yaralanmaları:* Çok sık görülmemekle beraber %40-50'ye varan mortalite oranlarıyla seyredir. En sık direkt künt travma sonrası oluşur. Bulantı, kusma, obstrüksiyon, abdominal distansiyon, peritonit ve akut karın bulgularıyla başvurabilir. Karaciğer, dalak yırtılmaları, pankreas yaralanmaları, barsak, böbrek yaralanmaları, peritonun arkasındaki organlarda kanama ve mesane yırtıkları görülebilir. Ölümün nedeni genelde yoğun kan kaybıdır ve yaralanmanın ciddiyetinden çok tedavinin gecikmesine bağlıdır (11, 19).

*Kosta kırıkları:* Fiziksel istismar sonrası sık görülür. Sıkma sırasındaki sıkıştırma, sallama sırasında veya direkt travma ile meydana gelebilir. İstismara uğrayan çocukların %10 ile %25'inde kosta kırıkları görülmektedir. Otopsi çalışmalarında bebeklerde kosta kırığı %51 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Kosta kırıklarının çoğunluğu ilk göğüs grafisinde nadiren görülebilmekte, çoğunlukla takip filmlerinde kallus görülmesiyle tanı konulabilmektedir. Arka ve arka-yan kosta kırıkları fiziksel istismar için yüksek oranda spesifiktir. Fakat kostonun her yerinde kırık görülebilmektedir (11,20,21).

### Ayırıcı Tanıda Kültürel Değişiklikler

Bazı toplumdaki batıl inançlar ve bunlara dayalı halk tıbbi uygulamaları sonucunda çocuklarda görülebilen yaralanmalar, dövülmüş

çocuk sendromuna benzer klinik tablolara neden olabilir. Farklı kültürlerde birçok farklı halk tıbbi uygulaması olduğundan klinisyen, çalıştığı toplumdaki bu tür uygulamalardan haberdar olmalıdır. Hangi uygulamanın, dövülmüş çocuk sendromu kapsamında değerlendirileceği, toplumun değer yargıları ve mevcut yasalara göre değişir. Örnek olarak kupa çekme (cupping), yağda ısıtılmış madeni para yada kaşık ile tedavi (Cao gio-coinning, quat sha-spoonning), bebeğin baş aşağı tutulup sallanması (caida de mollera veya sunken fontanelle), vücutta oluşturulan yanıklarla tedavi (moxibustion ve maquas) gibi farklı halk tıbbi uygulamaları sayılabilir (22,23).

### **Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Korunma**

İstismarı önlemek gerçekten güç bir konudur. İstismarı önleme çalışmalarını bireysel, toplumsal ve evrensel koruma olarak üçe ayırmak mümkündür.

*Bireysel koruma*, istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi ve izlemine içerir. İstismara uğrayanların etkin tedavisi, bu çocukların erişkin dönemlerinde istismar uygulama risklerini azaltacaktır. İstismar edenlerin ise yalnız cezalandırılmaları değil tedavi ve rehabilite edilmeleri de gerekir.

*Toplumsal koruma*, riskli grupların saptanmasına yönelik olmalıdır. Evsizlik, işsizlik, madde bağımlılığı, alkolizm, aile içi şiddet ve ailede psikiyatrik hastalık çocuk istismarına yol açan risk faktörlerinin en önemlilerindedir. Sokakta yaşayan ve çalışan çocuklar sık olarak istismara uğrar. Hatta bunların önemli bir kısmı evde istismara uğradığı için sokakta yaşamayı tercih ediyor olabilir. Bu nedenle bu riskli grupları bilmek ve bu grupları öncelikli olarak ele almak gerekmektedir.

*Evrensel koruma* ise dünyadaki tüm çocukları kapsamaya yönelik olarak gerçekleştirilebilir. Bu koruma biçiminde düzenli sağlık bakımı, annenin eğitimi, ev ziyaretleri, aile planlaması, yoksulluk ve işsizlik ile savaşım önem kazanmaktadır (24,25).

### **A Social And Medical Problem In Chilren; Abuse**

#### **Abstract**

*Child abuse is a social and medical problem which causes serious morbidity and mortality in children. Physical abuse is the child's or the adult's ,who is under 18, is being physically damaged, getting hurt or running the risk of being bruised by his parents or the people responsible for his care, or by the society. This damage can emerge by hitting with hands or an*

*object, pushing, being shaken, being burned or biting. So as to prevent the abuse, the subject should be taken into consideration individually, socially and universally. The necessary thing to prevent the child negligence and abuse is, preventive studies' being planned, organized and applied; and it should be done by planning with various occupation groups especially towards the children who are exposed to trauma because of sexual, physical and harsh negligence, and these children's families.*

**Key words:** Child abuse, Child fracture.

### **Kaynaklar**

1. Başbakkal Z, Baysal L. Çocuk İstismarı ve İhmali Konusuna İlişkin Polislerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Çocuk Forumu Dergisi 2004; 21(2):65-70.
2. Dokgöz H, Tırtıl L. Çocuklarda Fiziksel İstismar: Olgu Sunumu. Çocuk Forumu Dergisi 2005; 8(1):37-41.
3. Bahçecik N, Kavaklı A. Çocuk İstismar ve İhmali. Hemşirelik Bülteni 1993; 28(7):23-31.
4. Atman ÜC. Çocuğa Yönelik Şiddet, İhmali, İstismar. Çocuk Forumu Dergisi 2004; 5(2): 71-76.
5. Ünal F. Ailede Çocuk İstismarı ve İhlali. Türkiye Sosyal Araştırma Dergisi 2008; 12(1):9-18.
6. Bildik T. Çocukluk Çağı Duygusal İstismarı. Çocuk Forumu Dergisi 2002; 12(1):9-13.
7. Bakış N, Çam O. İlköğretim Öğretmenlerinin Öğrencilere Yönelik Tutum ve Davranışlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Açısından İncelenmesi. Çocuk Forumu Dergisi 2005; 5(2):29-34.
8. Koç M. Şiddetin Ortaya Çıkardığı Psikolojik Travmayla Baş Etmekte Sporun İşlevselliği. Sosyal Bilimler Dergisi 2007; 18(2):167-178.
9. Paavilainen E, Tarkka MT. Definition and Identification of Child Abuse by Finnish Public Health Nurses. Public Health Nurse 2003; 20(1):49-55.
10. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child Abuse in Turkey: An Experience in Overcoming Denial and A Description of 50 cases. Child Abuse Negl 2001; 25(1):279-290.
11. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk İstismar ve İhmali: Ortopedik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35(2):27-33.
12. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali. Dicle Tıp Dergisi, 2007; 34(1):70-74
13. Polat O. Çocuk ve Hakları. 1. Baskı, İstanbul: Analiz yayınları 1997.
14. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35(3):82-86.
15. Özçelik Z, Biçer Ü. Türk Ceza Kanunu Hekimler ve Sağlık Ortamına İlişkin

- Maddeleri Yorum Öneri ve Eleştiriler. 1. Baskı, Ankara: Tük Tabipler Birliği Yayınları 2005.
16. Gökler I. Çocuk İstismarı ve İhmali: Erken Dönem Stresin Nörobiyolojik Gelişime Etkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2002; 9(2):47-57.
  17. İzmirli M, Polat N. Çocuk İstismarı. Çocuk Forumu Dergisi 2001; 4(2):67-70.
  18. Polat O. Çocuklarla İletişim. Çocuk Forumu Dergisi 2003; 6(1):1-12.
  19. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US ve ark. Tıbbi Açıdan Çocuk İstismarı. Katkı Pediatri Dergisi 2001; 22(5):276-285.
  20. Sandler AP, Haynes V. Nonaccidental trauma and medical folk belief: A case of cupping. Pediatrics 1978; 61(6):921-923.
  21. McClain PW, Sacks JJ, Froehlke RG, Ewigman BG. Estimates of Fatal Child Abuse and Neglect. Pediatrics 1993; 91(4):338-343.
  22. Küpeli S, Kanbur N, Derman O. Çocuk İstismarı: Bir Olgu Sunumu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003; 12(4):129-130.
  23. Polat N, Okbay N. Çocuk ve Anne Baba Davranışları ile İstismar Arasındaki İlişki. Çocuk Forumu Dergisi 2002; 4(1):14-21.
  24. Topbaş M. İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(2):76-80.
  25. Bilir Ş, Arı MB, Dönmez N, Atik B, San P. Türkiye'nin 16 İlinde 4-12 Yaşlar Arasındaki 50473 Çocuğa Fiziksel Ceza Verme Sıklığı ve Buna İlişkin Problem Durumlarının İncelenmesi. Aile ve Toplum Dergisi 1991; 1(1):57-70.