

FİZİKSEL İSTİSMAR

Prof. Dr. Figen Şahin

“Çocuk istismarı ve ihmali”; Çocukların başta anne babaları olmak üzere, onlara bakmakla yükümlü kimseler veya diğer yetişkinler tarafından, fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel gelişimlerini engelleyen ya da beden veya ruh sağlığına zarar veren durumlarla karşı karşıya kalması olarak tanımlanabilir. *Fiziksel istismar* ise çocuğa sağlığını, gelişimini ya da onurunu zedeleyecek şekilde fiziksel güç kullanılması olarak tanımlanır; vurma, tekmeleme, yakma, ısırma, sarsma, kaynar suyla haşlanma, zehirleme, boğmaya çalışma gibi eylemleri içerir. Bazı kaynaklarda bu tip yaralanmaları tanımlamak için “çocuğun kaza dışı nedenlerle yaralanması” terimi kullanılır. Fiziksel istismar eylemleri, tokat, yumruk, itip-kakma, tekmeleme, sarsma, ısırma, çimdikleme vs. gibi aletsiz saldırılar şeklinde olabileceği gibi kemer, kayış, herhangi bir ev eşyası (teflon, tava vs.) ya da hortumla vurma, ütü, sıcak su, sıcak yiyeceklerle yakma gibi aletli olarak da gerçekleştirilebilir.

Çocukların fiziksel şiddete uğrama nedenleri

Çocuğa karşı fiziksel şiddet uygulanması “güçsüzün güçlüye hükmettiği” dünya düzeninin bir yansımasıdır. Çocuğu korumakla ve kendini korumayı öğretmekle yükümlü aileler ne yazık ki bir yandan da çocuğun en sıklıkla şiddete maruz kaldığı yerler olmaktadır. Temel olarak aileler iki nedenle çocuklarına şiddet uygularlar. Bunlardan birincisi yaşamın yükünün, ailelerin sıkıntı ve kaygılarının fazla olduğu durumlarda çocuğun yaptığı ya da söylediği bir şeyden dolayı gelişen öfkelerini kontrol edememeleridir. Diğeri ise çocuğun iyi terbiye edilmesi için cezalandırmanın gerekli olduğu, bunun için de gerekirse fiziksel şiddet uygulanmasının yararlı olacağına dair inanıştır. Toplumumuzda çocuğu terbiye etme yöntemi olarak dayanın iyi bir seçenek olduğu düşüncesi oldukça yaygındır. Kendileri anne baba dayacağına maruz kalarak büyütölmüş pek çok kişi “bu davranışın kendilerine doğruyu öğretmekte yararlı olmuş olduğuna “inanmakta, gerektiğinde kendisinin de çocuğunu eğitmek için bu yöntemle başvurabileceğini belirtmektedir. Ankara’da aileler, çocuk doktorları ve tıp öğrencilerinden oluşan bir grupta hangi disiplin yöntemlerinin kabul edilebilir olduğuna dair yapılan bir çalışmada katılımcıların yarıya yakınının dayacağı kabul edilebilir bulduğu, bu oranın çocukluğunda şiddet görmüş olanlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Oysa fiziksel ya da duygusal şiddet kullanılarak yapılan eğitimin kişilerde dış güdümlü otoriteyi geliştirdiği, çocukların iç dünyalarında öfkeyi ve haksızlığa uğramış olma duygusunu ar-

Fiziksel İstismara Uğrayan Çocuğa Yaklaşım

Fiziksel olarak istismara uğramış bir çocuk hastaneye başvurduğunda bu yaraların istismara bağlı olduğu düşünülmez, çocuk aynı ortama geri yollanırsa çocuk için ciddi riskler ortaya çıkar. İstismara uğrayan bir çocuğun tekrar istismara uğrama olasılığı % 50'den fazla ve olay ilk olduğunda istismar saptanamadığı takdirde istismar sonucu ölüm görülme olasılığı % 10'dur. Hastanede istismar akla gelse bile, yaklaşım yaraları tedavi etmekten ibaret kalırsa bu da çocuğun sağlığı için yeterli olmaz. Çünkü bu çocuğun bedensel yaralarının tedavi edilmesinin yanı sıra ruhsal olarak da tedaviye ve istismarın sürmesinin önlenmesi için de korunmaya gereksinimi vardır. Bu nedenle istismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlanabilir Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı "Çocuk Koruma Birimleri" kurulması bu nedenle önemlidir ve en ideal tedavinin yapılabilmesini sağlar. Bu birimin çocuğun korunmasından sorumlu Sosyal Hizmet Kuruluşlarıyla ve hukukçularla işbirliği içinde çalışması ile çocuğun öncelikli yararı gerçek anlamda korunabilmiş olur.

Sonuç

Çocuğun fiziksel istismarı bedeninde ve ruhunda, onarması güç yaralar ve sakatlıklar bırakabilen önemli bir sağlık sorunudur. Çocuklarla ilgili mesleklerde çalışanlar istismar/ ihmalin belirti ve bulgularını tanıyabilmeli, yasal bildirim zorunlu olduğunu ve gerektiğinde nasıl/nereye ihbar yapılacağını bilmeli, çocuğun daha fazla hasar görmemesi için acil önlemler alınması gerektiğinin farkında olmalıdır. Sadece suçluyu cezalandırmak açısından değil istismara uğrayan çocuğu koruyucu önlemler açısından da bildirim yapılmalı, aynı evde yaşayan başka çocuklar varsa onlar da değerlendirilmeli ve gerektiğinde korunmalıdır.

Son yıllarda çocuk istismarına toplumumuzda artan bir ilgi ve farkındalık oluşması, tıp alanında konuya duyarlı, çocuk koruma ekiplerinin oluşturulması, Sosyal Hizmet uzmanı yetiştiren okulların ve meslek elemanlarının sayılarının artması, olgu izlemlerinin multidisipliner anlayışla yapılmaya başlanması, yasalarımızda çocuğu koruma açısından olumlu değişikliklerin yapılmış olması ülkemizde çocukların korunması açısından son yıllarda gelişen umut verici durumlardır.

KAYNAKLAR

1. AAP Committee on Child Abuse and Neglect (2001) Shaken baby syndrome: Rotational cranial injuries-technical report. Pediatrics 108: 206-210.
2. Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH (2007) Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. Am J Prev Med. 32: 389-394.
3. Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR (2005) Abdominal injury due to child abuse. Lancet 366: 187-188.

4. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB (1986) 4-12 yaşları arasında 16000 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi 1: 7-14.
5. Blumenthal I (2002) Shaken baby syndrome. Postgrad Med J 78: 732-735.
6. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM (1999) Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38: 1490-1496.
7. Bull L (2006) Children's non-accidental injuries at an accident and emergency department: Does the age of the child and the type of injury matter? Accid Emerg Nurs 14:155-159.
8. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fürniss T (2006). Preventing child maltreatment: a guide taking action and generating evidence. WHO & ISPCAN guideline içinde, WHO Pres, Cenevre s: 7-16.
9. Cruz OA, Davitt BV (1998) Ophthalmic manifestations of child abuse. Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference içinde 2. basım, Monteleone JA, Brodeur AE (ed), GW Medical publishing, St Louis , s:79-85.
10. Dağlı T, İnanıcı MA. Hastane Temelli Çocuk koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve istismara Uğrayan Çocuğa Yaklaşım Fersa Ofset Matbaacılık, Ankara, 2010.
11. Dubowitz H, Bennett S (2007) Physical abuse and neglect of children. Lancet 369: 1891-1899.
12. Fong CM, Cheung HM, Lau PY (2005) Fractures associated with non-accidental injury: An orthopedic perspective in a local regional hospital. Hong Kong Med J 11: 445-451.
13. Gencer O, Ozbek A, Bozabali R, Cangar S, Miral S (2006) Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department: a prospective survey from Turkey. Pediatr Emerg Care 22:794-803.
14. Hornor G (2005) Physical abuse: recognition and reporting. J Ped Health Care 19: 4-11.
15. Horwitz AV, Widom CS, McLaughlin J, White HR (2001) The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. J Health Soc Behav 42: 184-201.
16. Johnson CF (2004) Abuse and neglect of children. Nelson Textbook of Pediatrics, 17. basım. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (ed) Saunders, Philadelphia s: 121-131.
17. Kellogg N (2005) Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics 116: 1565-1568.
18. Kellogg ND, and the Committee on Child Abuse and Neglect (2007) Evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics 119:1232-1241.
19. McDonald KC (2007) Child abuse: approach and management. Am Fam Physician 75: 221-228.
20. Oio P, Palmer J, Garvey R, Atweh N, Fidler P (2007) Pattern of burns in child abuse. Am Surg 73: 253-255.
21. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, Miral S, Hanci H, Ersahin Y, Tepeli N, Bulguc AG, Tiras B (2001) Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl 25: 279-290.
22. Orhon FS, Ulukol B, Bingoler B, Gulnar SB (2006) Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. Child Abuse Negl 30:1081-1092.
23. Pierre-Kahn V, Roche O, Dureau P, Uteza Y, Renier D, Pierre-Kahn A, Dufier JL (2003) Ophthalmologic findings in suspected child abuse victims with subdural hematomas. Ophthalmology 110: 1718-1723.
24. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M (2007) Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population based sample of men and women. Child Abuse and Neglect 31: 517-530.
25. Şahin F, Taşar MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme. Türk Ped Arş 2012; 47: 152-8

Fiziksel İstismar

26. Şahin F. Fiziksel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (ed: Füsün Çuhadaroğlu Çetin) Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara, 2008, s:462-469.
27. Şahin F. Çocuk İstismarı ve İhmali. Temel Pediatri (ed: Enver Hasanoğlu, Ruhan Düşünsel, Aysun Bideci) Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2010. s: 143-145.
28. Trokel M, Discala C, Terin NC, Sege RD (2006) Patient and injury characteristics in abusive abdominal injuries. *Pediatr Emerg Care* 22: 700-704.
29. Wallace GH, Makoroff KL, Malott HA, Shapiro RA (2007) Hospital Based multidisciplinary teams can prevent unnecessary child abuse reports and out of home placements. *Child Abuse Negl* 31: 623-629.
30. Zeytinoğlu, S. ve Kozcu Ş. (1988/1989). Fiziksel çocuk istismarı ile ilgili bir araştırma. *Seminer Dergisi*, Ege Univ., Edebiyat Fak. Yayını, 6/7, 77-83.