

## Derleme

# Çocuk İstismarı ve İhmalini Önlemede Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

Ayşe KILIÇ<sup>1</sup>, Mustafa ÖZÇETİN<sup>1,a</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

### ÖZET

Çocuk sağlığını her yönden olumsuz etkileyen çocuk istismarı, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, çocuk ihmal ve ekonomik istismar olmak üzere farklı şekillerde görülebilmektedir. Hekimler için tanı ve tedavinin yanı sıra bildirim yükümlülüğü de olan bu sağlık sorununun çözümlenmesinde en akılcı yaklaşım sorunu ortaya çıkmadan engellenmesi ve bunun için gerekli önlemlerin alınmasıdır. En kapsayıcı yaklaşım risk faktörlerinin belirlenmesi, ortadan kaldırılması, kaldırılmadığı durumlarda da önlenmesine yönelik yöntemlerin geliştirilmesidir. Bu amaçla dünyada uygulanan programların etkinliğine yönelik randomize kontrollü çalışmalar sınırlıdır. Bu yazı dünyada ve Türkiye’de uygulanan programların etkinliğini değerlendiren çalışmalar ışığında çocukla ilgilenen sağlık çalışanlarına çocuk istismarına önlemeye yönelik programlar ile ilgili kanıta dayalı veriler sunabilmeyi ve bu verilere dayalı önlemlerin geliştirilebilmesini amaçlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk İstismarı, Çocuk İhmal, Kanıta Dayalı Tıp.

### ABSTRACT

#### Evidence Based Approaches to Preventing Child Abuse

Child abuse, which affects children's health in every way, can be seen in different forms as physical abuse, sexual abuse, emotional abuse, child neglect and economic abuse. Child abuse is an obligation for physicians to diagnose and treat as well as to notify. The most rational approach to solving this health problem is to prevent child abuse and take necessary precautions. Firstly, risk factors should be identified and then removed. If they can not be removed, the children should be protected. There are limited randomized controlled studies on the effectiveness of the programs implemented in the world. This article aims to provide healthcare professionals who are concerned with children evidence-based approaches in the world and Turkey to prevent child abuse and to develop prevention for it.

**Keywords:** Child Abuse, Child Neglect, Evidence Based Medicine.

**Bu makale atıfta nasıl kullanılır:** Kılıç A, Özçetin M. Çocuk istismarı ve ihmalini önlemede kanıta dayalı yaklaşımlar. Fırat Tıp Dergisi 2018; 23 (3): 107-12.

**How to cite this article:** Kilic A, Ozcetin M. Evidence based approaches to preventing child abuse. Firat Med J 2018; 23 (3):107-12.

Çocukların ihmal ve istismarı karmaşık ve toplumsal bir sorundur. Çocuğa yönelik istismar ve ihmal olaylarından sadece saldırganlar değil bu olayların yaşandığı toplumlardaki her bir birey sorumludur. Buna neden olan birçok psikolojik, sosyal ve kültürel etkenleri incelemek ve değiştirmek gerekir. Kendini korumaktan yoksun, sadece yetişkinlerin bakımıyla hayata kalabilecek masum ve güçsüz bebek ve çocukların korunması toplumun asli görevidir. Çocuklar da yetişkinler gibi temel insan haklarına sahiplerdir ve bu haklar uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre çocuk istismarı; çocuklara bir yetişkin, toplum veya devlet tarafından, bilinçli veya bilinçsiz olarak, bedensel, duygusal, zihinsel veya sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen her türlü tutum ve davranışlara maruz kalmasıdır (2). Bu tanım, çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da kapsamaktadır. Çocukların maruz kaldığı bu kötü muamelenin fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik istismar ve ihmal olmak üzere çok

farklı tipleri bulunmaktadır (3). Fiziksel istismar, bir erişkin tarafından cezalandırma, disiplin, öfke boşaltma ya da başka amaçlarla çeşitli yöntemlerle çocuğa uygulanan fiziksel şiddeti içermektedir. Erişkin bir kişinin 18 yaşından küçük genç ve çocukları cinsel istek ve ihtiyaçlarının doyumu için kullanması ise cinsel istismardır (4). Çocukların kendilerine bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalarak, gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan yoksun bırakılmaları duygusal istismar, çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması ya da çalıştırılması da ekonomik istismar olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun bakımı, korunması, güvenliği, beslenmesi, giyim ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanması, sağlığının korunması ve tıbbi bakımdan, gözetiminden ve desteklenmesinden sorumlu kişilerin çocuğun bu temel gereksinimlerini ihmal etmesi ve/veya karşılayamaması sonucu gelişiminin ve güvenliğinin zarar görmesi de çocuğun ihmal olarak kabul edilmektedir (3,4).

<sup>a</sup>Yazışma Adresi: Mustafa ÖZÇETİN, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
Tel: 0532 724 8939  
Geliş Tarihi/Received: 27.10.2017

e-mail: mozcetin@gmail.com  
Kabul Tarihi/Accepted: 28.03.2018

### Çocukluk Çağı İstismar ve İhmal Sıklığı

Dünyada duygusal istismar, ihmal ve partner şiddetinin boyutu tam olarak bilinmemektedir. Pek çok ülkede bu tip kötü muameleler kayıt altına alınmadığından resmi istatistiklerin doğruluğu şüphelidir. DSÖ'nün küresel tahminlerine göre kadınların % 20'si, erkeklerin % 5-10'u çocuklukta cinsel istismara, tüm çocukların %25-50'sinin ise fiziksel istismara maruz kalmaktadır (5). Kanada'da yapılan bir araştırmada 1998-2003 arası kanıtlanmış kötü muamele oranında %125 artış olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ihmal ve fiziksel istismar en sık saptanan kötü muamele şekli olarak bulunmuş ve insidansı yıllık bin çocukta 38,3 olarak saptanmıştır (6). Cinsel istismar; intihar girişimi, baş dönmesi, karın ağrısı, uyku problemleri, kendini evde iyi hissetme ve zorba tavırlarla ilişkili bulunmuştur (6). Amerika Birleşik Devletlerinde 2015 yılı içinde %75,3'ü ihmal, %17,2 fiziksel istismar ve %8,4 cinsel istismar vakası olmak üzere 683000 çocuğa yönelik kötü muamele vakası kayıtlara geçmiştir. Son beş yılda %3,8 artış saptanan olgularda bu sayı 2011 yılında 658000 olarak kayıtlara geçmişti (7).

Türkiye'de 2001 yılında Zoroğlu ve arkadaşlarının (8) 839 lise öğrencisine yaptığı Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve kendine zarar verme davranışı ve özkıyım girişimiyle ilgili soruların da bulunduğu bir çalışmada, deneklerin %16,5'i ihmale, %15,8'i duygusal istismara, %13,5'i fiziksel istismara, %10,7'i cinsel istismara (ensest dahil) maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. UNICEF'in 2010 yılında Türkiye'de 1328 hanede, 7-18 yaş arası toplam 1886 çocukla yapılan çalışmasında, çocukların son bir yıl içinde maruz kaldığı cinsel istismar sıklığı %3, cinsel istismara tanıklık ise %10 olarak bulunmuştur (9). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerinde suç mağduru çocuk sayısının yılda 122 bini geçtiği, bunların %10 oranında cinsel suçlar olduğu bildirilmektedir (10). Adalet Bakanlığı'nın 2015 verilerine göre ise yılda ortalama 17 bin dava açılmakta, bu davalar %55 oranında mahkûmiyetle sonuçlanmakta; sonuçta yılda ortalama 8 bin çocuğun cinsel olarak istismar edildiği belirtilmektedir (11).

### Çocuk İstismarında Risk Faktörleri

Çocuk istismarındaki riskler; çocuğun kendisine, ebeveynlerine, ailenin sosyal yapısına ve toplumun özelliklerine bağlı olarak dört ana gruba ayrılmaktadır (12). Çocukluk döneminde her iki cins de riskli bulunmaktadır. Cinsiyet farkı gözetmeksizin okul öncesi çocuklar ve adolesanlar fiziksel istismar açısından risk altındadır. Cinsel istismar ise özellikle ilkökul çağındaki çocuklar ve adolesanlarda çok daha yaygındır. Doğum anomalisi, kronik hastalığı, konuşma ve öğrenme sorunları olan çocuklar daha fazla fiziksel istismara maruz kalmaktadırlar (3,12). Ebeveynlerin ayrı olması, ailede madde bağımlılığı, annenin küçük yaşta doğum yapması, ailede mental hastalık, eşler arasında şiddet ve aile üyelerinin çocukluk döneminde yaşadıkları istismar, ailede düşük eğitim düzeyi ve ekonomik sıkıntılarının olması çocuk istismarı için önemli risk faktörleridir (3). Yoksul bir

toplumda yaşama, sosyal eşitsizlikler, kız çocuklarının okula gönderilmemesi, küçük yaşta yapılan evlilikler, çocukların korunmasına yönelik yasaların eksikliği veya uygulanmasındaki aksaklıklar, şiddetin sosyal kabul edilebilirliğinin artması çocukların istismara uğrama olasılığını artırmaktadır (2, 3).

### Çocuk İstismarını Önlemek Neden Önemlidir?

Sorunun büyüklüğü tüm yaşamı içeren geniş kapsamlı sonuçlarının bulunmasına ve daha ağır şiddet tiplerine neden olma riski içermektedir (13). Çocukların yaşam boyu karşılaştıkları, kendilerini değersiz hissettiren davranışlar; bağlanma sorunu, anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, kötü akran ilişkileri, akademik başarısızlık, büyümede duraklama ve gelişimsel gecikme gibi pek çok olumsuz durumu ortaya çıkarabilir. Ergen ve erişkinlerde alkol ve madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, ilişki sorunları, istihdam sorunları ile kalp hastalığını ve kanseri kapsayan kronik hastalıklara neden olabilir (13,14). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, istismar sonrası ilk bir yılda yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların travma sonrası stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve depresyon olduğu bulunmuştur (15). Çocukluk döneminde cinsel istismar yaşayanlar, yetişkin dönemlerinde cinsel istismar uygulama konusunda daha riskli bireyler olabilmektedir. Çocukluk çağında yaşanan ağır travmalar, bir unutmaya döneminden sonra erişkin yaşta gecikmiş olarak hatırlanabilmektedir. Ayrıca çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantıları ile, ergenlerdeki kendine fiziksel zarar verme davranışları, özkıyım girişimleri ve yüksek seviyede disosiyasyon arasında güçlü bir ilişki de bulunmuştur (16). Bilimsel araştırmalar ile hayatın erken döneminde maruz kalınan olumsuz deneyimlerin psikiyatrik ve medikal problemler için nasıl risk faktörü oluşturduğunu epigenetik mekanizmalar ile açıklamak mümkün olmuştur. İstismar ve şiddete uğrayan çocukların genlerinde epigenetik düzeyde değişmelerin olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Çocuk istismarının, hipotalom-pituitar aksın stres cevabını değiştirerek intihar riskini arttırdığı bildirilmiştir. İstismara uğramış intihar kurbanlarının örneklerindeki metilasyon durumunu taklit eden epigenetik değişiklikler gösterilmiştir (17). Çocuk istismarı ileri yaşamda görülen kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, psikiyatrik bozukluk gibi sağlık sorunları arasında ilişki olabileceği belirtilmektedir. Hayatın ileriki dönemlerinde sağlık problemi riski oluşturan bu mekanizma hakkında şu anda çok az şey bilinmektedir (17).

### Çocuk İstismarını Önleyici Yöntemler ve Çalışmalar

Çocuk istismarı en çok yakın aile üyeleri, öğretmenler ve akrabalar ve yakın çevreden kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Çocukları her türlü istismardan korumak, maruz kaldığı istismarın zararlı etkileri en aza indirmek ve rehabilite etmek için geniş anlamda toplumsal farkındalık yaratacak programların başlatılması gerekmektedir. Ev ziyareti programları, ebeveyn

eğitimi, yüksek riskli mahallelerde aile odaklı merkezlerin oluşturulması başlıca uygulamalardır. MacMillan ve arkadaşları (18), çocukta istismar ve ihmalin önlenmesi için, yüksek riskli olan gruplarda, programların etkinliklerini değerlendirerek sekiz yöntem belirlemişlerdir. Bunlar; ev ziyareti, kapsamlı sağlık programları, bir çocuk doktoruyla iletişimde olma, doğum sonrası anne-bebek temasının artırılması, ebeveyn eğitimi, doğrudan başvuru da dahil olmak üzere sosyal hizmet kurumlarının desteğinin sağlanması, doğum öncesi ve iyi çocuk bakımı için ücretsiz ulaşım, eğitim, vaka yönetimi ve psikoterapi içeren kombine hizmetlerin sağlanmasıdır.

Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik uygulanan programlardan hemşirelerin aileleri ziyaret ettiği programlar en etkili olanlardır (19). Hemşire Aile Grup İzlemi (nurse family partnership) programlarında 1977'ten beri önemli çalışmalar yapılmıştır. Bu programın ilk başlardaki hedefi, düşük gelirli, yalnız yaşayan ve genç yaşta annelere destek vermektir. Daha sonra program genişletilerek günümüzde çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi, kötü doğum sonuçları üzerindeki risk faktörlerini modifiye edilmesi ve ebeveynlere yaşam kurslarını da kapsayan bir hale gelmiştir. Hemşire aile grup izlemi programlarından 1977 yılında Elmira (New York), 1987 yılında Memphis (Tennessee), 1994 yılında Denver (Colorado) çalışmalarında önemli başarılar sağlamıştır (20). Her üç programda da hamilelik boyunca ve doğumdan sonra ilk 2 yıl boyunca kadınlara ev ziyaretleri yapıldı. Ziyaret programına alınan kadınlar hamileliğin 2. trimesterinin sonundan başlayarak ziyaretlerle kontrol edildiler. Doğumdan sonraki altı aylık dönemde her hafta, bebek 21 aylık olana kadar iki haftada bir ve çocuk 2 yaşına gelinceye kadar da ayda bir kez ziyaret edildiler. Programların sonuçlarına bakıldığında, Elmira (New York) çalışmasında, hemşire ziyaretlerinin doğum öncesi dönemde sağlıkla ilgili davranışları ve gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkilediği, çocuk yaralanmalarını azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca ihmal ve istismar vakalarının yaklaşık %48 oranında azaldığı saptanmıştır. Partner kaynaklı şiddet görenlerde program etkisi daha zayıf olduğunda bulunmuştur. Bu çalışmada çocuğun fiziksel istismarını ve ihmali azaltmada ev ziyaret programları tam etkili bulunmamış ancak çocuk koruma merkezlerinin resmi raporlarına göre ise çocuk ihmal ve fiziksel istismarının azaldığı görülmüştür (21). Memphis (Tenn) ve Denver (Co) çalışmalarında 2 yaş popülasyonunda istismar ve ihmal vakalarının sıklığı %3-4 bulunmuştur. Bu programı alan çocukların almayanlara göre bazı avantajlara sahip olduğu da gösterilmiştir. Maruz kaldıkları zararların programı almayan gruba göre %23 daha az olduğu ve hastaneye yatış sayıları ile yattıkları zaman ve kalış sürelerinin daha kısa olduğu bulunmuştur. Programdaki çocukların anneleri programdan sonra daha az gebe kalmış, doğumları arasındaki süreler daha uzun olmuştur. Eşleriyle olan evlilikleri daha uzun sürmüştür. Programı alan çocuklar daha entelektüel bulunmuş, daha az davranış bozukluğu göstermişlerdir.

Belki de en önemli sonuç; bu programı alan çocuklarda doğumdan dokuz yaşına kadar geçen sürede önlenebilir nedenli can kayıpları çok daha az görülmüş olmasıdır. Takip eden ziyaretlerle, 4 yaşına kadar izlenen çocuklarda daha az duygusal hassaslık daha az konuşma gecikmesi, daha üstün mental gelişim, dil becerisi ve çevreye adaptasyon gözlenmiştir. Denver çalışmasının hemşireler, gönüllüler ve kontrol grubu olarak 3 ana kolu vardı. Gönüllülerin yaptığı ev ziyaretlerinin sonucunda elde edilen olumlu sonuçlar, hemşirelerin yaptığı ev ziyaretlerinin olumlu sonuçlarının yarısı kadar bulunmuştur. Ayrıca, hemşire ziyaret programının aileleri daha az yıpratmış ve ailenin bu programa uyumunun daha yüksek olduğu belirlendi. Bu sonuçlar temel alınarak, Olds ve arkadaşları (20, 21) ziyaretçi niteliklerinin ebeveynler üzerinde büyük bir role sahip olduğu ve ebeveyn motivasyonunu etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

Başka bir program Amerika'nın Sağlıklı Aileleri programıdır. Bu program riskli ailelerin oluşturduğu, gönüllülerin görev aldığı bir programdır. Kuzey Amerika genelinde, programlarda yaklaşık 47000 aileye hizmet veren 430'un üzerinde topluluk vardır. Paraprofesyoneller ev ziyaretlerine prenatal dönemde başlarlar ve postpartum 3-5 yıla kadar genişletirler. Bu ziyaretler ebeveynleri çocuklarının gelişimsel kilometre taşlarına hazırlar ve çocukların çevreye uyumuna destek sağlar (22, 23). Ancak randomize kontrollü çalışmalarla değerlendirilen ve gönüllülerin yer aldığı bu programların çoğu çocuk istismarı ve ihmalinin azalmasında etkili bulunmamıştır (24).

Yeni Zelanda'da riskli aileleri hedef alan 1990 yılında başlanan Erken Başlangıç Programında, iki veya daha fazla risk faktörü tanımlanan ailelere doğumdan sonraki 3 ay içinde ebeveynlere destek sağlamak için toplum hemşireleri ev ziyareti yapmıştır. Bu programda; çocuk sağlığının ve ebeveyn becerilerinin geliştirilmesi, kötü muameleyi azaltmak, ailenin fiziksel ve mental sağlığını desteklemek, kararlı ve olumlu ortak ilişkileri desteklemek amaçlanmıştır. Fergusson ve arkadaşlarının bu programa katılan 223 kontrol grubu aile ile 220 çalışma grubu aile arasında yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada (23); erken başlangıç programlarına dahil olan ebeveynlerin ilk 36 ayda çocuklarına daha az ceza verdikleri ve daha pozitif bir yaklaşım sergiledikleri saptanmıştır. Erken başlangıç programına dahil olan ebeveynler, çocuklarına karşı daha az şiddet uygulamıştır. Ayrıca çocuk ihmali ve istismarına yönelik hastane kabullerinin ve yaralanmalar gibi sonuçların azaldığı gösterilmiştir (19).

Avustralya'daki Queenslan Üniversitesi tarafından 3P (Positive, Parenting, Programme) Pozitif Ebeveynlik Programı yapılmıştır. Bu program çocuklarında problemleri davranışlar bulunan ailelerin olumsuz aile ve çevre yapılarını düzeltmeye yönelik tasarlanmıştır. 3P, bir önleyici aile destek programıdır. Tüm aşamaları çocuklukta gelişimsel ve duygusal problemleri davranışları önlemek amaçındadır. Program özünde aile becerilerini, düşüncelerini, bilgi ve yeteneklerini geliştirmekte, çocuklar için daha besleyici, daha güvenli,

merak uyandırıcı ve şiddete başvurmeyen şekilde çocukların sosyal, duygusal, sözel, entelektüel yetkinliklerini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. 3P, beş adımdan oluşmaktadır. Ailelere destek olmak için uygulanacak ilk dört adım; medya / bilgi stratejilerinin kullanımı, ebeveynlerle görüşme ve seminerler, aktif beceri eğitimi ile ilgili görüşmeler, beceri eğitimi, ev ziyaretleri veya klinik gözlem veya grup çalışmaları ile ilgili toplantılardır. Son adım ise dördüncü adımın genişletilmiş versiyonudur. Halen bu yöntem 16 ülkede desteklenerek yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bu program ile çocuk koruma servislerinin hazırladığı rapora göre ev dışı ortamlarda karşılaşılan zararların azaldığı gösterilmiştir. Ancak bu analiz çok net değildir, sadece tek randomize kontrollü çalışma yapılmıştır (25).

Bu programlardan başka hastane temelli eğitim olan sarsılmış bebek sendromu eğitiminin, sarsılmış bebek sendromunu azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (26). Bu nedenle önerilmektedir. Ayrıca risk altındaki aileler için «her çocuk için güvenli çevre» hedefiyle gerçekleştirilen bir program olan geliştirilmiş pediatrik bakım programı, hekimlerin kabiliyetlerini artırarak ailelerin risk faktörlerini azaltmaya yardım eden ümit verici önerilerden oluşmaktadır (14).

#### **Çocuk Koruma Programlarının Uzun Dönem Sonuçları**

Başlıca yüksek gelirli ülkelerden yapılan çalışmalarda bu programların çocuğa kötü muamelenin tekrarını önlediğine dair yeterli kanıt yoktur (2). Tekrar cinsel istismara uğramanın nasıl önleneceğine dair kısıtlı bilgi içermektedir. Bakıcıların çocuklara yaptığı duygusal istismarı azalttığına dair kısıtlı kanıtlar vardır. Kadınlara verilen, aile içi şiddete karşı ve kendini korumaya yönelik programlar ümit verici kanıtlar içermektedir (27). Gelişmekte olan 9 ülkeden (Brezilya, Şili, Çin, Etiyopya, İran, Jamaika, Pakistan, Türkiye, Güney Afrika) kriterleri kapsayan 12 çalışmada yarı dönemli ev ziyareti programları değerlendirilmiş, sadece iki çalışma belirgin bir şekilde kötü muamelenin değişimini araştırmıştır (28). Çalışmalardan hiçbiri hemşire aile grup izlemi (nurse family partnership), erken başlangıç ve üç P yöntemlerinin etkinliğini test etmemiştir. Olumsuz, acımasız ve ihmalkâr ebeveynlik ile ilgili 3 çalışma (Türkiye, İran, Şili) yer almaktadır. Şili çalışmasında gruplarda istismar vakasının olmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Türkiye ve İran çalışmalarında programların olumlu etkisi olduğu bildirilmekle

birlikte bu bildirimler kişisel ebeveyn raporlarına dayanmaktadır. Ebeveyn-çocuk etkileşimi ve bilgi düzeyi ile ilgili diğer sonuçlarda olumlu etkiler bulunmuş, ancak daha fazla çalışma gerekmektedir. Bazı gelişmekte olan ülkelere ebeveynlere müdahalenin ebeveyn çocuk ilişkisini geliştirdiği ve olumsuz aile içi davranışları azalttığı, bunların çocukları hırpalamadan koruduğu gözlenmiştir (29). Randomize kontrollü çalışmalar geliştirmekte olan ülkelere yol göstermektedir. Gelişmiş ülkeleri temel alarak, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere bu önleyici programların kullanımı, maliyet ve uyum açısından sorun yaratmaktadır (30). Kanıtlara ve yapılan çalışmalara göre en etkili yöntem hemşirelerin aileleri evlerine giderek ziyaret ettiği yöntem olmuştur (18,20). Ebeveyn-çocuk etkileşimli terapiler çocuk koruma servislerine göre çocuk istismarının tekrarlanmasını azaltmakta fakat ihmalin tekrarını azaltamamaktadır (31). Hemşirelerin ev ziyaretleri de fiziksel istismar ve ihmalin tekrarını engellememiştir (18). Bilişsel-davranışsal terapinin post travmatik stres bozukluğu olan çocuklar arasında içselleştirme ve dışsallaştırma semptomlarını azalttığına dair kanıtlar vardır. Travma odaklı bilişsel davranışsal terapi gibi bilişsel olarak farklı çerçeveden bakan, pozitif betimleyici, ebeveyn yönetim eğitimi yapan, eğitimsel yaklaşımlarla problem çözen programların etkinliği randomize kontrollü çalışmayla gösterilmiştir. Ebeveyn şiddetiyle ilişkili post travmatik stres bozukluğu ve anksiyetenin azalmasında da etkin bulunmuştur (13). Terapi seansları anne ve anaokul öğrencileriyle birlikte travma, sosyal etkileşimler ve oyunu öne çıkarmayı sağlamaktadır.

Sonuç olarak, çocukları istismardan korumak ve aile içi şiddeti önlemek için yalnızca çocuklar ya da ailelerle çalışmak yetmez, çeşitli alanlarda multidisipliner araştırmalar yapılması gerekir. Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik uygulanan programlar ümit verici görünmekte ve desteklenmesi gerekmektedir.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını belirtmiştir.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

**KAYNAKLAR**

1. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Sözleşmesi, (1990).  
[http://www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23c.html](http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html) (son erişim tarihi 12.06.2017)
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68-81.
3. Hoft M, Haddad L. Screening children for abuse and neglect: a review of the literature. *J Forensic Nurs* 2017; 13: 26-34.
4. Garbarino J, Kostelny K. Child maltreatment as a community problem. *Child Abuse Negl* 1992; 16: 455-64.
5. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf) (son erişim tarihi: 05/06/2017)
6. Trocmé N, Knoke D, Fallon B, Bruce MacLaurin. Differentiating between substantiated, suspected, and unsubstantiated maltreatment in Canada. *Child Maltreat* 2009; 14: 4-16.
7. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, U.S. Department of Health & Human Services. (2016). *Child maltreatment 2015*.  
<https://www.acf.hhs.gov/cb/resource/childmaltreatment-2015> (son erişim tarihi: 20.06.2017)
8. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2: 69-78.
9. UNICEF, Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması, 2010.  
<http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf> (son erişim tarihi: 19.06.2017)
10. Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar, 2015.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21544> (son erişim tarihi: 19.06.2017)
11. Çocukların Cinsel İstismarı Suç ve Karar Sayıları, TÜRKİYE (2005-2015)  
[http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik\\_2015/CEZA/48.pdf](http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2015/CEZA/48.pdf) (son erişim tarihi: 19.06.2017)
12. Fluke J, Shusterman GR, Hollinshead DM, Yuan YY. Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization: Multistate analysis of associated factors. *Child Maltreat* 2008; 13: 76-88.
13. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 393-402.
14. Dubowitz H, Feigelman S, Lane W, Kim J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: The Safe Environment for Every Kid (SEEK) model. *Pediatrics* 2009; 123: 858-64.
15. Ozbaran B, Eremis S, Bukusoglu N, et al. Social and emotional outcomes of child sexual abuse: a clinical sample in Turkey. *J Interpers Violence* 2009; 24: 1478-93.
16. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-58.
17. Yang BZ, Zhang H, Ge W, et al. Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *Am J Prev Med* 2013; 44: 101-7.
18. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, et al. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet* 2009; 373: 250-66.
19. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005; 28: 11-39.
20. Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2014; 168: 800-6.
21. Kitzman H, Olds DL, Cole R, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: age-12 follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 412-8.
22. Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 801-27.
23. Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start Program of home visitation. *Pediatrics* 2005; 116: e803-e9.
24. Bakermans-Kranenburg M, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull* 2003; 129: 195-215
25. Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple p system population trial. *Prev Sci* 2009; 10: 1-12.

26. Dias MS, Smith K, deGuchery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics* 2005; 115: e470-7.
27. Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bull World Health Organ* 2009; 87: 353-61.
28. Knerr W, Gardner F, Cluver L. Improving positive parenting skills and reducing harsh and abusive parenting in low- and middle-income countries: a systematic review. *Prev Sci* 2013; 14: 352-63.
29. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 2005; 44: 1241-8.
30. Barrera M, González-Castro F. A Heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clin Psychol Sci Prac* 2006; 13: 311-6.
31. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 500-10.