

# Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi:

Bu Konuda Harekete Geçilmesine  
ve Kanıt Toplanmasına Yönelik bir  
Kılavuz



ö  
n  
l  
e  
n  
m  
e

# Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik bir Kılavuz



Published by the World Health Organization in 2006

under the title Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence

© World Health Organization 2006

The World Health Organization has granted translation and publication rights for an edition in Turkish to the International Children's Center Association, which is solely responsible for the quality and faithfulness of the Turkish translation. In the event of any inconsistency between the English and the Turkish editions, the original English edition shall be the binding and authentic edition.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında

"Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence" başlığıyla yayınlanmıştır.

© Dünya Sağlık Örgütü 2006

Dünya Sağlık Örgütü, Türkçe çeviri ve basım hakkını Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği'ne vermiştir. Türkçe çevirinin kalitesi ve orjinal metne sadık kalma sorumluluğu Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği'nin sorumluluğundadır. İngilizce ve Türkçe metinler arasında uyumsuzluk durumlarında İngilizce metin hakiki ve bağlayıcı metin olarak kabul edilir.

© International Children's Center Association 2016

© Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği, 2016

#### Authors of the English Version / İngilizce Baskının Yazarları

Bu belge, DSÖ Yaralanma ve Şiddet Önleme Bölümü'nden Alexander Butchart ve Alison Phinney Harvey; Toronto Kanada Hasta Çocuklar Hastanesi'nden Marcellina Mian ve Almanya Muenster Üniversite Hastanesi'nden Tilman Fourniss tarafından hazırlanmıştır. Teknik editörlük işini Tony Kahane üstlenmiştir.

Bu yayında yer alan tasarımlar ve sunumlar, Dünya Sağlık Örgütü adına, herhangi bir ülkenin, bölgenin, kent, yörenin, onun yetkililerinin hukuki statüsü veya sınırları konusunda resmi bir görüşün ifadesi sayılamaz. Haritalardaki noktalı çizgiler, üzerinde henüz tam bir anlaşmaya varılamamış yaklaşık sınır çizgilerini gösterir.

Yayında belirli şirketlerden veya belirli imalatçıların ürünlerinden söz edilmiş olması, bu şirketlerin veya ürünlerin Dünya Sağlık Örgütü tarafından, söz edilmeyen başka şirketlere veya ürünlere tercih edilip onaylandığı ve tavsiye edildiği anlamına gelmez. Hata ve ihmaller dışında, mülkiyet haklarına tabi ürünlerin adları büyük baş harflerle zikredilmiştir.

Bu yayında yer alan bilgilerin doğruluğunu kontrol etmek için, Dünya Sağlık Örgütü tarafından makul bütün önlemler alınmıştır. Bununla birlikte, yayınlanan materyal, açık veya zımni herhangi bir garanti verilmeksizin dağıtılmaktadır. Materyalin nasıl yorumlanıp kullanılacağı okuyucunun sorumluluğundadır. Materyalin kullanımından doğabilecek zararlardan, Dünya Sağlık Örgütü herhangi bir şekilde sorumlu tutulamaz.

Bu yayında yer alan görüşlerin sorumluluğu tamamen adı geçen yazarlara aittir.

#### Turkish Translation / Türkçe Tercüme

Bu kitap UNICEF Türkiye Temsilciliği ve Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği tarafından Türkçe'ye tercüme edilmiştir. Redaksiyonu ve Türkiye'ye adaptasyonu Uluslararası Çocuk Merkezi Derneği tarafından gerçekleştirilmiştir.

Bu yayının İngilizce'den Türkçe'ye tercüme edilmesindeki katkılarından dolayı Gökçe Ergin Rempfler'e teşekkür ederiz.

unicef 



# İçindekiler

Teşekkür	v
Önsöz	vi
Sunuş	vii
<b>Giriş</b>	<b>1</b>
Bu kılavuza neden ihtiyaç duyuldu?	1
Bu kılavuz kimler için hazırlandı?	2
Kılavuza genel bakış	3
Sistematik, çok sektörlü bir yaklaşım	3
İçeriğin özeti	5
<b>Bölüm 1. Çocuklara kötü muamelenin niteliği ve sonuçları</b>	<b>7</b>
1.1 Çocuklara kötü muamele nedir?	7
Şiddet tipolojisi	7
Çocuklara kötü muamelenin kavramsal tanımları	9
1.2 Sorunun ölçeği	10
1.3 Çocuklara kötü muamelenin sonuçları	11
1.4 Çocuklara kötü muamelenin maliyeti	11
1.5 Olumsuzluklara açıklık ve risk etmenleri	13
Kişisel etmenler	14
İlişkisel etmenler	15
Çevresel etmenler	15
Toplumsal etmenler	16
Koruyucu etmenler	16
<b>Bölüm 2. Epidemiyolojik ve vaka temelli bilgiler</b>	<b>17</b>
2.1 Çocuklara kötü muamelenin operasyonel tanımları	19
2.2 Nüfus temelli epidemiyolojik araştırmalar	19
Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği	21
Olumsuz Çocukluk Deneyimleri Araştırması	21
Yaşam Boyu Mağduriyet Araştırması Anketi	23
ISPCAN Çocuk İstismarı Araştırma Araçları (ICAST)	24
Araştırma yöntemlerinin yerel koşullara uyarlanması	24
Örneklem stratejileri	25
Etik görüşler	26

2.3 Vaka bilgileri	26
Bildirilen vakaların değerlendirilmesi	28
Bilgi sağlayan kurumlara yönelik geri bildirim	29
Politikaları belirleyenleri ikna etmeye yönelik bilgi kullanımı	30
<b>Bölüm 3. Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi</b>	<b>32</b>
3.1 Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi için bir gündem ve kuruluş	33
3.2 Çocuklara kötü muameleyi önleme stratejileri	34
Toplumsal ve çevresel stratejiler	35
İlişkisel stratejiler	38
Bireysel stratejiler	40
3.3 Çocuklara kötü muameleyi önleme programlarının sonuç değerlendirmeleri	41
Önlemede hedeflerin belirlenmesi	41
Bir mantıksal çerçeve modeli geliştirilmesi	42
Sonuç verileri için sonuç ve kaynak seçimi	43
Müdahalenin tasarlanması ve değerlendirilmesi	46
Değerlendirmenin analizi ve sonuçların yaygınlaştırılması	49
<b>Bölüm 4. Etkilenen ailelere ve çocuklara yönelik hizmetler</b>	<b>50</b>
4.1 Kanıt temelinin güçlendirilmesi	50
4.2 Çocuklara kötü muameleye tepki: temel bileşenler	51
Çocuklara kötü muamelenin ortaya çıkarılması	51
Çocuğun korunması	58
<b>Bölüm 5. Sonuçlar ve tavsiyeler</b>	<b>65</b>
<b>Ek 1. Çocukluktaki Olumsuz Deneyimler Araştırması Anketi</b>	<b>69</b>
<b>Ek 2. Sonuç değerlendirmesi için geçerliliği kanıtlanmış ölçüm aracı örnekleri</b>	<b>89</b>

# Teşekkür

Bu belge, WHO Yaralanmayı ve Şiddeti Önleme Bölümü'nden Alexander Butchart ve Alison Phinney Harvey; Toronto Kanada Hasta Çocuklar Hastanesi'nden Marcellina Mian ve Almanya Muenster Üniversite Hastanesi'nden Tilman Fourniss tarafından hazırlanmıştır. Teknik editörlük işini Tony Kahane üstlenmiştir. WHO Yaralanmayı ve Şiddeti Önleme Bölümü'nden Claire Scheurer ve Ian Scott ile Toronto Çocuk İstismarı Merkezi'nden Pearl Rimer ve Susan Hunter da yazım, gözden geçirme ve yayına hazırlama çalışmalarına önemli yardımlarda bulunmuştur. John Kydd, belgenin hazırlanmasında sürekli destek sağlamıştır.

Bu kılavuzun hazırlanmasında; çocuklara kötü muamelenin önlenmesi konusunda çalışan uzmanların toplantıları sırasında ortaya çıkan görüşlerden ve David Bass, Inge Baumgarten, Barbara Bonner, Kevin Browne, Marcelo Daher, Linda Dahlberg, Amaya Gillespie, Maria Herczog, Sylvester Madu, Alex Kamugisha, Paulo Sergio-Pinheiro, Jonathon Passmore, Adam Tomison ve pek çok kişiyle yapılan gayri resmi görüşmelerden büyük ölçüde yararlanılmıştır.

Ayrıca, akran değerlendirmeciler olarak Vincent J Felitti, Fu-Yong Jiao, Bernadette Madrid, James Mercy, Gordon Phaneuf ve Elizabeth Ward'a, hazırladıkları çerçevesel yazıları dolayısıyla da Michael Durfee ve Mela Poonacha'ya teşekkür borçluyuz.

Bu kılavuzun hazırlanması ve yayınlanması, Belçika Hükümeti'nin ve Sağlık Araştırmaları Küresel Forumu'nun finansal desteğiyle mümkün olmuştur.

# Önsöz

Genel bir anlayışa göre şiddet sorunu, çoğu kez güvenlik ve yargı sistemleriyle ilişkilendirilmektedir. Ancak zaman içinde, halk sağlığı alanındaki mesleki çalışmaların gelişmesiyle, birlikte şiddete son verilmesi ile ilgili mücadelede, bu konuda daha kapsamlı bir disiplinler yaklaşımına gerek olduğu hususu kabul edilmeye başlanmıştır; ancak böylesine bir yaklaşım yalnızca şiddete etkili bir tepki verilmesi için gerekli kapsamlı stratejiyi sağlamakla kalmamalı, en az bunun kadar önemli bir nokta olarak, şiddetin önlenmesi amacıyla, tutarlı ve kanıtlara dayalı bir strateji de ortaya koymalıdır.

Böylesi kapsamlı bir uzmanlık, evlerde ve ailelerde çocuklara yönelik şiddet söz konusu olduğunda, daha da önem kazanmaktadır. Şiddet mağdurlarına yardım ve onların güvenliklerinin sağlanmasının gerekliliği konusunda herhangi bir kuşku bulunmamakla birlikte, bu konuda öncelik her zaman önleyici tedbirlere verilmelidir. BM Genel Sekreteri'nin Çocuklara Yönelik Şiddet Araştırması, pek çok çalışmayı ve bu alandaki örnekleri derlemektedir ve bütün bunlar çeşitli alanlardaki profesyonellerin uzmanlıklarını bir araya getiren ve sağlam verileri temel alan önleyici bir stratejinin belirleyici önemini ortaya koymaktadır.

Kamusal alandan farklı olarak, aile ilişkilerinde belirleyici olan “geleneksel kurallar”, aile içi şiddete karşı politikaların ve hukuksal araçların geliştirilmesini, ve şiddetten etkilenenlere hizmet sunulmasını engellemiştir. Öte yandan elde doğru ve kapsamlı verilerin bulunmaması, bu perdenin varlığını net biçimde ortaya koymaktadır ve bu ciddi sorunun ele alınmasını sağlayacak başarılı stratejilerin geliştirilmesini ve değerlendirilmesini kısıtlamaktadır. Uluslararası insan ve çocuk hakları standartlarına karşın, iş, şiddetin aile içinde kesin olarak yasaklanmasına geldiğinde, ülkelerde varolan kimi hukuksal çerçeveler de yetersiz kalmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, konuyla ilgili olarak dünyanın dikkatini, kararlı bir şekilde, halk sağlığı sektörünü de sürece dâhil eden önleyici politikaların geliştirilmesi ve veri toplama çalışmalarının ivedilikle iyileştirilmesi gerekliliğine çekmiştir.

Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (ISPCAN), çeşitli disiplinlerden profesyonellerin bir araya geldikleri kendine özgü bir koalisyonudur. ISPCAN'da bir araya gelen profesyoneller; geçtiğimiz 20 yıl içinde, çocuklara yönelik şiddetin sona erdirilmesine yönelik yaklaşımları yeniden ele alan ve bu anlamda stratejilerin geliştirilmesine öncülük etmişlerdir. Böylelikle ISPCAN yakın zamanlarda bir dizi ortakla işbirliği halinde, aile içinde ya da farklı ortamlarda, çocuklara yönelik şiddetle ilgili daha gelişkin veriler toplanmasını sağlayacak araçlar geliştirmeye çalışmıştır.

Bu kılavuz, her iki kuruluşun birikmiş deneyimini bir araya getirmekte; çocuklara yönelik şiddeti önlemeyi ve şiddete karşı gerekenin yapılmasını amaçlayan çabalarında, hükümetlere, sivil topluma ve uluslararası kuruluşlara, gerekli araç ve bilgileri sağlamaktadır. Şimdi sıra, söz konusu paydaşların, eldeki bu kaynaktan gereğince yararlanmalarına gelmiştir.

*Paulo Sérgio Pinheiro*

Bağımsız Uzman

BM Genel Sekreteri Çocuklara Karşı Şiddet Araştırması

# Sunuş

Çocuk İstismarı ve İhmali Dergisi'nin 1999 yılında yayınlanan bir sayısında, çocuklara kötü muamelenin önlenmesi konusunda uluslararası üne sahip uzman David Finkelhor, çocuklara kötü muamelenin önlenmesi konusunun gündemde tutulması için yapılması gerekenler ve bu doğrultuda ne kadar yol alındığı konusunda şunları ifade ediyordu:

Öncelikle, çocuk istismarı sorununun mekânını ve kaynağını görebilmek, bu alandaki çabalarımızın sonuçlarını belirleyebilmek için, sağlam epidemiyolojik verilere ihtiyacımız var. Elimizde şu an için bunlar mevcut değil, en azından halk sağlığı açısından doyurucu düzeyde değil. İkincisi, neyin işe yaradığını belirleyebilmek için, yeni ve kalıcı uygulamalara ilişkin deneysel araştırmalar gerekiyor. Bugün için, ev ziyaretlerinden ve cinsel istismar sonrası tedavi sonuçlarından elde edilen verileri bir yana bırakırsak, buna da sahip değiliz. Hali hazırda, istismara uğramış çocuklara veya bu risk altındaki ailelere verebileceklerimize bakarsak, bir tuvalet kağıdının üretim sürecinde bile daha fazla deneysel çalışma olduğunu görebiliriz<sup>1</sup>.

Yedi yıl sonra; BM kuruluşları, hükümet dışı kuruluşlar (HDK) ve uluslararası meslek kuruluşları; çocuklara kötü muamelenin boyutları ve bunun toplum hayatında yol açtığı sonuçlar konusunda, bilinç ve duyarlılık geliştirilmesi bakımından önemli bir ilerlemenin yolunu açtılar. Ne var ki, kaliteli epidemiyolojik veriler hala yetersizdir ve değerlendirmeye tabi tutulmuş müdahale örnekleri de sayıca çok azdır. 1999 yılından bu yana gerçekleştirilen epidemiyolojik araştırmaların çoğu, Kuzey Amerika'ya aittir. Birkaç batı Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen bağımsız araştırmalarla 1997–2003 döneminde WORLDSAFE'in Brezilya, Şili, Mısır, Hindistan ve Filipinler'de yürüttüğü çalışmalar dışında, metodolojik açıdan sağlam epidemiyolojik araştırma yok denecek kadar azdır. Önleme çabaları için gerekli olan kanıt temeli ise, daha da eşitsiz biçimde dağılmıştır ve bu alandaki araştırmaların çoğu, gene Kuzey Amerika'da toplanmaktadır.

Çocuklara kötü muamelenin ortadan kaldırılmasına yönelik programların değerlendirilmesi alanındaki bu başarısızlık; hükümetlerin, HDK'ların ve uluslararası kuruluşların; Çocuk Haklarına dair Sözleşme çerçevesinde, insan hakları bağlamı bir duyarlılık olarak, çocuklara yönelik kötü muamele konusuna eğildikleri dönemle, aynı zamana denk gelmiştir. *BM Genel Sekreteri'nin*, Ekim 2006 tarihli *Çocuklara Karşı Şiddet Raporu*, çocuklara kötü muamele konusunda, pek çok hükümetin, yasal reform yoluna gittiğini kaydetmektedir. Ne var ki, bu yöndeki çabalar – hükümetlerin kendilerinin de kabul ettikleri gibi – çocuklara kötü muamelenin epidemiyolojisini belgeleyecek, sorunun temelindeki nedenlere incek ve müdahalelerin etkilerini belirleyecek politikalar ve programlara çok az yatırım yapılması gerçeği ile bir çelişki oluşturmaktadır.

Önemeye yönelik insan hakları temelli bir kararlılık ile, önlemeye yönelik politika ve programlara yapılan yetersiz yatırımlar arasındaki bu açının bir dizi nedeni vardır. Örneğin:

- Çocuklara kötü muamele, bugün bile, bir çok kişi açısından, son derece hassas ve duygusal bir konudur ve bunun kamuya açık tartışmalarda yer alması bir yana, özel olarak ele alınmasında dahi güçlükler vardır.
- Çocuklara kötü muamelenin ulaştığı boyutlar ve bunun yol açtığı yüksek sosyal maliyet hakkındaki duyarlılığın artmasına karşın, bu soruna, henüz etkili politikalar üretme önce-

1 Finkelhor D. The science. Child Abuse and Neglect, 1999, 23:969–974.



liği tanınmamaktadır. Bu konuda siyasal kararlılığın görece eksik kalması; çocuklara kötü muamelenin yol açtığı ciddi ve yaşam boyu süren olumsuzlukların toplum için oluşturduğu yük ve bu yüzden sağlık hizmetleri ihtiyacının daha da yoğunlaşması gibi sorunlara ilişkin kavrayış eksikliği ile bir araya geldiğinde, durum daha da sorunlu hale gelmektedir. Son dönemde yapılan araştırmaların da gösterdiği gibi, bebeklik ve çocukluk döneminde kötü muamele görme ve benzeri olumsuzluklar, çocuğun sağlığı açısından riskli sonuçlara yol açmaktadır. Yani, kötü muamele, ölümlerin ve kronik hastalıkların önde gelen nedenlerine, doğrudan ve önemli derecede katkıda bulunmaktadır.

- Hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığının geliştirilmesi amaçlı etkili stratejilerin, nasıl olup da çocuklara karşı kötü muameleyi önleyebileceği konusunda bilgi eksikliği vardır. Bu önleyici stratejiler; kişi, aile, çevre gibi toplum düzeylerinde görülen temel nedenler ve risk faktörleri üzerinde odaklanmaktadır. Amaç, hedef olarak seçilen nüfus ölçeğinde, çocuklara yönelik kötü muamele olaylarının azaltılmasıdır. Bu stratejilerden bazılarının etkili ve maliyet açısından etkin olduğu yolunda güçlü kanıtlar vardır. Diğerleri gelecek vaat etse bile, onların üzerinde, sonuç değerlendirme çalışmaları yapılması gerekmektedir. Stratejilerin büyük bölümü ise, kuramsal olarak etkili gibi görünüyorsa da daha değerlendirilmeyi beklemektedir.
- Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi için yapılması gereken yatırımları, kamu yatırımlarının en kısa sürede getiri sağlaması yönündeki yaygın talep engellemektedir. Oysa önleyici programların bu talebi karşılaması çoğu kez mümkün olmamaktadır. Çünkü önleyici programlarda, istenilen sonuçların alınabilmesi bazen yılları bulmaktadır. Bu yüzden, çocuklara kötü muamelenin önlenmesi yönündeki çabaların yoğunlaştırılması en başta, sorunun ciddiyetinin iyice kavranmasını gerektirmektedir. Bu da, kötü muamelenin nerede ve nasıl ortaya çıktığını gösteren, sonuçlarını ve maliyetini ölçen, gelişkin epidemiyolojik araştırmalarla sağlanabilir. Böylece, bu araştırmalardan elde edilen bilgiler temelinde, öncelikli nedenleri ve risk etmenlerini ele alan önleyici programların hazırlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi mümkün olacaktır.

*Çocuklara Kötü Muamelenin Önlenmesi: Bu Konuda Harekete Geçilmesine ve Kanıt Toplanmasına Yönelik Bir Kılavuz*, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Derneği'nin (ISPCAN) ortak yayınıdır. Amacı; çocuklara kötü muamelenin önlenmesine yönelik bilimsel temele dayalı programlar geliştirmelerinde hükümetlere, HDK'lara ve uluslararası kuruluşlara yardımcı olmaktır. Nihai amaç ise, tüm ülkelerin sağlam epidemiyolojik veriler ve önlemede neyin etkili olduğuna ilişkin yerel deneyimler temelinde, çocuklara kötü muamelenin önlenmesine yönelik programları kapsamlı bir biçimde uyguladıkları bir dünyadır.

Kılavuz, bu hedefin gerçekleşmesine yardımcı olmak üzere; çocuklara kötü muamelenin epidemiyolojisini araştırmaya ve önleyici stratejiler uygulamaya yönelik gelecekteki çabaların; sorunun boyutlarını, sonuçlarını ve önlenebilirliğini dikkate alan bilimsel kanıt temelini genişletme amacıyla yürütülmesini tavsiye etmektedir. Dolayısıyla, gelecekteki bu çabalar; bilimsel yazında yayınlanabilecek, önleyici yatırımların arttırılması yönündeki ulusal ve uluslararası çalışmalara girdi sağlayabilecek şekilde yürütülmelidir. Bu alanda henüz çok geri olunduğundan, düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde, bu hedeflere ulaşılması yönünde elde edilecek mütevazı bir başarı bile, önleyici çabaların profilinin yükselmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Ancak bu şekilde çocuklara kötü muamele; örneğin HIV/AIDS, sigara ve obezite gibi, çocukları etkileyen ve kalıcı kötü sonuçları olan, ancak epidemiyolojik izleme ve önleme çalışmalarına yapılan yatırımlardan daha fazla yararlanabilen diğer halk sağlığı sorunları gibi, hak ettiği öneme kavuşacaktır.

*Etienne Krug*

Yaralanmalar ve Şiddetin Önlenmesi Bölümü Müdürü  
Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, İsviçre

# Giriş

Her çocuğun sağlıklı ve şiddet görmekten uzak bir yaşam hakkı vardır. Ne var ki, her yıl tüm dünyada milyonlarca çocuk fiziksel, cinsel veya duygusal şiddete maruz kalmakta ve bu tür durumlara tanık olmaktadır. Çocuklara kötü muamele, mağdurların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde yaşam boyu olumsuz etkiler yaratabilecek, bu nedenle toplumu da olumsuz yönde etkileyebilecek küresel ölçekte büyük bir sorundur.

## **Bu kılavuza neden ihtiyaç duyuldu?**

Son 20 yıl içinde insan hakları, hukuk, adli tıp ve halk sağlığı alanlarında sağlanan ilerlemeler, çocuklara kötü muamele sorununu, uluslararası planda daha görünür hale getirmiştir. Ancak bu alanda, henüz doyurucu bir düzeye ulaşıldığı söylenemez. Çocuk Haklarına dair Sözleşme ve onun İhtiyari Protokolleri ile birlikte Çocuk Hakları Komitesi; uluslararası kuruluşların, hükümetlerin ve hükümet dışı kuruluşların (HDK), çocuk haklarıyla ilgili olarak, ya da daha geniş bir bağlamda, çocuklara yapılan kötü muamele konusunda duyarlılığını arttırmada, önemli bir rol oynamıştır. 2002 yılındaki Dünya şiddet ve sağlık raporu ile, 2003 yılındaki dünya Sağlık Asamblesi'nin bu raporun tavsiyelerinin yaşama geçirilmesi ile ilgili kararı; çocuklara kötü muamelenin halk sağlığı açısından sonuçlarına ışık tutmuş ve bu tür olayların önlenmesinde ve mağdurlara yönelik hizmetlerde, halk sağlığının önemini vurgulamıştır. ISPCAN gibi uluslararası HDK'lar da, çocuklara kötü muamele konusuna daha fazla dikkat çekmek ve bu olgunun önlenmesi için, siyasal ve mesleki yatırım yapılmasını sağlamak amacıyla önemli kampanyalar yürütmüştür. Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri'nin Çocuklara Yönelik Şiddet Araştırması, Çocuk Hakları Komitesi tarafından talep edilmiştir. Söz konusu araştırma sayesinde, 2003 yılından bu yana, konuya ilişkin duyarlılık; küresel, bölgesel ve ulusal ölçeklerde artmış; ayrıca araştırma ile ilgili bölgesel istişareler ve hükümet tarafından yürütülen anketler, bu süreci desteklemiştir. Kuşkusuz, BM Genel Sekreteri'nin, araştırmanın sonuçları ile ilgili Genel Kurul'a sunduğu rapor (2006 sonları), araştırma raporunun da yayınlanmasıyla birlikte, sorun üzerindeki dikkatleri daha da yoğunlaştıracaktır.

Bilinç ve duyarlılık geliştirme süreci, çocuklara kötü muamele alanındaki müdahalelerin, daha titiz biçimde değerlendirilmesi gerekliliğini de ön plana çıkarmıştır. Bu titiz değerlendirme, özellikle mağdur durumdaki çocuklara yönelik hizmetler için gereklidir. Bu müdahalelerden çok azı, bilimsel olarak değerlendirilmiş; büyük çoğunluğu için ya hiç değerlendirme yapılmamış, ya da değerlendirmeler yetersiz kalmıştır. Yine de bu yetersiz değerlendirme sonucu elde edilen kanıtlar sayesinde, etkili olabilecek kimi önleyici müdahaleler belirlenmiştir – örneğin çocuk yetiştirme eğitimi ve ev ziyaretleri gibi. Ayrıca, kimi müdahalelerin gelecek vaat ettiği de görülmüştür: Örneğin, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerine erişimin artırılması ve alkol tüketiminin azaltılması gibi. Buna karşılık, mağdurlara ve olayların faillerine yönelik hizmetlerin etkinliği konusunda pek az şey bilinmektedir. Özellikle belirtilmesi gereken; örneğin çocuk koruma hizmetleri, çocuk dostu yargılama süreçleri, zorunlu rapor verme ve faillere zorunlu uygulamalar getirilmesi gibi yaygın olarak başvuru alan uygulamaların gerçek etkisi konusunda henüz çok az şey bilindiğidir.

Sonuçta, çocuklara kötü muamele sorununa ilişkin olarak bilinç ve duyarlılık gelişmekte olup, bu konuda önlem alınması için hükümetler üzerindeki baskı da giderek artmaktadır. Bu arada, ilgili müdahalelerin gerçek etkileri konusunda elde az kanıt bulunması; iyi niyetle yola çıkılsa bile, sistematik olmayan, sonuçları ise kanıtlanmamış ve belki de hiç kanıtlanamayacak olan müdahalelerle, kaynakların israf edilip edilmediği konusundaki kaygıları arttırmaktadır.

Dolayısıyla bu kılavuzun başlıca amacı; çocuklara kötü muamelenin önlenmesine ve mağdurlara hizmet götürülmesine yönelik politikaların ve programların geliştirilmesi için teknik tavsiyelerde bulunmaktır. Bu politikalar ve programlar, çeşitli müdahalelerin ne ölçüde etkili olduğuyla ilgili mevcut kanıtları tam olarak değerlendirmeli, ve halk sağlığı yaklaşımının bilimsel ilkelerine başvurmalıdır. Böylece, bilimsel olarak test edilebilir müdahaleler özendirilecek ve bunların değerlendirilmesi yapılabilecektir. Bu yolla, kılavuzun, kanıt temelini güçlendirecek bir coğrafi genişleme sağlaması umulmaktadır. Sonuçta, düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde gerçekleştirilen müdahalelerle ilgili, daha fazla değerlendirmeye ulaşılacak; yapılan değerlendirmeye dayanan müdahaleler, çeşitlilik kazanacaktır. Uzun vadedeki amaç ise; çocuklara yönelik kötü muamelenin önlenmesi alanındaki müdahaleler için, kanıtlara dayalı kılavuzlar hazırlanmasıdır.

### **Bu kılavuz kimler için hazırlandı?**

Çocukların maruz kaldıkları kötü muamele olaylarının büyük bir bölümü, çocuk koruma görevlilerine ve yasal mercilere hiç bildirilmemektedir. Durum böyleyken, tüm ülkelerde, sağlık, hukuk ve sosyal hizmet sektörleri, çocukların kötü muameleye uğramalarının sonuçlarının en fazla etkilendiği sektörler olarak öne çıkmakta; bu sorunla uğraşma konusunda en fazla çabayı da, yine bu sektörler göstermektedir. Dolayısıyla bu kılavuz; sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve hukuk alanlarında; ülke, il ve belediye düzeylerindeki politikaları belirleyenler ve program planlayıcılara yönelik olarak hazırlanmıştır.

Sağlık sektörüne bakıldığında, ilgili teknik alanlar şunlardır:

- Sağlık politikası ve planlaması,
- Epidemiyoloji ve sağlık enformasyon sistemleri,
- Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik,
- Üreme sağlığı,
- Pediatri,
- Zihinsel sağlık ve madde bağımlılığı,
- Acil durum tıp hizmetleri,
- Tıbbi-hukuki hizmetler.

Sosyal hizmetler sektörü söz konusu olduğunda ise, ilgili teknik alanlar şunlardır:

- Sosyal çalışma,
- Çocuk koruma.

Hukuk sektöründeki ilgili teknik alanlar şunlardır:

- Yargı,
- Yasal uygulama,
- Adli tıp,
- İnsan hakları.

Araştırma, çocuklara kötü muamelenin önlenmesine yönelik etkili programlar ve politikalar geliştirilmesi açısından da önemlidir. Dolayısıyla, işin içine daha geniş anlamda bilim insanlarının katılımı gerekmektedir. Bunlar:

- Üniversiteler ve tıp fakülteleri,
- Bilim kuralları,
- Kar amacı gütmeyen özel araştırma kurumlarıyla, hükümet için çalışan ve bağımsız düşünce üreticileri.

## Kılavuza genel bakış

Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri'nin çocuklara yönelik şiddet araştırması<sup>1</sup>, tüm dünyada, çocuklara karşı şiddetin alarm vermekte olduğunu ve yaygınlığını ortaya koymakta; bu bağlamda özellikle ana-babalar ve diğer aile üyelerinden kaynaklanan kötü muamele üzerinde durmaktadır. Ülkelerin, 1989 tarihli Çocuk Haklarına dair Sözleşme'ye göre; çocuklara kötü muamele konusunu, kapsamlı bir şekilde ele almak gibi, hukuksal bir sorumluluğu vardır. Ülkelerin yükümlülükleri, Sözleşme'nin 1.bölümünde Madde 19'da açıklıkla belirtilmektedir:

Taraf Devletler; çocuğun ana-babasının, ya da onlardan yalnızca birinin, yasal vasi veya vasislerinin veya bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken, bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya istismara, ihmâl ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dâhil her tür istismar ve kötü muameleye karşı korunması için, yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar.

Burada, çocuklara kötü muamelenin kaçınılmaz olmayıp önlenebilir bir durum olduğu zımnen belirtilmektedir ve devletlere, önleyici tedbirlerle, çocuklara kötü muamele olaylarını azaltma; bu tür muameleye maruz kalanlara ise koruma, adalet ve bakım sağlama sorumluluğu verilmektedir. Devletlerden bu alanda beklenenler arasında, çocuklara kötü muameleyi önleyecek mekânizmaların üretilmesi; bunun yanı sıra çocuklara ve onlara bakanlara yönelik sosyal programlar hazırlanması; bilinen kötü muamele durumlarının tespiti ve takibi yer almaktadır.

## Sistematiik, çok sektörlü bir yaklaşım

Bu kılavuz, halk sağlığı alanındaki yayınlarda sıkça karşılaşıldığı gibi, çeşitli sektörlerle yayılan bir yaklaşımı benimsemiştir. Zaman zaman "halk sağlığı modeli" şekline atıfta bulunulmakla birlikte, bu yaklaşım, başka alanlarda da kullanılmaktadır. Başka bir deyişle modelin özünde, çeşitli öğelerin yaşama geçirilmesi için, öteki bazı sektörlerle her durumda işbirliğine gidilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım çerçevesinde, başlatılacak hareket şunları hedefleyecektir:

- Sorunun ortaya çıkmadan önlenmesi,
- Sorunun saptanması ve ortaya çıktığında tepkide bulunulması,
- Sorunun uzun dönemdeki olumsuz etkilerinin asgariye indirilmesi.

Çocuklara yönelik kötü muamele söz konusu olduğunda, bu söylenenler şu anlama gelmektedir:

- Çocuklara yönelik şiddeti önleyecek tedbirlere başvurulması,
- Vakaların ortaya çıkarılması ve erken müdahale edilmesi,
- Kötü muamelenin olduğu durumlarda, mağdurlara ve ailelere sürekli bakım sağlanması,
- Şiddetin yeniden ortaya çıkmasının önlenmesi.

Çocuklara kötü muamele konusunda, bu tür sistematiik bir yaklaşımda yer alan önemli öğeler kısaca şöyle sıralanabilir:

## ■ Tanım

Çocuklara kötü muamele sorunuyla ilgilenen çeşitli kesimlerin, bu duruma ilişkin ortak bir kavramsal tanım geliştirmeleri; vakaların belirlenmesi ve tasnifi için de, yine ortak tanımlara ulaşmaları gerekir. Ayrıca ortada, soruna yönelik, ortak bir istatistiki yaklaşım da olmalıdır. Kötü muamele olaylarının sıklığını ve kötü muamele riskini arttıran etmenleri belirleyecek standart göstergeler de buna dâhildir.

1 Çocuklara karşı şiddet Bağımsız Uzmanının Raporu. New York, NY, Birleşmiş Milletler, yayınlandı Ağustos 2006.<  
[http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG\\_violencestudy\\_en.pdf](http://www.unicef.org/violencestudy/reports/SG_violencestudy_en.pdf)>

## ■ Önleme

Çocuklara kötü muameleyi önlemek için, risk etmenleriyle koruyucu etmenleri ele alan politika ve program önlemleri belirlemek gereklidir.

## ■ Hizmetler

Çocuklara kötü muamele olgusuna karşı verilecek kapsamlı bir tepki; bu tür olayları ortaya çıkaracak ve gerekli müdahalelerin yapılmasını sağlayacak önlem ve mekânizmaların yerli yerinde olmasını, mağdurlara ve ailelere hizmet sunulmasını gerektirir.

## ■ Etkili eylem için bilgi

Epidemiyolojik araştırmalarla bilgi toplanmasına ilaveten, hizmet veren kuruluşlardan araştırma, izleme ve değerlendirme mekânizmaları güçlendirilmelidir. Elde edilen bilgiler, geniş bir kesime yayılmalı, önleyici ve durumu düzeltici müdahalelerde bunlardan yararlanılmalıdır.

## ■ Tanıtım-savunu

Çocuklara kötü muamelenin önlenmesine yönelik çabalar, kanıtlara dayalı önleyici programlara yatırım yapmanın gerekliliği konusunda, karar vericiler ve kamuoyunda bilinç ve duyarlılık geliştirmelidir. Kampanyalarda ise özellikle çocuk yetiştirme bağlamında, şiddet içermeyen sosyal ve kültürel normların benimsenmesine odaklanılmalıdır.

Önlemeye ve karşı tepkiye yönelik çalışmaların etkili olabilmesi için, müdahalelerin tasarlanmasında, dört temel süreç dikkate alınmalıdır:

- Kötü muamelenin boyutunu ve bundan en fazla etkilenenlerin özelliklerini ortaya koyan istatistiklerden yararlanarak, **sorunu** kavramsal ve sayısal olarak **tarif etme**;
- Kötü muameleye açık olma durumunu, görünen **nedenleri ve risk etmenlerini belirleme**; örneğin, çocuğun cinsel istismara maruz kalma riskini arttıran etmenler veya çocuk koruma hizmetlerinin etkili biçimde işlemlerini engelleyen etmenler;
- Risk etmenleriyle, koruyucu etmenlerin bilgisine sahip olarak, risk etmenlerinin asgari düzeyde tutulmasını sağlayabilecek **müdahalelerin tasarlanması**. İster kişilere, ister toplumlara yönelik olsun, bu müdahalelerin etkisini belirlemek için, değerlendirmeye gerek vardır;
- Müdahalelerin etkililiğiyle ilgili **bilgilerin yaygınlaştırılması** ve etkililiği kanıtlanmış müdahalelerin ölçeğinin genişletilmesi. İster kötü muamelenin önlenmesine, ister karşı tepkilerin etkili kılınmasına yönelik olsun, her tür girişimde, kaliteli ve güvenilir bilgilere ihtiyaç vardır. Araştırma, rutin veri toplama ve programların izlenmesi ve değerlendirilmesi; çocuklara kötü muamele sorununa sistematik bir yaklaşım açısından vazgeçilmez önemdedir.

Dolayısıyla, çocuklara kötü muamele ile ilgili bu kılavuz, *Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi*, sistematik bir yaklaşım geliştirme amacını taşımaktadır. Bu yaklaşım kanıtlara dayalı olmalı, çocuklara kötü muamelenin önlenmesi ve mağdurlara hizmet verilmesi ile ilgili müdahalelerin etkililiği konusunda yeni kanıtlar üretmelidir. Kılavuz, okuyucularına özellikle şu noktalarda yardımcı olmayı amaçlamaktadır:

- Çocuklara kötü muameleyi belirleyen etmenlerin kavranması; bunun için, kişi, akrabalık, çevre ve toplum düzeylerinde, çeşitli etkenlerin karşılıklı etkileşimini ortaya koyan, ortama uygun bir model kullanılması;
- Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi için halen kullanılan stratejiler ve bunların etkililiği hakkında toplanan bilgilere aşina olunması;

- Çocuklara kötü muamele konusunda bilgi toplanmasında, epidemiyolojik yöntemlerin değerinin kavranması; önleyici programların ve mağdurlara yönelik hizmetlerin sonuç değerlendirmeleri için, bilimsel yaklaşımlara başvurulması;
- Kötü muameleyle maruz kalmış çocuklarla ailelerine yönelik hizmetler;
- Çocuklar kötü muameleyle maruz kaldıklarında, onları korumak için yapılacak müdahaleler bağlamındaki ihtiyaçların kavranması.

Tek bir belgede, çocuklara kötü muameleyle ilgili, istisnasız bütün ortamlar ve türler için eşit derecede geçerlilik taşıyan önerilerde bulunmak mümkün değildir. Elinizdeki kılavuz, 0-14 yaş grubundan çocukların ana-babaları veya diğer aile üyeleri tarafından özel ortamlarda (örneğin evlerde) maruz bırakıldıkları kötü muameleyle odaklanmaktadır. 0-14 yaş aralığının seçilmesinin nedeni; yapılan araştırmaların, çocuk 14 yaş civarına geldiğinde onun ana-babasından veya ailenin bir başka üyesinden görebileceği kötü muamele riskinin yerine, büyük ölçüde akranlarından ya da aile dışı başka kişilerden kötü muamele gördüğünü ortaya koymuş olmasıdır. Özel ortamlara odaklanmanın nedeni ise, önleyici politikaların ve davranış kurallarının konulup uygulanabildiği kamusal veya kurumsal ortamlardan farklı olarak, çocuğun yaşadığı evin birtakım özel önleme stratejileri gerektirmesidir. Bu stratejiler, bir yanda kişisel özerklik ve özel yaşama saygı ile, çocuğun iyiliği için yapılması gereken müdahaleler arasında denge kurmalıdır.

## **İçeriğin özeti**

*Bölüm 1*, çocuklara kötü muamele olgusunu açıklamakta, bu olgunun yaygınlığına, sonuçlarına ve maliyetine genel bir bakış sunmaktadır. Bu bölüm ayrıca, çocuklara kötü muameledeki nedenler ve risklerle ilgili olarak; kişi, akrabalık, çevre ve toplum düzeylerinde çeşitli etkenlerin etkileşimini ortaya koyan, ortamsal bir çerçeve sunmaktadır.

*Bölüm 2*, önleyici girişimlerin ve hizmetlerin yönlendirilmesinde ve izlenmesinde kullanılacak bilgilerin nasıl toplanabileceğine ilişkin önerilerde bulunmaktadır.

Mevcut hizmetlerin tespit ettikleri kötü muamele vakalarıyla ilgili verileri kaydeden enformasyon sistemleri ile, yalnızca bunları değil, tüm kötü muamele vakalarını belirlemek üzere, nüfusa dayalı araştırma yöntemlerini kullanan epidemiyolojik çalışmalar birbirinden ayırt edilmelidir.

Bu bölüm, nüfus düzeyinde, çocukları ve yetişkinleri kapsayan geniş ölçekli araştırmaların yapılmasını tavsiye etmektedir. Bu tür araştırmalarda; çocukların ve yetişkinlerin kötü muameleyle ve diğer olumsuzluklara ne kadar açık oldukları, sağlık açısından riskli davranışları ve halihazırda sağlık durumları hakkında bilgiler derlenecektir. Hizmet temelli enformasyon sistemlerinin, iki tür bilginin kaydına öncelik tanınmaları tavsiye edilmektedir. Birinci tür bilgiler, bütünlüklü bir vaka yönetimini, tek tek vakaların zaman içinde ve hizmet sunucularına göre izlenmesini sağlayacak bilgilerdir. İkinci tür bilgiler ise, sisteme dâhil edilen bütün vakalar için kayda geçirilebilecek, nispeten az sayıda ve tek tip verilerdir.

*Bölüm 3*, çocuklara kötü muamelenin önlenmesi çabalarının yaygınlaştırılmasıyla ilgilidir. Burada, etkili, gelecek vaat eden ve belirsizlikler taşıyan müdahalelerle ilgili kanıtlardan hareketle, yeni müdahalelerin geliştirilmesi ve sonuç değerlendirmeleri için gerekli ölçütlerin oluşturulması önerilmektedir. Bu bölümde; kişi, aile, çevre ve toplum düzeyindeki müdahale stratejileri açıklanmaktadır. Ayrıca, bir sonuç değerlendirme çalışmasının ardından, bir müdahalenin nasıl tasarlanması gerektiğine ilişkin pratik tavsiyeler dile getirilmekte ve olası kısa, orta ve uzun dönem sonuçlar için öneriler sıralanmaktadır.

*Bölüm 4*, kötü muamele mağduru çocuklarla, ailelerine yönelik hizmetleri; bu arada istismara maruz kalmış çocukların korunmasına yönelik müdahaleleri ele almaktadır. Çocuk koruma hizmetlerinin etkililiğiyle ilgili kanıt yetersizliği konusu vurgulanmaktadır.

*Bölüm 5*, sonuçları sıralamakta; eldeki bilgilerin eyleme geçmek için kullanılması, önleyici programların tasarlanması ve mağdurlara hizmet götürülmesi gibi konularda, kılavuzda yer alan tavsiyeleri öne çıkarmaktadır. Bu tavsiyelerden hareketle, çocuklara kötü muamele olgusuna karşı sistematik bir tepki geliştirildiğinde; kanıtlara dayalı olarak gerçekleştirilecek müdahaleler de, önleyici stratejilerin ve mağdurlara yönelik hizmetlerin etkililiği konusunda yeni kanıtlara ulaşılmasını sağlayacaktır.

## BÖLÜM 1

# Çocuklara kötü muamelenin niteliği ve sonuçları

### 1.1 Çocuklara kötü muamele nedir

Çocuklara kötü muamele, çocuklara 'fiziksel ve duygusal anlamda yanlış davranılmasıyla, cinsel istismarla, çocuklara yönelik ilgisizlik ve ihmalkarlıkla, ayrıca çocukların ticari anlamda ve başka biçimlerde sömürülmesiyle ilgilidir. Böyle durumlar, farklı ortamlarda ortaya çıkabilir.

- Ana-babalar ve diğer aile üyeleri;
- Çocuklara bakan kişiler;
- Arkadaşlar;
- Tanıdıklar;
- Yabancılar;
- Yetkili konumda olanlar – örneğin öğretmenler, askerler, polisler, din görevlileri ve memurlar;
- İşverenler;
- Sağlık görevlileri;
- Diğer çocuklar.

Çocuklara kötü muamele, karmaşık bir konudur. Bu olgunun dinamikleri, ardındaki etmenlerle birlikte etkili önleme stratejileri; mağdurun yaşına, kötü muamelenin ortaya çıktığı ortamlara ve mağdurla fail arasındaki ilişki derecesine göre değişkenlik gösterir.

Aile içinden birinin çocuklara kötü muamele etmesi ev içi yaşamın özelliği açısından kötü muamele vakasının en az görünür biçimlerinden biridir. Ancak bu tür kötü muamele biçiminin tüm toplumlarda yaygın olduğunu unutmamak gerekir. Çocuklara, ana- baba veya bakıcı kimse-ler tarafından yapılan kötü muamele, vakanın önlenmesi ve hizmete yönelik stratejilerin belirlenmesinde, özel birtakım güçlükler yaratır. Çünkü burada kötü muamele yapanlar, aynı zamanda, çocuğu bakıp büyüten, yetiştiren kişilerdir.

Ana-babaları ve diğer aile üyeleri tarafından kötü muameleyle maruz kalan çocuk sayısı hakkında kesin bir şey söylemek mümkün olmamakla birlikte, bu durum, tüm dünyada halk sağlığı ve insan hakları bakımından olduğu kadar, hukuksal ve toplumsal açılardan da ciddi bir sorun olarak kabul edilmektedir.

Şiddet bizzat kendi açısından olduğu gibi sonuçları niteliği ve derecesi açısından da, çok büyük farklılıklar gösterebilir. Bunun aşırı örneklerinde ise, çocuklara yapılan kötü muamele, onların ölümlerine bile yol açabilir. Bununla birlikte, çocuğa yapılan kötü muamele vakalarının çoğunda, çocuğa verilen zararın onda bedensel hasardan çok, akut psikolojik ve psikiyatrik sonuçlara yol açtığı görülmektedir. Dolayısıyla, çocuğun uğradığı kötü muamelenin, çocuğun nörolojik, bilişsel ve duygusal gelişimiyle, genel sağlık durumu üzerindeki etkileri daha önemlidir.

### **Şiddet tipolojisi**

Çocuğa kötü muamele; gerek nedensellik, gerekse ortam risk etmenleri açısından, şiddetin diğer biçimleriyle ilişkilidir – yakın eşten, gençlerin katıldıkları ortamlardan kaynaklanan şiddet



## KUTU 1.1

### Çocuklara kötü muamele ve onların gelişim halindeki beyinlerine verilen zarar

Son yıllarda, bebeklik ve erken dönem çocuklukta, kötü muamelelerin, onun gelişim halindeki beyni üzerindeki etkileri dâhil, erken dönem beyin gelişimi araştırmaları artmıştır. Araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre, çocuğun ilk yıllarında geçirilmiş olan uzun süreli ciddi veya beklenmedik stres – kötü muamele yüküleri olanlar dâhil – beynin gelişimi üzerinde fizyolojik değişikliklere yol açabilmektedir. Beynin gelişimindeki bu tür değişiklikler ise; çocuğun fiziksel, bilişsel, duygusal ve toplumsal gelişimini etkilemektedir.

Beynin farklı bölümleri, bu bölümlerdeki aktiviteyi sağlayan uyarımlar olarak gelişmektedir. Beyin zamanla büyümekte ve yoğunluk kazanmakta, çocuk üç yaşına geldiğinde ise yetişkinlik dönemindeki beyin büyüklüğünün %90'ına ulaşılmaktadır. Eğer uyarım ve ilgi yoksa – örneğin çocuğa bakan kişiler ilgisiz ve kayıtsız kalırlarsa – çocuğun beyin gelişimi de bundan olumsuz etkilenmektedir. Beyin kendini çevreye uyarladığına göre, bu uyarlanma olumlu ortamlara olabileceği gibi olumsuz ortamlara da olabilir.

Kronik stres, sinir sistemini duyarlılaştırmakta, endişe ve korkuya yanıt veren beyin bölümlerini aşırı geliştirmektedir. Bu arada sinir sisteminin ve beyinin diğer bölümleri az gelişmektedir. Stres yaşayan çocukların beyinleri - fiziksel istismar, cinsel istismar veya kronik ihmal gibi durumlarda olduğu gibi özünde sahip olduğu kaynakları mevcudiyetini devam ettirmeye ve çevredeki tehditlere tepki vermeye odaklayacaktır. Beynin korkuya karşı tepki için bu şekilde kronik biçimde uyarılması, beyin belirli bölümlerinin sık sık harekete geçmesi anlamına gelmektedir. Sonuçta bu bölümler; aynı anda harekete geçirilemeyen diğer bölümler, örneğin karmaşık düşünceye özgü olanlar pahasına, aşırı gelişecektir. Öyle ki, beyin korkuya karşı tepkiyle bağlantılı olmayan bölümleri, yeterince işlemediğinden, örneğin çocuk, öğrenmede güçlük çekecektir.

Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki deneyimlerin, beyin üzerindeki etkileri; zeka, duygu ve kişilik ifadelerinin temelini oluşturur. Bu ilk deneyimlerde olumsuzlukların ağırlıkta olması durumunda ve özellikle hedefleri iyi belirlenmiş müdahalelerin bulunmadığı hallerde; çocuklar, yaşamları boyunca sürecektir duygusal, davranışsal sıkıntılar ve öğrenmeyle ilgili sorunlarla karşılaşabilirler. Örneğin, yaşamlarının ilk yıllarında kronik istismara ve ihmale maruz kalan çocuklar, her yönden tehlike gelebileceğini düşünerek aşırı tedirginlik içinde olabilirler. Böylece, sosyal, duygusal ve bilişsel deneyimlerden yararlanma imkanları da azalmış olur. Sınıfta olsun, yeni toplumsal deneyimler yaşarken olsun, yeni bilgilerin edinilmesi ve içselleştirilmesi için, çocuğun beyninin "duyarlı bir sakinlik" içinde olması gerekir ki, travma geçirmiş bir çocuk, bu duruma nadiren gelebilir. Kendilerine bakan kişilerle sağlıklı bir bağlilik oluşturamayan ve ilk dönemdeki duygusal deneyimleri beyin üzerindeki etkiler aracılığıyla pozitif duygusal gelişime elverişli zemin oluşturamayan çocuklarda, empati kapasitesi de gelişmemiş olabilir. Empati dâhil, başkalarına karşı duyarlılık, deneyimler temelinde gelişir. En uç durumlarda ise, eğer bir çocuk başka bir insana herhangi bir duygusal bağlilik duymuyorsa, bu çocuğun bir insana vurmaktan, hatta öldürmekten herhangi bir pişmanlık duyması da beklenemez.

Öte yandan, çocuk bir defa kötü muameleyle uğradıktan sonra ise, yoğun ve erken müdahalenin; travmanın beyin üzerindeki uzun dönem etkilerini asgariye indirmede yararlı olabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Bununla birlikte, kötü muameleyle maruz kalan çocuklara erken müdahale, istismar ve ihmalin etkilerini asgariye indiriyor olsa bile en iyisi böyle durumların gerçekleşmeden önce önlenmesidir. Bu konumdaki çocukların tedavisi için katlanılan maliyet – hem insani, hem de ekonomik açıdan – önlemler almanın maliyetinden çok daha büyüktür ve ayrıca bu tür müdahalelerle, yaşamın ilk yıllarında, beyin gelişimini sağlıklı kılmak mümkündür.

Uyarıldığı kaynak: In focus: understanding the effects of maltreatment on early brain development. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, Washington, DC, 2001. erişim için: <<http://nccan.ch.acf.hhs.gov/pubs/focus/earlybrain/index.cfm>> (erişim 5 Mayıs 2006).

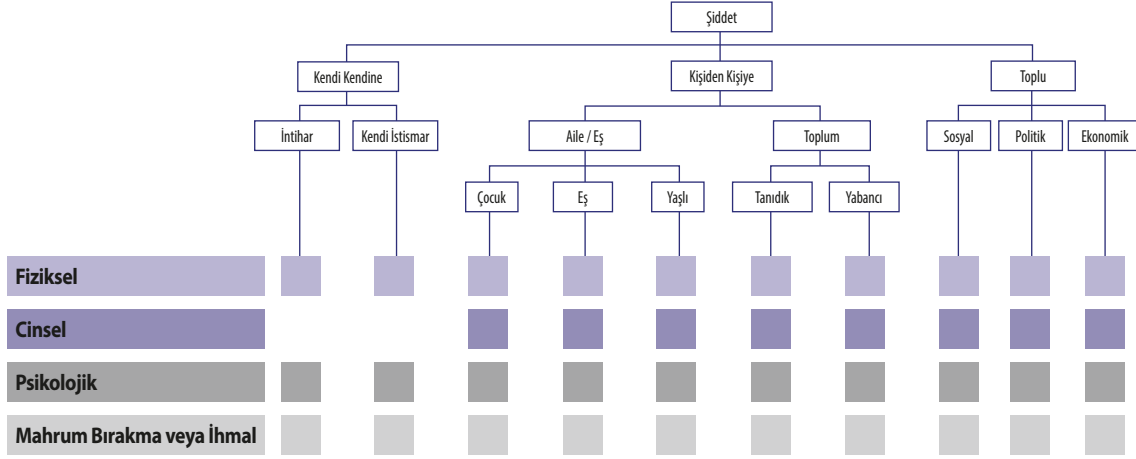
ve intihar dâhil olmak üzere. Dolayısıyla, çocuklara kötü muameleyi, daha genel anlamda, şiddet kategorisi içinde ele almak yararlı olacaktır. *Şiddet ve sağlık dünya raporunda* sunulan tipolojiden hareketle ve içinde yer aldığı bağlama göre, şiddetin üç geniş kategoride değerlendirilmesi mümkündür.

- **Kendi kendine şiddet;** failin de, mağdurun da, aynı kişi olduğu durumları anlatır. Bu da kişinin kendi kendini istismar etmesi ve intihar olmak üzere ikiye ayrılır.
- **Kişiden kişiye şiddet;** kişiler arasındaki şiddetle ilgilidir. Bu da, aile ve partner şiddeti ve toplumdan gelen şiddet gibi alt kategorilere ayrılır. İlk alt kategoride çocuklara kötü muamele, partnerden gelen şiddet ve yaşlıların istismarı yer alır. Toplum kaynaklı şiddet ise, tanıdıklardan veya yabancı kişilerden gelebilir. Gençlerin başvurdukları şiddet, yabancı kişilerin saldırıları, mülkiyetle ilgili suçlarda başvurulan şiddet, işyerlerindeki ve diğer kurumlardaki şiddet türleri bu bağlamda yer alır.

- **Toplu şiddet;** daha geniş insan gruplarının başvurdukları şiddeti anlatır ve bu da kendi içinde toplumsal, siyasal ve ekonomik şiddet olarak alt kategorilere ayrılabilir.

Bu kategorilerden hepsinde ortak olan şey, şiddet içeren fiillerin *doğasıdır*. Bu fiziksel, cinsel, duygusal veya psikolojik olabileceği gibi, ihmalle ilgili de olabilir. Şiddetin hem türüne, hem de doğasına göre sınıflandırılması; aşağıda Şekil 1.1'de de görüldüğü gibi, çocuklara kötü muamele- nin, şiddetin genel ve karmaşık örüntüsü içinde, belirli bir yere konulmasında yararlı olabilir.

**Şekil 1.1 A Şiddet tipolojisi**



Çocuklara kötü muamele, çoğu kez şiddetin diğer türleriyle birlikte ortaya çıkar. Örneğin, aile içinde, çocuklara yetişkinler tarafından kötü muamele gösterilmesi durumu, çoğu kez, partner-kaynaklı şiddetle aynı ortamlarda ortaya çıkar. Kötü muameleye maruz kalan çocukların kendileri de, daha sonraki yaşamlarında, şiddetin çeşitli türlerinin faili veya mağduru olma açısından, artan bir riskle karşı karşıyadır – intihar, cinsel şiddet, gençlik şiddeti, yakın eşten kaynaklanan şiddet ve çocuklara kötü muamele dâhil –. Aynı etmenlerin, – örneğin aşırı alkol tüketimi, ailenin yalıtılması ve toplumca dışlanması, işsizlik – farklı şiddet türlerinin temelinde yattığı belirlenmiştir. Dolayısıyla, şiddetin belirli bir türünü önleyen ve farklı şiddet türlerinin hepsinde görülen ortak etmenleri ele alan bir stratejinin, birden çok şiddet türünü önleme potansiyeli de vardır.

### Çocuklara kötü muamele kavramsal tanımları

#### Çocuklara kötü muamele

Çocuklara kötü muamele şöyle tanımlanır

Bir sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi ve saygınlığı açısından, fiilen zararlı veya potansiyel olarak zararlı sonuçlar verebilecek her tür fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranış veya ticari amaçlı, ya da başka tür sömürü<sup>1,2</sup>.

1 Çocuk istismarının önlenmesi danışma toplantısı raporu, 29–31 Mart 1999. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 1999 (belge WHO/HSC/PVI/99.1).

2 Krug EG et al., eds. *Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu*. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2002. <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/introduction.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf)>

Daha önce de belirtildiği gibi, *Dünya şiddet ve sağlık raporu* ile, 1999 DSÖ Çocuk İstismarını Önleme İstişare Toplantısı, çocuklara kötü muamelenin dört türünü tanımlamaktadır:

- Fiziksel istismar;
- Cinsel istismar;
- Duygusal ve psikolojik istismar;
- İhmal.

#### Fiziksel istismar

Bir çocuğun fiziksel istismarı; çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç sonucunda, çocuğun sağlığı, yaşamı, gelişmesi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması – veya çıkabilecek olması – şeklinde tanımlanır. Bu tanım çerçevesinde değerlendirilebilecek hareketler; vurma, tekmeleme, sarsma, ısırma, boğazını sıkma, yaralama, yakma, zehirlenme, boğma vb. olabilir. Evlerde ise, çocuklara karşı fiziksel şiddete çoğu kez cezalandırma amacıyla başvurulur.

#### Cinsel istismar

Cinsel istismar, çocuğun, kendisinin tam olarak kavrayamadığı, tam onay vermesi mümkün olmayacak veya gelişme düzeyi açısından hazır olmadığı, ya da toplumun verili yasalarını veya toplumsal tabularını ihlal eden bir cinsel etkinliğe dâhil edilmesi olarak tanımlanır. Çocukların cinsel istismarında failer; yaşları gereği, mağdur üzerinde belirli bir yetki, otorite veya sorumluluk taşıyan yetişkinler olabileceği gibi, başka çocuklar da olabilir.

#### Duygusal ve psikolojik istismar

Duygusal ve psikolojik istismarda; hem tekil olaylar, hem de bir ebeveynin veya bakıcının, bir süreç içinde, çocuğa gelişimi açısından uygun ve destekleyici bir ortam sağlamadaki başarısızlığı söz konusu olabilir. Bu kategoriye giren fiillerin, çocuğun fiziksel veya zihinsel sağlığını; fiziksel, zihinsel, manevi veya toplumsal gelişimini olumsuz etkileme olasılığı yüksektir. Bu tür istismar örnekleri olarak, şunlardan söz edilebilir: Hareket serbestinin kısıtlanması, küçük düşürme, suçlama, tehdit, korkutma, ayrımcılık yapma ve alay etme ve dışlama ve düşmanca yaklaşımın fiziksel güç içermeyen diğer biçimleri.

#### İhmal

İhmalde; hem tekil olaylar, hem de bir ebeveynin veya başka bir aile üyesinin, aslında mümkünken, çocuğun gelişimi ve esenliği için yapılması gerekenleri yapmaması söz konusudur. Bu tanımla ihmal, aşağıdaki alanlarda kendini gösterebilir:

- Sağlık;
- Eğitim;
- Duygusal gelişim;
- Beslenme;
- Barınma ve güvenli yaşam koşulları.

İhmale maruz kalan çocukların ana-babalarının, her durumda, yoksul kişiler olmaları gerekmez. Bunların arasında hali vakti yerinde olanlar da bulunabilir.

### 1.2 Sorunun ölçeği

DSÖ'ye göre 2002 yılında, 15 yaşından küçük çocuklar arasında görülen ölümlerin, tahminen 31, 000'i cinayet sonucudur. Kötü muamele sonucu meydana gelen çocuk ölümlerinin, bu tür vakalarla ilgisinin kaydını tutabilen üst gelir düzeyindeki ülkelerde bile, kayıt dışı kalması mümkündür ve bu nedenle tahmini rakamın, gerçek rakamın altında olduğu söylenebilir. Çocukların kurban gittikleri cinayetlerle ilgili küresel tahminler, bebeklerle, yaşları küçük çocukların, daha büyük

risk altında olduklarını göstermektedir. Gerçekten de, 0-4 yaş grubunda bu tür vakalar, 5-14 yaş grubuna göre iki kat daha fazladır.

Bağımlılıkları, savunmasızlıkları ve toplumca daha az görünür olmaları nedeniyle, bebekler ve okul öncesi çağıdaki çocuklar, ölümcül kötü muameleye daha fazla açıktır. Bu çocuklarla ilgili vakalarda, çocukların bakımı ve güvenliğinden sorumlu olan, ancak aile üyesi veya bakıcı konumunda olmayan kişilerin bilgisine ulaşılması daha güçtür. Ölümcül olabilen istismar riski, yüksek gelir düzeyindeki ülkelere göre, düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde iki veya üç kat daha yüksektir. Ayrıca bu risk, varlığın görece daha adil paylaşıldığı toplumlara göre, ekonomik eşitsizliklerin büyük boyutlara ulaştığı toplumlarda daha yüksektir. Ölüme yol açan en yaygın durum, kafa yaralanmaları olup, bunu karın bölgesindeki yaralanmalarla, kasıtlı boğmalar izlemektedir. Çocuk ölümlerinin failleri arasında, ana-babaların ve diğer aile üyelerinin payını belirlemek mümkün olmasa da, ağırlıklı olarak yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde yapılan özel araştırmalar; 0-14 yaş grubundan çocuklar arasında, öldürme olaylarının faillerinin, çoğunlukla aileden kişiler olduğunu göstermektedir.

Ölümler, çocuklara kötü muamele sorununun bütününde, küçük bir yer tutar ölümle sonuçlanan olaylar dışında, her yıl milyonlarca çocuk, ölümle sonuçlanmayan istismar ve ihmal durumlarıyla karşılaşmaktadır. Bazı uluslararası araştırmalar; oranlar ülkeden ülkeye değişse de, tüm çocukların dörtte biri ile, yarısı arasında değişen bir bölümü için, ciddi düzeyde ve sık tekrarlanan fiziksel istismar durumu bildirmektedir. Bunların arasında, ana-baba tarafından dövülme, tekmelenme ve bağlanma da yer almaktadır. Çocuklara yönelik fiziksel şiddet olaylarının büyük bir bölümü, aileler tarafından normal karşılanmakta, yerleşik sosyal normlar, hatta yasalar çerçevesinde bunlar, disiplin için doğru yöntemler sayılmaktadır (bakınız Kutu 1.2). Dünyanın çeşitli ülkelerinde yapılan araştırmalar da, kadınların %20'sinin, erkeklerin ise %5-10'unun kendileri çocukken cinsel istismara maruz kalmış olduklarına işaret etmektedir. Çok sayıda çocuk, psikolojik ve duygusal istismara maruz kalmakta olsa da, bu olgunun tüm dünyada ne ölçüde yaygın olduğu bilinmemektedir. Bazı ülkelerde ihmalin, çocuklara yapılan kötü muamele ile ilgili olarak bildirilmiş vakalar içinde en büyük paya sahip olduğu anlaşılmaktadır. Genel olarak bakıldığında, kız çocuklar cinsel istismara, erkek çocuklar ise, sert fiziksel cezalara daha fazla maruz kalmaktadır. Kimi bölgelerde, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılık, erkek çocuklara göre kız çocuklarını kötü muamele sonucu ölüm riskine karşı daha açık hale getirmektedir. Bu noktada doğan kız çocukların öldürülmesi, "namus/töre cinayetleri" ve çocuğun cinsiyetinden kaynaklanan özel ihmal durumlarını akla getirmektedir.

### 1.3 Çocuklara kötü muamelenin sonuçları

Çocuklara kötü muamelenin sağlıkla ilgili ve sosyal sonuçları; tek başına ölüm ve yaralanma durumlarının çok daha ötesindedir ve mağdurların fiziksel ve zihinsel sağlığı ile bu alanlardaki gelişimleri üzerinde etkili olmaktadır. Yapılan araştırmalar, çocukluk döneminde kötü muameleye ve şiddetin diğer biçimlerine maruz kalınmasının, daha sonraki yaşamda risk etmenleriyle ve riskli davranışlara yönelmeyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, şiddete başvurma, şiddeti süreklileştirme, depresyon, sigara içme, obezite, riskli cinsel davranışlara yönelme, istemeden gebe kalma, alkol ve uyuşturucu kullanma bunlar arasındadır. Bu tür risk etmenleri ve davranışları ise; ölüme, hastalıklara ve engelliliğe yol açabilecek durumları da beraberinde getirmektedir. Örneğin kalp hastalıkları, cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklar, kanser ve intihar gibi. Dolayısıyla, çocuklara kötü muamele, mağdurun yaşamı süresince, gerek çocuğun kendisi, gerekse toplum açısından, maliyeti yüksek, çeşitli fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına yol açmaktadır (bakınız Kutu 1.3).

### 1.4 Çocuklara kötü muamelenin maliyeti

Çocuklara kötü muamelenin yarattığı sağlık sorunlarının ve toplumsal maliyetin yanı sıra; yol açtığı ekonomik etkiler de çok büyüktür. Ekonomik maliyetler arasında şunlar sayılabilir: Doğrudan

## KUTU 1.2

### Disiplin mi cezalandırma mı?

Çocuğun belirli bir disiplini edinmesi demek, onun muhakeme yapabilecek, sınırlılıklar bilerek, kendini kontrol edebilecek, kendi kendine yetecek ve toplum içinde olumlu davranışlara yönelecek şekilde eğitilmesi ve bu yönde kendisine yardımcı olunması demektir. Oysa disiplin, özellikle çocuğun davranışlarını düzeltme ve değiştirme çabasındaki bakıcı kişiler tarafından uygulanan cezalandırma ile sık sık karıştırılmaktadır. Aslında, disiplinle cezalandırma arasında birtakım farklılıklar vardır.

Disiplinde, olumlu stratejiler, birey olarak çocuğun değerini kabul eder. Bu stratejiler, çocukların kendilerine olan güvenini, uygun davranma yeteneğini ve olumlu ilişkiler kurma becerilerini güçlendirmeyi hedefler.

Buna karşılık, fiziksel veya duygusal önlemler içeren cezalandırma, çocuğun kendisinden beklenenleri kavramasını sağlayacak iyi düşünülmüş bir stratejiden çok, çocukla ilgilenen kişinin öfkesini veya umutsuzluğunu yansıtır. Bu tür cezalandırmalarda dış denetimlere başvurulur, güç ve egemenlik devreye sokulur. Üstelik bunlar, genellikle çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine bakılmadan kullanılır.

Fiziksel cezalandırma, fiziksel güç kullanımını içerir. Bu tür cezalara geçmişte birçok toplum tarafından başvurulmuştur ve cezanın biçimi, kültürlere ve dinlere göre değişmektedir. Bununla birlikte yapılan araştırmalar, fiziksel cezalandırmanın, istenilen davranış değişikliklerini kalıcı biçimde sağlamada etkili olmadığını göstermektedir. Fiziksel cezanın davranışsal ve duygusal sonuçları, bu yola hangi sıklıkta başvurulduğuna, cezanın ne kadar şiddetle uygulandığına, cezalandırılan kişinin yaşına, gelişim düzeyine, gücüne ve direncine göre değişmektedir. Bu tür cezalar, aradaki ilişkinin kopma noktasına gelmesine de yol açabilir. Ayrıca, ceza sonucu sağılan çocuk, fiziksel hasar da görebilir ve gelişiminde önemli eksikliklerle karşılaşabilir.

Aslında tüm çocukların belirli bir disiplin anlayışına sahip olması gerekir ve burada izlenecek en iyi yol, çocukların kendi disiplin anlayışlarını geliştirmelerinin desteklenmesidir. Disiplinde, fiziksel cezalar yerine alternatif getiren bir yaklaşım özendirilmelidir. Bunun örnekleri arasında, çocukların dikkatinin başka yerlere çekilmesi, yeniden yönlendirilme, belirli bir sakinleşme dönemi tanınması, çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine göre uygun kuralların ve sınırların belirlenmesi, ortadaki sorunun çözülmesi ve kimi ayrıcalıkların geri alınması yer almaktadır.

## KUTU 1.3

### Çocuklara kötü muamele ve çocuklukta diğer olumsuz deneyimler ile, yetişkinlik dönemindeki başlıca ölüm nedenleri arasındaki ilişki: Çocukluk Dönemindeki Olumsuz Deneyimler Araştırması

Çocukluk Dönemindeki Olumsuz Deneyimler araştırması (ACE), ABD'nin California eyaletinde bir işte çalışan, orta yaşlı ve orta sınıflardan 17.300 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, çocukluk döneminde kötü muamele görülmesi ve hane içi sorunlar, aradan yıllar geçse bile, bu ülkede, ölüm ve engellilik gibi olayların en yaygın nedeni durumundaki kronik hastalıklara yol açmaktadır.

Araştırmada, çocukluk döneminde maruz kalınan kötü muamele ve hane içi sorunların uzun dönemdeki etkileri incelenirken; psikolojik, fiziksel ve cinsel istismar; anneye karşı şiddet; madde bağımlılığı, zihinsel engelli, intihara eğilimli, hapse girip çıkmış veya başka sorunları olan aile üyeleriyle birlikte yaşama gibi durumlar ele alınmıştır.

Geçmişteki olumsuz deneyimlerin (fiziksel ve cinsel istismar dâhil) sayısı ile, daha sonraki yıllarda sigara kullanma, obezite, fiziksel hareketsizlik, alkol bağımlılığı, uyuşturucu bağımlılığı, depresyon, intihara teşebbüs, gelişigüzel cinsel ilişki ve cinsel ilişki yoluyla geçen hastalıklar arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Dahası, araştırmaya göre, çocukluk döneminde daha fazla sayıda olumsuz deneyim yaşadıklarını beyan eden kişilerin, "baş etme yolları" saydıkları, sağlık açısından riskli çeşitli davranışlara yöneldikleri görülmektedir. Benzer biçimde, bildirilen olumsuz çocukluk dönemi deneyimleri ne kadar fazla ise, insanlarda kalp hastalıkları, kanser, felç, diyabet, iskelet bozuklukları, karaciğer rahatsızlıkları, genel sağlıksızlık riskleriyle başkalarına kötü davranma eğilimleri de o kadar artmaktadır. Dolayısıyla, çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimlerle, daha sonraki sağlık riskleri, hastalıklar ve ölümler arasında belirli bir ilişki vardır ve hastaların rutin taramaları bu ilişkiyi ortaya koymaktadır.

ACE araştırması ve bulguları ABD içindeki belirli bir nüfus kesimine ilişkin olmakla birlikte, benzer eğilimlerin farklı ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeyindeki diğer ülkeler için de geçerlilik taşıdığı sonucuna varmakta bir sakınca yoktur.

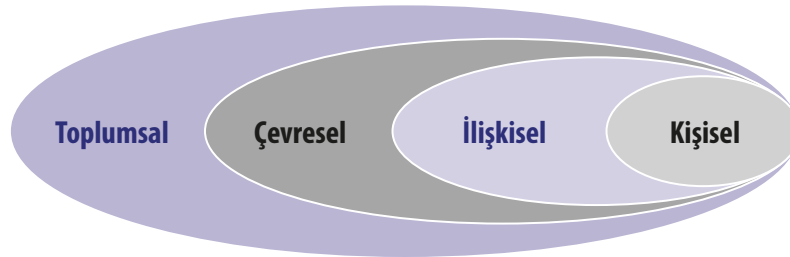
Kaynak: Felitti VJ et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ace) study. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 14: 245–258.

tıbbi masraflar; vakitsiz ölümler nedeniyle yitirilen kazançlar ve vergi geliri, özel eğitim, psikolojik ve sosyal hizmetler, koruyucu hizmetler, bakıcı aile, önleyici hizmetler, yetişkinlik döneminde suç işleme ve çocuklara kötü muamele nedeniyle mahkumiyet. Çocuklara kötü muamelenin, daha sonraki dönemlere ait tedavi masraflarını hesaplayan pek az araştırma vardır. Dolayısıyla, eldeki mevcut bulgular, çocuklara kötü muamelenin neden olduğu gerçek ekonomik maliyeti, olduğundan az göstermektedir. ABD’de yapılan<sup>3</sup> ve konuya ilişkin çeşitli kaynakları tarayan bir çalışmaya göre, çocuklara kötü muamelenin, doğrudan ve dolaylı maliyeti, yıllık 94 milyar dolardır – ülkenin toplam gayri safi yurt içi hasılasının %1’i. Hastanelik olmanın maliyeti 3 milyar, zihinsel tedavinin maliyeti 425 milyon, çocuk hizmetlerinin maliyeti ise 14.4 milyar dolardır. Bu toplam içinde en büyük pay, yıllık tahmini 55.4 milyar dolar ile, çocuk istismarı şeklinde yetişkinlerce işlenen suçların sonuçlarına aittir.

### 1.5 Olumsuzluklara açıklık ve risk etmenleri

Tek başına hiçbir etmen, bazı kişilerin neden çocuklara şiddetle yaklaştığını veya çocuklara kötü muamelenin belirli toplumlarda, niçin diğerlerine göre yaygın olduğunu açıklayamaz. Çocuklara kötü muamele, şiddetin diğer biçimlerinde olduğu gibi en iyi faklı düzlemlerdeki birçok etmenin karmaşık etkileşimi çerçevesinde anlaşılabilir. Böyle bir anlayış, çocuklara kötü muamele sorununun etkili bir biçimde ele alınması bakımından büyük önem taşır. Şekil 1.2, bu farklı etmenlerin işleyişini özetleyen çevresel bir model sunmaktadır.

#### Şekil 1.2 Çocuklara kötü muamelede risk etmenlerini gösteren çevresel model



Modeldeki birinci düzey, yani *kişi*, bu kişinin çocuklara kötü muamele yapabileceğini etkileyebilecek açıklığını kendi kişisel geçmiş etmenleriyle birlikte, örneğin onun yaş ve cinsiyet gibi biyolojik değişkenlerle de ilgilidir.

*İlişki* olarak tanımlanan düzey, bir kişinin, kötü muamelenin hem faili, hem de mağduru olma riskini etkileyen yakın sosyal ilişkilerini – örneğin aile üyeleri veya yakın arkadaşlarla olan ilişkiler – inceler.

*Çevresel* düzeydeki etmenler, sosyal ilişkilerin cereyan ettiği ortamlarla – örneğin mahalle, işyeri, okul gibi – ve bu ortamların çocuklara kötü muamele olgusuna katkıda bulunabilecek özellikleriyle ilgilidir.

*Toplumla* ilgili etmenler, toplumsal yaşama temel oluşturup, kötü muamele olgusunu etkileyen koşullarla ilgilidir – örneğin çocuklara sert fiziksel cezalar uygulanmasını özendiren toplumsal normlar, ekonomik eşitsizlikler ve sosyal güvenlik ağlarının zayıflığı gibi.

Bu etmenlerin, çevresel modelin her düzeyindeki ve farklı kültürlerdeki dinamiklerini tam olarak kavramak için daha fazla araştırmaya gerek olmakla birlikte; çocuklara kötü muamele olgusuna kapı açan etmenler konusunda, bugün de önemli bir bilgi birikimi bulunmaktadır.

3 Fromm, S. (2001) *ABD’de çocuk istismarı ve ihmalinin yol açtığı tahmini toplam maliyet: istatistik kanıtlar*. Chicago, IL, Prevent Child Abuse America (PCAA)

Çocuklara kötü muamele olasılığını arttıran etmenlere risk etmenleri denir. Buna karşılık söz konusu olasılığı azaltan etmenler de, pozitif etmenlerdir. Aşağıda sıralanan risk etmenleri, kendi başlarına, ortaya çıkarılan kötü muamele olaylarının teşhisini sağlamaz. Gene de, kaynakların sınırlı olduğu durumlarda, bu etmenlerden bazılarının etkisi altında oldukları belirlenen çocuklar ve ailelerin, hizmet açısından öncelik taşıdıkları söylenebilir.

### **Kişisel etmenler**

#### **Ana-babalar ve bakıcılardaki risk etmenleri**

Çocuklara kötü muamele riskinin artması, ebeveynde veya bir başka aile üyesinde, belirli etmenlerin varlığıyla ilişkilidir. Örneğin aşağıda belirtilen durumlardaki bir ebeveyn veya bakıcıda, çocuklara kötü muamele yapmaya ilişkin risk etmenleri söz konusudur:

- Yeni doğan çocuğa bağlanmada güçlük çekme – örneğin güç geçen gebelik dönemi, doğum komplikasyonları ve bebek yüzünden düş kırıklığına uğrama gibi nedenlerle;
- Çocukken kendisine kötü davranılmış olması;
- Çocuk gelişimi hakkında bilinçsizlik veya çocuğun ihtiyaçlarının ve davranışlarının anlaşılmasını güçleştirecek gerçekçi olmayan beklentiler – örneğin çocuğun yanlış sayılan bir davranışını, gelişimin normal bir evresi olarak görmeyip kasıtlı sayma;
- Yanlış kabul edilen davranışlara uygunsuz, aşırı veya şiddet uygulayarak tepki verme;
- Fiziksel cezayı, çocukları disipline sokmanın bir yolu olarak onaylama ve bunun etkili olacağına inanma;
- Çocuğu disipline sokmak için, fiziksel ceza uygulama;
- Çocuk büyütme kapasitesini, ebeveynlik yapmasını engelleyen fiziksel veya zihinsel sağlık sorunları veya bilişsel bozukluklar olması;
- Öfkelenildiğinde kendini kontrol edememe;
- Gebelik sırasında ve sonrasında, çocuğa bakımı etkileyecek düzeyde alkol veya uyuşturucu kullanma;
- Ana-baba ile çocuk arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyecek bir suç işlemiş olma,
- Sosyal olarak yalıtılmışlık;
- Depresyon içinde olma, kendini değersiz ve yetersiz hissetme – çocuğun veya ailenin gereksinimlerini tam karşılayamamanın daha da pekiştirmiş olabileceği bir duygu;
- Genç olma veya eğitimsizlik gibi nedenlerle çocuk yetiştirme becerilerindeki eksiklik;
- Maddi sıkıntı içinde olma.

#### **Çocuklarla, ilgili risk etmenleri**

Belirli risk etmenlerinin çocukla ilgili olduğunu söylemek, maruz kaldığı kötü muamelenin sorumlusunun çocuğun kendisi olduğu anlamına gelmez. Böyle bir durum, aşağıdaki nedenlerden dolayı çocuk yetiştirmeyi güçleştirebilir:

- Çocuğun istenmeden doğması veya ana-babanın beklenti ve dileklerini karşılamaması – örneğin cinsiyeti, görünümü, huyları veya doğumla ilgili anormallikleri nedeniyle;
- Çok bakım gerektiren bir bebek olması – örneğin prematüre doğması, sürekli ağlaması, fiziksel veya zihinsel engelli olması, kronik hastalık gibi;
- Çocuğun sürekli ağlaması ve sakinleştirilememesi;
- Ana-babaya itici gelen ve çocuktan uzaklaşmalarına neden olan fiziksel anormallikler;

- Zihinsel sorunlulukla ilgili semptomlar sergileme;
- Ana-baba tarafından sorunlu görülen, örneğin hiperaktivite ve zorlayıcılık gibi özelliklere sahip olma;
- Ana-babanın bakım gücünü aşan birden fazla çocuk sahibi olmanın getirdiği sıkıntı,
- Ana-babanın ilgisini çekmek için aşırı çaba gösteren – yakın yaşlarda bir kardeşe sahip olma;
- Tehlikeli davranışsal sorunları olma veya bu tür davranışlara muhatap olma – örneğin yakın eşten kaynaklanan şiddet, suça yönelme, kendi kendini istismar, hayvanlara kötü davranma veya akranları karşısında sürekli saldırgan olma.

### **İlişkisel etmenler**

Ailelerin bileşimi, kendi özgül koşullarına ve yerel toplumun normlarına göre büyük farklılıklar gösterebilir. Birçok toplumda, evde, ana-baba ile çocuklarından oluşan “geleneksel” çekirdek aile, bir norm durumunda olmayabilir. Ailelerin başında tek anne, tek baba, aynı cinsiyetten çiftler, kardeşler veya büyükler olabilir. Çocuklara kötü muamele çerçevesinde olup; aile, arkadaşlar, yakın eşler ve yaşlılarla ilişkilendirilebilecek risk etmenleri şunlardır:

- Ebeveyn-çocuk bağının kopuk olması ve bağın kurulamaması;
- Bir aile üyesinde görülen fiziksel, gelişimsel veya zihinsel sağlık sorunları;
- Evlilikteki veya yakın ilişkideki sorunlar nedeniyle ailenin bozulması, bunun sonucunda, çocukta veya yetişkinde, zihinsel sağlık sorunları, mutsuzluk, yalnızlık gibi sorunların baş göstermesi veya çocuğun velayetinin kime ait olacağı konusunda anlaşmazlıklar;
- Aile içinde eşler, çocuklar veya büyüklerle çocuklar arasında şiddet olayları,
- Evlilik dâhil, hanedeki bir veya birkaç kişiye saygısızlık içeren cinsiyet rolleri veya yakın ilişkilerdeki roller;
- Toplumdan yalıtılmış durumda olma;
- Bir ilişkide, stresli veya güç dönemlerde, sıkıntıda olana yardım edecek destek mekânizmalarının bulunmaması;
- Geniş aile çevresinden, çocuğun bakılıp büyütülmesi için verilen desteğin kesilmesi;
- Etnik köken, vatandaşlık, din, cinsiyet, yaş, cinsel tercih, engellilik veya yaşam tarzı gibi nedenler yüzünden, aile içinde ayrımcılık yapılması;
- Toplum içinde suç teşkil eden veya şiddet içeren olaylara karışmış olma.

### **Çevresel etmenler**

Çevre ortamında görülen ve çocuklara kötü muamelede risk arttırıcı olabilecek özellikler şunlardır:

- Şiddete tolerans;
- Toplum içinde cinsiyetle ilgili ve toplumsal eşitsizlikler;
- Yeterli barınma imkanları (konut) olmaması;
- Aileleri ve kurumları destekleyecek ve özel ihtiyaçlara karşılık verecek hizmetlerin olmaması;
- Yüksek işsizlik oranları;
- Yoksulluk
- Yerel uyuşturucu ticareti,



- Kurumlarca yürütülen politika ve programların, çocuklara kötü muamele olasılığını arttıracak yetersizlikte olması.
- Alkolün kolay bulunabilmesi,

### **Toplumsal etmenler**

Toplumda, çocuklara kötü muamele olaylarına yol açabilecek etmenler:

- Olumsuz yaşam koşullarına yol açan toplumsal, ekonomik, sağlık ve eğitim politikaları; sosyo-ekonomik eşitsizlikler veya istikrarsızlık;
- Fiziksel cezalar dâhil, başkalarına karşı şiddeti özendiren veya yücelten toplumsal ve kültürel normlar – örneğin medya, popüler müzik ve video oyunlarının olumsuz etkisi;
- Erkek ve kadınları, katı cinsiyet rolleri ile tanımlayan ve kısıtlanmalarına yol açan toplumsal ve kültürel normlar;
- Ebeveyn-çocuk ilişkisinde, çocuğun statüsünü eksilten toplumsal ve kültürel normlar;
- Çocuk pornografisi, çocuk fuhuşu ve çocuk işçiliği.

### **Koruyucu etmenler**

Çocukları ve aileleri, çocuklara kötü muameleye daha da yaklaştıran etmenlerin yanı sıra, koruyucu etmenler de vardır. Ancak ne yazık ki, bu koruyucu etmenlere ilişkin pek az araştırma yapılmıştır ve bunlar iyi kavranmamıştır. Bugüne dek yapılan araştırmalar, genellikle direnç etmenleri – kötü muamelenin çocuk üzerindeki etkisini azaltan etmenler – üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu anlamda direnci arttıran etmenler arasında şunlar sayılabilir:

- Küçük çocuğun, yetişkin aile üyesine güvenle bağlı olması;
- Çocukluk döneminde, ana-baba bakım ve ilgisinin fazlalığı;
- Suç işleyen veya madde bağımlısı akranlardan uzak durma;
- Sakin bir ebeveynle sıcak ve karşılıklı destek ilişkisi;
- İstismarı ciddiye almama (istismarı dert etmeme).

Hangi etmenlerin, çocuklara kötü muameleyle ilgili yeni olaylardan aileleri ve çocukları koruduğu pek az bilinmektedir. Yapılan az sayıda araştırma; sosyal uyumu ve bütünlüğü güçlü olan toplumlarda yaşamının, risk etmenlerinin varlığında bile, koruyucu bir yanı olduğunu ve şiddet riskini azalttığını göstermiştir.

İstikrarlı aile birimlerinin çocukların korunması bakımından güçlü bir kaynak olduğu erken dönem çocukluk gelişimine ilişkin bugünkü bilgiler ve çocuklara kötü muamele risk etmenleri ile kimi önleyici stratejilerin etkinliğine ilişkin kanıtlar göz önüne alındığında açıkça görülmektedir. İyi ana-babalık, çocuklarla ana-baba arasındaki bağların güçlülüğü ve fiziksel olmayan pozitif disiplin teknikleri, koruyucu etmenler olarak işlev görebilecektir. Koruyuculuğu aşık olan bu unsurlar, özellikle toplumsal uyumu görece az toplumlarda özendirilmelidir.

## BÖLÜM 2

# Epidemiyolojik ve vakaya dayalı bilgiler

Epidemiyoloji, belirli nüfus gruplarında bir sağlık sorununun hangi sıklıkla ve hangi nedenlerden dolayı ortaya çıktığını araştıran daldır. Çocuklara kötü muamele söz konusu olduğunda, sorunun önlenmesine yönelik stratejiler geliştirilmesi için epidemiyolojik bilgiler gereklidir. Bilgiler ayrıca çocuklara kötü muamelenin halen cereyan etmekte olduğu kişiler ve ailelerle ilgilenmek için de kullanılır. Dünyanın birçok yerinde, çocuklara kötü muameleyle ilgili epidemiyolojik bilgiler elde bulunmamaktadır. Dolayısıyla, karar vericiler ve genel kamuoyu çocuklara kötü muamelenin toplumda ciddi bir sorun olduğu gerçeğini çoğu kez reddetmektedir. Ayrıca, risk etmenleri, failerin özellikleri, istismarın olası sonuçları ve kötü muamelenin diğer yönleri konusunda da ortalıkta birtakım efsaneler dolaşmaktadır. Oysa bu tür yanlışların giderilmesi ve konjonktürün yerini gerçeklerin alması ancak sağlıklı bilgilerle mümkündür.

Çocuklara kötü muamele ve bunun yol açtığı sonuçlarla ilgili epidemiyolojik bilgiler bu olgunun önlenmesine aşağıdaki yollardan doğrudan katkıda bulunabilir:

- Sorunun, ilgili gruplar ve sektörler tarafından kullanılabilir nicel bir tanımının verilmesi;
- Çocuklara kötü muamelenin sıklığı, nedenleri ve yol açtığı sonuçlar konusunda yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerde sürekli ve sistematik veriler sağlanması;
- Çocuklara kötü muameleyle ilgili olarak ortaya çıkan yeni eğilimlerin ve sorun alanlarının erken teşhisi ve böylece çok geç olmadan uygun müdahalelerde bulunulabilmesi;
- Çocuklara kötü muamelenin faili veya mağduru olma olasılığı yüksek kesimlere ilişkin önleyici öncelikler önerilmesi ve ilgili risk etmenlerinin ele alınmasındaki önceliklerin belirlenmesi;
- Önleyici çabaların etkisinin değerlendirilmesinde kullanılacak araçların belirlenmesi;
- Çocuklara kötü muamelenin yaygınlığı ve özellikleri ile risk etmenleri konusundaki dönemsel ve mekânsal değişikliklerin izlenmesi;
- Çocuklara kötü muamele olaylarının coğrafi dağılımı konusunda genel bir tablo ortaya çıkarılarak gelecekteki çocuk koruma ve mağdura destek hizmetlerinin yerlerinin belirlenmesi.

Epidemiyolojik bilgilerden farklı olarak, bir de yine çocuklara kötü muamele ile ilgili olup belirli hizmetlerin ve tesislerin – örneğin çocuk koruma hizmetleri, acil yardım hatları, hastaneler ve polis – gündemine gelen ve buralarda toplanan veriler vardır. Belirli bir hizmet söz konusu olduğunda, bu hizmetin farklı nüfus kesimleri tarafından bulunup kullanılabilmesinde kayda değer eşitsizlikler vardır. Dolayısıyla, bu tür hizmetler ve tesislerden toplanan vakalara dayanan bilgiler, çocuklara yönelik ölümcül olmayan kötü muamele sorununun genel yaygınlığını ölçmede hiçbir biçimde kullanılamaz. Bu durumda, çocuklara yönelik ölümcül olmayan kötü muamelenin bildirilmiş vakalarını kullanan tüm raporlar, bu bilgilerin sınırlılığını ve yanlışlığını dikkate almalıdır.

## KUTU 2.1

### Epidemiyolojik bilgilerin ayırt edici özellikleri nelerdir?

Çoğu kez, çocuklara kötü muamele ile ilgili istatistik veriler epidemiyolojik araştırmalara özgü temel ölçütler dikkate alınmadan derlenir. Veri toplamaya yönelik bu çabalar önemli miktarlarda kaynak ve insan gücü kullanılmasını gerektirebilir ve buradan elde edilen bilgiler eyleme geçme açısından nesnel ve doğru – dolayısıyla yararlı – olduğu düşünülür. Ne var ki, çalışma epidemiyolojik gereklilikleri karşılamak üzere özel olarak tasarlanmadıkça, elde edilen bulguların titiz bir incelemeye karşı dirençli çıkması çok güçtür. En kötüsü ise, bu bulguların, çocuklara kötü muamele sorununda yanlı ve potansiyel olarak verimsiz bir görüşe çanak tutmasıdır. Titiz bir standardizasyon ve kalite kontrolüne yönelik araştırmacı yöntemler epidemiyolojik bilgiler açısından vazgeçilmez özelliklerdir. Bilgi toplama işlemlerinin epidemiyolojik ilkelere dayandırılması herhangi bir yanlılığın asgari düzeyde tutulmasına yardımcı olur ve eldeki bilgilerin değerini artırır. Eğer çocuklara kötü muamele vakalarında belirgin bir farklılaşma görülürse, sorulacak ilk soru şudur: “karşılaştırmalarda yanlılık olabilir mi?” Epidemiyolojik bilgilerde aşağıdaki ilkeler gözetilir:

**Tüm bulgular tanımlanmış bir nüfusa ilişkin olmalıdır:** Epidemiyoloji çocuklara kötü muamele olgusunu bu bakımdan risk altında olan bir nüfus kesimine ilişkin olarak ölçer. Bu önemli özellik, çocuklara kötü muamele olgusunun halen var olduğu kişilere ve ailelere ilişkin verilerden epidemiyolojik sonuçlara ulaşılamayacağı anlamına gelir. Epidemiyolojik araştırmalar bunun yerine önce net tanımlanmış belirli bir nüfus kesiminden hareket eder ve ardından kötü muamele olgusunun var olup olmadığını belirlemek için bu grup içindeki bütün kişilere sorular yönelir. Hedef nüfus kesimleri ise çeşitli yollardan belirlenebilir. Örneğin coğrafi kesimler – belirli bir kentte veya ülkede ikamet eden herkes; bir sosyoekonomik göstergeye göre tanımlanmış nüfus kesimi – örneğin yetişkin bir üyesinin işsizlik yardımı aldığı aileler veya teşhise dayanan ölçütlere göre belirlenen nüfus kesimleri –doğum ağırlığı belirli bir düzeyin altında olan bebekler gibi. Bu nüfus kesimleri arasında, örneğin yaş aralığına veya cinsiyete göre daha alt gruplara da inilebilir.

**Gözlemlerin kişilere değil gruplara yönelmesi:** Epidemiyolojik gözlemler en başta insan gruplarına yöneliktir. Kişisel davranışların ve sonuçlarının öngörülmesinde bu gözlemlerin sınırlı bir değeri vardır. Başka bir deyişle, epidemiyolojik veriler, temeldeki nedenler ele alınmadıkça hedef grup içindeki hangi alt grupların ortadaki sorunu sergileyeceğini öngörmeye güçlü olsa da, bundan özel olarak hangi kişilerin etkileneceğini belirlemede yararlı değildir.

**Sonuçların karşılaştırmalara dayandırılması:** Çocuklara kötü muamele temelinin oluşturduğu risk etmenleri, bir veya daha fazla risk etmenine farklı düzeylerde açık gruplarda kötü muamele sıklığının karşılaştırılmasından çıkar. Şöyle örnekler verilebilir: Tek başına olan çok genç annelerin doğurduğu bebeklerin cinsel istismar durumları ile analı babalı yetişkinlerin çocuklarına yönelik cinsel istismar durumları arasında karşılaştırma; yakın eş kaynaklı şiddetin olduğu ailelerle, olmadığı ailelerin çocukların fiziksel istismar olaylarının sıklığı bakımından karşılaştırılması. Bu tür karşılaştırmalarda, istismarın olup olmadığı ve istismara açıklık düzeylerinin doğru biçimde tasnif edilip edilmediği incelenirken farklı gruplara göre yanlılık yapılmamasına özen gösterilmelidir.

Bu sınırlamalara karşın, kuruluş temelli bilgiler iki önemli amaca hizmet eder:

- Tekil vakalarla ilgili olarak zaman boyutunda bilgi sürekliliğinin sağlanması ve vaka yönetiminde görev alan farklı kuruluşlar arasında uyum;
- Hizmetlerin planlanmasına yardım – örneğin talebin en yüksek olduğu dönemlerle, personel ihtiyacının veya kullanıcıların nerelerden geldiklerinin belirlenmesi.

Çocuklara kötü muamele yüzünden meydana gelen ölümler özel bir kategori oluşturur; çünkü bu ölümler nüfus temelli epidemiyolojik araştırmalarla veya hizmet temelli bilgi kayıt sistemleriyle hemen belirlenemez. Bu ölümler, ancak kuruluş temelli ölüm tarama sistemleriyle güvenilir biçimde belirlenebilir (Çocuklara kötü muamele ölümcül sonuçları ile ilgili 2.3'teki alt bölüme bakınız).

Belirli bir yerde, çocuklara kötü muamele olgusuyla ilgili tam bir anlayışa varmak için aşağıdakilerle ilgili bilgiye gerek vardır:

- *Ölümcül sonucu olmayan* kötü muamele için:
  - nüfus temelli epidemiyolojik araştırmalar;
  - tekil vakalarla ilgili bilgiler ve bunlara ilişkin olarak kurumların iç ve dış haberleşmeleri;

- acil tıbbi yardım tesisleri, çocuk koruma hizmetleri ve diğer hizmetlerin ilgilendikleri vakalarla ilgili rutin olarak toplanan veriler;
- *Ölümlerle sonuçlanan* kötü muamele durumları için:
  - dışsal nedenlerden dolayı meydana geldiği bilinen veya bundan kuşku edilen ölümlerle çocuklarda görülen beklenmedik tüm ölümlere ilişkin tıbbi-hukuksal araştırma sistemleri

## 2.1 Çocuklara kötü muamelenin operasyonel tanımları

Çocuklara kötü muamele olaylarının sınıflandırılması ve sıralanması için, Bölüm 1.1’de verilen kavramsal tanımlar evrensel kabul gören sınıflandırma sistemi kullanılarak operasyonel tanımlara çevrilmelidir. Her tür epidemiyolojik ve sağlık yönetimiyle ilgili amaca hizmet eden uluslararası diyagnostik sınıflandırma, Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasıdır (International Classifications of Diseases, ICD). ICD, çocuklara kötü muamele olaylarının yaygınlığını izlemeye ve bu olgunun etkilenen çocukların ve ailelerin özellikleri ve koşulları dâhil diğer değişkenlerle ilişkisini değerlendirmede kullanılmaktadır. Bu kılavuz, çocuklara kötü muamele kapsamında çocuk bakımı tesislerinde meydana gelen, gerek ölümcül gerekse ölümcül olmayan olayları kaydetme çabalarında ICD kodlamasına başvurulmasını önermektedir.

Birçok ülke, ICD’nin 9. veya 10. basımını temel alarak, kodlama ve bildirmede neler yapılması gerektiğine ilişkin resmi kılavuzlar yayınlamıştır. Bununla birlikte, çocuklara kötü muamele olaylarının sınıflandırılmasıyla ilgili bu tür kılavuzlar ancak sınırlı sayıda tesiste, o da seçici biçimde kullanılabilir, bu nedenle güvenilirliği de eksilmektedir. Böyle durumlarda sınıflandırmayı geliştirecek bir çalışma grubu oluşturmak ve bu grubun çocuklara kötü muameleyle ilgili bilinen ve kuşku edilen olaylara ICD kodlarının nasıl verileceğini göstermek işe yarayabilir.

Herhangi bir vakaya ICD kodlarının uygulanması, ancak tıp mesleğinden olanlar gerekli tedaviyi uygulayıp ortadaki sorunun dışsal nedenleri konusunda kesin bir sonuca vardıldıktan sonra yapılmaktadır. Ölüm nedeninin sınıflandırılması, genel olarak koroner raporlar ve araştırma bulgularına dayandırılmaktadır. Ölümcül olmayan vakalarda zarar görmüş olma nedeninin sınıflandırılması genel olarak hastane çıkışı ve acil durum kabul kayıtlarına dayandırılmaktadır.

Bir ICD sınıflandırmasının iki ana bileşeni ortaya çıkan durumun mahiyeti (örneğin, travmaya bağlı iç kanama) ve bunun dışsal nedeni ile ilgilidir. Ayrıca, failin mağdur ile olan ilişkisi de (bunun bilinebildiği durumlarda) kaydedilmektedir: örneğin çocuğunu döven üvey baba gibi.

Çocuklara kötü muamelenin sağlık açısından çok çeşitli sonuçları olabilir. Gebelik, cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklar, diş veya kemik kırılmaları, bacaklarda yanık verilebilecek örnekler arasındadır. Ortaya çıkan durumlardan kimilerini çocuklara kötü muamele olayına bağlamak diğerlerine göre daha akla yakın görünürken, belirli bir durumun bilinen veya kuşku edilen bir kötü muameleyle bağlanması için dışsal neden – veya E kodu – tanımlaması yapılması gerekir.

Sağlık görevlilerinin ve kodlamacıların ICD dışsal neden kodu vermede izleyebilecekleri özel kurallarla ilgili bir örnek, Kutu 2.2’de gösterilen, ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı tarafından geliştirilen kurallardır.

## 2.2 Nüfus temelli epidemiyolojik araştırmalar

Bildirilen vakalardan ve nicel araştırmalardan elde edilen çocuklara kötü muamele ile ilgili bilgiler, ortada böyle bir sorunun var olup olmadığının belirlenmesi açısından iyi bir başlangıç noktasıdır. Ancak, bu bilgiler bize çocuklara kötü muamelenin genel olarak nüfusu *nasıl* etkilediğine ilişkin bir fikir vermez. Çocuklara kötü muamele olaylarının büyük bölümü hiçbir zaman

## KUTU 2.2

### ABD Federal Hükümeti Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı, bilinen ve kuşku edilen çocuklara kötü muamele vakalarında ICD-9 E-kodlarının uygulanmasıyla ilgili kurallar

#### A. Çocuk ve yetişkin istismar kılavuzu

1. Bir zarar görme veya ihmal durumunun nedeni kasıtlı çocuk veya yetişkin istismarı ise, kategoriler E960-E968'de ilk yer alan E-kodu "başka kişiler tarafından kasıtlı olarak gerçekleştirilen öldürme ve yaralama" verilmelidir (E-967 kategorisi dışında). Kategori E967 "çocuk ve yetişkin dövülmesi ve diğer kötü muamele" ise, eğer biliniyorsa, faili belirlemeye yönelik ek bir kod olarak konulmalıdır.
2. Kasıtlı olmadığı belirlenen ihmal vakalarında E904.0, "bebeğin veya yardıma muhtaç birinin terki veya ihmali" ilk girilecek e-kodu olmalıdır.

#### B. Bilinmeyen veya kuşku edilen niyet kılavuzu

1. Bir yaralama veya zehirlenme olayının niyeti (kasıtsız, kendi kendine zarar veya saldırı) bilinmiyor veya belirlenemiyorsa E980-E989.
2. Bir yaralama veya zehirlenme olayının niyeti (kasıtsız, kendi kendine zarar veya saldırı) soru işareti oluşturuyor veya kuşku uyandırıyor ise E980-E989.

#### C. Belirlenemeyen neden

Yaralama veya zehirlenme olayında niyet bilindiği halde neden bilinmiyorsa şu kodlar kullanılır: E928.9, "belirlenmemiş kaza"; E958.9, "belirlenmemiş yollardan intihar veya kendi kendini yaralama"; ve E968.9 "belirlenmemiş yollardan saldırı".

ortaya çıkarılmamakta ve bildirilmemektedir. Genel nüfus içinde çocukların yaşadıkları kötü muamele deneyimlerinin böyle bir olay başından geçtiği için bildirim yapılan veya örneklemle dâhil edilen çocukların deneyimleriyle aynı olduğunu varsayamayız. Çocuklara kötü muamele olgusunun ölçeğini ve uzun dönemdeki sonuçlarını daha iyi kavramak açısından, bilgi toplama çalışmaları vaka temelli taramalar ve nicel araştırmalardan öteye geçip olasılık örneklemeleri kullanan nüfus temelli araştırmalara yönelmelidir. Bu tür nüfus temelli epidemiyolojik araştırmalarda kişilere aşağıdaki başlıklarda sorular yöneltilmelidir:

- Aşırı ve orta derecede fiziksel cezaya başvurma;
- Çocuklukta kötü muameleyle maruz kalma;
- Sağlık açısından riskli mevcut davranışlar;
- Bugünkü sağlık durumu.

Bu araştırmaların aynı yaş grupları üzerinde düzenli aralıklarla yapılması veya tek bir veri toplama dalgasında farklı yaş gruplarından örneklem alınarak yürütülmesi gerekir. Bu araştırmalar, çocuklara kötü muamele sorununun ölçeği ve sonuçları konusunda bilgi vermenin ötesinde, bu olgunun önleyici girişimlere ne ölçüde yanıt verdiğinin izlenmesine de yarar. Dahası, risk ve koruyucu etmenlere ilişkin sorular mevcut diğer davranışsal risk faktörü araştırmalarıyla bütünleştirilebilir ve böylece risk ve koruyucu etmenlere ilişkin yararlı bilgiler elde edilebilir.

Çocuklara kötü muamelede nüfus temelli araştırmalarda başvurulan birçok araç arasında, önleyici politika ve programların geliştirilmesi açısından özellikle dördü yararlıdır. Bunlar:

- Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği
- Olumsuz Çocukluk Deneyimleri anketleri
- Yaşam Boyu Mağduriyet Araştırması anketi
- ISPCAN Çocuk İstismarı Araştırma Araçları

## Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği

Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği<sup>1</sup>, daha geniş kapsamlı Çatışma Taktiklerinin bir alt ölçeğidir. Ölçek, aile içi çatışma ve şiddet olgusunu ortaya koymak amacıyla Straus tarafından geliştirilmiştir<sup>1</sup> ve 80 başlık içermektedir. Bu 80 başlıktan 20'si, çocuklarıyla ilişkileri konusunda ana-babalara yöneltilen sorulardır. Bir başka 20 soru da belirli bir ebeveyni yönelik olup birlikte olduğu kişinin çocukla ilişkileri hakkındadır. Eğer söz konusu ebeveyn biri ile birlikte değilse bu sorular sorulmamaktadır. Son 40 soru ise gündemdeki ebeveyn ile o kişinin birlikte olduğu kişi arasındaki ilişkiler hakkındadır.

Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği, ana-babaların çocuğa nasıl tepki gösterdiklerinin değerlendirilmesine yöneliktir. Burada, herhangi bir çatışmalı durum sırasında, bir ebeveynin, örneğin ortadaki meseleyi sakince tartışmaya çalışıp çalışmayacağı, bağırıp çağırarak çocuğa hakaret edip etmeyeceği, kapıyı çarpıp çıkıp çıkmayacağı veya çocuğu dövmekle tehdit edip etmeyeceği araştırılır. Sorular, derece derece ilerleyerek daha zorlayıcı ve saldırgan davranışları ortaya çıkarmaya yöneliktir. Başlıklar, "hiçbir zaman" anlamına gelen 0'dan başlayarak "hemen her gün" demek olan 6'ya kadar 7'lik bir ölçekte değerlendirilmektedir.

Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği gelir düzeyi yüksek birçok ülkede yaygın biçimde uygulanmaktadır. WORLDSAFE araştırmalarının bir parçası olarak, Brezilya, Şili, Mısır, Hindistan ve Filipinler gibi ülkelerde de ana-babaların ve diğer aile üyelerinin davranışları konusunda bilgi toplamak üzere başarıyla uygulanmıştır.

## Olumsuz Çocukluk Deneyimleri Araştırması

Giriş'te de belirtildiği gibi, son on yılın en önemli bilimsel gelişmelerinden biri de, çocuklara kötü muamele ile sağlık açısından riskli davranışlar ve bazı kronik hastalıklar arasındaki bağlantıların kanıtlanması olmuştur. Bu bağlantıları araştıran yeni herhangi bir çalışma Olumsuz Çocukluk Deneyimleri (ACE) Araştırma Anketleri'nde bulunabilir (bu soru formları için Ek 1'e bakınız). Bu sorular kadın ve erkek denekler için ayrı versiyonlarda hazırlandığı gibi, çocukluk döneminde kötü muamele, hanede sorunlar ve diğer toplumsal-davranışsal etmenler konusunda bilgi toplamaya yönelik *Aile Sağlığı Tarihçesi Fiziksel Sağlık Değerlendirme* anketlerini de içerir<sup>2</sup>.

*Aile Sağlığı Tarihçesi* anketi, çocuklara kötü muamelenin çeşitli biçimleri, hanedeki sorunlardan kaynaklanan olumsuz çocukluk deneyimleri ve risk etmenlerini inceleyen 68 soru içermektedir. *Bütün* sorular "yaşamınızın ilk 18 yıllık döneminde büyürken..." ibaresi ile başlamaktadır. Kötü muamelenin, hane içi sorunların ve risk etmenlerinin olası farklı türleri için sorular daha sonra şöyle devam etmektedir.

### • Kategorilere göre kötü muamele

— Psikolojik

#### **Sorular: Hanedeki bir ebeveyniniz veya bir başka yetişkin.....**

- Sık olarak veya çok sık olarak size küfür ve hakaret edip aşağıladı mı?
- Sık olarak veya çok sık olarak sizi fiziksel bir zarar göreceğiniz endişesine yönelten davranışlarda bulundu mu?

1 Straus MA et al. Gözden geçirilmiş çatışma taktik ölçekleri (CTS2): Gelişim ve ön psikometrik veriler. *Journal of Family Issues*, 1996, 17:283–316.

2 Anket formları ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin (CDC) <<http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/>> adresindeki web sayfasından indirilebilir (erişim 7 Haziran 2006). Telif hakkı olmadığından bunların kullanımı herhangi bir ücretle tabi değildir. Bununla birlikte CDC ve Kaiser Permanente (ABD'de kar amacı gütmeyen bir sağlık hizmetleri kuruluşu) bu anket formları kullanılarak yürütülmüş araştırmalarla ilgili makalelerin birer kopyasını istemektedir.

— *Fiziksel*

**Sorular: Hanedeki bir ebeveyniniz veya bir başka yetişkin....**

- Sık olarak veya çok sık olarak sizi itip kaktı ya da vurdu mu?
- Sık olarak veya çok sık olarak, vücudunuzda iz kalacak ya da yaralayacak şekilde size sert davranışlarda bulundu mu?

— *Cinsel*

**Sorular: Hanedeki bir ebeveyniniz veya bir başka yetişkin....**

- Sizi cinsellik içerir tarzda tuttu, okşadı mı?
- Size oral, anal veya vajinal ilişki girişiminde bulundu mu?
- Sizinle fiilen oral, anal veya vajinal ilişkide bulundu mu?

• **Kategorilere göre hane içi bozukluk**

— *Madde bağımlılığı*

**Sorular: Şunlar hiç oldu mu?**

- İçkici veya alkolik biriyle birlikte yaşama
- Uyuşturucu kullanan biriyle yaşama

— *Zihinsel sağlık sorunları*

**Sorular:**

- Evde depresyonlu veya zihinsel sağlık sorunu olan kimse var mıydı?
- Evde intihara teşebbüs eden kimse oldu mu?

— *Anneden şiddet içeren davranış*

**Sorular: Anneniz (üvey anneniz)....**

- Zaman zaman, sıkça veya çoğu kez sizi itip kaktı mı, sertçe tuttu mu, size vurdu mu, üzerinize bir şeyler fırlattı mı?
- Zaman zaman, sıkça veya çoğu kez sizi tekmeledi mi, yumruk attı mı, sert bir nesneyle size vurdu mu?
- Birkaç dakika süreyle size sürekli vurdu mu?
- Silah veya bıçakla tehdit etti mi?

— *Evde kriminal davranış*

**Soru:**

- Evde hiç hapse girmiş biri var mı?

• **Risk etmenleri**

— Aşağıdakilere ilişkin sorular:

- Sigara içme
- Aşırı obezite
- Fiziksel atalet
- Depresyon
- İntihara teşebbüs
- Alkolizm
- Uyuşturucu kullanımı
- Ebeveynlerde uyuşturucu kullanımı – örneğin enjeksiyonla
- Yaşam boyu çok sayıda seks partneri olması (burada “çok” ile kastedilen 50 veya daha fazlasıdır)
- Cinsel ilişki yoluyla geçen hastalıklara yakalanmış olma.

Ayrıntılı *Fiziksel Sağlık Değerlendirme* anketi, yanıt verenin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiğini belirlemeye yönelik sorular yönelmekte ve aşağıdaki başlıklarda geçmişe ilişkin bilgi istemektedir:

- İskemik kalp rahatsızlıkları (kalp krizi veya göğüs ağrısı için nitrogliserin kullanımı dâhil);
- Kanserin herhangi bir türü;
- Felç;
- Kronik bronşit, astım veya amfizem (kronik akciğer rahatsızlığı);
- Diyabet;
- Hepatit veya sarılık;
- Herhangi bir iskelet bozukluğu/kırığı (kaza sonucu yaralanmalara açıklık bakımından);
- Kronik baş, sırt veya karın ağrısı.

Bu çalışma kaleme alındığı sıralarda ACE anketleri Çin ve ABD'de uygulanmaktaydı.

### **Yaşam Boyu Mağduriyet Araştırması Anketi**

Yaşam Boyu Mağduriyet Araştırması Anketi<sup>3</sup>, Çocuk Mağduriyeti anketinden alınan kimi başlıkları temel almaktadır ve bu form da çocukluk dönemindeki mağduriyet olaylarını derlemeye yönelik olarak yeni geliştirilmiştir. Formda, çocuklara ve gençlere kötü muamelenin dört ana alanını kapsayan 20 soru yer almaktadır:

- Ana-babadan ve diğer aile üyelerinden kaynaklanan fiziksel istismar ve ihmal (dört soru);
- Cinsel mağduriyet (sekiz soru);
- Aile içi şiddete tanık olma (iki soru);
- Şiddete doğrudan veya dolaylı başka önemli şekillerde tanık olma (altı soru).

Bu sorular, kötü muamelenin çeşitli somut biçimlerine yaşam boyu maruz kalma durumuyla ilgili bilgi edinmek üzere hazırlanmıştır. Her bir başlık için, olayın çeşitini sınıflandırmada yardımcı olması için takip soruları da hazırlanmıştır. Bu takip soruları şunları kapsamaktadır:

- Failin veya failerin özellikleri;
- Bir silah kullanılıp kullanılmadığı;
- Yaralanma olup olmadığı;
- Olayın bir başka olayla bağlantılı olarak ortaya çıkıp çıkmadığı.

Anket formu ayrıca çocukluk döneminde birbiri üstüne gelen olumsuzlukları da ölçmektedir. Bunun için, istismarcı içerikte olmayan 15 travmatik olayı ve kronik stres kaynaklarını kapsayan bir dizi soru kullanılmaktadır. Bunlar:

- Mağdur edilmeye ilgili olmayan travma durumları – örneğin ciddi hastalık, kasıtlı olmayan yaralanmalar, ana-babanın hapse girmesi ve doğal felaketler gibi;
- Aile üyelerinin sürüp giden madde bağımlılığı, ana-babanın sürekli kavga etmesi, fiziksel görünüm nedeniyle sürekli alay konusu olma gibi daha kronik olumsuzluklar.

Bu belge hazırlanırken, söz konusu anket yalnızca ABD'de uygulanmıştı ve uygulama ülkeyi temsil edecek şekilde belirlenmiş 2000 kadar çocuk ve yetişkine telefonla sorular yöneltilerek gerçekleştirilmişti.

3 Turner HA, Finkelhor D, Omrod R. Yaşam boyu mağduriyetin çocuklar ve ergenlerin zihinsel sağlığı üzerinde yaşam boyu etkisi. *Social Science and Medicine*. 2006, 62:13–27. < <http://www.unh.edu/ccrc/pdf/CV87.pdf> >



## **ISPCAN Çocuk İstismarı Araştırma Araçları (ICAST)**

ISPCAN, UNICEF'in desteğiyle 40'ı aşkın ülkeden - gelişmekte olan birçok ülke dâhil-120 kadar uzmanla geliştirilmiştir. Burada, çocuklara kötü muamelenin uluslararası uygulanabilirlikte ölçüm araçları geliştirilmeye çalışılmıştır<sup>4</sup>. Aşağıdaki konularda bilgi toplayacak üç araç geliştirilmiştir:

- Ana-babaların disiplin amacıyla hangi farklı davranışlara yöneldikleri;
- 18-24 yaş grubundaki gençlerin çocuklukları sırasında maruz kaldıkları şiddet;
- Yaşça daha büyük çocukların daha yakın zamanlarda geçirdikleri şiddet deneyimleri.

Bu araçların başlıca amacı, nüfus temelli örneklemelerden kalkarak sorunun ölçeği hakkında tahminler geliştirmek ve sıklık veya yaygınlık oranlarını hesaplamaktır. Araçlar, kendi başlarına da kullanılabilirler. Bir başka alternatif ise, bu araçların, başka istismar türlerini de kapsayan ve risk etmenleriyle sağlık sonuçlarını analiz eden daha geniş araştırmalara içselleştirilmesidir. Örneğin, bu araçların, yukarıda anlatılan Olumsuz Çocukluk Deneyimleri anketi ile kullanılması mümkündür. Araçlar beş bölgede gelişmekte olan 7 ülkede sahada test edilmiş ve çeşitli dillere tercüme edilmiştir.

ICAST-P (“ebeveyn” için) aracı, 18 yaşından küçük çocuğu olan ana-babalar arasında yapılacak araştırmalar içindir. Bu araçta, en son yıl içinde ve çocuğun yaşam süresinde gerçekleşen uygulamalarla ilgili 46 soru yer almaktadır. Bunlar, bakımdaki olası ihmallerle disiplin amaçlı müdahaleleri ve şiddet olaylarını da içermektedir. Ana-babalara aynı davranışlar kümesi aynı zamanda başka bir ebeveyn veya bakıcı açısından da yöneltilmektedir. Hazırlanan sorular, disipline hem pozitif hem de negatif yaklaşımları içermektedir. İhmalin hangi boyutlarda olduğunu belirleyebilmek için bir çocuğun temel ihtiyaçlarına ilişkin sorular hazırlanmıştır. Cinsel istismarın yaygınlığı ise, çocuğa cinsel bir güdüyle yaklaşıp yaklaşılmadığı veya bir yetişkin ile ilişkisi olup olmadığı sorularak tahmin edilmeye çalışılmaktadır.

26 sorudan oluşan ICAST-R (“geriye dönük”) aracı 18-24 yaş grubundaki gençlerle kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Burada, 18 yaş öncesindeki cinsel, fiziksel ve duygusal istismar deneyimlerine ilişkin sorular sorulmaktadır. Ayrıca, bu olayların ne zamanlar ve hangi sıklıkta meydana geldiği, failerin kimler olduğu da sorulmaktadır.

ICAST-C (“çocuk”) aracı 12-17 yaş grubundaki çocuklar arasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır ve çocuklara yaşamları süresince ve son bir yıl içinde başlarına gelen mağduriyet durumları sorulmaktadır. Bu araç, geliştirilmesi en güç araç olmuştur. Bunun nedeni, gündeme gelen konuların çocukların bilinçli onay vermesi, hukuken bildirilmesi gereken olaylar olması ve birtakım etik görüşlerin gözetilmesidir. Burada 82 soru bulunmaktadır; bununla birlikte araştırmayı yürütenlerin bunlardan yalnızca belirli soruları, örneğin ev veya okul gibi belirli ortamlarda meydana gelen olaylara yönelik soruları seçip bunları sormaları mümkündür. Sorular, sözel, fiziksel ve cinsel şiddetin çeşitli biçimlerini kapsamakta, ayrıca ihmal edilme durumlarına da eğilmektedir. Bu tür bir araştırmanın hassasiyeti nedeniyle, ICAST-C aracının isim belirtilmeden kullanılması yerinde olacaktır.

## **Araştırma yöntemlerinin yerel koşullara uyarlanması**

Doğrudan doğruya karşılaştırılabilir sonuçlar elde edilmesi açısından en ideali, farklı ortamlarda bile aynı soru formlarının, araştırma tasarımlarının ve görüşme tekniklerinin kullanılmasıdır. Ne var ki, uygulamada, okuryazarlık düzeylerinin, görüşme temelli araştırmalara aşinalığın ve insanların duyarlı konularda konuşma istekliliğinin farklılaşması, araştırma yöntemlerinin en azından belirli ölçülerde yerel koşullara uyarlanmasını zorunlu kılmaktadır.

4 ICAST'la ilgili daha ayrıntılı bilgi şu kaynaklardan edinilebilir: Des Runyan, Kuzey Carolina Üniversitesi, Chapel Hill, NC, ABD <drunyan@med.unc.edu>; Michael Dunne, Queensland Teknoloji Üniversitesi, Brisbane, Avustralya <m.dunne@qut.edu.au>; Kimberly Svevo, ISPCAN Genel Direktörü, Chicago, IL, ABD <exec@ispcan.org>.

Bu tür değişiklikler – ki bunların asgari düzeyde tutulması gerekir – araştırma konusu olan nüfus kesimi içinden seçilecek kişiler ve odak gruplarla titiz bir saha testinden sonra gerçekleştirilmelidir. Yöneltilen soruların hassas konulara değinmesi nedeniyle anketörler iyi bir eğitimden geçirilmeli, görüşmeler titizlikle gizli tutulmalı ve sonuçta elde edilecek veritabanında kişilerin kimlikleri belirtilmemelidir.

Sonuçlar rapor edilirken, araştırma tekniklerinde ne tür değişikliklere gidildiği açıkça belirtilmelidir. Ayrıca, araştırma sonuçlarından hareketle sonuçlar çıkartılırken, yapılan herhangi bir değişikliğin sonuçlar üzerindeki olası etkileri de dikkate alınmalıdır.

### Örneklem stratejileri

Olasılık temelli örneklem stratejileri, daha geniş nüfus kesimini mümkün olduğunca temsil eden örneklem alınmasında kullanılmakta ve böylece elde edilen bulguların tüm nüfus ölçeğine genelleme kabiliyeti mümkün olduğunca artırılmaktadır. Örneklem stratejileri olarak şunlardan söz edilebilir: Basit tesadüfi örneklem; sistematik örneklem; katmanlı örneklem; küme örnekleme ve çok aşamalı örneklem – küme örnekleminin daha karmaşık bir biçimi. Seçilen olasılık temelli – veya temsili – örneklem, araştırmanın yapılması için gerekli insan kaynaklarını ve finansmanı da belirleyecektir. Örneklem, aynı zamanda, sonuçların istatistiksel anlamını ve bunların ne ölçüde genelleme kabiliyetini de etkileyecektir. Örneklem tasarımı konusunda deneyimi olmayan araştırmacılar bir örneklem stratejisi belirlemeden önce bir uzmana danışmalıdırlar.

### Örneklem büyüklükleri

Bulguların geçerlilik düzeyini etkileyen tek öge benimsenen *örneklem stratejisi* değildir. *Örneklem büyüklüğü* de sonuçların kesinliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Dolayısıyla, örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde titiz davranılmalıdır. İlgi duyulan husus nüfus içinde ne kadar seyrek görülüyorsa, bunu ölçebilmek için örneklemin de o kadar büyük alınması gerekir. Nüfus temelli epidemiyolojik araştırmalar, kötü muamele çeşitli biçimlerini ve sonuçlarını güvenilir biçimde ölçmek için uygun örneklem büyüklüğünden hareket etmelidir. Kötü muamele ve risk etmenlerinin değişik biçimleri farklı sıklıklarla ortaya çıkar. Bunlar genellikle tek bir görüşme sırasında araştırıldığından, örneklem büyüklükleri de her zaman en *seyrek* ortaya çıktığı (benzer ortamlarda başka araştırmalar aracılığıyla) bilinen bir kötü muamele biçimine veya risk etmenine atıfla hesaplanmalıdır.

Uygun örneklem büyüklüğünü hesaplamadan önce şunların bilinmesi gereklidir:

- Kullanılacak **örneklem stratejisi**. Doğru örneklem büyüklüğü, örneklem türüne göre değişir. Örneğin, basit tesadüfi örnekleme ile küme örnekleminde büyüklüklerin farklı olması gerekir;
- **sonuçlarda beklenen sıklık ile kabul edilebilir azami hata payına dair** tahminler;
- istenilen **kesinlik derecesi**. Daha ileri derecede kesinlik isteniyorsa bunun için örnekleme de büyük tutmak gerekir;
- **verilerin nasıl analiz edileceği**. Kullanılacak istatistik analiz türü, örneklem büyüklüğünde değişiklikler yapılmasını gerektirebilir. Örneğin, amacı, belirli bir nüfus içinde fiziksel istismarın yaygınlığını tahminden ibaret bir araştırmanın örneklem büyüklüğü, fiziksel istismarın iki nüfus alt grubu arasında istatistik açıdan anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik bir araştırmanın örnekleme göre daha küçük olacaktır.

Örnek vermek gerekirse, birçok ortamda, ölümcül olmayan cinsel istismar olayları arasında tamamlanmış oral, anal veya vajinal ilişki muhtemelen en seyrek görülecektir. İstismarın küresel sıklığı, kadınlar için %6, erkekler içinse %2'dir<sup>5</sup>. Dolayısıyla, yerel araştırmalara dayalı daha sağlıklı tahminlerin olmadığı yerlerde örneklem büyüklüğü için bu rakamların kullanılması yerinde olacaktır.

Örneklem büyüklükleri matematik formüller veya istatistik yazılım paketleri kullanılarak hesaplanabilir. Bu tür bir pakete örnek olarak, Epi Info™ STATCALC programı verilebilir<sup>6</sup>. Araştırma için doğru örneklem büyüklüğünün hesaplanmasının taşıdığı önem ve bunu başarmanın güçlükleri düşünüldüğünde, yapılabileceklerin en iyisi hesaplamanın meslekten bir istatistikçinin görüşlerini alarak gerçekleştirilmesidir.

### **Etik görüşler**

Ciddi derecede kötü muamele olaylarını belirlediklerinden, bugüne ve yakın geçmişe ilişkin olarak çocuklara ve yetişkinlere sorular yönelten araştırmalar, yalnızca bir çözümü güvence altına alacak veya konuyu ilgili mercilerin gündemine getirecek kaynaklara sahip olduğunda düşünülmelidir. Gerek Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği gerekse Yaşam Boyu Mağduriyet Anketi, halihazırdaki veya geçmişteki kötü muamele olaylarıyla karşılaşılabılır. Buna karşın, görüşmeden yıllar önce gerçekleşen deneyimlere ilişkin sorular yönelten ACE Araştırma Anketinin hemen müdahale gerektiren güncel ve ciddi mağduriyet durumlarını ortaya çıkarması daha düşük bir olasılıktır. Ancak her durumda, araştırmaların, yanıt veren kişiler için durumu daha da olumsuz hale getirmeyecek şekilde yürütülmesi gerekir. Dolayısıyla, araştırmaların tasarımı mutlaka bir etik kurul tarafından incelenmelidir.

### **2.3 Vaka bilgileri**

Vaka bilgilerinden kastedilen, kötü muamele olayının gerçekleştiği, bunun yol açtığı etkilerle ilgili tedavi edici hizmetlerin alındığı kişiler ve ailelerden toplanan bilgilerdir. Vakaya ilişkin temel bilgilerin toplanması ve gerekli yerlerle paylaşılması, kötü muameleyle maruz kalan çocukların daha iyi korunmasını sağlar ve bu tür olayların denetlenmesine yardımcı olur. Çocuk koruma sistemlerinin hayli gelişkin olduğu kabul edilen toplumlarda bile, bu tür vaka bilgilerinin ilgili hizmet kuruluşları içinde veya arasında yeterince paylaşılmaması, çocukların aslında önlenebilir acı çekmelerine ve hatta ölümlerine yol açabilmektedir.

Kötü muameleyle maruz kalma riski taşıyan çocuklarla ana-babalar ve diğer aile üyeleri sık sık kimi hizmet kuruluşlarıyla temas halindedir. Bu kişiler aynı veya değişik kuruluşlarda çeşitli yaralanma veya başka sorunlar nedeniyle tedavi görmüş olabilirler. Aileler, konut, eğitim, refah veya çocuk koruma alanlarında hizmet veren sosyal kurumlarla temas halinde olabilir. Bu ilişkilerin her biri, kötü muamele olaylarının ortaya çıkarılması ve müdahalede bulunulması için fırsat yaratır. Bir çocuğun veya ailenin herhangi bir hizmet kuruluşu ile temasa geçtiği, bu arada çocuklara kötü muamelenin teyit edildiği veya bunun kuşkusunun doğduğu her durumda, söz konusu olayla ilgili bilgiler belgelenmelidir.

Gerek vaka yönetimi gerekse denetleme açısından çeşitli değişkenlerin kayda geçirilmesi önemlidir. Bununla birlikte, çocukla ve bakıcılarıyla ilgili kişisel bilgiler gündeme geldiğinde gizlilikle ilgili konular da gündeme gelir. Dolayısıyla, bilgiler öyle şekilde kaydedilmelidir ki daha sonra denetim gündeme geldiğinde bunlar silinebilsin. Ayrıca, zaman zaman gizlilik gerekleri kuruluşları vaka bilgilerini paylaşmaktan alıkoyabilir. Bu tür durumların üzerine hemen gidilmeli, büyük önem taşıyan bilgilerin paylaşılması önündeki engeller ortadan kaldırılmalı, ancak bütün bunlar sırasında gizlilik ilkelerine yine uyulmalıdır.

5 Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray CJL, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004:1851– 1940

6 Epi Info™ ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin sitesinden ücretsiz olarak indirilebilir.

Şekil 2.1, her vaka için kaydedilmesi gereken değişkenleri göstermektedir. Hizmet kuruluşuna ve aile ve çocuklarla olan etkileşimin niteliğine göre, bu değişkenlerden kimileri bilinmeyebilir. Yine de mümkün olduğu kadar fazla bilgi toplanması önemlidir. Bu amaca göre hazırlanan formlar kayda geçirilen bilgilerin niceliğini ve niteliğini geliştirebilir. Yararlı bir örnek, Kanada Bildirilmiş Çocuk İstismarı ve İhmal Olayları Araştırması tarafından kullanılan kötü muamele

## **Şekil 2.1 Bilinen ve kuşkulanılan çocuklara kötü muamele vakalarını kaydetmeye yönelik bilgiler**

Aşağıda yer alan bilgiler, çocuklara kötü muameleyle ilgili olarak bilinen ve kuşkulanılan vakalar için kaydedilmelidir.

### **■ Çocuğun özellikleri**

- Yaş
- Cinsiyet
- Irk veya etnik köken
- Konut durumu
- Eğitim durumu
- Adresi
- Daha önceki kötü muamele bildirimleri
- Fiziksel veya gelişimsel kusurlar

### **■ Kötü muameleyle ilişkin ayrıntılar**

- İddianın kaynağı ve tarihi
- Kötü muamele biçimi veya biçimleri
- Raporun durumu (örneğin “kuşkulanılan durum” veya “kanıtları olan durum” gibi)
- Uğranılan zararın derecesi
- Kötü muamelenin süresi
- Soruşturma yapan kuruluşlar

### **■ Zanlıların özellikleri**

- Çocukla yakınlığı
- İstismarın geçmişi
- Yaş
- Cinsiyet
- İş durumu
- Adresi
- Irk veya etnik köken
- Benzer fiillerden daha önce suçlanıp suçlanmadığı
- Uyuşturucu veya alkol bağımlılık durumu

### **■ Zanlıdan farklı bir kişi olması halinde bakıcının özellikleri**

- Yaş
- Cinsiyet
- Çocukla yakınlığı
- İstismarın geçmişi
- İş durumu
- Medeni durumu
- Eğitim düzeyi
- Irk veya etnik köken
- Hizmet kuruluşlarıyla ilişkisi

### **■ Hanenin özellikleri**

- Hane geliri
- Hanedeki kişi sayısı
- Hanedeki diğer çocukların konumu ve çocukla yakınlıkları
- Konut durumu
- Daha önceki kötü muamele bildirimleri
- Fiziksel veya gelişimsel kusurlar

Uyarlandığı kaynak: A Conceptual and epidemiological framework for Child Maltreatment Surveillance. Ottawa: Kamu Çalışmaları ve Hizmetleri Bakanlığı Kanada, 2001.

değerlendirme formudur<sup>7</sup>. Vaka bilgilerinin belgelenmesi kendi başına çocukların korunmasını sağlamaya yetmez; bunun için hassas durumdaki çocuklara ilişkin bilgilerin de ilgili kuruluşlar ve sektörlerce paylaşılması gerekir.

### **Bildirilen vakaların değerlendirilmesi**

#### **Ölümcül olmayan durumlar**

Çocuklara kötü muameleyle ilgili tarama – veya rutin veri toplama işlemi – yetkililere bildirilen veya yetkililer tarafından ortaya çıkarılan vakalara dayanır. Dolayısıyla, çocuklara kötü muamele ile ilgili olup bildirilmemiş çok sayıda vaka bu çalışmanın kapsamı dışında kalır. Çocuklara kötü muamele konusunda bildirilen vakaların değerlendirilmesi, hizmet sunumundaki ve bu hizmetlerden yararlanılmasındaki genel eğilimleri ortaya koyabilir, ancak sorunun kendisine ilişkin yerinde ve genel bir bakış ortaya koyamaz. Bu sistemler, mümkün olduğu her yerde, bu boşluğu kapatmak için Bölüm 2.1’de anlatılan nüfus temelli çalışmalarla takviye edilmelidir. Sonuçların nüfus temelli araştırmalarla takviye edilmesi, bildirilmiş vakalar konusunda veri sunacak güçlü bir çocuk koruma sisteminin olmadığı veya vakaların çoğunun yetkili mercilere sunulmadığı durumlarda özellikle önem taşır.

Çocuklara kötü muamele ile ilgili rutin veri toplama çalışması, kabul edilmiş, standartlaştırılmış tanımlara oturtulmalıdır ki, kategoriler de bir örneklik taşınsın ve veri kümeleri sağlıklı biçimde karşılaştırılabilir. İyi bir tarama çalışması için, bu çalışmada yer alan farklı sektörlerin operasyonel vaka tanımlarını netleştirmiş ve bunun üzerinde mutabakata varmış olması gerekir. Ne var ki, operasyonel vaka tanımlarının belirlenmesi ve bu tanımlar üzerinde anlaşmaya varılması süreci muhtemelen zaman alacaktır ve bu sürece titizlikle yaklaşılması gerekecektir. Vaka tanımlamaları hem *hassas* hem de *özel* olmalı – böylece olumsuz/yanlış, olumlu/yanlış vaka sayısı mümkün olduğunca azaltılmalı – karmaşıklık ve muğlaklık taşımamalıdır. Vakaların “kanıtlı”, “kuşku” veya “kanıtsız” olarak sınıflandırılması ve bildirimlerin bu kategoriler üzerinden yapılması, hem pozitif/yanlış vaka bildirimlerini asgariye indirecek hem de gerçek olup gözden kaçan vaka sayısını azaltacaktır.

Birçok ülkede, çocuklara kötü muamele bağlamında bildirilen vakaları derleyip bilgileri işleyen bir veya birden çok kuruluş vardır. Mümkünse, tarama sistemlerinin mevcut bu sistemleri temel alması esastır. En ideali, eğer bunlar birbirinden bağımsız ise, çeşitli sektörler tarafından kullanılan mevcut sistemlerin eşgüdümünün sağlanmasıdır. Çocuklara kötü muamele olaylarının tespiti ile ilgili güçlü bir sisteme ulaşmak adına yapılmış birçok iş vardır ve böyle bir sistemin nasıl kurulabileceği de bilinmektedir. Tablo 2.1, bu alanda iyi bir sistemin özelliklerini ortaya koymaktadır. Bu konuda daha ayrıntılı bilgi için, *DSÖ–CDC Yaralanma olayları araştırmakılavuzu*<sup>8</sup> ve Kanada *Çocuklara kötü muamele araştırmaları için epidemiyolojik ve kavramsal bir çerçeve*.<sup>9</sup> kaynaklarına bakınız.

### **Çocuklara ölümcül kötü muamele**

Daha önce de değinildiği gibi, çocuklara kötü muameleyle ilgili ölümcül olayların, nüfus temelli araştırmalarla veya bilgi kaydeden hizmet temelli sistemlerle ölçülmesi kolay değildir. Nüfus temelli araştırmalarda yetişkinlere bir ebeveynin veya aileden bir başka kişinin kasıtlı fiiliyle ölen

7 Trocmé N et al. *Kanada’da bildirilmiş çocuk suiistimali ve ihmali olayları raporu– 2003*. Ottawa, Kamu Çalışmaları ve Hizmetleri Bakanlığı Kanada, 2005. Adres: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cisfr-ecirf/index.html>> (erişim 28 Haziran 2006).

8 Holder Y et al., eds. *Yaralanma olayları araştırma kılavuzu*. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2001. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241591331.pdf%3Fq%3Dbangalore-injury-road-traffic-injury-surveillance-programme>>

9 Çocuklara kötü muamele araştırmaları için epidemiyolojik ve kavramsal bir çerçeve. Ottawa: Kamu Çalışmaları ve Hizmetleri Bakanlığı Kanada, 2001.

**Tablo 2.1 İyi bir tespit/tarama sistemi hangi özelliklere sahiptir?**

Basitlik	Sistem, gerek duyulan verileri mümkün olan en basit ve doğrudan bir yolla sağlamalıdır.
Esneklik	Sistem, koşullar ve istenilen veriler açısından meydana gelen değişikliklere en az maliyetle uyulanabilmelidir.
Kabul edilebilirlik	Görüşmelerle veya başka yollardan bilgi vermesi beklenen kişiler katılmaya istekli olmalı ve mümkünse sistemin tasarımında onlar da yer almalıdır.
Güvenilirlik	Güvenilir bir sistem, hedef grup içindeki gerçek vakaları büyük bir oranda tespit eden, gerçek olmayan vakaları ise dışarıda bırakan sistemdir. Başka bir deyişle sistem çok hassas olmalı, özele yönelmeli ve öngörü düzeyi yüksek olmalıdır. Böylece, sistemi nihai olarak kullananlar verilerin sağlıklılığına güvenecektir.
Yararlılık	Sistem pratik olmalı, aşırı masraflı olmamalı ve soruna ilişkin bilgileri arttırmalıdır.
Sürdürülebilirlik	Sistemin sürdürülmesi ve güncellenmesi kolay olmalı, süreklilik için yeterli insani ve mali kaynaklar tahsis edilmelidir.
Zamanlılık	Sistem, en az gecikmeyle güncel bilgiler sunabilmelidir.

Uyarlandığı kaynak: Yaralanma olayları araştırma kılavuzu. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2004

bir çocuk olup olmadığı sorulursa, buna dürüst cevap verilmesi pek beklenemez. Kötü muameleyle bağlı ölümler bazen o kadar ani olur ki – aileden bir kişi çocuğu hastanenin acil servisine götürmek istese bile – buna imkan kalmaz ve çocuk herhangi bir resmi kayıt olmadan defnedilir. Dolayısıyla, kötü muamele sonucu ölümlerle ilgili sağlıklı bilgiler yalnızca aşağıdaki özellikleri taşıyan ortamlarda edinilebilir:

- bu tür ölümleri bildirmenin yasal olarak zorunlu tutulması;
- küçük çocuklarda beklenmedik ölümler dâhil olmak üzere yaralanmalar veya dış nedenler sonucunda meydana gelen, bilinen ve kuşkuyla bütünü ölümlerin tıbbi-hukuki incelenmesine olanak veren sistemler olması.

Etkili olabilmek için bu sistemlerin bu tür *tüm* ölümleri incelemesi, başka bir deyişle yalnızca kötü muamele sonucu meydana geldiği aşık olanlarla yetinmemesi gerekir. Her zaman, ölüm sonrası incelemede bile ölümün tam nedeninin hemen saptanamadığı çok sayıda durum söz konusudur – özellikle küçük çocuklarda. Bu tür durumlarda kesin bir sonuca varabilmek için daha ileri düzeyde araştırmalar gerekir. Bu tür yasal düzenlemeler ve sistemler görece az sayıda ülkede görülmektedir. Dolayısıyla, çocuklara kötü muamele yüzünden meydana gelen ölümler konusunda birçok ülkenin görüşü muhtemelen yetersiz ve medyada yeterince yer verilen olaylarla sınırlı kalacaktır. Dolayısıyla, çocuklara kötü muameleyi önlemeye yönelik programların ve mağdurlara yönelik hizmetlerin tasarlanmasında bu tür bilgilerin kullanılması tavsiye edilmez.

Ölümlerle ilgili adli tıp tetkikleri, araştırmalar, sınıflandırmalar ve kayıtlar için kapsamlı tıbbi-hukuksal sistemlerin oluşturulması büyük çaplı ve masraflı bir işittir. Gereken tıbbi-hukuksal sistemlerin olmadığı ortamlarda çocuklara kötü muamele sonucu meydana gelen ölümlerde ilgili sağlam epidemiyolojik bilgi bulunması sorununa çözüm bulmak için kolay bir yol yoktur. Bununla birlikte kimi ülkeler çocuk ölümleri değerlendirme ekipleri oluşturulmasında yarar görmüşlerdir (bakınız Kutu 2.3).

### **Bilgi sağlayan kurumlara yönelik geri bildirim**

Çocuklara kötü muameleyle ilgili denetleme sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlama açısından, bilgi sağlayan kurumlara sık sık geri bildirim yapılabilmesi gerekir. Bu geri bildirimde, katkıda bulunan her kurumdan alınan verilerin temel analizini içeren raporlar yer almalıdır. Bu tür raporlar sayesinde kurumlar, personelini ve diğer kaynaklarını daha iyi yönetebilir ve verdikleri

## KUTU 2.3

### Çocuk ölümlerinin değerlendirilmesi: Uluslararası bir sistem

Küçük bir çocuğun bir yerden düştükten sonra nefes almadığı bildirilir. Acil servis personeli yaşam desteği sağlasa da çocuk hastanede ölür. Bir başka hastanede ise daha önceki düşme ve yaralanma olaylarının kayıtları vardır. Komşular, evdeki kavgalardan haberdardır. Babanın, poliste sabıka kayıtları vardır. Birtakım kadınlar da evin annesinin korkudan bağırıldığını duyuyorlar. Ne var ki, bu gruplardan her biri yalnızca bu kadarını biliyor, bundan ötesinden bilgileri yok.

Yapılan röntgen muayeneleri ve diğer incelemeler, düşmeyle ortaya çıkmışa hiç benzemeyen, olası bir fiziksel istismara işaret eden bulguları ortaya çıkarıyor. Ölümün nedeni ve biçimi, ancak ilgili kuruluşların ve meslekten kişilerin Çocuk Ölümleri İnceleme Ekibi olarak bilgilerini paylaşmalarıyla ortaya çıkıyor. Böylece, ilk bakışta kaza gibi görünen bir olayın cinayet olduğu belirleniyor.

İlk Çocuk Ölümleri Değerlendirme Ekibi (CFRT) ABD'nin Los Angeles kentinde, 1978 yılında kurulmuştur. Bu oluşum, Los Angeles İdari Birimi Çocuk İstismarı ve İhmal Konseyi'nin ürünüdür (ICAN). ICAN daha sonra ABD Çocuk Ölümleri Değerlendirmesi Ulusal Merkezi olarak görevlendirilmiştir (NCFR). Benzer bir yapıya sahip olmak üzere daha sonra başka ekipler de oluşturulmuş, bu ekiplere üye olarak doktorlar, polis, sosyal hizmetler ve mahkemelerden temsilciler, sağlıkçılar ve halk sağlığı görevlileri atanmıştır. Kimi ekiplerde okullardan ve ruh sağlığı birimlerinden temsilciler, ayrıca toplum üyeleri de yer almıştır.

2001 yılına gelindiğinde Avustralya, Kanada ve Yeni Zelanda'da bu tür yaklaşık 1000 kadar ekip bulunmaktaydı. Filipinler ise son zamanlarda bunlara gelişmekte olan ülkeler için daha uygun düşebilecek hastane temelli bir model eklemiştir. Bugün uluslararası bir ağ Los Angeles'teki ICAN-NCFR'yi, Çin, Estonya, İzlanda, İran, Japonya, Ürdün, Lübnan, Hollanda ve İngiltere gibi ülkelerdeki potansiyel veya yeni başlayan programlarla ilişkilendirmektedir ve başka birçok ülkede konuya yönelik ilgi artmaktadır.

Ölümlerle sonuçlanan istismarların mağdurlarının yaşları küçüktür: Bunlardan yaklaşık %40'ı bebekler, %80'i de 6 yaşın altındaki çocuklardır. Ölümün en başta gelen nedeni, güç kullanımı sonucunda geçirilen kafa travmasıdır. Yaralanmalar en çok ellerde ve ayaklarda görülmektedir. Bu ölümlerle ilgili veriler, ırk, cinsiyet, yaş, madde bağımlılığı ve faile ilişki gibi bilgilere işaret etmektedir. Ekip tarafından yapılacak çalışma önce yankı uyandıran ve ölümlerle sonuçlanan bir kötü muamele olayını ele alabilir ve daha sonra yaralanma sonucu meydana gelen diğer çocuk ölümlerine geçebilir. Küçük yerel ekipler genellikle her ne nedenden olursa olsun tüm çocuk ölümlerini incelemektedir. Kurumlar arası daha iyi işbirliği sağlanabilmesi her zaman bu tür çalışmalara bağlıdır ve hazırlanan ekip raporları halk eğitimi ve önleyici programlar için gerekli materyalleri sağlamaktadır.

Kimi ekipler siyasal sınırlar ötesinde diğer ekiplerle işbirliğine yönelmektedir. Ana model aynı kalmakla birlikte, ekiplerin faaliyetleri yerel ilgi alanlarını, kültürleri ve kaynakları yansıtmaktadır. Kimi ülkelerde çocuk istismarını önlemeye yönelik kurum temelli modellere sahipken diğerleri geniş aileye ve çevreye odaklanmaktadır.

Çocuk ölümleri değerlendirme ekibinin öncülüğünde bugün şiddetin diğer biçimlerini ele almak üzere birimler oluşturulmaktadır. Bu birimler aile içi ölümcül şiddet ve yine ölümcül sonuçlar veren yetişkin istismarı gibi olayları incelemektedir. Bu arada, ölümcül olmayan, ancak hastane sevkisi ile sonuçlanan vakaları da ele almak üzere planlar yapılmaktadır.

hizmetlerin taleple daha uyumlu hale gelmesini temin edebilirler. Geri bildirim raporlarında, her bir kurumun sağladığı verilerin belirli hedeflere ulaşılmasına nasıl katkıda bulunduğu da belirtilebilir – örneğin, politika geliştirilmesine, programların planlanmasına, sonuç değerlendirmesine ve kötü muamele ile ilgili kampanyalara sağlanan katkılar.

### **Politika belirleyicileri ikna etmeye yönelik bilgi kullanımı**

Toplanan verilerin – hem nüfus hem de vaka temelli – iyi analizi ve yorumu ve sonuçların uygun yollardan sunumu ve yaygınlaştırılması, çocuklara yönelik kötü muameleyle karşı başlatılan girişimler için gereklidir. Politikaları belirleyenlerin bu alanda güçlü ve kararlı bir müdahalede bulunmanın gerekliliğine ikna edilmeleri için, veri analizi ve bildirimini üç önemli öğenin ortaya konulmasını sağlayacak biçimde yapılmalıdır:

- **Diğer konulara göre sorunun ölçeği.** Belirli bir ülkede çocuklara kötü muamelenin ölçeği aşağıdaki karşılaştırmalarla ortaya konulabilir:
  - halk sağlığı alanındaki diğer tehditlerin boyutları;
  - çocuklara kötü muamelenin diğer ülkelerde ne kadar yaygın olduğu;
  - medyada yer bulan felaketlerin ve toplu trajedilerin insani maliyeti.
- **Çocuklara kötü muamele ile sosyoekonomik ve çevresel etmenler arasındaki ilişkiler.** Çocuklara kötü muamele düzeyinin toplumsal, ekonomik ve çevresel etmenlere duyarlı olduğunun gösterilmesi, verilerin, bu tür olayların ortaya çıktığı coğrafyalara, ailelerin veya mağdurların ikamet ettikleri yerlere göre analizini gerektirir. Bu veriler, vakaları, nüfusun büyüklüğünü, refah ve sağlık düzeyini ortaya koyan nüfus sayımları veya diğer demografik araştırmalarda kullanılanlarla aynı coğrafi analiz birimlerinde toplamalıdır. Bunun ardından, çocuklara kötü muameleyle ilgili ölçümlerle, ortadaki sosyoekonomik veya çevresel etmenler arasında bir korelasyon kurulabilir.
- **Kötü muameleyi önlemenin mümkün olup olmadığı.** İyi hazırlanmış önleme programlarının sağlayabileceği önemli kazanımların ortaya konulması, politikaları belirleyenlerin ikna edilmesi bakımından önemlidir. Örneğin, toplum temelli bir sonuç değerlendirmeye çalışması, ev ziyaretleri ile ana-babalara yönelik eğitimi kaynaştıran bir çalışmanın bildirilen çocuklara kötü muamele olaylarını %30 azaltabileceğini gösteriyorsa, her yıl çocuk koruma hizmetlerine 250 000 çocuklara kötü muamele vakasının bildirildiği bir ülkede bu programın tüm nüfusa yaygınlaştırılması vaka sayısında yıllık 75 000 azalma sağlanması anlamına gelecektir.

Bu arada çocuklara kötü muamele ile ilgili verilerin, *münhasıran* bu sorunla ilgili raporlarda yer alması büyük önem taşır. Suç ve sağlıkla ilgili bilgiler veren istatistik daireleri zaman zaman çocuklara kötü muamele ile ilgili veriler de içermektedir. Ancak bu olaylar çoğu kez diğer suç veya sağlık konuları arasında kaynayıp gitmekte, böylece sorunun boyutlarının kavranması da güçleşmektedir. Buna karşılık, verilerin yukarıda anlatıldığı gibi analiziyle, bunların basit bir dille net anlaşılabilir grafikler ve tablolar eşliğinde odaklı bir rapor halinde sunulmasıyla, konu gerek politikaları belirleyenler gerekse başkaları için “görünür” hale getirilebilir. Bunun gibi, özel olarak çocuklara kötü muameleyle ilgili raporlar – basit ve anlaşılır – medya ve sivil toplum kuruluşları için her an bulunabilir olmalıdır. İlgili kişilerin kimliklerinin gizli tutulması açısından, bu raporlarda veriler sunulurken kişilerin tespit edilmesini sağlayabilecek bilgiler ayıklanmalıdır.



## Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi

Bilimsel literatür kapsamında olanlar dâhil, çocuklara kötü muamelenin önlenabilir bir olgu olduğunu rahatlıkla ileri sürebilmemizi sağlayan kanıtlar vardır. Ne var ki, araştırma ve politika anlamında bu konuya pek az önem verilmektedir.

Halen mevcut önleyici çabaların büyük bölümü, çocuklara kötü muamele vakalarının erken teşhisine ve söz konusu çocukların korunmasına yöneliktir. Bu strateji, gerçekten bir önleme biçimidir ve tek tek çocuklar ve aileler için yararlı olabilir. Ancak, tek başına bu strateji, temeldeki nedenleri ve katkıda bulunan etmenleri de dikkate alan stratejilere göre çocuklara kötü muamele olaylarının büyük ölçüde azaltılmasını sağlayamaz.

Stratejiler arasında tercih yaparken, gerçek kanıtlara dayanarak, bunlardan hangisinin istenilen sonuçları sağladığını bilmek önemlidir. Kaynakların sınırlı olduğu durumlarda, hangi yaklaşımların işe yarayacağını bilmek daha da önem kazanır. Anekdot mahiyetindeki bilgilere ve geçerli normlara dayalı stratejiler, sanki işe yarayacakmış gibi görünür. Oysa daha titiz biçimde incelendiğinde bunların, çocuklara kötü muamelenin neden olduğu yeni vakaları önlemede pek de başarılı olmadıkları anlaşılır. Dolayısıyla, önleyici stratejiler, risk etmenlerinin iyi kavranması temelinde geliştirilmeli ve ayrıca sonuçları değerlendirmeye yarayacak bir mekânizma da oluşturulmalıdır.

Önleyici programların etkisini belirleyen bilimsel araştırmalarla, çocuklara kötü muameleyi azaltmada *etkili* birkaç strateji belirlenmiştir. Ayrıca, eldeki kanıtların *umut verici* olduklarını gösteren başka önleme stratejileriyle, kanıtların henüz *net olmadığı* yaklaşımlar da vardır. Stratejilerin ne ölçüde “işe yarar” olduklarını belirlemeye yönelik temel noktalar şöyle sıralanmaktadır:

- *Etkili* bir önleme programı, müdahaleye konu olan nüfus içinde çocuklara kötü muamele olaylarını azaltan, en azından bu tür olaylardaki artışı yavaşlatan programdır. Bu anlamda etkiyi ölçmek üzere önerilen kimi ölçütler vardır:
  - belirli bir programın, deneysel veya yarı deneysel olmak üzere sağlam bir araştırma tekniğiyle değerlendirilmesi;
  - anlamlı derecede bir önleyici etki olduğuna ilişkin kanıtlar;
  - yaratılan etkinin kalıcı olduğunu gösteren kanıtlar;
  - programın, önleyici etkilerin gösterileceği bir şekilde tekrarlanması.

Bu ölçütlerin tümünü karşılayan pek az sayıda program vardır. Bu kılavuzda; “etkili” terimi, sağlam bir araştırma tasarımıyla değerlendirildiğinde, önleyici etkisi olduğu görülen programlar için kullanılmaktadır.

- Sağlam bir tasarım temelinde değerlendirilmişse, önleyici etkisine ilişkin birtakım kanıtlar varsa, ancak daha fazla test gerektiriyorsa, bir programın *umut verici olduğu söylenebilir*.

- Önleyici herhangi bir programın etkisi yetersiz bir değerlendirmeye tabi tutulmuşsa veya henüz doyurucu bir testten geçirilmemişse, bu programın *net olmadığı* söylenir.

Stratejilerin değerlendirildiği durumlarda, sonuç değerlendirme araştırmalarının hemen hemen tamamı, yüksek gelir düzeyindeki ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Çocuklara kötü muamelenin önlenmesini hedefleyen stratejilerin daha yaygın uygulanması için, özellikle orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde olmak üzere ivedilikle daha çok sayıda sonuç değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Bu yöndeki çabalarda, etkili oldukları belirlenmiş programlar özel koşullara uyarlanarak daha geniş ölçekte tekrarlanmalı, umut verici veya net olmayan önleme stratejileri çevresinde yenilikçi programlar geliştirilmelidir.

Bu bölüm, çocuklara kötü muamelenin önlenmesine yönelik stratejileri genel olarak ele almaktadır. Ayrıca, ne ölçüde etkili olduklarına ilişkin kanıtlar da üretecek şekilde, önleyici stratejilerin nasıl planlanacağı, seçileceği, tasarlanacağı ve uygulanacağı da anlatılmaktadır.

### 3.1 Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi için bir gündem ve kuruluş

Birçok ülkede asıl ağırlık, saptanan çocuklara kötü muamele durumlarına müdahaleye verilmektedir. Dolayısıyla, çocuk koruma sistemleri zaman zaman kötü muameleyi daha başından önleyecek çabalar pahasına geliştirilebilmiştir. Sonuçta, bu tür durumlarda önleme sorumluluğu; mesleki kapasitesi sınırlı olabilen, önleme politikalarını etkileme gibi bir görevi olmayan ve birçok riskle birlikte koruyucu etmenleri değerlendirme durumunda bulunmayan sosyal hizmet uzmanlarına ve yasa uygulayıcılara düşmüştür. Bu yüzden, çocuklara kötü muamelenin önlenmesi, sanki çocuk koruma ve mağdurlara yönelik hizmetlerle aynı şeymiş gibi görülmüştür.

Kılavuz, bu dengesiz durumun ülke ölçeğinde bir kötü muamele önleme gündemi aracılığıyla düzeltilmesini önermektedir. Bu gündem, alanda çalışan çeşitli kesimlerin katkılarını bir araya getirecek, bu konudaki çalışmaların sorumluluğunu da başlıca amacı önleyicilik olacak bir kuruma verecektir. Bununla birlikte, önleme ve koruma önlemlerinin birlikte alınması mümkün değilse, bunlar en azından birbirine koşul olarak geliştirilmeli, biri diğerine feda edilmemelidir.

Uygun ana kurum bir kez belirlendikten sonra atılacak adım, çeşitli sektörlerden, ilgili risk etmenleri konusunda deneyimli profesyonellerin görevlendirilmesidir. Bu konudaki tartışmalara, çocuklara kötü muamele ve çocuk koruma alanlarında faal sivil toplum grupları da dâhil edilmelidir. Ayrıca, geleneksel olarak çocuklara kötü muamele olgusu ile ilişkili görülmeyen, ancak faaliyetleriyle risk etmenleri üzerinde önemli etkilerde bulunabilecek kurumları ve grupları da sürece dâhil etmek için özel çabalar harcanmalıdır. Bu tür gruplara örnek olarak şunlar verilebilir:

- Aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetleri;
- Konut sektörü yetkilileri;
- Çocuk bakım hizmetleri;
- Mahalle toplum merkezleri;
- Toplum temelli çocuk bakım merkezleri;
- HIV önleme programları;
- Alkol ve uyuşturucu gibi konularda yetkili merciler;
- Çevre kirliliği sorunu ile ilgilenen merciler;
- Kadınlara yönelik şiddet ve gençler arası şiddet konularını ele alan programlar;
- Dini kurumlar;
- Medya.

Bu kurumlarda yer alanlar, kendi çalışmalarını, çocuklara kötü muamelenin önlenmesiyle ilgili görmeyebilirler; ancak sonuçta onlar da çocuklara kötü muamele olgusuyla ilgili risk etmenleri üzerinde etkili olacak politikalar ve programlar geliştirme durumunda olabileceklerdir. Dolayısıyla çocuklara kötü muamelenin önlenmesi, odaklandığı yer başka olan, örneğin alkol veya madde bağımlılığını önlemeye yönelik bir çalışmanın fazladan bir yararı olacaktır.

Çocuklara kötü muamelenin önlenmesine ve ortak bir amaç duygusu yaratılmasına yönelik bazı pratik adımlar atılabilir. Bunlar:

- Açık hedef olarak önüne çocuklara kötü muamelenin önlenmesi konusu konulmuş olan tek bir öncü kurumun belirlenmesi;
- Çocuklara kötü muamelenin önlenmesi açısından, karşılıklı görüşmeler sonucunda ve risk etmenlerini nasıl en iyi şekilde ele alacakları temelinde, çeşitli sektörlerde görevler verilmesi;
- Çocuklara kötü muamele ile ilgili epidemiyolojik bilgilerin ve önleme yolundaki girişimlerin halihazırdaki durumunu gösterecek bir ulusal rapor hazırlanması;
- Somut hedefleri, girişimleri ve göstergeleri de içeren bir eylem planı dâhil olmak üzere çocuklara kötü muamelenin önlenmesi stratejisini özetleyen bir belge hazırlanması.

### 3.2 Çocuklara kötü muameleyi önleme stratejileri

Çocuklara kötü muamelenin önlenmesine yönelik stratejiler, temeldeki nedenleri ve risk etmenlerini geriletmeyi ve koruyucu etmenleri güçlendirmeyi hedefler; böylece, kötü muamelenin yeni örneklerinin ortaya çıkmasının önüne geçmeye çalışır. Bu tür stratejilerin etkisi konusundaki bilimsel bilgilerin büyük bölümü yüksek gelir düzeyindeki ülkelerden gelmekle birlikte, söz konusu müdahalelerin temeldeki nedenleri ve risk etmenlerini nasıl ele aldığına ilişkin bir kavrayış, orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde başlatılacak müdahalelerin belirlenmesine de yardımcı olabilir. Bölüm 4'te anlatılan çocuk koruma hizmetleri ile aile danışmanlığı ve terapisi gibi diğer hizmetler, çocuklara kötü muamele olayı belirlendikten sonra verilmektedir. Bu tür hizmetlerle amaçlanan, bilinen kötü muamele olaylarına karşı harekete geçmek olmakla birlikte, bu tür durumları durdurabileceğinden, aynı zamanda önleyici içeriktedir.

Bu tür olayların epidemiyolojisi ve risk etmenleri ile ilgili olup farklı kötü muamele biçimlerinde ortak görülen özellikler, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal gibi durumlarda benzer önlemlerin benimsenebileceğini göstermektedir. Ortadaki sorunun karmaşıklığı dikkate alındığında bu durumun üstesinden gelmek için önleyici stratejilerin bir tipolojisini çıkarmak yararlı olacaktır. Elinizdeki kılavuz, insan gelişimindeki aşamalardan ve Bölüm 1'de sunulan ortam modelinden hareketle bir tipoloji önermektedir.

Tablo 3.1, etkisi kanıtlananlar, umut verenler ve netlik taşımayanlar dâhil, önleyici stratejilerin tipolojisini vermektedir. Burada ayrıca, çocuklara kötü muamele olgusuna karşı insan gelişiminin farklı aşamalarında ve farklı sosyal bağlamlarda mücadele verme gerekliliği de ortaya çıkmaktadır. Birçok örnekte, belirli bir müdahale kötü muamelenin çeşitli biçimleri üzerinde etkili olabilmektedir. Bu çalışma hazırlanırken, bu müdahalelerin çoğunun etkisini gösteren veriler elde bulunmuyordu. Yeterli veriler de büyük ölçüde yüksek gelir düzeyindeki ülkelere aitti. Belirli önleyici stratejilerin tasarımı ve gerçekleşmesi ile ilgili ayrıntılı pratik bilgiler, çeşitli yayınlarda ve internette yer almaktadır. Dolayısıyla bu bölüm söz konusu müdahalelerin ana öğeleri ve ilkeleri üzerine odaklanmaktadır.

**Tablo 3.1 Gelişim aşamalarına ve etkileme düzeyine göre çocuklara kötü muamelenin önlenmesine yönelik stratejiler**

Müdahale Düzeyi	Gelişim Aşaması			
	Bebeklik (0-3)	Çocukluk (3-11)	Ergenlik (12-17)	Yetişkinlik (18'den büyük)
<b>Toplumsal ve çevresel</b>	<p><b>Hukuk reformu ve insan hakları</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Çocuk Haklarına dair Sözleşme'nin ulusal yasalara aktarılması</li> <li>Güvenlik ve yargı sistemlerinin güçlendirilmesi</li> <li>Sosyal, ekonomik ve kültürel hakların geliştirilmesi</li> </ul> <p><b>Yarar sağlayacak sosyal ve ekonomik politikalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erken dönem çocuk bakımı ve eğitimi</li> <li>Herkesin ilk ve ortaöğretime devam etmesinin sağlanması</li> <li>İşsizliği azaltacak ve etkilerini hafifletecek önlemler alınması</li> <li>İyi sosyal koruma sistemlerinin geliştirilip uygulanması</li> </ul> <p><b>Kültürel ve sosyal normların değiştirilmesi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Çocuklara ve yetişkinlere yönelik desteği onaylayan kültürel ve sosyal normların değiştirilmesi</li> </ul> <p><b>Ekonomik eşitsizliklerin azaltılması</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yoksullukla mücadele</li> <li>Gelir ve cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılması</li> </ul> <p><b>Çevresel risk etmeninin azaltılması</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alkol temin edebilmenin sınırlandırılması</li> <li>Kurşun düzeylerinin izlenmesi ve çevresel toksinlerden arındırılması</li> </ul>			
				<p>Dövülen kadınlar ve çocukları için sığınma evleri ve kriz merkezleri</p> <p>Sağlık görevlilerinin çocuklara kötü muamelenin mağdurlarını belirleyip sevk edecek şekilde eğitilmesi</p>
<b>İlişkisel</b>	Ev ziyaret programları Çocuk yetiştirme eğitimi	Çocuk yetiştirme eğitimi		
<b>Kişisel</b>	İstenmeyen gebeliklerin azaltılması Doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerine erişimin artırılması	Çocukların potansiyel olarak istismarcı durumları kavrayacak ve bunlardan kaçınacak şekilde eğitilmesi		

### **Toplumsal ve çevresel stratejiler**

Toplum düzeyinde ele alındığında kötü muamelenin ortaya çıkmasına elverişli ortamlar yaratan etmenler şöyle sıralanabilir:

- Ekonomik ve toplumsal eşitsizlikleri sürekli kılan veya arttıran ekonomik, toplumsal, sağlık ve eğitimle ilgili politikalar;
- Şiddete başvurulmasını destekleyen toplumsal ve kültürel normlar;
- Çocuklar ve ailelerle ilgili politikaların olmayışı veya bu politikaların etkisiz kalması,
- Önleyici sağlık hizmetlerinin yetersizliği;
- Toplumsal refah önlemlerinin yetersizliği;
- Ceza adaleti sisteminin zayıflığı.

Toplum düzeyinden kastedilen, toplumsal ilişkilerin ortaya çıktığı bağlamlardır; örneğin mahalleler, okullar, işyerleri ve diğer kurumlar gibi. Burada, örneğin yoğunlaşmış yoksulluk, sık yer değiştirme ve işsizlik, aşırı kalabalıklaşma ve sosyal sermayenin gelişmemişliği gibi etmenlerin, kötü muamele riskini arttırdığı görülmektedir.

Tablo 3.1 çocuklara kötü muamele ile ilgili olup bütün gelişim aşamalarını kesen dört grup önleyici stratejiyi ve yetişkinliğe özgü bir grup stratejiyi ortaya koymaktadır. Bu beş grup önleyici stratejinin hepsinin çocuklara kötü muamelenin çeşitli türleri üzerinde etkili olması olasıdır. Stratejilerin toplum düzeyindeki önleyicilik potansiyeli, önleyici programlarla “yüksek risk” gruplarına uzanan diğer toplum programları ilişkilendirilerek güçlendirilebilir. Alkol ve uyuşturucu rehabilitasyon hizmetleri, engelli çocuklara yönelik programlar ve zihinsel sağlık programları bu kapsamda değerlendirilebilir.

### Hukuk reformlarının gerçekleştirilmesi ve insan haklarının geliştirilmesi

Hukuksal çerçeveler, çocuklara kötü muamele olaylarına kapsamlı tepkiler verilebilmesi için bir zemin oluşturma ve bu alanda sosyal normların oluşturulabilmesi bakımından önemlidir.

Güçlü bir hukuksal yaklaşımda amaç, çocuklara yönelik her tür kötü muamelenin yasaklanmasıdır. Ülkelerce benimsenen bu anlamdaki güçlü yaklaşımlar hiç kuşkusuz çok sayıda ana-babayı tutuklamayı değil, bu kesimlere çocuklarını istismar edemeyeceklerine ilişkin net bir mesaj iletmeyi hedeflemektedir. Çocuklara kötü muamele durumlarını ele alan yasaların caydırıcı bir etkisi olabilir ve böylece önleyiciliğe katkıda bulunabilir.

Çocuk Haklarına dair Sözleşme, ülkelere, çocuklara karşı şiddeti önlemek ve çocukları bu olgudan korumak üzere gerekli tüm yasal, idari, sosyal ve eğitsel önlemleri alma yükümlülüğünü getirmiştir. Sözleşme'nin ulusal yasalara yansıtılması, güvenlik ve yargı sistemlerinin bu yasaları uygulayabilecek şekilde güçlendirilmesi, genellikle tavsiye edilen stratejilerdir. Ne var ki, önleyici etkileri konusunda bir değerlendirme için titiz çabalar olmadığından bunların etkisi de net değildir. Gene de, çocuklara sert biçimlerde kötü muamelenin yasaklanması ve çocuklara kötü muamele olaylarının bildirilmesini zorunlu kılan yasal düzenlemeler yapılmış olması, bu konunun açıkça gündeme getirilmesi bu olayın aile içinde kalması gereken özel bir olay olduğu fikrine karşı çıkılması bakımından yararlı olmuştur. Yasalar, bu yönüyle ele alındıklarında, toplumsal normların değiştirilmesinde etkili olmuştur.

Sosyal, ekonomik ve kültürel haklar – bunların pratikte ne kadar işlerlik kazandığı – çocuklara kötü muamelenin temelindeki risk etmenleri üzerinde doğrudan etkilidir. Bu haklar:

- Yeterli yaşam standardına ulaşma hakkı;
- Sosyal güvenlik hakkı;
- Eğitim hakkı;
- Eşitlik ve ayrımcılığa maruz kalmama hakkıdır.

Hükümetlerin bu haklara saygı duyma, koruma ve yaşama geçirme stratejilerinin çocuklara kötü muamele olayının sıklığını önemli ölçüde azaltıcı etkide bulunması mümkündür. Bununla birlikte, çocuklara kötü muameleyle karşı yasaların uygulanması konusunda olduğu gibi, bu tür stratejilerin önleyici etkilerinin ne düzeyde olduğunu gösteren sonuç araştırmaları bulunmamaktadır.

### Yarar sağlayıcı sosyal ve ekonomik politikaların devreye sokulması

İnsan haklarının yaşama geçirilmesinde, uygun sosyal ve ekonomik politikalarla ilerleme sağlanabilir. Bundan kastedilen, sağlık, eğitim, istihdam, konut ve sosyal güvenlik alanlarında eşit erişim ve temel hizmetler sağlayan sosyal ve ekonomik politikalar. Bu alanlarda verilen hizmetlerde kalitenin artırılmasıyla, çocuklara kötü muamele ile ilgili belli başlı risk etmenleri de gündeme alınır ve böylece çocuklara kötü muamele vakalarında azalma sağlanabilir. Çocuklara kötü muamelenin böylelikle önlenmesine yardımcı olabilecek sosyal ve ekonomik politikalar şunlardır:

- Erken dönem çocuk eğitimi ve bakımı;
- İlk ve ortaöğretimin herkesi kapsamı;
- İşsizliğe karşı önlemler alınması;
- Uygun sosyal güvenlik sistemleri – örneğin engelliler için yardımlar, sağlık sigortası, çocuk bakımı, gelir veya gıda yardımları ve işsizlik sigortası gibi.

### Değişen toplumsal ve kültürel normlar

Toplumsal ve kültürel normlar, çocuklara kötü muamele olgusunda payı olan güçlü etmenlerdir. Bu normlar çocuklara yönelik şiddeti haklı göstermek üzere sıkça kullanılmaktadır. Hukuk reformunun – normları etkileyebilmekle birlikte – çocukların statüsü, şiddete dayalı cezaların kabul edilebilirliği ve etkisi, toplumsal cinsiyet rolleri ve ailenin özel yaşamına ilişkin normlarda değişikliklerle eşleşmediği sürece, kendi başına önemli bir etkisi bulunamaz. Toplumsal ve kültürel normların değiştirilmesinde kamuoyu bilinçlendirme ve medya kampanyaları önemli bir rol oynayabilir. Bu tür etkinliklerle çocuklara kötü muamele olgusunun yaygınlığı ve içeriği gözler önüne serilebilir ve çocuklarla ailelere bu bağlamda yardımlar sağlanabilir.

Elimizde henüz, elimizde normları değiştirmeye yönelik çabaların çocuklara kötü muamele olaylarını azaltabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmamaktadır. Bununla birlikte, geniş çaplı müdahalelerle ilgili birkaç araştırma, bebeklere ve çocuklara karşı şiddete başvurulmasıyla ilgili tutum ve normlarda değişiklikler olduğuna işaret etmektedir. ABD’de çocukların cinsel istismarını önlemede başvuru bir programın, risk altındakilere yardımcı olduğu bilinmektedir. Bu program çerçevesinde ayrıca yetişkinlerin de çocuk istismarı belirtileri konusunda duyarlı olmaları ve harekete geçmeleri sağlanmakta, olay fiilen ortaya çıkmadan önce önlemler üzerinde odaklanılmaktadır. Bu programlarda şiddete eğilimli kişiler gönüllü olarak tedavi başvurusunda bulunmakta, böylece olası istismar vakalarının önüne geçilebilmektedir.

### Ekonomik eşitsizliklerin azaltılması

Çeşitli araştırmalar, çocuklara kötü muamele olgusunun, ekonomik eşitsizliklerin derin olduğu ülkelerde daha yoksul toplum ve ailelerde daha sık görüldüğüne işaret etmektedir. Dolayısıyla, yoksulluğun ve ekonomik eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik önlemlerin de çocuklara kötü muamele olaylarının azaltılmasında ciddi bir etkisi olması gerekir.

İkamet edilen alanlarda değişiklik öngören programlar, bu tür önlemlere bir örnek teşkil etmektedir. Söz konusu programlarda, düşük gelirli ailelere konut konusunda yardımlarda bulunarak veya destek sağlayarak yer seçimi imkanları arttırılmakta, böylece yoksulluğun belirli bir alanda aşırı yoğunlaşması önlenmektedir. Bu tür programlar, çocuklara kötü muamele olgusu üzerindeki etkileri bakımından henüz değerlendirmeye tabi tutulmamış olsa da, şu an için umut verici görünmektedir. Çünkü bu programların; okul devamlılığı ve başarısı, sorunlu davranışlarda azalma, zihinsel ve fiziksel sağlıkta iyileşme gibi olumlu etkileri belirlenmiştir. Aynı programların, aynı zamanda mahallede işlenen suçlar, mağdur edilme ve toplumsal düzensizlik gibi durumlar üzerinde de azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır.

Gelir eşitsizliğinin etkilerini daha genel olarak azaltan ekonomik politikalar ve programlar, bu tür müdahalelere ilişkin bilimsel kanıtlar henüz ortada olmasa bile çocuklara kötü muamele olgusunun önlenmesinde değerli sonuçlar verebilir.

### Çevresel risk etmenlerinin azaltılması

Bu başlıktaki risk etmenleri arasında konut yoğunluğu, güvenilir eğlence-dinlenme alanlarına erişim, kurşun ve benzeri diğer çevresel toksinlerin durumu ve örneğin alkol ve uyuşturucu gibi diğer zararlı maddeler yer almaktadır.

Yetişkinlerdeki aşırı alkol alma ile fetal alkol sendromunun (gebelik döneminde aşırı alkol almanın fetüste ortaya çıkardığı sorunlar) yanı sıra ana-babanın ve diğer aile üyelerinin çocuğa karşı fiziksel ve cinsel istismar eğilimleri arasında yakın bir ilişki vardır. Dolayısıyla, alkolün sınırlandırılması önleyici bir etkide bulunabilir. Ayrıca, alkollü içkilerden alınan vergilerin yükseltilmesinin, çocuklara kötü muameleyi azaltıcı etkisi olacağı söylenebilir.

Çevrede kurşunun aşırı düzeylerde bulunması ile fetal beyin hasarı ve bunu izleyen bilişsel bozukluklar arasında ilişki vardır. Örneğin, çocuklara kötü muamele açısından risk etmenleri olan hiperaktivitenin ve dikkat toplayamama gibi durumların, bu çevresel etmenle ilişkisi saptanmıştır. Dolayısıyla, çevredeki kurşun düzeyinin aşağı çekilmesi çocuklara kötü muamele riskini de azaltacaktır.

### Sığınma evleri ve kriz merkezleri kurulması

Ağırlıklı olarak yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde yapılan mevcut araştırmalar, yakın eşten kaynaklanan şiddetle çocuklara kötü muamelenin çoğu kez bir arada ortaya çıktığına işaret etmektedir. Yakın eşten kaynaklanabilecek bir şiddet bağlamında kötü muamele riski varsa, dövülen kadınlara ve çocuklarına yönelik sığınma evleri ve kriz merkezlerinin bu tür sorunlara çözüm olması gerekir. Ancak, bunun önleyici değerine ilişkin olarak sonuçlar bazında henüz değerlendirme yapılmamıştır. Öyle ki, dövülen kadınları çocuklarıyla birlikte kabul eden sığınma evlerinden derlenen bilgilere göre, yeterince desteklenip denetlenmedikçe, buralara sığınan kadınların kendilerinin de çocuklarını dövüldüğünü gösteren vakalara rastlanmaktadır.

### Sağlık alanındaki profesyonellerin eğitilmesi

Çocukluklarında kötü muamele mağduru olanların yalnızca küçük bir bölümü ileride kötü muamelenin yetişkin failleri haline gelir. Bununla birlikte, gelecekte bu yola sapabilecek gibi görünen kişilerin sağlık çalışanlarının da yardımıyla uygun terapi hizmetlerine yönlendirilmesi şiddet döngüsünü kırabilir ve yeni kötü muamele olaylarının sayısını azaltabilir. Bu stratejinin, sonuç değerlendirme çalışmalarıyla test edilmesi gerekmektedir ve önleyici değeri henüz net değildir.

### İlişkisel stratejiler

Çocuklara kötü muamelede belirlenmiş risk etmenleri şunlardır:

- Çocuk-ebeveyn bağlılığının bulunmadığı durumlar dâhil çocuk büyütmede yetersiz ebeveynlik;
- Çocuk gelişimi konusunda gerçekçi olmayan beklentiler;
- Sert fiziksel cezaların etkisine ve toplumca kabul görülebilir olduğuna inancı;
- Ana veya baba ortada yokken çocuğa uygun ve gerekli bakımın verilememesi.

Buna karşılık, erken yaşlarda çocuk-ebeveyn bağlılığını, şiddete dayanmayan disiplin yöntemlerini geliştiren ve aile içinde çocuğun sağlıklı zihinsel gelişimi için elverişli ortamlar yaratan çeşitli stratejilerin, çocuklara kötü muamelenin önlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Çocuk yetiştirmede iyileşme ve destek sağlamaya odaklanan programların, çocuklara kötü muameleyi önlemede etkili olduğuna ilişkin kanıtlar güçlüdür. Bu yöndeki stratejileri izlemede en yaygın biçimde değerlendirmeye tabi tutulan ve uygulanan modellerden biri, ev ziyareti programları ve çocuk yetiştirme eğitimidir.

### Ev ziyareti programlarının hazırlanması

Ev ziyareti programları, toplum kaynaklarını ailelerin evlerine getirir. Bu programların çocuklara kötü muamelenin önlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ağırlıklı olarak Amerika'dan alınan son döneme ait sistematik sonuç değerlendirmelerine göre, ev ziyaretlerinin gerçekleştiği ana-babalar ve diğer aile üyeleri arasında çocuklara kötü muamele ortalama %40 azalmıştır<sup>1</sup>. Bu

1 Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri. Şiddetin önlenmesine yönelik stratejilerin etkililiğini değerlendiren ilk raporlar: erken dönem çocuk ziyaretleri. Önleyici Toplumca Yönelik Koruyucu Hizmetler Görev Biriminin bulguları. Hastalık ve Ölüm Haftalık Raporu, 2003, 52:1-9. Adres: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5214a1.htm>> (erişim 7 Haziran 2006).

programların, gençler arasındaki şiddetin önlenmesinde de etkili olabileceği görülmüştür. Ev ziyaretleri sırasında ev sahiplerine bilgi verilmekte, destek önerilmekte, ayrıca ailenin gidişatında iyileşmelere yönelik başka hizmetler sunulmaktadır. Ev ziyaretlerine ilişkin farklı birtakım modeller geliştirilmiş ve bunlar üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Bunlar bazılarında, risk durumları ne olursa olsun bütün aileler ev ziyaretleri kapsamına alınmıştır. Diğerlerinde ise, yoksul toplumlarda yaşayıp ilk kez çocuk sahibi olanlar veya çocuğuyla tek yaşayanlar gibi daha fazla riskli durumda olanlar üzerinde durulur. Bu modellerin etkinliği ile ilgili son araştırmalar, daha başarılı modellerin aşağıdaki özellikleri taşıdığına işaret etmektedir:

- Risk durumu ne olursa olsun tüm aileleri ziyaret kapsamına alan programlardan farklı olarak, hizmet ihtiyacı daha fazla olanlara odaklanma. Bunların arasında aşağıdakiler yer almaktadır:
  - düşük doğum ağırlıklı veya prematüre doğmuş bebekler;
  - kronik hastalıkları veya engelli olan çocuklar;
  - düşük gelir düzeyinde, evlenmemiş genç anneler;
  - madde bağımlılığı olanlar
- Gebelik döneminde başlayıp, en azından ikinci yıla kadar süren hatta çocuk beş yaşına gelinceye kadar devam eden müdahaleler;
- Ziyaret sıklığının ve verilen hizmetlerin, ailelerin ihtiyaçlarına ve risk düzeylerine göre ayarlanmasına izin verecek bir esneklik;
- Fiziksel ve zihinsel sağlık açısından olumlu davranışların aktif olarak tanıtılması ve bebek bakımında birtakım özel noktalara dikkat edilmesi;
- Tek bir konuya odaklanmak yerine ailenin somut ihtiyaçlarını gözetmek üzere bir dizi konunun kapsanması; örneğin doğum ağırlığının artırılması veya çocuk istismarının önlenmesi gibi;
- Sosyal ve fiziksel ortamların iyileştirilmesi yoluyla aile içi stresin hafifletilmesine yönelik önlemler;
- Hemşirelerden veya eğitilmiş yarı-profesyonellerden yararlanılması.

### Ana-babalara yönelik eğitim programları

Ana-babalara yönelik eğitim programları, ana-babaları çocuk gelişimi konusunda eğitmeyi ve çocuklarının davranışlarını yönlendirmede kendilerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu programlar, evlerde ya da ana-babaların (ya da çocuk bekleyenlerin) kolaylıkla ulaşabilecekleri okul veya sağlık ocağı gibi mekânlarda uygulanabilir. Bu programların çoğu yüksek risk altındaki ailelere veya kötü muamele olgusunun fiilen ortaya çıkmış olduğu yerlere yönelik olmakla birlikte, şimdi bunların tüm aileleri veya çocuk bekleyenleri kapsayacak biçimde geniş tutulması gerektiği görüşü yaygınlık kazanmaktadır.

Ana-babalara yönelik eğitim programlarının değerlendirilmesi, bunların gençlik içi şiddetin azaltılmasında umut verici sonuçlar verdiğini göstermektedir. Ne var ki, aynı programların özel olarak çocuklara kötü muamelenin yaygınlığı üzerinde ne ölçüde etkili olduğunu değerlendiren araştırma sayısı azdır. Bu durumda, müdahalelerin pek çoğunda, etkiyi ölçmek için “aracı” sonuçlar (örneğin ana-babanın yetkinliği ve becerileri, ebeveyn-çocuk çatışması ve ana-babanın zihinsel sağlığı gibi) kullanılmıştır. Ana-babalara yönelik başarılı eğitim programlarının analizi, bu programların aşağıdaki özelliklere sahip olduğunu ortaya koymuştur:

- 3-12 yaşlarında ergenliğe girmemiş olan çocukların ana-babalarına odaklanma;
- Ana-babalarla birlikte, onların çocuklarına yönelik olarak hazırlanmış olan eğitim materyallerinin ana-babalar tarafından aktif biçimde değerlendirilmesi, bu materyalin ne kadar hatırlanabilir ve anlaşılabilir olduğunun belirlenmesi;
- Onlara edindikleri her yeni becerinin kazanacakları bir sonraki becerinin temelini oluşturacak şekilde adım adım kazandırılması.



Buna ilaveten, ana-babalara yönelik etkili eğitim programlarının iyi ana-babalık ve çocuk yetiştirme bakımından temel bileşenleri de içerdiği görülmüştür. Bunlar:

- Evdeki sorunlu davranışların belirlenmesi ve kaydedilmesi;
- Değerlendirme ve puanlama gibi pozitif pekiştirme teknikleri kullanılması,
- Çocuklara tanınan kimi serbestilerin kaldırılması gibi şiddete dayanmayan disiplin yöntemleri uygulanması;
- Çocuk davranışlarının denetlenmesi ve izlenmesi;
- karşılıklı uzlaşma ve sorun çözme stratejilerine başvurulması.

### **Bireysel stratejiler**

Çocuklara kötü muameleyi önlemeye yönelik ve kişi düzleminde olan stratejiler, kişinin tutumunu, davranışlarını ve inançlarını doğrudan değiştirmeyi amaçlamaktadırlar. Bunlar herhangi bir ortamda uygulanabilir.

### **İstenmeyen gebeliklerin azaltılması**

İstem dışı gebelikle, standardın altında doğum öncesi bakım, düşük doğum ağırlığı, bebek ölüm riskinin artması, çocuklara kötü muamele ve bebek/çocuk gelişiminde yetersizlikler arasında bağlantı vardır. İstenmeyen gebeliklerin azaltılmasına yönelik çabalar, bu nedenle çocuklara kötü muamele vakalarının olaylarının azaltılmasına yardımcı olabilir. Ancak, bu yöndeki programların bu alanda ne kadar etkili olduğu henüz yeterince değerlendirilmemiştir.

### **Doğum öncesi ve sonrası hizmetlere erişimin artırılması**

Kadınlara gerekli doğum öncesi ve sonrası bakım sağlayan ve onları bu hizmetlerden yararlanmaya özendirilen programlar, 0-3 yaş grubundaki çocuklara yönelik kötü muameleyi azaltıcı etkisi bakımından umut vermektedir. Amaç, prematüre veya düşük doğum ağırlıklı, hasta veya fiziksel/zihinsel engelli yeni doğan çocuk sayısının azaltılmasıdır ki, bu durumların hepsi çocuk ile büyükleri arasındaki bağı zedeleyebilir ve çocuğu da kötü muameleye daha açık hale getirebilir. Dolayısıyla, doğum öncesinde ve sonrasında iyi bakımın bebek sağlığı açısından belirleyici önemde olduğu düşünülmektedir. Bu tür müdahaleler, yerli yerinde bir değerlendirmeye muhtaç olmakla birlikte, önleyici potansiyellerinin yüksek olması büyük bir olasılıktır – özellikle bu programların kişilerden ve gruplardan, risk düzeylerinden bağımsız olarak nüfusun tümüne götürülebileceği düşünülürse. Doğum öncesi ve sonrası bakım ayrıca, çocuk bekleyenleri ve yeni çocuk sahibi olanları ev ziyaretleri ve eğitim kapsamına almak için fırsatlar da yaratabilir. Aslında bunların her ikisinin de çocuklara karşı kötü muamelenin geriletmesi bakımından etkili olduğu kanıtlanmıştır.

### **İstismara açık durumlardan kaçınmak için çocukların eğitilmesi**

Bu tür programlar, çocuklara tehlikeli durumları nasıl fark edeceklerini öğretmeye ve onlara bu tür durumlardan kaçınarak kendilerini koruyacak becerileri sağlamaya yöneliktir. Programların temelinde yatan fikre göre çocuklar kendi bedenlerinin sahibidir ve kendi bedenleri üzerinde denetim kurabilir; ayrıca fiziksel temasın da farklı türleri vardır. Çocuklara, kendilerinden onları rahatsız edecek bir şey istenirse bunu bir yetişkine nasıl aktaracakları öğretilir. Araştırmacılar, çocukların kendilerini istismara karşı koruyacak bilgi ve becerileri edinebilecekleri konusunda mutabakat içindedirler. Bununla birlikte, bu yöndeki becerilerin zamanla korunup korunamayacağı, bu becerilerin her tür olumsuz durumda, özellikle fail çocuğun iyi tanıyıp güvendiği biriye işe yarayıp yaramayacağı konusunda belirsizlikler vardır. Dolayısıyla, edinilen becerilerin gerçek yaşamda kötü muameleyi önlemede fiilen etkili olup olmadığını bilimsel olarak ortaya koymak gerekmektedir.

### KUTU 3.1

#### Çoklu düzeylerde müdahale: “Üç-P” Pozitif Çocuk Yetiştirme Programı (Positive Parenting Programme)

Kimi durumlarda programlar, farklı düzeyler arasında içsel bağlantılar kurarak birden fazla düzeyde önleyici strateji öngörebilir. Avustralya’da geliştirilen ve “Üç-P” olarak tanımlanan Pozitif Çocuk Yetiştirme Programı buna bir örnektir. Çeşitli düzeylerde olmak üzere programın yaklaşımı; bilgilerin, tavsiyelerin ve profesyonel desteğin ailelerin ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi, bu arada bu ihtiyaçların büyük farklılıklar gösterebileceğinin dikkate alınmasıdır.

“Üç-P” müdahaleleri, farklı düzeylerde olmak üzere genellikle şunları içerir:

- Düzey 1: pozitif çocuk yetiştirme konusunda medya mesajlarının iletilmesi;
- Düzey 2: tavsiyeler ve videolar gibi enformasyon kaynakları;
- Düzey 3: bakıcılar tarafından sağlanmak üzere özel davranışsal sorunlara yönelik müdahaleler;
- Düzey 4: ana-babalar için daha yoğunlaştırılmış eğitim programları;
- Düzey 5: ilişki çatışması, ana-baba depresyon durumu, öfke ve stres gibi daha geniş aile konularının ele alınması.

“Üç-P”ye ilişkin bağımsız sonuç değerlendirmeleri, bu yaklaşımın aile yönetim tekniklerini, ana-babanın çocuk yetiştirme özgüveninde ve davranışsal sonuçlarda etkili olduğunu göstermektedir. Bunların arasında, sağlıkla ilgili davranışlar ve saldırganlık konusu da vardır. Program – veya kimi durumlarda bir bölümü – Çin (Hong Kong), Almanya, Yeni Zelanda, Singapur, İsviçre, Birleşik Krallık ve ABD gibi ülkelerde uygulanmıştır.

Kaynak: Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple-P Positive Parenting Program: a population approach to the promotion of parenting competence. St Lucia, Queensland Üniversitesi Çocuk Yetiştirme ve Aile Destek Merkezi, 2003. (Çocuk yetiştirme araştırmaları ve uygulamaları çalışması no. 1). Bulunabileceği yer: <[http://www.triplep.net/files/pdf/Parenting\\_research\\_and\\_Practice\\_mono-graph\\_no.1.pdf](http://www.triplep.net/files/pdf/Parenting_research_and_Practice_mono-graph_no.1.pdf)> (erişim 7 Haziran 2006).

### 3.3 Çocuklara kötü muameleyi önleme programlarının sonuç değerlendirmeleri

Etkisi kanıtlanmış ve bu bakımdan umut verici önleme stratejilerinin kanıt temellerinin gözden geçirilmesi, çocuklara kötü muamele sorununda etkili olabilecek stratejileri araştırırken yararlı olabilir. Dolayısıyla, müdahaleyi bir *sonuç değerlendirme çalışması* olarak tasarlayıp, böyle uygulayarak kanıt temelinin genişletilmesi önemlidir. Bu, bilimsel bir uğraştır ve proje başlamadan önce planlanması gerekir. Atılacak adımlar ise şunlardır:

- Proje için yeterli bilimsel kapasitenin varolduğundan emin olunması – örneğin bir akademik kuruluşla veya araştırma kurumuyla işbirliği yaparak;
- Önlemede hedefler konusunda karara varılması;
- Bir mantıksal çerçeve modeli geliştirilmesi;
- Sonuçların ve sonuç verilerinin kaynaklarının seçilmesi;
- Müdahalenin fiilen gerçekleştirilmesinin ve değerlendirilmesinin tasarlanması;
- Müdahalenin fiilen gerçekleştirilmesi ve sonuç değerlendirilmesi;
- Bulguların analizi ve sonuçların yaygınlaştırılması.

#### Önlemede hedeflerin belirlenmesi

Yararlı bir başlangıç noktası *önleme hedeflerinin* belirlenmesi olacaktır. Burada dikkate alınması gereken başlıca nokta, ilgili kuruluşun mevcut risk ve koruma etmenleri üzerinde etkide bulunma kapasitesini göz önünde bulundurarak, önleme hedeflerinin gerçekleştirilebilir hedefler olmasını sağlamaktır. Bu ise, kuruluşun kendi öz kaynaklarına ve diğer kaynakları harekete geçirebilme yetisine bağlıdır.

Örneğin, ortada “0-14 yaş grubu çocuklar arasında öldürülme olaylarının yıllık 100 000’de 6.5’ten 100 000’de 6’ya indirilmesi” gibi bir hedef varsa böyle bir hedefe ancak ülke ölçeğindeki bir hükümet kuruluşunun ulaşabileceği ortadadır. Buna karşılık, toplum temelli kuruluşların örnek-

leri de vardır. Bu kuruluşlar, yerel yönetimler ve akademik kuruluşlarla işbirliği yaparak, örneğin ev ziyaretleri ve eğitim programları gibi müdahaleleri yoksul kesimlerde gerçekleştirerek, sonuç değerlendirmelerine yönelebilirler.

### **Mantıksal çerçeve modeli geliştirilmesi<sup>2</sup>**

Herhangi bir programı kavramak – neyi, hangi noktada yapıyor ve ne elde etmeyi umuyor? – için yaygın kullanılan araçlardan biri “mantıksal çerçeve modelidir.” Mantıksal çerçeve modeli, bir programın sahip olduğu yapının “resmidir”. Aşağıdaki ilişkilere işaret eder:

- programa ne konuluyor – **kaynaklar**;
- program ne yapıyor – **etkinlikler ve çıktılar**;
- program uzun ve kısa vadede neler getiriyor – **sonuçlar**.

Mantıksal çerçeve modeli genellikle grafiklerle veya tablo olarak sunulur. Mantıksal çerçeve modelinin, aşağıdakiler dâhil olmak üzere çeşitli amaçları vardır:

- **Program planlaması.** Bir mantıksal çerçeve modeli, program geliştirilirken kullanılabilir. Mantıksal çerçeve modeli, nerede olmak gerektiği – nerede bulunduğu ilişkisini göstererek program stratejisinin etraflıca düşünülmesine yardımcı olur.
- **Program yönetimi.** Kaynaklara, etkinliklere ve sonuçlara uyduğu için mantık modeli çalışmaların yönetilmesi için daha ayrıntılı bir plan hazırlanmasına yardımcı olabilir. Değerlendirme sırasında toplanan verilerle birlikte kullanıldığında, mantıksal çerçeve modeli işlerin izlenmesini ve izlenmesini sağlar.
- **Değerlendirme.** Mantıksal çerçeve modeli, neyin, hangi noktada değerlendirilmesi gerektiğini belirlemede yararlıdır. Böylece kaynaklar etkin ve etkili biçimde kullanılabilir.
- **İletişim.** Mantıksal çerçeve modeli, iletişim etkinliklerinde ve program sonuçlarının bildirilmesinde güçlü bir araçtır ve ikisi arasındaki bağlantıyı öne çıkarır.
- **Mutabakat oluşturma.** Mantıksal çerçeve modeli, programın ne olduğu, nasıl işlediği ve neye ulaşmaya çalıştığı gibi konularda, gerek içerde gerekse dışarıda ilgili taraflar arasında ortak bir anlayış zemini oluşturur.

Mantıksal çerçeve modeli, programın kritik bileşenlerini içerse de, zorunlu olarak bunların basitleştirilmişidir. Model statik değildir. Programa ilişkin bilgiler ve deneyim zamanla biriktikçe, model de değişir ve değişmelidir.

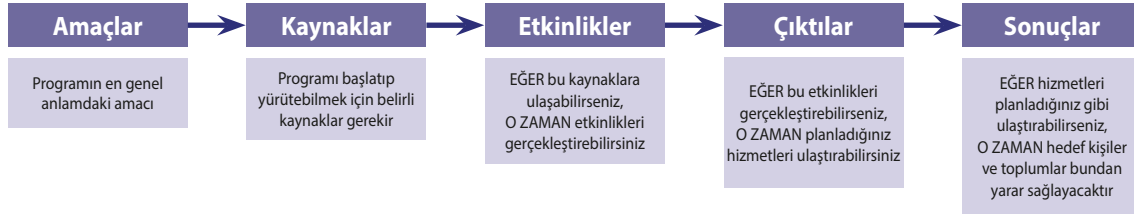
Mantıksal çerçeve modelinin bileşenleri şunlardır:

- **amaçlar:** programın en genel anlamdaki amacı;
- **kaynaklar:** programın uygulanabilmesi için gerekenler;
- **etkinlikler:** programı uygulamak üzere başlatılan işler;
- **çıktılar:** program etkinliklerinin doğrudan ve elle tutulur neticeleri;
- **sonuçlar:** program sonucunda beklenen değişiklikler.

Şekil 3.1’de gösterildiği gibi, mantıksal çerçeve modelinin bileşenleri bir dizi “eğer – o zaman” ilişkileriyle birbirine bağlanır: *Eğer* programın elinde kaynak varsa, *o zaman* program etkinlikleri gerçekleştirilebilir; *eğer* program etkinlikleri gerçekleştirilebilirse, *o zaman* belirli çıktılar ve sonuçlar beklenebilir, gibi. Programı bir bütün olarak gözetmenin yanı sıra, her program hedefi için mantıksal çerçeve modelindeki adımların da dikkate alınması önemlidir.

2 Bir program mantıksal çerçeve modeli geliştirilmesine ilişkin bu bölüm “Innovation Network” tarafından yayınlanan Mantıksal çerçeve modeli kitabından uyarlanmıştır. İndirmek için: <<http://www.innonet.org/>> (erişim 19 Ocak 2006).

### Şekil 3.1 Önleyici bir programın planlanmasına yönelik mantıksal çerçeve modeli



Bu mantıksal çerçeve modeli Innovation network tarafından yayınlanan *Mantıksal Çerçeve Modeli el kitabından* alınmıştır. El kitabı şu adresten indirilebilir: <http://www.innonet.org/> (erişim 19 Ocak 2006).

Mantıksal çerçeve modelinin her bölümü hazırlanırken, durumu baştan sona değerlendirip “eğer – o zaman” ilişkisinin değerlendirilmesi yararlı olacaktır. Mantıksal çerçeve modelindeki öğeler arasında bağlantı kurulmıyorsa, o zaman nerede boşluk olduğunu araştırıp, modeli ona göre yeniden düzenlemek gerekir. Bu, program amaçlarının gerçekleştirilebilmesi için programın kimi öğelerinin değiştirilmesi anlamına gelebilir.

Bir mantıksal çerçeve modeli geliştirilmesi aynı zamanda, işin içindeki bütün grupları ve kişileri program hakkında bir tartışma ortamına sokma fırsatı da yaratır. Tartışmanın tarafları arasında da programda görev yapanlar, müdahalenin muhatapları, ortaklar, finansman sağlayanlar, kurul üyeleri, toplum temsilcileri ve gönüllüler yer alabilir. Bu kesimlerin sunacakları perspektifler bir yandan programın mantıksal çerçeve modelini güçlendirirken diğer yandan programdan farklı beklentileri netliğe kavuşturabilir.

Kar amacı gütmeyen *Innovation Network*, İnternet temelli yararlı bir kaynaktır. Mantıksal çerçeve modelinin her ögesine ilişkin sorular yöneltildiğinde bu kaynak belirli bir program için model geliştirmede yönlendiricilik yapmaktadır. *Innovation Network* ayrıca program değerlendirmesine ilişkin başka kaynaklara da sahiptir<sup>3</sup>.

#### Sonuç verileri için sonuç ve kaynak seçimi

Önemeye yönelik hedeflerle örgütsel kapasite arasındaki uyum bir kez sağlandıktan sonraki adım, programın değişiklik istediği sonuçların belirlenmesidir. En ideali, tüm sonuç değerlendirme çalışmalarının, kötü muameleyle ilişkin nesnel ölçümler getirebilmesidir. Örneğin şöyle:

- Kötü muamele sonucunda ortaya çıkan çocuk ölümlerinin sayısı ve oranı;
- Kötü muamele sonucu yaralanarak hastaneye sevk edilen çocukların sayısı ve oranı;
- Kötü muameleyle bağlantılı olarak sağlık açısından riskli davranışlar ve koşullar sergileyen yetişkinlerin sayısı ve oranı;
- Ailede çocuğa kötü muamele nedeniyle hüküm giyen yetişkinlerin sayısı ve oranı.

Ne var ki, pratikte yalnızca yüksek gelir düzeyindeki az sayıda ülke bu tür sonuçları ölçebilecek gelişkin enformasyon sistemlerine sahiptir. Ayrıca, çocuklara kötü muamele sonucu çocuk yaralanmaları ve ölümleri görece seyrek olduğundan, bunlardaki önemli değişmelerin küçük ölçekli denemelerle ortaya çıkarılması da güçtür. Dolayısıyla, önleyici girişimlerde bulunanlar başka birkaç sonucu seçmeli ve yukarıda sıralanan nesnel ölçümleri dikkate almalıdır – örneğin, bilgi, tutum, inanç ve uygulamalardaki değişiklikler gibi (bakınız Kutu 3.2).

Ayrıca, başka sonuçlar da dikkate alınmalıdır. Burada kastedilen, risk ve koruyucu etmenlere ilişkin sonuçlarla birlikte, çocuklara kötü muamele bağlantılı diğer sağlık sonuçlarıdır – örneğin depresyon, travma sonrası stres bozuklukları, alkol ve madde kullanımı, iştah sorunları ve riskli davranışlara yönelme gibi. Tablo 3.2, çocuklara kötü muamelenin önlenmesi programı bağlamın-

3 Bakınız: <<http://www.innonet.org/>> (erişim 19 Ocak 2006).

## KUTU 3.2

### Bir ev ziyaretleri programının değerlendirilmesinde çoklu sonuçların seçilmesi

Çocuklara kötü muamelenin önlenmesini amaçlayan bir ev ziyaretleri programının, en azından dört yoldan işe yarayacağı varsayılabilir:

- çocuk gelişimi konusundaki ebeveyn bilgisini artırma veya beklentileri değiştirme;
- çocuk yetiştirmeyle ilgili ebeveyn davranışlarını değiştirme;
- ana-baba ile çocuk arasındaki etkileşim biçimini değiştirme;
- ailelerin meslekten kişiler tarafından izlenmesini sağlama – ki bunun sonucunda belirli bir sorun önceden tespit edilebilir veya sorun henüz ortaya çıkmadan önlenabilir.

Kötü muamele olaylarını azaltma nihai amaç olmakla birlikte, bu yönde bir değişimin sağlıklı biçimde ölçülmesi, çeşitli nedenlerden dolayı güçtür. Bu nedenler şunları içerir: insanların kötü muamele olaylarını bildirmeye istekli olmamaları ve çocuk koruma işleriyle görevli kuruluşların böyle bilgiler ulaştığında birbirinden farklı yollar izlemeleri. Dolayısıyla tek başına çocuklara kötü muamele sıklığındaki değişikliklerin ölçülmesi bir programı gerçekte olduğundan daha az etkili gösterebilir. Çünkü değerlendirmeyi yapanlar, program sayesinde ortaya çıkan ara sonuçlardaki – örneğin ana-baba ile çocuk arasındaki etkileşim gibi – değişiklikleri kaçıracaktırlar. Bu durumda, aşağıdaki örneklerde de görüldüğü gibi, değerlendirilecek sonuçların seçilmesinde nihai amaç kadar ara sonuçlar için de ölçümler geliştirilmelidir.

- **Ana-babaların çocuk gelişimine ilişkin bilgi ve beklentileri**, bebek bakımı, gelişimi ve davranışları konusundaki bilgileri belirlemeye yönelik anketlerle ölçülebilir – örneğin Bebek Gelişim Envanteri bilgisi gibi.
- **Ana-babaların çocuk yetiştirmeyle ilgili tutumları**, çocuk yetiştirmeyle ilişkin tutumların ve bu konudakine güven düzeyinin değerlendirilmesiyle ölçülebilir – örneğin Çocuk Yetiştirmede Özgüven Ölçeği kullanılarak.
- **Ana-baba ile çocuk arasındaki etkileşim**, çocuklara yönelik şiddet içeren davranışlar ölçeğiyle ölçülebilir – örneğin Ebeveyn-Çocuk Çatışma Taktikleri Ölçeği.
- **Kötü muamelenin erken tespiti ve caydırılmasına ilişkin artan denetimlerin etkisi**, böyle bir müdahaleye muhatap olan ailelerle, muhatap olmayan aileler arasında kötü muamele olayları bakımından karşılaştırma yapılarak ölçülebilir.

da bir sonuç değerlendirmesi tasarlanırken, dikkate alınabilecek sonuçlardan oluşan bir liste sunmaktadır. Belirli bir program için sonuçlar arasından seçme yaparken dikkate alınması gereken noktalar şunlardır:

- Sonucun önleme açısından *uygunluğu*;
- Sonucun *türü ve sıklığı*;
- Sonuçla ilgili *verilerin bulunabilirliği*;

#### Sonucun önleme açısından uygunluğu

Önlemeyle ilgili mantıksal çerçeve modeli, seçilen sonuçların, risklerden *birinin veya daha çoğunun* ve koruyucu etmenlerin, bunların fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarının geçerli göstergeleri olmasını gerektirir. Sonuç göstergeleri bu etmenlere özgü olmadığı sürece, önleyici bir etkinin kanıtları gözden kaçırılabilir.

#### Sonucun türü ve sıklığı


Sonuçlar şöyle olabilir:

- **Olaylar** – örneğin ölümler, yaralanmalar, şiddet içeren hareketler, hastalıklar veya doktor ziyaretleri;
- **Koşullar** – örneğin depresyon, travma sonrası stres bozuklukları, alkolizm;
- **Kişisel atıflar** – örneğin bilgi, tutumlar, inançlar ve uygulamalar.

Sonuçların olaylar ve koşullar biçiminde ortaya çıktığı durumlarda, bunların hangi sıklıkla ortaya çıktığı, müdahale edilecek nüfusun büyüklüğünü de etkileyecektir. Bir sonuç ne kadar seyrek ortaya çıkıyorsa, bu sonucun değerlendirilebilmesi için gerekli nüfus büyüklüğü de o kadar artacaktır. Sonuç ne kadar sık ortaya çıkıyorsa, gerekli nüfus büyüklüğü de o kadar az olacaktır.

**Tablo 3.2 Ortamlara göre sonuç değerlendirme göstergelerine örnekler**

(Bu sonuçların ölçümü için doğrulanmış örnekler için bakınız Ek 2)

Müdahale ile ölçüm arasındaki süre	Ortam düzeyi		
	Bebek ve çocuk	Ana-baba ve aile	Çevre ve toplum
<b>Kısa dönem</b>  <b>Uzun dönem</b>	<p>Fiziksel, sözel ve zihinsel olmak üzere bebek ve çocuk gelişimi</p> <p>Sağlık – örneğin, önleyici sağlık, aşılar için yapılan ziyaretler</p> <p>Davranışların içselleştirilmesi ve dışsallaştırılması</p> <p>Kasıtlı yaralamalarda hastane acil servis ve diğer hastane kabulleri</p> <p>Sosyal yetkinlik</p> <p>Okul performansı dâhil eğitimde başarı</p> <p>Ceza adaleti sistemiyle ilişki – mağdur veya fail olarak</p> <p>Hangi nedenle olursa olsun sağlık hizmetlerinden yararlanma – yataklı veya ayakta tedavi, pratisyen hekime gitme dâhil</p> <p>Sağlık açısından riskli olup kişinin kendisinin belirttiği davranışlar –örneğin uyuşturucu ve alkol kullanımı; çok kişiyle seks yapma; sigara içme; yakın kişiden Şiddet görme</p> <p>Disiplinle ilgili ana-baba bilgisi, tutumları ve davranışları</p>	<p>Ana-baba/çocuk bağlılığı</p> <p>Ana-baba olarak yetkinlik; çocuk yetiştirme tutumları</p> <p>Bebek ve çocuk gelişimi ile ilgili ana-babanın bilgi ve beklentileri – fiziksel, duygusal, bilişsel ve cinsel gelişim dâhil</p> <p>Disiplinle ilgili ana-baba bilgisi, tutumları ve davranışları</p> <p>Ceza adaleti sistemi veya sosyal hizmetlerle çocuklara kötü muameleyle ilgili temas</p> <p>Toplumsal hizmet kuruluşlarıyla temas</p>	<p>Çocuklara fiziksel cezanın uygulanan toplumda kabul edilebilir olduğu inancı</p> <p>Kötü muamele ve saldırı sonucunda hastaneye kabul edilen 5 yaşından küçük çocukların hastaneden taburcu edilmesi</p> <p>Çocuklara kötü muamelelerin sonuçlarını ele alabilecek hizmetler</p> <p>5 yaşından küçük çocukların kötü muamele ve saldırı sonucunda acil servise götürülmeleri</p> <p>Değişik yaş gruplarında olup olumsuz çocukluk deneyimleri bildiren yetişkinler</p> <p>5 yaşından küçük çocuklarda öldürülme olayları</p> <p>5 yaşından küçük çocuklarda kötü muamele sonucu ölüm olayları</p>

- 1 İdeal olarak, 5-9 ve 10-14 yaşlarındaki çocukların öldürülme durumlarının da gösterge olarak dâhil edilmesi gerekir. Bununla birlikte, 5 yaşından küçüklerle ilgili oranlar muhtemelen en duyarlı gösterge olacaktır. Bu gösterge, bu üç yaş grubundaki oranların ölçülmesi ve bildirilmesi için eldeki kaynaklar yeterli olmadığında belirlenmelidir.

Kötü muamele sonucu ölüm ve yaralanma gibi sonuçlar seyrek görülür ve önleyici bir programın bu olaylarda ciddi bir azalma sağlayıp sağlayamadığı geniş ölçekli sonuç değerlendirmelerini gerektirir. Örneğin, 0-14 yaş grubundan çocukların öldürülmesiyle ilgili önleyici çabaların sonuç değerlendirme çalışmalarının, daha küçük ülkelerde ulusal ölçekte, büyük ülkelerde ise en azından il ve kent düzeyinde yıllarca sürdürülmesi gerekir.

Sonuçların kişisel atıflar olduğu durumlarda daha küçük ölçekte çalışmalar mümkün olur. Gerçekten de, mevcut sonuç değerlendirme çalışmaları çoğu küçük ölçekli araştırmalara dayandığından, bunlar bilgi, tutum, inanç ve uygulamalara odaklanmıştır.

Bir sonuç değerlendirme çalışmasından geçerli bir sonuç elde etmek için gerekli müdahale edilecek nüfus büyüklüğünün hesaplanmasında istatistik uzmanlığına gerek vardır.

### Sonuç verilerinin bulunabilirliği

Sonuç verileri – toplum temelli gelişkin şiddet ve yaralanma denetim sistemlerinin mevcut olduğu yerlerde – özel olarak sonuç değerlendirme çalışması için tasarlanmış değerlendirme yöntemleri uygulanarak ve doğrudan bu enformasyon sistemlerinden elde edilebilir. Bununla birlikte, bu tür sistemler birçok yerde mevcut değildir; dolayısıyla, sonuç verileri ancak özel olarak geliştirilmiş araçların uygulanmasıyla elde edilebilir.

Durum böyle ise, Bölüm 2’de anlatılan nüfusa dayalı epidemiyolojik araştırmalar, daha geniş ölçekli müdahaleler ve etkinin belirli bir süre takip edilip izlenmesini gerektiren müdahaleler söz konusu olduğunda şiddet içeren davranışlara maruz kalma ve bunun sonuçları konusunda sonuç verilerine ulaşmak üzere kullanılabilir. Bilgi, tutum, uygulama ve davranış gibi diğer sonuçlarda ise, anketlerin özel olarak tasarlanması, mümkün olan her durumda daha önceki sonuç değerlendirme araştırmalarından elde edilen iyi test edilmiş örneklerden yararlanılması yerinde olacaktır (örnekler için Tablo 3.2 ve Eke 2’ye bakınız).

### **Müdahalenin tasarlanması ve değerlendirilmesi**

Önlemede hedeflerin, sonuç göstergelerinin ve sonuç verilerinin kaynaklarının tanımlanmasından sonra, müdahalenin yapılacağı ve değerlendirileceği yolun tasarlanması gerekir. Bu işlem şu unsurları kapsar:

- Müdahale türü;
- Müdahalenin kapsamı;
- Müdahaleyi kimin yapacağı;
- Müdahalenin muhatapları;
- İşlemin nasıl denetleneceği ve belgeleneceği.

### Müdahalenin türü

Öncelikle çok sayıda önleyici stratejiden hangisinin, amaçların gerçekleştirilmesine uygun olduğuna ve bu stratejilerin örgütlenmesi açısından, organizasyon kapasitesiyle tutarlı olduğuna karar verilmesi gerekir. Bu karar; Tablo 3.1’de gösterilen etkin, umut veren ve belirsiz stratejiler hakkındaki mevcut epidemiyolojik bilgi ve veriler göz önüne alınarak verilmelidir. Böylece, kaynakların amaçlara en uygun düşen stratejiler için kullanılması sağlanacaktır.

Uygun stratejilere karar verdikten sonra müdahalenin tasarlanmasında ve değerlendirme yöntemlerinde iki temel yaklaşım vardır. Birinci yaklaşım daha önce kendi çerçevesinde test edilmiş bir müdahalenin yeniden üretilmesidir. İkinci yaklaşım, baştan itibaren, başka bir örnekte başarılı olduğu görülmüş bir müdahaleyi temel almak ve kendine özgü gerçeklikleri de yansıtarak tasarlamaktır.

## Kanıtlanmış bir müdahalenin başka bir ortamda yeniden uygulanması

Başka bir ortamda etkinliği kanıtlanmış bir müdahalenin yeniden üretilmesi için, söz konusu müdahalenin nasıl hayata geçirildiği konusunda ayrıntılı bilgi gerekir. Müdahale, gözlem ve değerlendirme yapıları, mümkün olduğunca aynı biçimde kopya edilmelidir. Orijinal programdan herhangi bir sapma söz konusu ise, etkinliğin programa mı, yeni ortama mı bağlı olduğunu saptamak zor olacaktır. Kopyalama çalışmaları, bir programın, ilk kez etkinliğinin görüldüğü yerden farklı bir ortamda da etkin olup olmadığını açığa çıkartmaya yöneliktir.

## Yeni bir müdahalenin tasarlanması

Genellikle, başlangıçta etkin bir müdahalenin yapıldığı yer ile yeni bir müdahalenin hedeflendiği yer arasında gerek kaynaklar, gerekse toplumsal ve kültürel normlar açısından farklar vardır. Örneğin, özel yaşamın gizliliğine ileri ölçüde değer verilen yerlerde, fazla zorlayıcı nitelik taşıyan ev ziyareti programlarına bir tepki ortaya çıkabilir. Böyle bir örnekte, doğum öncesi ve doğum sonrası hizmet sunan kliniklerdeki anne-babalara ve çocuklara ulaşmak için başka bir yol bulunması gerekecektir. Bu tür durumlarda müdahalelerin aynı veya benzer risk faktörlerine yönelik başarılı stratejilerin arkasında yatan ilkelere göre tasarlanması ve uygun teorik değerlendirmeleri temel alması gerekir.

## Müdahalenin kapsamı

Tablo 3.1'deki önleyici stratejilerle ilgili olarak belirtildiği gibi, stratejiler, aralarındaki risk farklarını gözlemeksizin bütün toplum, aile ve bireylere veya yalnızca riskli olarak tanımlananlara hitap etmek üzere tasarlanmış olabilir. Ev ziyareti gibi risk gruplarının hedeflendiği zamanlarda çok etkin olduğu görülmüş bulunan stratejiler uygulanırken bu odaklanma akılda tutulmalıdır. Açık bir kanıtlanmanın söz konusu olmadığı stratejiler için, risk gruplarının mı bütün nüfusun mu hedefleneceğine ilişkin karar, müdahalenin niteliği, etkinliğin yoğunluğu ve gereken kaynakların kapsamı temel alınarak verilmelidir.

Genel bir kural olarak, profesyonellerin yüksek düzeyde aktif ve sürekli müdahalelerini gerektiren stratejilerin etkisinin, yasal reformlar gibi sınırlı veya periyodik müdahaleler içeren stratejiler gibi herkese yaygınlaştırılarak seyreltilmesi yerinde olur. Ek olarak, yasal reformlar, alkol erişimini düzenleyen vergi ve fiyatlandırma politikaları, toplumsal ve kültürel normlara yönelik bilinçlendirme kampanyaları gibi kimi müdahaleler, doğaları gereği nüfusun bütününe hedef alır.

## Müdahaleye katılan ortaklar

Daha önce belirtildiği gibi, önleyici stratejiler ve hedeflerin, müdahaleye katılan sektör, kurum ve bireylerin bileşimine denk düşmesi gerekir. Kimlerin katılacağına ilişkin kararın, ilgili risk faktörleri, farklı kesimlerin bu risk faktörlerini değiştirmek açısından oynayacakları roller, bilgi ve araştırma bulguları ile çıktı değerlendirme sonuçlarının paylaşılması gereksinimi temelinde alınması gerekir.

Proje süresince ortakların yükümlülüklerini yerine getirmelerini sağlamak için işleriyle ilgili resmi sözleşmeler düzenlenmesi yararlı olur.

## Müdahalenin Muhatapları

Müdahalenin kime yapılacağına ilişkin karar, seçilen önleyici stratejiye ve müdahalenin herkesi mi yoksa yalnızca risk altındakileri mi etkileyeceğine göre değişir. Risk altındaki bireyler ve grupların hedeflenmesine karar verilirse, risk altındaki kişilerin tanımlanması için kesin kıstaslar ve



gözlem prosedürleri geliştirilmelidir. Yalnızca belirli bir risk düzeyindeki kişilere müdahale edilmesini sağlamak için bu prosedürlerin harfiyen uygulanması gerekir.

Müdahalenin herkese veya yalnızca risk altındakilere yapılmasından bağımsız olarak, hedef grup temsilcilerinin müdahalenin tasarlanmasına ve nasıl uygulanacağına ilişkin karara dâhil olmaları önem taşır. Müdahalenin ilgili grup açısından kabul edilebilir olması ve direnç doğurması böyle sağlanacaktır. Hedef grup üyelerinin sürece katılmaları, farklı bir ortam için geliştirilmiş mevcut bir müdahalenin yeniden mi üretileceği, yoksa yeni bir müdahalenin mi tasarlanacağı hakkındaki başlangıç sorusunun da çözümüne yardımcı olacaktır.

### Bir kontrol grubunun tanımlanması

Çoğu çıktı değerlendirme araştırmasında bir karşılaştırma veya kontrol grubu vardır. Bu kontrol grubu, müdahalenin olmaması durumuna göre müdahaleden yarar sağlayanları ölçmeye yarar. Sorun, karşılaştırma grubunu, hizmetleri alan gruba mümkün olduğunca benzer biçimde kurabilmektir. Eğer iki grup birbirlerine çok benzer ise ve tek farkları müdahaleye maruz kalmak açısından aralarındaki deneyim farkı ise, gözlemlenen değişikliklerin müdahaleden kaynaklandığını öne sürmek daha kolay olacaktır. Genellikle karşılaştırma grupları şu üç yoldan biriyle oluşturulur:

- Sonradan;
- Bazı eşleştirme işlemleri aracılığıyla programın başında;
- Rasgele atama yoluyla.

Bu arada, çocuklara kötü muamele edilmesine karşı yazılı ve görsel basında yer alan kampanyalar gibi kimi müdahaleler bütün nüfusa seslenir. Böyle durumlarda müdahaleden önceki ve sonraki durumların karşılaştırılması da bir seçenektir. Burada müdahale öncesi nüfus, kendisinin kontrol grubudur.

Bir kontrol grubunun tanımlanması, araştırma tasarımı alanında uzman bir kişinin devreye girmesini gerektiren teknik açıdan karmaşık bir iştir.

### Uygulama sürecinin izlenmesi

Müdahalenin uygulanma sürecinin uygun biçimde izlenmesi ve belgelenmesi çıktı değerlendirme araştırmaları için çok önemlidir. Dakik, kronolojik düzende, içeriğin eksiksiz betimlemesini kapsayan, program çalışanları ile müdahaleye maruz kalanlar arasındaki her tür etkileşimin sıklığını ve niteliğini gösteren kayıtların tutulması gerekir. Bu kayıtlar, planlanan takvimden sapmaların hızla belirlenmesi ve düzeltilmesini sağlayacak biçimde güncel tutulmak zorundadır. Ayrıca, daha sonra çıktı değerlendirmesinin bulguları üstünde çalışabilmek için de kayda gereksinim duyulacaktır.

Uygulama sürecinin uygun biçimde izlenmesi ve belgelenmesini engelleyebilecek etkenler şunlar olabilir:

- Bu tür bir çalışmanın kendi pozisyonları üstünde potansiyel tehdit oluşturduğunu düşünen program yöneticileri ve çalışanlarının direnişi;
- Hükümet ve finans kuruluşlarının, gerekli olmayan bir “araştırma” faaliyeti sayarak izleme ve belgeleme için kaynak sağlamakta isteksizlik göstermeleri;
- Programla ilgili görevleri yüzünden görevlilerin aşırı meşgul durumda olmaları nedeniyle yaşanan insan kaynağı sıkıntısı.

Bu sorunlar yaygın olmakla birlikte aşılabılır. İzleme ve belgeleme faaliyetlerinin programla baştan itibaren bütünleştirilmesi, uygun insani ve mali kaynakların tahsis edilmesini, çalışanlar

üstünde oluşacak yükün azaltılmasını mümkün kılabilir. Yüksek kaliteli izleme ve belgeleme için gerekli teknik yardım, araştırma merkezleri veya akademik merkezler ve programlar arasındaki ortaklıkla elde edilebilir. Son olarak program çalışanlarının uygulamaya ve görev bölüşümüne katılmaları yoluyla, işlem onlar açısından tehdit edici olmaktan çıkacaktır. Değerlendirme sürecinden çıkan pozitif çıktıların çalışanlar arasında paylaşılması, izleme ve belgelemenin önemini kavramalarını sağlar.

### **Değerlendirmenin analizi ve sonuçların yaygınlaştırılması**

Çocuklara kötü muamelelerin önlenmesinin planlanma ve uygulanmasında en iyi çıktılar, kanıt temelli pratikten elde edilecek, çocuklara kötü muamelelerin önlenmesine yönelik strateji ve faaliyetlerle uğraşan pratisyen, program planlamacı ve finans kurumlarına da katkı sağlanmış olacaktır. Sonuç olarak, çıktı değerlendirme araştırmalarını ısrarla vurgulayan bu rehberin temel amaçlarından biri de, önleyici çalışmaların bilimsel kanıt temelinin, bugün az sayıda yüksek gelir düzeyine sahip ülkedeki birkaç müdahale türüyle sınırlı olmanın ötesine taşımaktır.

Müdahalelerin kanıt temeli – sağlık, sosyal yardım, eğitim ve diğer alanlarda – çok sayıda ve özel (çocukların anne-babaları tarafından fiziksel istismarı gibi) sorunların önlenmesine yönelik müdahaleler üstüne tek çıktılı değerlendirmelerin sistematik biçimde gözden geçirilmesinden ibarettir. Bu tür değerlendirme araştırmaları, dünyanın farklı yörelerinde bağımsız olarak çalışma yürüten araştırmacılar tarafından yapılacaktır. Belli bir başlıktaki bütün araştırma sonuçlarını değerlendirmek ve bir araya getirmek için sistematik çalışmalarda saydam uygulama usulleri kullanılır. Bu usuller şöyle sıralanabilir:

- Usuller, başkalarının araştırmayı kolayca yapmalarını sağlayacak ölçüde açıktır;
- Araştırma öncesinde tanımlanır;
- Araştırmaya dâhil etmek veya dışta bırakmanın net kriterlerini içerir;
- Çalışmanın kapsamına alınan tasarım, nüfus, müdahale ve çıktıları belirtir.

Müdahaleleri ele alan yeni çıktı değerlendirme çalışmaları sürekli üretilmekte ve belirli bir sorun veya müdahale türü üstüne sistematik araştırmalar düzenli olarak güncellenmektedir. Bu çalışmaların bulguları hangi programları geliştirecekleri konusunda karar vermekte olanlara ulaştırılmaktadır. Sistematik çalışmalara ulaşılabilmesi sayesinde, etkin olduğu görülen bir stratejiye siyasal ve mali açıdan daha fazla angaje olunması yönünde başarılı tartışmalar yürütülebilmektedir.

Sistematik bir araştırmaya dâhil olabilmek için bir çıktı değerlendirmesi tasarım, analiz ve raporlamasında standart bilimsel kriterlere uyulması gerekir. Bu kriterler arasında verilerin analizinde kullanılan metodolojilere özgü gereklilikler, aynı alanda çalışan diğer bilim insanlarının bulgularının gözden geçirilmiş olması gibi koşullar yer alır. Bulguların hakemli bilimsel bir dergide yayınlanması; zorunlu olmasa da, bulguların daha kolay tanımlanmasını ve ulaşılmasını sağlayacak, böylece ilgili çalışmanın sistematik bir gözden geçirmenin parçası haline gelme olasılığı artacaktır. Çocuklara kötü muameleyi önleme programlarının çıktı değerlendirme araştırmalarında elde edilen bulguların analizi ve sonuçların yaygınlaştırılması için, sistematik gözden geçirme çalışmalarına yeterli bilimsel titizlik içeren raporlar üretme hedefinin katılması gerekir. Ancak bu amaç, sonuçların ilgili izleyicilerce kolaylıkla anlaşılabilir biçimde yaygınlaştırılmasının önüne geçmemelidir.

## BÖLÜM 4

# Etkilenen ailelere ve çocuklara yönelik hizmetler

Herhangi bir çocuğa kötü muamele durumu ortaya çıktığında çocuğa ve aileye yardım sağlanmalıdır. Çocuklara kötü muamele, bizzat çocuğun veya istismar olayına katılan biri veya bir tanığın verdiği bilgi, günlük veya video-teyp gibi kanıtların ortaya çıkaracağı kimi işaretlerden – çocukta görülen özel yaralanmalar gibi – anlaşılabilir. Hizmet sunucuların rolü istismar veya ihmalin sonuçlarını asgariye indirmek için yardım sağlamak, gelecekteki kötü muameleyi önlemek için neler yapılması gerektiğini belirlemektir. Yasal reformlar, politikalar ve programlar bu çerçevede hizmet sunuculara yardımcı olmalıdır. Kötü muameleye maruz kalan çocuklara yardıma dönük müdahalelerde çocukların acil olarak sağlıklarına kavuşmaları kadar, kötü muameleyle bağlantılı uzun vadeli sağlık maliyetleri ve toplumsal diğer maliyetler de göz önüne alınmalıdır.

Daha önce ifade edildiği gibi, çocuklara yönelik kötü muameleyi önleyici stratejilerin etkinliği konusunda az veri bulunmaktadır. Birkaç istisna dışında bu tür müdahaleler üstüne tavsiyede bulunmak güçtür. Yine de kötü muameleye uğrayan çocuğa resmi bir destek verilmesi yaşamsal derecede gereklilik taşır.

Bu bölümde çocuklara yönelik bilinen kötü muamele vakalarına gösterilecek tepkinin bazı gerekli öğeleri tartışılıyor. Hizmet sağlamada çıktıların ölçülebilir olmasına olanak sağlayan ve böylece hizmet tedarikinin etkinliğini kanıt temeline oturtmaya katkıda bulunan bir yol izlenmesi vurgulanıyor. Çocuk koruma sistemlerine yatırılan büyük miktardaki insani ve mali kaynaklar göz önüne alındığında, bu hizmetlerce gerçekleştirilen çeşitli müdahalelerin etkinliği hakkında ülkeye özgü bilgilere acil olarak gereksinim duyulmaktadır.

### 4.1 Kanıt temelinin güçlendirilmesi

Çocuğun uğradığı kötü muameleye ilişkin olarak kaliteli sağlık ve toplumsal hizmetlerinin müdahalede bulunmaları gerekir. Hizmet protokollerinde yalnızca sezgiye, anlatıma dayalı bilgilere veya siyasal değerlendirmelere dayanılması ve özgün kanıtların dikkate alınmaması durumunda, hizmetler etkisiz olmakla kalmayıp zararlı da olacaklardır. Dolayısıyla müdahalelerin uygun bir teori üstüne temellendirilmesi ve en gelişkin bilimsel verilere göre tasarlanmaları önem taşımaktadır.

Müdahalelerin sonuçlarının ölçülebilir olması, hedeflenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığının görülmesi de önemlidir. Dolayısıyla çocukların uğradığı kötü muamele ile ilgili sağlık, bakım, toplumsal ve yasal hizmetler *müdahale çıktılarının araştırılmasına* gereksinim vardır. Bölüm 3’de önleyici programların çıktı değerlendirmeleri konusunda verilen bilgi, kötü muamele gören çocuklar ve aileleri ile ilgili müdahalelere de uygulanabilir. Önleyici stratejilerle ilgili hizmetler şu özellikler gözetilerek geliştirilmelidir:

- mantıksal bir model kullanılmalıdır;
- insani kaynaklar dâhil olmak üzere, hizmetin hedeflerine uygun gelecek şekilde bir organizasyon kapasitesi geliştirilmelidir;
- uygun çıktı göstergeleri tanımlanmalıdır.

Hizmet sunum göstergelerini ölçen işlem değerlendirmeleri kalitenin sürekli geliştirilmesi ve yönetim ve planlamanın yönlendirilmesi için önemlidir; ancak çocuklar ve ailelere verilen hizmet değerlendirmelerinde, işlem değerlendirmesinin ötesine geçilerek, hizmetin aile ve çocuklar üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkisinin değerlendirilmesine yönelmek doğru olacaktır.<sup>1</sup>

İngiltere Sağlık Bakanlığı, çocuklar ve aileler için etkin hizmetlerin kanıt temelli pratik ve “incelikle dengelenmiş profesyonel yargı’nın birleşiminin ürünü olduğu görüşündedir.<sup>2</sup> Sağlık Bakanlığı’na göre kanıt temelli hizmetler ve müdahaleler için, uygulayıcıların aşağıdaki koşulları yerine getirmeleri gerekir:

- Çocuklar ve ailelerin gereksinimleri ve hizmetlerle müdahalelerin çıktıları hakkında araştırma ve uygulamadan elde edilen bilginin eleştirel biçimde kullanılması;
- Doğrudan gözlem, diğer kurumların kayıtları veya aile üyeleriyle yapılan görüşmeler gibi bilgi kaynaklarını da belirterek bilgilerin sistematik biçimde kaydedilmesi ve güncellenmesi;
- Çocuklar ve aileleri dâhil olmak üzere hizmet sunucularından öğrenmek;
- Bir müdahalenin, çocuk ve ailenin gereksinimlerine yanıt vermek açısından etkin olup olmadığının sürekli olarak değerlendirilmesi ve müdahalenin buna göre düzenlenmesi;
- Uygulayıcının gerçekleştirdiği müdahalelerden elde edilen bilgi, işlemler ve çıktılarının özenle değerlendirilmesi.

Altyapı açısından gelişkin, yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde bile çocuk koruma hizmetleri birçok çocuk örneğinde başarısız olmaktadır. Önlem olarak, karmaşık ve maliyetli çocuk koruma sistemlerinin geliştirilmesi için yatırımlar yapılamayabilir. Bunun yerine çocuk koruma ve çocuklara yönelik kötü muameleyi önlemeye dönük politika ve programların birlikte geliştirilmeleri gerekir. Ek olarak çocukların maruz kaldıkları kötü muameleyle ilgili hizmetlerle mevcut sağlık koruma ve toplumsal hizmetlerinin, mümkün olan her örnekte bütünleştirilmeleri sağlanmalıdır.

#### **4.2 Çocuklara kötü muameleye tepki: temel bileşenler**

##### ***Çocukların uğradığı kötü muamelenin ortaya çıkarılması***

Araştırmacı ve uygulayıcılar, çocukların maruz kaldıkları kötü muamelenin birçok durumda ortaya çıkartılmadığını ve dolayısıyla bu çocukların resmi bir yardım veya koruma görmediklerini belirtmektedirler. Çocuklara yönelik kötü muamelenin yaygınlığını ve sağlık ve toplum üstünde yarattığı uzun vadeli sonuçları düşündüğümüzde, öğretmen, sağlık hizmetleri ve sosyal görevliler ile “ön” hizmetlerde çalışan profesyonellerin, her yıl – farkında olmaksızın – kötü muamelenin güncel veya eski mağduru birçok çocuk ve yetişkinle temas ettiklerini düşünebiliriz.

Çocuğa yönelik kötü muamelenin erken tespiti ve duruma erken müdahale gelecekteki şiddeti ve bunun sağlık ve toplum üstündeki uzun vadeli sonuçlarını asgari düzeye çekmeye yardımcı olabilir. Bütün çocuklar arasında ciddi yaralanma, nörolojik zarar görme ve ölüm anlamında en büyük riski alan küçük çocukların kendi başlarına şiddeti bildirmeleri de mümkün değildir. Ön hizmetlerde çalışan profesyonellerin beş yaş altındaki çocuklar açısından kötü muameleyi açığa çıkartma kapasitelerinin artırılması, bu nedenle kritik öneme sahiptir.

Bu amaca ulaşmak için, çocuklar ve ailelerle düzenli ilişki içindeki çalışanların, yardıma ihtiyaç duyabilecek çocuklar ve ailerden gelen uyarı işaretlerini anlayabilmeleri ve bu işaretler üstüne harekete geçebilmeleri gerekir. Sorunu erken açığa çıkarma ve müdahale etme yeteneği, öncelikle profesyonellerin özel bir eğitimden geçmelerine bağlıdır. Bu eğitim aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır:

- 1 Evlat edinme, koruyucu aile yanına yerleştirme veya adres değişiklikleri gibi durumlar temsili çıktı önlemleri olarak kullanılabilir; ancak bunların aktüel çocuk çıktıları ile ilişkileri de özenle değerlendirilmelidir.
- 2 Framework for the assessment of children in need and their families (Yardıma muhtaç olan çocuklar ve ailelerinin değerlendirilme çerçevesi) Londra, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı

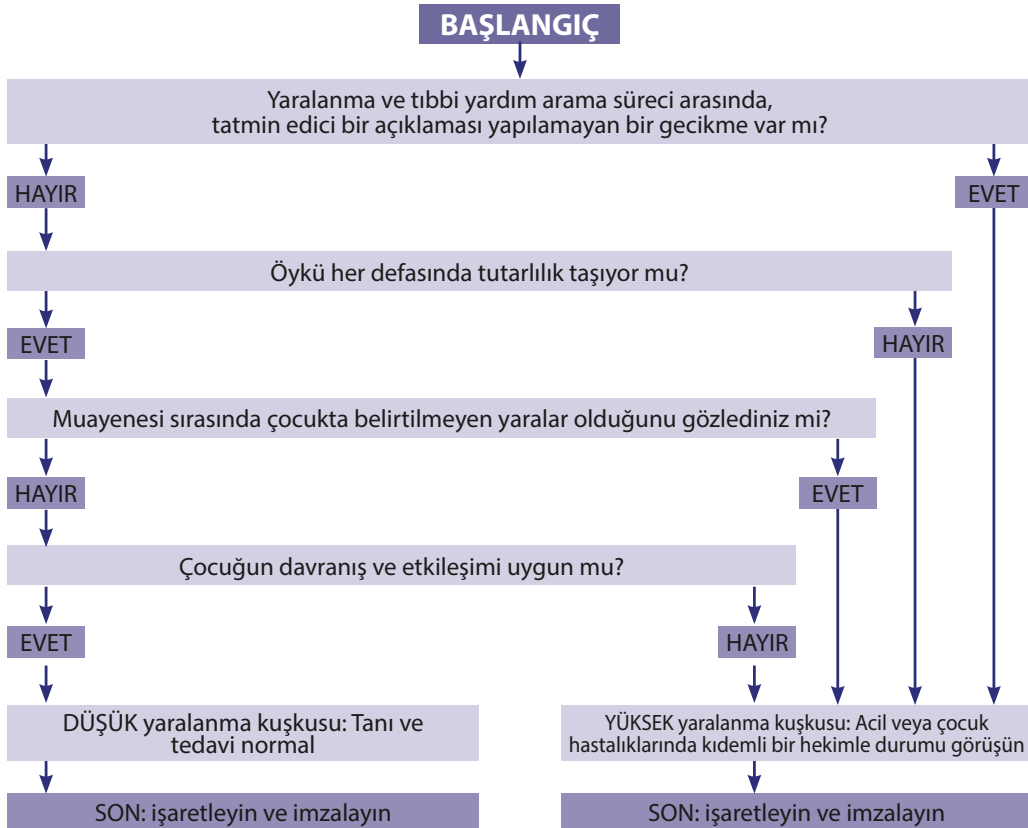
- Çocukların maruz kaldığı kötü muamele öyküleri:
  - olası, muhtemel ve kesin kötü muamelenin fiziksel ve davranışsal işaretleri – ve kötü muameleyle işaret etmeyen belirtiler;
  - olası bir kötü muamele işareti alındığında nasıl tepki verileceği – vakaları rapor eden ve sevk eden gözetmenlerle yapılan protokoller dâhil.

Birçok profesyonel olası bir kötü muamele olayına müdahale etmeleri halinde – gerek çocuklar gerekse aileler söz konusu olduğunda – kendi başlarına ne geleceği konusunda endişe duymaktadırlar. Bu endişelerin giderilmesi gerekir. Sağlık ve sosyal hizmet görevlilerinin eğitimi, kötü muameleden etkilenen kişilerin tıbbi ve psiko-sosyal tedavi seçeneklerini de içermelidir.

Öncelikle temel sağlık hizmeti sistemlerinin işlerlikte olduğu yerlerde, bir yanda anne-babalar ve çocuklar, diğer yanda da sağlık hizmet görevlileri arasındaki düzenli etkileşim kötü muamele vakalarını ortaya çıkarmak ve müdahale etmek için değerli olanaklar yaratmaktadır. Yine acil bölümlerinde aileler ve sağlık görevlileri arasındaki etkileşimde aynı şekilde yararlı olmaktadır. Kötü muamelenin sağlık üstündeki sonuçları değişik biçimler alabilir ve yaşama süresine yayılabilir. Oysa sağlık çalışanları, çocuğa yönelik olası kötü muameleyi saptamak için daha fazla yararlanma, hastalık ve davranış belirtilerine yoğunlaşmaktadırlar. Çocuğa yönelik kötü muamelenin bu belirtilerle açığa çıkarılması, sağlık çalışanlarının – özellikle çocuk doktorları, acil doktorları

#### Şekil 4.1 Acil servislere görülen vakalarda rastlanan çocuk istismar vakalarının ortaya çıkarılmasını sağlamak için basit bir müdahale örneği

**Çocuk yaralanması iş akış şeması:** Herhangi bir yaralanma nedeniyle acil bölümünde bekleyen 6 yaş altındaki bütün çocuklar hakkında aşağıdaki notları tutunuz



Kaynak: Benger Jr, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. (Acil bölümlerinde çocuk istismarının ortaya çıkarılmasını geliştirmek için basit müdahale) British Medical Journal, 2002, 324:780.

ve hemşireler – algoritma, iş akış programları veya görev listeleri kullanmaları yönünde eğitilmeleri yoluyla geliştirilebilir. Şekil 4.1 bu çerçevede algoritmalara bir örnek vermektedir. Sağlık çalışanları, yalnızca uyarı işaretlerinden değil, çocuğa yönelik kötü muamelenin sağlıkla ilgili tüm potansiyel sonuçlarından da haberdar olmalı ve bu şekilde kötü muamele gören çocuklara uygun biçimde yardım edebilmelidirler.

Kötü muamelenin erken saptanmasını geliştirmeye dönük prosedürler – profesyonellerin eğitimi dâhil olmak üzere – özenle değerlendirilmiş değildir ve tek çözüm olarak görülmemelidir. Bazı kötü muamele türleri – psikolojik şiddet, fiziksel ve cinsel şiddetin daha hafif biçimleri gibi – genç mağdurlar üstünde her zaman açık işaretler bırakmadıkları için, profesyonellerce atlanabilir.

Çocuklara yönelik kötü muameleyi açığa çıkartmayı önleyen ve aşılması güç, sistemle ilgili engeller de vardır. Profesyonellerin daha fazla eğitim görmelerinin önündeki bir engel, bu çalışanların işlerinde genellikle aşırı gerilmeleridir. Aile açısından özel bir konu saydıkları duyarlı bir konuya dâhil olmakta isteksizlik de gösterebilirler.

Belki en büyük sorun, çocuk bakım ve koruma hizmetlerinin işlerlikte olmadığı durumlarda profesyonellerin nasıl müdahale edecekleridir. Çocuğa yönelik kötü muamelenin erken saptanması için yapılacak yatırım, yalnızca olayın saptanmasının ardından çocuğa yardım ve koruma yönünde harekete geçilmesi halinde değer taşır.

#### Bütünleşmiş sağlık bakımı ve adli değerlendirme

Kötü muamele kuşkusu doğduğu zaman, çocuğun iyiliği için fiziksel ve zihinsel bir sağlık değerlendirmesi yapılması gerekir. Olayın mahkemeye taşınma olasılığı yüksekse, adli bir değerlendirmeye de gereksinim duyulur. Kimi yasal sistemlerde çocuğun gereksinimlerini karşılamak ile kanıt toplanması arasında kaçınılmaz bir çatışma durumu vardır. Yetişkinlere yönelik olan ve çocuğun gelişim ve zihinsel açıdan sağlık gereksinimlerini dikkate almayan yasal sistemlerde bu duruma çok rastlanmaktadır. Oysa çocuğun gereksinimleri adli sorgulamadan önce gelmelidir ve bu nokta ilgili bütün kesimler için açık olmalıdır. Çocuk sağlık muayenesini reddederse ve çocuğun durumu, sergilediği belirtiler veya semptomlar böyle bir muayeneye tam olarak uygun değilse, arada kanıtlar yitirilecek olsa bile, çocuk fiziksel bir muayene veya sözlü bir sorgulamaya zorlanmamalıdır. Çocuğun daha fazla zarar görmesini engellemek için tıbbi ve adli araştırma ve adli sorgulama koordine edilmeli, çocuk mağdurlarla çalışma konusunda eğitim almış profesyoneller tarafından yürütülmelidir. Bu çalışmalar, çocuktan olup biteni anlatmasının mümkün olduğunca az istenmesini temin edecek şekilde uyumlulaştırılmalıdır.

Sağlık değerlendirmesi en azından aşağıdaki noktaları içermelidir:

- Gerek çocuk gerekse tıbbi görevlinin onayının alınması;
- Hem bakıcı hem çocuktan tıbbi veya sağlıkla ilgili öykünün alınması;
- Genital ve anal bölge dâhil olmak üzere tepeden tırnağa fiziksel muayene;
- Yaralanma ve tedavinin dokümantasyonu;
- Zihinsel sağlığın değerlendirilmesi;
- Cinsel olarak aktarılan enfeksiyonlar ve HIV açısından tarama veya tedavi;
- Varsa, gebeliğin önlenmesi.

## KUTU 4.1

### Çocukların ifşasına verilen tepki

Çocuğa yönelik kötü muamelenin kazara veya isteyerek dışı vurulması durumunda genellikle ortaya bir bunalım çıkar. Çocuklar bilginin nasıl alındığını, kendilerine inanılıp inanılmayacağını, destek mi görecekler yoksa suçlanacaklar mı, bilmezler. Özellikle küçük çocuklar bilgiyi paylaşmanın sonuçlarını anlayamayabilirler ve yaptıkları açıklamanın yetişkinlerde neden olacağı tepki karşısında şok geçirebilir veya şaşkınlığa düşebilirler.

Bir çocuğun istismar veya ihmali ifşa etmesi halinde, açıklamanın yapıldığı kişinin, çocuğu desteklemek üzere uygun tepkiyi göstermesi çok önemlidir. Böylece çocuk açısından daha fazla risk yaratacak şekilde daha sonraki soruşturmanın zedelenmesi de engellenebilir. Çocuklar genellikle önce küçük bir bilgi verir ve yetişkinlerin tepkisini görmek isterler. Ancak daha sonra, kendilerini güvende hissettikleri zaman açıklamayı sürdürürler.

Aşağıda kötü muamele konusunda açıklamada bulunan çocuklara nasıl davranılacağına ilişkin öneriler bulunmaktadır:

- Çocuğa temkinli ve saygılı davranın.
- Sakinliğinizi koruyun ve şok, iğrenme veya bir ahlaki içerleme sergilemeyin. Özellikle gösterilen tepkiler çocuğun beklentisinden farklı olursa ve duruma aşırı heyecan gösteriliyorsa, çocuk nezdinde bu onun beklentisinden daha fazla olacaktır.
- Suçlanan faili aşığılamaktan kaçınınız; bu kişi, anne-baba veya ihmal ve istismara uğramış olsa edilmişse bile çocuk tarafından seviliyor, değer veriliyor olabilir.
- Kötü muameleyi ifşa eden çocuğu dikkatle dinleyin ve çocuk eğer sessiz kalırsa, buna müdahale etmekten kaçınınız; çocuğun kendisini kendi sözcükleriyle ifade etmesine, hatta argo kullanmasına bile olanak verin, "amcan olduğundan emin misin?" gibi ifadelerle düzeltmeye veya karşı çıkmaya kalkışmayın.
- Çocuğun hissettiklerini ifade etmesine ve anlatmasına olanak verin; duyguları hakkında kusurlu varsayımlarda bulunmayın.
- Asla çocuğu fiziksel olarak uğradığı zararı göstermeye veya paylaşmaya hazır olmadığı duygularını anlatmaya zorlamayın.
- "Tecavüz", "ensest", "saldırı" gibi çocuğu rahatsız edebilecek veya korkutabilecek sözcükleri kullanmayın.
- Aşağıdaki türden ifadelerle çocuğa güven ve destek duygusu aşılılamaya çalışın:
  - "Çok cesurca anlatıyorsun."
  - "Bana bunu anlatmandan memnunum."
  - "Böyle bir şeyin senin başına gelmesine üzüldüm."
  - "Yalnız değilsin – bu tür şeyler başka çocukların da başına gelebilir."
  - "Sana yardım etmek için her şeyi yapacağım"
- Suçlanan faile veya anne-babanın etkisine atıfta bulunmak da dâhil, söz konusu olaydan söz etmekten kaçınınız ve şu tür ifadeleri kullanmayın:
  - "... hakkında bunları nasıl söyleyebilirsiniz?"
  - "Amma da yalancısın"
  - "Bu korkunç adam senin hayatını mahvetti."
  - "Bunları sana yapmasına nasıl izin verdin?"
  - "Bunu neden daha önce bana söylemedin?"
- Şüpheli failin kimliği hakkında varsayımlarda bulunmayın.
- Çocuğun sorusuna en sade ve mümkün olduğunca dürüst yanıt verin. Örneğin çocuk "babam hapse mi gidecek?" diye sorarsa, uygun yanıtın "Bilmiyorum. Buna başkaları karar verecek" olması gerekir.
- Yalnızca tutabileceğiniz sözler verin. Çocuğun verdiği bir sırrı gizli tutabileceğinizi söylemeyin. Böyle bir durumda bazı sırların yardım istemek veya başkalarının incinmesini önlemek için paylaşılacağını anlatın. Çocuğa, bu bilgileri yalnızca yardım ve koruma sağlayabilecek kişilerle paylaşacağını söyleyin.

Bir iddia soruşturuluyor ve dolayısıyla adli bir değerlendirme de yapılması gerekiyorsa, sağlık değerlendirmesinin içinde fiziksel muayeneyle eşzamanlı olarak adli bir muayenenin de yer alması gerekir. Burada amaç, geçerli adli bulguları toplamaktır. Adli kanıtlar standart uygulamalara göre toplanmalı ve saklanmalıdır.<sup>3</sup>

Çocuğa koruma sağlamak ve yargı sürecinde arzulan çıkıtları elde etmek için gerekli adli kanıtların toplanmasına çalışılmalıdır. Mahkemelerin en fazla ağırlık vereceği kanıtlara öncelik verilmelidir. Yasa uygulayıcı makamlar, adli sistem, sağlık hizmeti sunanlar ve adli bilim insanları arasında işbirliği ve iyi iletişim tesis edilmesi, kanıtların bulunması, analiz edilmesi, değerlendirilmesi ve yorumlanması sırasında önem taşır.

Adli değerlendirme adli incelemeye ek olarak istismar olayını ihbar eden kişiyle, tacize uğradığından kuşkulanan çocuk veya çocuklarla, suçlanan kişi ve diğer ilgili kişilerle yapılan görüşmeleri de kapsar. Bu görüşmelerin, tarafların her birinin anladığı haliyle olayları belirlemesi ve böylece çocuğun gerçekten tacize uğrayıp uğramadığını göstermesi gerekir. Çocuklarla yapılan adli görüşmeler uzman becerisi gerektirdiğinden, mümkün olan her durumda eğitim almış ve deneyimli profesyoneller tarafından gerçekleştirilmelidir. Kimi ülkelerde adli görüşme yasal veya sosyal bir kesimin sorumluluğuna verilmekte ve sağlık çalışanları bu konuda ne eğitim görmekte ne de yetkili kılınmaktadır. Mümkünse, çocuğa yönelik sorgulama sayısını asgariye indirmek için adli görüşmenin ruh sağlığı değerlendirmesi ile birleştirilmesi gerekir.

Adli açıdan hem suçlunun işlediği suçu kanıtlamak hem de ruh sağlığı açısından ciddi sorunlar yaşayan çocuklardan, faili suçlayacak gerekli kanıtları sağlamak ve çocukların korunmasına yardım etmek üzere araştırmacılarla görüşmeleri istenebilir. Gerek yasal hizmet sunucular gerekse sağlık hizmeti sunanlar, kötü muamele görmüş çocukların gereksinimlerinin bilincinde olmalıdırlar. Bu çocuklar, uğradıkları kötü muamelenin sonucu olarak travmatik ruhsal rahatsızlıklar veya başka belirtiler gösterebilir. Çocuğun sağlığı her şeyin üstünde tutulmalı ve çocuk kuşkulanan istismarın dökümünü yapmak için yersiz bir baskı altına alınmamalıdır. Böyle bir tutum, çocuğa zarar verme potansiyelinin ötesinde, elde edilen bilginin güvenilirliğini de olumsuz etkileyebilir.

Bazı durumlarda, özellikle cinsel istismarın söz konusu olduğu örneklerde, uğradıkları kötü muamele – yasal açıdan – kötü muameleye uğrayan çocuklara ruh sağlığı tedavisi için de gerekli olabilir. Aynı zamanda, sağlık çalışanlarının, çocuğu psikolojik açıdan zedeleme endişesinden dolayı ve bazı tedavi yaklaşımlarının da soruşturmayı saptırma riski nedeniyle, kuşkulanan kötü muameleyi ele alamama tehlikesini bilmeleri gerekir. Psikiyatrlar, bu durumda, bir yandan çocuktan bir istismar hikayesi alırken, – diğer yandan duruma duyarlılıklarını koruyarak – yansız, olaylara dayalı ve sorgulayıcı bir tutum benimsemelidirler. Benzer biçimde, yasal hizmet sunucular ve adli değerlendirmecilerin de, çocuğun duygularının sağlığını bozabileceğinin veya doğru ve geçerli bilgileri iletmesini önleyebileceğinin farkında olmaları gerekir. Bu çelişik boyutların varlığı nedeniyle, istismar kuşkusunun (özellikle cinsel istismar) olduğu durumlarda görüşmeden önce farklı kesimlerin temas etmeleri gerekli olabilir.

## Psiko-sosyal destek

Çocuklara yapılan her tür kötü muamelenin, çocuğun ruh sağlığı ve gelişimi üzerinde önemli ve yaşam boyu sürecek olumsuz etkileri olabilir. Dolayısıyla çocuğun iyileşmesi için psiko-sosyal destek verilmesi önem taşımaktadır. Çocuğun durumunu ciddiye alan, güvenilir, saldırgan olmayan bir bakıcının varlığı, güçlü bir psiko-sosyal destek demektir. İdeal olan, herhangi bir tıbbi

3 Örnek olarak adli kanıt toplanması rehberlerine bakınız. Bak: Cinsel şiddet kurbanları için tıbbi-yasal destek kılavuz kuralları, Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2003.



tedavinin yanı sıra, kültürel olarak duyarlı ruh sağlığı değerlendirmesi ile birlikte, destek ve tedavinin nitelikli uygulayıcılar tarafından sunulmasıdır. Ancak birçok toplumda resmi ruh sağlığı hizmetine ulaşamadığı da bir gerçektir. Bu tür hizmetlerin sınırlı olduğu durumlarda, çocuk ve aileyi, resmi olmayan toplum temelli destekle ilişkilendirmeye çalışılmalıdır. Ruh sağlığı destek ve tedavisinin – resmi ya da resmi olmayan – çocuk bakıcılarını ve aileyi içermesi ve çocuğu korumaya yönelik her tür yasal prosedür ve çabayla koordine edilmesi gerekir. Ağır zihinsel hastalık, intihar veya kendini yaralamaya yönelik davranışlar, kişilik çözülmesi ve travma sonrası stres bozukluğunun görüldüğü ciddi vakalarda terapinin, yasal sürecin önüne geçirilmesi gerekir.

Hem çocuğa hem aileye yönelik, davranışsal ve bilişsel tekniklerin kullanıldığı ruh sağlığı müdahalelerinin etkinliğine ilişkin daha çok deneylere dayanan veri bulunmaktadır. Deneylere dayanılarak değerlendirilen tedaviler aynı zamanda amaca yönelik olan ve bu yaklaşımla yapılandırılmış olanlardır. Bu müdahalelerde duygusal ve davranışsal bozuklukları yönetmeye dönük tekrarlı uygulama becerileri vurgulanır. Çocuklar açısından önemli beceriler arasında şunlar sayılabilir:

- Duyguları tanımlamaya, işlemeye ve düzenlemeye yönelik beceriler;
- Anksiyete yönetimi becerisi;
- Kusurlu alguları tanımlamaya ve değiştirmeye yönelik beceriler;
- Sorun çözme becerileri.

Anne-baba ve diğer bakıcılar için, – negatif davranışı cezalandırmaktan ziyade – pozitif davranışı öğretmek önemlidir. Travmaya özgü bilişsel davranışsal müdahaleler, mağdurlarda endişe, depresyon, cinsel kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi sorunların azaltılmasında etkindir.

### Ailelere yönelik destek hizmetleri

Bir çocuğun yaşadığı kötü muamele deneyimi, ailede büyük stres ve karışıklığa neden olabilir. Çocuk ve diğer kardeşler, olacaklardan korkabilir veya evde daha önce yaşananlar nedeniyle kendilerini suçlu hissedebilirler. Diğer aile üyeleri de istismara uğramış veya ihmal edilmiş olabilirler. Hizmet sağlayıcıların, etkilenen kişilere güvence sağlamak ve rehabilitasyonlarını desteklemek için özel müdahalelerin taşıdığı önemi biliyor olmaları gerekir. Çocuklarına kötü muamele ettiklerinden kuşkulanan aile üyelerine destek vermek, hizmet sağlayıcılar açısından zor olabilir; ancak çoğunlukla aileye sağlanan yardım çocuğa da yardım etmek anlamına gelir. Dolayısıyla ailenin bütünü kadar, anne-babaya da özel bir destek verilmesi gerekir.

Kötü muameleden şüphe duyulması veya bunun açığa çıkarılmasından sonra ve iyileşme sürecinde bu tür desteklere gereksinim duyulabilir. Bütün aile üyelerine, kişisel gereksinimlerine göre uygun hizmetler verilene kadar destek sağlanmaya devam edilmelidir. Destek hizmetleri, sektörler arasında etkin iletişim ve işbirliği sağlayacak biçimde bütünleştirilmelidir – böylece her bir kesimin kendi rolünün ve öncelikli sorumluluklarının farkında olması, roller arası çatışmaların da engellenmesi sağlanabilir.

Aileyle temas halindeki tekil hizmet sağlayıcıların sayısı, aile ve çocukla ilgili olarak bakım ve olayın yönetimine doğrudan dâhil olanlarla sınırlanmalıdır. Bu şekilde bakımın sürekliliği ve tutarlılığı sağlanabilir. Böylece olayın adli bütünselliği ve aile yaşantısının kişiselliği de korunabilir.

Destek amaçlı müdahalelerin gerekli görüldüğü noktanın belirlenmesi aşağıdakilere bağlı olacaktır:

- Çocuğun yaşı ve gelişimsel yetenekleri;
- Çocuğun ve ebeveyn veya ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal sağlığı;
- Ailenin çocuklarıyla ilgilenme ve çocuklarını yetiştirme yeteneğini etkilediğini düşündüğü engeller;
- Çocuk ve ailenin erişebileceği maddi ve toplumsal kaynaklar;
- Var olan profesyonel ve resmi olmayan sistemlerin sorunu etkin biçimde ele alma yeteneği.

Aileler, kötü muameleden sorumlu kişiye özel muamele dâhil olmak üzere, genellikle özgün hizmetlere yönlendirilmeye ihtiyaç duyacaktır. Arzulanan, biçimlendirilmiş bir yönlendirme sistemidir. Böylece hangi desteğin uygun olduğu tanımlanacak, psikolojik travma değerlendirmeleri ve ruh sağlığına yönelik müdahaleler gibi daha uzmanlaşmış kaynaklara ne zaman başvurulması gerektiği saptanabilecektir. İstismara özgü destek verilmesine ek olarak, beslenme, barınma ve ulaşım gibi temel yaşamsal zorunluluklar da yönlendirmeye dâhil olmalıdır. Kimi durumlarda aile bireyleri yardımı reddedebilir. Bu tür durumlarda hizmet sağlayıcıların, hangi hizmetin alınabileceği, bu hizmetlere nasıl ulaşılabileceği konularında aileyi bilgilendirmeleri gerekir. Ailenin tutumu ne olursa olsun, öncelik, çocuğun sağlığına ve korunmasına verilir.

Korunmanın ötesinde, kötü muamele görmüş çocuklar ve aileleri, genellikle tedavi olmak ve yeniden toplumun üretken üyelerine dönüşmek için müdahaleye gereksinim duyarlar. Bu türden iyileştirme müdahalesinin, sürekli veya kesintili hizmetler gerektiren bölümleri vardır. Böyle hizmetleri kapsayan bir plan tasarlanırken, hem çocukların, hem faillerin duyarlılık ve koruyucu faktörler açısından değerlendirilmesi gerekir. Toplumsal ve ruhsal sağlığın tedavisi için yapılan müdahalelerde var olan toplumsal yapıları dikkate alınmalı ve müdahaleler kültüre özgü olmalıdır.

Rehabilitasyon hizmetleri içinde şunlar bulunur:

- **Sağlık müdahaleleri** – sürdürülen tıbbi bakım; ruhsal sağlıkla ilgili müdahaleler; travma terapisi; birey, grup veya aile danışmanlığı;
- **Toplumsal müdahaleler** – bakıma kısa süre mola verilmesi; temizlik ve yemek pişirme dâhil gündelik ev işlerine yardım; koruyucu aileye yerleştirme; çocuk koruma hizmetlerince gözetim;
- **Eğitimle ilgili müdahaleler** – özel eğitim öğretimi;
- **Yasal müdahaleler** – faillerin kovuşturulması; çocuk koruma; tazminat talebiyle ilgili önlemler;
- **Mali destek** – yukarıdaki müdahalelerin yanında mağdurlar için tazminat fonlarından yararlandırma.

Yukarıda sayılan hizmetler ne kadar iyi işlerse, çıktılarının başarılı olma olasılığı da o kadar yüksek olur. Her zaman olduğu gibi sektörler arasında iyi iletişim çok önemlidir. Kişisel yaşamın gizliliği de akılda tutulmalıdır. Örneğin çocuk açısından bakıldığında, okulun, çocuğun stres altında olduğunu bilmesi yararlı olabilecektir. Öte yandan, bu bilginin paylaşılması çocuğun sağlığı ve bir öğrenci olarak konumu açısından zararlı da olabilir. Çocuklar ve aileler de bu tür bilgilerin başkalarıyla paylaşılması konusunda uyarılmalıdırlar.

Dolaysız hizmet sağlayıcılar arasında oluşturulacak bir ağ ile çocuğa karşı kötü muamele konusunda uzmanlaşan bütün erişilebilir sağlık, yasal ve toplumsal hizmet sunucularını bir araya getirecektir. Uygun olduğu takdirde aileler ve çocuklar da bu konferanslara davet edilerek işbirliği etmeleri sağlanabilir. Bu ağ aracılığıyla, yasal süreçler, müdahaleler ve destek hizmetleri hakkında internet ortamında bulunan bilgiler dâhil olmak üzere, basılı ve elektronik başvuru materyalleri paylaşılabilir, kullanıma açılabilir.

## Takip

Çocuk ve aileden sorumlu birinci basamak sağlık uzmanı, kötü muamele konusundan haberdar ise, bu kişi – olası sonraki kötü muamele olayları gibi konularda – çocuk ve aile ile daha ileri ilişki içine girmelidir.

Çocuk ve ailenin sağlığına yönelik müdahalelerin gerçekleştirilmesi ve istismarın yaralayıcı etkilerine karşı yardımcı olmak için birinci basamak sağlık uzmanına ihtiyaç vardır. Yüksek stres düzeyi, hasta bir çocuğun bakımını zorlaştıracığı için, ileriki sağlık ziyaretlerinde birinci basamak sağlık uzmanı, ailenin stres düzeyini dikkate almalıdır. Aile, çocuğa kötü muamele edilmesi gibi duyarlı bir konuyu sağlık uzmanıyla paylaşmak istemeyebilir. Bu tür durumlarda aile üyelerinin, birinci basamak sağlık uzmanının bilgilendirilmesinin, tedavinin sürmesine yardımcı olacağı konusunda ikna edilmeleri gerekir.

Bakım, çeşitli kurum veya kesimlerin temsilcilerinden oluşan bir ekip tarafından veriliyorsa, izleme açısından gelişkin bir plana sahip olmak önem taşıyacaktır. Bu planda her bir ekip üyesinin rolü açık biçimde tanımlanmalıdır. Hizmet planları, sektörlerin kendi sorumluluk alanlarını ve çalışmalarına ayrılan zamanı bilmeleri durumunda daha etkin işleyecektir. İstismardan veya ihmalden etkilenen her birey ve aile için açık biçimde tanımlanmış planlar, izlenecek konular dâhil olmak üzere doküman haline getirilmelidir. Farklı kesimlerden hizmet sağlayıcılar arasında bağ kurulması, bilginin hızlı ve sağlıklı biçimde paylaşılmasını, aynı zamanda gizliliğe saygı gösterilmesini temin edecektir. Bu, özellikle yetkili makamlara bildirilmesi gereken başka istismar veya ihmal olaylarının ortaya çıkması durumunda önem taşır. Her bir çocuk için, ailenin temas kuracağı kişi rolünü üstlenen ve farklı hizmetlerin koordinasyonunu sağlayan bir vaka yöneticisi mevcut olmalıdır.

## Çocuklara kötü muamelenin yetişkin mağdurlarına yönelik hizmetler

Çocukluklarında kötü muameleye maruz kalmış yetişkinlerle yapılan araştırmalar, bu tür kötü muamelenin hayli yaygın olmasına karşın, bunlardan çoğunun örneğin açığa çıkmadan ve bildirilmeden kaldığını göstermektedir. Yetişkinlerle ilgilenen sağlık uzmanları, aslında bilmeden çocuklara yönelik kötü muamelenin mağdurlarıyla ilgileniyor olabilirler. Kutu 1.3'de gösterildiği gibi, çocuklukta bir şekilde mağduriyet geçirmek ile o kişinin yetişkinlik çağındaki genel durumu ve sağlığı açısından riskli davranışlar ve hastalıklar arasında bir ilişki vardır. Dolayısıyla çocuklara yönelik kötü muamelenin yetişkin mağdurlarına yardım sunulması, travma ve uzun vadeli etkilere müdahale anlamı taşıması nedeniyle genel sağlık durumunun önemli güvencelerinden birini oluşturacaktır. Kaynaklar yeterli olduğu takdirde kötü muamele mağdurlarının saptanmasına yardımcı olacak eğitim ve adli süreçlerle ilgili müdahaleler, yetişkin sağlık hizmetlerine eklenmelidir. Bu yolla kötü muameleden etkilemiş yetişkinler de uygun psikolojik destek hizmetlerinden yararlanabileceklerdir.

## Çocuğun korunması

Kötü muamele kuşkusunu veya ortaya çıkarılması söz konusu olduğunda risk altındaki çocuğun korunması için harekete geçilmelidir. Birçok ülkede koruma sağlama yetkisiyle donatılmış çocuk koruma ve çocuk sağlığı sistemleri kurulmuştur. Çocuk koruma sistemlerinin yasal yapısı, politikası ve hizmetlerin içeriği ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Her bir yaklaşımın zayıf ve güçlü yanları vardır. Bütünüyle etkin çocuk koruma hizmetlerine sahip bir ülke mevcut değildir. Dolayısıyla koruma hizmetlerinin her yerde reformdan geçirilmesi veya kurulmasına ihtiyaç vardır ve bu işlem çeşitli ülkelerde başlamıştır. Öte yandan, farklı sistemlerin göreceli başarılarını ve dezavantajlarını derinlemesine analiz etmek, bu kılavuzun kapsamının ötesine geçmektedir. Bu

bölümde, bütün çocuk koruma sistemlerinde dikkate alınması gereken belli başlı konular ortaya konacaktır.

Çocuk koruma konusunda bazı yaklaşımlar ağırlıklı olarak yüzleştirme ve cezalandırmaya odaklanmaktadır. Bu tür sistemlerde bildirilen her bir vakada, çocuğa kötü muamelelerin gerçekleşip gerçekleşmediğini veya gerçekleşme olasılığını belirlemek üzere adli yöntemler kullanılması bir zorunluluktur. Bu soruşturmalar çok sayıdadır ve büyük bir kaynak gerektirmektedir. Çoğu durumda da kötü muamele kanıtlanamamaktadır. Dolayısıyla, soruşturma birçok kaynağı eriteceği ve ailelere soruşturmanın kendisinden öte bir hizmet verilemeyebileceği için, soruşturmaya aşırı ağırlık veren bir yaklaşımı benimsemeden önce dikkatle düşünmek gerekir.

Geleneksel olarak bildirim ve soruşturmaya ağırlık veren çocuk koruma sistemlerine sahip kimi toplumlar, güvenlik konusundaki kaygıları çok acil olmayan çocuklara ve ailelere hitap etmek üzere reformlar geliştirmektedirler. Alternatif uygulamalar konusunda ABD’de yürütülen araştırmalar, ailelerin, bu tür reformların gerçekleştirildiği yerlerde, soruşturma ve vaka yönetiminin tek müdahale olduğu yerlere göre daha fazla hizmete ulaştığını göstermektedir. Destek, yardım ve tedavi yönelimli etkin çocuk koruma yaklaşımlarının geliştirilmesi ve bu yaklaşımların kaynakların bol ve kıt olduğu ortamlarda en iyi biçimde nasıl uygulanacağına yönelik araştırmalara acil ihtiyaç vardır.

Kötü muamele raporlarına yanıt üretirken, bir yanda yasal olarak temin edilen güvenlik, diğer yanda ise sağlık ve sosyal destek yaklaşımının parçası olarak destek ve tedavi arasında bir denge kurulması gerekir. Koruma sağlamaksızın sunulan yardım çocuğun sağlığını ve gelişimini riske atarak Çocuk Haklarına dair Sözleşme’nin de ihlal edilmesine neden olur. Yetersiz izleme, tedavi ve bakımla yürütülen koruma ve hukuk vurgusu ise çocuğun sağlık ve gelişimi üzerinde ciddi ve yaşam boyu sürecektir zararlar neden olabilir. Dolayısıyla çeşitli kesimler arasında yakın işbirliği ve çocuk, aile ve failin soruşturulması ve tedavisini birlikte kavrayan bir yaklaşım, yaşamsal önemdedir. Bu süreçte sağlık, toplumsal ve adli sektörler önemli rollere sahiptir. Çocuk ve ailelere hizmet sağlayan kurumların, mümkün olduğunca, kendi aralarında vakalarla ilgili bilgileri paylaşmaları gerekir. Özel yaşamın gizliliği konulu düzenlemeler bunu zorlaştırabilse de, kurumlar arasında serbest bilgi akışı, bir çocuğun korunmasında başarı sağlanması açısından kritik öneme sahip olabilir. Ailelere ve çocuklara hizmet sunan kuruluşların temsilcilerinin oluşturacağı bir yerel komite kurulması ile gerekli işbirliği tesis edilebilir.

Farklı sektörleri birleştiren bir müdahale iyi olduğu kadar zayıflıklar da barındırır. Bu yüzden bütün sektörleri eşit ölçüde geliştirmek önemlidir. Dengeli gelişmiş ve düşük kaynaklar kullanan çok sektörlü bir yaklaşım, tek bir sektörde yüksek standartlara ve kaynaklara sahipken diğer kesimlerde görece düşük kaynak düzeyiyle çalışan, eşitsiz gelişmiş bir sisteme oranla daha iyi sonuçlar üretebilir.

### Çocuğa kötü muamelelerin bildirilmesi

Hemşire, hekim, sosyal hizmet uzmanı ve öğretmen gibi hizmet sağlayıcıların çocuğa yönelik bir kötü muamele örneğini belirledikleri çoğu durumda, çocuk koruma makamlarına kuşkularını rapor etmeleri istenir. Kötü muamele kuşkusunun bildirilmesi konusunda ülkelerin farklı yaklaşımları bulunmaktadır. Avustralya, Kanada, Güney Afrika ve ABD gibi bir dizi ülkede yasal çocuk koruma sorumluluğuyla donatılmış makamlara bildirim zorunludur. Sağlık bakım sistemine gizli raporlar iletilmesini benimsemiş olan ve bildirim otomatik yasal sonuçlar vermediği ülkeler de vardır. Bazı ülkelerde, profesyonel standartlar ve etik sayesinde, bildirim kabul edilen norm haline gelmiştir. Başka ülkelerde kötü muamele kuşkusu veya vakasını bildirmek ve müdahalede bulun-

## KUTU 4.2

### Kapsamlı hizmet sunumuna çok sektörlü bir yaklaşım: Filipinler General Hospital'in Çocuk Koruma Birimi<sup>1</sup>

1997'de kurulan Filipinler General Hospital'in çocuk koruma biriminde (CPU) kötü muameleye uğrayan çocuklar ve ailelerine yönelik kapsamlı tıbbi ve psikolojik hizmetlerle ilgili olarak çok-sektörlü bir yaklaşım kullanılmaktadır. Amaç daha sonra meydana gelebilecek kötü muamelenin önlenmesi ve iyileşme sürecinin başlamasıdır. CPU günde 24 saat, haftada 7 gün çalışmaktadır.

En kalabalık hasta grubunu, diğer hastane birimlerinden sevk edilen ve infaz kurumlarından gönderilen çocuklar oluşturmaktadır. Büyük çoğunluğu cinsel istismara uğrayan çocuklar oluşturur. 2005'te CPU'da görülen 972 kötü muameleye uğramış çocuk vakasından %81'ini cinsel istismar oluşturmaktaydı. İlk temastan uzun süreli izlemeye kadar CPU çok sektörlü bir yaklaşım kullanarak kaliteli bir bakım sunmaktadır. Sağlık, adli ve toplumsal süreçlerle ilgili sektörler arasındaki koordinasyon CPU'nun vaka yönetim sistemiyle kurulur. Tipik bir durumda aşağıdaki aşamalar uygulanır:

- Hasta geldiğinde velisinden onay istenir ve veli sosyal hizmet uzmanı ve hekim tarafından mülakata alınır. Bu sırada çocuk hemşireyle birlikte oyun odasında bulunur.
- Adli görüşmeyi bir tıp doktoru yapar; görüşme sosyal hizmet uzmanı ve polis memurunca bir monitör aracılığıyla izlenir. Şikayette bulunmaya hazır olan yaşça daha büyük çocuklarla görüşmeyi polis yürütür; sosyal hizmet uzmanı monitörden izler.
- Doktor, genel sağlık muayenesi, adli delillerin toplanması, gelişim taraması ve – gerekli görülürse – tedavinin sağlanması konularını içeren bir tıbbi muayene yapar.
- Doktor ve sosyal hizmet uzmanı çocuk ve aile için bir risk değerlendirmesi yaparlar. Sosyal hizmet uzmanı tarafından uygulanacak olan güvenlik planı hazırlanır. Danışmanlık hizmeti sosyal hizmet uzmanı ve doktor tarafından verilir.
- Ev ziyareti sırasında sosyal hizmet uzmanı çocuk ve ailenin konumunu değerlendirir ve ikinci bir risk değerlendirmesi hazırlar, buna bağlı olarak güvenlik planını gözden geçirir.
- Çocuk ve bakıcılarının ruh sağlığının yerinde olup olmadığı araştırılır. Bir CPU psikolog veya psikiyatru bir ruh sağlığı değerlendirmesi yapar; tedavi planı bunun sonucunda yapılır. CPU çocuklar (bireysel, grup veya oyun terapisi), anne-babalar ve aile için istismara özel tedavi sunmaktadır.
- Hastayı ilk gören CPU hekimi ve ev ziyaretini gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanı tarafından yönlendirilen, farklı kesimlerin bir araya geldiği vaka konferansları düzenli olarak toplanır. CPU çocuk psikiyatru da sürece dâhil olurlar; ailelerle birlikte çalışan diğer kurumlar da davet edilir.
- Her bir çocuk için, çocuğun ve ailenin aldığı tüm hizmetleri koordine eden, çocuğun güvenlik amacıyla bir yere yerleştirilmesini, yasal yardım ve ruhsal sağlık bakımı işlerini kolaylaştıran ve denetleyen bir CPU vaka yöneticisi bulunur.

Vaka yöneticileri gerekli olduğu sürece çocuk ve aileleriyle birlikte çalışma yürütür. CPU ayrıca adli ve polis hizmetlerini de bünyesinde birleştirir. CPU hukukçuları mahkemeyi izler, ifade vermesi gereken çocukları hazırlarlar. Çocuk Adaleti Birliği de ek yasal hizmetler sunar. CPU doktor, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatru, çağrıldıklarında mahkemeye kanıtlar sunarlar. 2004'ten bu yana emniyetten bir görevli, vakaların yerinde hazırlanmasına yardım amacıyla CPU'da özel olarak görevlendirilmiştir.

CPU aşağıdaki konularda başka sosyal hizmetler de sağlamaktadır:

- yoksul ailelerin kötü muameleye uğrayan çocuklarına, okul ücretleri için burs, okula ulaşım ve okul giysileri gibi konularda yardım;
- küçük ölçekli işler kurmak isteyen muhtaç ailelere faizsiz borç biçiminde geçim yardımı;
- çocuklarının beklentilerini yönlendirebilmeleri ve çocuklarının davranışlarını daha iyi anlayabilmeleri ve disiplin yöntemlerini buna göre düzeltmeleri için anne-babalara rehberlik dersleri.

1 Daha fazla bilgi için Child Protection Unit Network (Çocuk Koruma Birimi Ağı) web sitesine (<<http://www.cpu-net.org.ph>> 28 Haziran 2006), veya Müdür Dr Bernadette Madrid'e (<[madridb@cpu-net.org.ph](mailto:madridb@cpu-net.org.ph)>) başvurabilirsiniz.

mak için herhangi bir sistem bulunmamaktadır. Nasıl bir sistem olursa olsun, ilgili bütün kesimlerdeki hizmet sağlayıcıların sorumluluklarının ne olduğunu ve uyacakları protokolleri bilmeleri gerekir. Rapor yapılarına her zaman, çocuklar ve ailelere yönelik, iyi geliştirilmiş koruma, destek ve tedavi yapıları eşlik etmelidir.

Bir rapor sürecini tasarlarken, yasa gerektiren, en iyi pratiği yansıtan kılavuzları oluşturacak olan ve mesleki bir uygulama yönetmeliği biçimine sahip olan ögeler üzerinde anlaşmaya varılmaktadır. Çocuk koruma ve adli hizmetlerin kapasitesi ile kötü muamele ihbarlarının gerçekte izlenme olasılığının da göz önüne alınması gerekir. Özellikle aşağıdaki noktaların üstünde durulmalıdır:

- Gerek potansiyel yasal sonuçlar, gerekse bunların sağlık ve sosyal destek hizmetleri üstündeki sonuçları açısından amaç nedir?
- Farklı kesimlerle ilgili bir rapor sürecinin değişik yönleri nasıl bütünleştirilmelidir? Rapor süreci, sağlık, sosyal ve adli kesimlerin yanıtlarıyla nasıl bağlanır?
- İhbarla ilgili yasalara bağlı olan hizmet sağlayıcıları kimlerdir? Bunlara sorumlulukları nasıl öğretilir?
- İhbar zorunlu ise, bununla yükümlü olan görevliler, kuşkulandıkları istismar vakasının ihbar etmenin görevleri olduğunu konusunda bu kişilere ne zaman ve nasıl bilgi verirler?
- İhbar kıstasları nelerdir? Başka deyişle, ihbar yapılmasını gerektiren kaygı veya kuşku düzeyi nasıl belirlenir?
- Bir ihbarın yapıp yapılmayacağı konusunda çocuk koruma makamlarına danışılabilir mi?
- İhbar, istismar veya ihmalin göstergelerinin belgelenmesi, tarihi ve zamanı, kime yönelik yapıldığı ve içerdiği öneriler anlamında nasıl bir kapsama sahip olmalıdır?
- Hizmet sağlayıcılar, müfettişlere ihbarda bulunulması konusunda farklı düşünse bile, rapor yazmak zorunluluğunda mıdır? Bireyler kuşkularını raporlamada özgür olmazlarsa, bazı kötü muamele vakaları ihbar edilmeden kalabilir.
- Kendini ihbar, itirafla özdeş olduğuna göre, faillerin kendileriyle ilgili ihbarları nasıl ele alınmalıdır?
- Durumun tam olarak soruşturulmasını kısıtlayabilecek olan imzasız ihbarlar nasıl değerlendirilmelidir?
- İhbarda bulunan kişiye ve soruşturmaya dâhil olan başkalarına, aile üyelerinin veya suçlanan kişinin misillemeye bulunma olasılığına karşı nasıl bir koruma sunulmalıdır?
- İhbar iyi niyetli yapılmış, ama soruşturma sonucunda çocuğa yönelik bir kötü muamele olmadığı anlaşılmışsa, bunu bildiren kişiye karşı doğacak olan tepkilere nasıl koruma sağlanmalıdır?
- Bir ihbar hakkında çocuk ve aile ne zaman ve nasıl bilgilendirilmelidir?
- Şikayetin gizli tutulması konusunda çocuklar için ne tür mekânizmalar oluşturulmalıdır?

İhbarda bulunmayı yasayla zorunlu kılan ülkelerde, çocuklar ve ailelerin gizli tutulan hizmetlere daha kolay ulaşmaları ve isteğe bağlı olarak destek alabilmeleri konusundaki uzlaşma genişlemektedir. Zorunlu ihbar aileler ve çocuk koruma makamları arasında düşmanca ilişkilerin doğmasına – ve hatta kimi zaman herhangi bir ilgilenme belirtisinin bile, yardım amaçlı olmaktan

çok bir yanlış davranış iddiası olarak yorumlanmasına – neden olmaktadır. İhbar edilme ve bunun sonuçlarından duyulan korku, resmi destek alabilecek aileler için güçlü bir caydırıcı etken olabilir. Zorunlu ihbarın yararı, özellikle, ihbarla harekete geçebilen bir adli veya çocuk koruma sisteminin bulunmadığı durumlarda kuşkuludur.

Aynı zamanda halk kadar profesyonellerin de kötü muamele bilgi veya şüphesiyle harekete geçmekte isteksiz olduklarına dair yaygın kanıtlar vardır. Bu durum, ihbar yasaları olmaksızın, korunmaya muhtaç çocukların saptanamayacağı ve sistemlerin kötü muamelenin sürüp gitmesini önleyemeyeceği yolundaki kaygıları arttırmaktadır. Belirli bir durumda çocukları, zorunlu ihbar ve uygun hizmetlerle mi koruma yoluna gidileceği, yoksa isteğe bağlı tanımlama ve tedavi edici müdahalelerin mi tercih edileceğine ilgili toplumlar karar verir. Sonuncu sistemle bile, ailelerin önerilen müdahaleleri kabul etmemeleri halinde, çocuğun zarar görmesini önlemek için, yetkililere resmi ihbarda bulunulması gerekli olmaya devam edecektir. Hangi yaklaşım seçilirse seçilsin, öncelik cezalandırmada olmamalı, yaklaşım kamusal bir sağlık ve sosyal destek bağlamının üstüne bina edilmelidir. Yaklaşımın etkinliği değerlendirilmeli, istenmeyen sonuçlar tanımlanmalıdır.

### Risk altındaki ailelerin bütünlüklü değerlendirilmesi

Kötü muameleye eğilimli olarak görülen bir aile, çocuk koruma makamlarına bildirildiği zaman, *bütünlüklü bir risk ve gereksinimler değerlendirmesi* yapılmalıdır. Bu tür bir değerlendirme çocuk ve ailenin, koruma, toplumsal destek, fiziksel ve zihinsel sağlık ile ilgili genel gereksinimlerini açığa çıkaracak, hizmetler ve hizmetlerin sunulacağı programa ilişkin tutarlı ve doğru kararlar verilmesi mümkün olacaktır.

Anne-babanın, çocuklarına güvenlik ve sağlık sağlayabilme yeteneğinin değerlendirilmesi, amaçlı veya uzmanlaşmış hizmetler alan aileler için bir gerekliliktir. Bir çocuğun zarar gördüğü anlaşılırsa, diğer çocuklar da duyarlı olacaktır. Her bir çocuğun güvenlik, sağlık ve gelişimi değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme, zaten tanımlanmış olan duyarlılık ve koruyucu etkenlerin ötesine geçmeli, daha derinlemesine bir çözümleme yapılmalıdır. Bu çözümleme şunları içermelidir:

- Anne-babanın bireysel hikayeleri;
- Çocuk veya çocukların bireysel hikayesi;
- Ailenin hikayesi;
- Anne-babanın fiziksel, toplumsal ve ruhsal sağlık semptomları;
- Çocukların fiziksel, toplumsal ve ruhsal semptomları;
- Çocuk veya çocukların gelişim değerlendirmesi;
- Anne-baba ve çocuk arasındaki bağlılık ve etkileşimlerin niteliği dâhil, aile dinamikleri;
- Anne-babanın çocuk gelişimi ve çocuk yetiştirme üstüne bilgisi ve tutumları, çocuk davranışını algılamaları;
- Ailenin, anne-babadan birinin çocuk mağdura inanması ve destek vermesi de dâhil olmak üzere durumu algılaması;
- Çocuğun yaşadığı veya bakıldığı fiziksel çevre;
- Fiziksel, toplumsal ve ruhsal sağlık gelişimi için uygun koşullar;
- Kötü muamelenin gerçekleştiği koşulların değişip değişmediği – değişti ise, bu değişimin çocuğun duyarlılığını nasıl etkilediği;
- Ailenin dayanıklılığı.

### KUTU 4.3

#### İşbirliği ve eşgüdüme dayanan soruşturma

Çocuk koruma sisteminin ana unsurunun soruşturma olduğu durumlarda, özel olarak çocuklara yönelik kötü muamele kuşkusu konusunda eğitilmiş ve deneyimli bir soruşturmacı ekibi oluşturulabilir. Örneğin çocuk koruma makamları ve yasaları uygulayan kurumlar, bir koruma unsuru ile bir ceza adalet unsurunun birlikte bulunduğu durumlarda veya çocukların şiddet içeren suç eylemlerine tanıklık ettikleri durumlarda, ortak soruşturmalar yürütebilirler. Bütün ilgili hizmet sağlayıcılar, soruşturma başlamadan önce yaklaşımın belirlenmesine katılmalıdır. Sektörler arasında işbirliği ve eşgüdüme dayanan bir yaklaşım çocuk ve aileye uygun hizmetlerin zamanında sağlanması olasılığını artırır. Ortak bir soruşturma daha da verimli olabilir; ancak bunun için esneklik ve elbirliği gerekir.

Soruşturmaya katılan bütün tarafların ortak bir soruşturma planlamak amacıyla toplandıkları resmi bir süreç şu unsurları içermelidir:

- Çocuk, aile ve olası suçlunun geçmişinin gözden geçirilmesi – örneğin çocuk koruma sistemi, yasa uygulayıcılar ve sağlık otoritelerinin kayıtları.
- Kötü muameleden kuşkulanan kişi, çocuk, kuşkulu fail ve diğer ilgili tanıklarla adli açıdan yapılan görüşmeler dâhil olmak üzere soruşturmanın öğelerinin gözden geçirilmesi.
- Çocuğun zihinsel ve fiziksel sağlığının, adli kanıt toplanmasıyla birlikte değerlendirilmesi, olayın geçtiği yerden veya kuşkulanan suçludan adli kanıt toplanması.
- Yasal gereklilikler veya klinik tavsiyeler temelinde yanıt verme zamanının belirlenmesi, zorunlu veya önerilen yanıt verme zamanıyla uyumlu, koşullara göre değişebilecek bir önerinin yapılması.
- Kimin hangi koşullarda öncülüğü üstleneceğinin kararlaştırılması.
- Soruşturma sırasında elde edilen bilginin hangi noktada aileyle paylaşılacağı – veya hangi bilginin gizli tutulacağına kararlaştırılması.
- Şüphelinin başka suçlar da işleyebileceği durumlarda daha ileri soruşturmaya yönelme prosedürleri.
- Yetkililerin ihbarda bulunan kişiye, kuruma, çocuk ve aileye, diğer tanıklara ve şüpheliye kendilerini nasıl tanıtacaklarının kararlaştırılması.
- Kötü muamele türünün bir sonucu olarak veya yakın güvenlik veya sağlık sorunları nedeniyle prosedürlere ilişkin değişikliklerin kararlaştırılması – örneğin, yasa uygulayıcıların bir soruşturma görüşmesi yapmaları olağandır; ama çocuğun ciddi biçimde yaralanmış veya duygusal olarak özel bir zarar görmüş olması durumunda söz konusu görüşme değiştirilebilir veya ertelenmesi gerekebilir.
- Soruşturmanın öngörülen biçimde tamamlanması için bir plan yapılması. Bu farklı sistemlere göre değişebilir – örneğin, bir suç soruşturması bütün kanıtlar toplanana kadar açık kalabilirken, bir çocuğun korunmaya ihtiyacının olup olmadığı daha kısa zamanda belirlenmelidir. Çocukların dâhil olduğu soruşturmalar, travmayı minimize etmek ve çocukların özgün ayrıntıları hatırlama olasılığını artıracak biçimde hızlandırılmalıdır.
- Bitiş tarihinin uzatılabileceği koşulların değerlendirilmesi – örneğin ruh sağlığı ile ilgili acil gereksinimlerin adli süreçte göre öncelik kazanması.

#### Çocuğun yüksek yararı adına müdahalede bulunulması

Bir sosyal hizmet uzmanının çocuk adına değerlendirmede veya müdahalede bulunması – çocuğun evden alınması kararı dâhil –, çocuğun yüksek yararı gözetilerek belirlenir. Çocuğun yüksek yararı tanımlanırken aşağıdaki noktalar dikkate alınır:



- Ailenin etnik, dinsel, kültürel ve diliyle ilgili özgeçmişine saygılı davranılması;
- Çocuğun ve bakıcılarının fiziksel ve gelişimsel düzeyinin değerlendirilmesi;
- Çocuğun ve bakıcılarının ruh sağlığı durumlarının değerlendirilmesi;
- Karşılıklı onay temelinde ailelerin birlik, istikrar ve özerkliğine destek verilmesi;
- Aile ilişkilerinin bakım, yetiştirme, istikrar ve eğitim açısından çocuk için taşıdığı öneme saygı;
- Gelecekteki kötü muamele riskini azaltacak bir plan;
- Çocuğun gereksinimlerinin karşılanmasının önündeki engellerin kaldırılması;
- Çocuğun, geçici bakım düzenlemeleri, fiziksel ve zihinsel bakım, eğitim, dinsel ve kültürel konular dâhil olmak üzere bütün istek ve kaygılarının – çocuğun anlama düzeyi veri kabul edilerek – dikkate alınması. Çocuğun ifade ettiği arzular, gelişim aşaması ve duygusal sağlık durumu ile aile üyeleriyle arasındaki bağların niteliği hesaba katılarak değerlendirilmelidir.

Çocuğun güvenliği sağlandığı sürece, çocuk açısından en az zararlı ve aile için en az rahatsız edici yol seçilmelidir. Bir dizi konu, herhangi bir yasal müdahalede bulunmaksızın çözülebilir. Olası müdahaleler arasında aşağıda, rahatsızlık verme derecesine göre sıralanan önlemler sıralanabilir. Bu önlemlerin bir bölümü birlikte uygulanabilir.

- Kendini aşırı yük altında hisseden, ama bir takım desteklerin verilmesi halinde anne-babalık işlevlerini yerine getirebilecek bir aileye yardımcı olunması. Bu tür destekler eve geçici veya ara sıra çocuk bakıcısı alınması, düzenli günlük bakım hizmeti, veya geçici koruyucu aile hizmeti biçiminde olabilir.
- Günlük ev işlerinde pratik yardım; ev ekonomisi yönetimi veya iş becerileri açısından eğitim gibi.
- Anne-babalık eğitimi.
- Terapiye dönük müdahaleler; madde kullanımıyla ilgili programlara katılmak, ruh sağlığı tedavisi, evlilik danışmanlığı.
- Çocuk koruma hizmeti için düzenli olarak bir görevlinin yapacağı ziyaretler yoluyla evin denetlenmesi, çocuk ve ailenin gelişiminin değerlendirilmesi. Bu denetim çocuğun yasal velilerinin isteğine bağlı olabileceği gibi, yetkili makamların emriyle de olabilir.
- Kuşkulanan failin evden uzaklaştırılması, ailenin geri kalan üyelerinin yaşantılarını sürdürmesi.
- Çocuğun evden uzaklaştırılması ve bir akrabanın evine yerleştirilmesi, koruyucu ailenin yanına verilmesi ve – sadece son çare olarak – kuruma yerleştirilmesi. Çocuğun denetlenmesi emri veya evden geçici çıkarılmasına koşullar eklenebilir. Bu koşullar anne-babanın madde kullanımı veya öfke yönetimi programına devam etmelerini kapsayabilir, anne-babaya ruh sağlığı bakımı açısından önlem alınabilir, çocuk periyodik sağlık kontrollerine tabi tutulabilir.

## BÖLÜM 5

# Sonuçlar ve tavsiyeler

Çocuklara yönelik kötü muamele kolay çözümleri olan basit bir sorun değildir. Kötü muamelenin önlenmesinde anlamlı ilerlemeler sağlamak, ancak çocuğun korunması ve tedavisi ile mümkündür. Sorunu ele almaya yetecek bilgi ve deneyim ulaşılamaz değildir. Çocuğa yönelik kötü muamelenin etkin biçimde karşılanması önündeki en büyük engellerden biri, bilgi eksikliğidir. Elinizdeki kılavuz, gelecekte çocuklara yönelik kötü muameleyle karşı kanıt dayalı tepkilerin daha kolay tasarlanabilmesi için, kanıtlar temelinde strateji ve programların nasıl hazırlanabileceğini ve kanıtların nasıl çoğaltılabileceğini tartışmaktadır.

Araştırmacıların; aile içinde yetişkinlerin çocuklara kötü muamelesini kapsayan vakalar üstünde yaptıkları bütün çalışmalarda – değişik düzeylerde bir dizi faktörün etkisi söz konusu olmakla birlikte – olgunun tehlikeli biçimde yaygın olduğu görülmüştür. Bu ölçüde yaygın ve karmaşık bir sorunun ele alınmasında başarılı olmak için öncelikle Giriş bölümünde betimlenen sistematik yaklaşım kullanılmalıdır. Bu rehberde, söz konusu yaklaşımın üç temel bileşeni üstünde durulmaktadır:

- Etkin eylem için **bilgi**;
- Çocuğa kötü muamelenin **önlenmesi**;
- Çocuk koruma dâhil, mağdurlar ve aileler için **bakım hizmetleri**.

Çocuğa yönelik kötü muamelenin daha derinlemesine kavranması ve tepki verilebilmesi için, bilgi sistemlerinin, ihbar edilen vakaların gözlenmesini kapsamaması ve mekân temelli bilgi üretilemesi gerekir. Gözetim sistemleri şunlarla tamamlanmalıdır:

- *Nüfus tabanlı araştırmalar* kullanılarak şu bilgiler edinilmelidir:
  - çocuğa yönelik kötü muamelenin ne ölçüde yaygın olduğu;
  - geçmişteki kötü muamele olayları ile yüksek riskli davranış arasındaki bağlantı;
  - geçmişteki kötü muamele, yüksek riskli davranış ve mevcut sağlık durumu arasındaki ilişki.
- Yaralanma nedeni ile vuku bulan, bütün bilinen veya şüpheli çocuk ölümlerini *soruşturma mekânizmaları*.

Nüfus tabanlı araştırmalar; denenmiş ve test edilmiş araçlar kullanılarak tasarlanmalı ve uygulanmalı; objektiflik, geçerlilik, güvenilirlik ve örneklem boyutu açılarından epidemiyolojik kıstaslara uygun olmalıdır. Bu önlemlerle elde edilen bilgi, nüfus içindeki çocuğa yönelik kötü muameleyle ilişkin daha doğru tahminlerde bulunulmasını sağlamalı, kötü muamele ihbarları ve hizmetlerin kullanımını etkilemelidir. Yine bu bilgiler çıktılarının değerlendirilmesi için temel oluşturacaktır.

Çocuklara yönelik kötü muamelenin **önlenmesi** için kapsamlı bir strateji, çevresel modelin bütün düzeylerindeki müdahaleleri içerir. Bu müdahaleler, çocuğa yönelik kötü muameleyle yol açan kültürel normlardan, istenmeyen gebeliklere kadar her çeşit risk faktörünü içerir. Ev ziyaretleri ve anne-babalar için hazırlanan eğitim programları aracılığıyla ailelere destek verilmesi,

en etkin önleyici stratejilerdir. Dolayısıyla, çocuğa yapılan kötü muamelenin önlenmesinde iyi bir başlangıç noktası oluştururlar. Önleme programları yüksek riskli nüfus gruplarıyla çalışma yürütülürken öncelik taşınmalıdır. Böylece, benzer müdahaleler hakkındaki bilimsel araştırma sonuçlarının gösterdiği gibi, kıt kaynakların, önleyici etki elde edebilmek doğrultusunda istenen düzeyde ve gerekli zamanda yoğunlaştırılmaları sağlanacaktır.

Kötü muameleye maruz kalmış çocuklara ve ailelerine sağlanan bakım ve destek **hizmetleri** güçlendirilmelidir. Bu hizmetlerin etkinliğini sergilemek için bugünkünden daha kuvvetli kanıtlara gereksinim vardır. Çocuklarla düzenli biçimde çalışan eğitimli profesyoneller, çocuğa yönelik kötü muamelenin ortaya çıkarılmasında benzersiz bir rol oynayabilirler. Hizmet teminini içeren protokoller bakımı standardize edecek ve kaliteyi yükseltmeye yarayacaktır. Şu konularda standartlar geliştirilmelidir:

- Aşağıdakileri de içerecek şekilde *kötü muameleye uğrayan çocuklara yönelik sağlık bakımı*:
  - yaralanmaların belgelenmesi,
  - adli değerlendirme;
  - psiko-sosyal destek;
- Aşağıdakileri de içerecek şekilde *çocuk koruma hizmetleri*:
  - eşgüdümlü vaka yönetimi;
  - çocuğun tanıklığına başvuran mahkeme oturumları,
  - ailelerle toplumsal hizmet müdahaleleri,
  - çocuklar için alternatif yerleştirme dâhil.

Bu rehberden birçok uygulama ilkesi çıkartılabilir. Aşağıda bunların bir bölümü gösterilmektedir.

- Politika, plan, program ve hizmetler – hem yerel hem küresel araştırmalardan elde edilen – çocuğa yönelik kötü muamelenin boyutu, sonuçları, nedenleri ve önlenmesi ile çeşitli müdahalelerin etkinliği konularında bilimsel kanıtlara dayandırılmalıdır. Kanıt bulunmadığı veya belirgin olmadığı durumda, teori temelinde yaratıcı çalışmalar yürütülmelidir.
- Müdahaleler, etkinliklerine göre değerlendirilebilecek ve çocuğa dönük kötü muamelenin önlenmesindeki ilerleme gözlemlenecek biçimde tasarlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Mümkün olan her örnekte, çocuğa yönelik kötü muamelenin gözlemlenmesi, önleyici programlar ve çocuk ve aileler için bakım hizmetleri, mevcut hizmetler ve sistemlerle bütünleştirilmelidir.
- Müdahaleler ve bilgi sistemleri, çocuğa yapılan kötü muameleyi, test edilmiş araştırma araçlarında kullanılan davranış tanımları dâhil olmak üzere uluslararası normlara referansta bulunarak tanımlanmalıdır. Bakım hizmetlerinin verildiği tesislerde saptanan kötü muamele vakalarının işlevsel olarak sınıflandırılması için, geçerli Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırma kodları (International Classification of Diseases codes) kullanılmalıdır.

Çocuğa dönük kötü muameleye etkili tepki verilebilmesi için, önleme ve bakım hizmetleri için bilgi sağlayan kanıt temelli ve kanıt üretici bir yaklaşım gerekli olmakla birlikte, böyle bir yaklaşım da kendi başına yeterli olmayacaktır. Sürdürülebilir ve geniş kapsamlı, etkin ve sistematik bir yanıtın oluşturulması için, çekirdek bileşenler tek bir sistemin parçası gibi uyum içinde işlemelidir. İlgili farklı kesim, grup ve bireylerin çalışması, mükerrer iş yapılmasını önleyecek ve etkinliği en üst düzeye çıkaracak şekilde bütünleştirilmelidir. Aşağıdaki ilkeler, sistematik bir yanıtın tasarlanması ve etkin biçimde uygulanmasında yardımcı olabilir:

- Sistematik yanıtın en iyi biçimde işleme için çok sektörlü olması, ulusal bir eylem planı veya ulusal politika gibi bazı resmi mekânizmaları da kullanarak koordine edilmesi gerekir.
- Çocuğa yönelik kötü muamelenin önlenmesiyle ilgili farklı sektörlerin rolleri, her bir sektörün
  - veri toplama ve araştırma yürütme;
  - çocuğa yönelik kötü muamelenin altında yatan neden ve risk faktörlerinin biri veya daha fazlasını etkileme;
  - çocuklara ve ailelerine bakım hizmeti sağlama kapasitesine göre açık biçimde belirlenmelidir.
- Bütün ilgili sektörlerden temsilcilerin bulunduğu bir ulusal koordinasyon komitesi, soruna sistematik yanıt üretilip uygulanmasını kolaylaştırabilir. Yönetici bir kurumun varlığı da aynı açıdan arzu edilebilir. Bu, karmaşık bir işi koordine ederek eş zamanlı olarak çok sayıda değişik düzeyde çalışabilen bir kurum olmalıdır.
- Sistematik bir yanıtın, çocuğa yönelik kötü muamele hakkında uygulama ve denetleme bilgi sistemlerinden, önleyici stratejiler ve bakım hizmetlerinden, hangi sektör ve kurumların sorumlu olduğunu açıklığa kavuşturması gerekir. Sadece farklı kurumların görevlerinin tanımlanması yeterli değildir.
- Çocuğa yönelik kötü muameleyi önleyici programların oluşturulması, yürütülmesi ve denetlenmesinde sorumluluk, önleyici çalışmaları uzmanlığa dayanarak yürütecek olan merkezi ve yerel yönetimlere verilmelidir.
- Plan, politika, program ve hizmetlerin tasarlanmasında, kız ve erkek çocukların çeşitli kötü muamele biçimlerine farklı duyarlılık düzeyleri dikkate alınmalıdır. Engelli, yerinden ayrılmış ve sığınmacı, HIV/AIDS hastası ve etnik azınlıklardan çocuklar gibi, özel olarak duyarlı ve marjinal çocukların gereksinimlerine özel bir önem verilmelidir.
- Çocuğa yönelik kötü muamelenin araştırılması için, önleyici programlar ve bakım etkinlikleri için uygun yollarla tahsis edilmiş, uygun kaynaklar gerekir. Çocukları istismardan ve ihmalden korumanın bireysel ve toplumsal yararları, gereken yatırımın haklılığını gösterecektir.

Çocuğa yönelik kötü muameleyi önlemek üzere koordine edilen ve sistematik bir yaklaşım geliştirmek için önerilen bu ilkelerin benimsenmesiyle anlamlı sonuçlar elde edilecektir. Çocuğun uğradığı kötü muamele azalacak, şiddete maruz kalan çocuklar ve aileler için bakım gelişecektir. Çocuğa yönelik kötü muameleye karşı, bu rehberdeki ilke ve yöntemleri artan sayıda kurumun benimsemesiyle, kanıt tabanlı genişleyecektir. Politika ve program geliştirmek, kaynak tahsisine yardımcı olmak için bilimsel anlamda sağlam bilgiye ulaşılacaktır.

Çocuğa yönelik kötü muameleyi önlemekte uzun vadede başarı için *kanıt* dayanan bir yaklaşım büyük önem taşır. Ancak bugün kanıt tabanlı, karar alıcıların yargılarını tamamen güvenli kılacak ölçüde geniş ve coğrafi anlamda yaygınlaşmış değildir. Dolayısıyla, çocuğa yönelik kötü muameleye, *kanıt üretici* bir biçimde yapılan müdahalelerin sayısının artması, kanıt tabanlı bir yaklaşımın gelecekte kullanılmasını sağlamak açısından da yaşamsal önem taşımaktadır.



# Çocukluktaki Olumsuz Deneyimler Araştırması Anketi<sup>1</sup>

## Aile Sağlık Tarihi: Kadınlar

Bu soru formları ABD’de Kaliforniya’da uygulanan Çocukluktaki Olumsuz Deneyimler araştırmasından aynen aktarılmıştır. Kimi maddelerin (örneğin demografik yapıyla ilgili 1b, 3a, 3b ve eğitimle ilgili 4, 11a, 11b gibi sorular) yerel durumlar doğrultusunda her zaman düzeltilmesi gerekir.

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>1a. Doğum tarihiniz nedir?</b><br/>Ay ..... Yıl .....</p>   | <p><b>6a. Kaç kez evlendiniz?</b><br/><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 veya daha fazla<br/><input type="radio"/> Hiç evlenmedi</p>  |
| <p><b>1b. Hangi eyalette doğdunuz?</b><br/>Eyalet.....<br/><input type="radio"/> ABD dışında doğdu</p>  | <p><b>6b. İlk evliliğinizde kaç ay ve kaç yıl evli kaldınız?</b><br/>Ay ..... Yıl .....</p>  |
| <p><b>2. Cinsiyetiniz?</b><br/><input type="radio"/> Erkek <input type="radio"/> Kadın</p>  | <p><input type="radio"/> Hiç evlenmedi</p>   |
| <p><b>3a. Irkınız nedir?</b><br/><input type="radio"/> Asyalı <input type="radio"/> Amerikan yerlisi<br/><input type="radio"/> Siyah <input type="radio"/> Beyaz<br/><input type="radio"/> Diğer</p>  | <p><b>7a. Aşağıdakilerden hangisi şu anki istihdam durumunuzu en iyi betimlemektedir?</b><br/><input type="radio"/> Tam zamanlı (35 saat veya daha fazla)<br/><input type="radio"/> Yarı zamanlı (1-34 saat)<br/><input type="radio"/> Ev dışında çalışmıyor</p> |
| <p><b>3b. Meksika, Latin veya İspanyol kökenli misiniz?</b><br/><input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır</p>  | <p><b>7b. Şu an ev dışında çalışıyorsanız, son 30 gün içinde stres veya depresyon nedeniyle kaç gün işe gitmediniz?</b><br/>Gün sayısı: .....</p>  |
| <p><b>4. Okula ne kadar devam ettiğinizi belirtiniz. (Birini seçiniz.)</b><br/><input type="radio"/> Liseye gitmedi<br/><input type="radio"/> Bir süre liseye devam etti<br/><input type="radio"/> Lise mezunu veya GED<br/><input type="radio"/> Bir süre kolej veya teknik okula gitti<br/><input type="radio"/> 4 yıllık yüksekokul mezunu</p> | <p><b>7c. Şu an ev dışında çalışıyorsanız, son 30 gün içinde fiziksel sağlık sorunları nedeniyle kaç gün işe gitmediniz?</b><br/>Gün sayısı: .....</p>   |
| <p><b>5. Şu anki medeni durumunuz nedir?</b><br/><input type="radio"/> Evli<br/><input type="radio"/> Evli değil ama partneriyle birlikte yaşıyor<br/><input type="radio"/> Dul<br/><input type="radio"/> Ayrılmış<br/><input type="radio"/> Boşanmış<br/><input type="radio"/> Hiç evlenmemiş</p>  | <p><b>8. Çocukluğunuzun büyük bir bölümünde ailenizin kendi evi var mıydı?</b><br/><input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır</p>  |
|   | <p><b>9a. Çocukluğunuzda – aynı kentin içindekiler dâhil – kaç kez ikametgahınızı değiştirdiniz?</b><br/>Sayı: .....</p>   |

<sup>1</sup> Bu formlar Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention (CDC)) web sitesinden <http://www.cdc.gov/nccdphp/ace/> (7 June 2006) indirilebilir. Formlarla ilgili herhangi bir telif hakkı bulunmamaktadır ve kullanım için ücret ödenmesi gerekmez. Ancak CDC ve Kaiser Permanente (ABD’de kâr amaçlı olmayan bir sağlık hizmeti kurumu) bu formlar kullanılarak yürütülen bir araştırma üstüne yazılmış makalenin bir nüshasını talep etmektedirler.

10. Doğduğunuzda anneniz kaç yaşındaydı?  
Yaş .....

11a. Annenizin eğitim durumu (birini seçiniz)

- Liseye gitmedi
- Liseye bir süre gitti
- Lise mezunu veya GED
- Bir süre kolej veya teknik okula gitti
- Kolej veya yüksekokul mezunu

11b. Babanızın eğitim durumu (birini seçiniz)

- Liseye gitmedi
- Liseye bir süre gitti
- Lise mezunu veya GED
- Bir süre kolej veya teknik okula gitti
- Kolej veya yüksekokul mezunu

12. Hiç hamile kaldınız mı?

- Evet
- Hayır

**Yanıt HAYIR ise 16. soruya geçiniz**

13a. Şu anda hamile misiniz?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

13b. Kaç kez hamile kaldınız?

Sayı: .....

13c. Bu hamileliklerden kaçında çocuk doğurdunuz?

Sayı: .....

13d. İlk hamile kaldığınızda (sizi hamile bırakan) kaç yaşındaydınız?

Yaş .....

13e. İlk hamile kaldığınızda partneriniz kaç yaşındaydı?

Yaş .....

13f. İlk hamileliğiniz kaçınıcı ay ve yılda son buldu?

Ay ..... Yıl .....

13g. İlk hamileliğiniz nasıl son buldu?

- canlı doğum(lar)
- ölü doğum /düşük
- tubal veya dış gebelik
- isteyerek kürtaj
- diğer

13h. İlk hamile kaldığınızda, yaşamınızın o döneminde hamile kalmak istemiş miydiniz?

- Evet
- Hayır
- İlgilenmiyor

14. İkinci kez hamile kaldınız mı?

- Evet
- Hayır

**Yanıt HAYIR ise 16. soruya geçiniz**

15a. İkinci hamileliğiniz kaçınıcı ay ve yılda son buldu?

Ay ..... Yıl .....

15b. İkinci hamileliğiniz nasıl son buldu?

- canlı doğum(lar)
- ölü doğum /düşük
- tubal veya dış gebelik
- isteyerek kürtaj
- diğer

15c. İkinci kez hamile kaldığınızda, yaşamınızın o döneminde hamile kalmak istemiş miydiniz?

- Evet
- Hayır
- İlgilenmiyor

**Hastalarımızın sağlık durumlarına ilişkin daha bütünlüklü bilgi elde etmek için sorulan aşağıdaki üç soru yalnızca isteyerek yaşanan cinsel deneyimlerle ilgilidir.**

16. İlk kez cinsel ilişkiye kaç yaşında girdiniz?

Yaş .....

- Hiç ilişkisi olmadı

17. Kaç farklı partnerle cinsel ilişkiye girdiniz?

Partner sayısı: .....

18. Son bir yıl içinde kaç farklı partnerle cinsel ilişkiniz oldu?

Partner sayısı: .....

19a. Bütün yaşamınızda en az 100 sigara içtiniz mi?

- Evet
- Hayır

19b. Aşağı yukarı düzenli biçimde sigara içmeye kaç yaşında başladınız?

Yaş .....

20a. Şimdi sigara kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

**Yanıt "Evet" ise:**

20b. Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz?

Sigara sayısı: .....

**Daha önce sigara kullanmanıza karşın şu anda sigara içmiyorsanız:**

21a. Günde yaklaşık kaç sigara içiyordunuz?

Sigara sayısı: .....

21b. Sigarayı kaç yaşında bıraktınız?

Yaş .....

**18 yaşınıza kadar:**

22a. Babanız sigara içiyor muydu?

Evet  Hayır

22b. Anneniz sigara içiyor muydu?

Evet  Hayır

23a. Geçen ay içinde yaklaşık kaç gün dinlenme veya formunuzu koruma amacıyla egzersiz yaptınız?

0  1  2  3  
 4  5  6  7

23b. Geçen ay içinde dinlenme veya formunuzu koruma amacıyla egzersiz yaptığınızda bu egzersiz yaklaşık ne kadar sürdü (dakika)?

0  1-19  20-29  30-39  
 40-49  50-59  60 ya da daha fazla

24a. Yaşamınızda ağırlığınız (kilonuz) en fazla ne kadar oldu?

Kilo olarak ağırlık: .....

24b. O zaman kaç yaşındaydınız?

Yaş .....

25a. İlk kez birkaç yudumdan fazla alkol aldığınızda kaç yaşındaydınız?

Yaş .....  
 Hiç alkol içmedi

**Aşağıda belirtilen yaş aralıklarının her birinde, haftada kaç kez alkol aldınız?**

25b1. Yaş: 19-29

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

25b2. Yaş: 30-39

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

25b3. Yaş: 40-49

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

25b4. Yaş: 50 ve üstü

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

25c. Son bir ay içinde hiç bira, şarap, kokteyl veya başka bir sert içki içtiniz mi?

Evet  Hayır

25d. Son bir ay içinde, ortalama olarak haftanın kaç günü alkollü içki içtiniz?

0  1  2  3  
 4  5  6  7

25e. Gerçek içki içtiğinizde, günde ortalama kaç bardak içki içtiniz?

1  2  3  4 veya daha fazla  
 geçen ay içki içmedi

25f. Bütün alkollü içecekler dâhil, geçen bir ay içinde, kaç kez bir defada 5 veya daha fazla bardak içki içtiniz?

Sayı: .....

25g. Geçen 30 gün içinde kaç kez fazla içkiliyken araç kullandınız?

Sayı: .....

25h. Geçen 30 gün içinde kaç kez alkol almış bir kişinin arabasına veya başka bir araca bindiniz?

Sayı: .....

26. Siz hiç alkol kullanımıyla ilgili bir sorun yaşadınız mı?

Evet  Hayır

27. Hiç kendinizi bir alkolik olarak gördüğünüz oldu mu?

Evet  Hayır

28a. 18 yaşınıza kadar sorunlu bir içici veya alkolikle beraber yaşadınız mı?

Evet  Hayır

28b "Evet" ise, aşağıdakilerden hangisi olduğunuzu belirtiniz

Baba  Anne  
 Erkek kardeşler  Kız kardeşler  
 Başka bir akraba  Akraba olmayan biri

29. Sorunlu içici veya alkolik biriyle hiç evlendiniz mi (veya evli gibi beraber yaşadığınız oldu mu)?

Evet  Hayır

30a. Hiç keyif verici madde (street drugs) kullandınız mı?

Evet  Hayır



**30b. Evet ise; ilk kullandığınızda kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

**30c. Kaç kez keyif verici madde kullandınız?**

0  1-2  3-10  11-25

26-99  100+

**30d. Hiç keyif verici madde kullanmakla ilgili sorununuz oldu mu?**

Evet  Hayır

**30e. Hiç Kendinizi madde bağımlısı olarak gördüğünüz oldu mu?**

Evet  Hayır

**30f. Hiç enjeksiyon yoluyla madde kullandınız mı?**

Evet  Hayır

**31. Hiç psikolog, psikiyatr veya terapist yardımı aldınız mı?**

Evet  Hayır

**32a. Herhangi bir doktor, hemşire veya başka bir sağlık çalışanının, size aileniz veya çocukluğunuzda yaşadığınız ev yaşantısıyla ilgili sorunlarla ilgili sorular sorduğu oldu mu?**

Evet  Hayır

**32b. İhtiyaç duyduğunuzda duygusal sorunlarınız veya duygularınızla ilgili olarak size yardımcı olabilecek kaç yakın arkadaş veya akrabanız var?**

Yok  1  2  3 veya daha fazla

**18 yaşınıza kadar:**

**33. Keyif verici madde kullanan biriyle yaşadınız mı?**

Evet  Hayır

**34a. Anne-babanız ayrı veya boşanmışlar mıydı?**

Evet  Hayır

**34b. Hiç üvey babayla yaşadınız mı?**

Evet  Hayır

**34c. Hiç üvey anneyle yaşadınız mı?**

Evet  Hayır

**35. Hiçbir çocuk yurdunda yaşadınız mı?**

Evet  Hayır

**36a. Hiçbir günden fazla süreyle evden kaçtınız mı?**

Evet  Hayır

**36b. Erkek veya kız kardeşlerinizin bir günden fazla süreyle evden kaçtıkları oldu mu?**

Evet  Hayır

**37. Ev halkı içinde depresyonda olan veya mental hastalığı bulunan kimse var mı?**

Evet  Hayır

**38. Ev halkı içinde kimse intihar girişiminde bulundu mu?**

Evet  Hayır

**39a. Ev halkı içinde hapse giren kimse oldu mu?**

Evet  Hayır

**39b. Ev halkı içinde ciddi bir suç işleyen oldu mu?**

Evet  Hayır

**40a. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?**

Evet  Hayır

**40b. "Evet" ise: ilk kez intihar girişiminde bulduğunuzda kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

**40c. "Evet" ise: son kez intihar girişiminde bulduğunuzda kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

**40d. Kaç kez intihar girişiminde bulundunuz?**

Yaş .....

**40e. İntihar girişimlerinizden herhangi biri, doktor veya hemşire tedavisini edilmeyi gerektiren bir yaralanma, zehirlenme veya aşırı doz kullanma ile sonuçlandı mı?**

Evet  Hayır

**Kimi zaman anne-baba arasında fiziksel kavgalar olabilir. Yaşamınızın ilk 18 yılı boyunca, babanız (veya üvey babanız) veya annenizin erkek arkadaşı, annenize (veya üvey annenize) bu tür bir davranışta bulundu mu?**

**41a. İtme, zorlama, tokat veya bir şey atma?**

Asla  Sık sık

Bir iki kez  Çok sık

Bazen

**41b. Tekmeleme, ısırma, yumruklama veya sert bir cisimle vurma?**

Asla  Sık sık

Bir iki kez  Çok sık

Bazen

41c. **En az birkaç dakika boyunca tekrar tekrar vurma?**

- Asla  Sık sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

41d. **Bıçak veya tabancayla tehdit etme, yada bıçak veya tabanca kullanarak zarar verme?**

- Asla  Sık sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**Bazı anne-babalar bir disiplin yöntemi olarak çocuklarının poposuna vururlar. 18 yaşınıza kadar:**

42a. **Poponuza ne sıklıkla tokat vuruldu?**

- Asla  Bir yıl içinde çok kere  
 Bir iki kez  Haftada bir veya daha fazla  
 Yılda birkaç kez

42b. **Tokat ne kadar sertti?**

- Sert değil  Hayli sert  
 Biraz sert  Çok sert  
 Orta

42c. **Son hatırladığınız popoya tokat olayı sırasında kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

**18 yaşınıza kadarki döneminiz için aşağıdaki ifadelerin doğruluğunu değerlendiriniz.**

43. **Yeterli beslenmediniz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

44. **Size bakacak, sizi koruyacak biri olduğunu biliyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

45. **Aile üyeleri size "tembel" veya "çirkin" diye hitap ediyordu.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

46. **Anne-babanız ailenin bakımını üstlenemeyecek ölçüde fazla içki veya uyuşturucu kullanıyordu.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

47. **Ailenizde, kendinizi önemli veya özel hissetmenize yardımcı olan biri vardı.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

48. **Kirli giysiler giymek zorunda kalıyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

49. **Sevdiğinizizi hissediyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

50. **Anne-babanızın, sizin dünyaya hiç gelmemiş olmanızı dilediklerini düşünüyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

51. **Ailenizde insanlar birbirlerine dikkat ederdi.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

52. **Ailenizde sizden nefret eden birinin olduğunu hissediyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

53. **Aile üyeleri size incitici veya aşağılayıcı sözler söylerdi.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

54. **Ailenizde insanlar kendilerini birbirlerine yakın hissedirdi.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

55. **Duygusal olarak istismar edildiğinizi düşünüyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

56. **İhtiyacınız olduğunda sizi doktora götüren biri vardı.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

57. Aileniz bir güç ve destek kaynağıydı.

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

**Kimi zaman anne-babalar veya diğer yetişkinler çocukları incitir. Büyüme çağında, yani 18 yaşına kadarki dönemde, anne, baba, üvey anne, üvey baba veya bir başka yetişkin size hangi sıklıkla aşağıdaki davranışlarda bulundu?**

58a. Küfür, Hakaret etmek, aşağılamak

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

58b. Sizi dövmekle veya üzerinize bir şey fırlatmakla tehdit etmek (ama bunu yapmamak)

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

58c. İtmek, zorlamak, dürtmek, tokatlamak, üzerine bir şey atmak

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

58d. İz bırakacak veya yaralayacak kadar sert biçimde vurmamak

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

58e. Bir yerinizi acıtacak kadar sert davranmak

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**Kimi kişiler 18 yaşından önce bir yetişkin ya da kendilerinden en az beş yaş büyük biriyle cinsel deneyim yaşamışlardır. Bu deneyimler bir akraba, aile dostu veya yabancı ile yaşanmış olabilir. 18 yaşınıza kadar bir yetişkin, bir aile büyüğü veya yabancı size aşağıdaki gibi davrandı mı?**

	Bu, ilk başınıza geldiğinde kaç yaşındaydınız?	Bu, ilk kez yapıldığında sizin isteğiniz dışı mı başınıza geldi?	Bu, son başınıza geldiğinde kaç yaşındaydınız?	Bu size yaklaşık kaç kez yapıldı?	Kaç farklı kişi size bunu yaptı?	Bunu yapan kişinin/ kişilerin Cinsiyeti neydi:
59a. Vücudunuza cinsel anlamda dokunmak, okşamak <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins
60a. Bu kişilerin vücuduna siz cinsel anlamda dokundunuz mu? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins
61a. Bu kişiler sizinle herhangi türde bir cinsel ilişkiye girme girişiminde bulundular mı (oral, anal, vajinal)? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins
62a. Hangi türde bir cinsel ilişki gerçekleşti mi (oral, anal, vajinal)? <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins

Eğer sizden yaşça büyük kişilerle cinsel deneyimler hakkındaki bu 4 soruya da (59a-62a) Hayır biçiminde yanıt verdiyseniz, lütfen 67a numaralı soruya geçiniz.

Bu cinsel deneyimlerden herhangi birini aşağıdaki şıklarda belirtilen, sizden en az 5 yaş büyük biriyle mi yaşadınız?

- 63a. Evinizde yaşayan bir akraba  
 Evet  Hayır
- 63b. Evinizde yaşayan akraba olmayan biri  
 Evet  Hayır
- 63c. Evinizde yaşamayan bir akraba  
 Evet  Hayır
- 63d. Tanıdığınız ama evinizde yaşamayan bir aile dostu veya herhangi biri  
 Evet  Hayır
- 63e. Bir yabancı  
 Evet  Hayır
- 63f. Size bakacağı düşünülen biri  
 Evet  Hayır
- 63g. Güvendiğiniz biri  
 Evet  Hayır
- Bu cinsel deneyimlerde aşağıdaki olaylar yaşandı mı?**
- 64a. Kandırma, sözlü ikna, ya da sizin de bu işe katılmanız için baskı uygulama  
 Evet  Hayır
- 64b. Alkol veya uyuşturucu verme  
 Evet  Hayır
- 64c. Yapılana katılmadığınız takdirde şiddetle tehdit  
 Evet  Hayır
- 64d. Yapılana katılmanız için fiziksel olarak zorlama veya boyun eğdirmeye  
 Evet  Hayır
- 65a. Başınıza gelen bu olaydan hiç bir doktora, hemşireye veya sağlık görevlisine söz ettiniz mi?  
 Evet  Hayır
- 65b. Terapist veya danışman hiç, size, çocukken cinsel istismara uğramış olduğunuzu ifade etti mi?  
 Evet  Hayır
66. Çocukken cinsel istismara uğradığınızı düşünüyor musunuz?  
 Evet  Hayır

Daha önce bize anlattığımız diğer cinsellikle ilgili olaylardan başka, yaşamınızın 18 yaşınıza kadarki döneminde:

- 67a. Yaklaşık sizin yaşlarınızda bir erkek çocuk veya erkek çocuk grubu, sizi cinsel ilişkiye girmeye zorladı mı, bunu yapmasanız size zarar vermekle tehdit etti mi?  
 Evet  Hayır
- 67b. "Evet" ise: ilişki, bir başkasının vücudunuzun cinsel bölümlerine dokunması veya (anal, oral, vajinal) yollardan cinsel ilişki denemesi biçiminde mi oldu?  
 Evet  Hayır
- 67c. "Evet" ise: bu kaç kez oldu?  
 Bir kez  6-10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3-5 kez
- 67d. Cinsel ilişki birinin sizinle (oral, anal veya vajinal) yoldan seks yapmasıyla mı gerçekleşti?  
 Evet  Hayır
- 67e. "Evet" ise: bu kaç kez oldu?  
 Bir kez  6-10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3-5 kez
- 68a. Yetişkin iken (19 yaş ve üstü), hiç kimse sizi cinsel ilişkiye zorladı mı, veya bu amaçla sizi zarar vermekle tehdit etti mi?  
 Evet  Hayır
- 68b. "Evet" ise: ilişki, bir başkasının sizin vücudunuzun cinsel bölümlerine dokunması veya (anal, oral, vajinal) cinsel ilişki denemesi biçiminde mi oldu?  
 Evet  Hayır
- 68c. "Evet" ise: bu kaç kez oldu?  
 Bir kez  6-10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3-5 kez
- 68d. Bu temas sırasında cinsel ilişki (oral, anal veya vajinal) gerçekleşti mi?  
 Evet  Hayır
- 68e. "Evet" ise: bu kaç kez gerçekleşti?  
 Bir kez  6-10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3-5 kez

## Aile Sağlık Tarihi: Erkekler

Bu soru formları ABD'de Kaliforniya'da uygulanan Çocuklukta Olumsuz Deneyimler araştırmasından aynen aktarılmıştır. Kimi maddelerin (örneğin demografik yapıyla ilgili 1b, 3a, 3b ve eğitimle ilgili 4, 11a, 11b gibi sorular) yerel koşullar doğrultusunda her zaman düzeltilmesi gerekir.

- 1a. Doğum tarihiniz nedir?**  
Ay ..... Yıl .....
- 1b. Hangi eyalette doğdunuz?**  
Eyalet.....  
 ABD dışında doğdu
- 2. Cinsiyetiniz?**  
 Erkek  Kadın
- 3a. İrkiniz nedir?**  
 Asyalı  Amerikan yerlisi  
 Siyah  Beyaz  
 Diğer
- 3b. Meksika, Latin veya İspanyol kökenli misiniz?**  
 Evet  Hayır
- 4. Okula ne kadar devam ettiğinizi belirtiniz. (Birini seçiniz.)**  
 Liseye gitmedi  
 Bir süre liseye devam etti  
 Lise mezunu veya GED  
 Bir süre kolej veya teknik okula gitti  
 4 yıllık yüksek okul mezunu
- 5. Şu anki medeni durumunuz nedir?**  
 Evli  
 Evli değil ama partneriyle birlikte yaşıyor  
 Dul  
 Ayrılmış  
 Boşanmış  
 Hiç evlenmemiş
- 6a. Kaç kez evlendiniz?**  
 1  2  3  4 veya daha fazla  
 Hiç evlenmedi
- 6b. İlk evliliğinizde kaç ay ve kaç yıl evli kaldınız?**  
Ay ..... Yıl .....
- Hiç evlenmedi
- 7a. Aşağıdakilerden hangisi şu anki istihdam durumunuzu en iyi betimlemektedir?**  
 Tam zamanlı (35 saat veya daha fazla)  
 Yarı zamanlı (1-34 saat)  
 Ev dışında çalışmıyor
- 7b. Şu an ev dışında çalışıyorsanız, son 30 gün içinde stres veya depresyon nedeniyle kaç gün işe gitmediniz?**  
Gün sayısı: .....
- 7c. Şu an ev dışında çalışıyorsanız, son 30 gün içinde fiziksel sağlık sorunları nedeniyle kaç gün işe gitmediniz?**  
Gün sayısı: .....
- 8. Çocukluğunuzun büyük bölümünde ailenizin kendi evi var mıydı?**  
 Evet  Hayır
- 9a. Çocukluğunuzda – aynı kentin içindekiler dâhil – kaç kez ikametgahınızı değiştirdiniz?**  
Sayı: .....
- 9b. Şu anki ikametgahınızda ne kadar süredir oturuyorsunuz?**  
 6 aydan az  
 1 yıldan az  
 2 yıldan az  
 2 yıl veya daha fazla
- 10. Doğduğunuzda anneniz kaç yaşındaydı?**  
Yaş .....
- 11a. Annenizin eğitim durumu (birini seçiniz)**  
 Liseye gitmedi  
 Liseye bir süre gitti  
 Lise mezunu veya GED  
 Kolej veya teknik okula bir süre gitti  
 Kolej veya yüksek okul mezunu
- 11b. Babanızın eğitim durumu (birini seçiniz)**  
 Liseye gitmedi  
 Liseye bir süre gitti  
 Lise mezunu veya GED  
 Kolej veya teknik okula bir süre gitti  
 Kolej veya yüksek okul mezunu
- 12a. Bütün yaşamınızda en az 100 sigara içtiniz mi?**  
 Evet  Hayır

**12b. Aşağı yukarı düzenli biçimde sigara içmeye kaç yaşında başladınız?**

Yaş .....

**12c. Şimdi sigara kullanıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**12d. Yanıt "Evet" ise: günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz?**

Sigara sayısı: .....

**Daha önce sigara kullanmanıza karşın şu anda sigara içmiyorsanız:**

**13a. Günde yaklaşık kaç sigara içiyordunuz?**

Evet  Hayır

**13b. Sigarayı kaç yaşınızda bıraktınız?**

Yaş .....

**18 yaşınıza kadar:**

**14a. Babanız sigara içiyor muydu?**

Evet  Hayır

**14b. Anneniz sigara içiyor muydu?**

Evet  Hayır

**15a. Geçen ay içinde yaklaşık kaç gün dinlenme veya formunuzu koruma amacıyla egzersiz yaptınız?**

0  1  2  3  
 4  5  6  7

**15b. Geçen ay içinde dinlenme veya formunuzu koruma amacıyla egzersiz yaptığınızda bu egzersiz yaklaşık ne kadar sürdü (dakika)?**

0  1-19  20-29  30-39  
 40-49  50-59  60 ya da daha fazla

**16a. İlk kez birkaç yudumdan fazla alkol aldığınızda kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

Hiç alkol içmedi

**Aşağıda belirtilen yaş aralıklarının her birinde, haftada kaç kez alkol aldınız?**

**16b1. Yaş: 19-29**

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

**16b2. Yaş: 30-39**

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

**16b3. Yaş: 40-49**

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

**16b4. Yaş: 50 ve üstü**

Hiç  haftada 6 kezden az  
 Hafta 7-13  Haftada 13  
 haftada 14 veya daha fazla

**16c. Son bir ay içinde hiç bira, şarap, kokteyl veya başka bir sert içki içtiniz mi?**

Evet  Hayır

**16d. Son bir ay içinde, ortalama olarak haftanın kaç günü alkollü içki içtiniz?**

0  1  2  3  
 4  5  6  7

**16e. Sarhoş olduğunuz günlerde, günde ortalama kaç bardak içki içtiniz?**

1  2  3  4 veya daha fazla  
 geçen ay içki içmedi

**16f. Bütün alkollü içecekler dâhil, geçen bir ay içinde, kaç kez bir defada 5 bardaktan fazla içki içtiniz?**

Sayı: .....

**16g. Geçen 30 gün içinde kaç kez fazla içkili durumda araç kullandınız?**

Sayı: .....

**16h. Geçen 30 gün içinde alkol almış bir kişinin araba veya aracına kaç kez bindiniz?**

Sayı: .....

**17. Alkol kullanımıyla ilgili bir sorun yaşadınız mı?**

Evet  Hayır

**18. Kendinizi bir alkolik olarak düşündüğünüz oldu mu?**

Evet  Hayır

**19a. 18 yaşınıza kadar sorunlu çok içen veya alkolik biriyle yaşadınız mı?**

Evet  Hayır

**19b. "Evet" ise, aşağıdakilerden hangisi olduğunuzu belirtiniz**

Baba  Anne  
 Erkek kardeşler  Kız kardeşler  
 Başka bir akraba  Akraba olmayan biri

20. Çok içen veya alkolik biriyle hiç evlendiniz mi (veya evliymiş gibi beraber yaşadığınız oldu mu)?  
 Evet  Hayır
- 21a. Hiç keyif verici madde (street drugs) kullandınız mı?  
 Evet  Hayır
- 21b. Evet ise; ilk kullandığınızda kaç yaşındaydınız?  
Yaş .....
- 21c. Kaç kez keyif verici madde kullandınız?  
 0  1-2  3-10  11-25  
 26-99  100+
- 21d. Hiç keyif verici madde kullanmakla ilgili sorunuz oldu mu?  
 Evet  Hayır
- 21e. Hiç kendinizi bir madde bağımlısı olarak düşündüğünüz oldu mu?  
 Evet  Hayır
- 21f. Hiç enjeksiyon yoluyla madde kullandınız mı?  
 Evet  Hayır
22. Hiç psikolog, psikiyatr veya terapist yardımı aldınız mı?  
 Evet  Hayır
- 23a. Herhangi bir doktor, hemşire veya başka bir sağlık çalışanının size aileniz veya çocukluğunuzda yaşadığınız ev yaşantısıyla ilgili sorunlarla ilgili sorular sorduğu oldu mu?  
 Evet  Hayır
- 23b. İhtiyaç duyduğunuzda duygusal sorunlarınız veya duygularınızla ilgili olarak size yardımcı olabilecek kaç yakın arkadaş veya akrabanız var?  
 Yok  1  2  3 veya daha fazla

#### 18 yaşınıza kadar:

24. Keyif verici madde kullanan biriyle yaşadınız mı?  
 Evet  Hayır
- 25a. Anne-babanız ayrı veya boşanmışlar mıydı?  
 Evet  Hayır
- 25b. Hiç üvey babayla yaşadınız mı?  
 Evet  Hayır

- 25c. Hiç üvey anneyle yaşadınız mı?  
 Evet  Hayır
26. Herhangi bir çocuk yurdunda yaşadınız mı?  
 Evet  Hayır
- 27a. Hiç bir günden daha fazla süreyle evden kaçtınız mı?  
 Evet  Hayır
- 27b. Erkek veya kız kardeşlerinizin bir günden fazla süreyle evden kaçtıkları oldu mu?  
 Evet  Hayır
28. Ev halkında ruh sağlığı bozuk veya depresyon geçiren kimse var mı?  
 Evet  Hayır
29. Ev halkından kimse intihar girişiminde bulundu mu?  
 Evet  Hayır
- 30a. Ev halkından hapse giren kimse oldu mu?  
 Evet  Hayır
- 30b. Ev halkı içinde ciddi bir suç işleyen oldu mu?  
 Evet  Hayır
- 31a. Vücut ağırlığınız en fazla ne kadar oldu?  
Ağırlığınız (kilo olarak): .....
- 31b. O zaman kaç yaşındaydınız?  
Yaş .....
- 32a. Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?  
 Evet  Hayır
- 32b. "Evet" ise: ilk kez intihar girişiminde bulunduğunuzda kaç yaşındaydınız?  
Yaş .....
- 32c. "Evet" ise: son kez intihar girişiminde bulduğunuzda kaç yaşındaydınız?  
Yaş .....
- 32d. Kaç kez intihar girişiminde bulundunuz?  
Sayı: .....
- 32e. İntihar girişimleriniz arasında herhangi biri, doktor veya hemşire tarafından tedavi edilmeyi gerektiren bir yaralanma, zehirlenme veya aşırı doz kullanma sonucu verdi mi?  
 Evet  Hayır

Hastalarımızın sağlık durumlarına ilişkin daha bütünlüklü bir resim elde etmek için sorulan aşağıdaki üç soru yalnızca isteyerek yaşanan cinsel deneyimlerle ilgilidir.

**33a. İlk kez cinsel ilişkiye kaç yaşında girdiniz?**

Yaş .....

Hiç ilişkisi olmadı

**33b. Kaç farklı partnerle cinsel ilişkiye girdiniz?**

Partner sayısı: .....

**33c. Son bir yıl içinde kaç farklı partnerle cinsel ilişkiniz oldu?**

Partner sayısı: .....

**34a. Hiçbir başkasını hamile bıraktınız mı?**

Evet  Hayır

**34b. Evet ise: Bir başkasını ilk kez hamile bıraktığınızda kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

Hiçbir zaman birini hamile bırakmadım

**34c. Hamile bıraktığınız en genç kadın kaç yaşındaydı?**

Yaş .....

Hiçbir zaman birini hamile bırakmadım

**34d. O zaman kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

**Kimi zaman anne-baba arasında fiziksel kavgalar olabilir. Yaşamınızın ilk 18 yılı boyunca, babanız (veya üvey babanız) veya annenizin erkek arkadaşı, annenize (veya üvey annenize) bu tür bir davranışta bulundu mu?**

**35a. İtme, zorlama, tokat veya bir şey atma?**

Asla  Sık sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**35b. Tekmeleme, yumruklama veya sert bir cisimle vurma?**

Asla  Sık sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**35c. En az birkaç dakika boyunca tekrar tekrar vurma?**

Asla  Sık sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**35d. Bıçak veya tabancayla tehdit etme, bıçak veya tabanca kullanarak zarar verme?**

Asla  Sık sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**Bazı anne-babalar disiplin yöntemi olarak çocuklarının poposuna tokat vururlar. 18 yaşınıza kadar:**

**36a. Poponuza ne sıklıkla tokat vuruldu?**

Asla  Sık sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**36b. Tokat ne kadar sertti?**

Sert değil  Hayli sert  
 Biraz sert  Çok sert  
 Orta

**36c. Son hatırladığınız popoya tokat olayı sırasında kaç yaşındaydınız?**

Yaş .....

**18 yaşınıza kadarki döneminiz için aşağıdaki ifadelerin doğruluğunu değerlendiriniz.**

**38. Yeterli beslenmediniz.**

Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

**39. Aile üyeleri size "tembel" veya "çirkin" diye hitap ediyordu.**

Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

**40. Anne-babanız ailenin bakımını üstlenemeyecek ölçüde fazla içki veya uyuşturucu kullanıyordu.**

Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

**41. Ailenizde, kendinizi önemli veya özel hissetmenize yardımcı olan biri vardı.**

Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru



42. **Kirli giysiler giymek zorunda kalıyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

43. **Sevildiğinizi hissediyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

44. **Anne-babanızın, sizin doğmamış olmanızı dilediklerini düşünüyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

45. **Ailenizde insanlar birbirlerine dikkat ederdi.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

46. **Ailenizde sizden nefret eden birinin olduğunu hissediyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

47. **Aile üyeleri size incitici veya aşağılayıcı sözler söylerdi.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

48. **Ailenizde insanlar kendilerini birbirlerine yakın hissedirdi.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

49. **Duygusal olarak istismar edildiğinizi düşünüyordunuz.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

50. **İhtiyacınız olduğunda sizi doktora götüren biri vardı.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

51. **Aileniz bir güç ve destek kaynağıydı.**

- Hiç doğru değil  Sıklıkla doğru  
 Nadiren doğru  Çoğu kez doğru  
 Bazen doğru

**Kimi zaman anne-babalar veya diğer yetişkinler çocukları incitir. Büyüme çağında, yani 18 yaşına kadarki dönemde, anne, baba, üvey anne, üvey baba veya bir başka yetiştin size hangi sıklıkla aşağıdaki davranışlarda bulundu?**

52a. **Hakaret etmek, aşağılamak**

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

52b. **Vurmak veya bir şey atmakla tehdit etmek (ama bunu yapmamak)**

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

52c. **İtmek, zorlamak, dürtmek, tokatlamak, bir şey atmak**

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

52d. **İz bırakacak veya yaralayacak kadar sert biçimde vurmak**

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

52e. **Fiziksel olarak zarar görmekten korkacağınız biçimde davranmak**

- Asla  Sık  
 Bir iki kez  Çok sık  
 Bazen

**Bazı kişiler 18 yaşından önce bir yetişkin ya da kendilerinden en az beş yaş büyük biriyle cinsel deneyim yaşamışlardır. Bu deneyimler bir akraba, aile dostu veya yabancı ile yaşanmış olabilir. 18 yaşınıza kadar bir yetişkin, bir aile büyüğü veya yabancı size aşağıdaki gibi davrandı mı?**

	Bu, ilk başınıza geldiğinde kaç yaşındaydınız?	Bu, ilk kez yapıldığında sizin isteğiniz dışı mı başınıza geldi?	Bu, son başınıza geldiğinde kaç yaşındaydınız?	Bu size yaklaşık kaç kez yapıldı?	Kaç farklı kişi size bunu yaptı?	Bunu yapan kişinin/ kişilerin Cinsiyeti neydi:
<b>59a. Vücudunuza cinsel anlamda dokunmak, okşamak</b> <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins
<b>60a. Bu kişilerin vücuduna siz cinsel anlamda dokundunuz mu?</b> <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins
<b>61a. Bu kişiler sizinle herhangi türde bir cinsel ilişkiye girme girişiminde bulundular mı (oral, anal, vajinal)?</b> <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins
<b>62a. Herhangi türde bir cinsel ilişki gerçekleşti mi (oral, anal, vajinal)?</b> <input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Evet ise ▶	..... Yaş	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır	..... Yaş	..... Sayı	..... Kişi	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır <input type="radio"/> Her cins

**Eğer sizden yaşça büyük kişilerle cinsel deneyimler hakkındaki bu 4 soruya da (53a-56a) Hayır biçiminde yanıt verdiyseniz, lütfen 57a numaralı soruya geçin.**

**Bu cinsel deneyimlerden birini aşağıdaki şıklarda tanımlanan, sizden en az 5 yaş büyük biriyle mi yaşadınız?**

- 57a. Evinizde yaşayan bir akraba**  
 Evet  Hayır
- 57b. Evinizde yaşayan akraba olmayan biri**  
 Evet  Hayır
- 57c. Evinizde yaşamayan bir akraba**  
 Evet  Hayır
- 57d. Tanıdığınız ve evinizde yaşamayan bir aile dostu veya biri**  
 Evet  Hayır
- 57e. Bir yabancı**  
 Evet  Hayır
- 57f. Size bakacağı varsayılan biri**  
 Evet  Hayır
- 57g. Güvendiğiniz biri**  
 Evet  Hayır

**Bu cinsel deneyimlerde aşağıdaki olaylar yaşandı mı?**

- 58a. Kandırma, sözlü ikna, katılmanız için baskı uygulama**  
 Evet  Hayır
- 58b. Alkol veya uyuşturucu verme**  
 Evet  Hayır
- 58c. Deneyime katılmadığınız takdirde şiddetle tehdit**  
 Evet  Hayır
- 58d. Deneyime katılmanız için fiziksel olarak zorlama veya boyun eğdirme**  
 Evet  Hayır
- 59a. Hiç bu cinsel deneyimlerden bir doktora, hemşireye veya sağlık görevlisine söz ettiniz mi?**  
 Evet  Hayır
- 59b. Bir terapist veya danışman hiç, size, çocukken cinsel olarak istismara uğramış olduğunuzu ifade etti mi?**  
 Evet  Hayır
- 60. Çocukken cinsel olarak istismara uğradığınızı düşünüyor musunuz?**  
 Evet  Hayır

**Daha önce bize anlattığınız diğer cinsel deneyimlerden ayrı olarak, 18 yaşınıza kadarki dönemde:**

**61a. Yaklaşık sizin yaşlarınızda bir erkek çocuk veya erkek çocuk grubu, cinsel ilişkiye girmeye sizi zorladı mı veya bu amaçla sizi zarar vermekle tehdit etti mi?**  
 Evet  Hayır

**61b. "Evet" ise: ilişki, bir başkasının vücudunun cinsel bölümlerine dokunması veya (anal veya oral) cinsel ilişki denemesi biçiminde mi oldu?**  
 Evet  Hayır

**61c. "Evet" ise: bu kaç kez gerçekleşti?**  
 Bir kez  6–10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3–5 kez

**61d. Cinsel ilişki (oral veya anal) gerçekleşti mi?**  
 Evet  Hayır

**61e. "Evet" ise: bu kaç kez gerçekleşti?**  
 Bir kez  6–10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3–5 kez

**62a. Yetişkin iken (19 yaş ve üstü), hiç kimse sizi cinsel ilişkiye zorladı mı, veya bu amaçla sizi zarar vermekle tehdit etti mi?**  
 Evet  Hayır

**62b. "Evet" ise: ilişki, bir başkasının vücudunun cinsel bölümlerine dokunması veya (anal, oral, vajinal) cinsel ilişki denemesi biçiminde mi oldu?**  
 Evet  Hayır

**62c. "Evet" ise: bu kaç kez gerçekleşti?**  
 Bir kez  6–10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3–5 kez

**62d. Cinsel ilişki (oral, anal veya vajinal) gerçekleşti mi?**  
 Evet  Hayır

**62e. "Evet" ise: bu kaç kez gerçekleşti?**  
 Bir kez  6–10 kez  
 İki kez  10 kereden fazla  
 3–5 kez

## Sağlık Değerlendirme Soru Formu: Kadınlar

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
<b>Aşağıdakilerden hangisinden rahatsızlığınız var?</b>	
Sıklıkla burun tıkanması, burun akması, hapşırma	1= Evet 2= Hayır
İlaç alerjisi	1= Evet 2= Hayır
Astım hırıltılı nefes alma	1= Evet 2= Hayır
Kronik bronşit veya anfizem	1= Evet 2= Hayır
Herhangi bir nedenle sık öksürük	1= Evet 2= Hayır
Nefes darlığı	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdakiler hiç başınıza geldi mi?</b>	
Öksürük sırasında kan geldi mi? (kusma değil öksürme)	1= Evet 2= Hayır
Tüberküloz veya Coccidomycosis tedavisi gördünüz mü?	1= Evet 2= Hayır
Tüberküloz testi yapıldı mı?	1= Evet 2= Hayır
Sigara kullandınız mı?	1= Evet 2= Hayır
Şimdi de sigara içiyorsanız, günde kaç sigara içiyorsunuz? .	.....
Akciğer kanseri geçirdiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
Tütün çiğner misiniz?	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki konularda şikayetiniz oldu mu? Size böyle bir sorununuz olduğu söylendi mi?</b>	
Yüksek kan basıncı	1= Evet 2= Hayır
Kan basıncı için ilaç kullandınız mı?	1= Evet 2= Hayır
Kalp krizi geçirdiniz mi? (koroner sorunlar)	1= Evet 2= Hayır
Kolesterolünüzü düşürmek için ilaç kullanıyor musunuz?	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki saptamalar sizin için geçerli mi?</b>	
Efor harcadığınızda göğsünüzde ağrı veya ağır basınç	1= Evet 2= Hayır
Nitrogliserin kullanır mısınız?	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
Hızlı kalp atışı epizotları veya kalp atışlarında atlamalar	1= Evet 2= Hayır
Diğer kalp sorunları	1= Evet 2= Hayır
Gece bacak krampları	1= Evet 2= Hayır
Hızlı veya yokuş yukarı yürüyüş, merdiven çıkma sonrasında bacak ağrısı	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki sorunlar sizde var mı?</b>	
Varisli damarlar	1= Evet 2= Hayır
Herhangi bir deri sorunu	1= Evet 2= Hayır
<b>Şu sorunları yaşıyor musunuz?</b>	
Karın (mide) ağrıları	1= Evet 2= Hayır
Sık sık hazımsızlık veya mide ekşimesi	1= Evet 2= Hayır
Kabızlık	1= Evet 2= Hayır
Sık diyare, bağırsaklarda yumuşaklık	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki konularda açık seçik bir değişim oldu mu?</b>	
Son yıl içinde bağırsak hareketinizin düzeninde	1= Evet 2= Hayır
Vejetaryen misiniz?	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki hastalıkları geçirdiniz mi, ya da sizde bu sorun olduğu saptandı mı?</b>	
Bir ülser	1= Evet 2= Hayır
Kanlı kusma	1= Evet 2= Hayır
Dışkıda siyah renk	1= Evet 2= Hayır
Safrakesesi taşı, sidik torbası sorunları	1= Evet 2= Hayır
Sarılık, hepatit veya bir başka karaciğer hastalığı	1= Evet 2= Hayır
Son aylarda ağırlığınızda açık seçik bir değişim	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
<b>Şu sorunları yaşıyor musunuz?</b>	
Sık baş ağrıları	1= Evet 2= Hayır
Baş dönmesi atakları	1= Evet 2= Hayır
Hiç şu tür sorunlarınız oldu mu? Felç, kasılma, hastalık nöbeti geçirdiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
Belirgin bir nedeni olmaksızın bayılmak veya bilinç yitimi	1= Evet 2= Hayır
El ve ayağın kontrolünün geçici olarak yitirilmesi	1= Evet 2= Hayır
Beyin kanaması	1= Evet 2= Hayır
Geçici olarak konuşma yeteneği yitimi	1= Evet 2= Hayır
Sık sık sırt ağrısı	1= Evet 2= Hayır
Eklemlerde ağrı veya şişlik	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdakiler hiç başınıza geldi mi?</b>	
Kemik kırılması	1= Evet 2= Hayır
Hasta olma endişesi	1= Evet 2= Hayır
Başka insanlardan daha duyarlı olma nedeniyle sorun yaşar mısınız?	1= Evet 2= Hayır
Paniğe kapıldığınız özel koşullar oldu mu?	1= Evet 2= Hayır
Kontrolden çıkacak kadar öfkelenmekten korkmak için bir neden var mı?	1= Evet 2= Hayır
<b>Geçmişte veya bugün şu sorunlar sizin için geçerli oldu mu, ya da geçerli mi?</b>	
Üriner sistemle ilgili (böbrekler, sidik torbası) bir sorununuz oldu mu?	1= Evet 2= Hayır
İdrarınızın kontrolünü yitirmek	1= Evet 2= Hayır
İdrar yaparken yanma veya acı	1= Evet 2= Hayır
İdrarda kan	1= Evet 2= Hayır
İdrarın akmaya başlamasında sorun	1= Evet 2= Hayır
Gece sıklıkla idrara kalkmak	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
Periyotlar arasında vajinal kanama	1= Evet 2= Hayır
Menapoz sonrasında herhangi bir vajinal kanama	1= Evet 2= Hayır
Göğüste fark edilen bir yumru	1= Evet 2= Hayır
Meme muayenelerini düzenli yaptırır mısınız?	1= Evet 2= Hayır
Memelerde akıntı	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki hastalıklar nedeniyle tedavi oldunuz mu, veya böyle bir sorun saptandı mı?</b>	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	1= Evet 2= Hayır
Şeker (diyabet) hastalığı	1= Evet 2= Hayır
Şeker ilacı aldınız mı?	1= Evet 2= Hayır
Tiroit hastalığı	1= Evet 2= Hayır
Kanser	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki tedavileri gördünüz mü, görüyor musunuz? Veya bu sorunları yaşadınız mı?</b>	
Radyasyon tedavisi	1= Evet 2= Hayır
İstekleri reddetmede veya "hayır" demekte güçlük	1= Evet 2= Hayır
Halüsinasyonlar (gerçekten olmayan bir şeyi görme, kokusunu alma veya duyma)	1= Evet 2= Hayır
Uyuma zorluğu	1= Evet 2= Hayır
İyi bir gece uykusundan sonra bile yorgunluk hissi	1= Evet 2= Hayır
Ağlama nöbeti	1= Evet 2= Hayır
Depresyon veya "boşluğa düşme duygusu"	1= Evet 2= Hayır
Sinirlilik	1= Evet 2= Hayır
<b>Şunları yapar mısınız?</b>	
Bazen limitinizin üzerinde içki içmek	1= Evet 2= Hayır
Keyif verici madde kullanmak	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
<b>Şunlar hiç başınıza geldi mi?</b>	
Çocukken tecavüze uğradınız mı, taciz edildiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
<b>Şu anda:</b>	
Bir partnerle aktif bir cinsel yaşamınız var mı?	1= Evet 2= Hayır
Cinsel yaşamınızdan hoşnut musunuz?	1= Evet 2= Hayır
AIDS riski açısından kaygınız var mı?	1= Evet 2= Hayır
<b>Lütfen bize söyler misiniz?</b>	
Geçen yıl kaç kez doktora gittiniz?	.....
Okula ne kadar devam ettiniz?	.....
Evli misiniz?	1= Evet 2= Hayır
Kaç kez evlendiniz?	.....
<b>Aşağıdaki alanlarda şu anda ciddi veya rahatsız edici sorunlar yaşıyor musunuz?</b>	
Evlilik	1= Evet 2= Hayır
Aile	1= Evet 2= Hayır
Uyuşturucu kullanımı	1= Evet 2= Hayır
İş	1= Evet 2= Hayır
Mali konular	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
Koroner atardamar operasyonu geçirdiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
Yaklaşık yıl	Aralık: 1-96
1978-1985 yılları arasında size kan nakli yapıldı mı?	1= Evet 2= Hayır
Bağışıklık kazandırıcı bir takviyeye gereksinim duyuyor musunuz?	1= Evet 2= Hayır
Emekli misiniz?	1= Evet 2= Hayır
Ailenizde 65 yaşından önce ölen var mı?	1= Evet 2= Hayır
Ailenizden bir dizi kişinin yakalandığı bir hastalık var mı?	1= Evet 2= Hayır
Ailenizde daha önce söz etmediğiniz alışılmadık bir hastalık var mı?	1= Evet 2= Hayır
Anne-babanızdan birinde, erkek veya kız kardeşinizde 60 yaş öncesi gelişmiş koroner (kalp) bir hastalık var mı?	1= Evet 2= Hayır
Tek yumurta ikiziniz var mı?	1= Evet 2= Hayır
	1= mükemmel 2= İyi 3= fena değil 4= Kötü
Şu anki sağlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz	
Otomobilde düzenli olarak emniyet kemeri kullanır mısınız?	1= Evet 2= Hayır
Stres düzeyinizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz	1=yüksek 2= orta 3=düşük

## Sağlık Değerlendirme Soru Formu: Erkekler

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
<b>Aşağıdakilerden hangisinden rahatsızlığınız var?</b>	
Sıklıkla burun tıkanması, burun akması, hapşırma	1= Evet 2= Hayır
İlaç alerjisi	1= Evet 2= Hayır
Astım hırıltılı nefes alma	1= Evet 2= Hayır
Kronik bronşit veya anfizem	1= Evet 2= Hayır
Herhangi bir nedenle sık öksürük	1= Evet 2= Hayır
Nefes darlığı	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdakiler hiç başınıza geldi mi?</b>	
Öksürük sırasında kan geldi mi? (kusma değil öksürme)	1= Evet 2= Hayır
Tüberküloz veya Coccidomycosis tedavisi gördünüz mü?	1= Evet 2= Hayır
Tüberküloz testi yapıldı mı?	1= Evet 2= Hayır
Sigara kullandınız mı?	1= Evet 2= Hayır
Şimdi de sigara içiyorsanız, günde kaç sigara içiyorsunuz? .	.....
Akciğer kanseri geçirdiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
Tütün çiğner misiniz?	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki konularda şikayetiniz oldu mu? Size böyle bir sorununuz olduğu söylendi mi?</b>	
Yüksek kan basıncı	1= Evet 2= Hayır
Kan basıncı için ilaç kullandınız mı?	1= Evet 2= Hayır
Kalp krizi geçirdiniz mi? (koroner sorunlar)	1= Evet 2= Hayır
Kolesterolünüzü düşürmek için ilaç kullanıyor musunuz?	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki saptamalar sizin için geçerli mi?</b>	
Efor harcadığınızda göğsünüzde ağrı veya ağır basınç	1= Evet 2= Hayır
Nitrogliserin kullanır mısınız?	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
Hızlı kalp atışı epizotları veya kalp atışlarında atlamalar	1= Evet 2= Hayır
Diğer kalp sorunları	1= Evet 2= Hayır
Gece bacak krampları	1= Evet 2= Hayır
Hızlı veya yokuş yukarı yürüyüş, merdiven çıkma sonrasında bacak ağrısı	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki sorunlar sizde var mı?</b>	
Varisli damarlar	1= Evet 2= Hayır
Herhangi bir deri sorunu	1= Evet 2= Hayır
<b>Şu sorunları yaşıyor musunuz?</b>	
Karın (mide) ağrıları	1= Evet 2= Hayır
Sık sık hazımsızlık veya mide ekşimesi	1= Evet 2= Hayır
Kabızlık	1= Evet 2= Hayır
Sık diyare, bağırsaklarda yumuşaklık	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki konularda açık seçik bir değişim oldu mu?</b>	
Son yıl içinde bağırsak hareketinizin düzeninde	1= Evet 2= Hayır
Vejetaryen misiniz?	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki hastalıkları geçirdiniz mi, ya da sizde bu sorun olduğu saptandı mı?</b>	
Bir ülser	1= Evet 2= Hayır
Kanlı kusma	1= Evet 2= Hayır
Dışkıda siyah renk	1= Evet 2= Hayır
Safrakesesi taşı, sidik torbası sorunları	1= Evet 2= Hayır
Sarılık, hepatit veya bir başka karaciğer hastalığı	1= Evet 2= Hayır
Son aylarda ağırlığınızda açık seçik bir değişim	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
<b>Şu sorunları yaşıyor musunuz?</b>	
Sık baş ağrıları	1= Evet 2= Hayır
Baş dönmesi atakları	1= Evet 2= Hayır
Hiç şu tür sorunlarınız oldu mu? Felç, kasılma, hastalık nöbeti geçirdiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
Belirgin bir nedeni olmaksızın bayılmak veya bilinç yitimi	1= Evet 2= Hayır
El ve ayağın kontrolünün geçici olarak yitirilmesi	1= Evet 2= Hayır
Beyin kanaması	1= Evet 2= Hayır
Geçici olarak konuşma yeteneği yitimi	1= Evet 2= Hayır
Sık sık sırt ağrısı	1= Evet 2= Hayır
Eklemlerde ağrı veya şişlik	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdakiler hiç başınıza geldi mi?</b>	
Kemik kırılması	1= Evet 2= Hayır
Hasta olma endişesi	1= Evet 2= Hayır
Başka insanlardan daha duyarlı olma nedeniyle sorun yaşar mısınız?	1= Evet 2= Hayır
Paniğe kapıldığınız özel koşullar oldu mu?	1= Evet 2= Hayır
Kontrolden çıkacak kadar öfkelenmekten korkmak için bir neden var mı?	1= Evet 2= Hayır
<b>Geçmişte veya bugün şu sorunlar sizin için geçerli oldu mu, ya da geçerli mi?</b>	
Üriner sistemle ilgili (böbrekler, sidik torbası) bir sorunuz oldu mu?	1= Evet 2= Hayır
İdrarınızın kontrolünü yitirmek	1= Evet 2= Hayır
İdrar yaparken yanma veya acı	1= Evet 2= Hayır
İdrarda kan	1= Evet 2= Hayır
İdrarın akmaya başlamasında sorun	1= Evet 2= Hayır
Gece sıklıkla idrara kalkmak	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
Memelerde akıntı	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki hastalıklar nedeniyle tedavi oldunuz mu, veya böyle bir sorun saptandı mı?</b>	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	1= Evet 2= Hayır
Şeker (diyabet) hastalığı	1= Evet 2= Hayır
Şeker ilacı aldınız mı?	1= Evet 2= Hayır
Tiroit hastalığı	1= Evet 2= Hayır
Kanser	1= Evet 2= Hayır
<b>Aşağıdaki tedavileri gördünüz mü, görüyor musunuz? Veya bu sorunları yaşadınız mı?</b>	
Radyasyon tedavisi	1= Evet 2= Hayır
İstekleri reddetmede veya "hayır" demekte güçlük	1= Evet 2= Hayır
Halüsinasyonlar (gerçekten olmayan bir şeyi görme, kokusunu alma veya duyma)	1= Evet 2= Hayır
Uyuma zorluğu	1= Evet 2= Hayır
İyi bir gece uykusundan sonra bile yorgunluk hissi	1= Evet 2= Hayır
Ağlama nöbeti	1= Evet 2= Hayır
Depresyon veya "boşluğa düşme duygusu"	1= Evet 2= Hayır
Sinirlilik	1= Evet 2= Hayır
<b>Şunları yapar mısınız?</b>	
Bazen limitinizin üzerinde içki içmek	1= Evet 2= Hayır
Keyif verici madde kullanmak	1= Evet 2= Hayır
<b>Şunlar hiç başınıza geldi mi?</b>	
Çocukken tecavüze uğradınız mı, taciz edildiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
<b>Şu anda:</b>	
Bir partnerle aktif bir cinsel yaşamınız var mı?	1= Evet 2= Hayır
Cinsel yaşamınızdan hoşnut musunuz?	1= Evet 2= Hayır



Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
AIDS riski açısından kaygınız var mı?	1= Evet 2= Hayır
<b>Lütfen bize söyler misiniz?</b>	
Geçen yıl kaç kez doktora gittiniz?	.....
Okula ne kadar devam ettiniz?	.....
Evli misiniz?	1= Evet 2= Hayır
Kaç kez evlendiniz?	.....
<b>Aşağıdaki alanlarda şu anda ciddi veya rahatsız edici sorunlar yaşıyor musunuz?</b>	
Evlilik	1= Evet 2= Hayır
Aile	1= Evet 2= Hayır
Uyuşturucu kullanımı	1= Evet 2= Hayır
İş	1= Evet 2= Hayır
Mali konular	1= Evet 2= Hayır
Koroner atardamar operasyonu geçirdiniz mi?	1= Evet 2= Hayır
Yaklaşık yıl	Aralık: 1-96
1978-1985 yılları arasında size kan nakli yapıldı mı?	1= Evet 2= Hayır

Soru (tam olarak bu haliyle sorulacak)	Kodlama ve Yorumlar
Bağışıklık kazandırıcı bir takviyeye gereksinim duyuyor musunuz?	1= Evet 2= Hayır
Emekli misiniz?	1= Evet 2= Hayır
Ailenizde 65 yaşından önce ölen var mı?	1= Evet 2= Hayır
Ailenizden bir dizi kişinin yakalandığı bir hastalık var mı?	1= Evet 2= Hayır
Ailenizde daha önce söz etmediğiniz alışılmadık bir hastalık var mı?	1= Evet 2= Hayır
Anne-babanızdan birinde, erkek veya kız kardeşinizde 60 yaş öncesi gelişmiş koroner (kalp) bir hastalık var mı?	1= Evet 2= Hayır
Tek yumurta ikiziniz var mı?	1= Evet 2= Hayır
	1= mükemmel 2= İyi 3= fena değil 4= Kötü
Şu anki sağlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz	
Otomobilde düzenli olarak emniyet kemeri kullanır mısınız?	1= Evet 2= Hayır
Stres düzeyinizi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz	1=yüksek 2= orta 3=düşük

## EK 2

# Sonuç değerlendirmesi için geçerliliği kanıtlanmış ölçüm aracı örnekleri (bkz Tablo 3.2)

### Bebek ve çocuk sonuçları

#### *Bebek ve çocuk gelişimi*

Bayley Scales of Infant Development (Bebek Gelişimi Bayley Ölçekleri, BSID ve BSID-II)<sup>1</sup>  
Developmental Profile II (Gelişim Profili, DPII)<sup>2</sup>

Kaufman Assessment Battery for Children (Kaufman Çocuklar için Değerlendirme Test Top-  
luluğu, K-ABC)<sup>3</sup>

Stanford-Binet Intelligence Scale, 4th Edition (Stanford-Binet Zeka Ölçeği, 4. baskı)<sup>4</sup>

#### *Çocuk dışsallaştırma ve içselleştirme davranışları*

Child Behavior Checklist (Çocuk Davranış Kataloğu, CBCL)<sup>5,6</sup>

#### *Toplumsal yetenek*

Developmental Checklist (Gelişim Kataloğu)<sup>7</sup>

Scott and Hogan Adaptive Social Behavior Inventory (Scott ve Hogan Toplumsal Uyum Dav-  
ranış Envanteri, ASBI)<sup>8</sup>

#### *Eğitim performansı (okul performansı dâhil)*

Child Classroom Adaptation Index (Çocuk Sınıfta Uyum Endeksi, CCAI)<sup>9</sup>

Cooperative Preschool Inventory (Okul Öncesi İşbirliği Envanteri, CPI)<sup>10</sup>

1 Bayley, N. *Bayley Scales of Infant Development*. San Antonio, TX, The Psychological Corporation, 1969 and 1993.

2 Alpern G, Boll T, Shearer M. *Developmental Profile II*. Los Angeles, CA, Western Psychological Services, 1986.

3 Kaufman AS, Kaufman NL. *Kaufman Assessment Battery for Children*. Circle Pines, MN, American Guidance, Service, 1983.

4 Thorndike RL, Hagen EP, Sattler JM. *Stanford-Binet Intelligence Scale*. 4th ed. Itasca, IL, Riverside Publishing, Company, 1986.

5 Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Behavior Checklist and Revised Behavior Profile*. Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.

6 Achenbach TM. *Child Behavior Checklist for ages 2-3*. Burlington, VT, University of Vermont, 1988.

7 St Pierre RG et al. *National impact evaluation of the Comprehensive Child Development Program, final report*. Cambridge, MA, Abt Associates, 1997:5.7, 5.12.

8 Scott KG, Hogan A. *The Adaptive Social Behavior Inventory*. New York, NY, Harcourt Brace Jovanovich, 1987.

9 Halpern R, Baker AJL, Piotrkowski CS. *The Child Classroom Adaptation Index*. New York, NY, National Council of Jewish Women, 1993.

10 Caldwell BM. *Cooperative Preschool Inventory*. Princeton, NJ, Educational Testing Service, 1974.

*Sağlıklı ilgili risk davranışları (zarar verici düzeyde alkol ve keyif verici madde kullanımı, çok sayıda cinsel partner, sigara kullanımı, yakın arkadaşına yönelik şiddet gibi)*

Adverse Childhood Experiences (Olumsuz Çocukluk Deneyimleri, ACE) Araştırma Anketi (Bkz Ek 1)

*Anne -babanın disiplin hakkında bilgi, tutum ve davranışları*

Conflict Tactics Scale (Çatışma Taktikleri Ölçeği, CTS2)<sup>11</sup>

Adult-Adolescent Parenting Inventory (Yetişkin-Genç Anne-babalık Envanteri, AAPI)<sup>12</sup>

## **Anne-baba ve aile sonuçları**

*Anne-baba-çocuk bağı*

The Attachment Q-Set (Bağlılık Q Testi, Versiyon 3.0)<sup>13</sup>

*Anne-babalık yeteneği, anne-babalıkla ilgili tutumlar*

Parenting Sense of Competence Scale (Anne-babalık yetenek ölçeği, PSOC)<sup>14</sup>

Parenting Stress Index (Anne-babalık stres endeksi, PSI), Sense of Competence Subscale (Yetenek alt ölçeği dâhil)<sup>15</sup>

*Anne-babanın bebek ve çocuk gelişimi hakkında bilgi ve beklentileri (fiziksel, duygusal, bilişsel, cinsel)*

Knowledge of Infant Development Inventory (Bebek Gelişim Bilgi Envanteri, KIDI)<sup>16</sup>

Nursing Child Assessment Satellite Training (Çocuk Beslenme Değerlendirmesi Uydu Eğitimi, NCAST) Teaching Scale (Öğretim ölçeği)<sup>17</sup>

*Anne-babanın disiplinle ilgili bilgi, tutum ve davranışları*

Conflict Tactics Scale (Çatışma Taktikleri Ölçeği, CTS2)<sup>18</sup>

Adult-Adolescent Parenting Inventory (Yetişkin-Genç Anne-babalık Envanteri, AAPI)<sup>9</sup>

2 Resources, 1989.

11 Straus MA et al. *The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.

12 Bavolek S. *Research and validation report of the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI)*. Eau Claire, WI, Family Development Resources, 1989.

13 Waters E. Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on Secure-Base Behavior and working models: new growing points of Attachment Theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1995, 60:234–246.

14 Gibaud-Wallston J, Wandersman LP. The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC). In: Touliatos J, Perlmutter B, Straus M, eds. *Handbook of family measurement techniques*. Thousand Oaks, CA, Sage, 2001:166–167.

15 Abidin RR. *Parenting Stress Index: manual*. Charlottesville, VA, Pediatric Psychology, 1986.

16 MacPhee D. *Knowledge of Infant Development Inventory*. Chapel Hill, University of North Carolina, 1981. [Unpublished document; available on request from David L MacPhee, Human Development and Family Studies, Colorado State University, Fort Collins, CO 80523, USA.]

17 Barnard K. NCAST Scale. Seattle, WA, University of Washington, School of Nursing, 1989

18 NCAST *caregiver-parent interaction teaching manual*. Seattle, WA, Nursing Child Assessment Satellite Training Program, University of Washington, School of Nursing, 1994.





