

İhmal, İstismar ve Çocuk: Sağlam Çocuk İzleminde Çocuk İstismarına Yaklaşım

Prof. Dr. Serpil Uğur Baysal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sosyal Pediatri
BD, İzmir

serpil.baysal@deu.edu.tr

‘Zamanın bütün yaraların ilacı olduğu büyük bir yalan. Zaman öldürülmüş bir çocuğun yaralarını iyileştiremez’ Yaşar Kemal

Çocuk istismarı ve ihmali, tüm sosyoekonomik düzeylerde, ırksal, etnik/ kültürel gruplarda, tüm dinlerde görülebilen yaygın bir sorundur. İhmal ve istismarın kurbanları olan çocuklar, büyüme geriliği gibi tıbbi sorunlar, çok sayıda gelişimsel ve davranışsal normalden sapmalar açısından yüksek risk ve mortalite riski taşımaktadırlar.

1. Tanım

İstismar: Bir çocuğun, bakımını sağlayan bireyin (anne- baba, yasal koruyucu, öğretmen, bakıcı, vb) kasıtlı oluşturduğu, vücut/ doku bütünlüğünün bozulması, ruhsal sorunlar, engellilik, ya da ölüm riskine yol açan fiziksel ya da duygusal yaralanmadan etkilenmesidir.

İhmal: Çocuğa bakım veren bireyin, çocuğun yaşamını sürdürebilmesi ve gelişebilmesi için temel gereksinimlerini karşılamaması, ya da aşırı ilgisizlik, gözetimsizlik sonucunda çocuğun, fiziksel, ruhsal, duygusal yönlerden tehlikede olduğu durumdur. İhmal, çocuklara kötü muamelenin %60'ını oluşturur; genellikle anneler sorumludurlar. Çocuk istismarının en yaygın biçimi, en tanınmayan, bildirilmeyen istismar biçimidir. İhmal edilen çocuklar büyük ölçüde etkilenirler; sıklıkla duygusal hasar gelişir. Mortalite oranı daha fazladır.

2. Sıklık

Kesin sayıların verilmesi güç olmakla birlikte, gelişmiş ülkelerde kötü davranış kurbanı olan çocukların yaygınlığı yaklaşık 1000’de 12 verilmektedir. Örneğin, ABD’de her yıl çocuk istismarı ve/ ya da ihmali şüphesi olan milyonlarca vaka bildirilmekte, vakaların yaklaşık üçte biri tanı alabilmektedir. Duygusal/ psikolojik istismar yaygın olup tanınması güçtür.

Bilir ve arkadaşlarının, 1991 yılında, 16 bin çocuk üzerinde yaptıkları bir araştırmada fiziksel istismara uğrama oranı %33, tokat atma, kulak ve saç çekme oranı %25, sopa ile dövme oranı %14 bulunmuştur.

Türkiye’de Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği (ÇİKORED)’nin yaptığı çalışmalarda(2001), okullarda fiziksel olarak cezalandırılan çocuk oranı %85 bulunmuştur.

Dayak nedeniyle Kadın Sığınma Evleri’ne gelen kadınlar üzerinde bir araştırma yürütölmüş, %92’sinin çocuklarını dövdükleri saptanmıştır.

Simsek Orhon ve ark, anne- babalar, pediatri asistanları ve tıp öğrencileriyle bir araştırma yürötmüşler, istismar öyküsü bulunan ve disiplin konusunda doğru bilgilenmemiş olan bireylerin çocuklara verbal ve fiziksel disiplin/ ceza uygulanmasını kabul edebildiklerini belirlemişlerdir.

Gunnlaugsson G ve Einarsdóttir J’nin 1980 ve sonraki yıllarda İzlanda’da doğan bireyler arasında yaptıkları araştırmada fiziksel cezalandırmanın daha az bildirildiğini belirlemişler; araştırmacılar, toplumda çocuk hakları konusunda bilgilenmenin ve farkındalığın artması, çocuk yetiştirme konusunda görüşlerin değişmesi gibi etkenlerin bu değişimi kolaylaştırdığı sonucuna varmışlardır.

Cinsel istismar sorgulandığında, bu oran oldukça fazladır. Kız çocuklarının %58’inin, erkek çocukların %42’sinin cinsel istismar ile karşılaştıkları bildirilmiştir. Aile içi cinsel istismar (ensest) vakalarının mahkemeye yansıyan sayılardan daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Sofuoğlu ve ark.’nın, Çocuk İhmali ve İstismarı Balkan Epidemiyolojik Çalışması (BECAN) Avrupa Birliği Projesi kapsamında, Türkiye’de ilk kez üç ilde, ISPCAN çocuk istismarı tarama araçları (ICAST-CH ve ICAST-P) kullanılarak olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin son bir yıl içindeki ve tüm yaşam boyu sıklığı saptanmıştır. Tarama yapılan çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olumsuz çocukluk çağı deneyimleri sıklığı %42 ile %70 arasında saptanmış olup Türkiye’nin bu bölgelerinde çok önemli bir halk sağlığı sorunu ve erişkin sağlık riski ile karşı karşıya olduğumuz ortaya çıkarılmıştır.

Ulukol ve ark.'nın 2013 Araştırma Raporu'na göre, Türkiye'de üniversite öğrencilerinde olumsuz çocukluk yaşantıları yaygındır. Bu durum, sağlık davranışlarında yüksek risk ve özgün sağlık sorunları ile birliktedir.

Gündem Çocuk Derneği, Çocuk Hakları Merkezi'nin 2014 Raporu'nda, geçtiğimiz yıl yaklaşık 700 çocuğun, hastalık dışı önlenabilir nedenlerden dolayı yaşamını yitirdiği belgelenmiştir.

3. Etkileyen faktörler/ nedenleri

Fiziksel istismar için risk etkenleri

- Anne- baba ile ilgili: depresyon, madde bağımlılığı
- Çocukla ilgili: Davranışsal sorunlar, süregelen engellilik
- Aile/ toplum özellikleri: Sosyal izolasyon, stres, düzensiz aile yapısı, eğitim ve/ ya da sosyoekonomik düzey geri

Cinsel istismar için risk etkenleri

- Evde, çocukla biyolojik bağı bulunmayan bir erkeğin varlığı ve anne- baba ile çocuk ilişkisinin kötü olması.

İhmal için risk etkenleri

- Fiziksel istismardakilere benzer.

4. Tanı

Fiziksel istismar

Çürükler/ ezikler: Altı aydan küçük çocuklarda görüldüğünde istemli olma olasılığı daha fazladır. Çocuk daha çok hareket kazandığında istemsiz gelişen çürükler ortaya çıkar. Kemik çıkıntılardaki çürüklerin istemsiz olma olasılığı daha fazladır; dorsal yüzlerdeki muhtemelen oluşturulmuştur. Yalnız rengine bakılarak çürüğün yaşını belirlemek çok güçtür.

Çürüklerde ayırıcı tanı: Mongol lekeleri, eritema multiforme, koagülopati(lösemiler dahil), Henoch- Schonlein purpurası, sekonder sifiliz, kültürel alışkanlıklar(metal para basma, bardak çekme, vb.) fitofotodermatit.

Çürüklerin biçimi: Çürüklerin kasıtlı oluşturulduğunu düşündüren, el izi, kemer(U biçiminde), kemer tokası, elektrik kordonlarının izleri(omega biçiminde) gibi özgün biçimler olup olmadığını gözlemlemek önemlidir.

Yanıklar

Mekanizma: Kimyasal, termal, elektriksel, radyasyon. Haşlanma tipi en yaygın; yanıkların %85'ini oluşturur.

Zorla kaynar suya daldırma yanıkları keskin kenarlı, aynı derinlikte yanıktır(çorap-eldiven biçiminde). Fleksiyon çizgileri korunur. Yanıklar, sıklıkla, ellerin/ ayakların ya da kalçaların sıcak su içinde tutulmasının sonucundadır.

Kuru temas yanıkları, genellikle ütü, saç kurutma gereçleri, sigara, kibrit ve çakmak, ampul ile oluşturulur. Daha çok, vücudun kapalı bölgelerinde, daha derin, daha büyüktür.

Düşmeler

Ayakta iken düşmek ya da alçak bir yerden düşmek ciddi yaralanmaya pek az yol açabilir. Çocuğun boyundan daha yüksek bir yerden düşmesi, genellikle ciddi yaralanma olasılığı taşır.

Kafa travmaları: Diğer istismar biçimlerinden daha fazla mortalite ve uzun süreli morbidite ile ilişkilidir. Belirtiler genellikle özgün değildir: İrritabilite, beslenme güçlüğü, emmeme, uyku hali ve kusma gibi. Kasıtlı oluşturulmuş kafa travmasının tanınmaması durumunda çocuğun tekrar travma ile karşılaşma riski vardır.

Kafa travması, saçlı deride travma; subgaleal kanama; kafatasında kırık: epidural kanama var ya da yok; subdural/ subaraknoid kanama; beyin ödemi; akson hasarı; beyinde kontüzyon ya da intraparenkimal kanama biçimlerinde ortaya çıkabilir.

İstismara bağlı kafa travması kuşkusu bulunan vakalarda, deri yaralanmaları, intraabdominal yaralanmalar, frenulum, vb mukoza lezyonları ve retina kanamalarının olup olmadığının değerlendirilmesi önemlidir.

Kafa travmasında ayırıcı tanı: Minör travma, doğum travması, solunum durması, Menkes Hastalığı, Glutarik Asidüri Tip 1, epileptik nöbetler, altta yatan kafa içi patolojiye bağlı.

Sarsılmış bebek sendromu/ Sarsılmış impakt sendromu: Sıklıkla, bebeğin/ çocuğun kontrol edilemeyen ağlamasını durdurmak için yapılan bir harekettir. Sarsma hecmelerini, çocuğun bir yüzeye fırlatılması sonucunda çarpma izleyebilir. Sarsma ve çarpma ile hızın aniden kesilmesi, kafatasında köprü venlerinin yırtılması, subdural hematoma ve subaraknoid kanamaya yol açar. Beyne doğrudan travma, akson hasarına, yaralanan nöronlardan

kimyasalların salınımı vazospazma ve oksijenin azalmasına yol açar. Belirtilerin derecesi ve ortaya çıkma zamanı sarsma kuvvetine ve süresine bağlıdır.

Göz muayenesi gereklidir; kaza dışı kafa travması bulunan çocukların %33'ünde retina kanaması görülür; buna karşın, kazaya bağlı kafa travmasında %2'dir. Diğer olası yaralanmalar: retinada ayrılma, optik sinir hasarı.

Retina kanamalarında ayırıcı tanı: Diğer nedenler pek az görülür ve yaşa özgüdür. Ayırıcı tanı listesi: Vajinal yolla doğum, kanama bozuklukları, arter- ven anomalileri, kafa içi basınç artışı, bakteriyel menenjit, istemsiz kafa travması, idiyopatik periretinal membran. Vajinal doğumların %40'ında görülür; 10-14 günde geriler. Kazaya bağlı kafa travmalarında pek az görülür.

İskelet yaralanmaları: Küçük çocuklarda görülen kırıkların %2'si kazaya bağlıdır. Dokuz ay- üç yaş arasındaki çocuklarda, tibianın oblik kırığı kazaya bağlı en yaygın görülen kırıktır. Kaza dışı kırıkların çoğunluğu(%80) 18 aydan küçük çocuklardadır. İstismara özgü bir kırık biçimi yoktur. Uzun kemiklerde metafizeal kırıklar istismara bağlı kırıklar arasında yaygındır. Kıvrılmaya bağlı oluşan spiral ve oblik kırıklardır. Büyük ölçüde bir bükme gücü uygulanmasını gerektirir. Tibia, en yaygın bölgedir. Humerus, istismara bağlı kırıklar arasında ikinci en yaygın etkilenen uzun kemiktir. Kaburga kırıkları genellikle iskelet incelemesinde fark edilir. Klinik olarak şüphelenilmez. Arka kaburga kırıkları daha sıktır. Genellikle çok sayıda ve iki yanlıdır.

Kırıkların ayırıcı tanısı yapılmalıdır: İstemsiz travma, doğum travması, prematürede osteopeni, rahitis, skorbüt, Menkes Hastalığı, sekonder hiperparatiroidizm, osteogenezis imperfekta Tip I ve Tip IV, T- Hücre Hastalığı, ilaç toksisitesi- metotreksat, prostaglandin, A hipervitaminozu, osteomiyelit, sifilis, nöromüsküler hastalıklar, iskelet displazileri, neoplazmlar, infantil kortikal hiperostoz, bakır eksikliği.

İnsan ısırıkları, intratorasik ve intraabdominal yaralanmalar, saç kaybı fiziksel istismar belirtileri olabilir.

İhmal

İşaretler

- Bireysel hijyen kötü
- Yaşam koşulları sağlığa uygun değil

- Uyku koşulları uygun değil
- Gözetim yokluğu(tekrarlayan kazalar/ yaralanmalar)
- Tıbbi ilgi yetersiz, bilinen bir hastalık için başvuruda gecikme
- Madde kullanımının kanıtı
- Yapısal tehlikeler, yangın riski, çevresel tehlikeler

İhmal biçimleri

- *Fiziksel:* Obezite, yetersiz beslenme; uygun barınma koşullarının ve temizliğin olmaması.
- *Tıbbi:* Sağlık bakımının reddi ya da sağlık bakımında gecikme.
- *Gözetimsel:* Güvenli çevrenin sağlanamaması, çocuğu aile içi şiddet, terk edilme, velayet sorunlarıyla karşı karşıya bırakma.
- *Duygusal:* Yeterli sevgi gösterilmemesi; çocuğun alkol/ madde kullanımına ya da toplumsal kurallara karşı çıkmasına izin verilmesi; çocuktan gerçekçi olmayan beklentiler.
- *Eğitim:* Çocuğa zorunlu eğitimi sağlamamak.

Olası Göstergeleri

- *Davranışsal:* Göz teması kurmama, gülümsememe, çevreye ilgi göstermeme, kendini ifade etmede güçlük, sarılmaya negatif yanıt, başı vurma gibi tekrarlayıcı davranışlar, uygun olmayan biçimde yabancılarda sevgi aramak.
- *Fiziksel:* Ciddi bez dermatiti, impetigo, özbakım kötü, yetersiz tartı alımı/ tartı alımında duraklama, karın şişliği(kötü beslenmeyi gösterir), oksipital bölge düz.

Cinsel İstismar

Sosyoekonomik durum ve ırk farkı gözetmez. Kız çocukların %20sinde, erkek çocukların %10unda cinsel istismar öyküsü bulunur. Erkek çocukların olayı açıklamaları daha az olasıdır. Suçlu, genellikle aileye yakın olan biridir.

Belirtiler

- Ağrı, kanama; uretra, vagina, rektumdan akıntı

- Haftalar, aylar boyunca gelişen süregelen, sinsiz, gizli kalmış istismar olabilir. Nonspesifik karın ağrısı, vaginada inflamasyon, dizüri
- Anne- baba ya da sağlık çalışanları tarafından çocukta cinsel davranışların gözlenmesi. Gelişimsel yönden uygun olup olmadığını ayırt etmek önemli.

Olguların çoğunda fizik muayene normaldir.

İstismara uğrayan çocuk ile görüşülür. Çocukla bir kez görüşerek uygun kayıtlar tutulmalıdır. Görüşme, eğitimli bireyler tarafından yapılmalı, yönlendirici sorulardan kaçınılmalıdır.

- Çocuğun söylediklerine inanılmalı,
- Çocuğun kendi sözlerini kullanarak söylediklerini tırnak içinde kaydetmeli,
- İsteksiz çocuk muayene edilmemeli.
- Ciddi genital ağrı ya da aşırı genital kanama olmadıkça çocuğun elbiseleri çıkartılmamalı ve genital bölge muayene edilmemeli.
- Çocuk, genital bölgenin muayenesi için uzmana gönderilmeli.

Adli kanıtların toplanması ve kaydedilmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için testler gerekebilir.

Fizik Muayene

Anogenital muayene esastır; muayene bulgularının normal olması istismarı dışlatmaz. Çocukların yalnız %10'unda yaralanma izi vardır. Muayene için istenen pozisyon sırtüstü kurbağa ya da diz- göğüs pozisyonlarıdır. Vajinadan kanama ve/ ya da akıntı, her zaman istismar sonucu değildir. Uretranın prolapsı ya da yabancı cisim açısından bakılmalıdır.

Bakım verenin oluşturduğu yapay belirti/ işaret/ hastalık(Munchausen-by-proxy, MbPS)- Tıbbi çocuk istismarı

Çocuk, anne- baba ya da bakım veren bireyin mental hastalığının kurbanıdır. Çocukta belirti, işaret, hastalık, hastalığın nedeni hakkında bilgiyi inkar eden anne- baba ya da bakıcı tarafından uydurulur, abartılır, oluşturulur ve bu durum tekrarlar. Genellikle anne tarafından çocukta hastalık simüle edilir. Çocuk, sık sık tıbbi değerlendirme ve bakım için getirilir ve

birçok işlemle karşılaşır. Çocuk, bakım verenden ayrıldığında belirtiler azalmaya başlar /ortadan kalkar. Bu durumda çocuk, anne-baba/ bakıcı ile yalnız bırakılmamalıdır.

Önemli İşaretler

- Belli bir açıklama olmaksızın tekrarlayan ciddi hastalık, uygun tedavilere yanıt alınamaması
- Başkaları tarafından gözlenmemiş olan ve kanıtlanamayan belirtiler
- Tıbbi ya da aile öyküsünün bir kısmının uydurulduğunun belirlenmesi
- Çocuğun kardeşlerinde açıklanamayan hastalık ya da ölüm
- Çocuk çok hasta olduğunda bakım verenin alışılmadık biçimde soğukkanlı olması
- Anne, vb bakım verende Münchausen Sendromu öyküsünün varlığı

Çocuk bakımını sağlayan bireyin uydurduğu, abarttığı, oluşturduğu yapay belirtiler ve işaretlerle birinci basamak sağlık hizmetlerinde ya da çocuk sağlığı izlem polikliniklerinde de karşılaşılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Etkilenen çocuklar düzenli izlenmelidir, aile dinamikleri incelenmeli, annelere ve ailelere ruhsal ve sosyal destek sağlanabilmelidir.

Duygusal İstismar

Tüm istismar türlerinin bir parçasıdır. Çocuğun gelişimini ve sosyal becerilerini olumsuz etkiler. Olguların çoğu hafiftir; fakat, erken tanı önemlidir. Bilinçli yapılmayabilir.

- Çocuğu gözardı etme
- Çocuğun gereksinimlerini ve isteklerini reddetme
- Çocuğu izole etme
- Sözel saldırıda bulunma(örn: ad takma, sert biçimde tehdit/ gözdağı)
- Yıkıcı, antisosyal davranışı teşvik etme
- Çocuğu aşağılama

5. Korunma

Bireysel önleme, istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi ve izlemini içerir. İstismara uğrayanların etkin tedavisi, bu çocukların erişkin dönemlerinde istismar uygulama risklerini azaltacaktır. İstismar edenlerin yalnız cezalandırılmaları değil, tedavi ve rehabilite edilmeleri de gerekir. Toplumsal önleme, riskli grupların saptanmasına yönelik olmalıdır. Evsizlik, işsizlik, madde bağımlılığı, alkolizm, aile içi şiddet, ailede psikiyatrik hastalık, çocuk istismarına yol açan risk etkenlerinin başlıcalarıdır. Evrensel önleme, tüm çocukları

kapsamaya yönelik olarak gerçekleştirilebilir. Bu koruma biçiminde düzenli sağlık bakımı, anne- baba eğitimi, ev ziyaretleri, doğurganlığın düzenlenmesi, yoksulluk ve işsizlik ile savaşım önem kazanır.

6. Tedavi

Hekimlerin, istismar ya da ihmalden şüphelenilen vakaları, başta çocuk koruma servisleri ve bölge polisi olmak üzere uygun kurumlara bildirmeleri yasal ve etik bir zorunluluktur.

İstismar/ İhmalin Bildirilmesi: Makul bir neden varsa bildirim yapılmalıdır. Kanıt gerekli değildir.

Makul Neden: Eğitim ve deneyim yoluyla ya da fiziksel kanıt gözlendiğinde/ tanımlandığında sağlık çalışanı, ihmalin ya da kaza dışındaki araçların yaralanma nedeni olabileceğini farkederek hale gelir.

Devam eden yaralanmaların tedavisi, bir çok olguda çocuğun hastanede yatırılarak korunması gerekir.

7. Çıkarımlar

- Çocuk istismarı/ ihmali, hekim yüksek düzeyde şüpheyne sahip olduğunda ortaya çıkarılabilir ve tanı konabilir.
- Hekimlerin, istismar ya da ihmalden şüphelenilen vakaları bildirmeleri yasal ve etik bir zorunluluktur.
- Çocuk istismarı/ ihmali vakalarına bütüncül yaklaşım ve disiplinlerarası işbirliği önemlidir.
- Vakalar, eğitimli ve alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından, örselenmeden özel bir birimde muayene edilmeli, ‘çocuk/ adolesan dostu muayene- değerlendirme yöntemleri’ uygulanmalıdır.
- Bireysel önleme, istismara uğrayan çocukların erken tanısı, uygun tedavisi, izlem ve rehabilitasyonunu kapsar. Toplumsal önleme, riskli grupların belirlenmesine yönelik olmalıdır. Evrensel önlemede ise düzenli sağlık bakımı, anne- baba eğitimi, ev ziyaretleri, doğurganlığın düzenlenmesi, yoksulluk ve işsizlik ile savaşım önem kazanır.

- Çocuk istismarı ve ihmali konusunda anahtar role sahip olan hekimlerin başta mezuniyet öncesi olmak üzere mezuniyet sonrası eğitimlerinde çocuk istismarı ve ihmali konusuna gereken önem verilmelidir.

Başlıca kaynaklar

Bilir Ş, Arı M, Dönme N ve ark. 4-12 yaşları arasında 16,100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk istismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi, Ankara: Gözde Repro Ofset; 1991:45-53.

UNICEF, Adli Tıp Kurumu(Düzenleyen: Prof. Dr. Ali Yemişgil). Çocuk İstismarı ve İhmali. İstanbul: Özgün Ofset, 2003.

Simsek Orhon F, Ulukol B, Bingoler B, Baskan Gulnar S. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. Child Abuse & Neglect 2006; 30: 1081-92.

Uğur Baysal S. İhmal- İstismar ve Çocuk. Tüzün DÜ, Hergüner S(Ed). ‘Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım’ kitabı içinde. İstanbul: Epsilon Yayıncılık, 2007: 479-498.

Uğur Baysal S, Akçay Ş. Child abuse and neglect: Knowledge, experiences, attitude of residents in pediatrics and trauma units. APPCAN 2009, 15- 18 November, Perth, Australia. Final Program and Abstract Book. P.86.

Agirtan CA, et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference! Child Abuse & Neglect 2009; 33: 247–255.

Coombs CM, Stevens Kirk A, McMillan JA. Oski’s Pediatric Certification and Recertification Board Review. Philadelphia: LW&W, 2011:112-113; 301-312.

Gunnlaugsson G, Einarsdóttir J. Experience of Icelandic adults of corporal punishment and abuse in childhood. Laeknabladid 2013; 99: 235-9.

Sözen MŞ, Arıcan N, Uğur Baysal S. Adli Tıp. Devocioğlu Ö, Çıtak A(Ed)’Pediatrie Rutinler’ içinde. 3. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 839-858.

Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, Halıcıoğlu O, Akşit S. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. (Epidemiological study of negative childhood experiences in three provinces of Turkey). Türk Ped Arş 2014; 49: 47-56.

Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. (Comparison of the levels of knowledge and approaches in relation with child abuse and neglect in residents of pediatrics, pediatricians and practitioners working in the province of Ankara). Türk Ped Arş 2014; 49: 57-65.

WHO Regional Office for Europe. Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey study report- 2013. Editors: Ulukol B, Kahiloğulları AK, Sethi D. Copenhagen: World Health Organization 2014.

Gündem Çocuk Derneği, Çocuk Hakları Merkezi. Türkiye'de Çocuğun Yaşam Hakkı 2014 Raporu. Ankara, 2015.

Tablo 1. İstismar ve ihmali vakalarında özellikler

Çocuk	Aile
Prematürite	Ev içi şiddet
Doğumsal anomali, engel	Alkol, madde bağımlılığı
Sürekli ağlama gibi belirli davranışların tekrarı	Anne-baba çok genç Anne-babanın beklentileri uygun değil Sosyal izolasyon Çocukken istismara uğramış

Tablo 2. İstismar Kuşkusu Oluşturan Durumlar

- Ailenin sağlık kurumuna geç başvurması ve gecikme nedenini açıklayamaması.
- Öyküde çelişkilerin varlığı, öyküyü sonradan değiştirme, anne- babadan ayrı ayrı alınan öykülerin farklı olması, öykünün çocuğun yaşına ve gelişme durumuna uymaması, öykü ile bulguların oluşum mekanizması arasındaki çelişki, birden fazla şüpheli travma öyküsü, ana- babanın çocukluklarında istismar öyküsünün varlığı.
- Anne- babada/ bakıcıda düşmanca davranışlar.
- Lezyonların farklı zamanlarda olması.
- Aile tarafından kardeşinin, bir yabancının, çocuğun suçlanması.
- Çocuğun anne- babayı suçlaması.
- Anne- babanın çocuktan beklentilerinin gerçekçi olmaması.

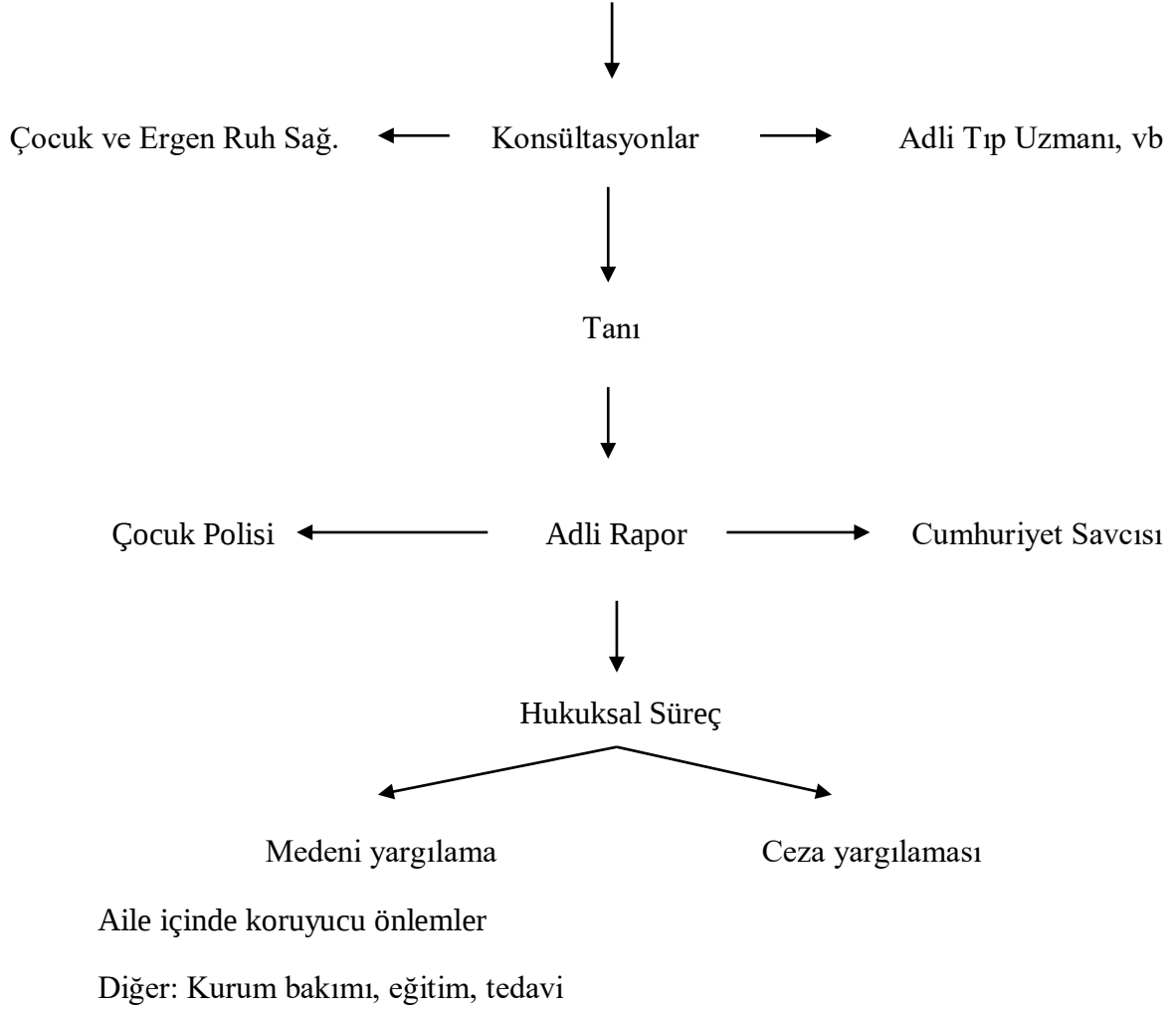
Tablo 3. Çürüklerin yeri ve nedeni arasındaki ilişki

Oluşturulmuş	İstemsiz
Üstkollar	Bacak ön yüzleri, dizler
Gövde	Kemik çıkıntıları
Uyluk ön yüzleri	Önkollar
Yüzün bölümleri	Alın
Kulaklar ve boyun	Çene altı
Genital bölgeler, kalçalar	

Çocuk istismarı/ ihmali düşünülen vaka

Çocuk İstismarı Şüphesi= Bildirim

(Çocuk Koruma Birimi, Sosyal Hizmetler, Çocuk Polisi, Savcılık)



Çizim 1. Çocuk İstismarı- İş Akış Şeması