



Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi Evaluation of Child Abuse and Neglect

Selen Acehan¹, Ayşegül Bilen², Mehmet Oğuzhan Ay¹, Müge Gülen³, Akkan Avcı¹,
Ferhat İçme⁴

¹ Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Adana, Turkey

² Adli Tıp Kurumu, Adana Grup Başkanlığı, Adana, Turkey

³ Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir, Turkey

⁴ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara, Turkey

ABSTRACT

Child abuse is an important public health problem that can cause serious injury, disability and even death, and have medical, legal, and social aspects. Prevention of repeated abuse at an early stage is necessary to limit long-term effects of abuse. Unfortunately, these children often do not receive the diagnosis in the emergency department, despite using emergency service. In this article, the evaluation and management of child abuse and neglect which has a very important social dimension, has been reviewed with current literature.

Key words: Child abuse, child neglect, emergency.

ÖZET

Çocuk istismarı, ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Tekrarlayan istismarın erken evrede önlenmesi istismarın uzun vadeli etkilerini sınırlamak için gereklidir. Ne yazık ki bu çocuklar sıklıkla acil servisi kullanmalarına rağmen acil servislerde tanı alamamaktadırlar. Bu yazıda günümüzde oldukça önemli toplumsal boyutu olan çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilme ve yönetimi son bilgiler ışığında gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Çocuk istismarı, çocuk ihmali, acil.



Giriş

Çocuk Hakları Sözleşmesinin (ÇHS) 1. maddesinde; çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır¹. 18 yaş altındaki herkesin çocuk olarak kabul edildiği ülkemizde de çocuk istismarı, ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olabilen tıbbi, hukuki, sosyal yönleri olan önemli bir halk sağlığı sorunudur¹⁻³. İnsanlık tarihi kadar eski, insanlığın en önemli sosyal yaralarından biri olan çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ), toplumlarda ne boyutta olduğu iyi bilinmeyen, çoğu kere gizli kalan, mağdurlarının pek fazla dile getirmediği bir sağlık problemdir⁴⁻⁷.

İstismara uğramış çocukların pek çoğu tıbbi yardım alamamaktadır. Genel çocuk popülasyonu ile karşılaştırıldığında istismara uğramış çocuklar istismar tanısı almadan önce sıklıkla acil servise getirilmektedirler⁸. Tekrarlayan istismarın erken evrede önlenmesi istismarın uzun vadeli etkilerini sınırlamak için gereklidir. Ne yazık ki bu çocuklar sıklıkla acil servisi kullanmalarına rağmen acil serviste tanı alamamaktadırlar⁹. Bu derlemede günümüzde oldukça önemli toplumsal boyutu olan çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilme ve yönetimini son bilgiler ışığında gözden geçirilmiştir.

Çocuğun Tanımı

Çocukluk kavramı; tarih içinde toplumun inançlarına, ekonomilerine ve kültürlerine göre değişen bir kavram olarak yer almaktadır. "Çocuk Hakları Sözleşmesi"ne (ÇHS) göre, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır. ÇHS'nin 1. maddesinde, çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde daha önce rüşt yaşına erişilmedikçe 18 yaşını bitirmemiş kişiler "çocuk" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım "Türk Medeni Kanunu"nda kullanılan "küçük" kavramını kapsamaktadır^{10,11}.

Çocukluk; gençlik ve yetişkinliği biçimlendiren bir dönemdir. Ruhun, beden ve zihnen sağlıklı, başarılı, kendine ve topluma yararlı, ahlaklı olup olmamak da nasıl bir çocukluk geçirmiş olduğumuzla yakından ilgilidir. Bu nedenlerden ötürü gelişmiş toplumlarda devletlerin politikasında çocukların eğitimi, sağlığı ve sosyal hakları yer almaktadır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski, insanlığın en önemli sosyal yaralarından biri olan çocuk istismarı ve ihmali oldukça sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur⁵⁻⁷. Tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmasına rağmen ilk kez 1700'lü yıllarda bir avukatın, hapse giren suçluların kaçınan çocuklara karşı işlenmiş suçlar nedeniyle ceza aldıklarını merak etmesi sonucu dikkati çekmiş ve çalışmasının sonucunda elde ettiği bulgular, çocuk istismarı kavramının ortaya atılmasına neden olmuştur^{7,12,13}.

Çocuk istismarı ile ilgili ilk tıbbi tanım 1860 yılında, Fransız Adli Tıp Profesörü Ambres Tardieu tarafından yapılmıştır^{14,15}. Tardieu, 1860 yılında Paris Tıp Akademisi'nde ilk kez çocukların cinsel ve fiziksel istismarına dövülerek öldürülen 32 çocukta tespit ettiği otopsi bulgularını derleyerek değinirken, Caffey 1946 yılında "Caffey Sendromu" ve Kempe 1961 yılında "Hırpalanmış Çocuk Sendromu" tanımlamasını yapmışlardır^{1,16,17}. Garbarino ve Gilliam 1980 yılında çocuğa karşı yapılan uygunsuz ve zarar verici davranışların özellikle uzmanlar tarafından tespit edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir¹⁸. 1970'lerde cinsel istismarın farkına varılmış ve 1980'lerden sonra ise duygusal istismarın da en az diğer iki istismar kadar önemli olduğuna ilişkin görüşler yaygınlaşmaya başlamıştır¹⁹.

Çocuk Hakları Sözleşmesi

İnsanlığın savaşız, barış ve huzur içinde olan bir dünyada yaşamak isteği Milletler Cemiyetinin kurulmasını sağlamış, Milletler Cemiyeti de ilk olarak 26 Eylül 1924'de Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi'ni kabul etmiştir. 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Sözleşmesi'nde çocukların hak ve özgürlüklerine yeterince değinilmediği için çocukların özel durumları ve özel korunma ihtiyaçları nedeniyle çocuklara özgü ayrı bir belge hazırlama çalışmaları başlatılmıştır. 20 Kasım 1959 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 78 ülkenin temsilcilerinin katıldığı genel oturumda ÇHS'ni oybirliğiyle kabul etmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan Sözleşme 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. ÇHS 27 Ocak 1995 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve Türkiye'de de uygulanmaya başlanmıştır^{20,21}.

ÇHS'nin 19, 34 ve 39'uncu maddeleri çocuk istismarı, ihmali ve önlenmesiyle ilgilidir. Sözleşmenin 19'uncu maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinden sorumlu olanlar, bu haklarını çocuklara zarar verecek şekilde kullanamazlar. Devlet çocuğu anne-babanın ya da çocuğun bakımından sorumlu başka kişilerin her türlü kötü muamelesinden korumak, çocuğun istismarını önlemek ve bu tür davranışlara maruz kalan çocukların tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamakla yükümlüdür. Sözleşmenin 39'uncu maddesi, silahlı çatışma mağduru olan çocukların bedensel ve ruhsal sağlığının korunmaları veya buna yeniden kavuşmaları ve toplumla bütünleşebilmelerini sağlamaları için taraf devletlerin uygun önlemler almaları gerektiğini vurgulamaktadır. ÇHS'nin 34'üncü maddesi de cinsel istismarla ilgili olup bu maddede fuhuş ve pornografi dahil, çocuğu cinsel istismar ve sömürüden korumak konu edilmektedir. Çocuğun cinsel istismardan da korunması çok önemli bir konudur²².

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı

Çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVi), ana baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür²³⁻²⁶. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur^{3,24,27}.

"Çocuk ihmali" ise, başta anne ve baba olmak üzere, bakmakla yükümlü kimseler ve diğer yetişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini ihmal etmeleri sonucu, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır²⁸⁻³⁰.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Sınıflandırılması

Çocuk istismarının değerlendirilmesi; fiziksel istismar, duygusal-psikososyal istismar, cinsel istismar, çocuk ihmali olmak üzere dört ana başlık altında yapılmaktadır^{23,31,32}. Bazı kaynaklarda ayrıca ekonomik istismardan da bahsedilmektedir ki; çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli işgücü olarak çalışması veya çalıştırılması "**Ekonomik İstismar**" olarak tanımlanmaktadır⁷.

1. Fiziksel İstismar

Onsekiz yaşından küçük çocuk ya da gencin anne, baba ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek biçimde "kaza dışı" yaralanması, zarar görmesi ve zarar görme potansiyeline sahip olması "**Fiziksel İstismar**" olarak tanımlanmaktadır^{26,30,33-35}.

a. Sarsılmış Bebek Sendromu

Çocuk istismarının ağır bir formu olan "Sarsılmış bebek sendromu (SBS)" en sık iki yaşın altında görülen ancak beş yaşa kadar da görülebilen ve bu yaş aralığında bebek ve küçük çocuklara uygulanan kafa travması istismarını olarak tanımlanan klinik bir durumdur³⁶.

Genellikle 15 ayın, özellikle de altı ayın altındaki çocuklar kızgın anne-babaları ya da bakıcıları tarafından, bebeğin mamasını yememesi ya da sürekli ağlaması nedeni ile şiddetlice sallandıklarında oluşmaktadır. Bebeğin gövdesinden veya kollarından tutulup sarsılması sonucu oluşan subdural ve/veya subaraknoid hematoma, retinal kanamalar ve minimal travmatik dış bulgular ile karakterizedir. Solunum güçlüğü, bradikardi, iritabilite, apne ve bilinc kaybı sık karşılaşılan bulgulardır. Metafizyel kırıklar veya gelişme geriliği gibi istismar ve ihmali düşündürülecek bulgular eşlik edebilmesine rağmen, çoğu zaman herhangi bir travmatik lezyon yoktur^{36,37}.

b. Munchausen by Proxy Sendromu (Polle Sendromu)

Munchausen sendromu ilk kez 1951'de hastane hastane dolaşım hastalık öyküleri uyduran ve kendilerine gereksiz yere cerrahi girişimler uygulanmasına razı bir grup hastayı belirtmek için kullanılmıştır. Sendroma ismi verilen Baron Karl von Munchausen 18. yy.'da yaşamış, savaştan döndükten sonra kendi uydurduğu eklentilerle daha da ilginç hale getirdiği maceralarını anlatan eski bir süvari subayıdır. Asher ve arkadaşlarının "Munchausen Sendromu" olarak tanımladığı durumda hasta, doktorun muayenehanesine ya da acil servise sıklıkla klinik manifestasyonlarla (belirtilerle) desteklenen uydurma bir öykü ile gelmektedir. Hasta sonuç alamadan hastaneden ayrılmakta ve aynı tabloyu yineleyerek tekrar tekrar hastaneye başvurmaktadır. Bu hastalar en zeki gözlemcileri bile aldatabilecek ruh hastalarıdır³⁸.

Munchausen by proxy sendromu (MBPS) ise özel bir çocuk istismarı formudur. Munchausen's by proxy sendromu, ilk kez 1977'de Meadow tarafından tanımlanmıştır. Aile ya da koruyucu, çocukta bir hastalık varmış gibi yapmakta ya da hastalık yaratmakta ve "hasta" çocuğu

doktora götürmektedir. Sonuçta, tıbbi öykü, laboratuvar testleri ya da hastalığın gerçek nedeni değişmekte ya da tıbbi tedavi nedeniyle yaralar oluşmaktadır. Bazı olgularda ise anne doğrudan zararlı eyleme neden olabilmektedir (zehirleme, ilaç verme gibi). Bu sendrom, "tıbba meydan okuma" olarak da değerlendirilebilir. Bildirilen kurbanların yaşları birkaç hafta ile 11 yaş arasında değişmektedir. Bir çalışmada ortalama tanı yaşının 3,25 olduğu, olası ölüm oranının % 9-10 arasında değiştiği bildirilmiştir. Fail olguların çok büyük kısmında annedir. Anne sıklıkla zeki ya da sağlıklı ilgili bilgisi bulunan, sevimli, işbirlikçi, iyi tıbbi bakımdan dolayı minnettar ve hastane çevresini süsleyen biri olarak tanımlanır³⁹.

Altta yatan fizyopatolojik yapıyı anlamak güçtür. Narsistik fragilite (kendini beğenen, kırılğan) ve borderline (sınırdaki) kişilik çok sıktır, ama bu kişilerde pasif-bağımlı histerik kişilik ya da sadomazoist davranışlar ve depresyon da bulunabilir. Doktorlar ölümcül olabilen bu senaryoya gereksiz invaziv (girişimsel) muayeneleri ve incelemeleri yaparak ya da tehlikeli ilaçları reçete ederek, istemeden katılmaktadır. Bu olgularda iyi bir öykü, dikkatli bir fizik inceleme, iyi seçilmiş laboratuvar ve radyolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Böylece istismar edilen çocuklarda çocukluk ve erişkinlik dönemlerinde güvensizlik, tıbbi tedaviden kaçınma ve posttravmatik stres belirtileri gibi duygusal ve fiziksel sorunlar geliştiği bildirilmiştir. Pek çoğunun kardeşi de fiziksel ve tıbbi olarak istismar edilmektedir³⁹.

2. Duygusal-Psikososyal İstismar

Çocuğun öngörüsünü ya da duygusal bütünlüğünü bozan her türlü kronik eylem ya da eylemsizliktir. Çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranışları olarak ta tanımlanır^{28,31}. Çocuğa küfretme, yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, sürekli alay etme, aşığılama duygusal ve psikososyal istismar şekilleridir.

Bunun yanında çocuktan sürekli kapasitesinin üzerinde beklentide bulunma, aşırı koruma, bağımlı kılma, aşırı otorite, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, çocuğun davranışlarıyla uyumsuz ağır cezalandırma ve iz bırakmasa da yüze şiddet uygulama gibi eylemler de bu istismar grubuna girmektedir^{19,28,40}. Gündelik yaşamda en sık rastlanan ve tanımlanması^{38,40,41} ve yasal olarak kanıtlanması en zor olan istismar türüdür⁴².

3. Cinsel İstismar

Çocuklarda cinsel istismar ilk olarak Ruth ve Henry Kempe (1978) tarafından "bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve adolesanların bilinçli olarak onay veremeyecekleri, bütünüyle algılayamadıkları veya ailevi rollerle ilgili sosyal tabulara ters düşen cinsel aktivitelerde kullanmak" olarak tanımlanmıştır^{43,44}.

Uluslararası Çocuk istismar ve ihmalini Önleme Derneği (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect) çocukların cinsel istismarını, rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir davranış içinde yer alması ya da duruma göz yumulması olarak tanımlamıştır⁴⁵.

a. Aile İçi Cinsel istismar (Ensest)

Ensest yüzyıllar boyunca dünyanın birçok ülkesinde hüküm süren bir sosyal gerçektir⁴⁶. Ensest, geleneksel olarak evlenmeleri, ahlaki, hukuki ve dinsel olarak yasaklanmış akraba olan aile bireyleri arasındaki ilişki olarak değerlendirilmektedir⁴⁷. Son araştırmalar çekirdek aile içindeki aile bireylerinin yanı sıra bakmakla yükümlü olan tüm kişileri biyolojik başa bakmaksızın bu kapsama almaktadır.

4. Çocuk İhmali

Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin bu yükümlülüğü yerine getirmemesi, beslenme, giyim, tıbbi, sosyal ve duygusal gereksinimler ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermeme gibi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal etmesi şeklinde tanımlanmaktadır^{7,28,30,31}.

Çocuğun beslenme, barınma, sağlık, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yoksunluk veya yetersizlik "**Fiziksel İhmal**" olarak tanımlanmaktadır^{29,48}. Çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fiziki çevrede yaşaması, ev içi ve dışı kazalara karşı önlem alınmamasıdır.

Sağlık ihmali fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sınıflandırılabilir; çocuğun hasta olduğunda hekime getirilmemesi ya da geç getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyulmaması gibi konuları içerir. Fiziksel ihmalin özel bir türü de henüz doğmamış bebeğin ihmali. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yetersiz

beslenmesi, doğum öncesi tıbbi bakımı almaması bu bebeğin anne karnındaki gelişimi kadar ilerideki sağlığını da etkileyecektir⁴⁹.

"**Duygusal ihmali**" ise çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmemesi, özellikle ergenlik yıllarında destek ve denetimden yoksun bırakılması olarak tanımlanır⁴⁹.

"**Cinsel ihmali**" 2(iki) yaşından sonra cinsel kimliklerine uygun davranmaya başlayan çocuğun, yaş dönemine ve cinsiyetine uygun davranılmaması, giydirilmemesi, oyuncak alınmamasıdır. İleride bu döneme bağlı olarak davranış bozuklukları ortaya çıkabilmektedir⁴⁹.

"**Eğitim ihmali**" çocuğun zorunlu okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek, okula gidenlerin ise dersleri, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi durumudur⁴⁹.

Epidemiyoloji

Çocuk istismarı dünya çapında yüksek morbidite ve mortaliteye sahip ciddi bir halk sağlığı sorunudur, dünya çapında her yıl çocuklarda istismar ve ihmale bağlı olarak 155000 ölüm meydana gelmektedir⁵⁰.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon ÇİVİ'ne maruz kalmakta ve desteğe ihtiyaç duymaktadır⁵¹. ABD Ulusal Çocuk istismarı ve ihmali Veri Sistemi (The National Child Abuse and Neglect Data System) raporlarına göre; 2005 yılında raporlanan 1460 çocuk ölümü ÇİVİ'den kaynaklanmaktadır. 2008 yılında ki raporlarında dünyada 53.000 çocuk katledilmiş ve okul çağındaki çocukların %20-65'i sözlü veya fiziksel istismara uğramış, 18 yaş altındaki 150 milyon kız, 73 milyon erkek çocuk zorla cinsel ilişkiye veya cinsel şiddete maruz kalmış, 1.8 milyon çocuk fuhuş ve pornografiye zorlanmış olduğunu bildirmişlerdir. Raporda bunun yanı sıra 275 milyon çocuk ev halkı tarafından şiddete maruz kalmış; 126 milyonu tehlikeli işler olmak üzere 218 milyon çocuk çocuk işçiliğine tabi tutulmuş, 1.2 milyon çocuğun da insan ticaretine kurban olduğu bildirilmektedir^{52,53}.

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun 1995 yılında yaptığı "Aile içi şiddetin sebep ve sonuçları" isimli çalışmada; 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık %40'ının anne ve/veya babaları tarafından şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Erişkinlerle yapılan geriye dönük bir araştırmada ise; çocuklukta cinsel istismar oranı %2.5 olarak bildirilmiştir⁵⁴. Türkiye'de ise

konu ile ilgili çalışmaların başlangıcı çok yenidir. Ülkemizde bugüne kadar yeterli sayısal verilerin toplanmadığı görülmektedir. Gerek kayıtların yetersizliği gerekse akademik olarak bu tip çalışmaların yapılmamış olması ülkemiz için sağlıklı rakamsal veriler bildirmeyi zorlaştırmaktadır. ÇİVİ'nin yaygın olduğu söylenmekte ancak güvenilir rakamlar bulunmamaktadır⁵⁵.

Tanı

Çocukta istismar tanısı koymak için hekimin yapması gerekenleri öykü, fiziksel bakı, laboratuvar tetkikleri olmak üzere üç ana başlık altında toplayabiliriz.

1. Öykü

Olgunun öyküsü alınırken ve fizik bakısı yapılırken dikkat edilmesi gereken davranışlar şunlardır:

1. Olay dışı insanların gereksiz şekilde olaya dâhil olmalarına izin verilmemeli, ilgisiz insanlarla olayın yorumu yapılmamalı.
2. Olaya karşı aşırı umursamaz davranılmamalı ya da olay dramatize edilmemeli.
3. Çocuk suçlanmamalı, eleştirilmemeli, cezalandırılmamalı.
4. Çocuk istismarcı ile karşı karşıya getirilmemeli.
5. Çocuğa sırrının saklanacağı konusunda söz verilmemelidir. Çünkü olayın başka insanlara, özellikle ilgili makamlara anlatılması gerekecektir.
6. Çocuğa olanları unutmaması konusunda baskıcı olunmamalı, onu yaşam için destekleme ve cesaretlendirme dışında, yönlendirici davranılmamalıdır⁵⁶.

a. Fiziksel İstismarda Öykü

Çocuklarda kazalar sık görülmele birlikte, yaşa uygun olmayan, kendi kendine olma olasılığı çok düşük olan hasarlarda istismardan şüphelenilmelidir. Fiziksel istismardan şüphelenildiğinde dikkatle öykü alınıp fiziksel bakı yapılmalı, incelemeye rutin radyolojik tetkikler ve kan sayımı da eklenmelidir⁵⁶.

Değerlendirmede; çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme olması, çelişkili veya fiziksel bulgularla uyumsuz öykü verilmesi, tekrarlayan şüpheli yaralanmaların varlığı, anne-baba ya da bakıcının hasardan çocuğu ya da başka birini sorumlu tutması fiziksel

istismarı düşündürmelidir. Şüpheli duymamız gereken diğer belirtiler ise çocuğun hasarla ilgili anne ve/veya babayı suçlaması, anne ve/veya babada istismara uğrama öyküsü, anne ve/veya babanın çocuktaki hasar konusunda ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesidir⁵⁶.

b. Cinsel İstismarda Öykü

İstismara uğrayan kişiyi güvensiz ortamdan uzaklaştırmak ilk adımdır. Muayene öncesi çocuk ve anne-babası ile yapılacak olan görüşme, sosyal hizmet uzmanı, hemşire ya da psikolog ile birlikte yapılmalıdır⁵⁶. Görüşme süresince yapılacak olan işlemler hakkında temel bilgiler verildikten sonra, hem çocuktan hem de anne-babasından onamı alınmalıdır. Görüşmenin amacı, olay hakkındaki öykünün toplanmasıdır. Görüşme odasında çocuk ve iki görüşmeci dışında kimse olmamalıdır. Ancak anne-babasından ayrılmak istemeyen küçük bir çocuk ta zorla anne ve babasından ayrılarak odaya alınmamalıdır.

Öykü alınırken kolay ve anlaşılır sorular sorulmalıdır. Ayrıntılı bir öykü arzu edilse de, hastaya sürekli tekrar ettirmekten kaçınılmalıdır. İstismara uğrayan kişinin yaşı, istismarın zamanı, yeri, şekli, tam olarak ne olduğu, başlama süresi, varsa tekrarları, başlama şekli, istismarcının yakınlığı, zor kullanıp kullanmadığı, önceki cinsel eğitimi ve deneyimi istismara maruz kalan mağduru tekrar tekrar travmaya uğratmadan sorulmasına dikkat edilmelidir⁵⁶.

Cinsel istismar görüşmesinde vajinal, anal veya ağızla temas ya da mastürbasyon varlığı, dokunma, ejakülasyon olup olmadığı, oldu ise nereye olduğu, istismar sonrası vajinal lavaj yapılıp yapılmadığı, defakasyon yapılıp yapılmadığı, kıyafetlerini değiştirip değiştirmediği sorulmalıdır. Ayrıca ilk ve son menstruasyon tarihleri, gebelik bulgularının varlığı, istismardan önce cinsel ilişkide bulunup bulunmadığı, geçirilmiş veya halen mevcut veneryal hastalığı bulunup bulunmadığı, ruhsal hastalık öyküsü olup olmadığı, saldırı sırasında fiziksel gücün kullanılıp kullanılmadığı, tehdit edilip edilmediği, saldırıdan 24 saat önce alkol ve yasal olmayan ilaç kullanılıp kullanılmadığı, kullanmış ise ne zaman kullandığı, aldığı miktar, bu ilacı kullanma sıklığı, süresi ve miktarı da sorgulanmalıdır⁵⁶.

2. Fizik Bakı

Fiziksel istismarın muayenesinde en sık olarak deri, iskelet ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkar. Kalça, baldır, bacaklar ve genital bölgelerdeki morluklar, değişik iyileşme evrelerindeki doku hasarları, el izi, ısırık izi gibi özel izler, çok sayıda sigara yanıkları, perine ve kalçadaki yanıklar, karaciğer ya da dalak yırtılmasına yol açan künt karın travması, sefal

hematom, subperiostal kanama, epifizde ayrılma, epifiz veya metafizde küçük kopma kırıkları, metafizyel parçalanma (patognomoniktir), periostal kalsifikasyon gibi radyolojik bulgular, retinal kanama, retinal ayrılma, lens dislokasyonu gibi göz hasarları, çoklu kosta kırıkları, kulak çekme ile meydana gelen timpanik zar yırtılması ile giden kulak hasarları, kol ya da bacağın bükülmesi ile oluşan spiral kırıklar fiziksel istismarı akla getirmelidir^{26,30,57,58}. Ayrıca fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir; bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip, daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir³⁵. Bu çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rastlanılmaktadır⁵⁹. Ayrıca nedeni tam olarak anlaşılammakla birlikte, yüksek oranda nörolojik bozukluk bildirilmektedir⁵⁷. Saldırgan ve suça yönelik davranışlar, fiziksel istismar ve ihmalle en sık birliktelik gösteren sorunlardır⁶⁰. Bu çocuklarda sıklıkla davranış bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu görülmektedir⁶¹.

Fiziksel istismardan farklı olarak duygusal istismarın belirti ve bulguları psikolojik ve davranışsal şekilde ağırlıklı olarak geç dönemde ortaya çıkmaktadır. Duygusal istismar ve ihmalin zararlı etkileri ihmalin tipine, şiddetine ve süresine göre değişir. Bu bulgular dolaysız belirtiler ve dolaylı belirtiler olmak üzere iki grupta incelenebilir. Küçük çocuklarda bakımın yeterli olmadığını gösteren kriterler dolaysız belirtilerdir. Örneğin; temiz olmamaktan kaynaklanan pişikler, kirli ve uygunsuz giyecekler ile temizlik eksikliği, beslenmenin yetersiz görüldüğü zayıf ve solgun görünüm vb ⁶². Büyüme geriliği, gelişim noksanlığı ve davranış bozuklukları gibi belirtiler ise dolaylı belirtiler arasında sayılabilir.

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda çoğunlukla fizik muayene bulguları (genital muayene dışında) daha az dramatiktir veya hiç görülmez. Bazı olgularda ise fiziksel yaralanmalar söz konusu olsa bile bu, olaydan haftalar, aylar hatta yıllar sonra hekimle karşılaşır. Zaman içinde semen ve diğer materyal yıkanıp gider ve çoğu yara iyileşir. Eğer bu durum söz konusuysa, fiziksel bulgular kurbanın maruz kaldığı travmaya göre değişir⁶³⁻⁶⁵. Çocukların istismarı ailelerine açıklamakta geciktikleri durumlarda hızlı iyileşme özelliği de dikkate alındığında fiziksel bulgunun bulunmaması söz konusu olmaktadır⁶⁶.

Ayrıntılı genital muayene mahkeme emri olmadıkça yapılmamalı, küçük çocuklarda çocuğun annesi aksi gerekmedikçe bakıda hazır bulunmalı, adolesan çağdakilere ise annelerini bakı sırasında yanlarında isteyip istemedikleri sorulmalıdır. Koopere olmayan, direnen bir çocuğun

bakısı ertelenmeli; fizik bakımın tekrarından kaçınılmalıdır. Öyküde fiziksel belirtilerin de var olduğuna dair bir şüphe varsa veya olay son 72 saat içinde meydana gelmişse adli tıp uzmanına haber verilmelidir⁶⁶.

Cinsel istismarda tüm bulgular normal görünen genital organlar, özgün olmayan bulgular, özgün bulgular ve tanımlayıcı bulgular olmak üzere dört grupta toplanmıştır.

Cinsel istismardan kaynaklanabilen, ama aynı zamanda buna bağlı olmadan da görülebilen genital anomaliler, örneğin enflamasyon ve kaşıntı özgün olmayan bulgulardır. Bu bulgular bölgenin yetersiz hijyeninden veya özgün olmayan enfeksiyondan kaynaklanabilir. Bu kategoride dış genital bölgenin kızarıklığı, vestibüler ve labial mukozanın artmış vasküler özellikleri, cerahatli vajinal akıntı, posterior furset bölgesinde küçük fissürler ve laserasyonlar görülebilir. Cinsel istismarı kuvvetle düşündüren bir veya daha fazla bulgunun varlığı (deride ısıрма izleri, himenin ve vajinal mukozanın yeni veya iyileşmiş laserasyonları ve rektal mukozaya açılan vajinal mukozada laserasyon) özgün bulgular içinde değerlendirilir. Semen ve artiklarının varlığının gösterilmesi ise tanımlayıcı bulgulardandır⁶⁶.

3. Laboratuvar Tetkikleri

a. Radyografi: Mahkemeler genellikle istismar kararına varırken kırık varlığını önemli bir kanıt olarak kabul ederler; bu nedenle kırık varlığı mutlaka araştırılmalıdır⁶⁷. Beş yaşın altındaki çocuklarda tüm iskelet taraması gereklidir. Amerikan Radyoloji Koleji 1997 yılında istismardan şüphelenilen vakalar için iskelet taraması standartları geliştirmiş ve tarama amacıyla 19 görüntü önermiştir. Bunlar Antero-posterior (AP) kafatası, lateral kafatası, lateral servikal omur, AP toraks, lateral toraks, AP pelvis, lateral lomber omur, AP humerus, AP önkol, oblik el, AP femur, AP tibia, AP ayak grafileridir. Bir yaşından büyük çocuklarda iskelet taraması amacıyla sintigrafi de tercih edilebilir. Çocuk istismarından şüphelenilen durumlarda "babygram" veya "bodygram" denilen ve tüm iskeletin tek bir grafiyle görüntülediği filmler önerilmemektedir. Beş yaşın üzerindeki çocuklarda sadece semptomatik olan bölgelerin grafileri yeterlidir^{68,69}.

b. Sintigrafi: Direkt grafilere yardımcı olarak sintigrafi önerilmektedir. İstismar şüphesi çok fazla olmasına karşın ilk çekilen radyografilerde kırık lehine bulgu yoksa sintigrafi yapılmalıdır. Sintigrafik incelemenin kafatası kırıklarında yetersiz olduğu unutulmamalıdır. Hasardan 24-48

saat sonra yumuşak doku, periost ve kemik anomalilerini gösterir; bulgular aylarca sabit kalır ve yalancı negatiflik oranı yaklaşık %12'dir^{12,61,69}.

c. Kranial Bilgisayarlı Tomografi (BT): Klinik olarak kafa içi hasar şüphesi, özellikle de retinal kanama varsa kranial BT, Manyetik Rezonans (MR) veya her ikisi birden endikedir. İlk taramada kontrastsız BT ile parankim içi, subaraknoid, subdural ve epidural kanamalar, beyin ödemi tanısını koymada yüksek duyarlılık ve özgüllükle tespit edilebilir. Akut kanamanın değerlendirilmesinde BT, MR'dan daha üstündür^{61,69,70}.

d. Kranial Manyetik Rezonans: Kafa içi zedelenmesini tam olarak değerlendirmede ve subakut, kronik zedelenmelerin tanısında en geçerli yöntemdir. Subaraknoid kanamaları saptamada BT ve MR duyarlılıkları eşittir, ancak subdural kanama, arka çukur anomalileri ve parankim içi zedelenmesini saptamada MR daha duyarlıdır. MR ile subdural hematomları saptama olasılığının BT'ye göre %50 daha fazla olduğu gösterilmiştir^{68,70}.

e. Ultrasonografi (USG): Hasta başında yapılabilme avantajı vardır. Batındaki yaralanmaları göstermede yardımcı olabilir⁷⁰.

f. Sperm ve Seminal Sıvı Analizleri: Adli delillerin cinsel istismarı izleyen 72 saat içinde toplanması gerektiği, tipik olarak seminal sıvı ve yabancı maddelerin çocukların cinsel istismarında bulunmadığı bildirilmektedir. 24 saat içinde başvuran olguların %90'ından fazlasında adli delil saptandığı, delillerin özellikle iç çamaşırlarından elde edildiği belirtilmektedir. 24 saatten sonra yapılan sperm, seminal sıvı analizlerinde anlamlı sonuç alınmadığı, ancak iç çamaşırların analiz için alıkonulması gerektiği vurgulanmıştır⁶⁹.

g. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların (CYBH) Aranması, Kültür Alınması: CYBH tanısı için genital ve rektal akıntidan gram boyama; N. gonorrhoeae ve Chlamydia trachomatis için genital ve rektal kültürler; herpes simpleks şüphesinde lezyondan kültür ve endikasyon varsa HBV, Sifiliz ve HIV için serolojik çalışmaları içeren rutin laboratuvar testleri yapılmalıdır⁷¹.

h. Gebelik Tahlili Yapılması

i. Kanama ve Toksikoloji Taramaları: Kolay kanama veya morarma öyküsü varsa kanama diyatezi açısından tarama yapmak gerekir. Bu tarama tam kan sayımı, kanama zamanı, trombosit sayısı, fibrinojen, trombin zamanı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanını içermelidir. Zehirlenmeden şüpheleniliyorsa özellikle evlerde sık kullanılan parasetamol, aspirin ve sedatif-hipnotikler açısından tarama yapılması önerilmektedir^{12,61}.

j. Fotoğraflar ve Video Çekimleri: Vücutun herhangi bir yerinde travmaya ait bir lezyon varsa mutlaka görüntü kaydı yapılmalıdır. Tüm fotoğrafların arkasına çocuğun adı, tıbbi kayıt numarası, tarih, saat, anatomik bölge, fotoğrafçının adı-soyadı ve imzası ile hukuki görevlilerin adı-soyadı ve imzası kaydedilmelidir⁶¹.

Tedavi ve İzlem

İstismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı multidisipliner bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı “çocuk koruma birimleri” kurulması bu nedenle önemli olup en uygun tedavinin yapılmasını sağlar. Bu birimde pediatristler, çocuk psikiyatrları, adli tıp uzmanları, çocuk cerrahları, acil hizmet sorumluları ve sosyal hizmet uzmanları bulunmalıdır.

Çocuk istismar ve ihmalinin belirlenmesi halinde yapılacak ilk müdahale, çocuğun veya gencin tekrarlayan istismardan korunmasını sağlamaktır. Bunun için öncelikle ailenin sosyal açıdan ele alınması, izlenmesi, sosyal desteklerden yararlandırılması, eğer başarılı olunamazsa, çocuğun hızla aileden uzaklaştırılması, uygun sosyal destek programına alınması sağlanmalıdır.

İstismarın belirlenmesinden sonra hızlı bir şekilde fizik, adli ve ruhsal bakı gibi değerlendirmeler yapılarak tedavi planlanmalıdır. Hukuksal sürecin başlatılması ve çocuğun haklarının korunması için girişimlerde bulunmak gerekir. Bu arada ailenin diğer bireyleri ve çocukları da gözetim altına alınmalıdır.

Çocuk İstismarı ve İhmalinde Rol Oynayan Etmenler

1. Aileden Kaynaklanan Nedenler

Çocuk istismarı ve ihmali üzerinde yapılan sosyolojik ve psikolojik çalışmalar çocuğa istismarında ailelerin önemli rol oynadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. Çocuk ve yaşadığı ortam ile ilgili faktörlerin çocuğun istismar görme riskini arttırdığı bir gerçektir. Çocukların en çok güvende olacakları yer ailelerinin yanı olmasına karşın aynı zamanda istismar olgularında en çok risk altında oldukları yer de aileleridir. Ebeveynin kişilik özellikleri istismar davranışına zemin hazırlayabilir. Özellikle ebeveynin çocukluğunda sevgi ve ilgiden yoksun, ceza ve şiddetin ön plana çıktığı bir ortamda yaşaması önemli bir etkidir. Çocukluklarında anne babaları tarafından istismar ve ihmale maruz bırakılan veya anne babaların birbirlerine

yönelik şiddet davranışlarını sıklıkla gözlemiş olan yetişkinler, kendi ailelerinde de çocuklarına karşı şiddete başvurmaktadırlar⁷².

İstismara yatkınlık genellikle anne, babanın genç olması, anne, babanın daha önce çocukluğu döneminde istismar öyküsü bulunması, alkol veya madde bağımlılığı, dış etkenlere bağımlı olarak para sıkıntısı, partnerin ölümü, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık, fazla sayıda çocuk sahibi olma, parçalanmış aile ile ilişkisi olabildiği bildirilmektedir³³.

2. Çocuktan Kaynaklanan Nedenler

Planlanmayan veya istenmeyen çocuk olması, gayrimeşru olması gibi durumlarda anne-babanın çocuğu istismar ettiği görülmektedir⁷⁴. Doğum sonrası patolojik anne bebek bağıllığında bebeğin premature olması, özel bakım gerektiren bebek olması, cinsiyetinin beklenenden farklı olması önemli yer tutar. Çocuğun premature, konjenital anomali, düşük doğum ağırlığı veya kronik hastalık nedeniyle yaşamının ilk haftalarında ebeveyninden ayrılması da ebeveyn çocuk arasındaki normal bağıllık sürecini etkiler⁷⁵. Zeka geriliği olan, fiziksel ya da gelişimsel bozukluklara sahip olan çocuklar daha çok istismar edilmektedirler⁷⁶. Evdeki çocuk sayısının fazlalığı ve çok fazla sayıda kardeşe sahip olma istismar olaylarını artırmaktadır. Çünkü aile genişledikçe anne babaların çocuklarına olan ilgisi azalmaktadır⁷⁴.

3. Çevresel ve Toplumsal Nedenler

Anne ve babanın kısıtlı bir sosyal çevre içinde bulunmaları ve çevreyle uyumsuz olmaları, toplumdaki tamamiyle soyutlanmaları, çocuğa yönelik şiddeti artırmaktadır. Ebeveynin sosyal desteğinin bulunup bulunmaması da istismar için risk faktörü oluşturmaktadır. Yaşanılan çevrenin sosyoekonomik durum, ırk, gelir ve eğitim yönünden eşit tutulduğu bir çalışmada çocuk istismarı açısından risk oluşturan koşulların, çalışan anneler için alternatif çocuk bakımı ağı ve genel anlamda komşular arasında yardımlaşmanın bulunmayışı olduğu görülmüştür⁷⁷.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesi

Çocuk istismarında önleme, tedavi etmekten daha kolay ve başarılıdır. Çocukların istismardan korunmasında genel olarak 3 basamaktan söz edilir.

1. Birincil Önleme

Tüm çocuklara yönelik koruma programları yapılmasıdır. Tüm çocukların ve ailelerin içinde buldukları koşullar iyileştirilebilir, ailelerin eğitimleri ve yaşam kaliteleri artırılır, yani risklerin oluşması önlenbilirse çocuklar istismara uğramayacaktır. Bu aşamada yapılabilecek çalışmalar arasında; hukuksal reformlar yapılması ve ÇHS'de belirtilen hakların ulusal yasalara da alınması, kültürel ve sosyal değerlerin çocuğa yönelik şiddeti azaltacak yönde değişmesi konusunda çalışmalar yapılması, ekonomik eşitsizliklerin giderilmeye çalışılması sayılabilir.

2. İkincil Önleme

İkincil önleyici hizmetler yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmasını sağlayacak stratejiler ve bu ailelere gerekli ek hizmetlerin sunulmasıdır. Çocuk ve aile ile sağlık kuruluşlarında karşılaşan hekim, ebe ve hemşireler, dikkatli davrandıklarında istismar için risk taşıyan durumlar fark edilebilir ve çocuk henüz örselenmeden duruma el koyabilirler^{65,78}.

3. Üçüncül Önleme

Üçüncül önleme istismar edilmiş olan çocuğun yeniden istismar edilmesinin ve ölüm gibi kötü sonuçların olmasının önlenmesidir. Günümüzde ÇİVİ'nin giderek önem kazanması bu konuda verilmesi gereken tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel ve işlevsel olarak planlanmasını gerektirmektedir Özellikle fiziksel ve cinsel istismar vakalarında ilk muayene ve tıbbi tedavi sonucunda, çocuk ya bir Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) yerleştirilmekte ya da ailelerine teslim edilmektedir. Bu da çocukların ve ailelerin bir anlamda kendi kaderlerine terk edilmeleri sonucunu doğurmaktadır. Oysa fiziksel ya da cinsel istismara uğramış çocuklara ve ailelere yönelik rehabilitasyon programları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

Ancak bu tür rehabilitasyon programlarının uygulanabileceği bir merkez bulunmamaktadır. İstismara uğramış çocuklara ve ailelerine yönelik rehabilitasyon programlarının olmaması, korunma altına alınan ya da ailelerine teslim edilen çocukların mağduriyetini arttırmaktadır. Bu da çocukların ilerideki yaşamlarını direkt olarak etkilemektedir. Herhangi bir ihmal ve istismar olayında acil müdahale edebilecek ve çocuk ve aile ile ilk görüşmeyi yapacak, travma sonrasında 1. derecede çocuğun ve 2. derecede ailenin örselenmesini önleyecek tedbirlerin alınmasını sağlayacak, çocuktaki ve ailedeki olası travma ve örselenmeyi tedavi ve rehabilite etmek amaçlı çalışmaları yürütebilecek, yataklı ve ayaktan rehabilitasyon hizmeti verebilecek,

ÇİVİ'nin rehabilitasyonu konusunda uzman personele sahip merkezlerin kurulması; bir gereklilik olarak karşımıza çıkmıştır. Merkez, aynı zamanda multidisipliner bir yaklaşımla ve diğer meslek gruplarının de katkıları ile bir ekip çalışması halinde soruna müdahale edilecek şekilde yapılandırılmalıdır^{79,80}.

Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hekimlerin Rollerini

Hekimler ve diğer sağlık personeli ÇİVİ'nin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki yükümlülükler taşır, benzer şekilde hastanelerin de hem tıbbi nedenlerle hem de güvenli ortamı nedeniyle bu çocukları kabul etme yükümlülüğü vardır⁸¹. İstismara uğrayan çocuklar iyi bir değerlendirme yapılmadan evlerine geri gönderildiklerinde, ilerleyen dönemde % 5-10'unun öldürüldüğü, % 35- 50'sinin ise ciddi olarak hasara uğratıldığı gözlenmiştir^{12,61}. Hekimler çocuk istismarının tanınmasında ve tedavisinde çok önemli bir yere sahiptir⁸². Minor istismar şekilleri tanınmazsa (istismara bağlı deri lezyonları vs) daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacaktır, acil servislerde çalışan hekimler ve pediatristler çocuk istismarının bulgularını bilmelidir. Hekimlerin çocuk istismarını tanımaları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanağı yaratacaktır⁸¹. İstismara uğradığından şüphe edilen çocuk konuyla ilgili uzmanların hazır bulunduğu koruyucu bir ortamda hızla değerlendirilmeli ve öncelikle tıbbi sorunları (subdural hematoma, fraktürler, yanıklar vs) tanınıp tedavi edilmelidir^{12,61}.

Hekim lezyonların ağırlığını ve istismar riskinin devam edip etmediğini değerlendirdikten sonra, çocuğun hastaneye yatıp yatmayacağına karar vermelidir. Çocuk tıbbi olarak stabil ise, ailenin değerlendirilmesi bitinceye kadar hastanede veya varsa istismar kriz merkezlerinde tutulmalıdır. Aile çocuğun hastanede kalmasını kabul etmezse mahkeme emri çıkarılabilir.

İstismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı çok merkezli bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı "Çocuk Koruma Birimleri" kurulmalıdır.

Son yıllarda ülkemizde tıp alanında konuya ilgi ve duyarlılık artmış, hastanelerde yukarıda söz edilen koruma birimlerine benzer birimler oluşturulmaya başlamıştır. Adana Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi bünyesinde kurulan Çocuk Koruma Birimi bunlardan biridir.

Çocuk İstismarı Merkezi

18/10/2011 tarihli ve 10 No'lu "Soruşturma Usul ve Esasları" konulu Genelgesinde, Cumhuriyet başsavcılığı tarafından yapılacak iş bölümü cetvelinde; "Çocuk suçları başta olmak üzere çeşitli kanunlarda öngörülen emredici hükümlerin amacına uygun biçimde yerine getirilebilmesi ve ilgili adli kolluğun şube ya da bürolarıyla sıkı bir şekilde koordinasyon kurularak suç ve suçluluk ile tam anlamıyla mücadele edilebilmesi için Cumhuriyet başsavcılığına intikal eden suçların niteliği ve sayısı da dikkate alınarak yeteri kadar büro kurulması suretiyle soruşturmanın etkinliğinin sağlanması" ifadelerine yer verilerek savcılık aşamasında uzmanlaşmanın gereğine işaret edilmiştir. Aynı Genelgenin sonuç bölümünün 48'nci maddesinde, "özellikle cinsel istismar suçunun mağduru olan çocukların etkin bir şekilde korunmalarının sağlanması, ikincil mağduriyetlerinin önlenmesi, adli ve tıbbi işlemlerin bu alanda eğitilmiş kişiler tarafından tek seferde yapılması ve istismarı önleyici tedbirlerin alınması amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler/kurumlar bünyesinde kurulan çocuk izlem merkezlerinde soruşturma işlemlerinin yapılmasının sağlanması" ve yine 11/02/2012 tarihli ve B.03.1.HSK.0.70.12.04-010.07.02-1-2012/144/8134 sayılı ve "Üniversitelerin çocuk koruma birimleri ve merkezleri" konulu duyurusunda; "Takdir ve değerlendirmesi Cumhuriyet başsavcılığına ait olmak üzere, üniversitelerde kurulan ve Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı Çocuk İzlem Merkezlerinin işleyişine dair usul ve esaslar (afilasyon - işbirliği) dikkate alınarak tamamlanmış özelliklere haiz bulunan çocuk koruma birimleri veya merkezlerinde de soruşturma işlemlerinin yapılabileceğinin bilinmesi" hususunda gerekli dikkat ve özenin gösterilmesi tüm Cumhuriyet başsavcılıklarından istenmiştir.

Öte yandan, Başbakanlığın 4/10/2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konulu 2012/20 No'lu Genelgesinde, ÇİM'lerin işleyişine hususunda ana ilkelere yer verilmiştir. Anılan Genelgede, ÇİM'lerin çalışma ve yaygınlaşma sürecinin sağlıklı ve amacına uygun bir şekilde yürütülmesi için gerekli tedbirleri görüşüp karara bağlamak ve bu konuda kurumlar arası işbirliği ve koordinasyonu sağlamak üzere; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı ya da yardımcısının başkanlığında; Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı ve Adli Tıp Kurumu Başkanlığı temsilcilerinin (bakanlıklardan müsteşar yardımcısı, başkanlıklardan başkan yardımcısı düzeyinde) katılımıyla ÇİM Yönetim ve Koordinasyon Kurulu oluşturulmuş ve bu Kurul tarafından alınan 22/10/2012 tarihli ve 2012/1 sayılı kararla çocuk izlem

merkezlerinin çalışma usul ve esaslarına ilişkin esaslar belirlenmiştir. Bu itibarla; Çocuk izlem merkezlerinde soruşturma işlemlerinin gerçekleştirilmesinde, yukarıda sözü edilen Kurulumuzun Genelgesi, duyurusu, Başbakanlık Genelgesi ve ÇİM Yönetim ve Koordinasyon Kurulu tarafından alınan 22/10/2012 tarihli ve 2012/1 sayılı Karar doğrultusunda işlem yapılması istenmiştir.

Çocuklara Yönelik Cinsel İstismar ile mücadele kapsamında çeşitli bakanlıkların imzaladığı protokol çerçevesinde pilot il olarak Ankara'da ve daha sonra pek çok ilde Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) oluşturuldu. "Çocuk İzleme Merkezi" Sağlık, Adalet, İçişleri, Milli Eğitim bakanlıkları ile Adli Tıp Kurumu, SHÇEK ve üniversitelerin çocuk birimlerinin yaklaşık bir yıldır yürüttüğü eş güdümlü çalışmaların sonucunda kuruldu. Bu merkezler sayesinde istismara uğrayan çocukların defalarca muayene ezizeti çekmeleri ve deşifre olmalarının önüne geçmektedir. Merkezlerde, özel eğitimli uzmanlar ve her tür donanım da hazır bulundurulacak ve yeni yapılanma, istismar mağduru çocuğun ifadesinin alınması, muayenesinin yapılması ve raporunun hazırlanmasına kadar olan süreçte çocuğun yüksek yararını gözetmeyi içermektedir. Mağdur çocukların yeni bir istismarını engelleyecek olan Çocuk İzleme Merkezi'nin çalışma şekli ise; istismardan haberdar edilen kolluk kuvvetleri 'Çocuk İzleme Merkezi'nde görev yapan Cumhuriyet Savcısı'na haber verdikten sonra Kolluk kuvvetlerinin bu iş için özel eğitim almış sivil personeli, çocuğu bulunduğu yerden 'sivil bir araçla' alarak merkeze getirilmesi, merkezde görev yapan Adli Tıp uzmanı, çocuk psikiyatristi ve çocuk hekimi tarafından çocuk muayene edilmesi, vücudun tümü (Cinsel organlar dahil olmak üzere) detaylıca muayeneden geçirildikten sonra fiziki bulgular 'video kamera ile görüntülü' olarak kaydedilmesi, çocuğun ifadesi (adli görüşme); alanında uzman personel tarafından 'aynalı bir odada', 'ses ve görüntü kaydı' yapılarak alınması, ifade sırasında, Cumhuriyet Savcısı, kolluk kuvveti, SHÇEK personeli, çocuk avukatı, Adli Tıp uzmanı, çocuk psikiyatristi, aynanın arka tarafında odada bulunması ve de ifadeyi izlemesi, çocuğa uygun tedavi ve hizmet modeli belirlenene kadar barınma, beslenme, giyim, sağlık ve güvenlik gereksinimleri karşılanması şeklindedir.

Sonuç

Sonuç olarak; ülkemizde ve dünyada çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) konusunda az sayıda çalışma yapılmış olmakla birlikte bu vakalara karşı genellikle ilk başvuru yerleri olan acil servislerde yeterli farkındalık mevcut değildir ve artırılması için gerekli çalışmalar yapılarak

hayata geçirilmelidir. ÇİVİ'nin tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım esas olup, istismarı önlemek için toplumun, çocukların, öğretmenlerin, sağlık personellerinin bilinç seviyesinin ve duyarlılığının artırılmasına yönelik eğitim programlarının planlanması ve uygulanması gereklidir. Bu yolla, ÇİVİ'yi erken tanıma, önleme çalışmalarına da katkıda bulunabilir.

Kaynaklar

1. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004; 47:140-51.
2. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk istismarı ve ihmal. Hacettepe Tıp Dergisi. 2004; 35:27-33.
3. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006; 15:153-7.
4. Vatansver Ü, Duran R, Yolsal E, Aladağ N, Öner N, Biner B et al. Pediatrik acilde çocuk istismarı ve ihmali olasılığını akılda tutalım. Türk Pediatri Arşivi. 2004; 39:120-4.
5. Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA, van Rijn RR. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. Eur J Pediatr. 2012; 171: 877-85.
6. Fallon B, Trocme N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan YY. Methodological challenges in measuring child maltreatment. Child Abuse Negl. 2010; 34:70-9.
7. Işıklı B. Çocuk istismarının toplumsal boyutu. In 6.Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu Kitabı:156-63. İstanbul, Diyarbakır Valiliği, 2008.
8. Guenther E, Knight S, Olson LM, Dean JM, Keenan HT. Prediction of child abuse risk from emergency department use. J Pediatr. 2009; 154:272-7.
9. Louwers ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJH, Merwe MHV, Vooijs-Moulaert FAFSR et al. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. Arch Dis Child. 2011; 96:422-5.
10. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Ulusal ilk rapor. Ankara, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 1999.
11. UNİCEF. Çocuk Hakları Sözleşmesi, Türkiye Milli Komitesi. Ankara, UNİCEF, 1996.
12. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. Emerg Med Clin North Am. 1999; 17:575-93.
13. Sicher P, Lewis O, Sargent J. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39:660-7.
14. Tardieu A, E´ tude Me´ dicole´ gale sur les se´ vices et mauvais traitements xerce´ s sur des enfants. Ann Hyg Publique Med Leg. 1860; 13:361–98.

15. Roche JA, Fortin G, Labbe J, Brown J, Chadwick D. The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse Negl.* 2005; 29:325–34.
16. Lynch MA. Child abuse before Kempe: an historical literature review. *Child Abuse Negl.* 1985; 9:7-15.
17. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR Am J Roentgenol.* 1946; 56:163-73.
18. Dokgöz H, Afşin H. Çocuk istismarını tespit etmede ve önlemede diş hekiminin rolü. Ankara, Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2004.
19. Özcebe H. Güç koşullar altındaki çocuklar. In *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Eds: Ç Güler, L Akın):375-417. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
20. Cılga İ. Türkiye’de çocuk hakları, çalışmalarını, cumhuriyet ve çocuk. In 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi Kitabı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1999.
21. Oktay A, Yaşamın Sihirli Yılları, 2. Baskı. İstanbul, Şahinkaya Matbaası, 2000.
22. Polat O. "İstanbul ve Türkiye genelinde güç koşullardaki çocuklar açısından çocuk haklarının durumu". In 1. İstanbul Çocuk Kurultayı Bildiriler Kitabı. İstanbul, Umud Matbaası, 2000.
23. WHO, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO/HSC/PV/99.1. Geneva, WHO, 1999.
24. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl.* 2001; 25:279-90.
25. Bahar G, Savaş H A, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2009; 4:51-64.
26. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi.* 2004; 35:82-6.
27. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F. Çocuk istismarı ve ihmali. Eriřim adresi: www.ttb.org.tr/adli/7.html Eriřim tarihi: 10.06.2013
28. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: *World report on violence and health* (Eds: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA): 57-86. Geneva, World Health Organization, 2002.
29. Kepenekçi Y. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi.* 2001; 22: 3.
30. Polat O. *Klinik Adli Tıp*, 1. Baskı. Ankara, SeçkinYayıncılık, 2004.
31. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB ve Lozana R. *World Report on Violence and Health.* Geneva, World Health Organization, 2003.
32. Özgür S ve Özgür T. *Sosyal Pediatri.* İzmir, Ege Üniversitesi Yayınları, 1994.
33. Hancı İH. *Adli Tıp ve Ali Bilimler.* Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2002.
34. Kaplan S. *Pyhysical abuse and neglect.* In: *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, 2nd ed (Ed. M Lewis):1033-41. Baltimore, Williams&Wilkins, 1996.

35. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1999; 38: 1214-22.
36. Christian CW, Block R. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009; 123:1409-11.
37. Guthkelch AN. Infantile subdural haematoma and its relationship to whiplash injuries. *Br Med J*. 1971; 22:430-1.
38. Meadow R. Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 2002; 26:501-8.
39. Hancı İH, Eşiyok B. Munchausen by proxy sendromu: vekaleten hastalık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2000; 9:1-4.
40. Polat O. Çocuk istismarı. *Adli Tıp Dergisi*. 2000; 290:207-31.
41. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJ et al. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Negl*. 2002; 26: 1207.
42. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 2002; 26: 697-714.
43. Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T et al. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008.
44. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. *Adli Tıp Ders Kitabı*, 1. Baskı, İstanbul, Nobel Yayınevi, 1997.
45. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. Child abuse and neglect. In: *A Clinician's Handbook*, 1st Ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993.
46. Farrelly C. The case for re-thinking incest laws. *J Med Ethics*. 2008; 34:11.
47. Sadock AV. Rape spouse abuse and incest. In *Comprehension Textbook of Psychiatry*, 5th edition Volume 1 (Eds H Kaplan, B Sadock). London, Williams & Wilkins, 1989.
48. Steir MD, Leventhal MJ, Berg AT. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics*. 1993; 91:642-8.
49. Reece RM. *Child Maltreatment*. New York, Mosby, 1997.
50. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009; 373:68-81.
51. Şimşek F, Ulukol B, Bingöler B. Çocuk istismarına disiplin penceresinden bakış. *Adli Bilimler Dergisi*. 2004; 3:47-52.
52. US Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth, and Families. *Child Maltreatment 2004*. Washington, US Government Printing Office, 2006.
53. Glaser D, Svevo K. Violence against children is a global problem. http://ispcan.org/documents/Annual_report/ISPCAN Access date: May 2013.

54. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu. Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları Tartışma ve Öneriler. Ankara, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995.
55. Çetin F. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, 1. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008.
56. UNICEF. Çocuk İstismarı ve İhmali. İzmir, UNICEF, 2002.
57. Arthur HG. Physical abuse of children In Textbook of Child Adolescent Psychiatry, 2nd Ed (Ed. JM Wiener):687-98. Washington, American Psychiatric Press, 1997.
58. Pizarro RA, Billick SB. Current issues in child abuse. *Curr Opin Pediatr.* 1999; 12:665-8.
59. Gökler I. Çocuk istismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2002; 9:47-57.
60. Lewis DO. From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992; 31:383-91.
61. Tercier A. Child abuse. In: *Emergency Medicine, 4th Ed (Eds: JA Maer):1108-18.* St. Louis, Mosby, 1998.
62. Saka E. Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca karara bağlanmış çocuk ölümlerinin ÇİVİ açısından incelenmesi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Adli Tıp Kurumu, 2004.
63. Sachs CJ, Weinberg E, Wheeler MW. Sexual Assault nurse examiners application of statutory rape reporting laws. *J Emerg Nurs.* 2008; 34:410-3.
64. Sakelliadis E, Spiliopoulou C, Papadodima S. Forensic investigation of child victim with sexual abuse. *Indian Pediatrics.* 2009; 46:144-51.
65. Herschkowitz I. Socioemotional factors in child sexual abuse investigations. *Child Maltreat.* 2009; 14:172-81.
66. Finkel MA, De Jong AR. Medical Findings in Child Sexual Abuse. In: *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management, 1st edition (Eds RM Reece, C Sindy):185-241.* USA, Lea & Febinger, 1993.
67. Shlesinger SL, Borbotsina J, O'Neill L. Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellotio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975; 40:376-8
68. Kairys SW, Alexander RC, Block RW. Shaken baby syndrome. *Pediatrics.* 2001; 108:206-10.
69. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loisel J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2000; 106:100-4.
70. Sane SM, Kleinman PK, Cohen RA. Diagnostic imaging of child abuse. *Pediatrics.* 2000; 105:1345-8.
71. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. Available at: <http://www.childwelfare.gov/can/faq.cfm> (Access date: May 2013)
72. Arıkan C. Ailede çocuğa yönelik şiddet. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi.* 1998; 6 1-3.
73. Bulut I. Genc Anne ve Çocuk İstismarı. Ankara, Bizim Buro, 1996.

74. Aral, N. Ailede ana baba tutumları. In Ailenin Güçlenmesinde Aile Bireylerinin Sorumlulukları Paneli. Ankara, Aile Araştırma Kurumu Eğitim Serisi, 1991.
75. Kavaklı A, Pek H, Bahcecik N. Hırpalanmış çocuk sendromu. In Çocuk Hastalığı Hemşireliği, Düzeltilmiş 2. Baskı (Eds A Kavaklı). İstanbul, Yüce Yayın, 1999.
76. De Mause L. Major Themes in Social Welfare. New York, Psychohistory Press, 1976.
77. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2007.
78. Sillber TJ. Pharyngeal gonorrhoea in children. Pediatrics. 1978; 61: 674.
79. Oral R. Çocuk Koruma Merkezi Modeli, Çocuk İhmal ve İstismarını Önleme Derneği, Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006.
80. Kurtay D, Özkok SM, Barlık AY, Yatağan M, Kurtay A, Akman E et al. Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım ve Çocuk ve Gençlik Merkezi Çalışması. Aydın, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, 2004.
81. Violence Prevention Committee. Child abuse. Ann Emerg Med. 2000; 36:180.
82. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. Pediatrics. 2002; 1:110-1.

Correspondence Address / Yazışma adresi:

Mehmet Oğuzhan Ay
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Acil Tıp Kliniği
Adana, Turkey
e-mail: droguzhan2006@mynet.com