



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ACIL TIP KLİNİĞİ

ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNE YAKLAŞIMDA ACIL SERVİS
HEKİMLERİNİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Merve YILDIRIM

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2022



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
ACİL TIP KLİNİğİ

ÇOCUK İSTİSMAR VE İHMALİNE YAKLAŞIMDA ACİL SERVİS
HEKİMLERİNİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Merve YILDIRIM

Tez Danıőmanı: Prof. Dr. Özgür KARCIOğLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022

TEŞEKKÜR

Tez konumun seçimi, kurgulanması ve uygulanması aşamasında yardımlarıyla ve teşvikleriyle destekleyen ve aynı zamanda tez danışmanım Prof. Dr. Özgür Karcıoğlu'na,

Deneyiminden gelen bütünsel bakış açısını ve farklı yaklaşımlarını her zaman birleştirerek yol gösterici olan hocam Doç. Dr. Özgür Dikme 'ye,

Her zaman desteğini, emek ve özverisini esirgmeden aklımızdaki her soruya sabırla cevap veren, yeri geldiğinde aileden biri gibi iyiliğimizi düşünerek hep yol gösterici olan hocam Doç. Dr. Özlem Dikme 'ye,

Tez sürecinde eğitim materyallerini kullanmamızı sağlayan TATD Çocuk Acil Çalışma Grubu Başkanı Prof. Dr. Cem Oktay'a, Dr. Sevtap Velipaşaoğlu ve Dr. Vehbi Özaydın'a, Sosyal Hizmet Uzmanı İkrım Doğan'a,

Tez hazırlama sürecinde yanımda olan Uzm. Dr. Aytekin Sağlam'a

Teşekkür ederim.

Dr. MERVE YILDIRIM

2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	İ
KISALTMALAR.....	İV
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ	VI
ÖZET	Vii
ABSTRACT	İX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.ÇOCUK İSTİSMARININ TANIMI	4
2.2. TARİHÇE	4
2.3.ÇOCUK İSTİSMARININ TİPLERİ VE TANIMLARI	6
2.3.1. Fiziksel İstismar.....	6
2.3.2. Cinsel İçerikli İstismar	7
2.3.3. Duygusal İçerikli İstismar	7
2.3.4. İhmal	9
2.4. EPİDEMİYOLOJİ	9
2.4.1. Dünya ve Türkiye’deki Durum	10
2.4.2. İstismar Riskini Arttıran Önemli Faktörler	12
2.5. YASAL SÜREÇLER	13

2.5.1. Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi	15
2.6. ÇOCUK İSTİSMAR ve İHMALİ TANISI	16
2.6.1. Anamnez	17
2.6.2. Fizik Muayene	17
2.6.2.1. Cilt Lezyonları	17
2.6.2.2. Kafa Travması.....	19
2.6.2.3. İç Organ Yaralanmaları	19
2.6.2.4. Kosta Kırıkları	20
2.6.2.5 Göz Bulguları.....	20
2.6.2.6. Sarsılmış Bebek Sendromu	20
2.6.2.7. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by Proxy Syndrome)	21
2.6.2.8. İskelet Yaralanmaları	22
2.6.2.9. Yanıklar	24
2.7. ÇOCUK İSTİSMARI TANISINDA KOLAYLAŞTIRICI KONTROL LİSTELERİ.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
4.BULGULAR	30
5.TARTIŞMA	40
6.SONUÇLAR	48
7.KAYNAKÇA	50

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHT	: Abusive Head Trauma
ASH	: Acil servis hekimleri
Çİ	: Çocuk İstismarı
ÇİVİ	: Çocuk istismar ve ihmali
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EQUATOR	: Enhancing the Quality and Transparency of Research
MPS	: Munchausen by Proxy Syndrome (Oluşturulmuş Hastalık Sendromu)
NCCAN	: National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SHM	: Sosyal Hizmetler Müdürlüğü
SUAM	: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Yardım Fonu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin özellikleri.....	32
Tablo 2. Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların daha önceden almış oldukları istismar eğitime göre analizi.....	33
Tablo 3. Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların çalışmada verilen eğitim öncesi ve sonrasına göre analizi.....	36
Tablo 4. Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların görev dağılımlarına göre analizi.....	38
Tablo 5. Hekimlerin senaryolara eğitim sonrası verdikleri yanıtların görev dağılımlarına göre analizi.....	39

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1. Çalışmaya katılan hekimlerin görev dağılımları.....30
- Şekil 2. Çalışma akış şeması.....31
- Şekil 3. Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların daha önceden almış oldukları istismar eğitimi göre dağılımı.....34
- Şekil 4. Hekimlerin senaryolara verdikleri yanıtların çalışmada verilen eğitim öncesi sonrası göre analizi.....35
- Şekil 5. Hekimlerin görevlerine göre istismar düşünüp adli bildirim yapma oranları..37

ÖZET

Giriş ve amaç: Acil servis hekimleri (ASH), çocuk istismarından (Çİ) şüphelenmek ve istismarı taklit edebilecek tıbbi durumları dışlamak için ön saflarda yer almaktadır. Çocuklar acil servis ziyaretlerinin dünyada üçte bire yakın bir bölümünü oluşturduğundan, ASH'nin çocuk istismarı ve ihmalinin (ÇİVİ) tanınmasında gereken uyarı işaretlerini acil servis ortamında nasıl değerlendireceğini anlamaları çok önemlidir. ASH'nin çocuk hastalarda olası ÇİVİ'ye karşı duyarlılığının, farkındalığının artırılması söz konusu olursa birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi, travmalar daha başlangıç aşamasında fark edileceğinden geri dönüşsüz hasarı engelleyebilecek şekilde sağlıklı aile ortamları ve diğer uygun olmayan koşulların değiştirilmesi için ilk adımların atılması sağlanabilecektir. Bu sebeple tez çalışmamızda ASH'nin ÇİVİ'ye yönelik davranışlarını ortaya koymayı ve çalışma içerisinde gerçekleştirilen eğitim ile bilgi düzeylerini arttırmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Çalışma tek merkezli, prospektif, kesitsel, gözlemsel, simülatif vaka örnekleri üzerinden yapılan görüşmeye dayalı analitik çalışma olarak yürütüldü. Çalışma eğitim öncesi, eğitim ve eğitim sonrası dönemi olmak üzere üç dönemde tasarlandı. Çalışmaya katılan hekimlerin ÇİVİ'ye yaklaşım, tutum ve davranışları altı simülatif vaka örneği üzerinden test edildi. Hazırlanan her vaka örneği sözlü olarak çalışmaya katılan hekime çalışmacı tarafından sunuldu. Hekimlere sorulan vaka örneklerinin her biri için toplamda dokuz soru mevcuttu ve tüm soruların cevabı açık uçlu sorularla arandı. Hekimlerin vakalara yaklaşımda izledikleri yol ve aldıkları tutum her vaka için ayrılmış olan eğitim öncesi ve sonrası kontrol listesine işaretlendi. Evet/hayır şeklinde işaretlenmiş kontrol listelerinden elde edilen istatistik verileriyle çalışmada hekimlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ÇİVİ'ye yaklaşımlarındaki değişiklik analiz edildi.

Bulgular: Çalışma döneminde acil tıp kliniğinde 22 acil tıp asistanı, 16 acil tıp uzmanı ve 8 pratisyen hekim ile toplamda 46 hekim olduğu belirlendi. Dışlamaların ardından toplamda 19 acil tıp asistan hekimi, 10 acil tıp uzmanı ve 6 pratisyen hekim ile çalışma grubu 35 hekimden oluştu. Yaş medyan değeri 29 yıl (IQR 25,5-34 yıl),

meslekteki süre medyan değeri 48 ay (IQR 12-108 ay) idi. Cinsiyet dağılımında %57,1'i (n=20) erkekti. Çoğunluk acil tıp asistanı idi (n=19, %54,3). Hekimlerin %28,6'sı (n=10) daha önce çocuk bakımında rol aldığını, 20'si (%57,1) daha önce istismar vakası ile karşılaştığını ve 31'i (%88,6) daha önce istismar konusunda eğitim aldığını bildirdi. Çalışma öncesine ait hekimlik döneminde istismar eğitimi almamış olan grup süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etmedi ve ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorgulamadı (p=0,012, p=0,048). Daha önce eğitim almış olan grup ise daha yüksek oranda istismar düşünüp adli bildirim yaptı (p=0,002). Eğitim sonrası kontrol listesindeki dokuz madde de eğitim öncesine göre anlamlı artış saptandı (her biri için p değeri <0,001).

Sonuç: Katılımcılara çalışmada verilen eğitim sonrası ise istismar düşüp adli bildirim yapma oranının arttığı görüldü. Ülkemizde ÇİVİ konusunda eğitimin devamlılığın sağlanması, eğitim içeriğinin vaka örnekleri, gerçekçi senaryolar üzerinden gerçekleşmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konuda hekimlerin duyarlılığını saptamak ve geliştirmek için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Çocuk istismarı, çocuk ihmali, acil servis, acil servis hekimleri tutum ve davranışları

ABSTRACT

Introduction and purpose: Emergency room physicians (EPs) are at the forefront of suspecting child abuse and excluding medical conditions that may mimic abuse. Because children make up close to one-third of emergency room visits worldwide, it is critical that EPs understand how to assess the warning signs required to recognize child abuse and neglect in the emergency department setting. If the sensitivity and awareness of EPs to possible abuse and neglect in pediatric patients is increased, as in many developed countries, the first steps will be taken to change unhealthy family environments and other unsuitable conditions, which can prevent irreversible damage, as traumas will be noticed at the very beginning. For this reason, in our thesis study, we aimed to reveal the behaviors of EPs towards child abuse and to increase their knowledge level with the training carried out within the study.

Materials and methods: The study was carried out as a single-center, prospective, cross-sectional, observational, and interview-based analytical study based on simulative case samples. The study was designed in three periods: pre-training, training, and post-training. The approaches, attitudes and behaviors of the EPs participating in the study to child abuse were tested on six simulative case samples. Each case sample prepared was presented orally to the EPs participating in the study by the researcher. There were nine questions in total for each of the case samples asked to the EPs, and the answers to all questions were sought with open-ended questions. The path followed and the attitude of the EPs in approaching the cases were marked on the pre- and post-training checklist reserved for each case. In the study, the changes in the approaches of EPs to child abuse and neglect before and after education were analyzed with the statistical data obtained from the checklists marked as yes/no.

Results: During the study period, it was determined that there were 22 emergency medicine residents, 16 emergency medicine specialists and 8 general practitioners in the emergency medicine clinic and a total of 46 physicians. After exclusions, a total of 19 emergency medicine residents, 10 emergency medicine specialists and 6 general practitioners, and the study group consisted of 35 physicians.

The median age was 29 years (IQR 25.5-34 years), and the median duration in occupation was 48 months (IQR 12-108 months). In terms of gender, 57.1% (n=20) were male. The majority were emergency medicine residents (n=19, 54.3%). Physicians reported that, 28.6% (n=10) of them had previously been involved in child care, 20 (57.1%) of them had encountered a case of abuse before, and 31 (88.6%) of them had received training on abuse before. The group, who had not received abuse training in the pre-study period, did not question the duration, and not notice the delay, and did not question whether the family took adequate precautions (p=0.012, p=0.048). The group that had received training before, thought of abuse at a higher rate and made a judicial report (p=0.002). There was a significant increase in the nine items in the post-training checklist compared to the pre-training (p value <0.001 for each).

Conclusion: After the training given to the participants in the study, it was observed that the rate of abuse decreased and the rate of judicial reporting increased. We think that education on CAN in our country should be maintained and the content of education should be based on case examples and realistic scenarios. More research is needed to determine and improve the sensitivity of physicians on this issue.

Key words: Child abuse, child neglect, emergency service, attitudes and behaviors of emergency physicians.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk istismarı (Çİ) çocuğa erişkin aracılığıyla fiziki ve/veya psikolojik olarak kötü davranılması durumudur. Çocukların kötüye kullanımı, çocuğa kötü davranış/tutum, çocuk istismarı ve ihmali (ÇİVİ) benzer anlama gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ndeki (DSÖ) tanıma göre ise; " Bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından kasıtlı ya da kasıtsız uygulanan, çocuğun sağlık durumu, fiziki durumu ve psikolojik ve sosyal gelişimini ters yönde etkileyen, davranışların tümü çocuğa kötü davranış/tutumdur." Kısaca özetlenirse fiziksel Çİ/kötü muamele, ebeveyn veya bakıcı tarafından çocuğa verilen zarar olarak tanımlanabilir. Belirli tanımlar ülkeler arasında veya farklı etnik ve dini gruplar arasında gözle görülür farklar gösterebilir (1). ÇİVİ tanımı; ülkeler ve kültürler arası değişiklik gösterir. Kabul gören tanımsa; çocuğun anne-babanın veya bakıcısının sebep olduğu yaralanmaya maruz kalmasıdır (2).

Çocuk kötüye kullanımı sadece ülkemizde değil dünya geneline ait bir problemdir. On beş yaş ve altındakilerde dünya genelinde travmaya bağlı toplam 1,2 milyon ölüm bulunur ve DSÖ bunların yaklaşık %13'ünü ÇİVİ kaynaklı olduğunu bildirmektedir (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve Avrupa ülkelerinde, çocukluk döneminde herhangi bir zamanda fiziksel istismar tahmini olarak yüzde 5-16 arasında değişmektedir ve tüm fiziksel istismar vakalarının yüzde 5'i çocuk esirgeme kurumlarına bildirilmektedir (4). Ölümcül Çİ'nin sıklığı daha az bildirilebilir. Örnek olarak, multidisipliner çocuk ölümlerini inceleme ekibi tarafından yapılan incelemede; istismar veya kötü muamele sonucu ölen çocukların ölüm belgelerinin incelenmesine dayalı bir çalışmada, belgelerin sadece yarısının Çİ ile tutarlı kodlar içerdiği saptanmıştır (5).

Yazılı tarihin başlangıcından beri birçok kaynakta Çİ'den bahsediliyor olmasına rağmen, konunun önemi son yüzyıl içerisinde vurgulanabilmiş ve dikkat çekilebilmiştir. "Hırpalanmış Çocuk" tanımı Kempe tarafından ilk kez 1962 yılında kullanılmış, sonrasında bu tanım yerini Çİ'ye devretmiştir (6). Ülkemizde ise Çİ konusu, ancak son yıllarda tıbbi gündem ve kamuoyu gündeminde yer bulmuştur. Konu üzerine yapılan çalışmalar oldukça yenidir. Daha çok vaka örnekleri, dar

kapsamlı epidemiyolojik verilerin sunumu şeklinde olsa da Türkiye’de de tüm dünyada kabul olduğu gibi global bir halk sağlığı sorunu ile yüz yüze oluşumuz şüphe götürmemektedir (7). ÇİVİ olgularının saptanması ve yönetiminde hekimler çok önemli bir pozisyona sahiptir. Hekimlerle ilgili daha önce yapılan çalışmalarda; raporlama gibi farklı mücadele yaklaşımları konusundaki kararlarının değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Bu değişkenliğin, konu ile ilgili hekimlerin bilgi eksiklikleri, bu olguların yönetimi konusundaki görüş farklılıkları gibi birçok değişkenden etkilendiği belirlenmiştir (7,8,9). Hekimlerin konuyla ilgili tutum ve davranışları, uygulamanın ve raporlamanın en temel belirleyicisidir. Bu tutum ve davranışlar değiştirilebilir ve değiştirilmelidir.

ÇİVİ olgularına yaklaşımda ve yönetmede doktorlar çok kritik bir rol oynamalarına rağmen bu olgulara yaklaşım anlamında yukarıda adı geçen nedenlerden kaynaklı ciddi farklılıklar görüldüğü bilinmektedir (8,9,10). Bu farklılıklar vaka ile karşılaşan doktorların öznel farklılıklarının yanı sıra mesleki deneyim, görülen eğitim, cinsiyet gibi değişkenlerden kaynaklanmaktadır. Yine ailenin duygusal durumu ve duruma yaklaşımının da hekimlerin bu vakaların yönetiminde istekli ya da isteksiz olmalarını etkilediği, Çİ olguları ile mücadele politikaları yürürlüğe girmeden önce o ülkede konuyla ilgili hekimlerin tutum ve davranış modelleri saptanmasının gerekli olduğu bildirilmektedir (7). Türkiye’de Çİ olgularına hekimlerin yaklaşımları; raporlama konusundaki isteklilikleri, olgularla ilgili hassasiyetleri, olgulara yaklaşımda izlenmesi gereken yol konusundaki bilgi seviyelerine bağlı değişkenlik göstermesinden kaynaklı bu konularındaki bilgi seviyemizin artırılması gerekmektedir. Yine hekimler arasındaki eğitim, uzmanlık alanı farklılıklarından ve bazı demografik özelliklerinden kaynaklanan tutum ve davranışlarına yansıyan sonuçların tam olarak belirlenmediği görülmektedir.

Acil servis hekimleri (ASH), Çİ’den şüphelenmek ve istismarı taklit edebilecek tıbbi durumları dışlamak için ön saflarda yer almaktadır. Çocuklar acil servis ziyaretlerinin dünyada üçte bire yakın bir bölümünü oluşturduğundan, ASH’nin; ÇİVİ tanınmasında gereken sinyalleri acil servis ortamında nasıl değerlendireceğini anlamaları çok önemlidir. ASH’nin çocuk hastalarda olası kötüye kullanım ve ihmale karşı duyarlılığının, farkındalığının artırılması söz konusu olursa birçok gelişmiş

ülkede olduğu gibi, travmalar daha erken aşamada fark edileceğinden geri dönüşsüz hasarı engelleyebilecek şekilde sağlıklı aile ortamları ve diğer uygun olmayan koşulların değiştirilmesi için ilk adımların atılması sağlanabilecektir. Bu çalışmadaki amacımız, travma nedeniyle başvuran çocukları değerlendirme aşamasında olası ÇİVİ'yi düşünmek ve kayda geçirmek konusunda verilen eğitimlerin hekimlerin tutum ve davranışında değerikliğe yol açıp açmayacağını ortaya koymaktır. Çocuk travma hastalarını değerlendirirken ÇİVİ şüphesinin akılda tutulmasına yönelik verilen eğitim sonrasında acil servis hekimlerinin tutum ve davranışlarının simülatif olgu örnekleri üzerinden test edilmesi ile gerçek yaşama dönük projeksiyon sağlanacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK İSTİSMARININ TANIMI

Kendisine bakmakla yükümlü ebeveyn veya başkaları tarafından 0-18 yaş aralığındaki çocuğun zararlı özellikte, kaza harici ve önlenabilir davranışa maruz kalması durumudur. Bu maruziyet çocuğun fiziksel gelişimini, psikolojik gelişimini ve sosyal gelişimini engeller nitelikte olmalı ve içinde bulunduğu toplumun kültürel değerlerine aykırı olup uzmanlar tarafından da Çİ sayılan bir davranış/tutum olması gerekir (11). Çİ, bir erişkin aracılığıyla çocuğun fiziki durumuna, duygusal haline, davranışsal durumuna ve/veya gelişimsel haline kasıtlı zarar verilmesi durumudur (6).

Çocuğun kötüye kullanımı için ortak özellikler birkaç başlık altında toplanabilir;

- a) Çocuğa zarar verilmesinde kasıt olması,
- b) Uygulanan hareketin sosyal olarak yasaklı hareket oluşu,
- c) Uluslararası sahada uygulanan davranışın Çİ olması konusunda fikir birliği,
- d) Davranışın topluma değil kişiye yönelik uygulanması,
- e) Zarar gören çocuk sayısının bir veya birden çok olması (12).

2.2. TARİHÇE

Konunun bilimsel olarak ilk defa görüşülmesi kendisi de çocuk hekimi olan Henry Kempe'nin 1961 yılında düzenlenen Amerikan Pediatri toplantısında "Dövülmüş Çocuk Sendromu" adı altında görüşlerini dile getirmesiyle olmuştur. Aynı zamanda Dr. Henry Kempe 1962 yılında Amerikan Tabipler Birliği Dergisi'nde yayımladığı "Dövülen Çocuk" isimli yazısı ile, çocuk kötüye kullanımı konusunun tıbbi literatürde ve toplumun gündeminde yer almasını sağlamıştır (13). Çocuğun cinsel istismarı ise; ilk olarak 1978 yılında Ruth ve Kempe tarafından, "Bağımlı,

gelişimsel açıdan olgunlaşmamış çocuk ve ergen bireylerin onay vermede bilinçli olarak muktedir olmadıkları, durumu bütünsel algılayamadıkları veya özellikle ailesel rolleri ile ilgili sosyal nesnelere aykırı olan cinsel davranışlarda taraf olmaları” şeklinde tanımlanmıştır (14). Son yıllarda ülkemizde de tıp ve kamuoyu gündemine giren ÇİVİ için yapılan çalışmalar oldukça yenidir. Türkiye’de ananevi disiplin yolu olarak görülen ve uzun yıllardır kabul edilmiş ve yadırganmayan dayak davranışının Çİ olarak kabul edilmesi 1985’li yıllarda olmuştur. “Çocuk İstismarını Önleme Derneği” 1986 yılında Ankara’da kurulmuş ama topluma ve sağlık çalışanlarına yönelik işlev yerine iki adet uluslararası toplantı düzenlemekten öteye gidememiştir (29).

Tarihsel gelişim içinde farklı tanımlamalar ortaya çıkmıştır. Helfer 1987 yılında Çİ’yi “aile fertleri arasındaki bozuk iletişimin veya iletişimdeki eksikliğin çocukların fiziki gelişimi ve ruhsal gelişiminde zarar oluşturması” olarak tanımlamıştır. Çocuk kötüye kullanımını Avery ve First ise 1989 yılında “Çocuğa karşı uygulanan her türlü kötü davranıştır” olarak tanımlamışlardır. Erişkin kişi tarafından uygulanan, çocuğun veya ergenin zarar görmesine neden olan tutum ve/veya davranış ya da çocuğa dikkat eksikliği ve/veya ilgi eksikliği istismar veya ihmal olarak tanımlanabilir. Krufman ve Schmitt ise 1993 yılında, Çİ’yi çocuklara ya da ergenlik dönemindeki gençlere ebeveynleri veya kendilerine bakmakla yükümlü olan kişiler tarafından uygulanan kötü davranış ve tutum olarak tanımladı (6). DSÖ’ye göre “Çocuğun sağlığını, fiziki veya psikolojik ya da sosyal gelişimini ters yönde etkileyen, erişkinin toplum ya da devlet tarafından kasıtlı ya da kasıtsız uyguladığı tüm davranışları” Çİ tanımı içerisinde yer almıştır.

2.3.ÇOCUK İSTİSMARININ TİPLERİ VE TANIMLARI

Kökeni Arapça olan istismar kelimesi, kişinin iyi niyetini kötüye kullanma, kişiyi sömürme anlamlarına gelir. İstismar etmek ise kişi ya da kişilerin iyi niyetini kötüye kullanarak ondan faydalanmak, düşünceyi kötüye kullanarak zarar vermeyi hedeflemek, sahip olunan kuvveti ya da üstünlüğü bir başka kişiden faydalanmak için uygulama anlamına gelir. Türleri arasında, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar yer alır. Çİ veya çocuk kötüye kullanımıysa çocuğun fiziksel, cinsel veya duygusal olarak erişkin tarafından istismara uğraması olarak tanımlanır (15). Sonuç olarak Çİ, travmaya ve hatta ölüme sebep olabilen tıbbi, hukuki ve sosyal tarafları da içeren bir halk sağlığı sorunudur. Çİ, toplum farkı gözetmeksizin ortaya çıkabilen, kültürel geçmişi de olduğu için sonuca ulaştırılması oldukça zor ve kültürel sebeplere bağlı kapatılan, haksızlığa uğramış kişilerin yeterli hak arayamadığı mühim bir problemdir (16). Çİ dört türde sınıflandırılarak incelenmektedir:

- a. Fiziki istismar
- b. Cinsel içerikli istismar
- c. Duygusal içerikli istismar
- d. İhmal etme

2.3.1. Fiziksel İstismar

En geniş anlamı ile bir çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanır (14). Fiziki istismar, tüm kötüye kullanım olgularının yaklaşık yüzde 18'ini oluşturur ve en kolay tanınabilen istismar türüdür (17). Finkelhor ve Korbin 1988'de "Bir çocuğun gelişimi ve fonksiyonlarında devamlı bozulma ve yararlanmaya sebep olan, çocukta acıya sebep olan ve kaza harici gelişen çocuğa yöneltilen şiddet" şekliyle tanımlamışlardır (18). Wissow ise 1995 yılında, "Çocuğun verilen cezalar sonucu ile yaralanması, deri bütünlüğünün kaybı, ekstremitede kırılmaların görülmesi, sağlık halinin veya hayatın tehdit edilmesi istismar kapsamına girer" demiştir (19). Ludwig'e göre, fiziksel istismar genellikle disiplin ya da ceza verme amacıyla

gerçekleştirilmektedir ve sadece bir tokat ya da herhangi bir cisim ile çocukta zarar oluşturmaya kadar uzanabilir. Yine bu yazar 1993 yılında fiziki istismarın tanımına yönelik, “çocuğun güvenliğinin tehlikede oluşu, çocuğun fiziki yeteneklerinin geçici veya kalıcı halde hasara uğraması ve tekrarladığı fark edilen tanımlanamaz fiziki yaralanma belirtilerinin varlığı” gerekliliğini vurgulamıştır (14, 20).

2.3.2. Cinsel İçerikli İstismar

Psikolojik, sosyal ve cinsel gelişimini tamamlamış yetişkinin, psikolojik ve sosyal açıdan gelişimini tamamlamamış çocuğu seksüel uyarım amaçlı kullanması hali cinsel içerikli istismardır. Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği çocuğun cinsel içerikli istismarını “Çocuğa karşı cinsel yönden erişkin bir kişinin seksüel uyarımına yol açan bir davranış/tutum içinde bulunması veya bu halin görmezden gelinmesi” olarak tanımladı. Bu tanım, söz konusu edimin herhangi bir araç kullanılarak yapılıp yapılmadığı; genital ya da fiziki temas içerip içermediği; çocuk tarafından başlatılıp başlatılmadığı ve kısa dönemde ortaya çıkacak derecede zararlı bir sonuç doğurup doğurmadığı ile ilgilenmez” şeklinde tanımlamaktadır (21). Çocuk İstismarı ve İhmal Bilgileri Ulusal Takas Merkezi’nin (NCCAN) tanımına göre ise “Çocukla erişkin arasındaki cinsel temas, o yetişkin veya başkasının seksüel stimülasyonuna yönelik kullanılmış ise, çocuğun cinsel içerikli istismarı kabul edilmelidir. Eğer bir çocuk başka bir çocuk üzerinde güç kontrolüne sahip ya da yaş farkına sahipse, Çİ bir diğer çocuk aracılığı ile de gerçekleşebilir (22).

2.3.3. Duygusal İçerikli İstismar

Çocuğa bakımında zorunlu kişilerin çocuğun duygusal beklentilerine uygunsuz tutumlarını ve davranışlarını kapsar. Duygusal içerikli istismara uğrayan çocuklarda zekâ gelişiminin ve yaratıcılık gelişiminin ciddi oranda azaldığı belirtilmiştir (26). Hart ve Brassard 1987 yılında; reddetmek işi, aşağılamak durumu, yalnız bırakma, gözdağı verme, suça yöneltmek işi ve duygusal ihtiyaçların karşılanmaması olarak altı alt başlıkta duygusal istismarı tanımlamıştır (14,23).

Ensest tanımı ise; birbiri ile kan bağı olan üst soy ile alt soy arasında; ana, baba bir veya baba/anne bir kardeş çocuklar arasında; teyze, dayı, amca ve halası arasında; evlilik bitmiş olsa dahi anne ile babanın alt soyu ve üst soyu arasında; evlat edinilen ile edinen veya birisi ile diğzerinin eşi arasındaki seksüel içerikli temasları içerir (23,24). Ensest olabileceğini düşündüren risk faktörleri;

- Alkol bağımlısı baba
- Şüpheli tutumları olan ya da tutucu baba,
- Otoriteli baba,
- Annenin yokluğu ya da ailede koruyucu gücü sağlayamayan anne,
- Ev işi yapan ve anne kimliğini oynayan kız çocuk,
- Eşlerin bitmiş ya da sorunlu seksüel yaşantılarının varlığı,
- Babanın madde bağımlılığı, sınırlı zekâyaya sahip oluşu, psikolojik patoloji varlığı,
- Kız çocukta beklenmedik gelişen baştan çıkarıcı tavır varlığı,
- Çocuğun insanlara samimi ilişkide bulunmasına müsaade ediliyor olması,
- Ailenin yabancıya düşmancasına, paranoid davranışlar içerisinde olması,
- Ailenin ailesi içerisinde önceye ait ensest ilişki olması,
- Babanın ergenlik döneminde kız çocuğuna aşırı kıskançlık sergilemesi (25).

Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Yardım Fonu (UNICEF) duygusal istismarı; “Çocuğa yönelik yapılan veya ihmal edilen toplumsal ve bilimsel ölçütlere göre psikolojik açıdan zarar verici oldukları saptanan davranışlar” olarak tanımlamaktadır. Bu davranışlar yaş, statü, bilgi ve pozisyon gibi özellikleri ile çocuk veya gencin üzerinde güç sahibi olan kişi ya da kişiler tarafından gerçekleştirilir (27).

2.3.4. İhmal

Çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmadığı farklı durumları anlatan bir kavramdır (23). Bu tanım kültüre, uzmanlık alanlarına ve dini inançlara göre farklılaşmaktadır. Çocukları beslenme, temizlik, medikal bakım, denetleme açısından boşlayabildiği gibi çocuğa bakmakla görevli olanların madde ya da alkol alımı veya gebelik süresince annenin gerekli özeni göstermemesi de ihmal kapsamında ele alınır (23). Çİ ile ihmali birbirinden ayıran öge istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir tutum ya da davranış oluşudur (14).

Çocuğun yemek yeme, medikal, barınma ilişkili, kıyafet, korunma ve nezaret gibi temel ihtiyaçlarının onun bakımını alan anne, baba ve daha geniş anlamda sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik gibi kurumları içeren hükümet tarafından karşılanmaması durumudur. Fiziki, duygusal içerikli ve/veya tıbbi olarak karşımıza çıkabilmektedir. İhmal dercesine göre kişinin ölümü ile de sonuçlanabilmektedir (28).

2.4. EPİDEMİYOLOJİ

Aile içi şiddete uğramada çocuk için çoklu etkenlerin rol alır. Bu faktörler aileye ait ortamın sosyal, kültürel, ekonomik, psikolojik ve iletişimsel niteliklerinin sonucudur. Çocuğun sosyal, ekonomik ve kültürel düzeyi aşağı bir aileden gelmesi, ailenin ayrı olması, tek anne veya baba varlığı, ailenin çocuğa ve çocuğun da aileye karşı olumsuz tutum ve davranışlar sergilemesi gibi faktörler çocuğun aile içi şiddete maruz kalması ve saldırgan yönelimler göstermesine sebep olur (29,30).

İstismara uğramış bebekler herhangi bir yaşta olabilirler; fakat ölümlerin çoğu iki yaşın altındadır. Cinsel istismara maruz kalan çocuklar, genelde daha ileri yaş grubunda olmalarına rağmen, her yaştaki çocuk kötüye kullanım davranışına maruz kalabilir. Çocuklara yönelik kötü muamele her sosyal sınıfta görülebilir. İstatistiksel olarak “aşağı orta gelir düzeyi” en fazla risk faktörünün söz konusu olduğu gruplardır (31). Boşanma ya da aileden birinin kaybı, aile içi gelişen çocuğa yönelik şiddet olayı yaşanması ve çocuğun saldırgan tavırları olmasında tek başına belirleyici değildir. Anne ve babanın yaşı, eğitimi, sosyoekonomik statüsü, etnik durumu ve ait olduğu

sosyal statü, eş ile ilişkilerinin özelliği, kişilik nitelikleri, var ise psikolojik sorunları ve çocukluğunda Çİ ile karşılaşma durumu gibi birçok etmen birbirini etkileyerek şiddetin ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. Çalışmalar, ailenin çocuğa istismar uygulamasında rol oynadığı düşünülen bu faktörlerden herhangi birinin etkisinde kalmanın çocuğun şiddete uğrama riskini fazlalaştırdığını bildirmektedir (32,33).

2.4.1. Dünya ve Türkiye'deki Durum

Yakın dönemde yapılan birtakım araştırmaların sonuçlarına göre; ABD'de ve Almanya'da, her dört çocuktan birisi cinsel içerikli istismara maruz kalmaktadır. İstismarcıların çoğunluğu erkektir ve %90'ı genellikle iyi tanınan ve genellikle de aileden birisi (baba, üvey baba, kardeş, amca gibi) ya da çocuğun güven hissettiği bir kişidir (öğretmeni, doktoru, bakıcısı gibi) (21,34). ABD'de 42 eyalete ait verileri içeren, 1986 yılında Sedlak ve Broadhurst tarafından çocuk koruma servis raporlarından alınan bilgilerle hazırlanan "Çocuk Cinsel İstismarı ve İhmali Ulusal Olay ve Yaygınlık Araştırması" her yıl çocukların %0,25'inde cinsel içerikli istismar geliştiğini bildirmektedir (35). Her yaştan ve her sosyal ve ekonomik gruba ait çocuk cinsel içerikli istismara uğrayabilmektedir. Vakaların %30'u 2 ila 5 yaş aralığında, %40'ı 6 ila 10 yaş aralığında ve %30'u 11 ila 17 yaş aralığında gerçekleşmektedir. Cinsel içerikli istismarın çoğunlukla ilk kez 8 ila 12 yaş aralığında yaşandığı literatürde bildirilmektedir (36). İstismara uğradığını bildiren çocukların üçte biri erkek cinsiyete sahip olduğu bildirilir iken, erkek çocuğun eş cinsellik yönündeki yakıştırmalara maruz kalacağı düşüncesi sebebiyle istismarı daha az bildiriyor olabileceğinin altını çizmişlerdir. Yine aynı araştırmaya göre hukuki süreci devam eden davalarda istismarcının %80'inin çocuk tarafından tanınan kişiler olduğu bildirilmektedir (37).

Kötüye kullanım vakalarının daha çok 0-6 yaş grubundaki çocuklar için söz konusu olduğu görülmektedir. Bu yönde tutulan kayıtlara göre 0-6 yaş grubundaki çocukların istismara uğrama oranı daha büyük çocukların istismara uğrama oranından iki kat daha fazladır. Zeytinoğlu'nun ülkemizde meslekleri gereği çocuklarla ya da çocuk istismarı ve ihmali olguları ile en çok karşılaştıkları düşünülen sağlık, sosyal

hizmet, hukuk ve eğitim alanında çalışan 120 kişi ile yaptığı çalışmaya göre; kendi meslek yaşamlarında çocuk istismarı olguları ile %38'i "sık sık", %45'i "bazen" karşılaştıklarını, %10'u hiç karşılaşmadıklarını ifade etmiştir. (38) Türkiye'de 1981-1991 yılları arasında Malatya, Nevşehir, Afyon, Ağrı, Giresun, Trabzon, Rize ve Ankara illerinde 4-12 yaş arası 16000 çocuğu kapsayan, Çİ oranını belirlemeyi amaçlayan çalışmada; oranın Afyon'da %13,9, Ankara'da %23,1, Ağrı'da %27,8, Giresun'da %30, Trabzon'da %35,6, Rize'de %40,6, Nevşehir'de %41,9 ve Malatya'da %54 olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına göre incelendiğinde, 4-6 yaş grubu çocuklarda %40,7, 7-10 yaş grubunda %33,5, 11-12 yaş grubunda %25,8 olduğu görülmüştür. Çİ oranı hiç eğitim almamış annelerin çocuklarında %36,7, okur yazar ve ilkokul mezunu olanlarda %35,5, orta ve lise eğitimi olanlarda %19,8, yüksek eğitimi olanlarda %11,6 olarak belirlenmiştir (39). İzmir'deki beş eğitim hastanesi, İzmir Sosyal Hizmetler Müdürlüğü (SHM) ve İzmir Barosu'nun katılımıyla oluşturulan "İzmir Çocuk İstismarı Ekibi"nin çalışmasında 18 ay boyunca İzmir eğitim araştırma hastanelerine başvuran Çİ vakaları, takibe alınmak üzere Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) bildirilmiştir. İstismarcı 32 olguda; baba %72, anne %34, birden fazla %19 kişi olarak saptanmış. İstismar tipi ve lezyon olarak bakıldığında ensest ve cinsel istismar %38, boğma %13, ağır ihmal %13, kırık %9, zehirlenme %9, yakma %6, intrakraniyal kanama %6, yumuşak doku lezyonu %6, saf psikolojik istismar %3 bulunmuştur. %94'ünde birden fazla Çİ risk faktörü olduğu, %72'sinin SHM'ye bildirildiği ve bunların %52'sinin izlenebildiği, %56'sının normal uyum ve sağlığına kavuştuğu, %13'ünün öldüğü, %31'inin izlenemediği görülmüştür (40).

"Aile İçi Şiddetin Sebepleri ve Sonuçları" isimli 1995 yılı tarihli araştırmada, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu 7 ila 14 yaş aralığındaki çocuklardan %40'ının anne ve/veya babaları kaynaklı şiddet gördüğü bildirilmiştir. Aynı araştırmada annenin babaya göre daha fazla şiddet uygulayıcısı bulunduğu bildirilmiştir. Araştırmadaki 14 yaş ve üzeri çocukların %8,5'inin sık sık, %31,2'sinin ise ara sıra bir aile ferdi tarafından dayığa maruz kaldığı raporlanmıştır. Erkeklerin kızlara göre daha fazla fiziki şiddete uğradığı bildirilmiştir (41). Türkiye ailelerinin %43'ünde fiziki şiddet, %53'ünde sözel şiddet ve %46'sında çocuğa yönelik fiziki şiddet vardır. Konanç ve arkadaşları mahkeme kararlarının taranması ile oluşturdukları çalışmalarında çocuğa

yönelik şiddetin başında %68,3 ile cinsel içerikli şiddetin bulunduğunu ve bu tür eylemlere kız ve erkek çocukların eşit oranlarda uğradığını ortaya koymuşlardır (41). UNICEF ile SHÇEK'in iş birliğinde yapılarak 2010 yılında yayımlanan "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu"; Türkiye'de yaşayan 7 ila 18 yaş aralığındaki çocukların %56'sının fiziki istismara, %49'unun duygusal içerikli istismara ve %10'unun cinsel içerikli istismara şahit olduğu, %51'inin duygusal içerikli istismara, %43'ünün fiziki istismara, %3'ünün cinsel içerikli istismara ve %25'inin ihmale uğradığı rapor edilmiştir (42).

Türkiye'de bir çocuk hastanesi psikiyatri bölümüne bir yıllık süre içerisinde başvuran 798 hastanın geriye dönük incelemesiyle yapılan bir çalışmada çocuğa kötü davranış incelenmiştir. Vakaların sosyal ve demografik özellikleri, risk faktörleri, kötü davranışa sebep olan olayın cinsi, şiddeti ve istismarcının yakınlığı rapor edilmiş. Kötü davranışa maruz kalanlar ile kalmayanlar sosyal ve demografik nitelikler ve risk faktörleri açısından karşılaştırılmış; çoğunluğu erkek olan vakaların yaş ortalaması 9,32 yaş bulunmuş. Vakaların %36'sı kötü davranışa maruz kalmış ve bu vakaların da %58'sinde fiziki, %22'sinde duygusal, %20'sinde ise hem fiziki hem duygusal kötü davranış bulunduğu izlendi. Kötü davranış %39 vakada hafif, %42 vakada orta ve %19 olguda ise ağır şiddette bildirildi (43).

2.4.2. İstismar Riskini Arttıran Önemli Faktörler

Toplumda istismarın sık görüldüğü bazı durumlar vardır;

- Ailenin normal çocuk gelişimi ile uygun olmayan beklentileri,
- Aile içi uyum sorunu, ahlak yoksunluğu, fertler içi şiddet varlığı,
- Stres faktörü varlığı, örn. madde kullanımı, psikiyatrik tanı, işsizlik, yoksulluk,
- Genç yaşlarda olmak, bekâr olmak, evlatlık olmak,
- Çocuk ile ailenin ilişkisinde negatif durumlar,
- Aile fertlerinde dürtü kontrolünde bozukluk,
- Toplumsal şiddet varlığı (44).

2.5. YASAL SÜREÇLER

İlk olarak 26 Eylül 1924 tarihinde Çocuk Hakları Cenevre Bildirgesi Milletler Cemiyeti tarafından kabul etmiştir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu ise 20 Kasım 1959 tarihinde 78 farklı ülke temsilcisinin katılımı ile gerçekleştirdiği genel kurulda Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin kabulünü onaylamış ve 20 Kasım 1989 tarihinde ise oy birliği ile kabul etmiştir. Sözleşme Türkiye tarafından 14 Şubat 1990 tarihinde imzalanmış ve 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilmiştir. Resmî Gazete'de 27 Ocak 1995 tarihinde yayımlanarak, Çocuk Hakları Sözleşmesi 4058 sayılı yasa ile iç hukuka dahil edilmiş ve ülkemizde de uygulamaya geçilmiştir (45).

Çocukların doğuştan kazanılmış olan yaşama ve gelişme hakkının bulunması ve bu hakların güvence altına alınması Çocuğun yaşama ve gelişme hakkı olarak 6. Maddede yer alır. Çocuğun fiziki, zihni, sosyal ve ruhsal gelişimi için sağlıklı ve güvenli bir çevrenin temini, gıda, giyecek, barınma için temel ölçülerde standartlara uyması, hastalık durumunda tanı, tedavi ve rehabilitasyonu için en son noktadaki olanakların kullanılması ise 24, 26. ve 27. Maddelerde yer alır. Çocuğun fiziki ve cinsel içerikli istismardan korunması 34 ve 36. Maddelerde yer alırken, ihmalden korunması ise 19. Maddede korunma hakkı olarak yer alır. Çocuğun görüşünü, düşüncesini ortaya koyma, kendini ifade etme hakkı ve kendisi ile ilgili konularda görüşünün alınması ise 12, 13 ve 15. Maddelerde katılma hakkı olarak tanımlanmıştır (46,47).

Çocuk Koruma Kanunu 5395 sayı ile 03.07.2005 tarihinde yürürlüğe alınmıştır. Çocuk "koruma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen" olarak ayrıştırılarak koruma tedbirleri ve yargılama koşulları belirlenmiştir. Yargı ve kolluk görevlileri ise çocuk konusunda uzmanlaşmayı daha sağlayamamıştır. Burada kanun "eğitim almış" olmayı yeterli ölçüm olarak beyan etmiştir (48).

Türk Ceza Kanunu (TCK) 5237 kanun numarası ile 26 Eylül 2004 tarihinde kabul edilerek 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Yeni TCK 280. Maddesinde "Suça ait belirti ile karşılaşan sağlık çalışanına bildirim zorunluluğu" getirilmiştir. Hekim temel görevi ise hastanın yararına yönelik tanı, tedavi ve rehabilitasyon odaklı olmalıdır. Hasta hakları çerçevesinde sır saklamak, mahremiyete saygı göstermek gibi kişiye ait özel koşullar dikkate alınmalıdır. Hasta yararı

gözetilerek cinsel istismarı düşünülüyorsa bildirilme yükümlülüğü mevcuttur. Çocukta yaşa yönelik suçla ilişkili yaptırımlar TCK 31. madde içeriğinde belirtilmiştir. Olayın işlendiği anda 12 yaşını doldurmamış çocuğun cezai ehliyetleri mevcut değildir ve hakkında cezai kovuşturma yapılamaz. Ancak çocuğa özel güvenlik tedbiri uygulanmalıdır. İşlediği olayın hukuki anlam ve sonucunu algılama ve bu durum ilgili davranışını yönlendirme yetisinin varlığı hâlinde ise cezası indirimli uygulanır. Suçu işlediği sırada 15 yaşını doldurmuş olan ancak 18 yaşını doldurmamış olan çocuk için ise indirimli ceza uygulanır. Bu değerlendirmeler çocuk psikiyatrisi, adli tıp ve sosyal hizmet uzmanlarınca yapılmalıdır.

TCK 103. Maddesi kapsamında cinsel yönden istismar; vücuda organ veya sair bir cisim sokulması ile gerçekleştirilmesi, üstsoy, iki veya üçüncü derecede kan bağı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan kişi tarafından ya da hizmet ilişkisi sağlayan nüfuzu kötüye kullanmak haliyle ya da birden fazla kişi tarafından gerçekleştirilmesi hâlinde, çocuğa cebir ya da tehdit kullanma haliyle gerçekleştirilmesinde, istismar için başvurulmuş cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır sonuçlarına neden olması halinde, suç sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, mağdurun bitkisel hayata geçişi veya ölümü gelişmesi halinde cezada artırıcı unsur kabul edilir. Çocukluk süreci bir değişim ve gelişimdir. Yaralayıcı olaylar bu süreçte yalnızca belli bir an etkisiyle değil, aynı zamanda bu gelişime vereceği yeni yön ile de ele alınmalıdır. Yasa koyucunun çocukta genel olarak belirttiği “ruhsal sağlık bozulması” sözü ile bilimsel yazı arasında çelişki olduğu belirtilmektedir. Uygulamacılar tarafından yasada açık şekilde belirtilmemiş olsa bile kalıcı bir hasar şeklinde yorumlanmaktadır. Sonuç olarak 103. Kısım 6. maddede belirtilen ve ağırlaştırıcı sebep olan “ruhsal sağlık bozulması” sözünden ne anlam çıkarmak gerektiği üzerine ilgili bilim alanlarının ve hukukçuların yeniden gözden geçirme yapmaları gereksinimi aşikardır (49).

Resmî Gazetede Çocuk Hakları Sözleşmesi 27.01.1995 tarihi 22184 sayılı ile yayımlanmış ve 4058 sayılı yasa aracılığı ile iç hukuk kuralına dönüşmüştür. Sözleşme, çocuğa yönelik davranış ve tutumlara yönelik global standartları derleyip, tek bir hukuk metninde toplayan ve bağlayıcı olan ilk belge olma özelliğini taşır. Yaşam, sağlık ve eğitim alanlarında dikkat edilecek kuralları belirlemenin yanı sıra bu

sözleşme, evde ya da işyerinde, savaş sırasında veya iç çatışma dönemlerinde, fiziki ve cinsel içerikli olayları da içermek üzere, şiddet ve istismara karşı çocuklara açık bir koruma oluşturmayı amaçlar (50). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 34 ve 39. maddeleri çocukta istismar, ihmal ve bunların önlenmesi ile ilgilidir. Sözleşmenin 19. maddesine göre çocuğun yetiştirilmesinde görevli kişiler, bu haklarını çocuğa zarar verecek şekilde kullanamaz. Devlet çocukları ailenin ya da çocuk bakımından sorumlu kişilerin kötü muamelelerinden korumak, Çİ'yi önlemekten ve bu tarz davranışa maruz kalan çocuk tedavisini amaçlayan sosyal programlar hazırlamaktan yükümlüdür (50). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 34. maddesi de cinsel içerikli istismar ile ilgilidir ve bu maddede fuhuş ve pornografik içerik dahil, çocukların cinsel içerikli istismar ve sömürüden koruması ele alınmaktadır. Türkiye'de TCK, Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunmasına Dair Kanun ile birçok düzenlemelerin yapıldığı izlenmektedir. Ancak yasal değişiklikler, onlara eşlik eden kurumsal düzenlemeler oluşturulmadığından güncel uygulamalarda değişim sağlama yeterliliğine ulaşamamaktadır. Kamusal alanda çocuğun yüksek yararının eksiksiz bir şekilde ortaya konması için tıbbi, hukuki ve toplumsal dönüşümlerin sağlanıp multidisipliner yaklaşımın geçerlilik kazanması gerekmektedir. Devlet ve çocukların yararını gözeten bileşenler tarafından, tartışılmaz biçimde çocukların yararı temelinde "Çocuk Koruma Programı" oluşturulması ve yapılandırılması beklenmektedir (51).

2.5.1. Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

TCK MADDE 280;

(1) Görevi sırasında bir suçun işlendiğini gösteren bir bulgu ile karşılaşmasına rağmen, bu bulguyu yetkililere bildirmeyen veya bildirmekte geç kalan sağlık çalışanı, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık çalışanı kavramı tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer çalışanları kapsamaktadır (52).

Doktorun yetkililere haber verme gerekliliği tüm suçlarda zorunludur. Bu suçlarla karşılaşan doktor bu durumu adli mercilere haber vermelidir. Bu yazılı ve sözlü şekilde olabilir. Doktor idari mercilere hızlı şekilde vakayı haber vermeli ve bunu yazılı halde kayıt altına almalıdır. Hastanın dosyasında adli vaka bildirimini yapıldığı kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtların arkasından adli mercilerin yazılı

talebiyle doktor hastasını kontrol etmeli ve vücut bütünlüğündeki belirtileri yasadaki belirtilen basamaklara göre bir adli rapor haline getirmelidir. Bu yasadaki geçen bulgular bütün tıp literatüründen farklılığı vakanın karar aşamasında önemlidir (53).

2.6. ÇOCUK İSTİSMAR ve İHMALİ TANISI

Çİ mağduru çocuklarda, bu duruma bağlı olarak birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorun ortaya çıkmaktadır. Literatüre bakıldığında, ÇİVİ'ne maruz kalan çocuk ve ergenlerde; gelişimde yavaşlama, öğrenmede zorlanma, konuşmada aksaklık, çökkünlük, azalmış okul başarısı, arkadaş ilişkilerinde güçlük, suça meyil, alkol, uyuşturucu kullanımı, uyku- yeme düzensizlikleri, özgüven eksikliği, hiperaktif veya yıkıcı/zarar verici davranış biçimleri, öfke atakları gibi çoklu negatif sonuçların ortaya çıktığı birçok araştırma ile saptanmıştır. ÇİVİ'nin erişkinlikteki suça meyil hali, duygudurum değişimi; çevresel ilişkilerde aksamaya, anti-sosyal ilişkilere, öfke haline ve kendi çocuklarına bile ihmal ve istismar etmesine yol açtığı anlaşılmaktadır (54).

Çİ olgularının tespit edilebileceği öncelikli yerler arasında bulunan acil servislerde, başta hekimler olmak üzere diğer sağlık personelinin istismar olasılığı açısından dikkatli olması gerekmektedir. Çünkü çoğu zaman istismar tanısı koymak için gerekli olan ilk ve en önemli basamak, istismardan şüphelenmek olarak karşımıza çıkmaktadır (55).

ÇİVİ fark edilmesi, önlenmesi ve uygun müdahaleler yapılması zorunludur. Çİ'nin insanlık tarihinin başından beri beraber olmasına karşın dünyada sorun olarak algılanması önem kazanması son yıllarda meydana gelmiştir. Türkiye'deyse Çİ son 20 yılda toplumsal sorun olarak kabul edilmeye başlanmıştır (56). Sağlık çalışanlarının diğer önemli bir görevi de ÇİVİ düşünülen her hastayı adli mercilere haber vermektir. Bu noktada kötüye kullanım ve ihmal vakalarının tanınması için hekimlerin ve diğer personelin bu konuda yeterli bilgi düzeyinde olması olmazsa olmazdır (57). Bazı belirli tarihsel özellikler kötüye kullanımla ilişkilidir ve şüphe uyandırmalıdır. Çocuk fiziksel istismarının değerlendirilmesine yönelik Amerikan Pediatri Akademisi kılavuzlarına uygun olarak, aşağıdakilerden herhangi birine sahip önemli ölçüde yaralanan çocuklarda istismar için dikkatli bir değerlendirme yapılması önerilir (64);

1. Ciddi yaralanmaya rağmen travma öyküsü yokluğu,
2. Yaralanma derecesi veya türü için mantıksız ve uyumsuz öykü,
3. Bakım aramada açıklanamayan veya aşırı gecikme,
4. Ev içi kurtarma çabalarına atfedilen yaralanma,
5. Diğer gözlemcilerin olayı yeniden anlattığında onlarla çelişen bakıcı hikayesi,
6. Ciddi yaralanma, kendi kendine meydana gelen veya diğer küçük çocukların veya evcil hayvanların suçlandığı yaralanmalar (64).

2.6.1. Anamnez

Tanıdaki en önemli nokta anamnez alırken dikkatli olunmasıdır. Genellikle fiziksel istismar mağduru olan çocuklar olaydan bir zaman sonra durumunun kötüye gitmesi ve ailenin bundan çekinmesi nedeniyle acil servise getirilirler. Çocuğun hastaneye geç getirilmesi, öykünün çelişkili ve fiziksel bulgulara uyumsuz olması, ebeveynin kazayı başkalarına yüklemesi, çocuğun anne babayı suçlaması istismarı düşündürür durumlardır. Kaza ile oluşan yaralanmalar ile istismara bağlı yaralanmaları ayırmak gerekir. Fiziksel istismarın vücut üzerindeki bulguları çizikler, kırıklar, yanıklar ve diğer bulgulardır. Hikâyenin doğruluğu açısından tekrar sorgulanmalı, morlukların, lezyonların sayısı, oluş şekli ve bedendeki alanı dikkate alınmalıdır. Fiziksel ihmal belirtileri de gözden geçirilmelidir. Pis, öz bakımı düşük, başında saçsız alanlar, utangaç ve büyüme gelişmede aksama bu belirtilerdir (58).

2.6.2. Fizik Muayene

2.6.2.1. Cilt Lezyonları

Fiziksel istismardaki en sık ve hatta tek bulgu olabilir. Çizikler, yanıklar, skar dokuları, çizikler ve morarmalar olabilir. Yanıklar fiziksel istismar mağdurlarının %10-25'inde fark edilebilir. ABD'de, 16 yaşın altındaki travmaya bağlı ölüm nedenlerin yanıklar ikinci sıradadır. Kaza olmayan yanıklar genellikle sıcak sıvı veya sıcak cisimlerle oluşturulduğu görülmüştür. Morluklar yüksek oranda görülebilir. Glutealde, peride, toraksta, baş arkasında ve femur arkasında görülen morluklar çok

nadir kazadan kaynaklanır. Yaşça ileri çocuklarda çok sayıda ve farklı zaman iyileşme aşamalarında lezyonlar daha fazladır (53,59,60). Sugar ve arkadaşları çürüklerin yürüyemeyen bebeklerde nadir olduğunu (“seyir yapmayanlar nadiren morarr”), ancak aktif küçük çocuklarda ve çocuklarda yaygın olduğunu göstermiştir, bu nedenle bu yaş grubundaki istismarın bir sonucu olarak onları teşhis etmeyi daha zor hale getirir (61). Morlukların, hemoglobin bozuldukça değişen bir dizi renkle tarihlendirilebileceğine inanılsa da ileri araştırmalar bunun güvenilir olmadığını göstermiştir. Maguire ve arkadaşları tarafından morarma üzerine literatürün gözden geçirildiğinde, doktorlar tarafından morlukların tarihlendirilmesinin doğruluğu %40'tan az ve gözlemciler arasındaki güvenilirlik düşük olduğu görüldü (62). Adli tıp literatüründe yayımlanan bir başka derlemede, aynı kişide aynı mekanizmanın aynı anda oluşturduğu morlukların bile çözümlenmesi sırasında farklı zamanlarda farklı görünümlere sahip olduğu bulunmuştur (63). Ayrıca, koyu tenli çocuklarda morlukları tespit etmek zor olabilir. Morlukları gelişimsel yaşla ilişkilendirmenin önemine ek olarak, vücutta buldukları yer de kaza sonucu oluşan yaralanmayı ayırt etmeye yardımcı olabilir. Maguire incelemesi, kaza sonucu oluşan morlukların tek, küçük ve kemik çıkıntılarının üzerinde görünmesine karşın, istismara neden olan morlukların gruplar halinde bulunma olasılığının daha yüksek olduğunu ve daha büyük olma eğiliminde olduğunu ve mutlaka kemik çıkıntılarıyla ilgili olmadığını buldu. Kaza sonucu oluşan travmalarda sırtta, gövdede ve karında morluklar normal değildir. Morlukların belirli bir özelliği olduğunda anahat veya desen, döngü işaretleri, el izleri, tutunma işaretleri veya tekrarlayan doğrusal işaretler durumunda olduğu gibi bir yaralanma mekanizmasını hakkında fikir verebilirler (59).

Kötüye kullanım amaçlı morlukları taklit edebilen ve göz ardı edilmesi gereken birkaç normal bulgu ve tıbbi durum vardır. Dermal melanoz (Moğol lekeleri) çürükler değildir, ancak öyle görünebilir. Genellikle gluteal bölgede bulunan mavi-gri doğum lekeleridir. En çok Afro-Amerikalılarda görülürler. Bunları morluklardan ayırmanın anahtarı, gerçek morlukların yaptığı gibi günler veya haftalar içinde kaybolmamasıdır. Erken sağlıklı çocuk kayıtlarında zaten belgelenmiş olmaları yararlıdır. Edinilmiş hastalıklar ise genellikle başlangıçta şüpheli olan olağandışı yerlerde morluklara neden olur. Bunlara idiyopatik trombositopenik purpura, Henoch-Schonlein purpura ve lösemi dahildir. Von Willebrand hastalığı gibi kanama bozuklukları da dikkate

alınmalı ve uygun laboratuvar çalışmaları yapılmalıdır. Normal laboratuvar çalışmaları Henoch Schonlein purpurasını ekarte etmez, çünkü bu bir sayıdan ziyade trombosit fonksiyonu sorunudur, ancak bu purpurik döküntü genellikle kalçalarda ve alt ekstremitelerde kümelenir ve buna eklem şişmesi, ağrı, testis şişmesi eşlik edebilir. Bitkiler cilt ile teması halinde döküntüler ve kızarıklık oluşabilir, en yaygın suçlular turunçgillerdir. Kupa çekme ve bozuk para basma gibi kültürel uygulamalar aynı zamanda kötüye kullanımı taklit eden geçici cilt lezyonlarına neden olabilir ve bu da iyi bir öykünün önemini hatırlatır (64).

2.6.2.2. Kafa Travması

ÇİVİ'de en sık ölüm ve sakatlanma nedenidir. Direkt darbe, ileri geri hareket, düşürme veya fırlatma ile oluşabilir. Kranium fraktürleri sarsılmış bebek sendromunda ikinci sıklıkta görülen kemik hasarıdır. %80'i bir yaştan küçük çocuklarda görülür. Çoklu, deprese, 3 mm'den daha fazla ayrılmış, iki taraflı veya suture hatlarını geçen fraktürler, sebebi belli olmayan bilinç değişiklikleri, subdural ve retinal kanamalar özellikle şüpheli bir öykü ile ise yüksek oranda Çİ'yi akla getirir (65).

2.6.2.3. İç Organ Yaralanmaları

Yüksek oranda olmamakla birlikte %40-50'si mortal seyrederek. En sık direkt künt travmanın ardından oluşur. Bulantı, kusma, obstrüksiyon, abdominal distansiyon, peritonit ve akut karın şikayetiyle gelebilirler. Karaciğer, splenik laserasyonlar, pankreas hasarı, bağırsak, renal hasar, retroperitoneal organlarda hemoraji ve mesane laserasyonları görülebilir. Mortalitenin sebebi hemorajik şok ve yaralanmanın düzeyinden ziyade tanının gecikmesidir (60).

Karın travması, çocuk istismarı vakalarının %1'inden daha azını oluştursa da yüksek bir ölüm oranına sahiptir ve çocuk istismarı otopsilerinin %14'ünde bulunmuştur (66). Bebekler ve küçük çocukların bu tür istismara maruz kalma olasılığı daha yüksektir ve iletişim kuramamaları, travma öyküsü veya dış travma kanıtı olmamasından kaynaklanan gecikmiş sunum ve tespit ile mortalitesi yüksektir (58). Sonuç olarak, şüpheli istismarın değerlendirilmesine yönelik Amerikan Pediatri Akademisi kılavuzları, karın yaralanması için taramayı içerir (67). Led ve arkadaşları

tarafından karın travması vakalarına daha iyi bakıldığında genel olarak %11'i istismarın sonucu olarak kabul edildi, ancak bu rakam dört yaşından küçük çocuklarda %44'e fırladı (68). Çocuklarda kaza sonucu oluşan karın travmalarında tek solid organ yaralanması daha sık görülürken, istismar vakalarında çoklu içi boş organ yaralanması daha sık görülmektedir (60).

2.6.2.4. Kosta Kırıkları

Sıkma sırasındaki sıkıştırma, sallama sırasındaki ileri geri hareket veya direkt travma ile oluşabilir. Çİ mağdurlarının %10 ile %25'inde kaburga fraktürleri saptanmaktadır. Ölüler üzerinde yapılan araştırmalarda bebeklerde kaburga kırığı %51 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Kaburga fraktürlerinin çoğu ilk toraks grafisinde seyrek görülebilmekte, çoğu zaman tekrar filmlerinde kallus görüntüsüyle tanı almaktadır. Arka ve arka-yan Kaburga fraktürleri fiziksel istismar için yüksek oranda yol göstericidir. Fakat kaburganın her yerinde fraktür saptanabilir (53).

2.6.2.5 Göz Bulguları

İstismardan şüphelenilen durumlarda göz muayenesi atlanmamalıdır. Çünkü kafa içi patolojik durumlardaki en sık ve hatta tek belirtisi retina hemorajisi olabilmektedir. Retinal hemoraji saptanmasıyla kranial tomografi endikasyonu doğar. Retinal kanama çoğu vakada sekel bırakmadan düzelir. Göze direkt darbeler ile periorbital ekimoz, ödem, orbital kırıklar, subkonjonktival kanamalar, lens dislokasyonu veya retinal ayrılma gözlenebilir. Bu tip lezyonların çoğu kalıcı hasarlarla sonuçlanır (58).

2.6.2.6. Sarsılmış Bebek Sendromu

Çİ'nin ağır şeklidir, sıklıkla iki yaştan küçük çocuklarda görülür. Genelde altı aydan küçük bebeğin, öfkeli ebeveynler tarafından kollarından tutulup şiddetlice sallandıklarında oluşur. Bebeklerin vücut hacmi küçük fakat baş-gövde oranının büyük olması, sallanma sırasında, güçsüz olan boyun kaslarının kafa kontrolünü zorlaştırır ve başın öne-arkaya 240 dereceyi bulan açılarda salınmasına neden olur. Sütürlerin kapanmış olmaması ve subaraknoid alanın genişliği beynin kafatası içinde fazla hareket etmesiyle, dura altındaki köprü venlerin ayrışmasıyla subdural hemorajiye,

tamamlanmamış miyelinizasyon ve beyin su oranının fazla olması da nöroaksonal hasara neden olur. Sık görülen bulgular sebebi bilinmeyen uykuya meyil, dispne, nöbetler, kusma, beslenme azlığı ve büyüme-gelişme geriliğidir (70). Abusiv kafa travması (AHT), sarsılmış bebek sendromu da dahil olmak üzere çeşitli isimler tarafından bilinenler için mevcut terminolojidir. AHT, kanıtlanması zor olabilecek bir mekanizmayı ima etmemesi için tercih edilen terimdir. AHT, dört yaşından küçük çocuklarda ölümcül çocukluk travmasının en öldürücü bir şeklidir en sık yaşamın ilk yılındaki bebeklerde ve 100.000 de 20 olgudaysa daha büyük olan bebeklere etkiler (71). AHT'deki klasik bulgular, kafatası kırığı, kafa derisi hematomu veya diğer dış travma belirtileri olan subdural ve/veya subaraknoid kanamalarıdır. Retinal kanamalar çoğu durumda bulunur (72). AHT'deki klasik bulgular, kafatası kırığı olan veya olmayan subdural ve/veya subaraknoid kanamalar, kafa derisi hematomu veya diğer dış travma belirtileridir. Retina hemorajileri çoğu vakada bulunur ve genellikle minör travmalarda bulunanlardan daha kapsamlıdır (73). AHT tüm demografik sınırları geçse de genç ebeveynler, kaotik aile durumları ve hanede ilgisiz bir yetişkin varsa ortaya çıkması daha olasıdır (74). AHT kurbanı olduğu belirlenen 173 çocuğun tıbbi kayıtlarının geriye dönük analizi, çocukların daha önce tıbbi sağlayıcılar tarafından ortalama 2,8 kez değerlendirildiğini ve bunun da teşhiste ortalama bir hafta gecikmeyle sonuçlandığını ortaya koydu. İlk ziyarette vakaların %30'undan fazlası kaçırılmıştı. Bebek ne kadar küçükse, başvuru bulguları (örn; kusma, sinirlilik) o kadar non-spesifik ve tanı konma olasılığı o kadar düşüktü. Bu ufuk açıcı çalışma, çocuklarda AHT'yi teşhis etmedeki ve gerçek prevalansını belirlemedeki zorluğun altını çizmektedir (75).

2.6.2.7. Oluşturulmuş Hastalık Sendromu (Munchausen by Proxy Syndrome)

Munchausen by Proxy sendromu (MPS) çocuk istismarının ölüme sebep olabilen ağır bir tipidir. Daha çok hastalık öyküsü uyduran, hastane hastane dolaşan ve çok fazla gerekli olmaya medikal müdahalenin yapılmasına ve tedavilerin uygulanmasına sebep olan hastalar, Meadow tarafından "Munchausen Sendrom" olarak tanımlanırken, hastanın bu durumu benzer şekilde çocuklarında oluşturması da "Munchausen by Proxy sendromu" olarak tanımlanmıştır. MPS sıklığı, diğer

Çİ'lerden oran olarak az olmasına rağmen yapılan çalışmalarda 16 yaştan küçük çocuklarda 0,4/100000, bir yaş altında 2-2,8/100000 olarak bulunmuştur. Ancak gerçek sıklığın, hastalığın yeterince tanı alamaması ve sadece hastane tanılarını konması nedeniyle daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Fiziksel ya da cinsel istismar hekimler tarafından daha iyi bilinmesine rağmen, MPS' yi tanımakta zorlanılmaktadır (76). MPS'nin ölümcül bir çocuk istismarı olduğu, ölüm oranının %6-10 arasında değiştiği, olguda zehirlenme ya da boğulma durumu mevcut ise ölüm oranları %33'e kadar arttığı bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda saptanan, uygulayıcının %90-98 oranında kadınlar olduğu, %85'inin anne olduğu, anne ve babanın beraber yaptıkları vakalar da görüldüğü bildirilmiştir. Aşağıdaki durumların varlığında MPS'den şüphelenilmelidir;

- Tekrarlayan apne nöbetleri
- Yaşça 6 aydan büyükler
- Kardeşin geçmişinde riskli hastalık tanısı
- Kardeş ölüm hikayesi
- Vakanın veya bir kardeşinin geçmişte Çİ'ye uğradığının belgelenmesi
- Vakada burnunda veya ağızda kan saptanması (77).

2.6.2.8. İskelet Yaralanmaları

Bir çocuk majör travma öyküsü yokluğunda birden fazla kırıkla başvurduğunda kötüye kullanım düşünülmelidir. Çİ'ye ilişkin en erken raporlardan biri, Tardieu'nun 1860'ta yayınlanan, birden çok kırığı olan çocuklarla ilgili dönüm noktası niteliğindeki açıklamasıydı (78). Çok daha sonra, Caffey, subdural hemorajisi olan bebeklerde kırıkları tanımladı ve bunların istismarın sonucu olduğunu öne sürdü (79). Bu tanımlar Kempe'nin 1962'deki hırpalanmış çocuk sendromu tanımına giden yolu açtı. Bebekler ve küçük çocuklar istismar edildiğinde, sıklıkla birden fazla kırıkla ortaya çıkarlar, oysa bu yaş grubunda kazara kırıklar nadirdir. Worlock ve arkadaşları, istismara bağlı kırıkların %80'inin 18 aylık veya daha küçük çocuklarda meydana geldiği sonucuna varırken, bu oran kaza sonucu oluşan kırıkların %2'sidir (80). Bu kötü niyetli kırıkların çoğu gizlidir. Bu nedenle, istismara uğradığından şüphelenilen iki yaş altı çocuklara iskelet taraması yaptırmak çok önemlidir. İstismarı ifşa

edemeyen ve kötü muamele insidansı yüksek olan daha büyük engelli çocuklar için de önemlidir. Belgelenmiş veya kolayca doğrulanmış bir majör travma öyküsü olmayan bir çocukta birden fazla kırığa ek olarak, düz filmlerde, kaza sonucu yaralanmalarda nadiren görüldüğünden, istismar şüphesini artıracak başka bulgular da vardır (61). Çİ ile uyumlu bulgular;

1.Klasik metafiz lezyonları olarak da bilinen uzun kemiklerin metafiz avulsiyon kırıkları,

2.Kaburga kırıkları, özellikle de suistimal edilen kafa travmasına eşlik eden arka kaburga kırıkları,

3.Parçalı veya karmaşık kafatası kırıkları (asemptomatik olan ve küçük çocuklarda küçük bir düşmeden kaynaklanabilen basit doğrusal olmayan kırıklar),

4.Henüz yürümeyen bir bebekte herhangi bir uzun kemik kırığı,

5.Sağlanan tarihle uyumlu olmayan herhangi bir iskelet yaralanması,

6.Uygun yaş grubundaki yeni yürümeye başlayan tibia kırığı dışında öyküsü olmayan herhangi bir kırık,

7.Olağandışı yüksek sayıda önceki yaralanmaların olması.

Klasik metafiz kırıkları, uzun kemiklerin uçlarındaki yüksek enerjili dönme kuvvetlerinin sonucudur. Ekstremitelerde bir sallama işlemi sırasında tutulabileceğinden, sıklıkla istismara dayalı kafa travması ile görülürler. Bu tür kuvvetler metafizi keser ve kemiğe göre röntgen ışınının düzlemine bağlı olarak bir köşe kopması veya bir kova sapı olarak görünebilir. Bunlar, Kempe'nin hırpalanmış çocuk sendromuna ilişkin orijinal raporunda anlatılmıştı. Diğer bazı kırmızı bayraklar, bariz bir kırık için bakım aramada gecikmeyi, bir kişiyi suçlamayı içerir. Yaralanma için kardeş veya köpek ve yaralanmaya tanık olan bakıcının yokluğu, kaza sonucu iskelet yaralanması olan küçük çocuklarda olağandışı durumdur. Yine, sunulan öykü ile görüntüleme tarafından önerilen kırık tarihi arasındaki tutarsızlık, iyileşmenin farklı aşamalarında birden fazla kırık bulunması gibi, kötüye kullanım tanısını destekleyebilir. Aynı şekilde, metafiz kırıkları da tarihlendirilebilir, ancak diafiz kırıkları ile aynı şekilde iyileşmezler. Radyoloji girdisi, düz filmlerden başka herhangi bir görüntüleme türünün yararlı olup olmayacağını değerlendirilmesinde de yardımcı olur. Örneğin, bir nükleer kemik

taraması yararlı olabilir, ancak aktif büyüme plakaları olan çocuklarda bunları yorumlamak genellikle zordur ve bu nedenle önceden tartışılması gerekir (81).

2.6.2.9. Yanıklar

Kasıtlı yanıklar haşlanmalardan, ısıtılmış nesnelere temastan, alevden, kimyasal maruziyetten, mikrodalgadan, diğer radyasyondan ve elektrik akımlarından kaynaklanır. Kasıtlı yanıkların fiziksel bulguları şunları içerir; beş yaşından küçük çocuklarda kasıtsız dökülme modeline uymayan haşlanmalar, daldırma nedeniyle sıcak musluk suyundan haşlanmalar, keskin bir üst sınır çizgisi ("yüksek gelgit işareti") olması, vücudun her iki tarafını simetrik olarak etkileyen veya alt ekstremiteleri ve/veya perineyi tutan, yanan nesnenin şeklinde keskin bir şekilde sınırlandırılmış bir kenara sahip yanıklar, gizli dairesel yanıklar olarak görünen sigara yanıkları, 8 ila 12 mm çapında ve derin (örneğin, üçüncü derece) yanıklar, derin kısmi kalınlıkta ve tam kalınlıkta yanıklar, yüzde 20'den fazla vücut yüzey alanını içeren yanıklar, arka gövdede, kalçada veya cinsel organlarda yanıklar, yanık dışında ek yaralanmaların olması kötü niyetli yanık ve istismar olasılığını düşündürür (2).

2.7. ÇOCUK İSTİSMARI TANISINDA KOLAYLAŞTIRICI KONTROL LİSTELERİ

Fiziksel Çİ'nin tanınmasına yönelik yaklaşım, fiziksel Çİ'nin tanınması için sistematik derlemelerle giderek daha fazla artırılmaktadır. İlk çabalar, Hollanda'da zorunlu kılındığı gibi kontrol listelerinin kullanılmasıydı. Bu kontrol listelerinin kullanımı fiziksel Çİ'nin tanınmasını arttırmıştır (2). Birkaç araştırmacı, meydana gelmiş olabilecek yaralanmaları tespit etmek için standartlaştırılmış yöntemler geliştirmiş ve incelemiştir. Tipik olarak bu yöntemler acil serviste kullanılmak üzere geliştirilmiştir ve değerlendiren klinisyen tarafından tamamlanması gereken bir değerlendirme aracıyla hastaların kayıtlarını işaretler. Bu kontrol araçlarının Çİ'nin dikkate alınma, tespit edilme ve rapor edilme oranını artırabileceğini öne sürülüp Çİ değerlendirmesinin daha iyi belgelenmesini sağladığı belirtmiştir (84). Bazı kontrol listeleri, tıbbi sağlayıcıların ebeveyn davranışı veya tarih güvenilirliği hakkında yargı çağrılarını yapmalarını gerektirse de bu da sosyal önyargının kararlarını etkilemesi için fırsat yaratır, fikir birliği kurallarına dayanan bir kontrol listesinin kullanılmasının Çİ

şüphesi ve raporlamasında genel önyargıyı azaltacağına dair bazı kanıtlar vardır (85,86). Örnek olarak, çalışma sırasında 104.000'den fazla çocuğun görüldüğü birden fazla acil serviste evrensel bir Çİ tarama aracının gözlemsel bir çalışmasında, taranmayan çocuklara kıyasla taranan çocuklar arasında Çİ tespit oranında anlamlı bir artış olmuştur (sırasıyla yüzde 0,5'e karşı yüzde 0,1) (80). Çalışma sırasında, tarama aracının kullanımı yüzde 20'den 67'ye yükselmiştir. Tek bir merkezde yapılan bir başka çalışmada, aynı tarama aracının veya zorunlu bir tepeden tırnağa muayenenin ve iki yöntemin birlikte etkisi değerlendirilmiştir. Bu şekilde taranan yaklaşık 10.000 çocuk arasında, yüzde 4'ünün tarama, tek başına fizik muayene veya her ikisinde de istismar olabileceğine dair işaret vardı (79). Tam Kohortun yüzde 0,9'unda ve pozitif bulgu saptanan çocukların yüzde 40'ından fazlasında kesin istismar tanısı konuldu. Ek olarak, tarama aracı Çİ vakalarının daha fazla tespit edilmesine yol açmıştır. Bu iki çalışmadaki kontrol listeleri hassastı, az sayıda yanlış negatif üretiyordu, ancak düşük özgüllüğe sahipti ve yanlış pozitiflerle sonuçlandı. Sonuçta, bu tarama araçlarının pratikte yararlı olup olamayacağı, pozitif bulguların nasıl yönetildiğine bağlı olacaktır. Kontrol listeleri, istismarın dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini teşvik etmeyi amaçlamaktadır, ancak kendi başlarına laboratuvar testlerini, radyografik çalışmalarını veya çocuk koruma hizmetleri raporlamasını zorunlu kılmamaktadır. Bu araçların rutin uygulamada tutarlı bir şekilde kullanılmasındaki düşük doğruluk ve zorluk, faydalarıyla ilgili endişeleri artırmaktadır. Örneğin, 38.000'den fazla çocuğun acil servis ziyareti sırasında doğrulanmış bir çocuk istismarı tarama aracının çok merkezli prospektif gözlemsel bir çalışmasında, hastaların yarısından azıda kontrol listeleri tamamlanmış ve sadece 420'si pozitif saptanmıştır (80). Çİ'yi tespit etmek için tasarlanmış tarama araçlarının tanısallık doğruluğunun sistematik bir incelemesinde, duyarlılık yüzde 26 ila 97 arasında ve özgüllük yaklaşık yüzde 50 ila 100 arasında değişmiştir (87).

Klinisyenlerin istismar endişelerini tetikleme gereken yaralanmalar hakkında sınırlı bilgiye sahip oldukları gösterilmiştir (88). Uzlaşılı kılavuzları tarafından önerildiği gibi sentinel yaralanmalara dayanan klinik yollar, iskelet taramalarının ve Çİ uzmanı konsültasyonunun artan kullanımı ile ilişkilendirilirken, potansiyel olarak sosyal önyargıyı azaltmaktadır (89). İstismar şüphesi ve kötüye kullanım için değerlendirme kararı üzerindeki etki, spesifik klinik karar destek sisteminin türüne ve

uygulandığı ortama bağlı olarak değişken görünmektedir. Bulguların ve klinik karar desteğinin klinik kılavuzlara uyumu artırıp artırmadığını belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma tek merkezli, prospektif, kesitsel, gözlemsel, simülatif vaka örnekleri üzerinden yapılan görüşmeye dayalı analitik çalışma olarak yürütüldü. Çalışma eğitim öncesi, eğitim ve eğitim sonrası dönemi olmak üzere üç dönemde tasarlandı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (Karar no: 21, Tarih: 14/01/2022) alındıktan sonra çalışmaya başlandı (Ek-1). SBÜ İstanbul SUAM Acil Tıp Kliniğinde 01.01.2022-01.03.2022 tarihleri arasında görevli olan hekimler belirlendi ve çalışmanın evrenini oluşturdu. Acil serviste farklı görevlerde çalışan hekimler üç grupta (acil tıp uzmanı, acil tıp asistanı ve pratisyen hekim) belirlendi. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan tüm hekimler çalışma konusunda bilgilendirildi. Araştırmanın amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklediği açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ile izin alındı. Araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve otonomi ilkesine saygı gösterileceği bildirildi. Kendilerinden alınan bireysel bilgilerin araştırmacı dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek sadakat-gizlilik ilkesine bağlı kalındı. Zarar vermeme-yarar sağlama ilkesine özen gösterilerek hastaların bakım ve tedavilerinin aksatılmadan sürdürülmesi sağlandı.

Bu çalışmada amaç, travma nedeniyle başvuran çocuk hastayı değerlendirme aşamasında ÇİVİ'yi düşünmek ve kayda geçirmek konusunda verilen eğitimlerin hekimlerin tutum ve davranışında değişikliğe yol açıp açmayacağını ortaya koymak idi. Çocuk travma hastalarını değerlendirirken ÇİVİ şüphesinin akılda tutulmasına yönelik verilen eğitim sonrasında acil servis hekimlerinin tutum ve davranışlarının simülatif olgu örnekleri üzerinden test edilmesi ile gerçek yaşama dönük projeksiyon

sağlanması amaçlandı. Çalışma, bu amaç ve hedefle yapılan ilk pilot çalışmadır. Klinikte çalışan hekimlerin ağır iş yükü ve çalışmaya dahil etme zorlukları nedeniyle uzman, asistan ve pratisyen hekimleri temsil eden bir hekim grubu çalışmaya alındı.

Çalışmanın uygun olduğu kılavuz bilgisine EQUATOR (Enhancing the Quality and Transparency of Research) Network internet sayfasından ulaşıldı (<http://www.equator-network.org>). STROBE kontrol listesi kullanılarak çalışma metodolojisi oluşturuldu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Çalışma tarihlerinde SBÜ İstanbul SUAM Acil Tıp Kliniğinde aktif çalışıyor olmak,
2. Acil tıp uzmanı, acil tıp asistanı veya pratisyen hekim unvanına sahip olmak,
3. Çalışmaya katılmaya onam vermiş olmak.

Çalışmadan dışlama kriterleri:

1. Çalışma tarihlerinde izinli olma ve/veya görevlendirme nedeniyle SBÜ İstanbul SUAM dışı hastanede, Acil Tıp Kliniği dışı klinikte ve/veya yurt dışında olmak,
2. Çalışmaya katılmaya onam vermemiş olmak,
3. Çalışma metodolojisini bilen çalışmacı olmak.

Eğitim öncesi dönem:

Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyeti, yaşı, meslekteki süresi (ay), görevi (uzman, asistan, pratisyen), tıp fakültesinde ve/veya mezuniyet sonrasında çocuk istismar ve ihmali konusunda eğitim alıp almama durumu, daha önce istismar vakasıyla karşılaşma durumları, çocuk bakımında rol alma durumları bağımsız değişkenler olarak kabul edildi. Araştırmaya katılan hekimlere ÇİVİ'yi tanıma eğitimi öncesi ve sonrasında doktorlara sunulan altı simülatif olgu örneği üzerinden hekimlerin vakaların adli bildirimini konusunda verdikleri yanıtlar bağımlı değişkenler olarak kabul edildi. Veriler "Olgu Rapor Formu" üzerine kaydedilerek toplandı (Ek-2).

Çalışmaya katılan hekimlerin Çİ'ye yaklaşım, tutum ve davranışları altı simülatif vaka örneği üzerinden test edildi. Vaka örnekleri Beyaztaş ve arkadaşları tarafından “Fiziksel Çocuk İstismarı: Dört Vakanın Sunumu” isimli çalışmalarında sunulan örneklerde, istismarda kuşkuyu doğuran faktörlerden esinlenerek yazıldı (90). Hazırlanan her vaka örneği sözlü olarak çalışmaya katılan hekime çalışmacı tarafından sunuldu. Hekimlere sorulan vaka örneklerinin her biri için toplamda dokuz soru mevcuttu ve tüm soruların cevabı açık uçlu sorularla arandı. Açık uçlu sorular Teeuw ve arkadaşlarının çalışmalarında da önerildiği şekilde tarama kontrol listesinin (SPUTOVAMO) ve tam fizik muayene (tepeden tırnağa muayene) tarama testlerinin birleştirilmesi, ile oluşturuldu (2).

Hekimlerin vakalara yaklaşımda izledikleri yol ve aldıkları tutum her vaka için ayrılmış olan Ek-2 içerisindeki eğitim öncesi kontrol listesine işaretlendi. Çİ tanısını koymada yol gösterici olan önermeler şu şekildeydi:

1. Anamnez tutarlılığını sorguladı mı?
2. Süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etti mi?
3. Çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizması arasındaki uyumu sorguladı mı?
4. Çocuğun aile/bakıcı ile iletişimini sorguladı mı?
5. Tepeden tırnağa muayene yaptı mı?
6. Çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorguladı mı?
7. Hikâyeyi tekrarlattı mı?
8. Ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorguladı mı?
9. İstismar düşünüp adli bildirim yaptı mı?

Vaka sunumu sonrası her hekimin sorulara verdiği açık uçlu cevaplardan bu dokuz önermeye yönelik yanıtları evet/hayır şeklinde eğitim öncesi veri haline getirildi.

Eğitim dönemi:

Çalışmanın ilk kısmının tüm katılımcılar tarafından sonlandırılması ile, çalışmacı tarafından hazırlanmış olan eğitim materyalleri her katılımcıya e-posta

olarak iletildi. Eğitim materyali Türkiye Acil Tıp Derneği Çocuk Acil Çalışma Grubu tarafından hazırlanmış olan “İstismar, ihmal ve adli yaklaşım” konulu 60 dakikadan oluşan Prof. Dr. Cem Oktay moderatörlüğünde Dr. Sevtap Velipaşaoğlu ve Dr. Vehbi Özaydın’ın sunduğu eğitim videosunu, çalışmanın süpervizör eğitimcisi tarafından konuya dair hazırlanmış 50 slayttan oluşan sunumu ve 13 sayfadan oluşan Word dosyasını içerdi. Çalışmaya katılan hekimlere pandemi ve acil servislerin yoğun çalışma ortamı göz önüne alındığında eğitim materyallerinin izlenme süresi bir ay olarak belirlendi. Tüm katılımcıların eğitim materyallerini okudukları ve izlediklerine dair olurları alındı.

Eğitim sonrası dönem:

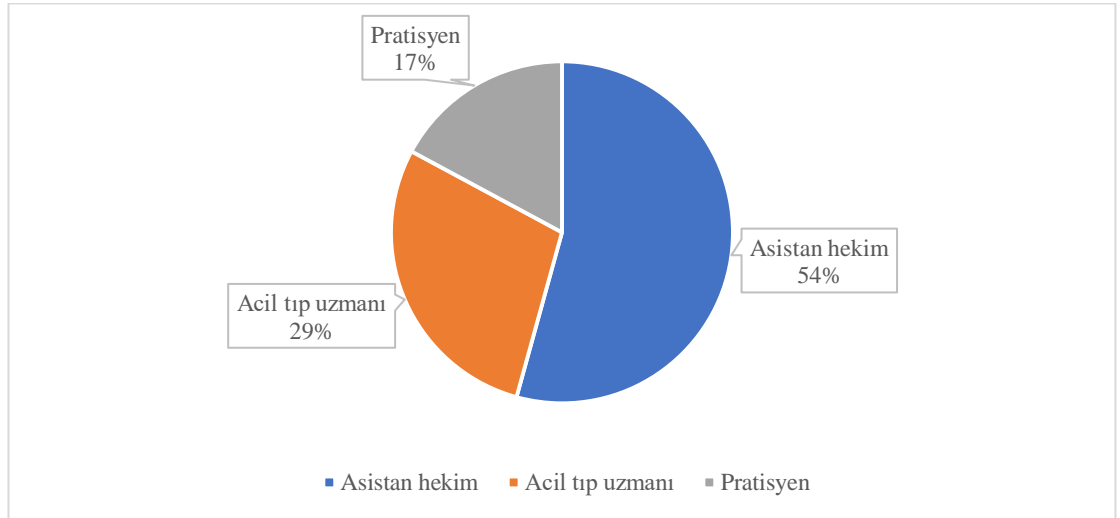
Tüm katılımcılar tarafından belirlenen eğitim süreci belirlenen dönemde tamamlandıktan sonra, aynı vaka örnekleri ile eğitim sonrası kontrol listesi adı altında aynı soruların cevapları aranarak veriler tekrardan evet/hayır şeklinde alındı ve Ek-2 formunun eğitim sonrası için ayrılmış alanına kaydedildi.

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 28.0 programı yardımıyla gerçekleştirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca, en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Bağımlı nitel verilerin analizinde Mc Nemar testi kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-kare test, Ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fisher'in Kesin Testi kullanıldı. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmamızda SBÜ İstanbul SUAM Acil Tıp Kliniğinde 01.01.2022-01.03.2022 tarihleri arasında görevli olan hekimler belirlendi ve çalışmanın evrenini oluşturdu. Çalışma döneminde acil tıp kliniğinde 22 acil tıp asistanı, 16 acil tıp uzmanı ve 8 pratisyen hekim ile toplamda 46 hekim olduğu belirlendi. Belirlenen hekimlerden 22 acil tıp asistanının 1'i (%2,2) aynı zamanda çalışmacı olduğu için ve 2'si (%4,3) klinik dışı görevlendirmede olduğu için; 16 acil tıp uzmanının 2'si (%4,3) aynı zamanda çalışmacı olduğu için, 2'si (%4,3) yurtdışı görevlendirmede olduğu için ve 2'si (%4,3) yıllık izinde olduğu için; 8 pratisyen hekimin 2'si (%4,3) ulaşamadığı için toplamda 11 hekim (%23,9) çalışma dışı kaldı. Dışlamaların ardından toplamda 19 acil tıp asistanı, 10 acil tıp uzmanı ve 6 pratisyen hekim ile çalışma grubu 35 hekimden oluştu (Şekil 1-2).

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Yaş ve meslekte geçen süre için yapılan analizlerde veri setinin normal dağılıma uymadığı izlendi, bu sebeple veriler medyan ve çeyrekler arası yüzdellik dilim (IQR) olarak verildi.



Şekil 1. Çalışmaya katılan hekimlerin görev dağılımı



Şekil 2. Çalışma akış şeması

Katılımcıların yaş medyan değeri 29 yıl (IQR 25,5-34 yıl) bulundu. Meslekteki süre medyan değeri 48 ay (IQR 12-108 ay) idi. Cinsiyet dağılımında %57,1'i (n=20) erkekti. Görev dağılımında çoğunluk acil tıp asistanlarından oluştu (n=19, %54,3) sonrasında sırasıyla acil tıp uzmanları (n=10, %28,6) ve pratisyen hekimler (n=6, %17,1) yer aldı. Katılımcıların %28,6'sı (n=10) daha önce çocuk bakımında rol aldığını ifade etti. İstismar açısından sorgulandığında 20 katılımcının (%57,1) daha önce istismar vakası ile karşılaştığı ve 31 katılımcının (%88,6) daha önce istismar konusunda eğitim aldığı öğrenildi (Tablo 1). İstismar vakası ile karşılaşma oranı uzmanlarda, pratisyen ve asistanlardan anlamlı olarak daha yüksek ve asistanlarda pratisyenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu (her biri için $p < 0,01$). Daha önce istismar eğitimi almış olma oranı uzman ve asistanlarda, pratisyenlerden anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,01$).

Özellikler		Medyan	IQR
Yaş, yıl		29	25,5-34
Meslek Süresi, ay		48	12-108
		n	%
Cinsiyet	Erkek	20	57,1
	Kadın	15	42,9
Görevi	Asistan	19	54,3
	Uzman	10	28,6
	Pratisyen	6	17,1
	Evet	10	28,6
Çocuk Bakımda Rol	Hayır	25	71,4
	Evet	20	57,1
İstismar Vakası Karşılaşma	Hayır	15	42,9
	Evet	31	88,6
İstismar Eğitimi	Hayır	4	11,4

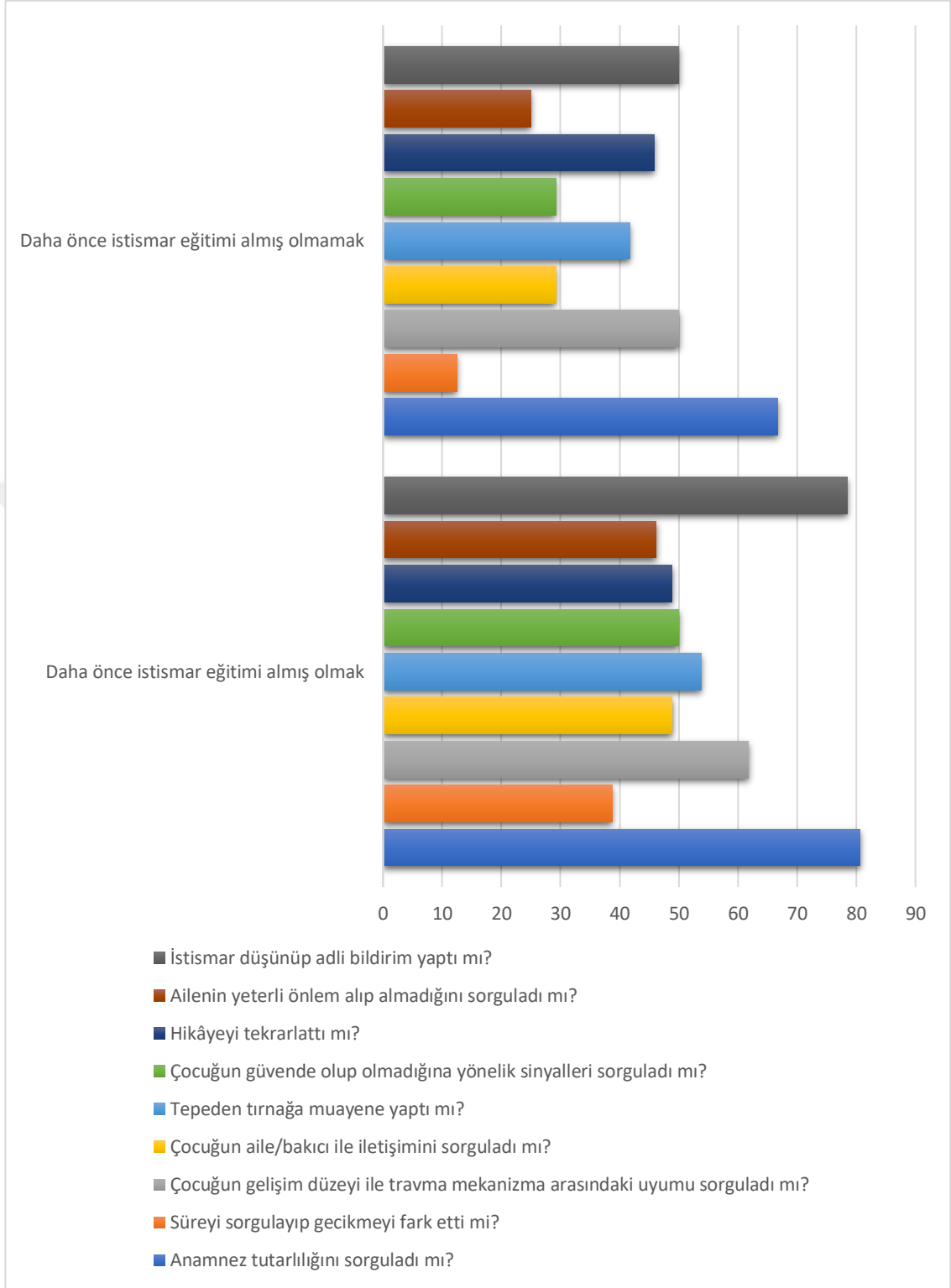
Tablo 1. Çalışmaya katılan hekimlerin özellikleri.

Çalışma öncesine ait hekimlik döneminde istismar eğitimi almış olmanın senaryolara verilen cevaplar üzerindeki etkisi incelendi (Tablo 2). Hekimlerin (n=35), senaryolara verdikleri ilk yanıtlar (çalışma eğitimi öncesi) değerlendirildiğinde (n=210, 6 senaryo için toplam cevap sayısı), 24 (%11,4) cevap daha öncesinde eğitim almamış grupta, 186 (%88,6) cevap daha öncesinde eğitim almış grupta yer aldı. “Süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etti mi?”, “Ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorguladı mı?” ve “İstismar düşünüp adli bildirim yaptı mı?” soruları için verilen cevaplar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p değeri sırası ile, 0,012, 0,048 ve 0,002). Daha önce eğitim almamış olan grup daha yüksek oranda süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etmedi ve ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorgulamadı. Daha önce eğitim almış olan grup ise daha yüksek oranda istismar düşünüp adli bildirim yaptı (Tablo 2, Şekil 3).

		Önceden İstismar Eğitimi Almış Olmak				p	
		Evet (n=186)		Hayır (n=24)			
		n	%	n	%		
Anamnez tutarlılığını sorguladı mı?	Evet (n=166)	150	80,6	16	66,7	0,113	X ²
	Hayır (n=44)	36	19,4	8	33,3		
Süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etti mi?	Evet (n=75)	72	38,7	3	12,5	0,012	X ²
	Hayır (n=135)	114	61,3	21	87,5		
Çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizma arasındaki uyumu sorguladı mı?	Evet (n=127)	115	61,8	12	50	0,265	X ²
	Hayır (n=83)	71	38,2	12	50		
Çocuğun aile/bakıcı ile iletişimini sorguladı mı?	Evet (n=98)	91	48,9	7	29,2	0,068	X ²
	Hayır (n=112)	95	51,1	17	70,8		
Tepeden tırnağa muayene yaptı mı?	Evet (n=110)	100	53,8	10	41,7	0,264	X ²
	Hayır (n=100)	86	46,2	14	58,3		
Çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorguladı mı?	Evet (n=100)	93	50	7	29,2	0,054	X ²
	Hayır (n=110)	93	50	17	70,8		
Hikâyeyi tekrarlattı mı?	Evet (n=102)	91	48,9	11	45,8	0,776	X ²
	Hayır (n=108)	95	51,1	13	54,2		
Ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorguladı mı?	Evet (n=92)	86	46,2	6	25	0,048	X ²
	Hayır (n=118)	100	53,8	18	75		
İstismar düşünüp adli bildirim yaptı mı?	Evet (n=158)	146	78,5	12	50	0,002	X ²
	Hayır (n=52)	40	21,5	12	50		

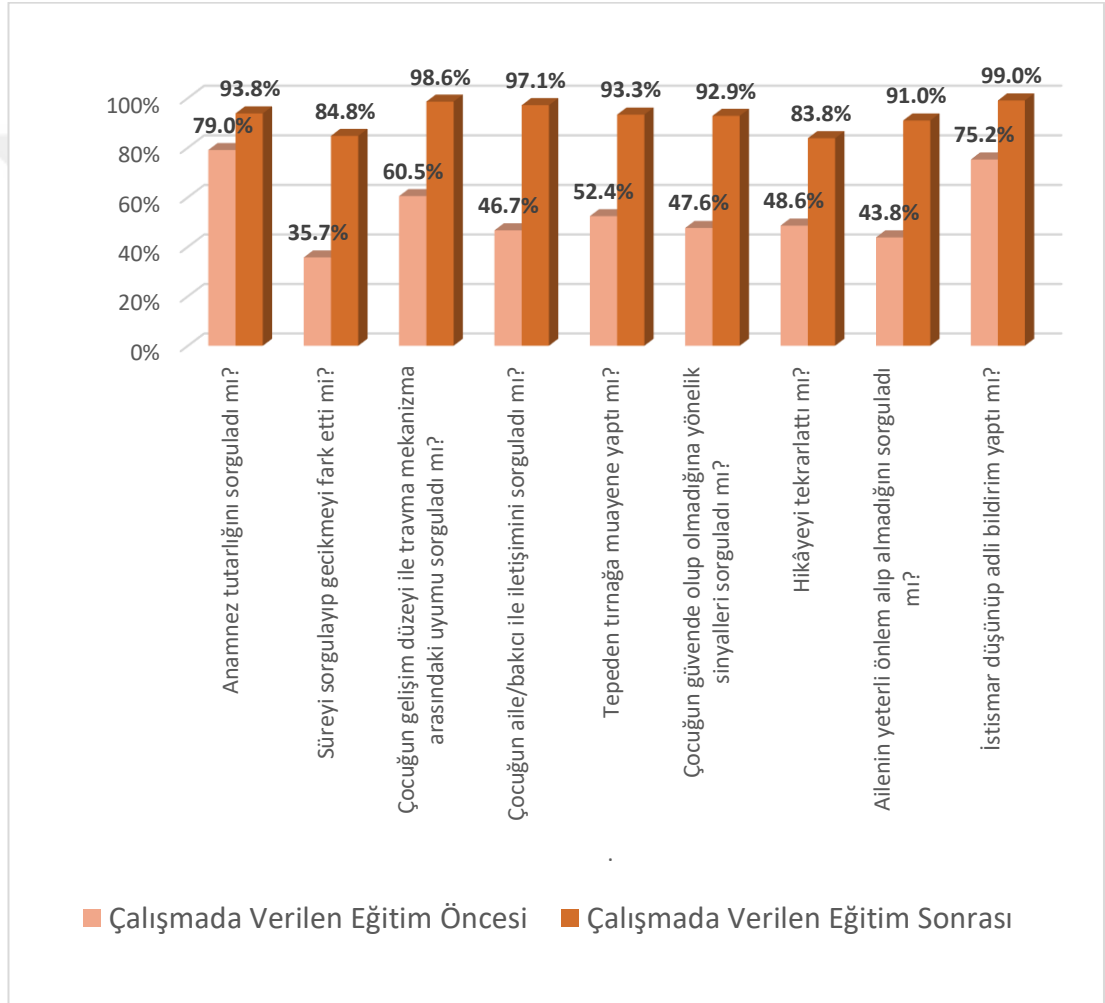
X² Ki-kare test (Fisher'in kesin testi)

Tablo 2. Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların daha önceden almış oldukları istismar eğitimine göre analizi.



Şekil 3. Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların daha önceden almış oldukları istismar eğitimine göre dağılımı.

Eğitim sonrası anamnez tutarlılığını sorgulama oranı, gecikmeyi fark etme sorgulama oranı, çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizma ilişkisini sorgulama oranı, çocuğun aile/bakıcı iletişimini gözlemlene oranı, tepeden tırnağa muayene yapma oranı, çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorgulama oranı, hikâyeyi tekrarlatma oranı, ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorgulama oranı ve istismar düşünüp adli bildirim yapma oranı eğitim öncesine göre anlamlı artış gösterdi (her biri için p değeri <0,001, Şekil 4, Tablo 3).



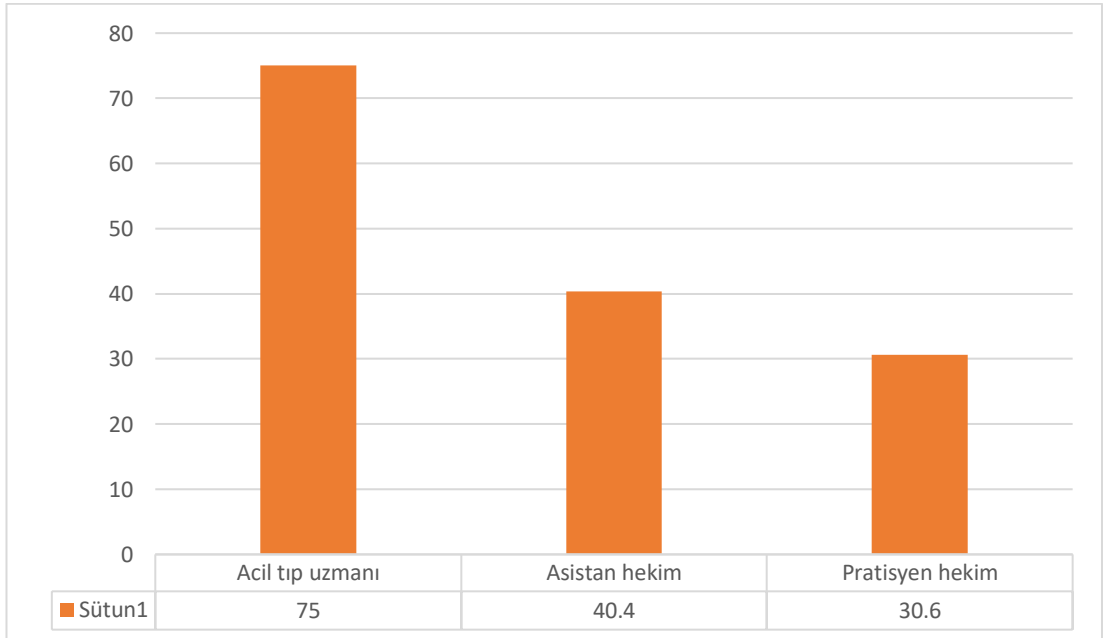
Şekil 4. Hekimlerin senaryolara verdikleri yanıtların çalışmada verilen eğitim öncesi ve sonrasına göre analizi.

		Çalışmada İstismar Eğitimi				p	N
		Eğitim Öncesi (n=210)		Eğitim Sonrası (n=210)			
		n	%	n	%		
Anamnez tutarlılığını sorguladı mı?	Evet (n=363)	166	79	197	93,8	<0,001	N
	Hayır (n=57)	44	21	13	6,2		
Süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etti mi?	Evet (n=253)	75	35,7	178	84,8	<0,001	N
	Hayır (n=167)	135	64,3	32	15,2		
Çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizma arasındaki uyumu sorguladı mı?	Evet (n=334)	127	60,5	207	98,6	<0,001	N
	Hayır (n=86)	83	39,5	3	1,4		
Çocuğun aile/bakıcı ile iletişimini sorguladı mı?	Evet (n=302)	98	46,7	204	97,1	<0,001	N
	Hayır (n=118)	112	53,3	6	2,9		
Tepeden tırnağa muayene yaptı mı?	Evet (n=306)	110	52,4	196	93,3	<0,001	N
	Hayır (n=114)	100	47,6	14	6,7		
Çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorguladı mı?	Evet (n=295)	100	47,6	195	92,9	<0,001	N
	Hayır (n=125)	110	52,4	15	7,1		
Hikâyeyi tekrarlattı mı?	Evet (n=278)	102	48,6	176	83,8	<0,001	N
	Hayır (n=142)	108	51,4	34	16,2		
Ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorguladı mı?	Evet (n=283)	92	43,8	191	91,0	<0,001	N
	Hayır (n=137)	118	56,2	19	9,0		
İstismar düşünüp adli bildirim yaptı mı?	Evet (n=366)	158	75,2	208	99	<0,001	N
	Hayır (n=54)	52	24,8	2	1		

^N Mc Nemar Test

Tablo 3. Hekimlerin senaryolara verdikleri yanıtların çalışmada verilen eğitim öncesi ve sonrasına göre analizi.

Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların görev dağılımlarına göre analizi yapıldığında tüm yanıtların istatistiksel olarak anlamlı şekilde uzman grubunda yüzdesel olarak daha yüksek yanıtladığı bulundu (Tablo 4, Şekil 5). Çalışmada eğitim öncesi dönemde sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde, acil tıp asistanları ve uzmanları tek bir grupta ele alınarak pratisyen hekimlerle karşılaştırıldığında, anamnez tutarlılığını sorgulama ve istismar düşünüp adli bildirim yapma oranlarının pratisyen hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu bulundu (p değeri sırası ile 0,043, 0,020). Acil tıp asistanları ve pratisyen hekimler tek bir grupta ele alınarak acil tıp uzmanları ile karşılaştırıldığında ise, tüm soruların sorgulanma oranları acil tıp uzmanlarında istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (anamnez tutarlılığını sorgulama $p=0,024$, gecikmeyi fark etme sorgulama $p<0,01$, çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizma ilişkisini sorgulama $p<0,01$, çocuğun aile/bakıcı iletişimini gözlemlenme $p<0,01$, tepeden tırnağa muayene yapma $p<0,01$, çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorgulama $p<0,01$, hikâyeyi tekrarlatma $p<0,01$, ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorgulama $p<0,01$, istismar düşünüp adli bildirim yapma $p<0,01$) (Tablo 4)



Şekil 5. Görevlerine göre istismar düşünüp adli bildirim yapma oranları.

		Pratisyen (n=36)		Asistan (n=114)		Uzman (n=60)		p	
		n	%	n	%	n	%		
Anamnez tutarlılığını sorguladı mı?	Evet (n=120)	0	0	60	52,6	60	100	<0,001	X ²
	Hayır (n=90)	36	100	54	47,4	0	0		
Süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etti mi?	Evet (n=186)	12	33,3	114	100	60	100	<0,001	X ²
	Hayır (n=24)	24	66,7	0	0	0	0		
Çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizma arasındaki uyumu sorguladı mı?	Evet (n=166)	22	61,1	89	78,1	55	91,7	0,002	X ²
	Hayır (n=44)	14	38,9	25	21,9	5	8,3		
Çocuğun aile/bakıcı ile iletişimini sorguladı mı?	Evet (n=75)	5	13,9	31	27,2	39	65	<0,001	X ²
	Hayır (n=135)	31	86,1	83	72,8	21	35		
Tepeden tırnağa muayene yaptı mı?	Evet (n=127)	14	38,9	56	49,1	57	95	<0,001	X ²
	Hayır (n=83)	22	61,1	58	50,9	3	5		
Çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorguladı mı?	Evet (n=98)	7	19,4	41	36	50	83,3	<0,001	X ²
	Hayır (n=112)	29	80,6	73	64	10	16,7		
Hikâyeyi tekrarlattı mı?	Evet (n=110)	15	41,7	48	42,1	47	78,3	<0,001	X ²
	Hayır (n=100)	21	58,3	66	57,9	13	21,7		
Ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorguladı mı?	Evet (n=100)	12	33,3	45	39,5	43	71,7	<0,001	X ²
	Hayır (n=110)	24	66,7	69	60,5	17	28,3		
İstismar düşünüp adli bildirim yaptı mı?	Evet (n=102)	11	30,6	46	40,4	45	75	<0,001	X ²
	Hayır (n=108)	25	69,4	68	59,6	15	25		

X² Ki-kare test (Fisher'in kesin testi)

Tablo 4. Hekimlerin senaryolara verdikleri ilk yanıtların görev dağılımlarına göre analizi.

		Pratisylen (n=36)		Asistan (n=114)		Uzman (n=60)		p	
		n	%	n	%	n	%		
Anamnez tutarlılığını sorguladı mı?	Evet (n=197)	33	91,7	104	91,2	60	100	0,062	X ²
	Hayır (n=13)	3	8,3	10	8,8	0	0		
Süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etti mi?	Evet (n=178)	24	66,7	94	82,5	60	100	<0,001	X ²
	Hayır (n=32)	12	33,3	20	17,5	0	0		
Çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizma arasındaki uyumu sorguladı mı?	Evet (n=207)	36	100	111	97,4	60	100	0,552	X ²
	Hayır (n=3)	0	0	3	2,6	0	0		
Çocuğun aile/bakıcı ile iletişimini sorguladı mı?	Evet (n=204)	33	91,7	111	97,4	60	100	0,552	X ²
	Hayır (n=6)	3	8,3	3	2,6	0	0		
Tepeden tırnağa muayene yaptı mı?	Evet (n=196)	29	80,6	107	93,9	60	100	0,001	X ²
	Hayır (n=14)	7	19,4	7	6,1	0	0		
Çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorguladı mı?	Evet (n=195)	31	86,1	104	91,2	60	100	0,023	X ²
	Hayır (n=15)	5	13,9	10	8,8	0	0		
Hikâyeyi tekrarlattı mı?	Evet (n=176)	21	58,3	95	83,3	60	100	<0,001	X ²
	Hayır (n=34)	15	41,7	19	16,7	0	0		
Ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorguladı mı?	Evet (n=191)	28	77,8	103	90,4	60	100	0,001	X ²
	Hayır (n=19)	3	22,2	11	9,6	0	0		
İstismar düşünüp adli bildirim yaptı mı?	Evet (n=208)	36	100	112	98,2	60	100	0,546	X ²
	Hayır (n=2)	0	0	2	1,8	0	0		
X² Ki-kare test (Fisher'in kesin testi)									

Tablo 5. Hekimlerin senaryolara eğitim sonrası verdikleri yanıtların görev dağılımlarına göre analizi.

5. TARTIŞMA

ÇİVİ, tıbbi, yasal, gelişimsel ve psiko-sosyal yönleri oldukça karmaşık olan ciddi bir sorundur. Trajik sonuçları olan bu halk sağlığı sorununun teşhisindeki güçlükler bilgi birikimi ve konuyla ilgili uzmanlık ihtiyacı gereksinimini doğurmuştur. ÇİVİ vakalarının teşhisinin konulması şüpheli tıbbi yönlerin doğrulanmasıyla mümkün olabilir. Büyük çoğunluğunu fiziksel istismar alt tipinin oluşturduğu bu halk sağlığı sorununda acil servis başvuruları sık olmaktadır. Çalışmamızda şüpheli tıbbi yönlerin sorgulanmasını sağlayan çocuğun fiziksel ve ruhsal özelliklerine, olay ve çevreye, aileye dair soruların yer aldığı bu kontrol listesinin her sorusunda eğitim sonrasında anlamlı bir artış sağlandı ve bununla körele olarak istismar düşünüp adli bildirim yapma oranının da anlamlı olarak arttığı gözlemlendi.

Teeuw ve arkadaşlarının tarama kontrol listesinin (SPUTOVAMO) ve tam fizik muayenenin (tepeden tırnağa muayene) doğruluğunu incelediği bir çalışmada tarama testlerinin birleştirilmesinin, test pozitiflerinin sayısını yani daha fazla çocuğun Çİ tanısı almasını önemli ölçüde artırdığı bulundu. Yaşı 18'den küçük tüm çocuklarda Çİ için birleşik taramanın acil serviste kullanılması tavsiye edilmişti (2). Çalışmamızda verdiğimiz eğitimde, biz de bu araştırmanın sonucuna benzer ve önerilen şekilde birleştirilmiş kontrol listelerini kullandık. Bu kontrol listeleri üzerinden oluşturulan soruların cevaplarını analiz ettik. Hekimlerin yanıtlarını aramasını beklediğimiz sorular ise “Anamnez tutarlılığını sorgulamak, süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark etmek, çocuğun gelişim düzeyi ile travma mekanizması arasındaki uyumu sorgulamak, çocuğun aile/bakıcı ile iletişimini sorgulamak, tepeden tırnağa muayene yapmak, çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorgulamak, hikâyeyi tekrarlatmak, ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorgulamak, istismar düşünüp adli bildirim yapmak” şeklindeydi.

Beyaztaş ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ÇİVİ'nin tıp fakültelerimizde asistan ve tıp öğrencisi eğitim programlarına yakın tarihte sadece bir iki saat olarak girdiği bildirilmiştir. Yasalarla düzenlenmiş hizmet içi eğitim

yokluğunun acil servis hekimlerini Çİ'yi tanımada yetersiz bıraktığı belirtilmektedir. Sunulan dört vaka örneğinde sonuç olarak, istismardan kuşkuyla bu vakalarda kuşkuyu doğuran faktörler şöyle sıralanmıştır: Öyküyle uyumsuz nörolojik bozukluk, açıklanamayan yanıklar ve diğer yumuşak doku yaralanmaları, farklı iyileşme yaşlarında lezyonların gözlenmesi. Bu nedenle bu klinik bulgularla gelen özellikle beş yaş altı çocuklarda aile bireylerinden ayrıntılı bir hikâye alınmasının çok önemli olduğu belirtilmiştir (90). Gerçek vaka sunumlarını içeren bu yazıda belirtilen kuşku doğuran faktörler kısmında ortaya konulan özellikleri, çalışmamızda hazırladığımız simülatif vaka örneklerine ekleyerek çalışmaya katılan hekimlerin bu özellikleri sorgulayıp arayışını kayıt altına almayı amaçladık.

Femke tarafından 2008 yılında Hollanda'da yapılan bir çalışmada kötü muamele gören çocukların acil servisi daha sık ziyaret ettiği, üç yıllık bir süre boyunca birkaç kez ziyaret etme ihtimallerinin daha yüksek olduğu ve acil serviste Çİ'nin yeterince tespit edilemediği görülmüştür (91). Acehan ve arkadaşları acil servise başvuran 126 hastayı dahil ettikleri bir çalışmada büyük çoğunluğunu yüksekten düşme, yaralanma ve trafik kazası oluşturmalarına rağmen hastaların %35,7'sine adli durum bildirim yapılmadığını bildirmişlerdir. Adli kaydı olmayan hastaların %51,1'inde sonradan yapılan kontrolde birden fazla şüpheli istismar bulgusu tespit edildiği yine bildirilmiştir. Bu çalışmadaki ÇİVİ vakalarının %87'sinin acil servisten taburculuk oranı ile literatürle benzerlik gösterdiği belirtilmiştir. ÇİVİ'den şüphelenilmemesi ve sebep olan olayların tespiti için adli bildirim yapılmaması, bu sebeplerin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınmamasına yol açacağı ve bu hastaların tekrarlayan istismar ve ihmal ile acil servise başvurularının engellenmeyeceği sonucuna ulaşılmıştır (92). Metinyurt ve arkadaşları bir devlet hastanesinde görev yapan 110 sağlık çalışanından "Tanıtıcı Bilgi Formu ve Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması Ölçeği" ile veri toplamıştır. Sağlık profesyonellerinin %59,1'i lisans öğrenimi sırasında ÇİVİ konusunda eğitim almadığını %17,3'ü daha önce Çİ şüphesi ile karşılaşmadığını, %74,5'i ise çalıştığı kurumda Çİ konusunda talimat olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının ihmal ve istismarın çocuktaki davranışsal belirtilerini tanıma puanları en yüksek, istismar ve ihmale yatkın çocuk özelliklerini bilme puanları ise en düşük olarak saptanmıştır. Hekimler ise istismarın fiziksel belirtilerini hemşirelerden daha

iyi tanımışlardır (93). Bizim yaptığımız çalışmada ise daha önceden eğitim almış olan hekimlerin bu çalışmalara kıyasla daha yüksek oranda (%78,5) adli bildirim yaptığı ve daha önce eğitim almamış olanların ise benzer oranda (%50) adli bildirim yapmadığı görülmüştür.

Leetch ve Dale'in ABD'de yaptığı bir çalışmaya göre Çİ veya kaza dışı travma yaygın bir olay olarak görülmüştür. Acil servis çalışanlarının teşhis koymayı hem klinik hem de kişisel olarak zor bulduğu ancak etkilenen çocuklara daha fazla fiziksel, zihinsel ve duygusal zarar gelmesini önlemek için bu teşhislerin konulmasının zorunlu olduğu vurgulanmıştır (94). King ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada acil servisin çocuk istismarının açık veya gizli olarak ortaya çıktığı yaygın bir yer olduğu, acil servise gelen çocukların tahminen %2 ila %10'unun ya istismar ya da ihmal kurbanı olduğu bulunmuştur. Çocuk istismarından ölen 44 çocuk üzerinde yapılan bir araştırma, bunların %19'unun son bir ay içinde bir doktor tarafından değerlendirildiğini göstermiştir. Bu değerlendirmelerin yaklaşık %71'inde, huysuzluktan kusmaya ve yetersiz beslenmeye kadar değişen şikayetler için acil servise başvurular olduğu gözlenmiştir (95). 2010'da yapılan bir çalışma, istismara bağlı kırıkların yaklaşık beşte birinde, öncesinde istismarın gözden kaçırıldığı en az 1 doktor ziyareti olduğunu göstermiştir (96).

Sağlık çalışanlarının ÇİVİ konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesine yönelik yapılan bir çalışmada çalışmamız ile benzer demografik verilerin olduğu, katılımcı hekimlerin yaş ortalamasının 30,58 yıl ve %54,5'inin erkek olduğu görüldü. Katılımcıların %36,4'ü çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. Yine aynı çalışmada çoğunluğun meslekte geçirdikleri sürenin 14 yıldan az olduğu anlaşılmaktadır (97). Çalışmamızda da katılımcıların yaş medyan değeri 29 yıl ve meslekteki süre medyan değeri ise 48 ay idi. Cinsiyet dağılımında katılımcıların %57,1'i erkekti. Meslekte geçen sürenin görece düşük oluşunu ve medyan yaşın görece olarak genç oluşunu çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunluğunun asistan hekim olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Gölge ve arkadaşları 250 sağlık çalışanını dahil ettikleri bir çalışmada katılımcıların yarıdan fazlasının eğitimleri sırasında Çİ konusunda eğitim aldıklarını ancak mezuniyet sonrası çok azının bu konuyla ilgili eğitim, seminer veya toplantıya

katıldıklarını saptamışlardır. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının ÇİVİ konusundaki farkındalıklarının yeterli düzeyde olmadığı ve geçmişte yapılmış benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında “İstismarın çocuk üzerindeki fiziksel belirtileri” alt ölçeği dışında diğer alt ölçek puanlarında bir gelişme olmadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin sadece %43’ü meslek yaşamları süresince ÇİVİ olgusu ile karşılaştığını ve %36,4’ü çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir (89). Lazenbatt ve Freeman’nın 2006 yılında yaptığı çalışmada İrlanda’da sağlık çalışanlarının meslek yaşamları boyunca fiziksel istismar şüpheli olgu ile karşılaşma oranı %60 olarak saptanmıştır. İrlanda’da sağlık çalışanlarının fiziksel istismar şüphesi ile karşılaşma oranı %60 iken, bildirim yapma oranı %47 olarak saptanmıştır (97). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %28,6’sı daha önce çocuk bakımında rol aldığını, istismar vakasıyla karşılaşma açısından sorgulandığında ise 20’sinin (%57,1) daha önce istismar vakası ile karşılaştığı ve 31’inin (%88,6) daha önce istismar konusunda eğitim aldığı belirlendi. Daha önce istismar vakası ile karşılaşan %57,1 oranındaki katılımcının, Türkiye’de yapılan hekim ve hemşirelerin dahil edildiği çalışmaya göre oran olarak daha yüksek saptanmasının bizim çalışmamızın sadece hekimler üzerinde yapılan bir çalışma olmasından, genç hekimlerin ağırlıklı çalıştığı bir merkez olmasından ve hastanemizin bulunduğu bölgede tek eğitim araştırma hastanesi olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Tıp eğitim müfredatında bu konunun yer alması sonucu tanı oranının artmasıyla ve aynı zamanda bu toplumsal sorunun giderek artmasıyla açıklanabilir. İrlanda’da yapılan çalışmaya göreyse istismar vakasıyla karşılaşma oranı benzer saptanmıştır.

Karal ve arkadaşları tarafından Ankara il merkezinde bulunan üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan 200 çocuk asistanı, 100 çocuk uzmanı ile sağlık ocaklarında görev yapan 250 pratisyen doktorun katıldığı çalışmada ÇİVİ ile ilgili hekimlerin bilgi düzeyini belirlemeye yönelik öykü, fizik muayene, radyoloji, risk grupları ve belirtiler olmak üzere beş bölümden oluşan bir ölçek hazırlanmış ve ölçekte yer alan sorulara verilen doğru yanıtlar toplanarak bölümler için ve toplam bilgi puanları hesaplanmıştır. ÇİVİ konusundaki bilgi düzeyi mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alanlarda, istismar olgu veya şüphesi ile karşılaşanlarda ve bildirimde bulunanlarda diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ÇİVİ toplam bilgi puanı ortalaması çocuk asistanlarının ortalaması diğer gruplardan düşük olmasına

karşın bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuş. Çalışmaya katılan hekimlerin ÇİVİ konusunda hem toplam bilgi puanı hem de tüm bölüm puan ortalamalarının, kadın doktorlarda, yaş arttıkça, çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olanlarda, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alanlarda, daha önce olguyla karşılaşan ve olgu bildirim yapanlarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada, çocuk uzmanlarının %82'si, çocuk asistanlarının %70,5'i, pratisyen doktorların %54,8'i istismar ve ihmal olgu veya şüphesi ile karşılaştıklarını belirtmiştir (98). Bizim çalışmamızdaysa hekimlerin olgulara verdikleri ilk yanıtların görev dağılımlarına göre analizi yapıldığında pratisyen hekimlerin istismar düşünüp adli bildirim yapma oranlarının anlamlı düşük olduğu bulundu. Pediatri asistanlarına kıyasla acil asistanlarında adli bildirim yapma oranının yüksek olduğunu bulduk. Bunun çoğu kez bu vakaların fiziksel travma olarak erişkin acil servise başvurmaları ve acil hekimlerinin artmış vaka tecrübelerine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Yine çalışmamızda acil tıp asistanları ve pratisyen hekimler tek bir grupta ele alınarak acil tıp uzmanları ile karşılaştırıldığında ise, tüm soruların sorgulanma oranları acil tıp uzmanlarında anlamlı yüksek bulundu. Bu durumun da önceki bahsedilen çalışmaya paralel olarak; meslekteki deneyim süresi, yaş ortalamasının daha yüksek olması ve daha çok istismar vakasıyla karşılaşmadan kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Hekimlerin meslek yaşamları boyunca en sık karşılaştıkları istismar türü fiziksel istismardır. Aslında fiziksel istismarın diğer istismar türlerine göre göreceli olarak daha fazla fizik muayene bulgularının olması nedeni ile daha sık fark edildiği, fiziksel belirtilerin ön planda olmadığı ihmal ve duygusal istismarın ise fark edilme oranının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Örneklemimizdeki hekimlerin istismarı tanıma oranının eğitim öncesi dönemde de yüksek çıkmasının (%75,2) sebebinin fiziksel istismarın en kolay tanınabilen istismar türü olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Louwers ve arkadaşları tarafından yapılandırılmış görüşmelere dayandırılarak yapılan ve acil servislerde çocuk istismarı taramasının kolaylaştırıcıları ve engellerinin araştırıldığı bir çalışmada sonuç olarak çocuk istismarı hakkında bilgi eksikliği, istismar şüphesi durumunda ebeveynlerle iletişim, yasal süreç ve vakaların tanısı için zaman eksikliğinin acil serviste çocuk istismarının taranmasına yönelik engeller

olduğu saptanmış (99). Çalışmamızda kullandığımız yöntem birebir görüşmeler içeriyordu. Yani yukarda bahsi geçen acil servise özgü zorlayıcı koşulları ortadan kaldırarak katılımcıların istismar vakalarına yaklaşımını belirlemeye çalıştık. Çalışmada eğitim öncesinde katılımcıların adli bildirim oranının yüksek olmasının hem vaka örneklerinin çoğunun fiziksel istismarı içermesinden hem de bahsi geçen çalışmada ifade edilen acil serviste tanıdaki zorlayıcı faktörlerin olmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Güney Kore'de yapılan çalışmada bir çocuk istismarı tarama aracı geliştirilmiştir. Çeşitli sorular içeren bu araçta; üç madde (gelişimle tutarsızlık, bakıcıların tutarsız öyküsü ve uyumsuz yaralanma mekanizması), dört madde (gecikmiş ziyaret, uygunsuz ilişki, kötü hijyen ve küçük bebeklerde kafa veya uzun kemik yaralanması) bulunmaktadır. Çalışmaya dahil edilen acil servislerde bu ölçek ile tarama oranı %72,9 saptanmıştır. Yaşı 14'ten küçük yaralı çocuklar için çeşitli sorulardan oluşan ve Çİ için acil servis tabanlı geliştirilen bu aracın acil serviste kullanılmasının Çİ'yi raporlama oranını artırması beklenmektedir (100). Çalışmamıza katılan hekimlerde buna benzer şekilde istismar tanısına yönelik sinyal saptamada dikkat edilmesi gerekenlere aradığımız yanıtlar Çİ tanısını koymada kolaylaştırıcı rol almıştır. Bahsi geçen çalışmadaki maddeler bizim hazırladığımız örnek vakaların çoğunda birden fazla pozitiflik içermekteydi ve eğitim sonrasında vaka tanımında kullandığımız her soru için anlamlı artış saptadık.

Hoedeman ve arkadaşlarının yaptığı 29 Avrupa ülkesinden 148 hastaneyi temsil eden 185 tamamlanmış anketin analiz edildiği çalışmada NICE kılavuzuna dayalı çocuk özellikleri hakkında dört soru, ebeveyn özellikleri hakkında dört soru ve hastane politikası ile ilgili beş soru üzerinden değerlendirme yapılmış; katılımcıların %42,2'sinin çocuk özelliklerine dayalı tanı sürecini takip etmediği, %57,6'sının ebeveyn özelliklerine ilişkin tanı sürecini takip etmediği bildirilmiştir. Toplam %71,9'unun eğitime ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Acil servislerin sadece dörtte biri çocuklara kötü muamele tanısı için kılavuz önerilerinin çoğunu karşılamıştır (101). Çalışmamızda çocuğun aile/bakıcı iletişimini sorgulamak, çocuğun güvende olup olmadığına yönelik sinyalleri sorgulamak, ailenin yeterli önlem alıp almadığını sorgulamak gibi ebeveyn özelliklerine ilişkin yönleri sorgulayanlar sırasıyla %46,7,

%47,6 ve %43,8 oranlarında saptanmış olup literatürdeki çalışmalara benzer şekilde olması gerekenden daha düşük saptanmıştır.

Çİ kılavuzunun yaralanmaların değerlendirilmesinde pediatrik ve erişkin acil servisleri arasındaki farklılıklara etkisinin incelendiği başka bir çalışmada kılavuz uygulamasından sonra, herhangi bir yaralanma kategorisi için raporlamada anlamlı bir fark saptanmadığı bildirilmiştir (102). Çalışmamız erişkin acil serviste çalışan hekimlerle yapıldı. Dolayısıyla bu konuya yönelik veri elde edemedik ancak, elde ettiğimiz sonuçların bu çalışmaya benzer şekilde pediatrik acil servislere uyarlanabileceğini düşünmekteyiz.

Carson'un 2018 yılındaki çalışmasında 20 dakikalık bir eğitim oturumunun acil servis çalışanlarının bilgi düzeyi ve çocuğun fiziksel istismarını tarama ve tanıma konusundaki güveni üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çocuk fiziksel istismarı için tanı kodları, tarama protokolünün uygulanmasından önce ve sonra 30 günlük bir süre boyunca analiz edilmiş tarama programının etkisini değerlendirmek için proje uygulamasından dört ay sonra nihai bir anket uygulanmıştır. Çocuk fiziksel istismarı tarama ve tanıma için bilgi ve güven puanlarında anlamlı artışlar olduğu bildirilmiştir. Acil servis çalışanlarının bilgi düzeyini ve çocuk fiziksel istismarını tarama ve tanıma konusundaki güvenini geliştirmek için kapsamlı tarama programlarının uygulanması önerilmiştir (103). Çalışmamızda benzer şekilde eğitim öncesi/sonrası karşılaştırması yaptığımızda tüm gruplar içerisinde eğitim sonrasında anlamlı bir artış saptadık.

Tiyyagura ve arkadaşlarının acil servis ortamında ÇİVİ tespitinin önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemek için yaptığı bir çalışmada ÇİVİ'yi tanımanın önündeki engeller arasında, sağlayıcıların bakıcıya inanma arzusu, bir çocuğun başvurusunun ÇİVİ'den kaynaklanabileceğini fark etmemesi, aile ile sürekli temas eksikliği ve önyargılar gibi faktörleri sıralamışlardır. ÇİVİ'nin bildirilmesinin önündeki engeller, raporlama süreciyle ilişkili faktörleri, bildirilen vakaların takip edilmemesini ve mahkemede ifade vermek gibi raporlamanın olumsuz sonuçlarını içeriyordu. Bildirilen kolaylaştırıcılar, akranları veya süpervizörleri ile gerçek zamanlı vaka tartışmasının şüphe ihtimalini arttırmak yönünde daha iyi olduğu inancını içeriyordu. Son olarak, sağlık çalışanlarının belirsiz vakalar için vaka bazlı eğitim ve ÇİVİ danışmanlığı talep ettiklerini bildirmişlerdir. Sonuç olarak bu çalışmadaki

görüşmelerde, genel acil servis çalışanları tarafından ÇİVİ tespitini iyileştirmek için çeşitli yaklaşımlar belirlenmiştir. Bunlar arasında vaka incelemesi yoluyla eğitim sağlanması, Çocuk Koruma Hizmetleri kurumları tarafından takibin iyileştirilmesi ve hasta bakımı kararlarında gerçek zamanlı yardımın artırılması yer almaktadır (104). Çalışmamıza katılan hekimlerden sözel olarak aldığımız geri bildirimlerde hem eğitim içeriğinde vaka örneği kullanılmasını hem de çalışmanın metodolojisinin simülatif vaka örnekleri üzerinden kurgulanmasını eğitici buldukları, vaka üzerinde tartışmanın ÇİVİ konusunda farkındalığı artırma konusunda faydalı olduğunu belirttikleri görüldü. Elde ettiğimiz bu sonuç vaka incelemesi yoluyla eğitim sağlanması talebini doğrular şekildeydi.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardı. Çalışmamız tek merkezli bir anket çalışması olduğundan lokal verileri yansıtmaktadır, dolayısıyla sonuçların tüm popülasyona uygulanması zor olacaktır, pilot çalışma olarak düşünülmelidir. Ayrıca sadece hekimlerin çalışmaya dahil edilmesi nedeniyle ihmal ya da istismar ile sık karşılaşan hemşire gibi yardımcı sağlık personeline ait veriler değerlendirilememiştir. Çalışmamızda çocuk istismarına yönelik dört alt başlıktan sadece fiziksel istismar ve cinsel istismara yönelik olgu örnekleri bulunmakta olup, istismarın duygusal ve ihmal yönüne yönelik herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu sebeple gelecekte çalışmalara istismarın duygusal yönü ve ihmalin dahil edilmesi ile sonuçlarda değişim gözlenebilir.

6. SONUÇLAR

Bu tez çalışmasında ÇİVİ'ye yaklaşımda acil servis hekimlerinin tutum ve davranışları incelendiğinde katılımcıların daha önce eğitim almış olmanın ÇİVİ'yi tanımada anlamlı şekilde etkisinin olduğu ve ÇİVİ vakalarını tanımaya yönelik katılımcıların sorguladığı soruların hepsi daha önce istismar eğitimi alanlarda anlamlı daha yüksek olduğu bulundu. Aynı zamanda acil tıp uzmanlarının senaryolara yaklaşımının diğer iki hekim grubuna kıyasla ÇİVİ'yi tanımada daha yüksek doğruluk taşıdığı saptandı.

Çalışmaya katılan hekimlerin sunulan vaka örneklerinin istismar olup olmadığını anlama konusunda aradıkları sinyallere dair toplanan verilerin sonucunda; çalışmada verilen eğitim öncesi %75,2 oranında katılımcının istismar düşünüp adli bildirim yaptığı görüldü. Ve yine çalışmada verilen eğitim öncesi istismar olup olmadığını anlama konusunda katılımcıların vakaların özelliklerine dair en fazla oranda (%79) anamnez tutarlılığını sorguladığı, en az oranda (35,7) ise çocuğun hastaneye başvurusundaki süreyi sorgulayıp gecikmeyi fark ettiği görüldü.

Katılımcılara çalışmada verilen eğitim sonrası ise istismar düşünüp adli bildirim yapma oranının arttığı görüldü. Katılımcıların istismar tanısını koyabilmek için vakaların özelliklerine dair cevabını aradıkları soruların her birinin anlamlı olarak arttığı görüldü. Taniya yönelik kontrol listelerini birleştirerek oluşturduğumuz bu sorular aynı zamanda verilen eğitim içinde de kullanıldı. Taniyi kolaylaştırmak için çocuğun fiziksel ve ruhsal özelliklerine, olay ve çevreye, aileye dair soruların yer aldığı bu kontrol listesinin her sorusunda eğitim sonrasında anlamlı bir artış sağlandı ve bununla körele olarak istismar düşünüp adli bildirim yapma oranın da anlamlı olarak arttığı gözlemlendi.

ÇİVİ konusu her ne kadar tıp eğitiminde kısa sürelerle değinilen bir konu olsa da bunun istismarı tanımada yetersiz olduğunu düşünmekteyiz. Gerek tıp eğitimi ve asistanların uzmanlık eğitiminde gerek uzmanlık sonrası ve pratisyenlik sürecinde hizmet içi eğitimler yoluyla bu konunun işlenmesi, vurgulanması göz ardı edilmemeli ve sürekli hale getirilmelidir. Çoğu zaman acil servise başvuran ÇİVİ vakalarını tanıyabilmek, adli süreci başlatıp sosyal hizmetleri aktif hale getirebilmek bu

toplumsal soruna karşı mücadele için zorunluluktur. Ülkemizde ÇİVİ konusunda eğitimin devamlılığın sağlanması, eğitim içeriğinin vaka örnekleri, gerçekçi senaryolar üzerinden gerçekleşmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Yine acil servis hekimleri dışında aile hekimleri, çocuk, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi, psikiyatri gibi konuyla yakın ilişkili diğer hekimlerin de eğitimi revize edilmelidir. Bunun dışında ÇİVİ ile ilgili ülke profili, yüksek risk taşıyan bölgelerin belirlenmesi önemlidir, bu sayede riski yüksek noktalarda daha yoğun eğitimler de planlanabilecektir. Bu konuda hekimlerin duyarlılığını saptamak ve geliştirmek için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.



7. KAYNAKÇA

1. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*. Haziran 2007;369(9576):1891-9.
2. Teeuw AH, Kraan RBJ, van Rijn RR, Bossuyt PMM, Heymans HSA. Screening for child abuse using a checklist and physical examinations in the emergency department led to the detection of more cases. *Acta Paediatr*. Şubat 2019;108(2):300-13.
3. Normandin PA. Hidden Child Abuse Identification in the Emergency Department. *J Emerg Nurs*. 01 Mart 2016;42(2):181-2.
4. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr*. 01 Ağustos 2015;169(8):746.
5. Crume TL, DiGiuseppi C, Byers T, Sirotiak AP, Garrett CJ. Underascertainment of Child Maltreatment Fatalities by Death Certificates, 1990–1998. *Pediatrics*. 01 Ağustos 2002;110(2):e18-e18.
6. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı Tanımlar 1. İçinde Seçkin Yayınları; 2007. s. 24-59.
7. Çocuk İstismar Olgularında Hekimin Yasal Sorumlulukları Etik İnkilemler ve Farklı Uzmanlık Gruplarının Görüşleri. [01 Nisan 2022]. Erişim adresi: <http://www.adlitipbulteni.com/archives/archive-detail/article-preview/ocuk-istismar-olgularinda-hekimin-yasal-sorumlulukl/44438>
8. Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery- will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. Mart 1998;22(3):159-69.

9. Marshall WN, Locke C. Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse. *Child Abuse Negl.* Şubat 1997;21(2):171-9.
10. Chang A, Oglesby AC, Wallace HM, Goldstein H, Hexter AC. Child abuse and neglect: physicians' knowledge, attitudes, and experiences. *Am J Public Health.* Aralık 1976;66(12):1199-201.
11. Sre, Gvozden. 2009. "COMMITTEE ON CULTURE, SCIENCE AND EDUCATION". 95.
12. KOŞAR NG. Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. Ankara: Yargıçoğlu Matbaası; 1989.
13. U.S. Department of Health and HN Services. Study Findings: National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect. :60.
14. Polat O. Adli Tıp Kitabı. İçinde: Adli Tıp Kitabı. İstanbul: Der Yayınevi; 2000. s. 207-9.
15. Koca M. Çocuk İstismarında İhbar Yükümlülüğü. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 13 Temmuz 2016;3(1):113-28.
16. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Derg.* 01 Aralık 2013;22(4):591-614.
17. Tintinalli JE, Ma OJ, Ma OJ, Stapczynski JS, Meckler GD, Cline D, vd. *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide.* 2016.
18. Finkelhor D, Korbin J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse Neglect.* 01 Ocak 1988; Erişim adresi: https://scholars.unh.edu/soc_facpub/216
19. Wissow LS. Child abuse and neglect. *N Engl J Med.* 25 Mayıs 1995;332(21):1425-31.

20. Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect Office of Justice Programs [01 Nisan 2022]. Erişim adresi: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/practical-guide-evaluation-child-physical-abuse-and-neglect>
21. Stanton A. Child Abuse and Neglect. A Clinician's Handbook. Arch Dis Child. Mart 1994;70(3):254.
22. Aydemir T. Cinsel istismara maruz kalan çocukların adli tıp açısından incelenmesi ve korunması. 06 Ağustos 2018.
23. Sezgin, Ayşen Ufuk, Ensestin Ruhsal Değerlendirilmesi Uzman Tanıklık, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1998, s.11.
24. Teegen F. Çocukların Cinsel İstismarı. Nöropsikiyatri Arş. 1991;28(2-4):66-72.
25. Zeytinoğlu S, Kozcu Ş. Dünyada ve Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmalinin Rakamlarla İfadelelendirilmesi. Blm. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Bilim Serisi Ankara: Devran Matbaası; 1990 s. 391-8.
26. Nathanson M, Heger A. The Pathology of Trauma: The Physically and emotionally abused child, sexual violence. İçinde: 3. 2000. s. 155-90.
27. UNICEF, Adli Tıp Kurumu. Çocuk İstismarı ve İhmali. İçinde İstanbul: Özgün Ofset; 2003.
28. Munkel W. Neglect and Abandonment. Child Maltreatment. İçinde GW Medical Publishing St. Louis; 1994. s. 241-58.
29. Polat O. Çocuk ve Şiddet. İçinde İstanbul: Derya Yayınları; 2001. s. 87: 117-161.
30. Mian M. World Report on Violence and Health: what it means for children and pediatricians. J Pediatr. Temmuz 2004;145(1):14-9.

31. Bernard A. Adli Tıp Kitabı. İçinde İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı; 1991. s. 213-32.
32. Osofsky J. Community outreach for children exposed to violence. *Infant Ment Health J.* 01 Eylül 2004; 25:478-87.
33. Kars Ö. Çocuk İstismarı Nedenleri ve Sonuçları. Ankara: Bizim Büro Basım Evi; 1996.
34. Stone MH. Individual Psychotherapy With Victims of Incest. *Psychiatr Clin North Am.* 01 Haziran 1989;12(2):237-55.
35. Finkel M, Dejong A. Medical Findings in child sexual abuse. İçinde U.S.A: Lea & Febirger; 1994. s. 185-241.
36. Rutter M, Taylor EA, Hersov LA, editörler. *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches.* İçinde: *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches.* Subsequent edition. Oxford England ; Cambridge, Mass., USA: Blackwell Science Inc; 1994. s. 230-52.
37. Back S, Lips HM. Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. *Child Abuse Negl.* Aralık 1998;22(12):1239-52.
38. Zeytinoğlu, S., ve Ş. Kozcu. 1990. Dünyada ve Türkiye’de Çocuk İstismarı ve İhmalinin Rakamlarla İfadelenirilmesi. Ankara: Devran Matbaası.
39. Kepenekçi Y. Hukuksal Açıdan Çocuk İstismarı ve İhmali. HÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalık Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yayını. Haziran 2001;(22).
40. Bayraktar M. “İzmir’de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı alan olgularla ilgili İzmir çocuk istismarı araştırma grubunun 18 aylık deneyimi”. 19 Mayıs 2022.
41. Aile içi şiddetin Sebep ve Sonuçları. Blm. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Ara, 1995 s. 204-5.

42. TÜRKİYE'DE ÇOCUK İSTİSMARI VE AİLE İÇİ ŞİDDET ARAŞTIRMASI- Özet Raporu 2010.pdf [erişim: 20 Nisan 2022]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkey/media/5221/file/%20T%C3%9CRK%C4%B0YE'DE%20%C3%87OCUK%20%C4%B0ST%C4%B0SMARI%20VE%20A%C4%B0LE%20%C4%B0C3%87%C4%B0%20%C5%9E%C4%B0DDET%20ARA%C5%9ETIRMASI%20-%20%C3%96zet%20Raporu%202010.pdf>

43. Can D. Bir çocuk psikiyatrisi polikliniğinde çocuk istismarı sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 1997;(22):137-44.

44. Swerdlin A, Berkowitz C, Craft N. Cutaneous signs of child abuse. J Am Acad Dermatol. Eylül 2007;57(3):371-92.

45. Cılga İ. Türkiye'de Çocuk Hakları Çalışmaları. İçinde: Cumhuriyet ve Çocuk. 2. Ulusal Çocuk Kültürü Kongresi. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım evi; 1986. s. 506-16.

46. Atman C. Çocuğa Yönelik Şiddet, İhmal/İstismar. Çocuk Forumu Derg. 2004;(Mayıs – Ağustos).

47. Berger KS. The developing person through the life span, 2nd ed. New York, NY, US: Worth Publishers; 1988. Xxiii, 622 s. (The developing person through the life span, 2nd ed).

48. Mevzuat Bilgi Sistemi [İnternet]. [a.yer 03 Nisan 2022]. Erişim adresi: <https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5395&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

49. Koç S. Can M. Birinci Basamakta Adli Tıp.Türk tabipleri birliği [İnternet]. [Erişim 03 Nisan 2022]. Erişim adresi: https://www.istabip.org.tr/dosyalar/adli_tip.pdf. Syf.181

50. ÇHDS ve İhtiyari Protokoller, Usul Kuralları ile Çocuk Hakları Komitesi Genel Yorumları.pdf [İnternet]. [a.yer 06 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://www.unicef.org/turkey/media/7941/file/%C3%87HDS%20ve%20%C4%B0ht>

iyari%20Protokoller,%20Usul%20Kurallar%C4%B1%20ile%20%C3%87ocuk%20Haklar%C4%B1%20Komitesi%20Genel%20Yorumlar%C4%B1.pdf

51. Can M, Tırtıl L, Dokgöz H. Çocuk İstismarı Olgularında Hekim Sorumluluğu. İçinde: Birinci Basamakta Adli Tıp. İstanbul: İstanbul Tabip Odası; s. 188-90.

52. TCK – CMK ve İnfaz Kanunu [İnternet]. [Erişim 03 Nisan 2022]. Erişim adresi: <https://www.seckin.com.tr/kitap/473451998>

53. Karahan AB. Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi Suçu (TCK m. 280). Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Derg. 27 Aralık 2019;25(2):948-78.

54. Özcan MC. İstismar ve İhmalin Çocuklar Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkilerinin İncelenmesi:76.

55. Vatansever Ü, Duran R, Yolsal E, Alada N. Pediatrik acilde çocuk istismarı ve ihmali olasılığını akılda tutalım. Türk Pediatri Arş.:5.

56. Güner Ş. Güner S. Şahan M. Van Tıp Dergisi: 17 (3): 108-113, 2010 “Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar”[Erişim 20Nisan2022]. Erişim adresi: https://www.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD_17_3_108_113.pdf

57. Yaman DS. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. Sivas. 2017

58. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa Yönelik Aile İçi Fiziksel İstismar. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 15 Mart 2016;9(1):49-62.

59. Ayvaz M, Aksoy MC. Çocuk İstismarı ve İhmali: Ortopedik Yönleri. Acta Medica. 15 Nisan 2004;35(1):27-33.

60. Yarar F, Yarış F. Primary care approach in child abuse and neglect. Turk J Fam Pract. 2011;15(4):178-83.

60. Yarar F, Yarış F. Primary care approach in child abuse and neglect. Turk J Fam Pract. 2011;15(4):178-83.
61. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW, and the Puget Sound Pediatric Research Network. Bruises in Infants and Toddlers: Those Who Don't Cruise Rarely Bruise. Arch Pediatr Adolesc Med. 01 Nisan 1999;153(4):399-403.
62. Maguire S. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. Arch Dis Child. 01 şubat 2005;90(2):187-9.
63. Langlois NEI, Gresham GA. The ageing of bruises: A review and study of the colour changes with time. Forensic Sci Int. Eylül 1991;50(2):227-38.
64. Pomeranz ES. Child Abuse and Conditions That Mimic It. Pediatr Clin North Am. Aralık 2018;65(6):1135-50.
65. İlkay Güner ř, Güner S, şahan M.H. "Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar". Van Tıp Dergisi: 17 (3): 108-113, 2010
66. Cooper A, Floyd T, Barlow B, Niemirska M, Ludwig S, Seidl T, vd. Major Blunt Abdominal Trauma due to Child Abuse: J Trauma Inj Infect Crit Care. Ekim 1988;28(10):1483-7.
67. Christian CW, COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, Crawford-Jakubiak JE, Flaherty EG, Leventhal JM, Lukefahr JL, vd. The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics. 01 Mayıs 2015;135(5):e1337-54.
68. Ledbetter DJ, Hatch EI Jr, Feldman KW, Fligner CL, Tapper D. Diagnostic and Surgical Implications of Child Abuse. Arch Surg. 01 Eylül 1988;123(9):1101-5.
69. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. 2004;(47):140-51.
70. şahin F, Taşar MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. Türk Pediatri Arş. 01 Eylül 2012;47(3):152-8.
71. Keenan HT. A Population-Based Study of Inflicted Traumatic Brain Injury in Young Children. JAMA. 06 Ağustos 2003;290(5):621.

72. Duhaime AC, Alario AJ, Lewander WJ, Schut L, Sutton LN, Seidl TS, vd. Head injury in very young children: mechanisms, injury types, and ophthalmologic findings in 100 hospitalized patients younger than 2 years of age. *Pediatrics*. Ağustos 1992;90(2 Pt 1):179-85.
73. Gilles EE, McGregor ML, Levy-Clarke G. Retinal hemorrhage asymmetry in inflicted head injury: a clue to pathogenesis? *J Pediatr*. Ekim 2003;143(4):494-9.
74. Schnitzer PG, Ewigman BG. Child Deaths Resulting From Inflicted Injuries: Household Risk Factors and Perpetrator Characteristics. *Pediatrics*. 01 Kasım 2005;116(5): e687-93.
75. Jenny C. Analysis of Missed Cases of Abusive Head Trauma. *JAMA*. 17 Şubat 1999;281(7):621.
76. İnce T, Yurdakök K. Munchausen by Proxy Sendromu; Ağır Bir Çocuk İstismarı Formu. *Türkiye Çocuk Hastalık Derg*. 01 Haziran 2014;8(3):165-70.
77. Akgündüz E, Kaya K, Kalaoğlu E, Bulut FD, Hilal A. Munchausen by proxy sendromu; Bir olgu sunumu. *Ahi Evran Med J*. 17 Nisan 2018;2(1):16-8.
78. Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Enfances Psy*. 2008;39(2):174.
79. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol Radium Ther*. Ağustos 1946;56(2):163-73.
80. Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. *Br Med J Clin Res Ed*. 12 Temmuz 1986;293(6539):100-2.
81. Prosser I, Maguire S, Harrison SK, Mann M, Sibert JR, Kemp AM. How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: a systematic review. *AJR Am J Roentgenol*. Nisan 2005;184(4):1282-6.

82. Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns*. Aralık 2008;34(8):1072-81.

83. Louwers ECFM, Korfage IJ, Affourtit MJ, Ruige M, van den Elzen APM, de Koning HJ, vd. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse Negl*. Temmuz 2014;38(7):1275-81.

84. Rangel EL, Cook BS, Bennett BL, Shebesta K, Ying J, Falcone RA. Eliminating disparity in evaluation for abuse in infants with head injury: use of a screening guideline. *J Pediatr Surg*. Haziran 2009;44(6):1229-35.

85. Blatz AM, Gillespie CW, Katcher A, Matthews A, Oetgen ME. Factors Associated With Nonaccidental Trauma Evaluation Among Patients Below 36 Months Old Presenting With Femur Fractures at a Level-1 Pediatric Trauma Center. *J Pediatr Orthop*. Nisan 2019;39(4):175-80.

86. Bailhache M, Leroy V, Pillet P, Salmi LR. Is early detection of abused children possible? a systematic review of the diagnostic accuracy of the identification of abused children. *BMC Pediatr*. Aralık 2013;13(1):202.

87. Eismann EA, Shapiro RA, Thackeray J, Makoroff K, Bressler CJ, Kim GJ, vd. Providers' Ability to Identify Sentinel Injuries Concerning for Physical Abuse in Infants. *Pediatr Emerg Care*. 08 Ağustos 2018 [Erişim 30 Mart 2022]

88. Stavas N, Paine C, Song L, Shults J, Wood J. Impact of Child Abuse Clinical Pathways on Skeletal Survey Performance in High-Risk Infants. *Acad Pediatr*. Ocak 2020;20(1):39-45

89. Golge, Zeynep Belma, Nurcan Hamzaoglu, ve Burcu Turk. 2012. "Assesment of Medical Staff Awareness About Child Abuse and Neglect". *Turkish Journal of Forensic Medicine* 26(2):86-96. doi: 10.5505/adlitip.2012.36349.

90. Beyaztaş, Fatma Yücel, Resmiye Oral, Celal Bütün, Ali Beyaztaş, ve Derya Büyükkayhan. 2009. "Fiziksel çocuk istismarı: dört vakanın sunumu". 6.

91. Wieldraaijer, Femke, ve Tjalling W. de Vries. 2011. “[Insufficient detection of child abuse in the emergency department]”. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 155(28):A3001.
92. Acehan Selen, Akkan Avcı, Muge Gulen, Mustafa Sencer Segmen, Haldun Akoglu, Nalan Kozacı, Ferhat Icme, ve Salim Satar. 2016. “Detection of the Awareness Rate of Abuse in Pediatric Patients Admitted to Emergency Medicine Department with Injury”. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 16(3):102-6. doi: 10.1016/j.tjem.2016.06.001.
93. Metinyurt, Hatice Aydan Işık, ve Hatice Yildirim Sari. t.y. “Sağlık Çalışanlarının Çocuk İhmali ve İstismarını Tanıma Düzeyleri”. 21.
94. Leetch, Aaron N., ve Dale Woolridge. 2013. “Emergency Department Evaluation of Child Abuse”. *Emergency Medicine Clinics of North America* 31(3):853-73. doi: 10.1016/j.emc.2013.04.003.
95. King, Wendalyn K., Eric L. Kiesel, ve Harold K. Simon. 2006. “Child Abuse Fatalities: Are We Missing Opportunities for Intervention?” *Pediatric Emergency Care* 22(4):211. doi: 10.1097/01.pec.0000208180.94166.dd.
96. Ravichandiran, Nisanthini, Suzanne Schuh, Marta Bejuk, Nesrin Al-Harthy, Michelle Shouldice, Hosanna Au, ve Kathy Boutis. 2010. “Delayed Identification of Pediatric Abuse-Related Fractures”. *Pediatrics* 125(1):60-66. doi: 10.1542/peds.2008-3794.
97. Lazenbatt, Anne, ve Ruth Freeman. 2006. “Recognizing and Reporting Child Physical Abuse: A Survey of Primary Healthcare Professionals”. *Journal of Advanced Nursing* 56(3):227-36. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04030.x.
98. Karakaya, Özlem, Çalışkan, Deniz, Suskan, Emine. 2022 “Ankara ilinde çalışan çocuk doktorları, çocuk doktorları ve pratisyenlerde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili bilgi düzeylerinin ve yaklaşımların karşılaştırılması”. DOI: 10.5152/tpa.2014.984.

99. Louwers, Eveline C. F. M., Ida J. Korfage, Marjo J. Affourtit, Harry J. De Koning, ve Henriëtte A. Moll. 2012. "Facilitators and Barriers to Screening for Child Abuse in the Emergency Department". *BMC Pediatrics* 12:167. doi: 10.1186/1471-2431-12-167.
100. So Hyun Paek, Jin Hee Jung, Young Ho Kwak, Do Kyun Kim, Jeong Min Ryu, Hyun Noh, Yeon Young Kyong and Young Joon Kang. 2022. "Development of screening tool for child abuse in the korean". (https://journals.lww.com/mdjournal/Fulltext/2018/12210/Development_of_screening_tool_for_child_abuse_in.89.aspx).
101. Hoedeman, F., P. J. Puiman, A. W. Smits, M. I. Dekker, H. Diderich-Lolkes de Beer, S. Laribi, D. Lauwaert, R. Oostenbrink, N. Parri, L. García-Castrillo Riesgo, ve H. A. Moll. 2021. "Recognition of Child Maltreatment in Emergency Departments in Europe: Should We Do Better?" *PloS One* 16(2):e0246361. doi: 10.1371/journal.pone.0246361.
102. Shum, May, Andrea G. Asnes, John M. Leventhal, Julie R. Gaither, Kirsten Bechtel, Emily Powers, ve Gunjan Tiyyagura. 2021. "The Impact of a Child Abuse Guideline on Differences between Pediatric and Community Emergency Departments in the Evaluation of Injuries". *Child Abuse & Neglect* 122:105374. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105374.
103. Carson, Sheri M. 2018. "Implementation of a Comprehensive Program to Improve Child Physical Abuse Screening and Detection in the Emergency Department". *Journal of Emergency Nursing* 44(6):576-81. doi: 10.1016/j.jen.2018.04.003.
104. Tiyyagura, Gunjan, Marcie Gawel, Jeannette R. Koziel, Andrea Asnes, ve Kirsten Bechtel. 2015. "Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments". *Annals of Emergency Medicine* 66(5):447-54. doi: 10.1016/j.annemergmed.2015.06.020.