



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
**HASTANESİ**

**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TEPECİK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**DOĞUMDAN SONRA İSTENMEYEN VE KURUM**  
**BAKIMINA VERİLEN BEBEKLERİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Shahla SATTAROVA**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR / 2021**



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
**TEPECİK**  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
**HASTANESİ**

**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TEPECİK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ**

**DOĞUMDAN SONRA İSTENMEYEN VE KURUM**  
**BAKIMINA VERİLEN BEBEKLERİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Shahla SATTAROVA**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mehmet Yekta ÖNCEL**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR / 2021**

## TEŐEKKÜR

Saygıdeğer tez danıőmanım Doç. Dr. Mehmet Yekta ÖNCEL'e,

Yardımcı araőtırmacılarım Sosyal Hizmet Uzmanı Sakine KARABULUT GENCAY'a ve Yenidoğan Kliniği'nden Uzm. Dr. Hüseyin ÜSTÜN'e,

Asistanlık eğitimim süresince kendilerinden çok şey öğrendiğim, desteklerini asla esirgemeyen tüm hocalarıma,

Asistanlık hayatıma renk ve sevgi katan, motivasyonumu her daim yüksek tutan çalışma arkadaşlarıma ve tabi ki beni destekleyen aileme sonsuz saygı, sevgi ve teőekkürlerimi sunarım.

**Dr. Shahla SATTAROVA**

**İZMİR / 2021**

# İÇİNDEKİLER

<b>KISALTMALAR ve SİMGELER .....</b>	<b>v</b>
<b>TABLolar .....</b>	<b>vi</b>
<b>ŞEKİLLER .....</b>	<b>vii</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>x</b>
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Çocuk .....	4
2.1.1. Tanımı .....	4
2.1.2. Tarihsel süreçte çocuk kavramı .....	4
2.2. Çocuk İstismarı ve İhmalinin Tanımı ve Kapsamı.....	6
2.2.1. Fiziksel İstismar .....	6
2.2.2. Duygusal İstismar.....	9
2.2.3. Cinsel İstismar .....	12
2.2.4. İhmal.....	15
2.3. Terkedilme ve Terkedilmiş Bebek Kavramı .....	16
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>19</b>
3.1. Araştırma Tipi, Yeri ve Zamanı .....	19
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
3.3. Araştırmanın Birincil ve İkincil Sonuç Değişkenleri .....	19
3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı.....	20
3.5. Etik Kurul ve Kurul İzinleri .....	21
3.6. İstatistiksel Analiz .....	21

<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>22</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>29</b>
<b>6. SONUÇLAR .....</b>	<b>33</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>36</b>

## KISALTMALAR ve SİMGELER

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>CRP</b>	: C-Reaktif Protein
<b>CMV</b>	: Sitomegalovirüs
<b>Çİİ</b>	: Çocuğun istismarı ve ihmali
<b>DDA</b>	: Düşük doğum ağırlıklı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKO</b>	: Ekokardiografi
<b>HCV</b>	: Hepatit C Virus
<b>HIV</b>	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
<b>HSV</b>	: Herpes Simpleks Virus
<b>İUBK</b>	: İntrauterin büyüme kısıtlılığı
<b>MBSF</b>	: Munchausen by Proxy sendromu
<b>PFO</b>	: Patent Foramen Ovale
<b>PS</b>	: Pulmoner Stenoz
<b>SBS</b>	: Sarsılmış Bebek Sendromu
<b>SBÜ</b>	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
<b>SGA</b>	: Gestasyonel haftaya göre küçük (Small for Gestational Age)
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNİCEF</b>	: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>VDRL</b>	: Sfiliz Testi (Venereal Disease Research Laboratory)
<b>YYBÜ</b>	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## TABLÖLAR

<b>Tablo 1.</b>	Çalışma grubundaki annelerin ve bebeklerin demografik özellikleri.....	23
<b>Tablo 2.</b>	Çalışma grubundaki bebeklerin tam kan sayımı, biyokimya ve seroloji sonuçları .....	27
<b>Tablo 3.</b>	Çalışma grubundaki bebeklerin görüntüleme sonuçları.....	28

## ŞEKİLLER

<b>Şekil 1.</b>	DSÖ' ye göre çocuk istismarı risk faktörleri .....	6
<b>Şekil 2.</b>	Çalışma grubundaki annelerinin bulaşıcı hastalıklar açısından değerlendirilmesi (%) .....	24
<b>Şekil 3.</b>	Çalışma grubundaki annelerinin kötü alışkanlıklarının dağılımı .....	25
<b>Şekil 4.</b>	Annelerin bebeklerini terk etmesine neden olan ana risk faktörleri.....	25
<b>Şekil 5.</b>	Çalışma grubundaki bebeklerde saptanan elektrolit bozuklukların dağılımı (%).....	26

## ÖZET

### Doğumdan Sonra İstenmeyen ve Kurum Bakımına Verilen Bebeklerin Değerlendirilmesi, Dr. Shahla Sattarova, İzmir, 2021

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı doğumdan sonra istenmeyen ve kurum bakımına verilen yenidoğan bebeklerin maternal risk faktörlerinin belirlenmesi ve bebeklerde eşlik eden morbiditelerin saptanmasıdır.

**Metod:** Bu çalışma hastane tabanlı, retrospektif kesitsel bir çalışma olup 2012-2019 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğan, doğumdan sonra istenmeyen, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatırılarak izlenen ve kurum bakımına verilen 76 bebeğin dosya kayıtları üzerinden incelenerek yapıldı.

**Bulgular:** Annelerin yaşları 12 ile 44 arasında değişmekteydi (ortanca 23 yaş) ve adolesan gebelik oranı %31,57 (n:24) idi. Annelerin sadece dokuzu (%11,84) evliydi. Annelerin kötü alışkanlıklarının çoğunluğunu %55,2 ile sigara (n:42), diğerleri sırasıyla %19,73 alkol (n:15) ve %14,47 madde (n:11) kullanımı şeklinde sıralandı. Annelerin bebeklerini terk etmesine nedenin 75'inin evlilik dışı gebelik (%98,68), 73'ünün istenmeyen gebelik (%96), 17'sinin tecavüz gebeliği (%22,36) olduğu ve 2'sinin ensest ilişki sonucu gebelik (%2,63) ile olduğu görüldü.

Bebeklerin ortalama gebelik yaşları  $37,3 \pm 2,2$  hafta ve doğum ağırlıkları ise  $2927 \pm 572$  gramdı. Bebeklerin 21'i (%27,63) prematüre iken 15'i (%19,73) düşük doğum ağırlığına sahipti. Bebeklerin biyokimyasal değerlendirmesinde dört bebekte hipoglisemi (%5,26), üç bebekte hiponatremi (%3,94), beş bebekte hipokalsemi (%6,57) ve üç bebekte hipomagnezemi (%3,94) görüldü. Bebeklere yapılan USG'lerde sekiz bebekte (%10,52) transfontanel ve 14 bebekte (%18,42) abdominal USG'da patoloji saptandı.

**Sonuç:** Çalışmamızda adolesan gebelik varlığı, evlilik dışı, istenmeyen, tecavüz nedenli gebelikler bebeğin başlıca terk edilme sebepleri olarak değerlendirildi. Gebe ve toplum sağlığı için alkol, sigara ve madde bağımlılığı gibi kötü alışkanlıkların azalmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Öğrencilik döneminden başlayarak cinsel eğitim ve kontraseptif erişiminin kolaylaştırılması ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Kız çocuklarının bedensel, eğitsel, psikososyal gelişimlerini, sağlıklı bir kişilik kazanmalarını sağlamak ve onları korumamız gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek, evlilik dışı gebelik, sosyal hizmetler, terkedilmiş bebek, yenidoğan.

## ABSTRACT

### Evaluation of Unwanted Babies Placed in Institutional Care After Birth,

Shahla Sattarova, MD, Dissertation, İzmir, 2021

**Aim:** To determine the maternal risk factors of unwanted neonates and placed in institutional care after birth and the accompanying morbidities in neonates.

**Methods:** This is a hospital-based, retrospective, cross-sectional study. Hospital records of 76 unwanted neonates born in Izmir Tepecik Training and Research Hospital and hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit, then placed in institutional care afterwards between 2012 and 2019 were analyzed.

**Results:** Maternal age varied between 12 to 44 years (median 23 years) and ratio of adolescent pregnancy was 31.57% (n:24). Only nine of the mothers (11.84%) were married. The most common substance abuse of the mothers was tobacco smoking as 55.2% (n:42), followed by alcohol abuse as 19.73% (n:15) and drugs abuse as 14.47% (n:11). The reason for the mother to abandon her baby was extramarital pregnancy in 75 (98.68%) cases, unwanted pregnancy in 73 (96%) cases, rape pregnancy in 17 (22.36%) cases and incest pregnancy in 2 (2.63%) cases.

The mean gestational age of infants was  $37.3 \pm 2.2$  weeks and birthweight was  $2927 \pm 572$  grams. While 21 (27.63%) of the infants were premature, 15 (19.73%) of them had low birthweight. In the biochemical evaluation of neonates, hypoglycemia was observed in 4 (5.26%), hyponatremia in 3 (3.94%), hypocalcemia in 5 (6.57%), and hypomagnesemia in 3 (3.94%) infants. Through ultrasonographic evaluation, 8 (10.52%) infants had cranial and 14 (18.42%) infants had abdominal pathology.

**Conclusion:** Adolescent pregnancy, extramarital pregnancy, pregnancy from rape were detected as the main reasons of abandonment of infants in our study. For the health of pregnant women and the society, precautions should be taken to decrease substance abuse such as using tobacco, alcohol and drug abuse. Starting from school years, sexual education, access to contraceptives and counselling support should be provided. In our opinion, it is necessary to support physical, educational, psychosocial and healthy personality development of the girls as well as protection of them should be provided.

**Key words:** Infant, extramarital pregnancy, institutional care, abandoned infant, newborn.

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlıklı bir toplumun oluşması sağlıklı çocukların yetiştirilmesine bağlıdır. Çocuğun gelişimi anne rahmine düştüğü andan itibaren başlar. Sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelmesi için yakın gebelik takibi yapılmaktadır. Riskli gebelik durumu söz konusu olduğunda anne ve fetus yakın takibe alınır. Riskli gebelik dediğimizde çoğul gebelikler, daha önce doğuştan anomali varlığı, ölü doğum ya da intrauterin fetus kaybı öyküsü olan anneler, takipsiz gebelikler, hipertansiyon, diyabet, ciddi kalp ya da akciğer hastalığı olan gebeler ve plasental anomaliler gibi gebelikler akla gelmektedir. Anne yaşı da gebeliği etkileyen önemli faktörlerdendir. 17 yaştan küçük veya 35 yaştan büyük gebelikler riskli gebeliklerdendir. Bu gebelerde erken doğum riski, düşük, preeklampsi veya intrauterin gelişme geriliği gibi durumlar diğer yaş grubundaki anne adaylarına nispeten daha yüksek sıklıkta görülebilir (1).

Çocuk uzun bir süre boyunca korunmaya, desteklenmeye ve yönlendirilmeye ihtiyaç duyar. Aile ve çevresindekilerin sevgi, ilgi ve rehberliği ile sağlıklı büyüyüp gelişebilir. Aile kurumunun ve toplumun geleceğinin devamı çocuğa verilen öneme ve çocukların sevgi dolu bir ortamda büyümesine bağlıdır. Ailenin ve toplumun geleceğinde çok önemli yere sahip olan çocukların fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olmaları ve topluma katkı sağlayabilmeleri için yetiştikleri koşullar çok önemlidir. Çocuk istismarı ve ihmali (Çİİ), çocuğun yaşamını duygusal ve kişilik yönünden doğrudan etkiler ve gelecekteki hayatında sağlıklı olmayan bir kişilik oluşturmaya sebep olabilmektedir (2).

Çocuklara yapılmaması gerekenlerin yapılması istismara, gerekenlerin yapılmaması da ihmal olarak kabul edilir. Pek çok çocuk öncelikle anne-babaları, ardından da toplum tarafından istismar ve ihmal ile karşılaşmaktadır. Dünyada istismara maruz kalan çocuk sayısı çok fazladır. Asya ve Avrupa merkezli yapılan bir çalışmada 9-17 yaş grubundaki her 10 çocuktan 6'sının hatalı herhangi bir şey yaptıklarında ebeveynleri tarafından şiddete uğradıkları gösterilmiştir (3). İngiltere'de haftada dört çocuğun istismar ve ihmal nedeniyle öldüğü, dört yaştan küçük her 1000 çocuktan biri fiziksel istismara maruz kaldığı bilinmektedir. 0-4 yaş arası çocuklarda istismarın görülme sıklığı 5-14 yaşlara göre 2 defa çoktur (4).

Doğumdan kısa bir süre sonra terk edilen (anne veya baba – ikisinden biri ile yaşamayan) bebekler ayrı bir çocuk istismar türüdür. Bunun nedenleri arasında istenmeyen gebelikler, tecavüz, terk edilme, yoksulluk, madde bağımlılığı, akıl hastalığı, çevre baskısı ve gayri meşruluk sayılabilir. Bu bebekler genellikle istenmeden, istenmeyen, geçici zevk ya da saldırı sonrası oluşan minik mağdurlardır (5). Bebeğini terk eden anneler gebelikleri süresince iyi beslenemeyen, düzensiz yaşayan, kontrollerini yaptırmayan, alkol, sigara ve madde kullanan kişilerdir. Bu annelerin çocuklarında; doğuştan gelen bozukluklar, gebelik haftasına göre küçük (SGA), intrauterin büyüme kısıtlılığı (İUBK), solunum sorunları ve ani ölümler daha sık görülmektedir (1).

Bu araştırmanın hipotezleri (1) İstenmeyen ve kurum bakımına verilen bebeklerin gebelik sürecinde maruz kaldığı riskler vardır. (2) Bebeğini terk eden annelerin büyük bir kısmı adolesan yaş grubundadır. (3) Bebeğini terk eden annelerin çocuklarında doğuştan gelen bozukluklar ve düşük doğum ağırlığı daha sıktır. Bu hipotezlere yönelik, bu çalışmada doğumdan sonra istenmeyen ve kurum bakımına verilen bebeklerin maternal risk faktörlerinin belirlenmesi ve bebeklerde eşlik eden morbiditelerin saptanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Çocuk

#### 2.1.1. Tanımı

Çocuk Hakları Sözleşmesi çocuk tanımını “Ulusal yasalara göre daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır” ifade etmektedir (6). Türkiye’de Türk Ceza Kanununa (5237 sayılı) esasen çocuk, “18 yaşını doldurmamış kişi”, Çocuk Koruma Kanununda (5395 sayılı) ise “daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi çocuk sayılır” (7) şeklinde ifade edilmektedir.

Hayatımızın en önemli dönemi olan ve etkilerini hayatımızın her döneminde hissettiğimiz çocukluk, güvende olmaya ve sevgiye en çok gereksinim duyulan bir gelişim sürecidir. Çocuklar bu ihtiyaçları karşılandıkça sağlıklı gelişim gösterip, büyüyüp, olgunlaşıp, kendi sorumluluklarını alabilen bireyler haline gelmektedirler. Çocukların güvende olma ihtiyacı öncelikli olarak ebeveynler ya da bakımından sorumlu kişilerle karşılanırken sakin, düzenli ve sağlıklı bir ortam, toplumun sahip olduğu değerler ve var olan yasalarla tamamlanmakta ve sürdürülmektedir (8).

#### 2.1.2. Tarihsel süreçte çocuk kavramı

Çocuklar bazı toplumlarda temel ihtiyaçlardan mahrum kalarak yeterli düzeyde beslenememe, olumsuz hayat şartlarından doğan sağlık sıkıntılarına maruz kalmakta, oyun oynama, eğlenme, eğitim görme, kendisine yönelik kararlarda fikir belirtme gibi birçok yaşantıyı tecrübe edememekte ve bu şartlar altında yaşamlarını sürmeye çalışmaktadırlar. Bazı ülkelerde savaş altında kalan çocuklar bazı ülkelere işçi olarak çalıştırılmakta, cinsel olarak sömürülerek kullanılmaktadır (9).

Çocuk haklarının tarihsel serüvenine baktığımızda, geçmişte üzerinde istendiği gibi hak sahibi olunan, terk edilebilen, başkasına verilebilen, öldürülebilen bir "nesne" olarak nitelendirilen çocuk günümüzde hak sahibi, birey olarak değer gören bir "özne" konumuna gelmiştir (10). Geçmişte bireyler tarafından olumsuz yargılara maruz kalan çocuk günümüzde kendine has istekleri, hak ve özgürlükleri

bulunan, kollanmaya ihtiyacı olan bir birey olarak görülmeye başlanmıştır (11).

Amerika'da ilk defa 1885 yılında "Çocukları İstismardan Koruma Derneği" kurulmuştur (12). Ülkemizde ise 1921 yılında Ankara'da kurulan Himaye-i Etfal Cemiyeti (HEC), 1981'de dernek statüsünden ayrılarak "devlet kurumu" haline gelmiştir. Başbakanlığa bağlı iken 2011'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının kurulmasından sonra bu bakanlığa devir olunan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurum (SHÇEK) faaliyetleri halihazırda Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü adıyla devam ettirilmektedir. Bu kurum kuruluşundan yani 1921 yılından bu yana istismara uğrayan çocukların tek başvuru merkezi olarak çalışmalarına devam etmektedir (13). Türkiye'de bu konuyla ilgili ilk araştırmaların hukukçu ve sosyal hizmet uzmanlarına ait olduğu görülmektedir. Ankara'da 1986 yılında kurulan Çocuk İstismarını Önleme Derneği toplumsal çalışmalardan daha çok yaptıkları iki farklı uluslararası kongre ile ön plana çıkmışlardır (13). Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'ye Ek Çocuk Satışı, Çocuk Fahişeliği ve Çocuk Pornografisi ile İlgili İhtiyari Protokolünü Türkiye 08 Haziran 2000 yılında imzalamış ve 9 Mayıs 2002'de onaylamıştır (14). 3 Temmuz 2005 senesinde de Türkiye'de 5395 sayılı "Çocuk Koruma Kanunu" çıkarılmıştır.

Ortaçağ ve şimdiki Latin Amerika'sının bir sıra bölümlerinde çocukluk dönemi insan hayatının doğumdan 5 yaşına dek, batıdaki orta sınıfta ise bu dönemin 25 yaşına kadar devam ettiği görülmektedir. Batıda tarih boyu çocuğun antik dönemde hatta aydınlanma ve endüstriyel zaman diliminde bile, 6 yaşından başlayarak çocuğun yetişkin iş ve sorumluluklarında görevler üstlendiği görülmüştür. Çocuk, ailede günlük kazançtan sorumluluk üstlenmek gibi, ava gitmek, kardeşlerine bakım vermek, evin ihtiyaçlarını karşılamak gibi işlere yardım etmektedir. Rönesans döneminden 20. Yüzyıla kadar tarım işleri yapan kişilerin kız çocuklarını çoğu zaman 10 yaşından itibaren varlıklı insanların evine hizmet için verdikleri görülmektedir. Böyle zor şartlar yalnızca fakir ailelerin çocukları için değil, ortaçağ asil ailenin de erkek evlatlarını 7 yaşından başlayarak silah eğitimi almak için aileden uzağa yolladığı biliniyor (15, 16).

Geçiş dönemini yaşayan ülkelerin metropollerinde de orta üst ve üst sosyo-ekonomik düzeyde olan ailelerde bu kavramın yayıldığını söyleyebiliriz. Ancak

sosyo-ekonomik olarak düşük düzeye malik ailelerde çocuğa yüklenen anlamın temelini geleneksel olarak ekonomik nedenler tutmaktadır (17).

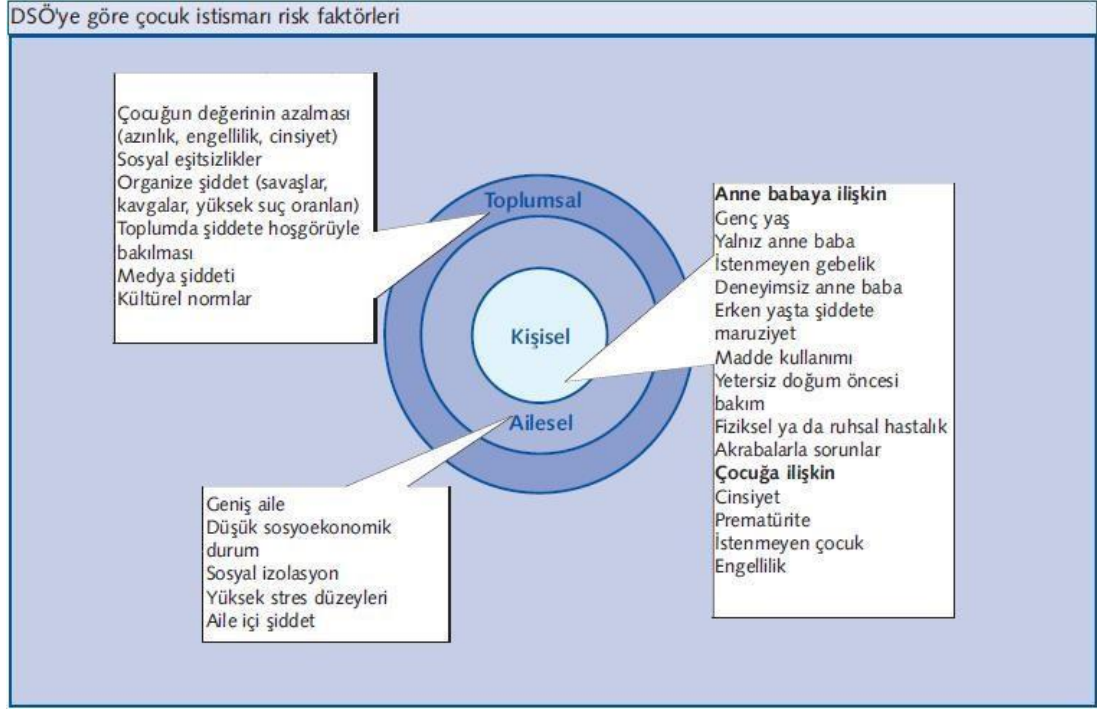
Bugünde çocuk işçiliği, çocuk istismarı, çocuk gelinler tüm bu olumlu durumlara rağmen devam ediyor. Teknoloji gelişiminin meydana getirdiği tehlikelerle çocuk istismarının ve ihmalinin daha farklı seviyelere ulaşıldığı, çocukları küresel tehditlere müsait duruma getirildiği görmekteyiz.

## **2.2. Çocuk İstismarı ve ihmalinin Tanımı ve Kapsamı**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını; “çocuğun, sağlığını, fiziksel gelişimini ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz etkileyen bir yetişkin, toplumu veya ülkesi tarafından bilerek/bilmeyerek yapılan davranışlar” şeklinde tarif etmektedir. Tanımda hem de çocukların istismar veya şiddet gibi algılamadığı veya bir yetişkininin istismar gibi kabul etmediği eylemler geçmektedir (18).

Çocuğa bakmakla sorumlu kişilerin görevlerini yerine getirmemesi, beslenme, sağlık, giyim, eğitim, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının sağlanmaması veya temel yaşam ihtiyaçları ile ilgilenilmemesi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal etmesi çocuk ihmali gibi tanımlanmaktadır (18, 19). DSÖ, sağlık profesyonellerinin ihmal ve istismara uğrayan çocukların saptanması ve bu çocukların çok branşlı işbirliği yapılması ile kapsamlı bir şekilde koruma ve tedavi şartlarını sağlamak konusunda sorumlu olduğunu göstermektedir (20).

Çocuğa aile içinde şiddette birçok etken birlikte rol oynadığı gösterilmiştir. Bunlar aile ortamının ekonomik, psikolojik, iletişimsel ve sosyokültürel özellikleridir (Şekil 1). Çocuğun sosyoekonomik ve kültürel açıdan fakir aileden gelmesi, anne-babanın ayrı olması, anne veya baba tek başına olması, anne-babanın çocuğa ve çocuğun da anne-babaya karşı olumsuz tutum ve davranışlar göstermesi gibi faktörlerin çocuğun aile içinde şiddete uğraması ve saldırgan eğilimli olmasına neden olmaktadır (4).



Şekil 1. DSÖ' ye göre çocuk istismarı risk faktörleri (4).

İstismar kelimesi Türkçe'de kötüye kullanma, sömürme, kötü muamele, maruziyet, hasara yol açma, suiistimal etme, uygunsuz davranış gibi manaları da ifade ediyor (21). Çocuk istismarı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal olarak incelenmektedir.

### 2.2.1. Fiziksel İstismar

Çocuk istismarı deyince çocuğun fiziksel yönden kötü muameleyle uğraması akla gelmektedir. İki nedenden dolayı; istismar şekilleri içinde ilk olarak tanımlanması ve bu eyleme uğrayanın üzerindeki etkilerinin en belirgin olmasıdır (22).

Fiziksel istismar çocuğa yönelmiş şiddetin bir davranışı olup çocuğun vücuduna farklı boyutlarda zarar verme şeklidir (23). Fiziksel istismar genelde "herhangi bir kaza ile ilgili olmayan yaralanmalardır" ve çocuğun fiziksel bütünlüğünün bozulmasına sebep olur (24). Ortadaki zarar fiziki olarak tanımlansa da, bu tür istismarın etkileri bir tek bedensel yaralanmalar ile açıklanamaz. Çocuğun maruz

kaldığı fiziksel zararlar birlikte genellikle psikolojik, bilişsel, duygusal ve sosyal sorunlar görülmektedir (25). Fiziksel istismar her zaman kendiliğinde duygusal istismara da yol açmaktadır. Çünkü fiziksel hasar olmasa da fiziksel şiddet türleri de duygusal hasara yol açtığından fiziksel istismar sayılır (26).

Ebeveynler genellikle çocuklarıyla ilgili evde oluşan bir kaza hikayesi sebebiyle sağlık kuruluşlarına başvururlar. Çocuğun yüksek bir yerden düşmesi veya yüksek ısılı bir eşyanın çocuğun üzerine devrilmesi en sık karşımıza çıkan sebeplerdendir. Başvuru anında sağlık kuruluşuna getirmede gecikme, anamnez ile fiziksel belirtilerin uyumsuz veya şüpheli olması, tekrarlanan yaralanmaların olması, ebeveynlerin meydana gelen hadiseden dolayı çocuk veya başkasını suçlaması, ebeveynlerde istismara maruz kalma öyküsünün varlığı, ebeveynlerin çocuktaki hasar hakkında ilgisizliği veya aksine fazla kaygılı olmaları, çocuğun birçok sağlık ocaklarına götürülmesi ve benzer durumlar olası fiziksel istismar şüphelerindedir (27, 28).

Literatür çalışmalarından çıkan bulgulara göre fiziksel istismarda ailesel risk faktörleri dağılımı; %75 eğitim seviyesinin düşüklüğü, ebeveynlerin %69'nun psikolojik durumları, %66 aile içi geçimsizliğin olması, %56 sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü, %59 aile içi şiddet, %47 ebeveynlerin alkolik olması, %44 işsizlik ve %44 aile dağılması olarak görülmüştür (29).

Fiziksel istismar için riski arttıran faktörlerden zihinsel ve/veya fiziksel engelin olması, görme veya işitme sorunlu çocuklar, normalin altında doğan ve öğrenme güçlüğü bulunan çocuklar gösterilebilir. Bunlardan başka preterm ve kronik hastalıklı çocuklarda risk daha yüksektir. Ebeveynlerinin stres seviyesinin artışına sebep olan çocukların daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir. Knutson'un iddiasına göre çocuklarda mevcut olan engel, ebeveynlerin stres düzeylerinin artmasına neden olabilir (30).

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de fiziksel istismar sağlık sisteminde yeteri kadar kayıta alınamamaktadır. Çünkü travma sebebiyle sağlık merkezine yapılan başvurularda çocuğun durumu yakınları tarafından gizli tutulur (31).

Fiziksel istismar iki başlık altında incelenebilir.

**a. Sarsılmış Bebek Sendromu (Shaken Baby Syndrome)**

Sarsılmış bebek sendromu (SBS), genelde 2 yaş altı çocuklarda görülen, ancak 5 yaşına dek olan çocuklarda da ciddi boyutta görülebilen fiziksel istismardır. Bu terimi pediatrik radyolog olan John Caffey 1972 yılında tanımlamıştır (32). Çoğunlukla 15 ayın, özellikle de 6 ayın altı çocukların sinirli ebeveynleri tarafından şiddetli bir şekilde salladıklarında oluşur. SBS'den sorumlu kişilerle görüşmelerden elde edilen bilgilere esasen, kişinin bu suçu işleminde en büyük sebebin, bebeğin susturulamaz bir şekilde ağlaması olduğu gösterilmiştir. Çocuğun bakımından sorumlu kişinin, ağlayan bebeği susturamamasından dolayı, kontrolünü kaybetmesi neticesinde bebeğin, koltuk altından, göğüs nahiyesinden, kolları veya boyun bölgesinden sıkarak güçlü bir şekilde sarsması, ardından da bebeği sert veya yumuşak bir alana fırlatması veya vurması ile oluşabiliyor. Torakolomber spinöz çıkıntı kırıkları, spinal kord travması ve uzun kemik, kosta, spinöz çıkıntı kırıkları özellikle eşlik etmektedir (33, 34).

İngiltere'de yapılmış olan çalışmada, fiziksel istismara maruz kalan çocukların 100 binde 21- 24,6'sında SBS bulguları saptanmıştır (35). ABD'de 2002'de yapılan bir çalışmada ise, yıl içinde 1300 SBS olgusu olduğu ve bu sebeple 300 çocuğun da öldüğü gösterilmiştir (36).

**b. Munchausen By Proxy Sendromu (Polle Sendromu)**

Munchausen by proxy sendromu (MBPS), anne veya babanın çocuğunda herhangi bir belirti olmamasına rağmen bir hastalık modeli üretmesi ile tanımlanabilmektedir. Sonuç itibarı ile çocuk annesinin (babasının) ürettiği bir hastalık ya da bu durumun sebep olduğu tanı ve tedavi uygulamaları sebebiyle hem bedensel hem de psikolojik hasar görebiliyor. Anne-babanın ifade ettikleri fizyolojik belirtilerin uyumsuzluğu ve bu bulguların ailenin yanında görülmesi MBPS şüphesini düşündürmelidir (37).

Uygulayıcı kişi genellikle annedir. Olguların %93'ünün annesinin uygulayıcı olduğu, sıklık sırasına göre diğer uygulayıcıların çocuğun bakıcısının ve babasının olduğu yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (35). Uygulayanlarda kişilik sorunları sık sık rapor edilse de yapılan psikolojik testlerde bu kişilerin çoğu zaman normal

skorlar gösterdikleri bildirilmiştir. Uygulayanların hemen hemen %75'inin geçmiş hikayelerinde somatoform bozukluk tanısının varlığı, üçte birinde ise yalancı hastalık uydurduğu gösterilmiştir (38).

Ciddi derecede ölümcül çocuk istismarı türlerinden olan bu sendromla bağlı yapılan çalışmalarda ölüm oranı %6-10 bulunmuştur. Zehirlenme ya da boğulma gibi durumlar eşlik ediyorsa ölüm oranını %33 seviyesine kadar arttırmaktadır (39).

Türkiye'de Hacettepe Üniversitesi Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu'nun yaptığı bir araştırmada 2005-2008 yıllarında takip edilen 102 istismar vakasının %3,9'una MBP teşhisi konulduğu ve bu vakalardan birinin boğulma sebebiyle öldüğü gösterilmiştir. İstismarın başlama yaşı 5,4 iken bu vakaların hastanede görülüp tanı alma yaşı ise 8,1 yaş olarak saptanmıştır (40).

### **2.2.2. Duygusal İstismar**

Basit şekilde tanımladığımızda; duygusal istismar çocuk psikolojisinde oluşan hasardır. Ebeveynler veya çocuğa bakım veren diğer bireyler tarafından istenmeyen davranışlara uğraması veya ihtiyacı olduğu sevgi ve bakımın gösterilmemesidir (41). Duygusal istismar ifadesi ilk kez 1974'de ABD'de "Çocuk İstismarının Önlenmesi ve Rehabilitasyonu" adlı kanunda "mental hasar" olarak geçmiştir (42).

*Üstün Dökmen* duygusal istismarı "bir yetişkinin çocuğu; sosyal, psikolojik ya da ekonomik ihtiyaçlarını gidermek için vasıta olarak kullanması sonucunda çocuğun mental, emosyonel ve sosyal gelişiminin kötü bir şekilde etkilenmesidir" şeklinde ifade etmiştir (43). Bu tür istismarda fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi gözle görülebilen bulgu bulunamamaktadır. Duygusal istismar hem tek başına hem de başka istismar türleri ile de görülebilmektedir. Ayrıca tüm istismar türleri içinde, gerçekleştirilen eylem ve onun sonuçları açısından saptanma ihtimali ve ölçümü en zor olan türdür. Sebep bebeklik zamanından normal olarak kabul edilen korumacı yaklaşımın gelişim döneminin ileriki aşamalarında duygusal istismar olarak görülebilmemesidir (18).

DSÖ'ye göre duygusal istismar, çocuğa gelişimine uygun ve gelişimini her yönden destekleyecek sosyal ya da öğrenme çevresinin sağlanmaması olarak

tanımlanmaktadır. Aynı zamanda duygusal istismar çocuğun sağlığına, fiziksel, ahlaki, bilişsel ve sosyal gelişimini aksatacak ya da aksatma olasılığı yüksek davranışların uygulanması durumudur (44).

Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), duygusal istismar davranışlarını; “çocuğun kişisel özelliklerinin, bir işi yapabilme kapasitesinin ve isteklerinin daimi bir şekilde kötülenmesi, sosyal çevredeki ilişkilerden mahrum bırakılması, sürekli doğaüstü güçlerle korkutulması veya terk etmekle tehdit edilmesidir” şeklinde ifade etmektedir (45).

Duygusal istismar türüne; çocuğa değer vermemek, çocuğa lakap takmak, çocuğa küfretmek kardeşleri arasında ayrımcılık yapmak ve çocuğu sosyal çevrede küçük düşürmek de eklenebilir (31). Çocuk, çoğu zaman yakın çevresinde doğrudan ilişkisi olan ve otoriter rolü olan kişi veya kişiler tarafından duygusal istismara maruz kalmaktadır. Bu istismar türünde somut belirtiler olmamasına rağmen çocukta onarılması zor olan etkileri uzun yıllar sürebilen psikolojik ve duygusal hasara yol açmaktadır (46).

Gelişim geriliği, sağlıklı çocuklarda herhangi bir organik nedenle açıklanamayan duygusal istismar ve ihmal bulgusu olabilir. Bu çocuklarda görülen farklı psikosomatik belirtiler (enkoprezis, enürezis, tekrarlayan karın ağrıları vs ) eşlik etse de bu bulguların kesin tanı için tek kriter olmadığı unutulmamalıdır (47).

*Yasemin Taner ve Bahar Gökler'e* göre duygusal istismar tanısının konulmasının zor olduğu için verilen istatistiklerin gerçek durumu yansıtmadığını ifade etmektedirler. Duygusal istismar kız ve erkek çocuklarda eşit oranda görülmekle birlikte, çoğunlukla 6-8 yaş aralığında sık görülmekte ve adolesan döneme kadar devam etmektedir (46).

Duygusal istismarın tanısında ebeveyn ve hareket odaklı sınıflama kategorize edilmiştir. Buna esasen;

**Reddetme:** Anne-babanın çocuğu kendisinden uzak tutması, onu ihmal etmesi, çocuklarının başarılarına dikkat göstermemesi, çocuklarla iletişim kurmaması, onlara yardımdan kaçınması ve kendine değerlerini kabul ettirmeleri vb. çocuğun sevgisiz ve değersiz hissetmesine sebep olmaktadır.

**Aşağılama:** Çocuğa değer verilmemesi, onların aşağılanması (sosyal ortamda küçük düşürmek, kardeş ve yaşlıları ile kıyaslamak ve küçümsemek), kötülenmesi, utanmalarına sebebiyet verilmesi ve saygınlığını düşürmesidir.

**Korkutma:** Çocuğu fiziksel ya da duygusal hasara uğratmak, onu korkutmak, sözel şiddet uygulama, herhangi ceza şekli ile tehdit etmek, aşağılama, sürekli ve gereksiz yere cezalandırma ve dövme şeklinde sıralanabilir.

**Yalnız Bırakma:** Çocuğun, sosyal ve arkadaşlık gibi ilişkilerin kurulmasını engelleme, kısıtlı bir yerde tutma, evde ve dışarda aktivite katılımını sınırlandırma, çocuğun yaptığı olumlu ya da olumsuz davranışlar hakkında geri bildirimde bulunulmaması şeklinde sıralanabilir.

**Ahlaken Bozma:** Sağlıklı olmayan sosyalleşmeye neden olmak, anti sosyal davranış ve bunu bilinçli sergilemek, ahlaki normlara uygunsuz hareketlere neden olmak, bu konuda desteklemek, saldırgan ve uygun olmayan davranış şekli kazandırma, yanlış ilaç alımı ve alkol-madde kullanımı gibi kötü alışkanlıklar için koşul sağlama, fuhuş, soygun gibi kötü durumlara yönlendirmek şeklinde sıralanabilir.

**Sömürme:** Çocuktan sorumlu yetişkin bir şahsın kendi ihtiyaçlarını karşılaması amacıyla onu kullanılması. Bunlara örnek olarak çocuğun dilenci, hırsız gibi, okul hayatına son koyularak çalıştırılması, kardeşlerinin bakımından sorumlu tutulması ve bedeninin cinsel açıdan pazarlanması gibi sorumlulukların yüklenmesi olabilir.

**Güvenli Olmayan Tutarsız Bakım:** Çocuğa yönelik beklentinin ve isteklerin uyumsuzluğu, ebeveyn destek ve bakımının tutarsız ve güvensiz olmasıdır (15,48).

**Gerekli Uyarılma, Duygusal Yanıt veya Ulaşılabilirliğin Yokluğu:** Çocuğa gereken sevgi ve hassasiyetin ihmali, önemsememek, görmezden gelmek, sorunlarına ilgisiz ve sorumsuz yanaşma ve gelişimsel kriz süreçlerinde gereken ilgi ve dikkati göstermemek vb.

Duygusal istismar başka istismar türlerine yol açabilmektedir. Onun meydana gelmesinin karşısı alındığı halde cinsel, fiziksel istismar ve ihmal olaylarının da karşısının alınabilmesi mümkündür. Duygusal istismarda, yapılan

eylem ölümle sonuçlanmasa da çocukta psikolojik ve duygusal hasarla sonuçlanabilir. Bu da kişilik gelişiminde aksaklıklarla, bilişsel kapasitesinde olumsuzlukların ortaya çıkması, akademik başarısında gerileme ve insanlar ile iletişimde bozukluklarla kendini göstermektedir (49).

### **2.2.3. Cinsel İstismar**

İlk kez 1978 yıl tarihinde Henry Kempe Ruth cinsel istismarı "bağımlı ve gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocuk ve ergenlerin bilinçli olarak onay vermeye yetkili olmadıkları, tamamen algılayamadıkları veya ailevi görevlerle ilgili sosyal yasaklara ters düşen cinsel aktivitelerde taraf olmaları" şeklinde ifade etmiştir (50).

Çocuklara ait cinsel istismarı Uluslararası Çocuk İstismarı ve İhmalini Önleme Derneği (International Society for Prevention Child Abuse and Neglect) "rıza yaşının altında bir çocuğun cinsel açıdan yetişkin bir kişinin cinsel doyumuna yol açacak bir edinim içinde yer alması ya da bu duruma göz yumulması halinde cinsel istismara uğramış sayılır. Bu tanım, söz konusu edinimin herhangi bir araç ve cebir kullanılarak yapılıp yapılmadığı; genital ya da fiziksel temas içerip içermediği; çocuk tarafından başlatılıp başlatılmadığı ve kısa dönemde ortaya çıkacak derecede zararlı bir sonuç doğurup doğurmadığı ile ilgilenmez" şeklinde tanımlamaktadır (51).

Cinsel istismar; tıbbi, sosyal ve ahlaki tarafları olan bir problemdir. Cinsel istismar ve cinsel oyunları birbirinden ayırmak gerekmektedir. Cinsel ilişkinin olmaması şartıyla yakın gelişim çağındaki çocukların birbirlerinin genital nahiyelerine bakması ya da ellemesi normal olarak kabul edilir (52, 53). Ama iki çocuk arasında olan cinsel davranışlar, çocuklar arasında yaş farkının dört yıl ve üzerinde olması, yaşça küçük olan çocuğun zorla veya ikna edilerek cinsel doyum amacı taşıyan eylemlere maruz kalması da cinsel istismar kabul edilir (54). Cinsel istismarın mağdurlarında eylemi yapan kişilerin çoğu kısmının aile içi veya aileye yakın kişiler olduğuna rastlanmıştır. Bu olayın nedeni onların çocuğa ulaşımının kolaylığıdır. Çoğu çocuklar cinsel istismarı saklı tutmakta ve ergenliğe kadar kimseye söylememektedir (55). Bu da cinsel istismarın boyutunun tam şekilde ortaya çıkmasına etki etmektedir (46).

Cinsel istismara maruz kalma açısından riskli çocuklar:

- Kız çocukları daha yüksek risk taşır.
- Olgunlaşmamış, zeka geriliği olan, fiziksel engelli, kendini anlatamayan ve fazla ağlayan çocuklar.
- Ebeveynin tek olması, ilgisiz bir anne olması ve aile durumunun mutsuz algılanması, hem kız hem erkek çocuk için risk arttırabilir.
- İstismar kurbanı erkeklerin istismarcı olasılığı fazladır.
- Üvey baba ile yaşayan kızlar istismara daha çok uğrayabilir.
- Çekingen, utangaç, zayıf ve endişeli, bağımlı, kendini anlatamayan, tehlikeli davranışların farkında olamayan ve söyleyemeyen çocukların riski yüksektir (56).

Cinsel istismarın çocuk mağdurlarının yaşa göre dağılım yüzdelerine bakarsak; 2-5 yaş %30, 6-10 yaş %40 ve 11-17 yaş %30 olduğu bilinmektedir. Bir başka deyişle mağdur çocukların %70'i küçük yaş çocuklardır. Kız çocukları erkeklerden 3 kat çok istismara uğramaktadır. Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise bu oran birbirine yakın bulunmuştur. İstismarın %96'sı erkek ve %80'i de çocuğun tanıdığı kişiler tarafından yapılır (57).

**Aile içi Cinsel İstismar (Ensest);** “ahlaki, hukuki ve dini açıdan evlenmeleri yasak olan, yakın akraba olarak belirtilen kişilerin cinsel ilişkide bulunmalarıdır” (58).

Her fert, güven hissini öncelikle içinde büyüdüğü yakın çevresinde öğrenir. Çevresinde bulunan insanlar tarafından ihanetle karşılaşmak ise yaşı kaç olursa olsun herkeste büyük güven kaybına neden olur. Ensest cinsel istismar cinsel şiddet türleri arasında çocuğu en çok etkilemekte ve geri kalan hayatında onarılması güç olan izler bırakmaktadır. Sebebi ensestin çocuğun inandığı ve onu koruyacağından emin olduğu kişiler tarafından yapılan zarar olmasıdır.

Birkaç ensest olgusunun rastgele başka bir araştırma ya da bir hastalığın bulgularının araştırılması sırasında saptandığı görülmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının okulda davranış sorunları nedeniyle uzmana başvurmaları sırasında uzman araştırması neticesinde bu durum ortaya çıkmaktadır (18).

Ensestin sosyal ve ekonomik düzey ile bağlantısı olup olmadığı son zamanlarda en çok dikkat çeken şeylerdendir. Yapılan araştırmalardan sosyo-ekonomik düzey ile ensest arasında anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir. Ama çalışmalarda, enseste kişilik tiplerinin önemi vurgulanmaktadır. Hatta bu vakaların çoğunda baba istismarcı görülmekle, annenin istismarcı olduğu olgu çok nadirdir (59).

Enseste risk faktörleri:

- Babanın normalden çok şüpheli ya da bağımlılığı
- Babanın sert davranışı
- Babanın alkol bağımlılığı
- Anne yokluğu veya onun ailede koruyucu güce sahip olamaması
- Kız çocuğunun anne rolüne geçmesi ve ev işleri gibi görevini yerine getirmesi
- Anne-babanın cinsel hayatlarının bitmesi
- Babada kontrolünü etkileyen (kimyasal bağımlılığın varlığı, sınırda zeka, psikopatoloji gibi) varlığı
- Kız çocuğunda bir anda ortaya çıkan ayartan davranışlar varlığı
- Çocuğa başka bireylerle yakın ilişki kurmasında engel koyma
- Ebeveynlerin yabancı kişilere karşı düşmanca ve paranoid olması
- Anne-babadan biri veya her ikisinin aile öyküsünde ensest ilişki varlığı
- Babanın ergenlik dönemdeki kızına normalin üstünde kıskanç davranması (60,61).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada ensest vakalarının %57’sinde istismarcısı biyolojik baba, %4’ünde öz ağabey, %13’ünde birinci derece akrabalar, %26’sında ise ikinci derece akrabalardır (62).

#### 2.2.4. İhmal

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk ihmalini; “çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocuğun gelişimi için gerekli olan ihtiyaçlarının karşılamaması veya bu ihtiyaçlarının dikkate alınmamasıdır” şeklinde tanımlamaktadır. Bu ihtiyaçlara; tıbbi, eğitim, bakım, emosyonel ve zihinsel gelişim, güvenli yaşam ve barınma gibi temel ihtiyaçlar aittir. Fiziksel ve cinsel istismardan farklı olarak çok göreceli olduğu için tanı koymak güçlük doğurmamaktadır. İhmal, özellikle gelişimi yaş ile uyum göstermeyen, psikososyal adaptasyon problemlili, eğitim gereksinimleri göz ardı edilen çocuklarda daha çok dikkat gösterilmeli ve araştırılmalıdır (34,63).

Fiziksel, sağlık, cinsel ve eğitimin ihmali olarak farklı türlerde bakılabilmektedir (20,64).

##### *a. Fiziksel ihmali*

Çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanması yetersiz olması şeklinde tanımlanmaktadır (20). Alt gruplar şeklinde inceleyelim:

***Yetersiz Beslenme:*** Bunun sonucu gelişimin beklenilenin altında olmasıdır. Çocukta organik bir neden bulunmaması yanında gelişimde problem var ise ihmali durumunun olabileceği akla gelmelidir.

***Uygun Olmayan Giysiler:*** Çocuğu yaşına uygun olmayan tarzda veya mevsim koşullarına uymayan giysiler giydirmek ihmali düşündürebilir.

***Temizliğin Yetersizliği:*** Çocuğun giysilerinin kirli olması, tuvalet temizliğinin yapılmaması veya çocuğun rahatsız edici şekilde kokması ihmali edilen çocuklarda sık sık görülen bir durumdur.

***Ev Koşullarının Yetersizliği:*** Bu durum ihmali diğer bulguları ile bakılmalıdır.

***Karşı Önlem Alınmaması:*** Küçük çocuğu motorlu bir taşıtta tek bırakmak, çocuğun ulaşabileceği yerlere korozif, yanabilen ve zehirli maddeler koymak gibi durumlardır.

***İntrauterin İhmal:*** Bebeğin anne karnındaki dönemde ihmali edilmesidir.

Gebeliği sırasında annenin sigara, alkol kullanması, yeterli bir şekilde beslenmemek ve gereken sağlık bakımının karşılanmamasıdır (65).

### ***Sağlık İhmali***

Çocuğun sağlığı için gereken bakımı vermemektir. Çocukları için hayatı tehlike doğuran, başarısız medikal işlemleri uygulayan ailelerde tanımlanabilir (66). Çocuk hasta olduğunda gerekli tedavinin yapılmaması ya da yapılmasına karşı çıkmak, aşılarının takibince yaptırılmaması, tedavi önerilerine uyum gösterilmemesi gibi durumları kapsamaktadır.

### ***Duygusal İhmal***

Çocuğa ihtiyacı olduğu sevgi ve yakınlık gösterilmemek, özellikle ergenlik döneminde olan bireyin ihtiyaç duyduğu destekten yoksun bırakılmasıdır (64).

### ***Cinsel İhmal***

Çocukları cinsel travmalardan korumamak, ilgi göstermemek ve cinsel gelişiminde gereken dikkatin olmamasıdır (67). İki yaştan başlayarak cinsel mensubiyetine uygun bir şekilde davranış göstermeye başlayan bir çocuğa, gelişim dönemine uyumsuz davranmak, cinsiyetini göz ardı ederek giydirmek, oyuncak seçerken gelişimini etkileyecek cinsel içerikli tercihler yapmak gibi davranışlarla oluşur. Bu tür davranışlardan dolayı çocuğun daha sonraki yaşlarında bazı davranışsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (68, 69).

### ***Eğitim İhmali***

Okul çağı döneminde çocuğu okula göndermemek veya okul çocuğunun özel eğitim ihtiyaçlarının dikkatsiz kalmaktan uzun süren devamsızlık davranışına onay vermek, derslerine, okuldaki problemlerine veya başarısızlıklarına ilgi göstermemek gibi detaylar içerir (64,70).

## **2.3. Terk Edilme ve Terk Edilmiş Bebek Kavramı**

Yenidoğan bebeklerin terkedilmesi tüm dünyada görülen ve genellikle bebek için sonuçlarının olumsuz olduğu bir durumdur. Hamileliğin gizli tutulması ve yenidoğan bebeğin istenmemesi, hukuki olarak yaşamın ilk 28-30 günden daha kısa

sürede bir bebeğin öldürülmesi (Neonatisit) ile yakından ilişkilidir (71). Terkedilmiş bebekler, diğer bir deyişle çocuk istismarı ve ihmali, tüm dünyada her yaş grubunda yaygın olarak görülebilen ciddi bir sorundur ve karmaşık nedenleri, tıbbi, yasal, gelişimsel ve psikososyal sonuçları vardır (72).

Yenidoğanın terk edilmesi ve neonatisit genellikle toplumumuzda korkunç suçlar olduğuna inanılan, kabul edilemez durumlardandır. Bazı dinlerde bebeklerin kurban edilmesi uygulanırken, diğerleri kürtaj ve cinayeti yasaklamıştı. Yenidoğanların terk edilme vakası giderek artmaktadır. Başka seçeneği olmadığı inancına kapılmış kadınlar yeni doğmuş bebeklerini çöp bidonlarında, ıssız yerlerde ve umumi tuvaletlerde terk ediyorlar. Ölü veya diri bulunanlardan çok daha fazla yenidoğanın terk edildiğine inanılır ve bu nedenle her yıl kaç bebeğin terk edildiğine dair net verilere sahip olmak mümkün olmamaktadır (73).

Herhangi bir tanımlayıcı bilgi, sosyal veya tıbbi geçmişi olmayan bir bebeğin bu dünyada hayata başlamasının birçok dezavantajı vardır. Yenidoğan bebeklerin toplum içinde terk edilmesinin takibini çocuk koruma hizmetleri yapar ve bir ev bulunup koruyucu ailenin bakımına yerleştirildikten sonra bile birçok zorlukla karşılaşılabilir. Yenidoğan bebeklerin terk edilmesiyle ilgili literatürün kapsamlı bir araştırması yapıldığında tıp alanında çalışmaların çok az olduğu ve araştırma çalışmalarının çoğunun sosyoloji ve psikoloji alanlarında yapıldığı görülmektedir (74).

İlkel ve çağdaş toplumlarda ortaya çıkan bu hadiselere yönelik faktörler çeşitlidir. Yoksulluk, nüfus kontrolü, sınıf yapısı ve ekonomik faktörler önemli maddeler olarak sıralanır (75). Siyasi, ideolojik, ırksal ve etnik üstünlük felsefeleri de bir kadının istenmeyen bir hamilelikle karşı karşıya kaldığında ve durumu yönetmede sınırlı seçenekleri olduğunda karar verme sürecinde rol oynar. Psikolojik ve zihinsel bozukluklar da yenidoğanların halka açık yerlerde bırakıldığı, bazen sakat bırakıldığı veya öldürüldüğü olayların bir kısmını da oluşturuyor (76).

Overpeck ve arkadaşları 1998 yılında yenidoğanın terk edilmesi ve cinayetinin anne kaynaklı birincil risk faktörlerini yaş, eğitim durumu, doğum sonrası psikoz, hamileliğe karşı çelişkiler ve ruh sağlığı şeklinde sıralamıştır (77). Çaresiz annelerin küçük bir kısmını çöp kutuları yerine hastanelere yönlendirmek

için yasa çıkarmak, bu konuya açık ve mantıklı bir yaklaşım gibi görünmektedir (78). Ülkemizde de evlilik dışı gebeliklerin doğumu sonrasında anne isterse bebeğini teslim almayı, sosyal hizmetlere verilmek üzere hastanede bırakabiliyor.

Kadınların yeni doğmuş bir bebeği terk etme riski altında olabileceğini ve nedenini belirlemek için daha fazla araştırmaya ve doğru verilere ihtiyaç vardır. Kurtarılan her bir bebek hayata anlam katar ve iyi bir gelecek için başka bir kişiye şans verir (79).

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırma Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma hastane tabanlı, retrospektif kesitsel çalışma olup, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ), İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği'nde 2012-2019 yılları arasındaki olguların incelenmesiyle gerçekleşmiştir.

### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğumdan sonra istenmeyen bebeklerin büyük kısmı 2. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'ne yatırılmakta ve "Çocuk Yuvaları" na verilmeden önce ayrıntılı muayeneleri yapılmakta, eşlik edebilecek konjenital anomaliler ve bulaşıcı hastalıklar açısından taramaları yapılmaktadır.

Araştırmanın evrenini 2012-2019 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Hizmetler Biriminin kayıtlarına göre doğumdan sonra istenmeyen, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'nde yatırılarak izlenen ve kurum bakımına verilen 76 bebek oluşturmaktadır.

#### ➤ Dahil Olma Kriterleri:

- ✓ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğan, doğumdan sonra istenmeyen ve YYBÜ'ne yatırılarak izlenen bebekler

#### ➤ Hariç Tutma Kriterleri:

- ✓ Dosya verileri eksik olan bebekler

### 3.3. Araştırmanın birincil ve ikincil sonuç değişkenleri

- **Birincil değişken:** İstenmeyen ve kurum bakımına verilen bebeklerin gebelik sürecinde maruz kaldığı risk faktörlerinin belirlenmesi
- **İkincil değişken:** Bebeğini terk eden annelerin çocuklarında eşlik eden

morbiditelerin belirlenmesi

### **3.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Aracı**

Araştırmada kullanılan veri toplama formu, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından oluşturulmuştur. Veri rapor formunda hem bebek, hem de anneye ait değişkenler yer almaktadır (Ek-1).

#### **Bebeğe ait değişkenler:**

- Gebelik haftası
- Doğum ağırlığı
- Doğum şekli
- Cinsiyet
- Apgar skoru (1. dakika)
- Apgar skoru (5. dakika)
- Laboratuvar sonuçlar (Tam kan sayımı, Biyokimya, TORCH, VDRL, HBsAg, Anti-HCV ve Anti-HIV)
- Ultrasonografik (USG) görüntüleme (transfontanel ve abdominal)
- Ekokardiografi (EKO)
- Yatış süresi

#### **Anneye ait değişkenler:**

- Anne yaşı
- Medeni durumu
- Bulaşıcı hastalıkları
- Kötü alışkanlıkları (alkol, sigara, madde)
- Diğer risk faktörleri (somatik veya psikiyatrik hastalık, tecavüz gebeliği, yoksulluk, ebeveyn ölümü)

### **3.5. Etik Kurul ve Kurum İzinleri**

Çalışmanın yapılabilmesi için SBÜ İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (Karar no: 2019/17-10, Tarih: 28/11/2019) yazılı izin alınmıştır.

### **3.6. İstatistiksel Analiz**

Verilerin istatistiksel olarak SPSS 21.0 paket program (IBM Corp, Armonk, New York) ile değerlendirilecektir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, numerik değişkenler ise minimum, ortalama, ortanca, maksimum ve standart sapma olarak verilecektir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve Fischer Exact testi, sayısal değişkenliklerin karşılaştırılmasında Student *t* testi veya Mann-Whitney *U* testi kullanılacaktır.

## 4. BULGULAR

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Hizmetler Biriminin kayıtlarına göre doğumdan sonra istenmeyen, YYBÜ'nde yatırılarak izlenen ve kurum bakımına verilen 76 bebeğin sonuçları analiz edildi.

Annelerin yaşları 12 ile 44 arasında değişmekteydi (ortanca 23 yaş). Yirmi dört anne 10-19 yaş aralığındaydı yani adolesan gebelik oranı %31,57 idi. Dört gebenin (%5,26) preeklampsi olduğu görüldü. Annelerin medeni durumuna bakıldığında sadece 9'u (%11,84) evliydi (Tablo 1). Evli annelerden ikisi (%21,63) sonradan boşanma sebebiyle bebeğini terk etmişti. Çalışma grubundaki annelerin tıbbi geçmişleri incelendiğinde %2,63'ünde (n:2) epilepsi ve birer anne de (%1,31) mitral kapak hastalığı, psöriazis, ortopedik ve görme engelli olduğuna dosya kayıtlarından ulaşılmıştır.

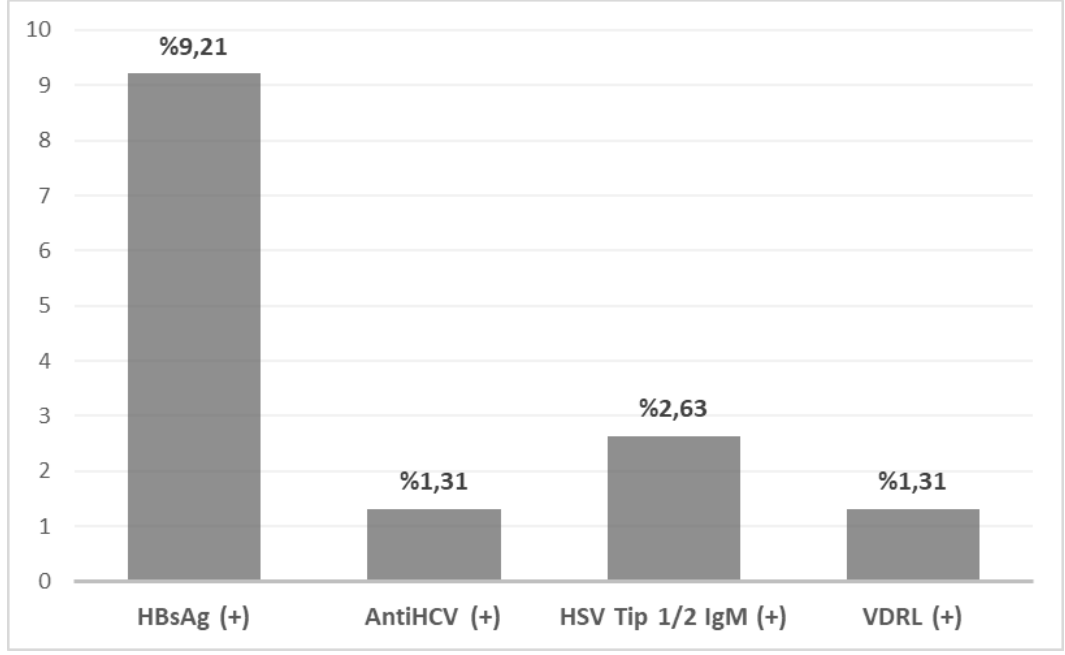
Dosya kayıtlarından anneler bulaşıcı hastalıklar açısından değerlendirildiğinde yedi annede HBsAg (%9,21), iki annede Herpes Simpleks Virus (HSV) Tip 1 ve Tip 2 IgM (%2,63), birer annede Anti-HCV (Hepatit C Virus) (%1,31) ve VDRL (Venereal Disease Research Laboratory, Sfiliz Testi) (%1,31) pozitif olduğu görüldü (Şekil 2). Annelerin 4'nün (%5,26) doğumunu hastane dışında (evde, ambulanda, hastane bahçesinde) gerçekleştiği ve sonrasında bebeklerin YYBÜ'ne kabul edildiği görüldü. Çalışma süresince bir annenin 3 doğum yaptığı ve bebeklerin hepsinin kurum bakımına verdiği saptandı.

Bebeklerin 36'sı kız (%47,36) ve 40'ı (%52,63) erkek idi. Doğumların 40'ı (%52,63) normal spontan vajinal doğum (NSVD) ile iken 36'sı (%47,36) sezaryen ile gerçekleşti. Bebeklerin ortalama gebelik yaşları  $37,3 \pm 2,2$  hafta ve doğum ağırlıkları ise  $2927 \pm 572$  gramdı. Bebeklerin 21'i (%27,63) prematüre (gebelik yaşı <37 hafta) iken 15'i (%19,73) düşük doğum ağırlığına (doğum ağırlığı <2500 g) sahipti. Bebeklerin 1. ve 5. dakika Apgar skorları sırasıyla ortanca 7 (3-8) ve 8 (4-9) idi. Sadece 2 bebeğin (%2,63) doğum salonunda canlandırma ihtiyacı olduğu görüldü. Bu bebeklerin yatış süreleri ise ortalama  $8,5 \pm 6,8$  gündü (Tablo 1).

**Tablo 1.** Çalışma grubundaki annelerin ve bebeklerin demografik özellikleri

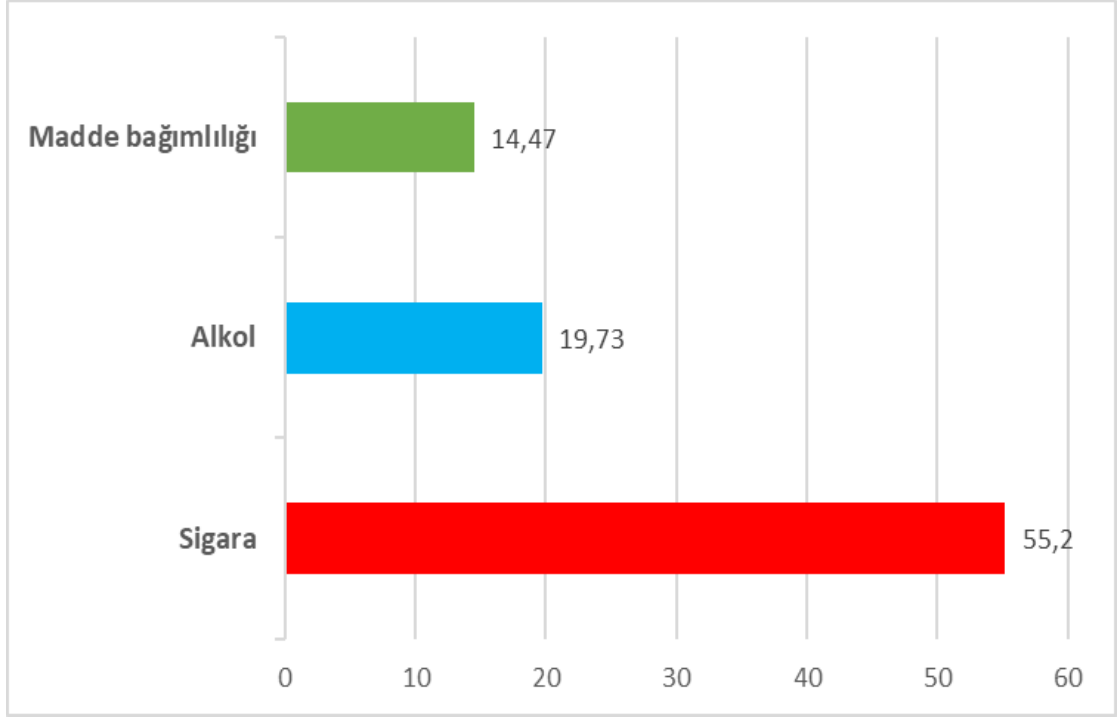
<b>Değişkenler</b>		<b>n = 76</b>
<b>Anne yaşı</b>	Ortalama $\pm$ SS	24,3 $\pm$ 7,4
	Ortanca (Min-Maks)	23 (12-44)
<b>Adolesan gebelik (10-19 yaş)</b>	n (%)	24 (31,57)
<b>Medeni Durum</b>	Evli, n (%)	9 (11,84)
	Bekar, n (%)	67 (88,16)
<b>Doğum şekli</b>	NSVD, n (%)	40 (52,6)
	Sezaryen, n (%)	36 (47,4)
<b>Gestasyonel yaş, hafta</b>	Ortalama $\pm$ SS	37,3 $\pm$ 2,2
	Ortanca (Min-Maks)	38 (26,2-41,6)
<b>Prematüre</b>	n (%)	21 (27,63)
<b>Doğum ağırlığı, g</b>	Ortalama $\pm$ SS	2927 $\pm$ 572
	Ortanca (Min-Maks)	2915 (850-4200)
<b>Düşük doğum ağırlığı</b>	n (%)	15 (19,73)
<b>Cinsiyet</b>	Kız, n (%)	36 (47,4)
	Erkek, n (%)	40 (52,6)
<b>Apgar 1.dk</b>	Ortanca (Min-Maks)	7 (3-8)
<b>Apgar 5.dk</b>	Ortanca (Min-Maks)	8 (4-9)
<b>Yatış süresi, gün</b>	Ortalama $\pm$ SS	8,5 $\pm$ 6,8
	Ortanca (Min-Maks)	7 (1-53)

Bebeklerin 4'ü (%5,26) yer olmaması nedeniyle diğer merkezlere sevk edilmiş ve takipleri diğer hastanelerde yapılmıştır. Bebeklerden birinin (%1,31) 31. gebelik haftasında 1660 g olarak prematüre doğduğu ve dış merkezde 53 günlük yatış sonucunda kaybedildiği öğrenildi.

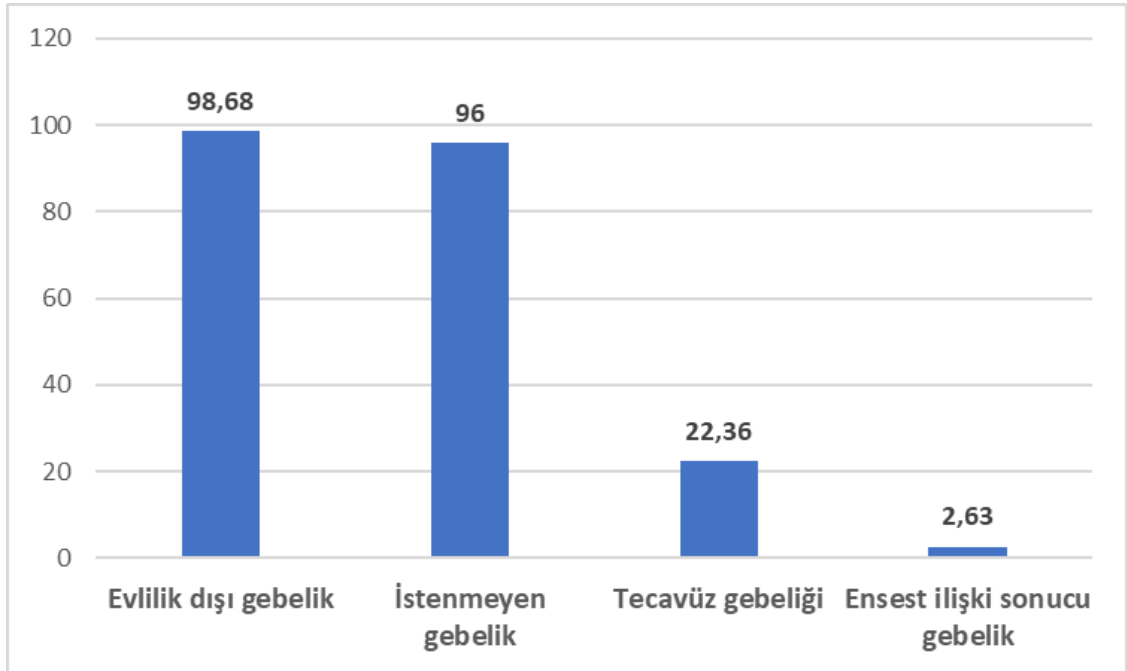


**Şekil 2.** Çalışma grubundaki annelerinin bulaşıcı hastalıklar açısından değerlendirilmesi (%)

Annelerinin kötü alışkanlıklarından çoğunluğunu %55,2 ile sigara (n:42), diğerleri sırasıyla %19,73 alkol (n:15) ve %14,47 madde (n:11) kullanımı şeklinde sıralandı (Şekil 3). Annelerin bebeklerini terk etmesine neden olan ana risk faktörleri değerlendirildiğinde 75'inin evlilik dışı gebelik (%98,68), 73'ünün istenmeyen gebelik (%96), 17'sinin tecavüz gebeliği (%22,36) olduğu ve 2'sinin ensest ilişki sonucu gebelik (%2,63) ile sonuçlandığı görülmüştür (Şekil 4). Annelerin psikiyatrik değerlendirmelerinde 3'nün (%3,94) davranış bozukluğundan, birer tanesinin bipolar bozukluğu (%1,31) ve panik atak (%1,31) olmasından dolayı bebeğini reddettiği öğrenildi.

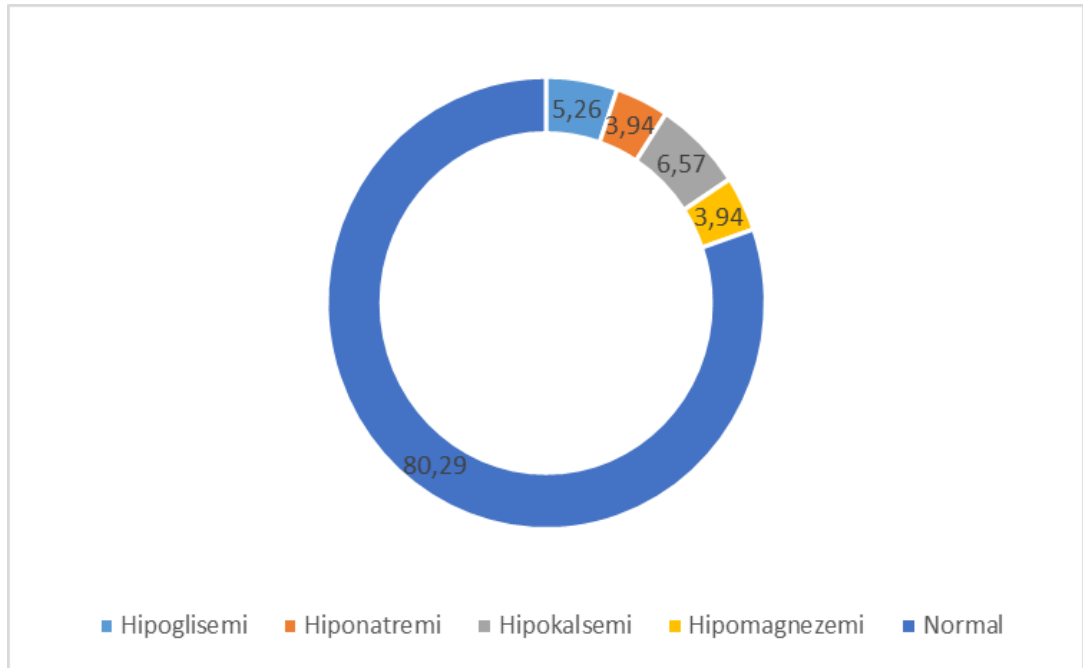


**Şekil 3.** Çalışma grubundaki annelerinin kötü alışkanlıklarının dağılımı (%)



**Şekil 4.** Annelerin bebeklerini terk etmesine neden olan ana risk faktörleri (%)

Bebeklerin yoğun bakıma kabullerinde rutin bakılan tam kan sayımı, biyokimya ve serolojisi değerlendirildiğinde; tam kan sayımlarının normal olduğu, C-Reaktif Protein (CRP) yüksekliğinin (>10 mg/L) 8 bebekte olduğu (%10,52) ve diğer biyokimyasal değerlerin analizinde ise bazı bebeklerde elektrolit bozukluğu olduğu görüldü. Dört bebekte hipoglisemi (%5,26), üç bebekte hiponatremi (%3,94), beş bebekte hipokalsemi (%6,57) ve üç bebekte hipomagnezemi (%3,94) görülürken hiçbir bebekte hipokalemi görülmedi (Şekil 5). Serolojik değerlendirmede ise Toksoplazma IgM, Rubella IgM, Sitomegalovirüs (CMV) IgM, HSV Tip 1 ve Tip 2 IgM ve Anti-HIV (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü, Human Immunodeficiency Virus) sonuçlarının negatif saptandığı görüldü. On iki bebekte Toksoplazma IgG (%15,78), 40 bebekte Rubella IgG (%52,63), 10 bebekte CMV IgG (%13,15), 7 bebekte HSV Tip 1 ve Tip 2 IgG (%9,21), 6 bebekte HBsAg (%7,89) ve 1 bebekte Anti-HCV (%1,31) pozitif saptandı (Tablo 2).



Şekil 5. Çalışma grubundaki bebeklerde saptanan elektrolit bozuklukların dağılımı (%)

**Tablo 2.** Çalışma grubundaki bebeklerin tam kan sayımı, biyokimya ve seroloji sonuçları

Değişkenler		n = 76	
Tam Kan Sayımı		Ortalama ± SS	Ortanca (Min-Maks)
Hb, g/dL		17,2±2,0	17 (12,7-23,2)
Hct, %		51,9±6,2	50,8 (38,3-71,3)
Beyaz küre sayısı, mm <sup>3</sup>		16388±4374	15550 (8400-28300)
Trombosit sayısı, mm <sup>3</sup>		257750±63091	253500 (74000-424000)
Biyokimya		n	%
CRP yüksekliği (CRP >10 mg/L)		8	10,52
Hipoglisemi (Glukoz <45 mg/dL)		4	5,26
Hiponatremi (Na <130 mmol/L)		3	3,94
Hipokalemi (K <3,5 mmol/L)		-	-
Hipokalsemi (Term Ca <8 mg/dL; Preterm Ca <7 mg/dL)		5	6,57
Hipomagnezemi (Mg <1,5 mg/dL)		3	3,94
Seroloji		n	%
Tokso plazma (+)	IgM	-	-
	IgG	12	15,78
Rubella (+)	IgM	-	-
	IgG	40	52,63
CMV (+)	IgM	-	-
	IgG	10	13,15
HSV Tip 1 ve Tip 2 (+)	IgM	-	-
	IgG	7	9,21
HBsAg (+)		6	7,89
Anti-HCV (+)		1	1,31
Anti-HIV (+)		-	-

Çalışma grubundaki tüm bebeklere yoğun bakımdaki izlemleri sırasında USG yapılmış, 8 bebekte (%10,52) transfontanel ve 14 bebekte (%18,42) abdominal USG’da patoloji saptandı. Ayrıca kardiyolojik değerlendirme amacıyla 16 bebeğe (%21) EKO yapıldığı görüldü. EKO sonuçlarına bakıldığında 10’unda (%62,5) patent foramen ovale (PFO), 2’sinde (%12,5) pulmoner stenoz (PS) saptanırken 4’ü (%25) normal olarak yorumlanmıştır.

**Tablo 3.** Çalışma grubundaki bebeklerin görüntüleme sonuçları

Değişkenler	n = 76	
	n	%
<b>Transfontanel USG</b>		
Koroid pleksusta kistler	2	2,63
İntrakranial kanama (Evre II)	2	2,63
Bilateral hornlarda dilatasyon	1	1,31
Megasisterna magna	1	1,31
Bilateral beyaz cevher ekojenite artışı	1	1,31
Chiari malformasyonu (Tip II)	1	1,31
<b>Abdominal USG</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Hidronefroz (Evre I)	8	10,5
Hidronefroz (Evre II)	3	3,94
Hipertofik pilor stenozu	1	1,31
Tek taraflı sürrenal kanama	1	1,31
Renal piramislerde ekojenite artışı	1	1,31
<b>EKO (n=16)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
PFO	10	62,5
PS	2	12,5
Normal	4	25

## 5. TARTIŞMA

Türkiye'de terkedilmiş bebekler üzerinde yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, bebek ölüm nedenlerini inceleyen bir çalışmada geç neonatal ölümlerin %0,1'i ihmal ve istismarla ilişkilendirildiği rapor edilmiştir. Adli Tıp raporlarına dayanan bir çalışmada Türkiye'de ölen 0-1 yaş arası ölen 328 bebeğin %8'i istismar ve ihmal vakalarıydı (72).

Alexandra Gheorghe ve arkadaşlarının Danimarka'da 1997'den 2008'e kadar olan dönemi kapsayan bir çalışmada, adli olarak bilinen terk edilmiş yenidoğan bebek cesetlerini rapor etmişlerdir. On bir yenidoğan bebek cesedinin bulunduğu, özelliklerini ve vakaların durumunu otopsi raporlarının incelenmesi sonucu; yenidoğan bebeklerini terk eden kadınların ortalama 22 yaşında olduğu ve otopsi yapılan yenidoğan bebeklerden beşinin terk edildiklerinde hayatta olduğu düşünülmüştür. İki vakada yenidoğan bebeklerin kardeş oldukları ve aynı anne tarafından terk edildikleri rapor edilmiştir. Yenidoğan bebeklerden üçte ikisi kızdı (%66,6). Yaygın olarak plastik torba içinde bırakılmış oldukları (~%60) ve bulduklarında sadece bir bebeğin kıyafetli olduğu, ölüm nedenlerinin ise genellikle asfiksi, beyin hasarı veya bilinmeyen bir nedenle olduğu gösterilmiştir. Konjenital malformasyonun olmadığı yapılan araştırmada yenidoğan bebeklerin üçte ikisinde şiddet belirtilerinin görüldüğü rapor edilmiştir (1). Lee ve arkadaşlarının Hong Kong'da yaptığı bir çalışmada iki yenidoğan ölümü ve ölümden kurtarılan iki yenidoğan olgusu sunulmuştur. Ölen vakalardan birisinin hastanede doğumdan sonra boğularak öldüğü ve diğerinin hayatla bağdaşmayan konjenital malformasyonlar sebebiyle öldüğü gösterilmiştir. Ölümden kurtarılan bebeklerden birinin çöp kutusuna terk edildikten sonra bulunduğu, diğerinin ise panik halindeyken annesinin erkek arkadaşı tarafından klozetten kurtarıldığı belirtilmiştir. Bebeklerin anne kimliklerinin bilindiği üç vakada kadınlar 13, 17 ve 22 yaşlarında idi. Bu vakaların evlilik dışı, ensest ve gizli olması, tüm vakalarda gebeliklerin inkar edilmesi veya gizli tutulduğu görülmüştür. Doğum sırasında ise annelerde psikiyatrik belirtilere rastlanılmamıştır (80). Guha ve arkadaşlarının bir çalışmasında 'bilinmeyen' olarak kabul edilen ve son üç yılda terkedilmiş on bir bebek değerlendirilmiş ve %73'ünün

yenidoğan döneminde terk edildiği ve %91 sağ kalım oranı sağlandığı, altı bebeğe (%54,5) başvuru sırasında acil müdahale gerektiği gösterilmiştir (81). Terkedilen her erkek bebek başına 2,6 kat kız bebek olması bu durumda cinsiyet farkına göre kızların daha çok maruz kaldığını göstermektedir (82). Friedman ve arkadaşları tarafından neonatisit vakalarını araştırdığı makalesinde sanayileşmiş ülkelerde yenidoğan katili suçlularının özellikle anne olduğunu göstermiştir. Neonatisitlerin çoğunlukla yoksul, nispeten genç, doğum öncesi bakımdan yoksun ve bekar kadınlar tarafından işlendiğini belirtmiştir. Bu trajedileri önlemeye yönelik çabaların en önemlisi gelişmiş cinsel eğitim ve kontraseptif erişiminin önemi şeklinde sıralanmıştır (83). Vellut ve arkadaşlarının çalışmasında neonatisit ile gebeliğin reddi arasındaki ilişkinin sıklığını analiz etmiş ve Fransada 32 neonatisit vakasının 22'sinin anne tarafından işlendiğini vurgulamıştır. Buradaki annelerin yaş ortalamasının 26 olduğu, 17'sinin iş sahibi, 13'ünün multipar ve 11'inin çift ilişki yaşadığı belirtilmiştir. Kişilik profili incelemesinde psikolojik açıdan annelerde olgunlaşmada eksiklik, bağımlılık, zayıf benlik algısı, duygusal desteğin yokluğu, psikolojik izolasyon ve eşleriyle zayıf iletişim görüldüğüne yer verilmiştir (84). Sherr ve arkadaşlarının Birleşik Krallık'ta terk edilmiş bebekler isimli çalışmasında medya raporları kullanılmıştır. Değerlendirmede yılda ortalama 16 bebeğin terk edildiği, yedi yıllık süre içinde 124 bebeğin kimliğinin belirlendiği, bunların 96'sının (%77,4) bir haftadan küçük ve 28'nin (%22,6) bir haftadan büyük olduğu gösterilmiştir. Hayatta kalmada en güçlü faktörler bebeğin terkedilme yaşı ve bulunabilirlik olduğu vurgulanmıştır. Daha küçük bebeklerde diğerlerine göre hayatta kalma olasılığı daha az olup bebeklerin çoğu (%74) açık havada terk edilmişti. Bulunanların %92'si bırakıldıktan sonraki 3 gün içinde bulunmuştu (84). Bizim çalışmamızda olguların analizi tamamen hastanede terkedilme ve bebeğin reddi şeklinde olduğu için literatürün aksine bebeklerin tamamına yakınına sağlıklı bir şekilde sosyal hizmetlere bakım amaçlı verildiğini biliyoruz. Bu bebeklerden sadece biri prematüre doğmasına bağlı dış merkezde kaybedildi. Dolayısıyla bizim olgularımızda “neonatisit” terminolojisini kullandığımız terkedilmeye bağlı bir ölüm meydana gelmemiştir. Çalışmanın yapıldığı yıllarda ilimizde hastane dışında terk edilen bebeklerin verilerine ulaşamamıştır. Ayrıca bazı çalışmalarda belirtildiği gibi bizim

olgularımızda terk edilen bebeklerde kız oranı daha fazla değildi.

Karaçam ve arkadaşlarının 'Gazetelerde yayınlanan bebek ölüm ve istismar haberlerinin incelenmesi' adlı çalışmasının amacı, gazetelerde çıkan haberlerdeki terk edilmiş bebeklerin hikayelerini incelemektir. Bu retrospektif betimleyici çalışmada, gazetelerdeki bebek ölümleri ve istismar hikayeleri incelenerek yayımlanmıştır. 2013-2014 yılları arasında yayınlanan 80 haberde, 88 bebek olduğu bildirildi. Bu bebeklerin 28'i (%31.82) terk edilmişti. Terkedilmiş bebeklerin 25'i ölmüştü. Bebeklerin 23'ü yenidoğan ve çoğu evli olmayan annelerin (n:12) çocuğuydu ve bilinmeyen kişiler (n:14) tarafından ölüme terkedilmişlerdi. Bu bulgular terk edilmiş bebeklerin ölüm riskinin ne kadar yüksek olduğunu ortaya koymuştur (72). Türkiye'de çocuk koruma ile ilgili önemli yasal düzenlemeler mevcut ve anneler bebeğini doğum yaptığı hastanede terk edebiliyor. Sağlık çalışanlarının bebeklerin güvenli bir şekilde terk edilmesi ile ilgili mevcut mevzuatı bilmesi ve annelere bu konuda öneride bulunulması hayati önem taşımaktadır. Bizim çalışmamızın popülasyonunu da hastanede terk edilen bebekler oluşturmaktadır.

Sağlık çalışanları bebeklerin sağlığını korumak ve geliştirmek için hamilelik ve doğum sırasında ve doğumdan sonra önemli göreve sahiptirler. Bebeklerin terk edilmesi ve bunun sonucunda oluşacak ölümlere karşı önlem almak ancak istenmeyen gebelikleri önlemekle mümkündür. Buna göre, genç ve evli olmayan kadınlar gibi risk grupları arasında etkin aile planlamasının kullanımını artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlamak gerekli ve önemlidir. Bu kapsamda eğitim ve danışmanlık özellikle lise ve üniversite öğrencilerine, madde bağımlısı olan annelere, zihinsel veya bedensel engelli çocukları olan ebeveynlere ve herhangi bir okula gitmeyen ergenlik çağındaki çocuklara hizmet verilebilir. Ayrıca, sağlık çalışanları özel hasta popülasyonlarında gebeliğini inkar etmeye çalışan kadınları belirlemeye çalışmalı, dikkat etmeli, bebek terkinin ve ölümlerini önlemek için sosyal hizmetler müdürlüğü, sivil toplum kuruluşları ve polis ile işbirliği içinde çalışması gerekir (72).

Çalışmamızda adolesan gebelik varlığı, evlilik dışı, istenmeyen, tecavüz nedenli gebelikler bebeğin başlıca terk edilme sebepleri olarak değerlendirildi. Gebe ve toplum sağlığı için alkol, sigara ve madde bağımlılığı gibi kötü alışkanlıkların

azalmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Öğrencilik döneminden başlayarak cinsel eğitim ve kontraseptif erişiminin kolaylaştırılması ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Kız çocuklarının bedensel, eğitsel, psikososyal gelişimlerini, sağlıklı bir kişilik kazanmalarını sağlamak ve onları korumamız gerektiğini düşünmekteyiz.

## 6. SONUÇLAR

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sosyal Hizmetler Biriminin kayıtlarına göre doğumdan sonra istenmeyen, YYBÜ'nde yatırılarak izlenen ve kurum bakımına verilen 76 olgunun sonuçları aşağıdaki şekildedir:

### **Bebeğe ait değişkenler:**

- ✓ Olguların 36'sı (%47,4) kız, 40'ı erkek (%52,6) idi.
- ✓ Doğum şekline göre %52,6'sı NSVD, %47,4'i sezaryen ile doğmuştu.
- ✓ Gestasyonel yaş ortalama  $37,3 \pm 2,2$  hafta olmakla olguların %27,63'ü prematüre idi.
- ✓ Ortalama doğum ağırlığı  $2927 \pm 572$  gram olmakla birlikte bebeklerin %19,73'ü düşük doğum ağırlığına sahipti.
- ✓ Apgar 1.dk ve Apgar 5.dk skoru ortanca 7 (3-8) ve 8 (4-9) idi.
- ✓ Yatış süresi ortalama  $8,5 \pm 6,8$  gün idi.
- ✓ Tam kan sayımlarının normal olduğu, CRP yüksekliğinin 8 bebekte olduğu (%10,52) ve diğer biyokimyasal değerlerin analizinde ise bazı bebeklerde elektrolit bozukluğu olduğu görüldü.
- ✓ Dört bebekte hipoglisemi (%5,26), üç bebekte hiponatremi (%3,94), beş bebekte hipokalsemi (%6,57) ve üç bebekte hipomagnezemi (%3,94) görülürken hiçbir bebekte hipokalemi görülmedi.
- ✓ Serolojik değerlendirmede ise Toksoplazma IgM, Rubella IgM, CMV IgM, HSV Tip 1 ve Tip 2 IgM ve Anti-HIV sonuçlarının negatif saptandığı görüldü.
- ✓ On iki bebekte Toksoplazma IgG (%15,78), 40 bebekte Rubella IgG (%52,63), 10 bebekte CMV IgG (%13,15), 7 bebekte HSV Tip 1 ve Tip 2 IgG (%9,21), 6 bebekte HBsAg (%7,89) ve 1 bebekte Anti-HCV (%1,31) pozitif saptandı.
- ✓ 8 bebekte (%10,52) transfontanel ve 14 bebekte (%18,42) abdominal USG'da

patoloji saptandı.

- ✓ EKO sonuçlarına bakıldığında 10'unda (%62,5) patent foramen ovale (PFO), 2'sinde (%12,5) pulmoner stenoz (PS) saptanırken 4'ü (%25) normal olarak yorumlanmıştır.

### **Anneye ait değişkenler:**

- ✓ Adolesan gebelik (10-19 yaş) 24 olguda (%31,57) görüldü.
- ✓ Sadece annelerin %11,84'ü evli idi.
- ✓ %98,68'i evlilik dışı, %96'sı istenmeyen, %22,36'sı tecavüz ve %2,63'ü ensest ilişkiden kaynaklanan gebeliklerdi.
- ✓ Bulaşıcı hastalıklardan %9,21 annede Hepatit B, %1,31'nde Hepatit C, %2,63'nde HSV Tip 1 ve 2 ve %1,31'nde VDRL pozitif saptandı.
- ✓ Kötü alışkanlıklar olarak annelerin %55,2'sinde sigara, %19,73'nde alkol ve %14,47'sinde madde kullanımı öyküsü vardı.
- ✓ Annelerin %3,94'ünde davranışsal bozukluklar, %1,31'nde panik atak ve %1,31'nde bipolar bozukluk olduğu görüldü.

Çalışmamızdan çıkan sonuçlara baktığımızda annelerin bebeklerini intrauterin dönemde ihmal etmesine bağlı bebeklerin yaklaşık dörtte birinin prematüre ve düşük doğum ağırlığına sahip olduğu görüldü. Bunun için en önemli risk faktörünün annelerin adolesan olmasının (%31,57) ve gebeliklerin takipsiz olmasından kaynaklandığı düşünüldü. Bebeklerin yaklaşık üçte birinde USG ve EKO'da anormal sonuçların gözlemlendiği ve bebeklerin %20'sinde elektrolit bozukluğunun olduğu görüldü. Bebeklerin yoğun bakım ihtiyacının çok fazla olmadığı ancak sosyal hizmetlerle ilgili planlamalar sebebiyle yatış süresinin uzadığı görüldü. Çalışma grubundaki annelerin önemli bir kısmının sigara, alkol ve madde bağımlılığı gibi kötü alışkanlıklara sahip olduğu görüldü. Annelerin ayrıca normal toplumdaki sıklığından daha fazla oranda Hepatit B, HSV, Sfiliz ve Hepatit C gibi

bulaşıcı hastalıklara sahip olduğu görüldü. Terkedilme sebeplerini ele aldığımızda en çok evlilik dışı gebeliklerden olması, istenmeyen gebelik, tecavüz gebeliği ve ensest ilişki sonucu gebeliklerden olması şeklinde sıralandı. Çalışmamızda yer alan ayrı senelerde doğan üç bebeğin aynı anneden doğduğu dikkati çekti.

## 7. KAYNAKLAR

1. <https://www.acibadem.com.tr/tibbi-birim/perinatoloji-ve-yuksekk-riskli-gebelikler>, Erişim tarihi: 15.05.2021.
2. Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu S. Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 3(2),29-35.
3. Polat O. 20 Kasım Çocuk Hakları Günü: Çocuk İstismarı. Erişim adresi: [http://www.0-18.org/haftanin\\_yorumu/arsiv.htm](http://www.0-18.org/haftanin_yorumu/arsiv.htm) 089, 2005 Erişim tarihi: 15.15.2021.
4. Turhan E, Sangun Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006, 15(9), 153 - 157.
5. Bayraktar, S. İnsanlığın kanayan yarası çocuk istismarı ve ihmali. Nobel Tıp Kitabevi 2015.
6. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. UNICEF Türkiye, 2004. <http://www.unicef.org/turkey/pdf/cr23.pdf> Erişim tarihi: 15.05.2021
7. Polat H. Türk hukukunda çocukların cezai sorumluluğu ve yargılanmalarındaki özellikler üzerine bir inceleme. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2010,23(90):64-100.
8. Topçu, S. Cinsel istismar. Ankara: Phoenix Yayın evi 2009b.
9. Savaşçı, Bilgehan Yazar, (Tez Danışmanı Devrim GÜNGÖR). Çocukların cinsel istismarı suçu. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, 2012.
10. [https://www.academia.edu/download/35231832/TURKIYEDE\\_COÇUK\\_OLM\\_ANIN\\_TARIHI\\_DOGAN\\_KARDES\\_DERGISI.pdf](https://www.academia.edu/download/35231832/TURKIYEDE_COÇUK_OLM_ANIN_TARIHI_DOGAN_KARDES_DERGISI.pdf) Erişim tarihi: 10.08.2021
11. Şehirli, Y. A. ve Ergin, A. Z. Öğretmen adaylarının çocuk haklarına yönelik tutumları. Balkan Eğitim Araştırmaları 2017, 188, 101-112.

12. Finkelhor D & Korbin, J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse & Neglect* 1988, 12(1), 3-23.
13. Polat, O. Çocuk ve şiddet. İstanbul: Der Yayınları 2001.
14. Dinç H, Biçkin İ, Aycı E. Uygulamada aile hukuku ve çocuk haklarına ilişkin uluslararası sözleşmeler: evlenme, velayet, vesayet, nesep, nafaka, miras, çocuk hakları, kadın hakları, adli yardım, tanıma-tenfiz. Adalet Yayınevi 2004.
15. Çakıcı M. Çocuk istismarının Madde Kullanımına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi,2002.
16. Yörükoğlu A. Değişen Toplumda Aile ve Çocuk. İstanbul, Özgür Yayınları, 1997 (6):220–222.
17. Yıldız Ö. Türkiye’de çocuk işçi sorununun toplumsal görünümü. *Journal Of Qafqaz university* 2006, 18:134-39.
18. Polat, O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı: Tanımlar. Ankara: Seçkin Yayınları, 2007 (1):26-27, 13, 329–339, 159–186, 291–310.
19. Yılmaz A. Çocuk İstismarı ve İhmali: Risk Faktörleri ve Çocukların Psiko Sosyal Gelişimi Üzerindeki Etkileri. *Civil Academy Sosyal Bilimler Dergisi* 2009, 7 (1):63- 79.
20. Odacı H, Türkkan, T. Cinsel İstismar Şüpheli Bulunan Çocukla Görüşme: Öğretmenler ve Okul Psikolojik Danışmanları Nasıl Davranmalı ve Neler Yapmalı?. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2021, 19 (1), 685-706.
21. Ördem OA. Çocuğa Yönelik Cinsel İstismar: Türkiye’de Medyada Temsili. *Sosyoloji Notları* 2019, 3(2), 35-46.
22. McCoy, M. L., & Keen, S. M. *Child abuse and neglect*. Psychology Press 2013.
23. Havelin K. *Child abuse ‘Why do my parents hit me?’*,1st ed. USA, Capstone Press, 2000.
24. *Definitions Of Child Abuse And Neglect*. Child Welfare Information Gateway, Children’s Bureau.<https://www.childwelfare.gov/topics/can>. Erişim tarihi: 15.05.2021.

25. Pelcovitz D, Kaplan SJ, Ellenberg A, Labruna V, Salzinger S, Mandel F, Weiner M. Adolescent physical abuse: age at time of abuse and adolescent perception of family functioning. *J Fam Violence* 2000, 15(4):375-389.
26. Juettner B. *Child Abuse Hot Topics*, 1 st ed. United States of America, Lucent Books, 2009:28-32.
27. Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Sage journal*,2011, 100:264-272.
28. Beyaztaş, F. Y., Özen, B., & Bütün, C. Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi [The Evaluation of the Physical Child Abuse]. *Medicine Science*, 2014. 3(2), 1315-1331.
29. Oral R, Hancı İH. İzmir'de eğitim hastanelerinde çocuk istismarı tanısı alan olgularla ilgili İzmir çocuk istismarı araştırma grubunun on sekiz aylık deneyimi. *Türkiye'de çocuk istismarı serileri, İzmir Dr. Behçet Uz Hastanesi olguları 2004,İzmir*.
30. McKee, BE ve Dillenburger, K. Çocuk istismarı ve ihmali: Öğretmen adaylarının eğitim ihtiyaçları. *Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi* 2009, 48 (5), 320-330.
31. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekim Bülteni* 2004,3:76-80.
32. Şahin F, Vatandaş N, Demirel B. ve ark. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. Çocuk istismarının tanımı, epidemiyolojisi, multidisipliner yaklaşımın önemi, istismar tipleri, cezai yaptırımını, sosyal hizmet yaklaşımı. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1. Baskı. 2006.
33. Uğur Baysal S. İhmal, İstismar ve Çocuk. İçinde: Tüzün Ü, Hergüner S. (Editörler). *Çocuk Hastalıklarında Biyopsikososyal Yaklaşım*, İstanbul, Epsilon Yayıncılık, 1. Baskı, 2007: 493-495.
34. Polat O. *Klinik Adli Tıp, Adli Tıp Uygulamaları, Kadına Yönelik Şiddet, Çocuk İstismarı*. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 6. Baskı, 2013: 85-133.

35. Blumenthal, I. Shaken baby syndrome. Postgraduate medical journal, 2002, 78(926), 732-735.
36. National Center on Shaken Baby. Syndrome.  
<http://www.dontshake.org/sbs.phptopNavID=3&subNavID=27&navID=94>  
Erişim tarihi: 05.05.2021.
37. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004,47:140-51.
38. İnce T, Yurdakök K. Munchausen by Proxy Sendromu; Ağır bir Çocuk İstismarı Formu. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2014,3:165-170.
39. Terry L. Fabricated or induced illness in children. Paediatr Nurs 2004;16:14-8.
40. Özdemir FD, Özmert E, Balseven OA, Evinç SG, Tekşam Ö, Gökler B. The analysis of child abuse and neglect cases assessed by multidisciplinary study group between 2005- 2008. The Turkish pediatrics 2012,54:333-43.
41. Polat O. Şiddet, Ankara Şeçkin Yayın evi, 1. Baskı. 2015.
42. Beyaztaş, F. Y., Özen, B., & Bütün, C. Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi [The Evaluation of the Physical Child Abuse]. Medicine Science 2014,3(2), 1315-1331.
43. Dökmen, Ü. Evde, okulda, ekranda çocukları duygusal istismar. Cumhuriyet Bilim ve Teknik Dergisi, 1995, 426(20), 2.
44. Child Abuse & Neglect: Definition.[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/neglect/en/print.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/neglect/en/print.html) Erişim tarihi: 15.05.2021.
45. Akyüz, E. Ulusal ve uluslararası hukukta çocuğun haklarının ve güvenliğinin korunması. Ankara: Milli Eğitim Basımevi 2000.
46. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004, 35:82-86.
47. Uysal A, Özsoy A. Öğretmenlerin Çocuk İstismar ve İhmalini İçeren Küçük Öyküler Üzerine Görüş ve Tutumları. Çocuk Forumu 2003; 6:34-46.

48. Karaman Y. İlkokul Öğretmenlerinin Gözlemlerine Göre Çocukların Aileleri Tarafından İstismarı Ve İhmali. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi,1993.
49. Polat O, İnancı MA, Aksoy ME. Adli Tıp Ders Kitabı, İstanbul: Nobel Yayınevi, 1. Baskı, 1997:315-339.
50. Kempe, R. S., & Kempe, C. H. Child Abuse. Fontana. Jhtn boos, London, 1978, 157, 157.
51. Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. Child Abuse And Neglect: A Clinician's Handbook,2 nd ed. Edinburg, Churchill Livingstone, 1993: 119-137.
52. Egemen A.: Türkiye'de çocuklarda cinsel istismar olgusuna yasal ve sosyal yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1993, 36:285-288.
53. Kairys SW, Alexander RC, Block RW. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics 1999, 103:186-191.
54. Erdoğan A. ve ark. Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011,12(1):55.
55. Adalı NY, Erden G. (Tez Danışmanı). 10-12 yaş grubu çocuk istismarı ebeveyn ve çocuk bilgilendirme çalışması Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 2007.
56. Yılmaz B. Çocuklukta cinsel istismar. Türk Psikoloji Bülteni 2002, 8(24-25):74-77.
57. Hancı H, Özdemir Ç. Çocuk cinsel istismarı. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted,)2001, 10(10):389-390.
58. Görgün Baran A, Paksoy Erbaydar N. Yasak cinsel ilişki: Ensest 2015.
59. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk ve cinsel istismar. Adli Psikiyatr Dergisi 2006, 3(1):9-14.
60. Çocuk ihmal ve istismarının Önlenmesi, [www.Sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc](http://www.Sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc), Erişim tarihi:15.05.2021.

61. Yılmaz G. Çocuk istismarı ve ihmali nedir. Çoluk Çocuk Dergisi 2006, 56: 32-33.
62. Sezgin AU. Ensestin Psikososyal ve Adli Yönden İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi,1993.
63. Runyan D, Corrine W, Ikeda R. Child Abuse and Neglect by Parents and Other Care givers. World Health Organization, 2002: 57-86.
64. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi, Evaluation of child abuse and neglect. Archives Medical Review Journal 2013, 22(4):591-614.
65. Şahin, F. Çocuk ihmali: Tanı ve tedavide hekimler için ipuçları. Klinik Pediatri Dergisi, 2002, 1(3), 103-106.
66. Yarar, F., & Yarış, F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2011, 15(4).
67. Aral N, Gürsoy F, Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Dergisi 2001,151:36-39.
68. Ekşi A. Ben Hasta Değilim. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 1. Baskı. 1999:531-540.
69. Polat O. Ailenin ve Aile İçerisindeki Çocuğun Korunması ve Çocuğun Statü Komisyonu Raporu 1. İstanbul Çocuk Kurultayı, İstanbul Çocuk Raporu. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi,2000.
70. Akduman GG. Okul öncesi eğitimin tanımı ve önemi, İçinde UB. Gülden Editör. Okul Öncesi Eğitime Giriş, Ankara, Pegem Yayıncılık, 1. Baskı. 2010.
71. Gheorghe A, Banner J, Hansen SH, Stolborg U, Lynnerup N , Abandonment of newborn infants: a Danish forensic medical survey 1997- 2008. Forensic Sci Med Pathol 2011, 7: 317-321.

72. Karaçam Z, Sağlık M, Ögüt D, Examination of baby death and abuse news published in newspaper. *Journal of Istanbul University School of Nursing* 2015, 23(3), 185-194.
73. Pacquiao, D. F. Practices to address the social determinants of health. In *Social Pathways to Health Vulnerability* Springer, Cham. 2019, 237-246.
74. Cesario, S. K. Newborn abandonment: Would you know what to do?. *Nursing for Women's Health*, 2001;5(5), 42-48.
75. Rascovsky, A. *Filicide: The murder, humiliation, mutilation, denigration, and abandonment of children by parents*. Northvale, NJ: Jason Aronson 1995.
76. Bloch, H. Abandonment, infanticide, and filicide: An overview of inhumanity to children. *American Journal of Diseases of Children*, 1988, 142(10), 1058-1060.
77. Overpeck, M. D., Brenner, R. A., Trumble, A. C., Trifiletti, L. B., & Berendes, H. W. Risk factors for infant homicide in the United States. *New England Journal of Medicine*, 1998, 339(17), 1211-1216.
78. Williams M. Babies in the trash. *Washington Post*, p. 2000; A-31
79. Bradley, D. Perspectives on newborn abandonment. *Pediatric emergency care*, 2003, 19(2), 108-111.
80. Lee ACW, Li CH, Kwong NS, So KT. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy - Newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Hong Kong Medical Journal*. 2006;12(1): 61-4.
81. Guha, A., Rai, A., Gupta, D., & Mondal, R. Abandoned Babies at Tertiary Care Rural Medical College Hospital: The Indian Scenarios. *The Indian Journal of Pediatrics*, 2019; 86(4), 335-339.
82. Mehta MN. Physical abuse of abandoned children in India. *Child Abuse Negl.* 1982;6:171-5
83. Friedman SH, Resnick PJ. Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *Int J Law Psychiatry*, 2009;32: 43-47.

- 84.** Vellut, N, Cook J. M, Tursz, A. Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files. *Child abuse & neglect*, 2012; 36(7-8), 553-563.
- 85.** Sherr L, Mueller J, Fox Z. Abandoned babies in the UK - a review utilizing media reports. *Child Care Health Dev* 2009;35: 419-430

