

DOI: 10.4274/tpa.640

# Çocuk istismarı ve ihmali olgularımızın demografik ve klinik özellikleri: Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nin bir yıllık deneyimi

*Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases: one-year experience of The Hospital-Based Child Protection Team of Ege University, Turkey*

Feyza Koç, Sadık Aksit, Arda Tomba, Cahide Aydın\*, Güldane Koturoğlu, Saniye Korkmaz Çetin\*, Aslı Aslan, Oya Halıcıoğlu, Yusuf Erşahin\*\*, Tuncer Turhan\*\*, Ahmet Çelik\*\*\*, Ender Şenol\*\*\*\*, Sinan Kara\*\*\*\*\*, Ufuk Solak

*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

*\*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

*\*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

*\*\*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

*\*\*\*\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

## Özet

**Amaç:** Çocuk istismarı olgularının tanınmasında ve yönetilmesinde en uygun yaklaşım çok merkezli bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Bu çalışmada çocuk istismarı tanısı alan olgularımızın demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Ağustos 2009-2010 yılları arasında Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'ne yönlendirilip çocuk istismarı tanısı alan olguların demografik ve klinik özellikleri geriye dönük olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Bu çalışmada çocuk istismarı tanısı alan yaşları 1-17 yaş arasında değişen 46'sı (%51,7) kız, 48'i (%48,3) erkek toplam 89 çocuk değerlendirildi. Cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmali oranları sırasıyla %49, %25, %11, %14 bulundu. İstismarı gerçekleştiren kişi fiziksel istismar olgularının %67'sinde baba iken, cinsel istismar olgularının %59'unda yabancı birisinin olduğu saptandı. Fiziksel istismar kız ve erkek cinsiyette eşit sıklıkta iken, cinsel istismar olgularının çoğunluğunu (%56,8) kız çocukları oluşturmaktaydı.

**Çıkarımlar:** Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ilgi ve duyarlılığın artması ile birlikte tanı alan olgu sayısında artış olmuştur ve pek çok hastanede çocuk koruma birimleri "multidisipliner" olarak hizmet vermeye başlamıştır. Bütün bunlar olumlu gelişmeler olsa da, ülkemizde çocuk istismarı olgularının tanınması ve doğru yönlendirilmesi konusunda daha alınacak çok yol vardır. (*Türk Ped Arş 2012; 47: 119-24*)

**Anahtar sözcükler:** Çocuk, istismar, multidisipliner

## Summary

**Aim:** Cases of child abuse and neglect (CAN) should be ideally managed by a multidisciplinary team. In the present study, our aim was to review the demographic and clinical features of cases of child abuse and neglect followed-up by the Child Protection Team of Ege University, Izmir, Turkey.

**Material and Method:** The data of the cases of CAN referred to the multidisciplinary team of Ege University between August 2009 and 2010 were retrospectively reviewed. The demographic and clinical characteristics of the cases were summarized.

**Results:** There were a total of 89 CAN cases evaluated by the team in our hospital during the last 12 months. The age of the cases ranged from 1 to 17 years, and 43 (48.3%) of them were male, while 46 (51.7%) were female. The sexual, physical and emotional abuse rates were 49%, 25% and 11% respectively, while 14% of them were diagnosed as pure neglect cases. The fathers were offenders in 67% of cases of physical abuse and in 9% of cases of sexual abuse. However, an extra-familial person was the perpetrator in 59% of the cases of sexual abuse.

**Conclusions:** Recently, the number of reported CAN cases in our country has increased after the increase in the awareness of the public about this subject and multidisciplinary child protection teams have been established within hospitals. However, there is a long way to go, although remarkable improvements have been observed in the last decade. (*Turk Arch Ped 2012; 47: 119-24*)

**Key words:** Abuse, child, multidisciplinary

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Feyza Koç, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Tel: +90 232 390 13 69 Faks: +90 232 388 18 80 E-posta: feyzaumaykoc@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 14.06.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 21.07.2011

*Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından basılmıştır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing*

## Giriş

Tarih boyunca olduğu gibi günümüzde de çocuk istismarı her toplumda rastlanılan ve evrensel boyutu olan bir sorundur. Çocuk istismarı genel olarak, çocuğun yaşamı, sağlığı ve gelişimini olumsuz etkileyen (zarar veren ya da zarar verme olasılığı olan) her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranma, cinsel istismar, ticari ya da başka bakımlardan sömürü olarak tanımlanır (1). Tıp dünyasında ilk kez 1946 yılında Caffey adlı bir radyolog tarafından tanımlanmıştır (2). Çocuk istismarı sıklığını belirlemek oldukça zordur ve aynı zamanda ülkeden ülkeye sıklık çok farklılıklar göstermektedir. Yapılan bir çalışmada dünyadaki 29 ülkeden bildirilen rakamlara göre çocuk istismarı sıklığı ortalama 16,3/1000 olarak bildirilmiştir (3). Dünya Sağlık Örgütü her yıl 15 yaş altında 31000 çocuğun yaşamını bu nedenle yitirdiğini bildirmektedir (4). Çocuk istismarı konusunda yaşanan en büyük sorunlar bu olguların tanınmamasından ve tanımlanan olguların yanlış yönetilmesinden kaynaklanmaktadır. Çocuk istismarı olgularının tanınmaması ise bu çocukların kronik istismarına ve hatta ölümüne yol açabilir. Çocuk istismarı olgularının tanınmasında ve yönetilmesinde en uygun yaklaşım ise çok merkezli bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Ülkemizde son yıllarda çocuk istismarı konusuna ilgi ve duyarlılık artmıştır. Birçok hastane içinde "Çocuk Koruma Birimleri" kurulmuştur. Bu birimlerin içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından doktorlar (çocuk sağlığı, çocuk psikiyatrisi, çocuk cerrahisi, adli tıp, beyin cerrahisi, ortopedi, göz) dışında mutlaka sosyal hizmet uzmanı da bulunmak zorundadır (5).

Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi (EÇOK) yukarıda belirtildiği gibi çok merkezli bir birim olarak çalışmaktadır. Bu birimin içinde çocuk sağlığı, çocuk psikiyatrisi, çocuk cerrahisi, adli tıp, beyin cerrahisi, ortopedi, göz gibi farklı tıp alanları dışında, Sosyal Hizmet uzmanı ve psikolog da yer almaktadır. Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi çocuk istismarı olgularının tanımlanmasını, bu olguların yönetiminin ve izleminin en uygun şekilde yapılmasını sağlamaya çalışmaktadır. Biz bu yazıda 2009-2010 yılları arasında çocuk istismarı tanısı alan olgularımızın demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada Ege Üniversitesi Çocuk Koruma Birimi'nde Ağustos 2009-2010 yılları arasında çocuk istismarı tanısı alan 89 olgu geriye dönük olarak incelendi. Olguların yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, aile özellikleri (ekonomik durum, öğretim seviyesi, aile tipi) gibi sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Ayrıca istismar tipi, istismarın gerçekleştiği yer, istismarcının yaşı ve cinsiyeti de belirlendi. İstismar tiplerinin belirlenmesinde aşağıda yer alan tanımlar göz önünde tutuldu (1):

**1. Fiziksel istismar:** Çocuğa bir başkası tarafından uygulanan, gerçek fiziksel hasara neden olan ya da fiziksel hasara neden olma olasılığı olan eylemlerin tümü fiziksel istismardır.

**2. Cinsel istismar:** Çocuğa bir başkası tarafından uygulanan, cinsel haz amacıyla yapılan her türlü eylem cinsel istismar olarak tanımlanır. Ensest, tecavüz, çocuğu pornografi ve fuhuş malzemesi yapmaktan; teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, cinsel ilişki ya da pornografik film seyrettirme, cinsel organları okşama, oral sekse kadar değişen eylemler cinsel istismar yelpazesi içindedir.

Çalışmada cinsel istismara uğrayan olgularda, cinsel istismarın şeklini belirlemek amacıyla anal-penil penetrasyon, vajinal-penil penetrasyon, sadece genital bölgeye temas, cinsel taciz (vücudun herhangi bir bölgesini elle okşama ya da cinselliği kışkırtan konuşmalar) ve teşhircilik şeklinde sınıflandırma yapılmıştır.

**3. Duygusal istismar:** Çocuğa bakan kişilerin çocuğun ruhsal sağlığı ve gelişimini olumsuz etkileyen davranışları ve onun sağlıklı gelişimi için gereken uygun ve destekleyici bir ortamı sağlamamasıdır.

**4. İhmal:** Anne babaların çocukların sağlıklı gelişimi için gerekli olan ihtiyaçlarını karşılama güçleri olduğu halde bunu yerine getirmemesidir.

İstatistiksel değerlendirme SPSS 13 programı ile yapıldı. Çalışmadaki verilerin sayı ve yüzde değerlerinin belirlenmesinde bu programdaki tanımlayıcı istatistik testleri kullanıldı.

## Bulgular

Bu çalışmada çocuk istismarı tanısı alan yaşları 1-17 yaş arasında değişen 46'sı (%51,7) kız, 48'i (%48,3) erkek toplam 89 çocuk değerlendirildi. Aile özellikleri incelendiğinde %77,5'inin il merkezinde yaşadığı, %57,3'ünün ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu, ailelerin %59,6'sının çekirdek aile olduğu belirlendi. Olguların annelerinin %58'inin ev hanımı olduğu, babalarının %85,4'ünün çalıştığı saptandı. Annelerin %68,5'i babaların ise %78,7'i ilkokul mezunuydu (Tablo 1).

Çalışmamızda 22 (%24,7) fiziksel istismar, 44 (%49,4) cinsel istismar, 10 (%11,2) duygusal istismar ve 13 (%14,6) ihmal olgusu saptandı (Tablo 2). Fiziksel istismar olan 22 olgunun 10'unda aynı zamanda duygusal istismar olduğu, cinsel istismar olan 44 olgunun dokuzunda duygusal istismar ve ikisinde ihmalde olduğu belirlendi.

Çalışma grubumuzdaki çocuklar Çocuk Koruma Birimi'ne çocuk sağlığı ve hastalığı klinikleri (n=42), çocuk psikiyatrisi kliniği (n=35) beyin cerrahisi kliniği (n=1), sosyal hizmetler müdürlüğü (n=8) ve polis tarafından (n=3) yönlendirilmişti.

Çocuk istismarını gerçekleştiren kişilerin yaş ortalaması 31±12 yaş olup %86,5'i erkekti. İstismar eden kişinin %33,7'sinin baba olduğu, %16,8'inin (n=15) ilaç-alkol bağımlısı olduğu, istismarcıların %36'sının ailesinde ebeveynler arası şiddet öyküsü olduğu saptandı. Aynı zamanda istismarcıların

35'inin (%39,3) daha öncesinde de çocuk istismarı gerçekleştirdiği belirlendi. (Tablo 3).

Fiziksel istismarın %66,7'si baba tarafından, cinsel istismarın %59,1'i yabancı bir kişi tarafından gerçekleştirilmişti (Tablo 4).

İstismar tiplerine göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde fiziksel istismara uğrayanların kız ve erkek cinsiyetlerde eşit oranda görüldüğü, ancak cinsel istismara uğrayanların %56,8'inin kız olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Cinsel istismar olgularımızın 18'inde (%41) genital temas, 10'unda (%22,7) taciz, sekizinde (%18,1) anal-penil penetrasyon, beşinde (%11,3) teşhircilik, üçünde (%6,8) vajinal-penis penetrasyonu olduğu belirlendi.

Fiziksel istismarda istismar şekli incelendiğinde olguların %95'inde tokat atarak cezalandırma olduğu, 16'sında (%17,9) bir araç olmaksızın ağır dövme şeklinde cezalandırıldığı belirlendi. Olgularımız arasında yanık, iç organ yaralanması, kırık, kesici alet yaralanması saptanmadı. Sadece bir olgu

sarsılmış bebek sendromu olarak tanı aldı. Fiziksel istismar tanısı alan çocukların 16'sında (%72) fiziksel bulguları normal olarak değerlendirildi, altısında (%28) fiziksel bakıda ekimoz saptandı. İhmal tanısı alan olguların %77'sinin 'çocuğu ev kazalarından koruyamama' şeklinde gerçekleştiği saptandı.

Olgularımız arasında sarsılmış bebek sendromu tanısı alan bir olgu dışında yatarak tıbbi tedavi gören olgu olmadı. Cinsel istismar tanısı alan dört olgunun daha önceden başlamış olan adli süreci devam ediyordu. Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne ve savcılığa 60 (%67,4) olgunun bildirim yapıldı. Bildirimi yapılan olguların dördünde adli süreçte istismarcı hapis cezası aldı. Ayrıca iki olgunun adli süreci, 17 olgunun Sosyal Hizmetler Müdürlüğü tarafından izlemi devam etmektedir. Fiziksel istismar tanısı alan bir olgu annesi ile birlikte Kadın Sığınma Evi'ne yerleştirildi. İhmal tanısı alan bir olgu için Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından koruma kararı çıkartıldı ve Çocuk Bakım Evi'ne yerleştirildi.

**Tablo 1. Çocuk istismarı olgularının sosyodemografik özellikleri**

	n=89	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	46	51,7
Erkek	43	48,3
<b>Yaş (yıl) (en küçük-en büyük)</b>	1-17	
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl merkezi	69	77,5
İlçe	14	15,7
Köy	6	6,7
<b>Ekonomik durum</b>		
Üst	6	6,7
Orta	51	57,3
Alt	32	36
<b>Annenin eğitim durumu</b>		
İlkokul	61	68,5
Ortaokul	10	11,2
Lise	10	11,2
Üniversite	8	9
<b>Babanın eğitim durumu</b>		
İlkokul	70	78,7
Ortaokul	5	5,6
Lise	12	12,4
Üniversite	2	3,4
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	53	59,6
Geniş	3	3,4
Parçalanmış	33	37
<b>İstismarın gerçekleştiği ortam</b>		
Ev	66	74
Okul	3	3,4
Sokak	17	19
Yurt	2	2,2

**Tablo 2. Çocuk istismarı tipleri**

	n=89	%
Fiziksel istismar	22	24,7
Fiziksel ve duygusal istismar	10	11,2
Cinsel istismar	44	49,4
Cinsel ve duygusal istismar	9	10,1
Cinsel istismar ve ihmal	2	2,2
Duygusal istismar	10	11,2
İhmal	13	14,6

**Tablo 3. İstismarcıların genel özellikleri**

Yaş (Ort±SS) (yıl)	31±12	
	n=89	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	77	86,5
Kadın	12	13,5
<b>Alkol-ilaç bağımlılığı</b>	15	16,8
<b>Aile içinde ebeveynler arası şiddet olması</b>	32	36
<b>Daha önce istismar öyküsü</b>	35	39,3
<b>İstismar eden kişi</b>		
Baba	30	33,7
Yabancı	28	31,5
Akraba	9	10,1
Anne	6	6,7
Annenin birlikte yaşadığı kişi veya erkek arkadaşı	4	4,5
Bakıcı	3	3,4
Üvey anne	1	1,1
Üvey baba	1	1,1
Kardeş	5	5,6

**Tablo 4. İstismar tiplerine göre istismar eden kişi**

	Fiziksel		Duygusal		Cinsel		İhmal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baba	15	66,7	4	40	4	9,1	7	53,8
Yabancı	1	4,8	1	10	26	59,1	0	0
Akraba	0	0	2	20	7	15,9	0	0
Anne	1	4,8	2	20	0	0	3	23,1
Anne partneri	2	9,5	0	0	2	4,5	0	0
Bakıcı	0	0	0	0	3	6,8	0	0
Üvey anne	1	4,8	0	0	0	0	0	0
Üvey baba	0	0	0	0	0	0	3	23,1
Kardeş	2	9,5	1	10	2	4,5	0	0

**Tablo 5. İstismar tiplerine göre çocukların cinsiyet dağılımı**

	Kız		Erkek	
	n	%	n	%
Fiziksel istismar	11	50	11	50
Cinsel istismar	25	56,8	19	43,2
Duygusal istismar	6	60	4	40
İhmal	5	38,5	8	61,5

## Tartışma

Ülkemizde hastanelerde kurulan çocuk koruma birimlerinin sayısının artması ile birlikte bu merkezlere başvuran olguların klinik ve sosyal özelliklerini bildiren yayınların sıklığı artmaktadır. Bu şekilde yapılan çalışmalar tüm Türkiye'deki çocuk istismarı olgularının genel özelliklerinin ve sıklığının tanımlanması için de çok önemlidir.

Brown ve ark. (6) çalışmasında çocuk istismarı olgularına ait risk etkenleri arasında parçalanmış aile, düşük ekonomik düzey ve annelerin eğitim seviyesinin düşük olmasının yer aldığı vurgulanmıştır. Bu çalışmadaki çocukların %37'sinin ailesinin parçalanmış, %36 ailenin de ekonomik seviyesinin düşük olduğu saptandı. Aynı zamanda bu çocukların annelerinin %68,5'inin, babalarının ise %78,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Türkiye'de yapılan bir çalışmada çocuk istismarı tanısı alan olguların %71'inin ailesinin çekirdek aile yapısında olduğu bildirilmiştir (7). Bir diğer çalışmada ise çocuk istismarı tanısı alan olguların ailelerinin %42'sinin parçalanmış aile olduğu, ailelerin %52'sinin sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu, anne-babaların %60'ının ise eğitim seviyesinin düşük olduğu belirlenmiştir (8). Çocuk istismarı olgularının aile yapılarının ülkemizin değişik bölgelerinde farklı özellikler gösterdiği görülmektedir.

Çocuk istismarı tipleri arasında en çok görülen cinsel istismardır, fiziksel istismar ise ikinci sıklıkta rastlanılan istismar tipidir (9). Bizim çalışmamızda da 44 (%49,4) olguyla cinsel istismar birinci sırada ve 22 (%24,7) olgu ile fiziksel istismar ikinci sırada yer almaktadır. Hacettepe ve Gazi Üniversitesi'nde yapılan çalışmalarda da cinsel istismar olguları birinci sırada fiziksel istismar olguları ikinci sırada yer almaktadır (4,7,10). Farklı olarak Oral ve ark. (8) İzmir'deki çok merkezli çalışmalarında %60 fiziksel istismar, %26 cinsel istismar olgusu belirlemişlerdir.

Çocuk istismarını gerçekleştiren kişiler sıklıkla çocuğun anne ya da babasıdır (11). Bizim çalışmamızda çocuk istismarını gerçekleştiren kişinin %33,7 sıklıkla baba olduğu, saptanmıştır. İstismar tiplerine göre istismar eden kişiye bakıldığında ise cinsel istismar en sık yabancı birisi tarafından, diğer istismar tipleri ise en sık baba tarafından uygulanmıştır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada bizim çalışmamız ile benzer şekilde cinsel istismarın sıklıkla aile dışından yabancı bir kişi tarafından yapıldığı bildirilmiştir (10). Bir başka çalışmada ise cinsel istismarın en sık aile dışından olan tanıdık bir kişi tarafından gerçekleştirildiği, ikinci sıklıkta yabancı bir kişi tarafından gerçekleştirildiği belirtilmiştir (12).

Çocuk istismarında özellikle cinsel istismara sıklıkla kız çocuklarında rastlanılmaktadır (6). Diğer istismar tipleri her iki cinsiyette eşit sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Bizim olgularımız arasında cinsel istismara uğrayanların %56,8'inin kız olduğu saptanmıştır Türkiye'de yapılan çalışmalarda da cinsel istismarın kız çocuklarında daha sık olduğu belirtilmiştir (7,10,12).

Bizim çalışmamızda fiziksel istismar olgularının %95'inin tokat atmak şeklinde cezalandırma olduğu belirlenmiştir. Fiziksel istismarla ilgili değişik ülkelerden yapılan çalışmalar incelendiğinde tokat atmanın ikinci sıklıkta uygulanan cezalandırma yöntemi olduğu belirtilmiştir (13). Çocuk istismarı olarak kabul edilebilecek bazı cezalandırma yöntemleri (tokat atmak, ele ve gluteal bölgeye şaplak atmak, çocuğu çimdikleme gibi) ülkemizde bazen anne-babalar

tarafından doğal disiplin yöntemleri olarak kabul edilmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ailelerin %3,1'i tokat atmayı, %18,5'i ele şaplak uygulanmasını, %26,2'si de gluteal bölgeye şaplak atmayı disiplin için uygulanabilecek davranışlar olarak değerlendirdiklerini belirtmiştir (14). Bu nedenle anne babalara çocuk yetiştirme ve disiplin yöntemleri konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda fiziksel istismar tanısı alan çocukların sadece %28'inde fizik bakıda ekimoz saptanmıştır. Ekimozlar fiziksel istismarda en çok saptanan fizik muayene bulgusudur (15). Yapılan çalışmalarda özellikle fiziksel istismar olgularının tanı almadan önce de ekimozlarla doktora başvurduğu, ancak önemsenmediği bildirilmiştir (16). Bu nedenle tüm doktorlar dikkatli olmalıdır. Özellikle çocuğun aile tarafından tam açıklanamayan ekimozlarında çocuk istismarı mutlaka akılda tutulmalıdır (15).

Çocuk Koruma Birimi'mize değerlendirilmek üzere en fazla çocuk sağlığı ve hastalığı ve çocuk psikiyatrisi kliniklerinden olgu gelmiştir, farklı kliniklerden sadece beyin cerrahisi kliniğinden bir olgu yönlendirilmiştir. Fiziksel istismarda kırık saptanan ve yanıkla başvuran olgu olmamıştır. Kırık fiziksel istismar olguların 1/3'ünde saptanan önemli bir bulgudur (17). Yanıkların ise fiziksel istismarda %10-20 olguda saptandığı, yanık birimine yatan çocukların %35'inin istismar tanısı aldığı bildirilmiştir (18,19). Bu noktada çocuk istismarında farkındalığın tüm doktorlar arasında yeterli düzeyde olmadığı düşünülebilir. Çocuk istismarı olgularının değişik nedenler ve pek çok farklı bulgular ile çocuk sağlığı dışındaki diğer polikliniklere de başvurabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle çocuk sağlığı ile ilgilenen farklı bilim alanlarında çalışan doktorların da bu konuda daha fazla bilgi sahibi olması gerekmektedir.

Bizim sonuçlarımız arasında dikkat çekilmesi gereken bir bulgu; çocuk istismarı için değerlendirilmek üzere polis ve sosyal hizmetler tarafından ekibimize yönlendirilen olgu sayısının oldukça az olmasıdır. Ülkemizde genel olarak bu olguların değerlendirmesi için hastanelerin çocuk koruma birimleri, sosyal hizmetler ve polis arasında kurulmuş olan düzenli işleyen bir sistem yoktur. Türkiye'de yapılan bir çalışmada hastanelerde kurulan çok merkezli ekiplerin sayısının arttığı bildirilse de bu ekipler ve diğer birimler arasında daha güçlü bağların olması gerekliliği vurgulanmıştır (20). Bu konuda tüm birimlerin birlikte çalıştığı, çocuğun psikolojik olarak en az zarar görmesini (örneğin bir kez muayene ve görüşme yapılması), aynı zamanda yasal düzenlemeler ile desteklenecek bir düzenek kurulması gerekmektedir. Ekibimizin çocuk istismarı olgularını bu birimler ile birlikte değerlendirmek yönündeki çalışmalarını devam ettirmektedir ve bunun sonucu olarak son yılda ekibimize bu birimlerden yönlendirilen olgu sayısında artış olmuştur.

Çocuk istismarı olguları değerlendirilirken istismarı gerçekleştirdiği düşünülen kişiye ait risk etkenlerinin de iyi belirlenmesi gerekir. İstismarı gerçekleştiren kişinin ilaç ya da alkol bağımlısı olması, aile içinde ebeveynler arasında şiddet

öyküsü olması, daha önce çocuk istismarı yapmış olması, çocuk istismarının risk etkenlerindedir (6). Bizim çalışmamızda istismarı gerçekleştirenlerin %16,8'inin ilaç-alkol bağımlısı olduğu, %36'sının ailesinde ebeveynler arasında şiddet öyküsü olduğu, kendi ifadelerine göre 35'inin (%39,3) daha öncesinde de çocuk istismarı gerçekleştirdiği belirlenmiştir.

İstismara uğrayan çocukların %35'inin tekrar istismara uğradığı ve bu çocukların %5-10'unun yaşamını yitirebileceği unutulmamalıdır (21). Çocuk istismarı olgularının tanınmasında ve yönetilmesinde en uygun yaklaşım ise çok merkezli bir ekip çalışmasıdır. Bu konuda en büyük görev sağlık çalışanlarına düşmektedir. Tıp Fakültelerinde çocuk istismarı konusunda verilecek ders sayıları artırılmalı, ilgili sağlık çalışanları için belli zaman aralıklarında eğitim seminerleri düzenlenmelidir. Sonuç olarak çocuk istismarı konusunda eğitim almış sağlık çalışanlarının sayısı arttıkça çocuk koruma birimlerinin de sayısı artacaktır. Böylece çocuk istismarı olgularına daha uygun bir yaklaşım sağlanacaktır.

## Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

## Kaynaklar

1. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: World report on violence and health. World Health Organization, Geneva, 2002;57-86.
2. Caffey J. Multiple fractures of long bones of children suffering from subdural hematoma. AJR 1946;56:163.
3. US Department of Health and Human Services study findings: Study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect. Washington, DC. Children's Bureau, National Center on Child Abuse, 1988.
4. Child Maltreatment, Ağustos 2010. [http://www.who.int/topics/child\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/child_abuse/en/). Erişim tarihi: Mayıs 2011.
5. Beyazova U, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmali yaklaşımında hastane çocuk koruma birimleri. Türk Ped Arş 2007;42:16-8.
6. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17 year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse Negl 1998;22:1065-78.
7. Cengel-Kültür E, Cuhadaroğlu-Cetin F, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. Turk J Pediatr 2007;49:256-62.
8. Oral R, Can D, Kaplan S, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl 2001;25:279-90.
9. US Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect, National Child Abuse and Neglect Data System. Child maltreatment 1995; Reports from the states to the national center on child abuse and neglect. Washington, DC: US Government Printing Office;1997.
10. Şahin F, Cepik-Kuruoğlu A, Demirel B, et al. Six-year experience of a hospital-based child protection team in Turkey. Turk J Pediatr 2009;51:336-43.
11. Alexandre GC, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim M. The presence of a stepfather and child physical abuse, as reported by a sample of Brazilian mothers in Rio de Janeiro. Child Abuse Negl 2010;34:959-66.
12. Bahali K, Akçan R, Tahiroğlu AY, Avcı A. Child sexual abuse: seven years in practice. J Forensic Sci 2010;55:633-6.
13. Vargas NA, López D, Pérez P, Zúñiga P, Toro G, Ciocca P. Parental attitude and practice regarding physical punishment of schoolchildren in Santiago de Chile. Child Abuse Negl 1995;19:1077-82.

14. Orhon FS, Ulukol B, Bingoler B, Gülnar SB. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. *Child Abuse Negl* 2006;30:1081-92.
15. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2010;95:170-7.
16. Pierce MC, Smith S, Kaczor K. Busing in infants: those with bruise may be abused. *Pediatr Emerg Care* 2009;25:845-7.
17. Akbaria BA. The role of the orthopedic surgeon in children abuse. In: Morrissy RT, Weinstein SL, (eds). *Pediatric orthopedics*. Philadelphia, PA: Lipincott-Raven; 1990:1315-34.
18. Showers J, Garrison KM. Burn abuse: a four-year study. *J Trauma* 1988;28:1581-3.
19. Maguire S, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM. A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. *Burns* 2008;34:1072-81.
20. Agirtan CA, Akar T, Akbas S, et al. Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002-2006: identifying the strongest link can make a difference! *Child Abuse Negl* 2009;33:247-55.
21. Oral R, Blum KL, Johnson C. Fractures in young children: Are physicians in the emergency department and orthopedic clinics adequately screening for possible abuse? *Pediatr Emerg Care* 2003;19:148-53.