

## Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri

### *The hospital child protection teams in approaching issues of child abuse and neglect*

Ufuk Beyazova, Figen Şahin

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

#### Özet

Çocuk istismarı bebek ve çocuklardaki hastalanma ve ölümün en önemli nedenlerinden birini oluşturur. Olası istismar olgularını değerlendirmek, tedavi etmek ve izlemek için "Çocuk Koruma Birimi" gibi mültidisipliner bir yaklaşım sağlanmalıdır. Son yıllarda çocuk istismarı ve ihmali konusuna toplumda ilginin artmış olması, hastanelerde koruma birimlerinin oluşturulmaya başlanması, ülkemiz için önemli gelişmelerdir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde çocuk istismarı ve ihmalinin yer alması gereklidir. (*Türk Ped Arş 2007; 42 Özel Sayı: 16-8*)

**Anahtar kelimeler:** Çocuk istismarı, Çocuk Koruma Birimi

#### Summary

Child abuse is one of the leading causes of morbidity and mortality in infants and children. A multidisciplinary approach, like the "Child Protection Team" is strongly encouraged to ensure adequate evaluation, treatment, and follow-up of a potentially abused child. Recently, the increasing interest in the community regarding child abuse and neglect, and the construction of child protection services are important improvements for our country. Child abuse and neglect should be a part of graduate and postgraduate education of healthcare professionals. (*Turk Arch Ped 2007; 42 Suppl: 16-8*)

**Key words:** Child abuse, Child protection team

Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali tıp alanında yeni dile getirilmeye başlanan bir sorun olup son yıllarda hekimlerin örgün eğitimlerine ve sürekli tıp eğitimi programlarına girmeye başlamıştır. Her ne kadar hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının konu hakkındaki bilgileri artmaktaysa da, çocuk istismarına ideal yaklaşım bir ekip çalışmasını gerektirir.

Ülkemizdeki hastanelerin çoğunda bu ekip çalışması anlayışı yerleşmemiş olduğundan istismara uğrayan bir çocuk hastaneye başvurduğunda bölümler arasında dolmaktadır. Hastaneye ilk başvuruda karşılaştığı hekim genellikle bu konuda uzmanlığı olmayan biri olmakta, ilk öykü ve muayene sıklıkla acil ya da poliklinik gibi hastanenin en kalabalık ve yoğun bölümlerinde çocuğun değerlendirilmesi için uygun olmayan koşullarda yapılmakta, daha sonra hasta, gerekiyorsa beyin cerrahisi, ortopedi, çocuk cerrahisi gibi bölümlere ve hemen her zaman adli tıp ve çocuk psikiyatrisine yönlendirilmekte, buralarda öy-

kü ve fizik muayene tekrar tekrar yapılmaktadır. Ayrıca bölümlerden randevu alınmasının zorlukları, bazen randevuların ileri tarihlere verilmesi gibi sıkıntılarla da karşılaşmaktadır. Bu süreç çocuk için oldukça örseleyicidir. Genellikle olay bu kadarla da kalmayıp, resmi yazı için çocuğun bir kez de adli tıp kurumunda muayene edilmesi istenmektedir. Buradaki ortamlar ise çoğu kez çocuk dostu değildir, çocuğun ikincil örselenmesine katkıda bulunur.

İstismar olgularına en uygun tedavi ve izlem yaklaşımı çok merkezli bir ekip çalışması ile sağlanabilir. Hastane içinde çocukla ilgili değişik uzmanlık dallarından hekimlerin yer aldığı "Çocuk Koruma Birimleri" kurulmalıdır. İstismarın hem tıbbi, hem sosyal hem de hukuksal yönü bulunduğu için hastane ekibi hukukçular ve sosyal hizmet kurumlarıyla işbirliği içinde çalışmalıdır.

Hastane ekibinin çekirdeğini **çocuk sağlığı ve hastalıkları, adli tıp, çocuk ruh sağlığı uzmanları** oluşturmalıdır. Ekipte bir **erişkin psikiyatristinin** de bulunması istis-

marcının tedavisini yapabilmek için yararlı olur. Bu çekirdek ekip, hastanenin çocuk hasta gören **çocuk cerrahisi, ortopedi, beyin cerrahisi, dermatoloji, göz, kulak-burun-boğaz, plastik cerrahi gibi** bölümleriyle sürekli iletişim içinde olmalı, bu birimlerde çalışan sağlık personeline konuyla ilgili eğitimler yaparak duyarlandırmalı ve istismar kuşkusu olan olguların "çocuk koruma birimi" ekibi tarafından görülmesini sağlamalıdır. Bu ekipteki tüm bireyler bir takım ruhu içinde çalışmalıdır. Ekip içindeki işbölümü, hastanedeki yapılanmaya ve ekipteki kişilere göre esneklik gösterebilir. Örnek olarak bir hastanede çocuk hekimleri başı çekerken bir diğerinde adli tıp uzmanları, bir başkasında ise çocuk psikiyatristleri çekirdek ekibi başlatabilir.

Örselenmiş ya da örselenme kuşkusu olan olgular değerlendirilirken hastanelerin çekirdek ekibinde mutlaka bir **sosyal hizmet uzmanı** da bulunmalıdır. Ekipte yer alan sosyal hizmet uzmanı, olgunun değerlendirilmeye başlandığı ilk andan başlayarak süreçte aktif olarak rol oynar. Aile ve çocukla ilk görüşme ve psikososyal öykünün alınması, görüşme kayıtlarının tutulması, rapor hazırlanması, sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumuna bildirim yapılması, gerektiğinde telefonla, zaman zaman ev, okul ya da çocuğun bulunduğu kurumlara ziyaretlerle olguların süreç boyunca izlemi sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülür.

Örselenmiş çocuğa ve ailesine duygusal desteğin ve psikolojik tedavinin sağlanması ve sürdürülmesi, çocuğun psikososyal gelişiminin değerlendirilmesi amacıyla ekipte bir **psikolog** yer almalıdır.

Ekipte bir **hemşirenin** olmasında da yarar vardır. Örselenme durumlarında, muayene ortamının hazırlanması, muayene ve testler sırasında hekime destek, test gereçlerinin laboratuvara gönderilmesi gibi işleri hemşire üstlenebilir.

Hastane çocuk koruma biriminin öğeleri birbirleri ile belirli aralıklarla toplanarak olguları değerlendirmeli ve olgular konusunda ortak izlem kararı alınmalıdır. Gereken durumlarda olayın sosyal hizmetler kurumu ve/veya adli kurumlara bildirim yapılmalı, bu bildirimler yapılırken çocuk ve ailesi ile yapılan görüşme ayrıntılı olarak yazılmalı, mümkünse görüşme kayıt edilmeli ve kaydedilen görsel doküm ekte gönderilmelidir. Çocuk koruma ekibinin değerlendirme yazısı mahkemede bilirkişi yazısı olarak kullanılmalıdır.

Son yıllarda ülkemizde tıp alanında konuya ilgi ve duyarlılık artmış, hastanelerde yukarıda söz edilen koruma birimlerine benzer birimler oluşturulmaya başlamıştır. Ankara'da Gazi Üniversitesi bünyesinde kurulmuş olan "Çocuk Koruma Merkezi" resmi olarak oluşturulmuş ilk merkezdir. Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Kayseri, Antalya, Samsun, Düzce, Aydın gibi pek çok ilimizde de üniversite bünyesinde ya da eğitim hastanelerinde bu amaçla çalışan birimler oluşturulmuştur.

Üniversitemiz bünyesinde doğrudan Rektörlüğe bağlı olarak çalışmakta olan "Gazi Üniversitesi Çocuk Koruma

Merkezi" nin (GÜÇÖK) çalışma yöntemi aşağıdaki gibidir:

Çocuk Polikliniği, Çocuk Acil Polikliniği ya da hastanenin çocuk muayene edilen diğer polikliniklerinden (Çocuk Psikiyatrisi, Ortopedi, Beyin Cerrahisi vb ) danışma (konsültasyon) istenen, doğrudan güvenlik ya da sosyal hizmet birimlerinden, rehber öğretmenler tarafından yönlendirilen ya da kendiliklerinden başvuran hastalar önce GÜÇÖK Polikliniğinde görülmektedir. İlk görüşme ve öykünün alınması bir Sosyal Pediatri Öğretim Üyesi, Sosyal Hizmet Uzmanı ya da psikolog tarafından yapılmaktadır. Fizik inceleme Sosyal Pediatrist ve gerekli olduğu durumlarda Adli Tıp Uzmanları tarafından gerçekleştirilmekte, hasta, tanının kesinleşmesi ve psikolojik tedavinin planlanması aşamasında Merkezin Çocuk Psikiyatristi tarafından değerlendirilmektedir. Bireysel ya da grup tedavileri Merkezin psikoloğu tarafından yürütülmekte, hasta ile ilgili adli rapor Adli Tıp Uzmanınca hazırlanmaktadır. Örselenen çocuğun anne-babası ya da örselleyici, gerektiğinde Merkezin Erişkin Psikiyatristi tarafından görülebilmektedir.

Çocuğun yaşadığı ev ortamı, fiziksel koşullar ve sosyal çevrenin değerlendirilmesi için merkezde görevli sosyal hizmet uzmanı kendisi sosyal inceleme yapılabildiği gibi bazı durumlarda il sosyal hizmetler müdürlüğünden yardım istenmektedir. Sosyal inceleme sonunda olgunun yazısı yazılır. Adli makamlara ve SHÇEK birimlerine bildirim ve yazıların takibi sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılır. Merkezin sosyal hizmet uzmanı, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nce aileye yapılacak aynı ya da nakdi yardım, çocuğun koruma altına alınması gibi hizmetleri de izler, gerektiğinde destek olur.

Çalışma birimi; merkez tarafından izlenen olguları tartışmak, sağaltım ve izlenmeleri konusunda yöntemler belirlemek ve izlem sonuçlarını değerlendirmek üzere haftada bir toplanır. Her hastaya ilişkin bilgiler ve toplantı tutanakları özel dosyalarda saklanır. Bu kayıt ve dosyalar merkezde, gizlilik ilkesine bağlı olarak sosyal hizmet uzmanı tarafından korunur.

Üniversitemizde çocuk istismarı konusunda bir ekip olarak çalışılmaya başlanan 2001 yılından beri merkezimizde 139 hasta istismar kuşkusu ile değerlendirilmiş, bunlardan 94 ü istismar tanısı almıştır. Bu olgulardan %60 ı cinsel istismar, %15i fiziksel istismar, %12si ihmal olgularıdır. %10 olguda hem fiziksel hem cinsel istismar görülmüştür. İki tane de Münchausen by proxy (MSBP) olgusu izlenmiştir.

Merkezimizde görülen istismar olgularının %57,4'ü, cinsel istismarların %59,3'ü, fiziksel istismarların ise %52,2'si kız çocuklardı. Tacizcilerin ise %81,9'u erkek olup, bu oran cinsel tacizde %98,2, fiziksel istismarda %57,1 idi. İki MSBP olgusunun tacizcileri ise anneleriydi.

Bu olguları izlerken karşılaştığımız sıkıntıların başında sosyal hizmetler, hukuk ve tıp alanlarında insan gücü, donanım ve kaynakların yetersiz olması, işbirliği ve eşgüdümün eksikliği gelmekteydi. Çocuk Koruma sistemi iyi çalışmadığında çocuk korunamadığı gibi, süreç boyunca

ikincil olarak örselenmekte ve bazen bu süreç çocuk için olayın kendisinden daha yıpratıcı olabilmekteydi. Bu nedenle bazı olgularda bildirim yapılması konusunda çekinmeler yaşanmıştı.

Sistemin iyi işlemesi için bu saçıyağının her üç parçasının (tıp, hukuk, sosyal hizmetler) hem kendi içinde iyi işlemesi hem de birbiri ile iletişiminin iyi olması gerekiyordu. Ekibimiz işbirliğinin sağlanması konusunda resmi yazışmalar dışında sözlü iletişim kurmayı seçmiştir. Hastane ekibinin yaptığı toplantılara Sosyal Hizmetler Müdürlüğü ve Barodan hukukçuların katılması ile olguların her yönüyle tartışılması sağlanmıştır.

Son yıllarda özellikle çocuk istismarı ve ihmali konusuna toplumda ilginin artmış olması, hastanelerde söz edilen koruma birimlerine benzer birimler oluşturulmaya başlanması, bu konuda ilgili uzmanların meslek içi eğitimlerinin yapılması ülkemiz için önemli gelişmelerdir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde bu konuya yer verilmesi, konunun uzmanlarının yetiştirilmesi ve tüm hastanelerde böyle birimlerin kurulması sağlanabilir ve bu birimler sosyal hizmetler ve adli makamlarla işbirliği içinde çalışabilirse, çocuk istismarı ve ihmalinin tedavisinde ve çocukların sistem tarafından yeniden örselenmesinin önlenmesinde önemli adımlar atılmış olacaktır.

### Kaynaklar

- Monteleone JA, Brodeur AE. Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference. 2nd ed. St. Louise, Missouri USA: GW Medical Publishing 1998:
- Aldridge M, Wood J. Interviewing Children. A Guide for Child Care and Forensic Practitioners. 1st ed. West Sussex, England: John Wiley&Sons Ltd;1998
- Geger A, Emans SJ, Muram D. Evaluation of the Sexually Abused Child. A Medical Textbook and Photographic Atlas. 2nd ed. New York: Oxford University Pres;2000
- D'Urso A. Proposed guidelines of practice for multidisciplinary case management. Trenton NJ: State of New Jersey 1995.
- Bell L. Patterns of interactions in multidisciplinary child protection teams in New Jersey. Child Abuse Negl 2001; 25: 65-80.
- Menahem s, Lubitz L. A multidisciplinary approach to the management of psychosocial admissions to a general paediatric ward. Aust Paediatr J 1985; 1: 163-7.
- Chandrakantha LE, Sunderland R, Williams A. Child abuse: diagnosis, reporting, and investigations. Arch Dis Child 2006; 91: 715.
- Sanders R, Jackson S, Thomas N. The balance of prevention, investigation, and treatment in the management of child protection services. Child Abuse Negl 1996; 20: 899-906.
- 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.
- Glick NP, Lating JM, Kotchick B. Child sexual abuse evaluations in an emergency room: an overview and suggestions for a multidisciplinary approach. Int J Emerg Ment Health 2004; 6: 111-20.
- Miller BV, Fox BR, Garcia-Beckwith L. Intervening in severe physical child abuse cases: mental health, legal, and social services. Child Abuse Negl 1999; 23: 905-14.
- Hindley N, Ramchandani PG, Jones DP. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. Arch Dis Child 2006; 91: 744-52.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics 2005; 116: 506-12.
- Frasier LD. The pediatrician's role in child abuse interviewing. Pediatr Ann 1997; 26: 306-11.
- Finkel MA. Child sexual abuse continues to present many dilemmas for the practising pediatrician. Child Abuse Negl 1996; 20: 93-4.
- Krugman RD. Future role of the pediatrician in child abuse and neglect. Pediatr Clin North Am 1990; 37: 1003-11.