

# ÇOCUK HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA İSTİSMAR OLGULARININ TANINMASI

Dr. Sevtap Velipaşaoğlu GÜNEY  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ANTALYA

Tanı koymak güç bir iştir. Tıp Fakültelerimiz bizi eğitir ve bu güçlüğü yenme konusunda bilgilendirir. Bunu bize normal işlevleri, işlevlerde bozukluk çıktığında ortaya çıkan belirti ve bulguları, belirti ve bulguları bütüncül değerlendirdiğimizde ortaya koyabileceğimiz ön tanıları, ön tanıları kanıtlarken ya da dışlarken kullanabileceğimiz laboratuvar yöntemlerini ya da kimlere danışacağımızı öğreterek yapar. Tüm bu işlevleri yaparken de kendimizi güncelleme, doğru bilgeye ulaşma, akılcı kararlar verebilme yöntemlerini bize gösterir.

Ama ne yazık ki pek çok klinik durumda bilgi → klinik kuşku → ön tanı → diğer tanıların dışlanması → kesin tanıya varılması şeklinde uzunlamasına bir çizelgeden çok daha karmaşık bir tanı koyma süreci vardır. Özellikle sosyal yanı son derece ağırlıklı olan bir konuda hekimin tanı koyma süreçleri de karmaşıktır. Çocuk istismarı olgularının tanınmasında hastalığa, çocuğa, hekime ve sisteme özgü zorluklar bulunmaktadır. Üstelik sıklıkla bu zorlukların tümü bir aradadır.

Öncelikle hekime başvuru genellikle istismar dışında bir gerekçeyle olur. Ekimoz, kırık ya da yanıkla getirilen bir çocukta “kaza” ile olduğu öyküsü verilir. Hekim öykü alma aşamasında istismardan şüphelenmeyebilir. Fizik muayene sırasında öykü ile bulgular örtüşmediğinde hekim “istismar” olasılığını düşünmeye başlar. Öykü detaylandırılarak alındığında, erişkinin daha önce verdiği öykünün değişmesi, önceki bilgiyle çelişmesi, “kazaya” tanık olduğunu söyleyen iki erişkinin birbirinden farklı öyküler vermesi ya da “kaza”nın nasıl olduğunu bilmedikleri, “çocuğu o halde buldukları” şeklindeki öykü veya çocuğun psikomotor gelişimine uygun olmayan öykü hekimi kuşkulandırır.

Yapılan çalışmalar, öykü ile örtüşmeyen fizik muayene bulgularının hekimde istismar olasılığını akla getiren en önemli etmen olduğunu göstermektedir. Böyle bir çelişki saptanan olguların saptanmayanlara göre çocuk koruma birimlerine bildirilme olasılığı 23 kat (%95 güven aralığı 11.5-48.5) daha fazladır. Ancak hekimin muayene bulguları ile öykünün örtüşüp örtüşmediğini saptayabilmesi için her travma olgusunda tam ve detaylı fizik muayene yapması, dolayısıyla yeterli zaman ayırması gereklidir. Ayrıca pek çok hastanede travma olgularını bu konuda yeterli eğitim almış hekimler ya da çocuk hekimleri görmemektedir. Üstelik çocuk istismarı ve ihmalinin geniş yelpazesi düşünüldüğünde, başvuru nedeni zaten sıklıkla travma değildir. Çocuk yaş grubunda olup hekime başvuran hastaların %10'unun son bir yıl içinde istismar veya ihmale maruz kaldığı, ancak çok çok azında başvuru sırasında bununla doğrudan ilgili bir yaralanma veya klinik belirtinin olduğu bildirilmektedir. Tanı koymayı kolaylaştırmak için geliştirilen bir takım listeler, protokoller ve puanlama sistemlerinin ise özgünlükleri ve pozitif öngörü değerleriyle ilgili sorunlar olduğu tanımlanmıştır. Yaralanma dışında belirti ya da bulgularla başvuran çocuklarda (ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismarda) tanısal süreç özgün bulguların eksikliği nedeniyle çok daha zordur.

Çocukta belirti ya da bulgular olsa bile hekim çocuk istismarının tanısını koyacak bilgi ve profesyonel donanımına sahip olmayabilir. Bu, diğer tüm hastalıkların tanısında olduğu gibi çocuk istismarı ve ihmalinin tanınmasında da en önemli sorunlardan birisidir. Konu ülkemizdeki mezuniyet öncesi ve sonrası ders programlarında giderek daha kapsamlı bir şekilde işlenmesine karşın gerçek olgularla, gerçek yaşamda ve üstelik multidisipliner ekipleri olmayan bir hastane ya da muayenehane ortamında karşılaşıldığında hekimlerin tanısız sıkıntıları daha da artmaktadır. Örneğin Amerika'da yapılan bir çalışma, genel hastanelerle çocuk istismarı konusunda uzmanlaşmış hastanelerin çocuk istismarına tanı koyma oranları arasında fark bulunduğunu, bu farkın çocukların yaralarında olan farktan kaynaklanmadığını, bu olguların çoğunun başvurduğu uzmanlaşmamış hastanelerde tanı kalitesinin geliştirilmesini sağlamak için adımlar atılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmalinin tanınması konusunda yapılan çalışmalar uzmanlık eğitiminden sonra çocuk istismarı ile ilgili herhangi bir eğitime katılan hekimlerin olguları fark etme ve bildirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca hekimlerin, yaralanmayla başvuran çocuklarda yaralanmanın nasıl oluştuğu, nerede oluştuğu, kimsenin o sırada çocuğun yanında olup olmadığı, yaralanmayla ilgili çocuğun geçmiş öykülerinin olup olmadığını sorgulama ve detaylı fizik muayene yapma konusunda belirgin eksiklikleri olduğu bilinmektedir.

Hekimler ise bu konudaki eksikliklerinin kendi eğitimlerinin yetersizliğinden ya da sistemden kaynaklandığını düşünmektedirler. Sistemle ilgili sorunlara verilen örnekler ağırlıklı iş yükünün fazlalığı, ailelerin bir an önce sağlık kuruluşunu terk etme eğilimi, olguyu danışacak kimsenin olmaması, daha önceki kuşku olgularıyla ilgili geri bildirim alamamalarıdır. Kuşkulandığı olgunun gerçekten de istismar olup olmadığı konusunda bilgilendirilmeyen hekimlerin kendi tanılarına ya da sistemin işlediğine ilişkin inançları azalmaktadır. Ayrıca henüz yalnızca ufak bir kuşku duyduğu olguyu "bildirmek" yerine "danışmanın (konsülte etmenin)" hekimlik uygulamaları açısından daha tanıdık olduğu ileri sürülmektedir. Öte yandan, istismardan kuşkulanan hekimlerin kimi zaman "çocukta aslında başka bir hastalık olduğu, tanı koyamadığı için insanları boşuna suçluyor olacağı" endişesi ile istismar tanısını "yok sayma" eğiliminde olabilecekleri ileri sürülmektedir. Bu sorunun çözümünde de danışmanlık hizmetlerinin artırılması önerilmektedir.

Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin tanısına yönelik bir takım duygusal engellerinin olduğu da ileri sürülmektedir. Hekimler öykü alma ya da öykü ve fizik muayene aracılığıyla ön tanı oluşturma konusunda önceki deneyimlerinden ve bilgilerinden yararlanır. Bilgilerimiz ve önceki deneyimlerimiz ailelerin çocukları ile ilgili bir sorunu çözmek için bize geleceklerini ve bunu yaparken doğru söyleyeceklerini öğretmiştir. Oysa istismarın doğası gereği sıklıkla "doğru olmayan bir öykü" söz konusudur.

Hekimler, ailelerin çocuklarının "iyiliğini" istediklerini düşünürler, dolayısıyla çocuğu konusunda endişeleri olan, onu seven bir ailenin ona zarar vermeyeceğini varsayma eğilimindedirler. Çocuk istismarı konusundaki terimlerin de hekimlerdeki bu kafa karışıklığını pekiştirici etkisi olduğu ileri sürülmektedir. "Kasıtlı (intentional) yararlanma" terimi erişkinin bilerek çocuğa zarar verdiği şeklinde

yorumlanabilmektedir. Çocuk istismarında “kasıt” sözcüğü olayın sonuçlarından çok başlayışını gösterir, erişkinin çocuğa zarar verme kastını değil. Örneğin, çocuğun yüzüne atılan tokat “disiplinize etmek” gibi çok kötü olmayan bir amaç için yapılmış olabilir. Ama şiddet, çocuk açısından sonuçları kötü ve zararlı olabilen son derece yanlış bir disiplin yöntemidir. Hekimin iyilik-kötülük, yarar-zarar gibi öznel yükleri olan sözcükleri temel alarak nesnel bir tanıya gitmesi sıklıkla zordur.

Tanısal süreçte ailede ortaya çıkan korku, suçluluk, utancın karşı aktarımı (countertransference) sonucu hekimde ortaya çıkan kaygının istismar olgularını değerlendirmede sorunlara neden olduğu bilinmektedir. Hekimin meslek dışı yaşantıları da istismarı tanıma konusundaki becerilerini etkilemektedir. Örneğin fiziksel cezalandırmaya karşı daha toleranslı olan hekimlerin istismarı tanı ve tedavi gerektiren bir klinik durum olarak tanıma olasılıkları azalmaktadır. Konu ihmal ya da duygusal istismar olduğunda ise hekimlerin sınırı çizmekte daha da zorlandıkları, kendilerini fazla yargılayıcı buldukları bildirilmektedir. Ayrıca hekimlerin bildikleri ya da çocuk izlemi sırasında tanıdıkları ailelerde ve sosyokültürel olarak kendilerine benzeyen ailelerde istismar tanısını daha zor koydukları ileri sürülmektedir.

Tanı koyma aşamasında hekimin karşılaştığı tüm bu sorunların çözümü uzun solukludur. Öncelikle mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, uzmanlık eğitimlerinde ve sürekli tıp eğitimi programlarında çocuk istismarı ve ihmali konusu detaylı bir şekilde irdelenmelidir. Bu konudaki eğitimler farklı koşullarda çalışan hekimleri ve tanısal süreçte hekimin yaşadığı zorlukları (duygusal zorluklar da dahil olmak üzere) dikkate alarak tasarlanmalıdır. Hekimlere de bu konuda görev düşmektedir. Sonuçta hekimlerin meslek yaşamları boyunca yerine getirmeleri gereken öğrenme sorumlulukları vardır.

- Çocuk istismarı ve ihmalden kuşku edilen olguları bildirim öncesi danışabilecekleri yerlerin olması, buraların hekim tarafından bilinmesi ve 24 saat boyunca danışmanlık hizmeti alabilmesi tanı konusunda hekimin güvenini artırabilir.

- Bildirim yapılan tüm sistemlerde bir de geri bildirim olması gereklidir. Daha önce bildirdiği olguların en azından kısa erimde nasıl sonlandığını bilmek hekimlere yardımcı olacaktır.

- Çocuk istismarı ve ihmali tanısı hekim açısından duygusal yükler içerir. Hekimlere bu tür güçlüklerle başa çıkma ve gerektiğinde profesyonel destek alma konusunda yardımcı olunmalıdır.

- Son olarak tanısal karmaşayı gidermede en önemli basamaklardan biri ailenin çocuğa yönelik tutum ve davranışları değerlendirirken “çocuğun yüksek yararı” kavramını hekimlerin akılda tutmasıdır.

## KAYNAKLAR

1. Gilbert RE, Spatz WC, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. Lancet 2009;373:68-81.
2. Gilbert R, Kemp A, Thouburn T, et al. Recognising and responding to child maltreatment. Lancet 2009;373:167-180.
3. Trokel M, Wadimmba A, Griffith J, Sege R. Variation in the diagnosis of child abuse in the severely injured infants. Pediatrics 2006;117:722-728.
4. Flaherty EG, Sege R, Binns HJ, Mattson CL, Christoffel KK. Health care providers experience reporting child abuse in primary care setting. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:489-493.

5. Flaherty EG, Sege R. Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatric Annals* 2005;34:349-356.
6. Levethal M. The challenges of recognizing child abuse: seeing is believing. *JAMA* 1999;281:657-659.
7. Boyce MC, Melhorn KJ, Vargo G. Pediatric trauma documentation: adequacy for assessment of child abuse. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:730-732.
8. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not to report: Physicians attitudes towards discipline and child abuse. *Am J Dis Child* 1985;139:194-197.
9. Flaherty EG, Jones R, Sege R. Child abuse recognition experience study research group. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse and Neglect* 2004;28:939-945.
10. McCarthy C. Doing the right thing. A primary care pediatrician's perspective on child abuse reporting. *Pediatrics* 2008;122:S21-S24.