

PEDİATRİK ADLİ TIP EL KİTABI: Klinik Yaklaşım

Yazar

Hulusi Emre ÇEVİKER

Editörler

Musa DİRLİK

Cihangir IŞIK



© Copyright 2026

Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kâğıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

ISBN	Yayın Koordinatörü
978-625-362-197-1	Yasin DİLMEN
Kitap Adı	Sayfa ve Kapak Tasarımı
Pediyatrik Adli Tıp El Kitabı: Klinik Yaklaşım	Akademisyen Dizgi Ünitesi
Yazar	Yayıncı Sertifika No
Hulusi Emre ÇEVİKER ORCID iD: 0000-0002-6396-1488	47518
Editörler	Baskı ve Cilt
Musa DİRLİK ORCID iD: 0000-0003-1844-7284 Cihangir IŞIK ORCID iD: 0000-0002-8223-5457	Vadi Matbaacılık
	Bisac Code
	MED069000
	DOI
	10.37609/akya.4314

Kütüphane Kimlik Kartı

Çeviker, Hulusi Emre.

Pediyatrik Adli Tıp El Kitabı: Klinik Yaklaşım / Hulusi Emre Çeviker, ed. Musa Dirlik, Cihangir Işık.

Ankara : Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2026.

431 s. : resim, tablo. ; 160x235 mm.

Kaynakça var.

ISBN 9786253621971

UYARI

Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşturmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşleniği veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılımcıları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve cihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.

İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonların belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.

Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

Akademisyen Yayınevi

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

www.akademisyen.com

ÖN SÖZ

Çocukluk çağı adli olguları, tıbbın en güç alanlarından birini oluşturur. Bunun nedeni yalnızca çocukların anatomik, fizyolojik ve gelişimsel özelliklerinin erişkinlerden farklı olması değildir. Pediatrik adli değerlendirmede hekim aynı anda klinik bir sorunu çözmek, çocuğun güvenliğini gözetmek, olası istismar veya ihmali fark etmek, tıbbi bulguları doğru biçimde belgelemek ve ürettiği bilimsel görüşün ileride hukuki bir sürecin parçası olabileceğinin bilinciyle hareket etmek zorundadır. Bu nedenle çocuk adli olgularında küçük bir bulgu büyük bir anlam taşıyabilir; buna karşılık dramatik görünen bir bulgu bazen sanıldığından çok daha düşük özgüllüğe sahip olabilir.

Çocuklarda Travma, İstismar, İhmal ve Adli Değerlendirme kitabının temel çıkış noktası bu güçlük olmuştur.

Bu kitap hazırlanırken çocuk, erişkinin küçültülmüş bir modeli olarak ele alınmamıştır. Çocuğun yaşı, motor gelişimi, nörogelişimsel kapasitesi, iletişim özellikleri, yaralanmaya verdiği fizyolojik yanıt, kemik ve yumuşak dokularının özellikleri, iyileşme dinamikleri ve bakımverene bağımlılığı adli değerlendirmeyi doğrudan değiştiren temel değişkenler olarak kabul edilmiştir. Bir yaralanmanın yalnızca *ne olduğu* değil, o yaş ve gelişim düzeyindeki bir çocukta *nasıl oluşabileceği*, *bildirilen mekanizmayla açıklanıp açıklanamayacağı* ve *başka hangi olasılıkların düşünülmesi gerektiği* kitabın hemen her bölümünde temel sorgulama eksenini oluşturmaktadır.

Pediatrik adli tıbbın belki de en önemli güclüğü, normal ile patolojik, kaza ile istismar ve olasılık ile kesinlik arasındaki sınırların her zaman keskin olmamasıdır.

Bir ekimoz sıradan bir çocukluk yaralanmasının sonucu olabileceği gibi henüz konuşamayan bir bebekte gelecekteki ağır fiziksel istismarın ilk uyarıcı bulgusu olabilir. Bir kırığın morfolojisi istismar açısından yüksek kaygı oluşturabilir ancak hiçbir kırık paterni bağlamdan bağımsız değerlendirilmemelidir. Normal bir anogenital muayene cinsel istismarı dışlamaz; nonspesifik bir genital bulgu da cinsel istismarı kanıtlamaz. Subdural kanama, retinal kanama veya ensefalopati güçlü adli öneme sahip olabilir fakat her biri yaş, öykü, görüntüleme, klinik seyir ve alternatif tanımlarla birlikte yorumlanmalıdır.

Bu nedenle kitap boyunca özellikle kaçınılmaya çalışılan iki uç vardır: *istismarı gözden kaçırmak ve istismarı kanıtın taşıyabileceğinden daha güçlü biçimde ileri sürmek.*

Her ikisinin de bedeli ağırdır.

Yanlış negatif bir değerlendirme çocuğu yeniden yaralanma, kalıcı sakatlık hatta ölüm riski altında bırakabilir. Yanlış pozitif bir değerlendirme ise çocuk ve ailesi üzerinde geri dönüşü güç tıbbi, sosyal ve hukuki sonuçlara neden olabilir. Pediatrik adli tıpta bilimsel titizlik bu nedenle akademik bir ayrıcalık değil, doğrudan çocuk güvenliğinin ve adaletin gereğidir.

Kitabın ilk bölümlerinde pediatrik adli tıbbın kavramsal temelleri, çocuk hakları, etik ve hukuki çerçeve, ilk değerlendirme ve çocukla görüşme ele alınmıştır. Bunun ardından fiziksel istismar ve ihmal; deri ve yumuşak doku yaralanmaları, kırıklar, abusive head trauma, yanıklar ve tıbbi çocuk istismarı gibi başlıklar ayrıntılı biçimde incelenmiştir.

Çocuk cinsel istismarına ayrılan bölümlerde ise yalnız anogenital bulguların tanımlanması amaçlanmamıştır. Öykünün niteliği, adli görüşmenin sınırları, normal anatomik varyasyonlar, travmatik ve nonspesifik bulguların kanıt ağırlığı, biyolojik deliller, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve psikolojik bulgular birbirinden ayrılmış veri katmanları olarak ele alınmıştır. Özellikle cinsel istismar değerlendirmesinde fizik muayenenin çoğu zaman olayın gerçekleşip gerçekleşmediğini tek başına belirleyen bir test olmadığı vurgulanmıştır.

Kitabın diğer bölümlerinde künt ve penetran travmalar, trafik kazaları, düşmeler, zehirlenmeler, asfiksi, boğulma, ateşli silah yaralanmaları, ev kazaları, yenidoğanın adli değerlendirilmesi, akran şiddeti, siber zorbalık ve dijital ortamda çocukların cinsel istismarı gibi giderek genişleyen pediatrik adli olgu spektrumu ele alınmıştır.

Çocuk ölümleri ise ayrı bir yaklaşım gerektirir. Ani ve beklenmedik bebek ölümleri, şüpheli çocuk ölümleri ve pediatrik otopsi değerlendirmelerinde ölüm nedenini belirlemek çoğu zaman yalnız otopsi masasındaki bulgularla mümkün değildir. Olay yeri, uyku çevresi, önceki sağlık kayıtları, histopatoloji, toksikoloji, mikrobiyoloji, metabolik ve genetik incelemeler birbirini tamamlayan parçalar hâline gelir. Bu nedenle çocuk ölümünün kaza, doğal hastalık veya istismar bağlamında değerlendirilmesi multidisipliner düşünmenin en güçlü örneklerinden biridir.

Kitabın hazırlanmasında ayrıca bir başka temel ilkeye bağlı kalınmıştır: *kaynakların gerçek, doğrulanabilir ve alanı temsil eden bilimsel yayınlardan seçilmesi.*

Güncel pediatri ve çocuk koruma kılavuzları, adli tıp literatürü, sistematik derlemeler, konsensüs raporları, uluslararası meslek kuruluşlarının rehberleri ve Türkiye'deki yürürlükteki hukuki/adli tıbbi kaynaklar birlikte değerlendirilmiştir. Tartışmalı alanlarda tek bir görüşün kesin gerçek gibi sunulması yerine kanıtın gücü ve sınırlarının mümkün olduğunca görünür tutulması amaçlanmıştır.

Bu eser bir "istismar bulma kitabı" değildir.

Aynı şekilde yalnız travmatik lezyonları sınıflandıran klasik bir pediatrik travmatoloji kitabı da değildir.

Amaç; çocuğun öyküsü, gelişimsel kapasitesi, objektif muayene bulguları, görüntüleme, laboratuvar, olay mekanizması, alternatif tanılar, çocuk koruma gereksinimi ve adli raporlamayı aynı düşünsel çerçevede buluşturmaktır.

Kitabın hedef kitlesi başta adli tıp, çocuk sağlığı ve hastalıkları, çocuk acil tıp, çocuk cerrahisi ve ilgili yan dal uzmanları olmak üzere; çocuk istismarı ve pediatrik travma ile karşılaşan deneyimli klinisyenler, akademisyenler, bilirkişiler ve bu alanlarda ileri düzey eğitim alan uzmanlardır. Bu nedenle bazı bölümlerde temel bilgiler bilinçli olarak kısa tutulmuş, tartışmalı ve yüksek riskli karar noktalarında ise ayrıntı düzeyi artırılmıştır.

Bu kitabın okuyucuya kazandırmasını umduğumuz en önemli alışkanlık belirli tanımları ezberlemek değil, *doğru soruyu sormaktır*.

Bu bulguyu gerçekten gördüm mü, yoksa bana mı aktarıldı?

Bu yaralanma çocuğun gelişim düzeyiyle uyumlu mu?

Bildirilen mekanizma bu bulguyu açıklıyor mu?

Başka hangi mekanizmalar aynı bulguyu oluşturabilir?

Normal bir inceleme gerçekte neyi dışlıyor?

Bu bulgunun istismar açısından kanıt ağırlığı nedir?

Kanaatim verinin taşıyabileceğinden daha kesin mi?

Ve en önemlisi: başka bir uzman aynı verileri gördüğünde benim bu sonuca nasıl ulaştığımı anlayabilir mi?

Pediatrik adli tıpta iyi uzmanlık çoğu zaman en hızlı tanıyı koymak veya en kesin cümleyi kurmak değildir. İyi uzmanlık; *çocuğu koruyacak kadar duyarlı, kanıtı aşmayacak kadar temkinli ve gerektiğinde belirsizliği açıkça ifade edecek kadar bilimsel olabilmektir*.

Bu kitabın çocuklarla çalışan hekimlerin günlük pratiğinde bir başvuru kaynağı olması, uzmanlık ve yan dal eğitimlerinde ileri düzey tartışmalara zemin hazırlaması ve özellikle güç adli olgularda daha sistematik, daha şeffaf ve daha savunulabilir değerlendirmelerin geliştirilmesine katkı sağlaması dileğiyle...

İÇİNDEKİLER

KISIM 1 PEDIATRİK ADLİ TIPTA TEMEL YAKLAŞIM

Bölüm 1	Pediyatrik Adli Tıbbı Giriş	1
Bölüm 2	Çocuk Hakları, Etik ve Hukuki Çerçeve.....	21
Bölüm 3	Adli Çocuk Hastaya İlk Yaklaşım.....	43
Bölüm 4	Çocuklarda Adli Görüşme	67

KISIM 2 ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ

Bölüm 5	Çocuk İstismarına Genel Yaklaşım	95
Bölüm 6	Fiziksel Çocuk İstismarı.....	117
Bölüm 7	Deri ve Yumuşak Doku Yaralanmaları	141
Bölüm 8	İstismara Bağlı Kırıklar	165
Bölüm 9	Abusive Head Trauma (İstismara Bağlı Kafa Travması)	187
Bölüm 10	Yanıklar ve Haşlanmalar.....	207
Bölüm 11	Çocuk İhmali.....	227
Bölüm 12	Tıbbi Çocuk İstismarı.....	249

KISIM 3 ÇOCUK CİNSEL İSTİSMARI

Bölüm 13	Çocuk Cinsel İstismarına Genel Yaklaşım.....	275
Bölüm 14	Cinsel İstismar Öyküsünün Alınması	295
Bölüm 15	Anogenital Muayene	315
Bölüm 16	Cinsel İstismarda Adli Delil Toplama	341
Bölüm 17	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Gebelik	369
Bölüm 18	Çocuk Cinsel İstismarında Psikolojik Bulgular	397

BÖLÜM

1

Pediatric Adli Tıbbı Giriş

Kavramsal Çerçeve, Klinik-Adli Akıl Yürütme ve Sistem Yaklaşımı



Kavramsal çerçeve, klinik-adli akıl yürütme, kanıt mimarisi ve sistem yaklaşımı

Pediatric adli tıp; yalnızca “çocuk istismarı tanısı koyma” faaliyeti değildir. Çocuğun yaşı, gelişimsel kapasitesi, bağımlılık düzeyi, biyolojik kırılganlığı ve anlatı üretme kapasitesi ile tıbbi bulguların, olay öyküsünün, laboratuvar-radyoloji verilerinin, çevresel koşulların ve gerektiğinde adli delillerin birlikte değerlendirilmesini gerektiren özgün bir klinik-adli disiplindir. Bu alanın temel sorusu çoğu zaman “hangi hastalık var?” değil; “gözlenen bulgular hangi mekanizmalarla açıklanabilir, sunulan öykü ile ne ölçüde uyumludur, hangi alternatif açıklamalar makuldür, çocuğun güvenliği açısından hangi olasılıklar dışlanmadan bırakılmamalıdır?” biçimindedir. Bu nedenle pediatric adli değerlendirme, klasik klinik tanı sürecinden daha geniş bir nedensellik ve belirsizlik yönetimi çerçevesi gerektirir. [3,6-9]

Bölümün temel tezi

Pediatric adli tıpta yüksek nitelikli değerlendirme; tek bir “spesifik bulgu” aramaktan çok, gelişimsel uyum + yaralanma biyomekaniği + öykü tutarlılığı + alternatif tıbbi açıklamalar + occult yaralanma olasılığı + güvenlik riski + kanıt bütünlüğünü aynı analitik çerçevede ele alabilme becerisidir.

20. Bölüm özeti: uzman için çekirdek ilkeler

- Pediatrik adli tıp, çocuk istismarıyla sınırlı olmayan; tıbbi veriyi mekanizma, nedensellik, güvenlik ve hukuki bağlam içinde yorumlayan bir disiplindir.
- Yaş ve gelişimsel kapasite, pediatrik adli yorumun temel değişkenleridir; aynı bulgunun anlamı farklı gelişim düzeylerinde değişir.
- Bir bulgunun bir mekanizmayla uyumlu olması, o mekanizmaya özgül olduğu anlamına gelmez.
- Tarama kuralları klinik değerlendirmeyi standardize eder; tek başına kesin istismar tanısı koymaz.
- Öykünün kaynağı ve zaman içindeki değişimi raporda görünür olmalıdır.
- Occult yaralanma olasılığı küçük çocuklarda değerlendirme kapsamını genişletir.
- Ayırıcı tanı tarafsızlığın gereğidir; ancak teorik olasılıklar olguya özgü klinik olasılıkla ağırlıklandırılmalıdır.
- Adli örneğin analitik doğruluğu kadar chain of custody ve kontaminasyon kontrolü de önemlidir.
- Belgeleme, başka bir uzmanın olguyu yeniden değerlendirebileceği düzeyde ayrıntılı olmalıdır.
- Sosyal risk faktörleri tıbbi kanıtın yerine geçmemeli; ırk, sosyoekonomik durum ve aile algısına bağlı yanlılık aktif olarak azaltılmalıdır.
- Travma bilgili bakım, adli gereklilik ile çocuğun ikincil örselenmesini azaltma hedefini birlikte yürütür.
- Uzman kanaati, gözlem → yorum → mekanizma → nedensellik zincirini açıkça göstermeli ve hukuki kesin hüküm sınırını aşmamalıdır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Child maltreatment. Fact sheet. Updated 8 May 2026. Geneva: WHO; 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. World Health Organization. Violence against children. Fact sheet. Updated 7 May 2026. Geneva: WHO; 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>
3. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
4. World Health Organization. WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2019.
5. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Adopted 20 November 1989, entered into force 2 September 1990. United Nations Treaty Series, vol. 1577, p. 3.
6. Giardino AP, Hanson N, Hill KS, Leventhal JM. Child Abuse Pediatrics: New Specialty, Renewed Mission. Pediatrics. 2011;128(1):156-159. doi:10.1542/peds.2011-0363.

7. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1337-e1354. doi:10.1542/peds.2015-0356. Reaffirmed with reference/data updates November 2021 and reaffirmed March 2026.
8. Campbell KA, Olson LM, Keenan HT. Critical Elements in the Medical Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics*. 2015;136(1):35-43. doi:10.1542/peds.2014-4192.
9. Keenan HT, Campbell KA. Three models of child abuse consultations: a qualitative study of inpatient child abuse consultation notes. *Child Abuse Negl*. 2015;43:53-60. doi:10.1016/j.chiabu.2014.11.009.
10. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW; Puget Sound Pediatric Research Network. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(4):399-403. doi:10.1001/archpedi.153.4.399.
11. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-707. doi:10.1542/peds.2012-2780.
12. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832.
13. Lindberg DM, Beaty B, Juarez-Colunga E, et al. Testing for Abuse in Children With Sentinel Injuries. *Pediatrics*. 2015;136(5):831-838. doi:10.1542/peds.2015-1487.
14. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, Perez-Rossello J, Servaes S, Merchant N, et al. Evaluating Young Children With Fractures for Child Abuse: Clinical Report. *Pediatrics*. 2025;155(2):e2024070074. doi:10.1542/peds.2024-070074.
15. Narang SK, Haney S, Duhaime AC, Martin J, Binenbaum G, de Alba Campomanes AG, et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024070457. doi:10.1542/peds.2024-070457.
16. Anderst JD, Carpenter SL, Killough E, Abshire TC. Evaluation for Bleeding Disorders in Suspected Child Abuse. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2022059276. doi:10.1542/peds.2022-059276.
17. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *Pediatrics*. 2013;132(2):e558-e567. doi:10.1542/peds.2013-1741.
18. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, et al. Trauma-Informed Care. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2021052580. doi:10.1542/peds.2021-052580.
19. Duffee J, Szilagyi M, Forkey H, Kelly ET, et al. Trauma-Informed Care in Child Health Systems. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2021052579. doi:10.1542/peds.2021-052579.
20. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial Differences in the Evaluation of Pediatric Fractures for Physical Abuse. *JAMA*. 2002;288(13):1603-1609. doi:10.1001/jama.288.13.1603.
21. Wood JN, Hall M, Schilling S, Keren R, Mitra N, Rubin DM. Disparities in the Evaluation and Diagnosis of Abuse Among Infants With Traumatic Brain Injury. *Pediatrics*. 2010;126(3):408-414. doi:10.1542/peds.2010-0031.
22. Keenan HT, Cook LJ, Olson LM, Bardsley T, Campbell KA. Social Intuition and Social Information in Physical Child Abuse Evaluation and Diagnosis. *Pediatrics*. 2017;140(5):e20171188. doi:10.1542/peds.2017-1188.
23. Office on Violence Against Women, U.S. Department of Justice. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations: Pediatric. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2016.
24. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse-Child. Reston, VA: American College of Radiology. Current online criteria accessed 10 August 2026.
25. Marsac ML, Kassam-Adams N, Hildenbrand AK, et al. Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. *JAMA Pediatr*. 2016;170(1):70-77. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.2206.

BÖLÜM

2

Çocuk Hakları, Etik ve Hukuki Çerçeve

Çocuğun Üstün Yararı, Karar Verme Kapasitesi, Mahremiyet, Bildirim ve Adli Süreçte Etik



Pediyatrik adli değerlendirmede hak temelli karar verme, etik çatıřmalar ve Türkiye’de uygulama

Pediyatrik adli tıp, yalnızca tıbbi bulguların belgelenmesi ve hukuki makamlara aktarılması değildir. Çocuk aynı anda hasta, hak sahibi, potansiyel mağdur, bilgi kaynağı ve kimi zaman da ceza veya koruma sisteminin öznesidir. Bu çoklu statü, klinisyenin “doğru tanıyı koyma” yükümlülüğünü aşan bir normatif sorumluluk yaratır: güvenliği sağlamak, çocuğun görüşünü gerçek anlamda duymak, gereksiz yeniden travmatizasyondan kaçınmak, mahremiyeti korumak, gerektiğinde bildirim yapmak ve her adımın hukuki yetki sınırını bilmek. Bu bölüm, pediyatrik adli karar vermeyi çocuk hakları, klinik etik ve yürürlükteki hukuk arasında kurulan dinamik bir denge olarak ele alır. [1–30]

Bölümün temel tezi

Pediyatrik adli olguda “çocuğun üstün yararı” soyut bir iyi niyet ifadesi değildir. Bilimsel gereklilik, hukuki yetki, çocuğun katılımı, en az öreleyici yöntem, veri minimizasyonu ve güvenlik sonuçlarının birlikte tartıldığı; gerekçesi kayda geçirilebilir bir karar verme standardıdır. [4,8,9,17]

- Mahremiyet ve gizlilik pediatrik adli değerlendirmenin temelidir; ancak kanuni bildirim ve ciddi güvenlik risklerinde sınırları vardır.
- Bildirim için mahkeme düzeyinde kesinlik aranmaz; klinisyen bulgu ve endişesini objektif biçimde bildirir, hukuki hükmü adli makam verir.
- ÇİM/AGO ve CMK m.236'nın çocuk dostu usulü, gereksiz tekrar görüşmeleri azaltmak için aktif kullanılmalıdır.
- Sağlık, cinsel yaşam, fotoğraf ve adli kayıtlar özel nitelikli veridir; erişim ve paylaşım amaçla sınırlı olmalıdır.
- Olası failin kanuni temsilci olması, ebeveyn kararını otomatik olarak tarafsız kabul etmeyi engeller.
- Tıbbi acil müdahale ile yalnız kanıt amaçlı işlem aynı etik ve hukuki gerekçeye sahip değildir.
- İleri düzey adli rapor, yalnız bulguları değil, kritik karar süreçlerini ve belirsizlikleri de şeffaflaştırır.

Kaynaklar

1. United Nations. Convention on the Rights of the Child. Adopted 20 November 1989; entered into force 2 September 1990. United Nations Treaty Series. 1990;1577:3.
2. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 12 (2009): The right of the child to be heard. UN Doc CRC/C/GC/12. 20 July 2009.
3. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 13 (2011): The right of the child to freedom from all forms of violence. UN Doc CRC/C/GC/13. 18 April 2011.
4. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 14 (2013): The right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1). UN Doc CRC/C/GC/14. 29 May 2013.
5. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 15 (2013): The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). UN Doc CRC/C/GC/15. 17 April 2013.
6. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence. UN Doc CRC/C/GC/20. 6 December 2016.
7. United Nations Committee on the Rights of the Child. General Comment No. 25 (2021) on children's rights in relation to the digital environment. UN Doc CRC/C/GC/25. 2 March 2021.
8. Council of Europe. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No. 164). Oviedo; 4 April 1997.
9. Council of Europe. Guide to children's participation in decisions about their health. Strasbourg: Council of Europe; 2024.
10. Council of Europe. Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly justice. Adopted 17 November 2010. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2011.
11. Council of Europe. Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse (CETS No. 201). Lanzarote; 25 October 2007.
12. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.

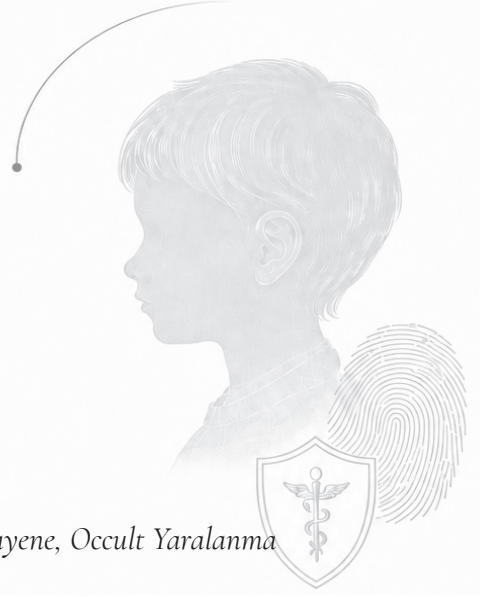
13. World Health Organization. WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2019.
14. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
15. Office on Violence Against Women, U.S. Department of Justice. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations: Pediatric. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2016.
16. Katz AL, Webb SA; Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2016;138(2):e20161485. doi:10.1542/peds.2016-1485.
17. Salter EK, Hester DM, Vinarscik L, et al. Pediatric Decision Making: Consensus Recommendations. *Pediatrics*. 2023;152(3):e2023061832. doi:10.1542/peds.2023-061832.
18. Chung RJ, Lee JB, Hackell JM, Alderman EM; American Academy of Pediatrics. Confidentiality in the Care of Adolescents: Policy Statement. *Pediatrics*. 2024;153(5):e2024066326. doi:10.1542/peds.2024-066326.
19. Grootens-Wiegers P, Hein IM, van den Broek JM, de Vries MC. Medical decision-making in children and adolescents: developmental and neuroscientific aspects. *BMC Pediatr*. 2017;17:120. doi:10.1186/s12887-017-0869-x.
20. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, et al. Trauma-Informed Care. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2021052580. doi:10.1542/peds.2021-052580.
21. Marsac ML, Kassam-Adams N, Hildenbrand AK, et al. Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. *JAMA Pediatr*. 2016;170(1):70-77. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.2206.
22. Türkiye Cumhuriyeti. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu. Kabul: 3 Temmuz 2005; Resmî Gazete: 15 Temmuz 2005, Sayı 25876. Güncel metin 10 Ağustos 2026 tarihinde kontrol edilmiştir.
23. Türkiye Cumhuriyeti. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu. Kabul: 26 Eylül 2004; Resmî Gazete: 12 Ekim 2004, Sayı 25611. Özellikle m.278-280. Güncel metin 10 Ağustos 2026 tarihinde kontrol edilmiştir.
24. Türkiye Cumhuriyeti. 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu. Kabul: 4 Aralık 2004; Resmî Gazete: 17 Aralık 2004, Sayı 25673. Özellikle m.234 ve m.236. Güncel metin 10 Ağustos 2026 tarihinde kontrol edilmiştir.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmî Gazete: 1 Ağustos 1998, Sayı 23420; sonraki değişiklikleriyle birlikte. Özellikle m.22-26. Güncel metin 10 Ağustos 2026 tarihinde kontrol edilmiştir.
26. Türkiye Cumhuriyeti. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. Kabul: 24 Mart 2016; Resmî Gazete: 7 Nisan 2016, Sayı 29677. 7499 sayılı Kanunla 2024 yılında yapılan değişiklikler dâhil güncel metin esas alınmıştır.
27. Kişisel Verileri Koruma Kurumu. Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesine İlişkin Rehber. Ankara: KVKK. Güncel çevrimiçi sürüm 10 Ağustos 2026 tarihinde kontrol edilmiştir.
28. Kişisel Verileri Koruma Kurulu. "Kişisel sağlık verilerinin hastanedeki yetkisiz çalışanlar tarafından velayete sahip olmayan ebeveyn ile paylaşılması" hakkında 06/08/2021 tarihli ve 2021/761 sayılı Karar Özeti.
29. T.C. Adalet Bakanlığı, Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. 170/1 sayılı Cinsel Dokunulmazlığa Karşı İşlenen Suç Soruşturmaları Genelgesi. Güncel çevrimiçi metin 10 Ağustos 2026 tarihinde kontrol edilmiştir.
30. Council of Europe. Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly health care. Strasbourg: Council of Europe; 2011.

BÖLÜM

3

Adli Çocuk Hastaya İlk Yaklaşım

Stabilizasyon, Klinik-Adli Öykü, Sistemik Muayene, Occult Yaralanma Taraması, Belgeleme ve Delil Yönetimi



Stabilizasyon, klinik-adli akıl yürütme, occult yaralanma taraması, belgeleme ve delil yönetimi

Pediyatrik adli olguya ilk yaklaşım, “önce tıbbi değerlendirme, sonra adli işlem” biçiminde iki ardışık evreye indirgenemez. Doğru model; yaşamı koruyan klinik bakımın açık biçimde en yüksek önceliğe sahip olduğu, ancak güvenlik değerlendirmesi, bulguların bozulmadan belgelenmesi ve uygun olduğunda adli delilin korunmasının aynı anda planlandığı çift hatlı bir süreçtir. Bu bölüm, ilk temasın dakikalarından güvenli disposition kararına kadar uzanan süreci ileri düzey klinik-adli muhakeme çerçevesinde ele alır. [1–6]

Bölümün temel tezi

Adli çocuk değerlendirmesinin kalitesi, yalnız “istismarı fark etmek” ile ölçülemez. Yüksek nitelikli yaklaşım; resüsitasyonu geciktirmemeli, çocuğu gereksiz tekrar öykülerinden ve muayenelerden korumalı, occult yaralanmaları sistematik olarak aramalı, alternatif tıbbi açıklamaları gerçekçi biçimde test etmeli ve başka bir uzman tarafından geriye dönük yeniden değerlendirilebilecek ayrıntıda kayıt üretmelidir.

- İskelet taraması, nörogörüntüleme, transaminazlar ve göz muayenesi farklı klinik sorulara yanıt verir; birbirinin yerine geçmez.
- Kanama bozukluğu ve diğer mimikler olguya özgü olarak araştırılmalı; alternatif tanı olasılığı istismar hipotezine karşı “savunma listesi” biçiminde kullanılmamalıdır.
- Cinsel istismar şüphesinde normal anogenital muayene istismarı dışlamaz.
- Fotoğraf yazılı muayenenin yerine geçmez; orientasyon, ölçek ve güvenli dosya yönetimi gerekir.
- Adli örneğin analitik değeri kadar zincir teslim ve kontaminasyon kontrolü de önemlidir.
- Standardize protokoller hem occult yaralanma kaçırılmasını hem sosyal yanlılığa bağlı değişkenliği azaltabilir.
- Disposition kararı; tıbbi stabilite, güvenlik, tamamlanmış değerlendirme ve gerçekçi takip planının birlikte sonucudur.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
2. World Health Organization. WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Joyner BL Jr, McCracken CE, O'Neil ME, et al. Part 6: Pediatric Basic Life Support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025;152(16 Suppl 2). doi:10.1161/CIR.0000000000001370.
4. Lasa JJ, Lavonas EJ, Alhanti B, et al. Part 8: Pediatric Advanced Life Support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025;152(16 Suppl 2). doi:10.1161/CIR.0000000000001368.
5. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics. 2015;135(5):e1337-e1354. doi:10.1542/peds.2015-0356. Reaffirmed March 2026.
6. Campbell KA, Olson LM, Keenan HT. Critical Elements in the Medical Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics. 2015;136(1):35-43. doi:10.1542/peds.2014-4192.
7. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, Perez-Rossello J, Servaes S, Merchant N, et al. Evaluating Young Children With Fractures for Child Abuse: Clinical Report. Pediatrics. 2025;155(2):e2024070074. doi:10.1542/peds.2024-070074.
8. Narang SK, Haney S, Duhaime AC, Martin J, Binenbaum G, de Alba Campomanes AG, et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. Pediatrics. 2025;155(3):e2024070457. doi:10.1542/peds.2024-070457.
9. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse-Child. Reston, VA: American College of Radiology. Current online criteria accessed 10 August 2026.
10. Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, et al. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse-Child. J Am Coll Radiol. 2017;14(5S):S338-S349. doi:10.1016/j.jacr.2017.01.036.
11. Sheets LK, Leach ME, Koszewski JJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. Pediatrics. 2013;131(4):701-707. doi:10.1542/peds.2012-2780.

12. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832.
13. Lindberg DM, Beaty B, Juarez-Colunga E, Wood JN, Runyan DK. Testing for Abuse in Children With Sentinel Injuries. *Pediatrics*. 2015;136(5):831-838. doi:10.1542/peds.2015-1487.
14. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW; Puget Sound Pediatric Research Network. Bruises in infants and toddlers: those who don't cruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(4):399-403. doi:10.1001/archpedi.153.4.399.
15. Lindberg DM, Shapiro RA, Blood EA, Steiner RD, Berger RP; ExSTRA Investigators. Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. *Pediatrics*. 2013;131(2):268-275. doi:10.1542/peds.2012-1952.
16. Ruiz-Maldonado TM, Wood JN, Laskey AL, Campbell KA, et al. Occult Abdominal Trauma Screening in the Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatr Open Sci*. 2025;1(1):274. doi:10.1542/pedsos.2024-000274.
17. Lindberg DM, Shapiro RA, Laskey AL, Pallin DJ, Blood EA, Berger RP; ExSTRA Investigators. Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. *Pediatrics*. 2012;130(2):193-201. doi:10.1542/peds.2012-0085.
18. Riney LC, Frey TM, Fain ET, Duma EM, Bennett BL, Kurowski EM. Standardizing the Evaluation of Nonaccidental Trauma in a Large Pediatric Emergency Department. *Pediatrics*. 2018;141(1):e20171994. doi:10.1542/peds.2017-1994.
19. Christian CW, Levin AV; Council on Child Abuse and Neglect; Section on Ophthalmology; American Association of Certified Orthoptists; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Academy of Ophthalmology. The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse. *Pediatrics*. 2018;142(2):e20181411. doi:10.1542/peds.2018-1411.
20. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *Pediatrics*. 2013;132(2):e558-e567. doi:10.1542/peds.2013-1741.
21. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
22. Office on Violence Against Women, U.S. Department of Justice. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations: Pediatric. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2016.
23. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl*. 2023;145:106283. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106283.
24. Anderst JD, Carpenter SL, Killough E, Abshire TC. Evaluation for Bleeding Disorders in Suspected Child Abuse. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2022059276. doi:10.1542/peds.2022-059276.
25. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, Duffee J. Trauma-Informed Care. *Pediatrics*. 2021;148(2):e2021052580. doi:10.1542/peds.2021-052580.
26. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial Differences in the Evaluation of Pediatric Fractures for Physical Abuse. *JAMA*. 2002;288(13):1603-1609. doi:10.1001/jama.288.13.1603.
27. Wood JN, Hall M, Schilling S, Keren R, Mitra N, Rubin DM. Disparities in the Evaluation and Diagnosis of Abuse Among Infants With Traumatic Brain Injury. *Pediatrics*. 2010;126(3):408-414. doi:10.1542/peds.2010-0031.
28. Keenan HT, Cook LJ, Olson LM, Bardsley T, Campbell KA. Social Intuition and Social Information in Physical Child Abuse Evaluation and Diagnosis. *Pediatrics*. 2017;140(5):e20171188. doi:10.1542/peds.2017-1188.
29. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(2):81-87. doi:10.1016/j.jpag.2015.01.007.
30. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(3):225-231. doi:10.1016/j.jpag.2017.12.011.

BÖLÜM

4

Çocuklarda Adli Görüşme

Bellek Bilimi, Suggestibility, Görüşme Mimarisi, Soru Tipleri, Özel Gruplar, Kayıt ve Kalite Güvencesi



Bellek bilimi, kanıt üretimi, görüşme mimarisi ve adli güvenilirlik

Çocuklarla adli görüşme, sezgisel bir “doğruyu bulma” konuşması değil; gelişimsel psikoloji, bellek bilimi, dilbilim, travma bilgisi bakım, hipotez test etme ve usul hukukunun kesişiminde yürütülen yüksek riskli bir kanıt üretim işlemidir. Görüşmenin kalitesi, yalnızca çocuğun ne anlattığıyla değil, o anlatının hangi soru mimarisi içinde, hangi ön bilgiler altında, kaçınıcı görüşmede, hangi iletişim olanaklarıyla ve ne ölçüde doğrulanabilir biçimde elde edildiğiyle belirlenir. Bu bölüm, çocuk ifadesini “içeriği değerlendirilmesi gereken bir metin” olmaktan çıkarıp üretim koşullarıyla birlikte analiz edilen bir adli veri olarak ele alır. [1–8]

Öğrenme hedefleri

- Adli görüşmenin klinik öykü alma ve psikiyatrik görüşmeden amaç, yöntem ve kanıt değeri bakımından farkını açıklayabilmek.
- Çocuk belleğinde kodlama, depolama, geri çağırma ve kaynak izleme süreçlerinin adli ifade üzerindeki etkilerini ileri düzeyde yorumlayabilmek.
- Suggestibility, acquiescence, sosyal uyum ve görüşmecinin beklentisinin yanlış bilgi üretme yollarını tanıyabilmek.
- Serbest anlatı, cued invitation, açık uçlu Wh-sorusu, seçenekli soru ve yönlendirici soru arasındaki bilgi getirisi/doğruluk dengesini yönetebilmek.
- NICHHD temelli fazları, rapport, temel kurallar ve anlatı pratiğini yalnızca “iletişim teknikleri” değil, hata azaltıcı prosedürler olarak uygulayabilmek.

ortaya çıktığını belirlemek de zorlaşır. Bu nedenle kurumlar arası handoff, yalnız tıbbi dosya transferi değil bilgi-provenansı yönetimidir. [2,25,26,30,31]

İdeal ilk kayıt; açıklamanın spontan mı soruya yanıt mı olduğunu, soruyu kimin sorduğunu, yanında kimlerin bulunduğunu, çocuğun mümkün olduğunca kelimesi kelimesine ne söylediğini ve sonrasında hangi soruların sorulduğunu içerir. Bir sonraki profesyonel bu kayıt sayesinde aynı ayrıntıları yeniden üretmeye çalışmak yerine kendi görevi için zorunlu eksikleri hedefleyebilir. Bu yaklaşım hem travma bilgili bakım hem adli güvenilirlik bakımından aynı yönde çalışır. [1,2,25,26]

Devir standardı — Dört satırlık minimum veri

1) Disclosure zamanı ve bağlamı. 2) İlk ifadeyi alan kişi ve orada bulunanlar. 3) Çocuğun kritik cümlesi mümkün olduğunca doğrudan alıntıyla. 4) Sonrasında sorulan ek sorular ve çocuğun yanıtları. Bu dört unsur, daha sonraki görüşmecinin hem gereksiz tekrarı azaltmasını hem de bilgi kaynağını izlemesini sağlar.

Kaynaklar

1. APSAC Taskforce. Forensic Interviewing of Children. APSAC Practice Guidelines. Association of Professionals Solving the Abuse of Children; 2023.
2. Newlin C, Cordisco Steele L, Chamberlin A, Anderson J, Kenniston J, Russell A, Stewart H, Vaughan-Eden V. Child Forensic Interviewing: Best Practices. Juvenile Justice Bulletin. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention; 2015.
3. Korkman J, Otgaar H, Geven LM, Bull R, Cyr M, Hershkowitz I, et al. White paper on forensic child interviewing: research-based recommendations by the European Association of Psychology and Law. *Psychology, Crime & Law*. 2025;31(8):987-1030. doi:10.1080/1068316X.2024.2324098.
4. Fernandes D, Gomes JP, Albuquerque PB, Matos M. Forensic Interview Techniques in Child Sexual Abuse Cases: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(2):1382-1396. doi:10.1177/15248380231177317.
5. Lamb ME, Orbach Y, Hershkowitz I, Esplin PW, Horowitz D. A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse Negl*. 2007;31(11-12):1201-1231. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.021.
6. Benia LR, Hauck-Filho N, Dillenburg M, Stein LM. The NICHD Investigative Interview Protocol: a meta-analytic review. *J Child Sex Abus*. 2015;24(3):259-279. doi:10.1080/10538712.2015.1006749.
7. Orbach Y, Hershkowitz I, Lamb ME, Sternberg KJ, Esplin PW, Horowitz D. Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse Negl*. 2000;24(6):733-752. doi:10.1016/S0145-2134(00)00137-X.
8. Bruck M, Ceci SJ. The suggestibility of children's memory. *Annu Rev Psychol*. 1999;50:419-439. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.419.
9. Lamb ME, Orbach Y, Hershkowitz I, Horowitz D, Abbott CB. Does the type of prompt affect the accuracy of information provided by alleged victims of abuse in forensic interviews? *Appl Cogn Psychol*. 2007;21(9):1117-1130. doi:10.1002/acp.1318.
10. Cyr M, Lamb ME. Assessing the effectiveness of the NICHD Investigative Interview Protocol when interviewing French-speaking alleged victims of child sexual abuse in Quebec. *Child Abuse Negl*. 2009;33(5):257-268. doi:10.1016/j.chiabu.2008.04.002.

11. Dion J, Cyr M. The use of the NICHD Protocol to enhance the quantity of details obtained from children with low verbal abilities in investigative interviews: a pilot study. *J Child Sex Abus.* 2008;17(2):144-162. doi:10.1080/10538710801916564.
12. Anderson GD, Anderson JN, Gilgun JF. The influence of narrative practice techniques on child behaviors in forensic interviews. *J Child Sex Abus.* 2014;23(6):615-634. doi:10.1080/10538712.2014.932878.
13. Ahern EC, Andrews SJ, Stolzenberg SN, Lyon TD. The productivity of Wh-prompts in child forensic interviews. *J Interpers Violence.* 2018;33(13):2007-2015. doi:10.1177/0886260515621084.
14. Henderson HM, Kononov H, Williams S, Lyon TD. The utility of the birthday prompt in narrative practice with maltreated and non-maltreated 4- to 9-year-old children. *Applied Developmental Science.* 2022;26(4):679-688. doi:10.1080/10888691.2021.1963729.
15. Baugerud GA, Johnson MS, Hansen HB, Magnussen S, Lamb ME. Forensic interviews with preschool children: an analysis of extended interviews in Norway (2015-2017). *Appl Cogn Psychol.* 2020;34(3):654-663. doi:10.1002/acp.3647.
16. La Rooy D, Katz C, Malloy LC, Lamb ME. Do we need to rethink guidance on repeated interviews? *Psychol Public Policy Law.* 2010;16(4):373-392. doi:10.1037/a0019909.
17. La Rooy DJ, Lamb ME. What happens when interviewers ask repeated questions in forensic interviews with children alleging abuse? *J Police Crim Psychol.* 2011;26(1):20-25. doi:10.1007/s11896-010-9069-4.
18. Blasbalg U, Hershkowitz I, Lamb ME, Karni-Visel Y. Adherence to the Revised NICHD Protocol recommendations for conducting repeated supportive interviews is associated with the likelihood that children will allege abuse. *Psychol Public Policy Law.* 2021;27(2):209-220. doi:10.1037/law0000295.
19. Cederborg AC, La Rooy D, Lamb ME. Repeated interviews with children who have intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2008;21(2):103-113. doi:10.1111/j.1468-3148.2007.00372.x.
20. Cederborg AC, Lamb ME. Interviewing alleged victims with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2008;52(Pt 1):49-58. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.00976.x.
21. Åker TH, Johnson MS. Interviewing alleged victims with mild and moderate intellectual disabilities and autism: a field study of police-investigated cases of physical and sexual abuse in a Norwegian national sample. *J Intellect Disabil Res.* 2020;64(10):782-792. doi:10.1111/jir.12771.
22. Johnson R, Farrell R, Vieth V, Peters R, Nolan K, Grant C, Munday L, Dahl C. Interviewing Children with Disabilities: A Practical Guide for Forensic Interviewer. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention; 2022. NCJ 304719.
23. Dickinson JJ, Lytle NE, Poole DA. Tele-forensic interviewing can be a reasonable alternative to face-to-face interviewing of child witnesses. *Law Hum Behav.* 2021;45(2):97-111. doi:10.1037/lhb0000443.
24. Thierry KL, Lamb ME, Orbach Y, Pipe ME. Developmental differences in the function and use of anatomical dolls during interviews with alleged sexual abuse victims. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(6):1125-1134. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1125.
25. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: WHO; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
26. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
27. Malloy LC, Brubacher SP, Lamb ME. "Because she's one who listens": children discuss disclosure recipients in forensic interviews. *Child Maltreat.* 2013;18(4):245-251. doi:10.1177/1077559513497250.
28. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman DW. Disclosure of child sexual abuse: what does the research tell us about the ways that children tell? *Psychol Public Policy Law.* 2005;11(1):194-226. doi:10.1037/1076-8971.11.1.194.
29. Lavoie J, Wyman J, Crossman AM, Talwar V. Meta-analysis of the effects of two interviewing practices on children's disclosures of sensitive information: rapport practices and question type. *Child Abuse Negl.* 2021;113:104930. doi:10.1016/j.chiabu.2021.104930.

30. T.C. Sağlık Bakanlığı. Çocuk İzlem Merkezleri Hakkında Genelge (2012/20). Güncel resmî mevzuat sayfası; erişim: 10 Ağustos 2026.
31. T.C. Adalet Bakanlığı. 176 No'lu Genelge: Adli Görüşme Odaları; 170/1 No'lu Genelge: Cinsel Doku-nulmazlığa Karşı İşlenen Suç Soruşturmaları. Güncel resmî genelgeler sayfası; erişim: 10 Ağustos 2026.
32. 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu. Madde 236: mağdur çocukların dinlenmesine ilişkin hü-kümler. Güncel mevzuat metni; erişim: 10 Ağustos 2026.

BÖLÜM

5

Çocuk İstismarına Genel Yaklaşım

Tanım, Epidemiyoloji, Ekolojik Risk, Klinik Şüphe, Örüntü Tanıma, Gizli Yaralanma ve Multidisipliner Karar



Tanım, risk mimarisi, klinik tanı eşiği ve güvenli karar verme

Çocuk istismarını tanımak tek bir lezyonu “istismar bulgusu” olarak etiketlemek değil; çocuğun gelişimsel kapasitesi, bildirilen mekanizma, yaralanma örüntüsü, zaman çizelgesi, eşlik eden gizli yaralanmalar, tıbbi taklitçiler ve güvenlik bağlamını aynı olasılık modelinde birleştirmektir. İleri düzey pediatrik adli değerlendirme, ne aşırı kuşkuculuğa ne de tek bulguya dayalı kesinliğe izin verir; amaç, yanlış negatif ve yanlış pozitif kararların her ikisini de azaltan, tekrar üretilebilir ve denetlenebilir bir klinik akıl yürütme süreci kurmaktır.

Öğrenme hedefleri

- Çocuk istismarını yalnız “yaralanma” değil; fiziksel, cinsel ve duygusal kötü muamele, ihmal, sömürü ve bunların birlikte görülebildiği bir çocuk sağlığı ve güvenliği problemi olarak kavramsallaştırmak.
- Prevalans verilerindeki yöntemsel farklılıkları, resmî kayıtların gerçek yükü neden sistematik olarak düşük gösterdiğini ve “görünür olgu buzdağı” kavramını yorumlamak.
- Belsky’nin gelişimsel-ekolojik modelini güncel risk ve koruyucu faktör kanıtlarıyla birleştirerek tek nedenli açıklamalardan kaçınmak.
- Klinik şüpheyi, tek bir kırmızı bayrak yerine öncül olasılık, bulgu özgüllüğü, gelişimsel kapasite ve alternatif açıklamaların göreceli olasılığı üzerinden kurmak.
- Sentinel yaralanma, TEN-4-FACESp ve gizli yaralanma taraması gibi araçları “tanı testi” değil, ileri değerlendirmeyi tetikleyen risk belirteçleri olarak kullanmak.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Child maltreatment. Fact sheet. 8 May 2026. Geneva: WHO; 2026. Erişim: 11 Ağustos 2026.
2. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
3. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Rev.* 2015;24(1):37-50. doi:10.1002/car.2353.
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
5. Debowska A, Willmott D, Boduszek D, Jones AD. What do we know about child abuse and neglect patterns of co-occurrence? A systematic review of profiling studies and recommendations for future research. *Child Abuse Negl.* 2017;70:100-111. doi:10.1016/j.chiabu.2017.06.014.
6. Belsky J. Child maltreatment: an ecological integration. *Am Psychol.* 1980;35(4):320-335. PMID:7386966.
7. Luo Z, Chen Y, Epstein RA. Risk factors for child abuse and neglect: systematic review and meta-analysis. *Public Health.* 2025;241:89-98. doi:10.1016/j.puhe.2025.01.028.
8. Younas F, Gutman LM. Parental risk and protective factors in child maltreatment: a systematic review of the evidence. *Trauma Violence Abuse.* 2023;24(5):3697-3714. doi:10.1177/15248380221134634.
9. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
10. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57(3):241-266. doi:10.1111/jcpp.12507.
11. Baldwin JR, Wang B, Karwowska L, Schoeler T, Tsaligopoulou A, Munafo MR, Pingault JB. Childhood maltreatment and mental health problems: a systematic review and meta-analysis of quasi-experimental studies. *Am J Psychiatry.* 2023;180(2):117-126. doi:10.1176/appi.ajp.20220174.
12. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics.* 2015;135(5):e1337-e1354. doi:10.1542/peds.2015-0356.
13. Asnes AG, Leventhal JM. Bruising in Infants: An Approach to the Recognition of Child Physical Abuse. *Pediatr Rev.* 2022;43(7):361-370. doi:10.1542/pir.2022-001271. PMID:35773541.
14. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics.* 2013;131(4):701-707. doi:10.1542/peds.2012-2780.
15. Petska HW, Sheets LK. Sentinel injuries: subtle findings of physical abuse. *Pediatr Clin North Am.* 2014;61(5):923-935. doi:10.1016/j.pcl.2014.06.007. PMID:25242706.
16. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. *JAMA Netw Open.* 2021;4(4):e215832. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832.
17. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, Perez-Rossello J, Servaes S, Merchant N, et al. Evaluating young children with fractures for child abuse: clinical report. *Pediatrics.* 2025;155(2):e2024070074. doi:10.1542/peds.2024-070074.
18. Narang SK, Haney S, Duhaime AC, Martin J, et al. Abusive head trauma in infants and children: technical report. *Pediatrics.* 2025;155(3):e2024070457. doi:10.1542/peds.2024-070457.
19. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria: Suspected Physical Abuse-Child. Reston, VA: American College of Radiology; güncel çevrimiçi sürüm, erişim 11 Ağustos 2026.
20. Anderst JD, Carpenter SL, Killough E, Abshire TC. Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. *Pediatrics.* 2022;150(4):e2022059276. doi:10.1542/peds.2022-059276.

21. Carpenter SL, Abshire TC, Killough E, Anderst JD. Evaluating for suspected child abuse: conditions that predispose to bleeding. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2022059277. doi:10.1542/peds.2022-059277.
22. Ruiz-Maldonado TM, Wood JN, Laskey AL, et al. Occult abdominal trauma screening in the evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics Open Science*. 2025;1(1):1-12. doi:10.1542/pedsos.2024-000274.
23. Lindberg DM, Shapiro RA, Laskey AL, Pallin DJ, Blood EA, Berger RP; ExSTRA Investigators. Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. *Pediatrics*. 2012;130(2):193-201. doi:10.1542/peds.2012-0085.
24. Mankad K, Sidpra J, Mirsky DM, Rossi A, Kemp AM, Choudhary AK, Offiah AC, et al. International consensus statement on the radiological screening of contact children in the context of suspected child physical abuse. *JAMA Pediatr*. 2023;177(5):526-533. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.6184.
25. Wood JN, Hall M, Schilling S, Keren R, Mitra N, Rubin DM. Disparities in the evaluation and diagnosis of abuse among infants with traumatic brain injury. *Pediatrics*. 2010;126(3):408-414. PMID:20713477.
26. Higginbotham N, Lawson KA, Gettig K, et al. Utility of a child abuse screening guideline in an urban pediatric emergency department. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;76(3):871-877. doi:10.1097/TA.0000000000000135.
27. Reed L, Odendal L, Mercurio D, Snyder CW. Identifying injuries suggestive of child physical abuse: an innovative application of the Trauma Quality Improvement Program. *J Trauma Acute Care Surg*. 2024;97(2):272-277. doi:10.1097/TA.0000000000004274.
28. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621-626. doi:10.1001/jama.281.7.621.
29. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Çocuk, 2025. Ankara: TÜİK; 2026. Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuklara ilişkin idari istatistikler.
30. Deutsch SA, Einspahr S, Almeida D, Vandergrift D, Loiselle C, De Jong A. Variability in occult injury screening among siblings/household contacts of physical abuse victims. *Pediatr Emerg Care*. 2024;40(6):e54-e60. doi:10.1097/PEC.0000000000003114.
31. World Health Organization. INSPIRE: seven strategies for ending violence against children. Geneva: WHO; 2016. ISBN 978-92-4-156535-6.
32. Lindberg DM, Lindsell CJ, Shapiro RA. Variability in expert assessments of child physical abuse likelihood. *Pediatrics*. 2008;121(4):e945-e953. PMID:18381522.
33. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24. doi:10.1001/jama.1962.03050270019004.

BÖLÜM

6

Fiziksel Çocuk İstismarı

Mekanizma, Gelişimsel Uyum, Yaralanma Örüntüleri, Gizli Yaralanma, Ayırıcı Tanı ve Kanıt Ağırlığı



Mekanizma, gelişimsel kapasite, lezyon örüntüsü ve alternatif hipotezlerin birlikte değerlendirilmesi

Fiziksel çocuk istismarı, pediatrik adli tıbbın en yüksek yanlış-negatif ve yanlış-pozitif maliyetine sahip alanlarından biridir. Klinik görev, “şüpheli bir lezyon” bulmaktan ibaret değildir. Esas problem; çocuğun gelişimsel kapasitesi, bildirilen mekanizma, enerji aktarımı, anatomik dağılım, lezyonların yaşı, eşlik eden gizli yaralanmalar ve tıbbi taklitçilerin tek bir nedensellik modeli içinde sınanmasıdır. Bu bölüm, fiziksel istismarı bir morfoloji ezberi olarak değil, kanıt ağırlığına dayalı bir klinik-adli çıkarım süreci olarak ele almaktadır. [1-3]

Öğrenme hedefleri

- Fiziksel çocuk istismarını, kasıt kavramına indirgmeden, gerçek veya potansiyel fiziksel zarara yol açan bakım veren davranışı ve yaralanma mekanizması bağlamında tanımlamak.
- Yaş ve gelişimsel kapasiteyi yaralanma mekanizmasının biyomekanik olarak mümkün olup olmadığını sınavan temel değişken olarak kullanmak.
- Öyküdeki gecikme, değişkenlik veya eksiklikleri tek başına “yalan” kabul etmeden; açıklamanın yaralanmayı ne ölçüde açıkladığını değerlendirmek.
- Ekimoz, patterned injury, oral yaralanma, kırık, kafa travması, visseral yaralanma ve yanıkların kanıt ağırlığını tek tek ve birlikte yorumlamak.
- TEN-4-FACEsp ve benzeri karar araçlarını tanı koydurucu test değil, ileri değerlendirme eşiğini düzenleyen klinik karar desteği olarak kullanmak.

8. Kırık değerlendirmesi morfoloji + yaş + mekanizma + kemik biyolojisi + eşlik eden yaralanma sentezidir.
9. Skeletal survey standart projeksiyonlardan oluşan protokoldür; tek babygram değildir.
10. Normal nörolojik muayene occult kafa travmasını her durumda dışlamaz.
11. Abdominal istismar dış bulgu olmadan gelişebilir; risk-temelli laboratuvar/görüntüleme gerekir.
12. Yanık paternleri olay dinamiği ve ısı fiziğiyle birlikte değerlendirilmelidir.
13. Tıbbi taklitçi araştırmak istismar hipotezini terk etmek değil, bilimsel diferansiyel tanının gereğidir.
14. Standardize değerlendirme yolları hem tanısal kaliteyi hem eşitliği artırır.
15. Adli rapor yaralanma, mekanizma uyumu, alternatifler ve belirsizliği ayrı ayrı göstermelidir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Child maltreatment. Fact sheet. Geneva: WHO; updated 8 May 2026. Accessed 11 August 2026.
2. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1337-e1354. doi:10.1542/peds.2015-0356.
3. Shah SN, Fong HF, Haney SB, Harper NS, Pierce MC, Neuman MI. Has This Child Experienced Physical Abuse?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*. 2025;334(2):160-170. doi:10.1001/jama.2025.2216.
4. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW; Puget Sound Pediatric Research Network. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(4):399-403. PMID:10201724.
5. Kemp AM, Dunstan F, Nuttall D, Hamilton M, Collins P, Maguire S. Patterns of bruising in preschool children—a longitudinal study. *Arch Dis Child*. 2015;100(5):426-431. doi:10.1136/archdis-child-2014-307120.
6. Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child*. 2014;99(2):108-113. doi:10.1136/archdis-child-2013-304339.
7. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*. 2010;125(1):67-74. doi:10.1542/peds.2008-3632.
8. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832.
9. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-707. doi:10.1542/peds.2012-2780.
10. Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD, Lindberg DM. Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. *J Pediatr*. 2014;165(2):383-388.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2014.04.004.

11. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2005;90(2):182-186. PMID:15665178.
12. Anderst JD, Carpenter SL, Killough E, Abshire TC. Evaluation for Bleeding Disorders in Suspected Child Abuse. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2022059276. doi:10.1542/peds.2022-059276.
13. Carpenter SL, Abshire TC, Killough E, Anderst JD. Evaluating for Suspected Child Abuse: Conditions That Predispose to Bleeding. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2022059277. doi:10.1542/peds.2022-059277.
14. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, Perez-Rossello J, Servaes S, Merchant N, et al. Evaluating Young Children With Fractures for Child Abuse: Clinical Report. *Pediatrics*. 2025;155(2):e2024070074. doi:10.1542/peds.2024-070074.
15. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2008;337:a1518. doi:10.1136/bmj.a1518.
16. Collieran GC, Fossmark M, Rosendahl K, Argyropoulou M, Mankad K, Offiah AC. ESR Essentials: imaging of suspected child abuse—practice recommendations by the European Society of Paediatric Radiology. *Eur Radiol*. 2025;35:1868-1880. doi:10.1007/s00330-024-11052-4.
17. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse—Child. Reston, VA: American College of Radiology. Current online version accessed 11 August 2026.
18. Narang SK, Haney S, Duhaime AC, Martin J, Binenbaum G, de Alba Campomanes AG, et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024070457. doi:10.1542/peds.2024-070457.
19. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621-626. doi:10.1001/jama.281.7.621.
20. Lindberg D, Makoroff K, Harper N, Laskey A, Bechtel K, Deye K, Shapiro R. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children. *Pediatrics*. 2009;124(2):509-516. doi:10.1542/peds.2008-2348.
21. Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, et al. A systematic review of abusive visceral injuries in childhood—their range and recognition. *Child Abuse Negl*. 2013;37(7):430-445. PMID:23306146.
22. 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(8):1072-1081. doi:10.1016/j.burns.2008.02.011.
23. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child*. 2007;92(12):1113-1117. doi:10.1136/adc.2006.113001.
24. Mankad K, Sidpra J, Mirsky DM, Oates AJ, Collieran GC, Lucato LT, et al. International Consensus Statement on the Radiological Screening of Contact Children in the Context of Suspected Child Physical Abuse. *JAMA Pediatr*. 2023;177(5):526-533. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.6184.
25. Lindberg DM, Berger RP, Reynolds MS, et al. Yield of skeletal survey by age in children referred to abuse specialists. *J Pediatr*. 2014;164(6):1268-1273.e1. PMID:24630357.
26. Deye KP, Berger RP, Lindberg DM; ExSTRA Investigators. Occult abusive injuries in infants with apparently isolated skull fractures. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74(6):1553-1558. PMID:23694887.
27. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. *JAMA*. 2002;288(13):1603-1609. PMID:12350191.
28. Laskey AL, Stump TE, Perkins SM, Zimet GD, Sherman SJ, Downs SM. Influence of race and socioeconomic status on the diagnosis of child abuse: a randomized study. *J Pediatr*. 2012;160(6):1003-1008.e1. PMID:22221565.
29. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, Palusci VJ, Hedlund GL, Narang SK, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol*. 2018;48(8):1048-1065. doi:10.1007/s00247-018-4149-1.
30. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17-24. doi:10.1001/jama.1962.03050270019004.

BÖLÜM

7

Deri ve Yumuşak Doku Yaralanmaları

Ekimoz, Abrasyon, Laserasyon, Patterned Injury, Isırık İzi, Taklitçiler, Fotoğrafik Belgeleme ve Adli Yorum



Deriyi yalnızca “morluk var/yok” düzeyinde değil; anatomik dağılım, doku biyomekaniği, gelişimsel kapasite, mekanizma ve alternatif hipotezlerle birlikte okumak

Deri, pediatrik adli değerlendirmede en görünür fakat aynı zamanda en kolay aşırı yorumlanan organdır. Ekimoz, peteşi, abrazyon, laserasyon, şişlik, ısırık benzeri iz veya geometrik bir patern; tek başına bir etiyoloji değildir. Uzman yaklaşımı, önce lezyonu morfolojik olarak doğru adlandırır, sonra çocuğun gelişim düzeyi ve bildirilen olayla biyomekanik uyumunu sınar, son olarak tıbbi taklitçileri ve eşlik eden occult yaralanma olasılığını değerlendirir. Bu bölümün temel ilkesi şudur: morfolojik tanım gözleme, etiyolojik yorum ise çoklu kanıt katmanlarının sentezine dayanmalıdır. [1–3]

Öğrenme hedefleri

- Deri ve yumuşak doku lezyonlarını ekimoz, peteşi, hematom, abrazyon, laserasyon, kesik/insizyon, ponksiyon ve şişlik gibi morfolojik kategorilere doğru ayırmak.
- Ekimozun anatomik yerleşimi, sayısı, paterni ve çocuğun motor kapasitesini birlikte kullanarak kaza–istismar olasılığını yapılandırmak.
- TEN-4-FACEsp kuralının uygulama popülasyonunu, duyarlılık/özgüllük sınırlarını ve tanı koydurucu değil tarama amaçlı olduğunu açıklamak.
- Tek bir ekimozun özellikle küçük çocukta neden klinik olarak anlamlı olabileceğini 2025 verileri ışığında yorumlamak.

3. Kazara ekimozların dağılımı motor gelişimle değişir; kemik çıkıntıları daha tipik günlük travma alanlarıdır.
4. TEN-4-FACESp 4 yaş altı, ekimozu bulunan çocuklarda ileri değerlendirme için doğrulanmış tarama aracıdır; tanı koymaz.
5. 2025 verileri, tek bir risk bölgesi ekimozunun dahi küçümsenmemesi gerektiğini destekler.
6. Ekimozun renginden güvenilir biçimde kesin/dar yaş tayini yapılamaz.
7. Patterned injury paternli kuvvet temasını destekleyebilir; belirli nesneyle bire bir eşleştirme çoğu zaman savunulamaz.
8. Isırık benzeri lezyonda klinik/dental değerlendirme ve DNA delili, deri izinden bireysel fail eşleştirmesinden ayrılmalıdır.
9. Kanama bozuklukları ve dermatolojik/kültürel taklitçiler bilimsel diferansiyel tanının zorunlu parçasıdır.
10. Fotoğraf muayeneyi tamamlar; onun yerine geçmez. Ölçek, doğru düzlem, genel ve yakın plan kombinasyonu gerekir.
11. Ten rengi görünürlük üzerinde etkilidir; “görülmedi” ifadesi her zaman “yok” anlamına gelmez.
12. Adli rapor gözlem, mekanik yorum, bağlamsal uyum ve etiyolojik kanaati ayrı katmanlarda sunulmalıdır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Child maltreatment. Fact sheet. Geneva: WHO; updated 8 May 2026. Accessed 11 August 2026.
2. Christian CW; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1337-e1354. doi:10.1542/peds.2015-0356.
3. Shah SN, Fong HF, Haney SB, Harper NS, Pierce MC, Neuman MI. Has This Child Experienced Physical Abuse?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*. 2025;334(2):160-170. doi:10.1001/jama.2025.2216.
4. Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW; Puget Sound Pediatric Research Network. Bruises in infants and toddlers: those who don't bruise rarely bruise. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(4):399-403. PMID:10201724.
5. Carpenter RF. The prevalence and distribution of bruising in babies. *Arch Dis Child*. 1999;80(4):363-366. doi:10.1136/adc.80.4.363.
6. Kemp AM, Dunstan F, Nuttall D, Hamilton M, Collins P, Maguire S. Patterns of bruising in preschool children—a longitudinal study. *Arch Dis Child*. 2015;100(5):426-431. doi:10.1136/archdischild-2014-307120.
7. Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child*. 2014;99(2):108-113. doi:10.1136/archdischild-2013-304339.

8. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics*. 2010;125(1):67-74. doi:10.1542/peds.2008-3632.
9. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, et al. Validation of a clinical decision rule to predict abuse in young children based on bruising characteristics. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e215832. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.5832.
10. Dunstan FD, Guildea ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR. A scoring system for bruise patterns: a tool for identifying abuse. *Arch Dis Child*. 2002;86(5):330-333. doi:10.1136/adc.86.5.330.
11. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2005;90(2):182-186. doi:10.1136/adc.2003.044065.
12. Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*. 2013;131(4):701-707. doi:10.1542/peds.2012-2780.
13. Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD, Lindberg DM. Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. *J Pediatr*. 2014;165(2):383-388.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2014.04.004.
14. Anderst JD, Carpenter SL, Killough E, Abshire TC. Evaluation for Bleeding Disorders in Suspected Child Abuse. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2022059276. doi:10.1542/peds.2022-059276.
15. Carpenter SL, Abshire TC, Killough E, Anderst JD. Evaluating for Suspected Child Abuse: Conditions That Predispose to Bleeding. *Pediatrics*. 2022;150(4):e2022059277. doi:10.1542/peds.2022-059277.
16. Collins PW, Hamilton M, Dunstan FD, Maguire S, Nuttall D, Kemp AM. Patterns of bruising in preschool children with inherited bleeding disorders: a longitudinal study. *Arch Dis Child*. 2017;102(12):1110-1117. doi:10.1136/archdischild-2015-310196.
17. Stephenson T, Bialas Y. Estimation of the age of bruising. *Arch Dis Child*. 1996;74(1):53-55. doi:10.1136/adc.74.1.53.
18. Bariciak ED, Plint AC, Gaboury I, Bennett S. Dating of bruises in children: an assessment of physician accuracy. *Pediatrics*. 2003;112(4):804-807. doi:10.1542/peds.112.4.804.
19. Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2005;90(2):187-189. doi:10.1136/adc.2003.044073.
20. Raut A, Pierce MC, Kaczor K, Lorenz D, Bertocci G, Bertocci K, Simonton K. Single Bruise Characteristics Associated With Abusive vs Accidental Injury. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024067932. doi:10.1542/peds.2024-067932.
21. Feldman KW. Patterned abusive bruises of the buttocks and the pinnae. *Pediatrics*. 1992;90(4):633-636. PMID:1408524.
22. Tate AR, Fisher-Owens SA, Spiller L, Muhlbauer J, Lukefahr JL; Section on Oral Health; Council on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;154(3):e2024068024. doi:10.1542/peds.2024-068024.
23. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child*. 2007;92(12):1113-1117. doi:10.1136/adc.2006.113001.
24. Sauerwein K, Butler J, Reczek K, Reed C. Bitemark Analysis: A NIST Scientific Foundation Review. NISTIR 8352. Gaithersburg, MD: National Institute of Standards and Technology; 2023. doi:10.6028/NIST.IR.8352.
25. Patel B, Butterfield R. Common skin and bleeding disorders that can potentially masquerade as child abuse. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2015;169(4):328-336. doi:10.1002/ajmg.c.31462.
26. Lilly E, Kundu RV. Dermatoses secondary to Asian cultural practices. *Int J Dermatol*. 2012;51(4):372-379. doi:10.1111/j.1365-4632.2011.05170.x.
27. Vashi NA, Patzelt N, Wirya S, Maymone MBC, Zancanaro P, Kundu RV. Dermatoses caused by cultural practices: Therapeutic cultural practices. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(1):1-16. doi:10.1016/j.jaad.2017.06.159. PMID:29908818.

28. Melville JD, Lukefahr JL, Cornell J, Kellogg ND, Lancaster JL. The effect of image quality on the assessment of child abuse photographs. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(5):607-611. doi:10.1097/PE-C.0b013e31828e848e.
29. Dove SL. Non-accidental injury: photography and procedures. *J Audiov Media Med*. 1992;15(4):138-142. doi:10.3109/17453059209088460.
30. Saukko P, Knight B. *Knight's Forensic Pathology*. 4th ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2016.

BÖLÜM

8

İstismara Bağlı Kırıklar

Biyomekanik, Kırık Örüntüleri, İskelet Taraması, Kırık Yaşlandırması, Ayırıcı Tanı ve Adli Yorum



Kırık morfolojisini değil, kırığın oluşabilme koşullarını değerlendirmek

Çocukluk çağında kırık, tek başına istismarın eş anlamlısı değildir. Aynı radyografik kırık görünümü; olağan bir düşme, yüksek enerjili kaza, doğum travması, metabolik kemik hastalığı veya fiziksel istismar sonucunda ortaya çıkabilir. Uzman düzeyinde adli değerlendirme bu nedenle “hangi kırık istismardır?” sorusundan çok daha zordur. Esas görev; çocuğun olay tarihindeki gelişimsel kapasitesini, bildirilen mekanizmanın üretebileceği kuvvetleri, kırığın anatomik ve morfolojik özelliklerini, eşlik eden yaralanmaları, kemik biyolojisini ve görüntüleme zamanlamasını tek bir nedensellik modeli içinde sınamaktır. 2025 AAP klinik raporu ile 2025 Avrupa Pediatrik Radyoloji Derneği önerileri de değerlendirmeyi bu bütüncül çerçevede ele almaktadır [1,5].

Öğrenme hedefleri

- Kırık morfolojisinin tek başına etiyoloji belirlemediğini; yaş, motor gelişim ve mekanizma ile birlikte yorumlanması gerektiğini açıklamak.
- Pediatrik kemiğin materyal özellikleri, periost yapısı, büyüme plağı ve metafizer anatomisinin kırık oluşumuna etkisini ileri düzeyde yorumlamak.
- Klasik metafizer lezyonun (KML/CML) histopatolojik temelini, “corner” ve “bucket-handle” görünümünün aynı üç boyutlu lezyonun projeksiyonları olduğunu açıklamak.
- Rib kırıklarında yaş, travma şiddeti, CPR, metabolik kemik hastalığı ve kırık yerleşiminin kanıt ağırlığını birbirinden ayırmak.

7. Basit lineer parietal kafatası kırığı accidental olabilir; klinik bağlam ve eşlik eden yaralanmalar belirleyicidir.
8. Nadir skapula, sternum ve spinöz çıkıntı kırıkları uygun yüksek enerjili açıklama yoksa kaygıyı artırır.
9. Çoklu ve farklı iyileşme evreli kırıklar önemli kanıttır; fakat kesin saldırı tarihi/sayısı görüntülemekten çıkarılamaz.
10. İskelet taraması standardize çoklu projeksiyonlardan oluşur; babygram değildir.
11. İlk tarama negatif olsa bile güçlü şüphede takip taraması tanısal sürecin parçasıdır.
12. Takip taramasının ideal zamanı kılavuza göre yaklaşık 2 hafta, genellikle 10-14 veya 11-14 gündür.
13. Kırık yaşlandırması geniş zaman aralığı verir; kesin gün tayini çoğu durumda uygun değildir.
14. OI, rikets ve diğer kırılabilirlik durumları hedefli değerlendirilmelidir; tek laboratuvar sonucu nedensellik kurmaz.
15. Kemik kırılabilirliği ile inflicted travma birbirini dışlamaz.
16. Adli rapor morfolojik gözlem, mekanizma uyumu, alternatifler ve etiyolojik kanaati ayrı katmanlarda ifade etmelidir.

Kaynaklar

1. Haney S, Scherl S, DiMeglio L, Perez-Rossello J, Servaes S, Merchant N, et al. Evaluating Young Children With Fractures for Child Abuse: Clinical Report. *Pediatrics*. 2025;155(2):e2024070074. doi:10.1542/peds.2024-070074.
2. Marletta DA, et al. Fracture patterns in suspected non-accidental injury across neurodevelopmental milestones: A systematic review and evidence-informed plausibility framework. *Child Abuse Negl*. 2026; doi:10.1016/j.chiabu.2025.107807. PMID:41274227.
3. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ*. 2008;337:a1518. doi:10.1136/bmj.a1518.
4. Rosendahl K, de Horatio LT, Habre C, Shelmerdine SC, Patsch J, Kvist O, et al. The incidence of fractures in children under two years of age: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024;25:528. doi:10.1186/s12891-024-07633-5.
5. Collieran GC, Fossmark M, Rosendahl K, Argyropoulou M, Mankad K, Offiah AC. ESR Essentials: imaging of suspected child abuse-practice recommendations by the European Society of Paediatric Radiology. *Eur Radiol*. 2025;35(4):1868-1880. doi:10.1007/s00330-024-11052-4.
6. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse-Child: Update 2025. Reston, VA: American College of Radiology. Current online version accessed 11 August 2026.
7. Dwek JR. The radiographic approach to child abuse. *Clin Orthop Relat Res*. 2011;469(3):776-789. doi:10.1007/s11999-010-1414-5.

8. Kleinman PK, Marks SC, Blackburne B. The metaphyseal lesion in abused infants: a radiologic-histopathologic study. *AJR Am J Roentgenol.* 1986;146(5):895-905. doi:10.2214/ajr.146.5.895.
9. Tsai A, McDonald AG, Rosenberg AE, Gupta R, Kleinman PK. High-resolution CT with histopathological correlates of the classic metaphyseal lesion of infant abuse. *Pediatr Radiol.* 2014;44(2):124-140. doi:10.1007/s00247-013-2813-z.
10. Paine CW, Fakeye O, Christian CW, Wood JN. Prevalence of Abuse Among Young Children With Rib Fractures: A Systematic Review. *Pediatr Emerg Care.* 2019;35(2):96-103. doi:10.1097/PEC.0000000000000911.
11. Barsness KA, Cha ES, Bensard DD, Calkins CM, Partrick DA, Karrer FM, et al. The positive predictive value of rib fractures as an indicator of nonaccidental trauma in children. *J Trauma.* 2003;54(6):1107-1110. doi:10.1097/01.TA.0000068992.01030.A8.
12. Wood JN, Fakeye O, Mondestin V, Rubin DM, Localio R, Feudtner C. Prevalence of abuse among young children with femur fractures: a systematic review. *BMC Pediatr.* 2014;14:169. doi:10.1186/1471-2431-14-169.
13. Lindberg DM, Berger RP, Reynolds MS, Alwan RM, Harper NS; Examining Siblings To Recognize Abuse Investigators. Yield of skeletal survey by age in children referred to abuse specialists. *J Pediatr.* 2014;164(6):1268-1273.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2014.01.068.
14. Singh R, Squires J, Fromkin JB, Berger RP. Assessing the use of follow-up skeletal surveys in children with suspected physical abuse. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(4):972-976. doi:10.1097/TA.0b013e31825a773d.
15. Harper NS, Eddleman S, Lindberg DM; ExSTRA Investigators. The utility of follow-up skeletal surveys in child abuse. *Pediatrics.* 2013;131(3):e672-e678. doi:10.1542/peds.2012-2608.
16. Prosser I, Lawson Z, Evans A, Harrison S, Morris S, Maguire S, Kemp AM. A timetable for the radiologic features of fracture healing in young children. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;198(5):1014-1020. doi:10.2214/AJR.11.6734.
17. Kleinman PK, Nimkin K, Spevak MR, Rayder SM, Madansky DL, Shelton YA, Patterson MM. Follow-up skeletal surveys in suspected child abuse. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;167(4):893-896. doi:10.2214/ajr.167.4.8819377.
18. Zimmerman S, Makoroff K, Care M, Thomas A, Shapiro R. Utility of follow-up skeletal surveys in suspected child physical abuse evaluations. *Child Abuse Negl.* 2005;29(10):1075-1083. doi:10.1016/j.chiabu.2004.08.012.
19. Harlan SR, Nixon GW, Campbell KA, Hansen K, Prince JS. Follow-up skeletal surveys for nonaccidental trauma: can a more limited survey be performed without compromising diagnostic information? *Pediatr Radiol.* 2009;39:962-966. PMID:19565233.
20. Wootton-Gorges SL, Soares BP, Alazraki AL, et al. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse-Child. *J Am Coll Radiol.* 2017;14(5S):S338-S349. PMID:28473090.
21. Pepin MG, Byers PH. What every clinical geneticist should know about testing for osteogenesis imperfecta in suspected child abuse cases. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2015;169(4):307-313. doi:10.1002/ajmg.c.31459.
22. Perez-Rossello JM, McDonald AG, Rosenberg AE, Tsai A, Kleinman PK. Absence of rickets in infants with fatal abusive head trauma and classic metaphyseal lesions. *Radiology.* 2015;275(3):810-821. doi:10.1148/radiol.15141784.
23. Paterson CR. Vitamin D deficiency rickets and allegations of non-accidental injury. *Acta Paediatr.* 2009;98(12):2008-2012. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01407.x.
24. Mankad K, Sidpra J, Mirsky DM, Oates AJ, Colleran GC, Lucato LT, et al. International Consensus Statement on the Radiological Screening of Contact Children in the Context of Suspected Child Physical Abuse. *JAMA Pediatr.* 2023;177(5):526-533. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.6184.
25. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. *JAMA.* 2002;288(13):1603-1609. PMID:12350191.

26. Laskey AL, Stump TE, Perkins SM, Zimet GD, Sherman SJ, Downs SM. Influence of race and socioeconomic status on the diagnosis of child abuse: a randomized study. *J Pediatr*. 2012;160(6):1003-1008.e1. PMID:22221565.
27. Deye KP, Berger RP, Lindberg DM; ExSTRA Investigators. Occult abusive injuries in infants with apparently isolated skull fractures. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74(6):1553-1558. PMID:23694887.
28. Kleinman PK, Marks SC, Spevak MR, Richmond JM. Fractures of the rib head in abused infants. *Radiology*. 1992;185(1):119-123. doi:10.1148/radiology.185.1.1523293.
29. Strouse PJ, Owings CL. Fractures of the first rib in child abuse. *Radiology*. 1995;197(3):763-765. doi:10.1148/radiology.197.3.7480753.
30. Raynor E, Konala P, Freemont A. The detection of significant fractures in suspected infant abuse. *J Forensic Leg Med*. 2018;60:9-14. doi:10.1016/j.jflm.2018.09.002.
31. Worlock P, Stower M, Barbor P. Patterns of fractures in accidental and non-accidental injury in children: a comparative study. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986;293(6539):100-102. doi:10.1136/bmj.293.6539.100.
32. Narang SK, Haney S, Duhaime AC, Martin J, Binenbaum G, de Alba Campomanes AG, et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;155(3):e2024070457. doi:10.1542/peds.2024-070457.

BÖLÜM

9

Abusive Head Trauma (İstismara Bağlı Kafa Travması)

İstismara Bağlı Kafa Travması: Biyomekanik, Nöropatoloji, Nörogörüntüleme, Retinal Bulgular, Omurga Yaralanmaları, Ayırıcı Tanı ve Adli Yorum



Bir “triad”ı aramak değil; travmatik, hipoksik-iskemik, oftalmolojik ve spinal kanıtları aynı nedensellik modelinde sınamak

Abusive head trauma (AHT), infant ve küçük çocuklarda en ağır fiziksel istismar tablolarından biridir. Tanı tek bir görüntüleme bulgusuna, retinal kanamaya, subdural kanamaya veya geçmişte “triad” olarak anılan bulgular kümesine indirgenemez. Güncel yaklaşım; öykü ve gelişimsel kapasiteyi, akut klinik fizyolojiyi, kafa ve tüm vücut yaralanmalarını, beyin ve omurga görüntülemesini, oftalmolojik incelemeyi, laboratuvar verilerini ve makul alternatif tanıları birlikte değerlendirir. AAP’nin 2025 teknik raporu, AHT’yi <5 yaş çocukta uygulanan künt darbe ve/veya şiddetli sallama sonucunda kafatası veya intrakraniyal içeriklerin yaralanması olarak kapsayıcı biçimde ele almaktadır; raporun Haziran 2025 düzeltmeleri de ayırıcı tanı ve makrosefali ifadelerinin dikkatle kurulması gerektiğini göstermektedir [1,2].

Öğrenme hedefleri

- AHT terminolojisinin neden “shaken baby syndrome”dan daha kapsayıcı olduğunu ve mekanizma ile tıbbi tanının neden özdeş olmadığını açıklamak.
- Infant baş-boyun anatomisinin translasyonel ve rotasyonel yüklenmeye verdiği yanıtı; biyomekanik modellerin güçlü ve sınırlı yönleriyle tartışmak.
- Subdural kanama, subaraknoid kanama, parankimal yaralanma, hipoksik-iskemik hasar ve serebral ödemi birbirinden ayırarak toplam kanıt ağırlığını değerlendirmek.

- Retinal kanamanın yalnız varlığına bakıp sayı, katman ve periferik yayılımı raporlamamak.
- Normal servikal grafi/CT nedeniyle ligamentöz veya spinal kanal yaralanmasını dışlamak.
- Bir metabolik/hematolojik tanı saptandığında eşlik eden travmatik yaralanmaları değerlendirmeyi bırakmak.
- Biyomekanik manken/FE model sonuçlarını canlı infant için kesin eşik değerleri gibi kullanmak.
- Klinik karar kuralını adli “abuse probability” sonucunun yerine koymak.
- Radyolojik görünümünden kesin olay günü/saatini veya fail kimliğini çıkarmak.
- İlk nörolojik iyileşmeyi uzun dönem normal bilişsel/akademik sonuçla eşitlemek.

19. Bölüm özeti

Abusive head trauma, tek bir lezyonun veya tek bir mekanik teorisinin adı değildir. En güvenilir yaklaşım; infantın gelişimsel kapasitesini, bildirilen olayın biyomekanik yeterliliğini, akut fizyolojik çöküşü, ekstra-aksiyel ve parankimal beyin hasarını, retinal paternleri, servikospinal yaralanmaları, occult iskelet/visseral lezyonları ve gerçekçi ayırıcı tanıları aynı zaman çizgisinde birleştirmektir. Subdural kanama, retinal kanama ve ensefalopati önemli kanıt eksenleridir ancak hiçbirinin tek başına “tanı koydurucu” statüsü yoktur. Uzman görüşünün kalitesi; kesin ifadelerin sertliğinden değil, gözlemi mekanizmadan, mekanizmayı etiyolojiden ve tıbbi etiyolojiyi hukuki kasıttan ayırma disiplininin doğar [1,3,8,32].

Kaynaklar

1. Narang SK, Haney S, et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;155(2):e2024070457. doi:10.1542/peds.2024-070457.
2. American Academy of Pediatrics. Statement of Correction: Abusive Head Trauma in Infants and Children: Technical Report. *Pediatrics*. 2025;156(1):e2025071931. doi:10.1542/peds.2025-071931.
3. Choudhary AK, Servaes S, Slovis TL, Palusci VJ, Hedlund GL, Narang SK, et al. Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatr Radiol*. 2018;48(8):1048-1065. doi:10.1007/s00247-018-4149-1.
4. Christian CW, Block R; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009;123(5):1409-1411. doi:10.1542/peds.2009-0408.
5. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria® Suspected Physical Abuse—Child. Reston, VA: American College of Radiology. Current online version accessed 11 Aug 2026.
6. Christian CW, Levin AV; Council on Child Abuse and Neglect; Section on Ophthalmology; American Association of Certified Orthoptists; American Association for Pediatric Ophthalmology and

- Strabismus; American Academy of Ophthalmology. The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse. *Pediatrics*. 2018;142(2):e20181411. doi:10.1542/peds.2018-1411.
7. Maguire S, Pickerd N, Farewell D, Mann M, Tempest V, Kemp AM. Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. *Arch Dis Child*. 2009;94(11):860-867. doi:10.1136/adc.2008.150110.
 8. Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, Holden S, Taylor RH, Watkins WJ, et al. Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: a systematic review. *Eye (Lond)*. 2013;27(1):28-36. doi:10.1038/eye.2012.213.
 9. Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C. Abusive head trauma: judicial admissions high-light violent and repetitive shaking. *Pediatrics*. 2010;126(3):546-555.
 10. Prange MT, Coats B, Duhaime AC, Margulies SS. Anthropomorphic simulations of falls, shakes, and inflicted impacts in infants. *J Neurosurg*. 2003;99(1):143-150. doi:10.3171/jns.2003.99.1.0143.
 11. Choudhary AK, Ishak R, Zacharia TT, Dias MS. Imaging of spinal injury in abusive head trauma: a retrospective study. *Pediatr Radiol*. 2014;44(9):1130-1140. doi:10.1007/s00247-014-2959-3.
 12. Choudhary AK, Bradford RK, Dias MS, Moore GJ, Boal DKB. Spinal subdural hemorrhage in abusive head trauma: a retrospective study. *Radiology*. 2012;262(1):216-223. doi:10.1148/radiol.11102390.
 13. Karmazyn B, Reher TA, Supakul N, Streicher DA, Kiros N, Diggins N, et al. Whole-Spine MRI in Children With Suspected Abusive Head Trauma. *AJR Am J Roentgenol*. 2022;218(6):1074-1087. doi:10.2214/AJR.21.26674.
 14. Orru E, Huisman TAGM, Izbudak I. Prevalence, Patterns, and Clinical Relevance of Hypoxic-Ischemic Injuries in Children Exposed to Abusive Head Trauma. *J Neuroimaging*. 2018;28(6):608-614. doi:10.1111/jon.12555.
 15. Binenbaum G, et al. Retinal hemorrhage and brain injury patterns on diffusion-weighted magnetic resonance imaging in children with head trauma. *J AAPOS*. 2013;17(6):603-608.
 16. Bradford R, Choudhary AK, Dias MS. Serial neuroimaging in infants with abusive head trauma: timing abusive injuries. *J Neurosurg Pediatr*. 2013;12(2):110-119. doi:10.3171/2013.4.PEDS12596.
 17. Hahnemann ML, et al. Imaging of bridging vein thrombosis in infants with abusive head trauma: the "Tadpole Sign". *Eur Radiol*. 2015;25(2):299-305. doi:10.1007/s00330-014-3443-z.
 18. Zuccoli G, Panigrahy A, Haldipur A, Willaman D, Squires J, Wolford JE. In Vivo Demonstration of Traumatic Rupture of the Bridging Veins in Abusive Head Trauma. *Pediatr Neurol*. 2017;72:31-35. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2017.04.003.
 19. Zahl SM, Wester K, Gabaeff S. Thrombosis is not a marker of bridging vein rupture in infants with alleged abusive head trauma. *Acta Paediatr*. 2021;110(10):2686-2694. doi:10.1111/apa.15908.
 20. Vester MEM, Bilo RAC, Karst WA, et al. Subdural hematomas: glutaric aciduria type 1 or abusive head trauma? A systematic review. *Forensic Sci Med Pathol*. 2015;11(3):405-415.
 21. Caré MM. Macrocephaly and subdural collections. *Pediatr Radiol*. 2021;51(6):891-897. doi:10.1007/s00247-020-04848-1.
 22. Girard N, Brunel H, Dory-Lautrec P, Chabrol B. Neuroimaging differential diagnoses to abusive head trauma. *Pediatr Radiol*. 2016;46(5):603-614. doi:10.1007/s00247-015-3509-3.
 23. Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*. 1999;281(7):621-626.
 24. Hymel KP, Armijo-Garcia V, Foster R, Frazier TN, Stoiko M, Christie LM, et al. Validation of a clinical prediction rule for pediatric abusive head trauma. *Pediatrics*. 2014;134(6):e1537-e1544.
 25. Hymel KP, Carroll CL, Frazier TN, Weeks K, Herman BE, Marinello M, et al. Validation of the PediBIRN-7 clinical prediction rule for pediatric abusive head trauma. *Child Abuse Negl*. 2024;152:106799. doi:10.1016/j.chiabu.2024.106799.
 26. Nuño M, Ugiliweneza B, Zepeda V, Anderson JE, Coulter K, Magana JN, et al. Long-term impact of abusive head trauma in young children. *Child Abuse Negl*. 2018;85:39-46. doi:10.1016/j.chiabu.2018.08.011.

27. Lind K, Toure H, Brugel D, Meyer P, Laurent-Vannier A, Chevignard M. Extended follow-up of neurological, cognitive, behavioral and academic outcomes after severe abusive head trauma. *Child Abuse Negl.* 2016;51:358-367. doi:10.1016/j.chiabu.2015.08.001.
28. Bechtel K, Stoessel K, Leventhal JM, Ogle E, Teague B, Lavietes S, Banyas B, Allen K, Dziura J, Duncan C. Characteristics that distinguish accidental from abusive injury in hospitalized young children with head trauma. *Pediatrics.* 2004;114(1):165-168. doi:10.1542/peds.114.1.165.
29. Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA.* 2003;290(5):621-626. doi:10.1001/jama.290.5.621.
30. Dias MS, Smith K, deGuehery K, Mazur P, Li V, Shaffer ML. Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics.* 2005;115(4):e470-e477.
31. Case ME, Graham MA, Handy TC, Jentzen JM, Monteleone JA. Position paper on fatal abusive head injuries in infants and young children. *Am J Forensic Med Pathol.* 2001;22(2):112-122.
32. Duhaime AC, Christian CW, Rorke-Adams LB, Zimmerman RA. Abusive head trauma: evidence, obfuscation, and informed management. *J Neurosurg Pediatr.* 2019;24(5):481-488.

BÖLÜM

10

Yanıklar ve Haşlanmalar

Pediatric Termal Yaralanmalarda Kaza–İstismar–İhmal Ayrımı: Biyomekanik, Patern Analizi, Daldırma ve Temas Yanıkları, Ayırıcı Tanı, Belgeleme ve Adli Nedensellik



Patern görmek yetmez: termal fizik, gelişimsel kapasite, olay rekonstrüksiyonu ve alternatif açıklamaları aynı nedensellik modelinde sınamak

Pediatric yanık, çocuk istismarının en yanlış yorumlanmaya açık yaralanma alanlarından biridir. Aynı anatomik dağılım; istemli daldırma, gözetim yetersizliği, çevresel tehlike veya gerçek bir kaza ile ortaya çıkabilir. Tersine, ağır bir yanıkta “kazaya benziyor” izlenimi de koruyucu refleks oluşturmaz. Güncel kanıt, tek bir paternin patognomonik kabul edilmesini değil; ısı kaynağının fiziksel özellikleri, temas süresi, çocuğun motor kapasitesi, giysi etkisi, lezyon sınırları ve derinliği, olay öyküsü, başvuru davranışı, eşlik eden yaralanmalar ve sosyal bağlamın birlikte değerlendirilmesini gerektirir [1-8].

Öğrenme hedefleri

- Yanık ve haşlanmalarda termal enerjinin doku hasarı oluşturma mekanizmasını; sıcaklık–süre ilişkisinin adli rekonstrüksiyonda güçlü ve sınırlı yönleriyle açıklamak.
- Kaza, fiziksel istismar ve ihmal kavramlarını birbirinden ayırmak; “kasıt” ile “öngörülebilir ve önlenabilir risk”in aynı şey olmadığını göstermek.
- Dökülme/sıçrama, akış ve daldırma haşlanmalarının morfolojik özelliklerini; sınır, simetri, derinlik ve sparing örüntülerini yorumlamak.
- Temas yanıklarında nesne geometrisi, temas basıncı ve temas süresinin lezyon görünümüne etkisini; cigarette/iron/heater gibi ajanlarda kanıt sınırlarıyla tartışmak.

- Olaydan sonra ölçülen musluk sıcaklığını olay anındaki kesin sıcaklık olarak kabul etmek.
- Tıbbi nedensellik kanaatini hukuki kasıt ve fail belirleme düzeyine taşımak.

20. Bölüm özeti

Pediyatrik yanık ve haşlanmaların adli değeriendirilmesi, görsel patern tanımadan çok daha fazlasıdır. En güvenilir yaklaşım; ısı transferi fiziğini, sıvının akış veya daldırma dinamiğini, nesne temasının geometrisini, çocuğun gerçek gelişimsel kapasitesini, giysi ve ilk yardım etkisini, tedavi öncesi morfolojiyi, olay yeri ölçümlerini, eşlik eden occult yaralanmaları ve tıbbi taklitçileri aynı nedensellik modelinde birleştirir. Daldırma paternleri ve net temas izleri istismar olasılığını güçlü biçimde artırabilir; ancak hiçbir morfolojik bulgu tek başına kasıt veya fail kimliğini kanıtlamaz [1-7].

Uzmanın bilimsel gücü, “tipik istismar yanığı” gibi kısa etiketlerden değil; gözlenen bulguyu mekanik açıklamadan, mekanik açıklamayı etiyolojik olasılıktan ve tıbbi etiyolojiyi hukuki kasıttan ayırma disiplininin doğar. Bu yaklaşım aynı zamanda iki taraflı güvenlik sağlar: gerçek istismarın kaçırılma riskini azaltırken kazanın veya tıbbi taklitçinin yanlış biçimde istismar olarak etiketlenmesini önler.

Kaynaklar

1. Shields WC, Shiang E, Koontz M, Vernick J, Frattaroli S. Characteristics of Scald Burns Caused by Child Abuse in the United States: A Systematic Review. *J Law Med Ethics*. 2025;53(2):230-241. doi:10.1017/jme.2025.10111.
2. 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(8):1072-1081. doi:10.1016/j.burns.2008.02.011.
3. Gasteratos K, McCarthy M, Chatziathanasiou D, Vradeli G, Vlachopoulos N, Voitsidis P, Government J. A Systematic Review of Pediatric Nonaccidental Burns: Protecting the Children Through Knowledge, Vigilance, and Prevention. *Ann Plast Surg*. 2023;90(6):551-558. doi:10.1097/SAP.0000000000003559.
4. Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Protection Evidence: Burns systematic review. Evidence reviewed through October 2021. London: RCPCH; online resource accessed 11 Aug 2026.
5. Kemp AM, Jones S, Lawson Z, Maguire SA. Patterns of burns and scalds in children. *Arch Dis Child*. 2014;99(4):316-321. doi:10.1136/archdischild-2013-304991.
6. Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK. Contact, cigarette and flame burns in physical abuse: a systematic review. *Child Abuse Rev*. 2014;23(1):35-47. doi:10.1002/car.2278.
7. Pawlik MC, Kemp A, Maguire S, Nuttall D, Feldman KW, Lindberg DM, et al. Children with burns referred for child abuse evaluation: Burn characteristics and co-existent injuries. *Child Abuse Negl*. 2016;55:52-61. doi:10.1016/j.chiabu.2016.03.006.
8. NICE. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s (CG89). Thermal injury recommendations. National Institute for Health and Care Excellence; current online version accessed 11 Aug 2026.

9. Daria S, Sugar NF, Feldman KW, Boos SC, Benton SA, Ornstein A. Into hot water head first: distribution of intentional and unintentional immersion burns. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20(5):302-310. doi:10.1097/01.pec.0000125658.05196.b1.
10. Titus MO, Baxter AL, Starling SP. Accidental scald burns in sinks. *Pediatrics*. 2003;111(2):e191-e194. doi:10.1542/peds.111.2.e191.
11. Kemp AM, Hollén L, Emond AM, Nuttall D, Rea D, Maguire S. Raising suspicion of maltreatment from burns: Derivation and validation of the BuRN-Tool. *Burns*. 2018;44(2):335-343. doi:10.1016/j.burns.2017.08.018.
12. Bousema S, Stas HG, van de Merwe MH, Oen IMM, Baartmans MGA, van Baar ME, et al. Epidemiology and screening of intentional burns in children in a Dutch burn centre. *Burns*. 2016;42(6):1287-1294. doi:10.1016/j.burns.2016.01.009.
13. Moritz AR, Henriques FC. Studies of thermal injury: II. The relative importance of time and surface temperature in the causation of cutaneous burns. *Am J Pathol*. 1947;23(5):695-720. PMID:19970955.
14. Martin NA, Falder S. A review of the evidence for threshold of burn injury. *Burns*. 2017;43(8):1624-1639. doi:10.1016/j.burns.2017.04.003.
15. Goverman J, Bittner EA, Friedstat J, Moore M, Nozari A, Ibrahim AE, et al. Discrepancy in Initial Pediatric Burn Estimates and Its Impact on Fluid Resuscitation. *J Burn Care Res*. 2015;36(5):574-579. doi:10.1097/BCR.0000000000000185.
16. Rumpf RW, Stewart WCL, Martinez SK, Gerrard CY, Adolphi NL, Thakkar R, et al. Comparison of the Lund and Browder table to computed tomography scan three-dimensional surface area measurement for a pediatric cohort. *J Surg Res*. 2018;221:275-284. doi:10.1016/j.jss.2017.08.019.
17. Griffin B, Cabilan CJ, Ayoub B, Xu HG, Palmieri T, Kimble R, Singer Y. The effect of 20 minutes of cool running water first aid within three hours of thermal burn injury on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Australas Emerg Care*. 2022;25(4):367-376. doi:10.1016/j.auec.2022.05.004.
18. American Burn Association. Guidelines for Burn Patient Referral. Chicago, IL: American Burn Association; current online version accessed 11 Aug 2026.
19. Chester DL, Jose RM, Aldlyami E, King H, Moiemmen NS. Non-accidental burns in children—Are we neglecting neglect? *Burns*. 2006;32(2):222-228. doi:10.1016/j.burns.2005.08.018.
20. DeGraw M, Hicks RA, Lindberg D. Incidence of fractures among children with burns with concern regarding abuse. *Pediatrics*. 2010;125(2):e295-e299. doi:10.1542/peds.2009-1478.
21. Fagen KE, Shalaby-Rana E, Jackson AM. Frequency of skeletal injuries in children with inflicted burns. *Pediatr Radiol*. 2015;45(3):396-401. doi:10.1007/s00247-014-3163-1.
22. Purdue GF, Hunt JL, Prescott PR. Child abuse by burning—an index of suspicion. *J Trauma*. 1988;28(2):221-224.
23. Hultman CS, Priolo D, Cairns BA, Grant EJ, Peterson HD, Meyer AA. Return to jeopardy: the fate of pediatric burn patients who are victims of abuse and neglect. *J Burn Care Rehabil*. 1998;19(4):367-376.
24. Yasti AC, Tümer AR, Atli M, Tutuncu T, Derinoz A, Kama NA. A clinical forensic scientist in the burns unit: necessity or not? A prospective clinical study. *Burns*. 2006;32(1):77-82. doi:10.1016/j.burns.2005.07.006.
25. Balseven-Odabaşı A, Tümer AR, Keten A, Yorgancı K. Burn injuries among children aged up to seven years. *Turk J Pediatr*. 2009;51(4):328-335. PMID:19950839.
26. Toon MH, Maybauer DM, Arceneaux LL, Fraser JF, Meyer W, Runge A, Maybauer MO. Children with burn injuries—assessment of trauma, neglect, violence and abuse. *J Inj Violence Res*. 2011;3(2):98-110. doi:10.5249/jivr.v3i2.91.
27. Porzionato A, Aprile A. Staphylococcal scalded skin syndrome mimicking child abuse by burning. *Forensic Sci Int*. 2007;168(1):e1-e4. doi:10.1016/j.forsciint.2007.01.014.

28. Leventhal JM, Griffin D, Duncan KO, Starling S, Christian CW, Kutz T. Laxative-induced dermatitis of the buttocks incorrectly suspected to be abusive burns. *Pediatrics*. 2001;107(1):178-179.
29. Mehta AJ, Statham BN. Phytophotodermatitis mimicking non-accidental injury or self-harm. *Eur J Pediatr*. 2007;166(7):751-752. doi:10.1007/s00431-006-0393-8.
30. Drago DA. Kitchen scalds and thermal burns in children five years and younger. *Pediatrics*. 2005;115(1):10-16. doi:10.1542/peds.2004-0249.
31. Faller-Marquardt M, Pollak S, Schmidt U. Cigarette burns in forensic medicine. *Forensic Sci Int*. 2008;176(2-3):200-208. doi:10.1016/j.forsciint.2007.09.006.
32. Greenhalgh DG. Management of Burns. *N Engl J Med*. 2019;380(24):2349-2359. doi:10.1056/NEJ-Mra1807442.

BÖLÜM

11

Çocuk İhmali

Görünmeyen Zararı Okumak: Fiziksel, Tıbbi, Beslenme, Gözetim, Duygusal, Eğitimsel ve Dental İhmalde Klinik Eşikler, Ayırıcı Tanı, Sistem Faktörleri ve Adli Nedensellik



İhmal bir “bulgu” değil, karşılanmayan gereksinim ile oluşan/öngörülen zarar arasındaki nedensellik problemidir

Çocuk ihmali, pediatrik adli tıbbın en sık görülen fakat en az dramatik olduğu için en kolay kaçırılan alanlarından biridir. Fiziksel istismarda klinisyen çoğu zaman bir lezyonu açıklamaya çalışırken, ihmalde asıl veri bazen “olmayan şeydir”: alınmayan ilaç, yapılmayan kontrol, sağlanmayan gözetim, verilmeyen besin, giderilmeyen ağrı, karşılanmayan duygusal yanıt veya sürdürülemeyen güvenli çevre. Bu nedenle ihmal tanısı tek bir laboratuvar değeri ya da fizik muayene bulgusuyla değil; çocuğun gelişimsel gereksinimleri, bakımverenin kapasitesi, erişilebilir kaynaklar, önerilen bakımın yarar-zarar dengesi ve ortaya çıkan/öngörülen zarar arasındaki ilişki üzerinden kurulmalıdır [1-5].

Öğrenme hedefleri

- Çocuk ihmali “kötü ebeveynlik” veya yoksullukla eşitlemeden; karşılanmayan temel gereksinim, bakımveren sorumluluğu ve zarar/risk eksenlerinde tanımlamak.
- Fiziksel, beslenme, tıbbi, gözetim, eğitimsel, duygusal ve dental ihmal alt tiplerini klinik olarak ayırmak; aynı çocukta eşzamanlı olabileceklerini göstermek.
- İhmal değerlendirmesinde tek olay yerine kronik örüntü, zaman çizgisi ve bakım sürekliliğinin neden merkezi olduğunu açıklamak.

değil, hangi temel gereksinimin karşılanmadığını, bunun çocuğa ne kadar zarar verdiğini ve güvenli bakımın nasıl sağlanacağını bilimsel olarak ortaya koymaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Child maltreatment. Fact sheet. 8 May 2026. Geneva: WHO; 2026.
2. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2022. ISBN:9789240048737.
3. Walker-Descartes IA, Jouk N, Zito MJ. Recognizing and Responding to Child Neglect. *Pediatr Clin North Am.* 2025;72(3):497-507. doi:10.1016/j.pcl.2025.01.003.
4. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet.* 2007;369(9576):1891-1899. doi:10.1016/S0140-6736(07)60856-3.
5. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6-7):679-695. doi:10.1016/S0145-2134(02)00341-1.
6. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
7. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics.* 2012;129(1):e232-e246. doi:10.1542/peds.2011-2663.
8. Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, Kemp AM. Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA Pediatr.* 2013;167(8):769-775. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.192.
9. Strathearn L, Giannotti M, Mills R, Kisely S, Najman J, Abajobir A. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics.* 2020;146(4):e20200438. doi:10.1542/peds.2020-0438.
10. Carr A, Duff H, Craddock F. A systematic review of reviews of the outcome of severe neglect in underresourced childcare institutions. *Trauma Violence Abuse.* 2020;21(3):484-497. doi:10.1177/1524838018777788.
11. Jenny C, Metz JB. Medical Child Abuse and Medical Neglect. *Pediatr Rev.* 2020;41(2):49-60. doi:10.1542/pir.2017-0302.
12. Jenny C; Committee on Child Abuse and Neglect. Recognizing and responding to medical neglect. *Pediatrics.* 2007;120(6):1385-1389. doi:10.1542/peds.2007-2903.
13. Ward MGK, Baird B. Medical neglect: Working with children, youth, and families. *Paediatr Child Health.* 2022;27(6):372-381. doi:10.1093/pch/pxac067.
14. Hymel KP; Committee on Child Abuse and Neglect. When is lack of supervision neglect? *Pediatrics.* 2006;118(3):1296-1298. doi:10.1542/peds.2006-1780.
15. Burford A, Alexander R, Lilly C. Malnutrition and Medical Neglect. *J Child Adolesc Trauma.* 2020;13(3):305-316. doi:10.1007/s40653-019-00282-0.
16. Homan GJ. Failure to Thrive: A Practical Guide. *Am Fam Physician.* 2016;94(4):295-299. PMID:27548594.
17. Jaffe AC. Failure to thrive: current clinical concepts. *Pediatr Rev.* 2011;32(3):100-107. doi:10.1542/pir.32-3-100.
18. Hunter AA, Flores G. Social determinants of health and child maltreatment: a systematic review. *Pediatr Res.* 2021;89(2):269-274. doi:10.1038/s41390-020-01175-x.
19. Bywaters P, Skinner G, Cooper A, Kennedy E, Malik A. The Relationship Between Poverty and Child Abuse and Neglect: New Evidence. London: Nuffield Foundation; 2022.

20. Tate AR, Fisher-Owens SA, Spiller L, Muhlbauer J, Lukefahr JL; Section on Oral Health; Council on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;154(3):e2024068024. doi:10.1542/peds.2024-068024.
21. Maclean MJ, Sims S, Bower C, Leonard H, Stanley FJ, O'Donnell M. Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics*. 2017;139(4):e20161817. doi:10.1542/peds.2016-1817.
22. Park C, Alley S, Reinke W, Yarlagadda S, Hansen J. Child maltreatment in children with medical complexity and disability. *Semin Pediatr Neurol*. 2024;50:101134. doi:10.1016/j.spen.2024.101134.
23. Stirling J, Gavril A, Brennan B, Sege RD, Dubowitz H; Council on Child Abuse and Neglect. The Pediatrician's Role in Preventing Child Maltreatment: Clinical Report. *Pediatrics*. 2024;154(2):e2024067608. doi:10.1542/peds.2024-067608.
24. Keeshin BR, Dubowitz H. Childhood neglect: The role of the paediatrician. *Paediatr Child Health*. 2013;18(8):e39-e43. doi:10.1093/pch/18.8.e39.
25. McTavish JR, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor JCD, McKee C, MacMillan HL. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC Pediatr*. 2020;20:113. doi:10.1186/s12887-020-2015-4.
26. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
27. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*. 1997;278(8):637-643. PMID:9272895.
28. Viswanathan M, Rains C, Hart LC, Doran E, Sathe N, Hudson K, Ali R, Jonas DE, Chou R, Zolotor AJ. Primary Care Interventions to Prevent Child Maltreatment: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2024;331(11):959-971. doi:10.1001/jama.2024.0276.
29. Glaser D. The effects of child maltreatment on the developing brain. *Med Leg J*. 2014;82(3):97-111. doi:10.1177/0025817214540395.
30. Glaser D. Child abuse and neglect and the brain—A review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(1):97-116. doi:10.1111/1469-7610.00551.
31. Luo Z, Chen Y, Epstein RA. Risk factors for child abuse and neglect: systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2025;241:89-98. doi:10.1016/j.puhe.2025.01.028.

BÖLÜM

12

Tıbbi Çocuk İstismarı

Semptom Üretimi ve Abartısından İyatrojenik Zarara: Klinik Şüphesi, Kayıt Kronolojisi, Kanıt Sentezi, Ayırıcı Tanı, Güvenlik ve Adli Raporlama



Tanı, bakımverenin “neden yaptığı”ndan önce çocuğa ne yapıldığını ve tıbbi sistem aracılığıyla hangi zararın oluştuğunu belirleme problemidir

Tıbbi çocuk istismarı (medical child abuse; MCA), çocukta hastalık, semptom veya işlev kaybının bakımveren tarafından uydurulması, çarpıtılması, abartılması, yanlış temsil edilmesi, sürdürülmesi ya da doğrudan indüklenmesi sonucunda çocuğun gereksiz veya zararlı tıbbi değerlendirme ve tedavilere maruz kalmasıyla karakterize bir çocuk kötü muamelesi biçimidir. Modern yaklaşımın odak noktası, bakımverenin varsayılan psikiyatrik motivasyonu değil; çocuğun gerçek sağlık durumu ile sunulan hastalık anlatısı arasındaki ayrışma ve bu ayrışmanın oluşturduğu zarar veya zarar riskidir. Bu nedenle pediatrik tanı ile failin psikiyatrik tanısı birbirinden kavramsal ve metodolojik olarak ayrılmalıdır. [1-6]

Öğrenme hedefleri

- Tıbbi çocuk istismarı, caregiver-fabricated illness, fabricated or induced illness (FII), perplexing presentations (PP), pediatric condition falsification ve factitious disorder imposed on another (FDIA) kavramlarını birbirinden ayırmak.
- Çocuğun kötü muamele tanısını bakımverenin motivasyonu veya psikiyatrik tanısına bağımlı kılmayan çocuk-merkezli bir değerlendirme modeli kurmak.
- Bakımveren tarafından bildirilen semptom ile bağımsız olarak doğrulanmış bulgu arasındaki epistemik farkı klinik kayıta görünür hale getirmek.

- Kayıt kronolojisinde bakımveren bildirimi ile hekim gözlemini aynı kesinlik dilinde yazmak.
- Tek bir “red flag” listesini tanı algoritması gibi kullanmak.
- Gereksiz tıbbi müdahalelerin kümülatif etkisini raporda göstermemek.
- Bakımvereni hazırlıksız şekilde suçlayarak güvenlik ve delil planını bozmak.
- Covert video surveillance’ı rutin klinik tanı yöntemi olarak görmek.
- Adli raporda bakımverenin motivasyonunu psikiyatrik değerlendirme olmadan kesinleştirmek.

22. Sonuç

Tıbbi çocuk istismarı, “inanılmaz bir hikâyeyi yakalama” problemi değil; veri kaynağını, hastalık anlatısını, objektif fizyolojiyi ve sağlık sisteminin ürettiği müdahaleleri aynı zaman çizgisi üzerinde çözümleme problemidir. İyi değerlendirme hem aşırı tanıdan hem tanı gecikmesinden kaçınmalıdır. Bunun için klinisyen bakımverenin davranış profilinden çok çocuğun gerçek sağlık durumuna, doğrulanabilir veriye, iyatrojenik zarar haritasına ve alternatif hipotezlerin ciddi biçimde test edilmesine dayanmalıdır. [1-6]

En güçlü yaklaşım çocuk-merkezli, kaynak-duyarlı ve multidisiplinerdir: önce acil risk durdurulur; sonra sağlık kaydı yeniden kurulur; gerçek hastalıklar korunur; gereksiz tıbbi yük azaltılır; çocuğun psikolojik ve gelişimsel iyileşmesi desteklenir. Adli kanaat ise bakımverenin varsayılan niyetine değil, kanıtlanmış davranış–tıbbi sonuç–zarar ilişkisine dayanır.

Bölümün özeti

Tıbbi çocuk istismarında uzmanlığın ölçüsü, “şüphelenmekte ne kadar cesur olduğumuz” değil; şüpheyi ne kadar iyi doğrulanabilir veri, alternatif hipotez testi, çocuk güvenliği ve orantılı kesinlik diliyle yönettiğimizdir.

Kaynaklar

1. Flaherty EG, MacMillan HL; Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment. *Pediatrics*. 2013;132(3):590-597. doi:10.1542/peds.2013-2045.
2. APSAC Taskforce. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. APSAC Practice Guidelines. The APSAC Advisor. 2018;30(1):8-31.
3. Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH). Perplexing Presentations (PP) / Fabricated or Induced Illness (FII) in Children: RCPCH Guidance. London: RCPCH; 2021.

4. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet*. 2014;383(9926):1412-1421. doi:10.1016/S0140-6736(13)62183-2.
5. Glaser D. Fabricated or induced illness: From “Munchausen by proxy” to child and family-oriented action. *Child Abuse Negl*. 2020;108:104649. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104649.
6. Egge MK. Medical Child Abuse: A Review by Subspecialty. *Adv Pediatr*. 2023;70(1):59-80. doi:10.1016/j.yapd.2023.03.005.
7. Wang D, Zhao M, Yin J, La Y. Characteristics, interventions, and outcomes of factitious disorder imposed on another (FDIA): a systematic review of 455 perpetrators and 469 victims. *Front Public Health*. 2026;13:1723415. doi:10.3389/fpubh.2025.1723415.
8. Focardi M, et al. Medical Child Abuse: A Retrospective Analysis from a Tertiary Pediatric Hospital’s Childhood and Adolescent Abuse Group. *Children (Basel)*. 2025;12(11):1575. doi:10.3390/children12111575.
9. Hanna S, Balzer BWR, Garside LJ. Fabricated or Induced Illness in Children: Experience of a Tertiary Australian Children’s Hospital. *J Paediatr Child Health*. 2025;61(12):1872-1878. doi:10.1111/jpc.70206.
10. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet*. 1977;2(8033):343-345. doi:10.1016/S0140-6736(77)91497-0.
11. Rosenberg DA. Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl*. 1987;11(4):547-563.
12. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl*. 2003;27(4):431-451.
13. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*. 1996;75(1):57-61. doi:10.1136/adc.75.1.57.
14. Davis P, McClure RJ, Rolfe K, Chessman N, Pearson S, Sibert JR, Meadow R. Procedures, placement, and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*. 1998;78(3):217-221. doi:10.1136/adc.78.3.217.
15. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl*. 2017;72:45-53. doi:10.1016/j.chiabu.2017.07.008.
16. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *Br J Psychiatry*. 2011;199(2):113-118. doi:10.1192/bjp.bp.109.074088.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
18. Libow JA. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics*. 2000;105(2):336-342.
19. Vega S, Nienow SM, Huang MZ, Stover LB. Medical Child Welfare Task Force: A Multidisciplinary Approach to Identifying Medical Child Abuse. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022058926. doi:10.1542/peds.2022-058926.
20. Ayoub CC, Alexander R, Beck D, Bursch B, Feldman KW, Libow J, et al. Position paper: definitional issues in Munchausen by proxy. *Child Maltreat*. 2002;7(2):105-111. doi:10.1177/1077559502007002002.
21. Southall DP, Plunkett MCB, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics*. 1997;100(5):735-760.
22. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan LS, Kenney RD, Johnson SC. Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. *Pediatrics*. 2000;105(6):1305-1312.
23. Foreman DM. Detecting fabricated or induced illness in children. *BMJ*. 2005;331(7523):978-979. doi:10.1136/bmj.331.7523.978.
24. McGuire TL, Feldman KW. Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*. 1989;83(2):289-292.
25. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child*. 1993;69(6):625-630.

26. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology. *Child Abuse Negl.* 1994;18(9):773-788.
27. Mash C, Frazier T, Nowacki A, Worley S, Goldfarb J. Development of a risk-stratification tool for medical child abuse in failure to thrive. *Pediatrics.* 2011;128(6):e1467-e1473. doi:10.1542/peds.2011-1080.
28. Hyman PE, Bursch B, Beck D, DiLorenzo C, Zeltzer LK. Discriminating pediatric condition falsification from chronic intestinal pseudo-obstruction in toddlers. *Child Maltreat.* 2002;7(2):132-137.
29. Brown AN, Gonzalez GR, Wiester RT, Kelley MC, Feldman KW. Care taker blogs in caregiver fabricated illness in a child: a window on the caretaker's thinking? *Child Abuse Negl.* 2014;38(3):488-497. doi:10.1016/j.chiabu.2013.12.002.
30. Capasso E, Costanza C, Roccella M, Gallai B, Sorrentino M, Carotenuto M. When Care Becomes Abuse: A Forensic-Medical Perspective on Munchausen Syndrome by Proxy. *Pediatr Rep.* 2025;17(3):60. doi:10.3390/pediatric17030060.
31. Tully J, Hopkins O, Smith A, Williams K. Fabricated or induced illness in children: A guide for Australian health-care practitioners. *J Paediatr Child Health.* 2021;57(12):1847-1852. doi:10.1111/jpc.15663.
32. Roesler TA, Jenny C. *Medical Child Abuse: Beyond Munchausen Syndrome by Proxy.* Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009.
33. Stirling JJr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics.* 2007;119(5):1026-1030.
34. Berg B, Jones DPH. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). *Arch Dis Child.* 1999;81(6):465-472.

BÖLÜM

13

Çocuk Cinsel İstismarına Genel Yaklaşım

Tanıdan Önce Güvenlik: Öykü, Muayene, Adli Örneklem, Enfeksiyon Riski ve Kanıtın Sınırları



Cinsel istismar değerlendirmesi bir “muayenede iz bulma” işi değil; güvenlik, gelişim, öykü, zamanlama, tıbbi bulgular, laboratuvar, adli örnekler ve psikosozyal bağlamın birbirinden bağımsız kanıt katmanları olarak sentezlendiği multidisipliner bir süreçtir.

Çocuk cinsel istismarında klinik değerlendirme, adli soruşturmanın yerine geçmez; ancak çocuğun sağlığını koruyan, tedavi gereksinimlerini belirleyen, mevcut bulguları doğru biçimde belgeleyen ve kanıtın hem gücünü hem de sınırlarını görünür kılan temel aşamadır. En kritik epistemik hata, normal anogenital muayeneyi “istismar yoktur” şeklinde ya da tek bir fiziksel/laboratuvar bulgusunu bağlamdan kopararak “istismar kesinleşmiştir” şeklinde yorumlamaktır. Çocukların önemli bir kısmı nonakut dönemde başvurur; mukozal yaralanmalar hızla iyileşebilir, birçok istismar biçimi belirgin doku hasarı oluşturmaz ve açıklama gecikebilir. Bu nedenle değerlendirme, tek bir testin sonucuna değil, çok kaynaklı kanıt sentezine dayanmalıdır [1–6].

Öğrenme hedefleri

- Çocuk cinsel istismarını temassız, çevrimiçi/dijital ve sömürü temelli biçimleri kapsayan gelişimsel ve güç-asimetrisi odaklı bir çerçevede tanımlamak.
- Küresel prevalans verilerinin ölçüm yöntemi, yaş, cinsiyet, coğrafya ve açıklama davranışı nedeniyle neden geniş heterojenlik gösterdiğini yorumlamak.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
2. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013;132(2):e558-e567. doi:10.1542/peds.2013-1741.
3. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, et al. Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(2):81-87. doi:10.1016/j.jpag.2015.01.007.
4. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl*. 2023;145:106283. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106283.
5. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(3):225-231. doi:10.1016/j.jpag.2017.12.011.
6. Dai TT, Spiller LR, Kellogg ND, Gelfond J. Anogenital findings in confirmed victims of child sexual abuse materials. *Pediatrics Open Science*. 2025;1(1):1-9. doi:10.1542/pedsos.2024-000315.
7. Piolanti A, Schmid IE, Fiderer FJ, Ward CL, Stöckl H, Foran HM. Global prevalence of sexual violence against children: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2025;179(3):264-272. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.5326.
8. Cagney J, Spencer C, Flor L, et al. Prevalence of sexual violence against children and age at first exposure: a global analysis by location, age, and sex (1990-2023). *Lancet*. 2025;405(10492):1817-1836. doi:10.1016/S0140-6736(25)00311-3.
9. Kellogg ND; Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report—the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*. 2009;124(3):992-998. doi:10.1542/peds.2009-1692.
10. Abdul Latiff M, Fang L, Goh DA, Tan LJ. A systematic review of factors associated with disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2024;147:106564. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106564.
11. Hemanth P, Fang L, Chong S, Tan LJ. Factors related to delayed disclosure among victims of child sexual abuse in Singapore. *Child Abuse Negl*. 2024;149:106647. doi:10.1016/j.chiabu.2024.106647.
12. Alaggia R, Collin-Vézina D, Lateef R. Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(2):260-283. doi:10.1177/1524838017697312.
13. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse Negl*. 2017;70:39-52. doi:10.1016/j.chiabu.2017.05.009.
14. Office on Violence Against Women, U.S. Department of Justice. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations: Pediatric. Washington, DC; 2016. KIDSta Protocol / SAFEta.
15. Smith TD, Raman SR, Madigan S, Waldman J, Shouldice M. Anogenital findings in 3569 pediatric examinations for sexual abuse/assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(2):79-83. doi:10.1016/j.jpag.2017.10.006.
16. Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R. Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):645-659. doi:10.1016/S0145-2134(02)00339-3.
17. Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It is normal to be normal. *Pediatrics*. 1994;94(3):310-317.
18. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: A descriptive study. *Pediatrics*. 2007;119(5):e1094-e1106. doi:10.1542/peds.2006-0964.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual assault or abuse of children. In: *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1.
20. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1.

21. Centers for Disease Control and Prevention. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—CDC recommendations, United States, 2025. *MMWR Recomm Rep.* 2025;74(1):1-56.
22. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2011;128(2):233-238. doi:10.1542/peds.2010-3037.
23. Young KL, Jones JG, Worthington T, Simpson P, Casey PH. Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(6):585-588. doi:10.1001/archpedi.160.6.585.
24. Hobbs CJ, Osman J. Genital injuries in boys and abuse. *Arch Dis Child.* 2007;92(4):328-331. doi:10.1136/ad.2006.111195.
25. Hashim M, Iqbal N, Halligan S, et al. Association of childhood sexual abuse with adolescent's psychopathology: A systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2025;26(3):483-496. doi:10.1177/15248380241281365.
26. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(10):830-839. doi:10.1016/S2215-0366(19)30286-X.
27. Sornabala D, Duffy B, Bista S, O'Malley F, Smith GA, Crichton KG, Michaels NL. Suicidality following sexual abuse among children aged 10 to 17 years. *Pediatrics.* 2026;158(1):e2025073356. doi:10.1542/peds.2025-073356.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Çocuk İzlem Merkezleri Hakkında Genelge 2012/20. 4 Ekim 2012; 28431 sayılı Resmî Gazete.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM): kurumsal uygulama ve koordinasyon kaynakları. Güncel erişim: 2026.
30. Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics.* 2012;129(2):282-289. doi:10.1542/peds.2011-0804.
31. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, Maddocks A. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: Is this an emergency? *Arch Dis Child.* 2008;93(10):851-856. doi:10.1136/ad.2007.123604.
32. Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M, Davis JL, Suresh P, Kuelbs CL. Anal findings in children with and without probable anal penetration: a retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2013;37(7):465-474. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.011.
33. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, et al. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA.* 2008;300(23):2779-2792. doi:10.1001/jama.2008.827.
34. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
35. Greenbaum J, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect. Child sex trafficking and commercial sexual exploitation: Health care needs of victims. *Pediatrics.* 2015;135(3):566-574. doi:10.1542/peds.2014-4138.

BÖLÜM

14

Cinsel İstismar Öyküsünün Alınması

Tıbbi Gereksinim İçin Yeterli Bilgi, Adli Görüşmenin Sınırlarına Saygı ve Kaynak-Duyarlı Belgeleme



Öykü, cinsel istismar değerlendirmesinde “delil toplamak için çocuğu sorgulamak” değildir; çocuğun sağlık ve güvenlik gereksinimlerini doğru belirlemek için, bilgi kaynağını ve soru etkisini görünür tutarak yapılan klinik veri üretimidir.

Cinsel istismar olgularında fizik muayene ve laboratuvar çoğu zaman tek başına belirleyici değildir. Bu nedenle öykünün niteliği, değerlendirmeyi hem klinik hem adli açıdan güçlü veya kırılgan hâle getirebilir. Ancak klinisyenin amacı olayın bütün adli ayrıntılarını ortaya çıkarmak değil; güvenliği sağlamak, aciliyeti belirlemek, muayene ve örneklemeyi yönlendirmek, gebelik/STI/HIV riskini değerlendirmek, ruhsal tehlikeyi saptamak ve sonraki uzman değerlendirmesine kirlenmemiş bir bilgi zemini bırakmaktır. Modern yaklaşım, “hiç sorma” ile “tam adli görüşme yap” ikiliği arasında, araştırma temelli ve sınırları belirlenmiş bir tıbbi öykü modelini savunur [1–6].

Öğrenme hedefleri

- Tıbbi öykü, adli görüşme ve kolluk/savcılık ifadesinin amaçlarını, bilgi derinliğini ve hukuki işlevini birbirinden ayırmak.
- Çocuğun kendisinden, bakımverenden, sevk eden kurumdan ve önceki kayıtlardan gelen bilgileri kaynaklarına göre ayrı katmanlarda belgelemek.
- “Minimal facts” kavramını mekanik bir birkaç-soru listesi değil, klinik karar için gerekli en az fakat yeterli bilgi ilkesi olarak uygulamak.
- Açık uçlu davetlerin, cued invitation ve uygun Wh-sorularının hangi sırayla kullanılacağını; seçenek sunan ve yönlendirici soruların neden daha geç ve sınırlı kullanılması gerektiğini açıklamak.

24. Sonuç: İyi tıbbi öykü, fazla soru değil doğru sorumluluk sınırıdır

Cinsel istismar öyküsü alma, klinik tecrübenin en yüksek hata maliyetine sahip alanlarından biridir. Az soru her zaman iyi, çok soru her zaman kötü değildir; asıl ölçüt sorunun klinik gerekliliği, varsayım yükü, gelişimsel uygunluğu ve kaynağın açıkça belgelenmesidir. En iyi klinisyen “olayı çözen” kişi olmaya çalışmaz; çocuğun sağlık ve güvenlik gereksinimlerini zamanında tanır, anlatıya gereksiz içerik eklemeyi, belirsizliği dürüstçe kaydeder ve adli sürecin uzman görüşme mekanizmasıyla koordinasyon kurar [1–5,29].

Bölümün özeti

Tıbbi öykünün kalite ölçütü ayrıntı miktarı değildir. Kalite; açık uçluluk, kaynak ayrımı, klinik gereklilik, gelişimsel uygunluk, nötrlük, travma bilgili tutum ve belirsizliğin doğru belgelenmesiyle belirlenir.

Kaynaklar

1. Dubowitz H, Finkel MA, Feigelman S, Lyon TD. Initial Medical Assessment of Possible Child Sexual Abuse: History, History, History. *Acad Pediatr*. 2024;24(4):562-569. doi:10.1016/j.acap.2023.11.013.
2. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *Pediatrics*. 2013;132(2):e558-e567. doi:10.1542/peds.2013-1741. Reaffirmed 2018.
3. APSAC Taskforce. Forensic Interviewing of Children. APSAC Practice Guidelines. Association of Professionals Solving the Abuse of Children; 2023.
4. Newlin C, Cordisco Steele L, Chamberlin A, Anderson J, Kenniston J, Russell A, Stewart H, Vaughan-Eden V. Child Forensic Interviewing: Best Practices. *Juvenile Justice Bulletin*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention; 2015.
5. Lamb ME, Orbach Y, Hershkowitz I, Esplin PW, Horowitz D. A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: a review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse Negl*. 2007;31(11-12):1201-1231. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.021.
6. Benia LR, Hauck-Filho N, Dillenburg M, Stein LM. The NICHD Investigative Interview Protocol: a meta-analytic review. *J Child Sex Abus*. 2015;24(3):259-279. doi:10.1080/10538712.2015.1006749.
7. Orbach Y, Hershkowitz I, Lamb ME, Sternberg KJ, Esplin PW, Horowitz D. Assessing the value of structured protocols for forensic interviews of alleged child abuse victims. *Child Abuse Negl*. 2000;24(6):733-752. doi:10.1016/S0145-2134(00)00137-X.
8. Bruck M, Ceci SJ. The suggestibility of children's memory. *Annu Rev Psychol*. 1999;50:419-439. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.419.
9. Saywitz KJ, Wells CR, Larson RP, Hobbs SD. Effects of Interviewer Support on Children's Memory and Suggestibility: Systematic Review and Meta-Analyses of Experimental Research. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(1):22-39. doi:10.1177/1524838016683457.
10. Danby MC, Sharman SJ. Open-ended initial invitations are particularly helpful in eliciting forensically relevant information from child witnesses. *Child Abuse Negl*. 2023;146:106505. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106505.
11. Ahern EC, Andrews SJ, Stolzenberg SN, Lyon TD. The Productivity of Wh-Prompts in Child Forensic Interviews. *J Interpers Violence*. 2018;33(13):2007-2015. doi:10.1177/0886260515621084.

12. Friend OW, Henderson HM, Lyon TD. 4- to 15-year-old children's misinterpretation of invitations asking "about the time" as requests for temporal information in forensic interviews. *Child Abuse Negl.* 2022;129:105675. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105675.
13. Abdul Latiff M, Fang L, Goh DA, Tan LJ. A systematic review of factors associated with disclosure of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2024;147:106564. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106564.
14. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman DW. Disclosure of child sexual abuse: what does the research tell us about the ways that children tell? *Psychol Public Policy Law.* 2005;11(1):194-226. doi:10.1037/1076-8971.11.1.194.
15. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: a systematic review. *Child Abuse Negl.* 2017;70:39-52. doi:10.1016/j.chiabu.2017.05.009.
16. Alaggia R, Collin-Vézina D, Lateef R. Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: a research update (2000-2016). *Trauma Violence Abuse.* 2019;20(2):260-283. doi:10.1177/1524838017697312.
17. Malloy LC, Brubacher SP, Lamb ME. "Because she's one who listens": children discuss disclosure recipients in forensic interviews. *Child Maltreat.* 2013;18(4):245-251. doi:10.1177/1077559513497250.
18. Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negl.* 2007;31(2):111-123. doi:10.1016/j.chiabu.2006.09.004.
19. Hershkowitz I, Horowitz D, Lamb ME. Trends in children's disclosure of abuse in Israel: a national study. *Child Abuse Negl.* 2005;29(11):1203-1214. doi:10.1016/j.chiabu.2005.04.008.
20. Drummond R, Gall JAM. Evaluation of forensic medical history taking from the child in cases of child physical and sexual abuse and neglect. *J Forensic Leg Med.* 2017;46:37-45. doi:10.1016/j.jflm.2016.12.006.
21. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: WHO; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
22. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
23. Johnson R, Farrell R, Vieth V, Peters R, Nolan K, Grant C, Munday L, Dahl C. Interviewing Children with Disabilities: A Practical Guide for Forensic Interviewer. U.S. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention; 2022. NCJ 304719.
24. Cederborg AC, Lamb ME. Interviewing alleged victims with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2008;52(Pt 1):49-58. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.00976.x.
25. Åker TH, Johnson MS. Interviewing alleged victims with mild and moderate intellectual disabilities and autism: a field study of police-investigated cases of physical and sexual abuse in a Norwegian national sample. *J Intellect Disabil Res.* 2020;64(10):782-792. doi:10.1111/jir.12771.
26. Thierry KL, Lamb ME, Orbach Y, Pipe ME. Developmental differences in the function and use of anatomical dolls during interviews with alleged sexual abuse victims. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(6):1125-1134. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1125.
27. Koocher GP, Goodman GS, White CS, Friedrich WN, Sivan AB, Reynolds CR. Psychological science and the use of anatomically detailed dolls in child sexual-abuse assessments. *Psychol Bull.* 1995;118(2):199-222. doi:10.1037/0033-2909.118.2.199.
28. Fernandes D, Gomes JP, Albuquerque PB, Matos M. Forensic Interview Techniques in Child Sexual Abuse Cases: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse.* 2024;25(2):1382-1396. doi:10.1177/15248380231177317.
29. Korkman J, Otgaar H, Geven LM, Bull R, Cyr M, Hershkowitz I, et al. White paper on forensic child interviewing: research-based recommendations by the European Association of Psychology and Law. *Psychol Crime Law.* 2025;31(8):987-1030. doi:10.1080/1068316X.2024.2324098.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı. Çocuk İzlem Merkezleri Hakkında Genelge (2012/20). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü resmî mevzuat sayfası; erişim: 11 Ağustos 2026.

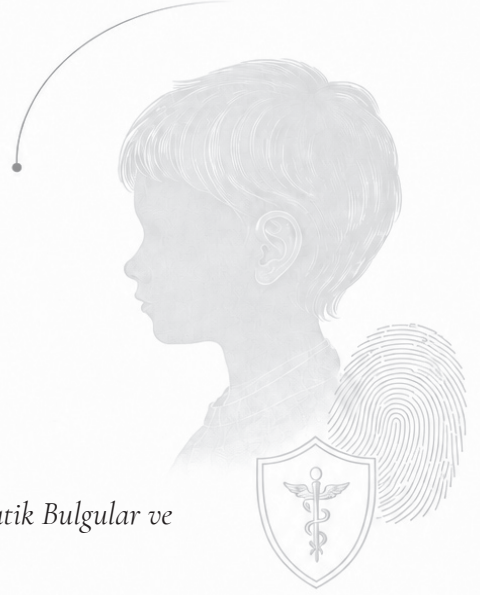
31. T.C. Adalet Bakanlığı. 170/1 No'lu Cinsel Dokunulmazlığa Karşı İşlenen Suç Soruşturmaları Genelgesi ve 176 No'lu Adli Görüşme Odaları Genelgesi. Resmî Genelgeler sayfası; erişim: 11 Ağustos 2026.
32. 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu. Madde 236: mağdur ile şikâyetçinin dinlenmesine ilişkin hükümler. T.C. Adalet Bakanlığı güncel metni; erişim: 11 Ağustos 2026.
33. Malloy LC, Lyon TD, Quas JA. Filial dependency and recantation of child sexual abuse allegations. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(2):162-170. doi:10.1097/01.chi.0000246067.77953.f7.
34. Lavoie J, Wyman J, Crossman AM, Talwar V. Meta-analysis of the effects of two interviewing practices on children's disclosures of sensitive information: rapport practices and question type. *Child Abuse Negl*. 2021;113:104930. doi:10.1016/j.chiabu.2021.104930.

BÖLÜM

15

Anogenital Muayene

Normal Anatomi, Normal Varyasyonlar, Travmatik Bulgular ve Kanıt Ağırlığının Yorumlanması



Anogenital muayene, “istismar oldu mu?” sorusuna tek başına yanıt veren bir test değil; anatomik gözlemi, muayene tekniğini, zamanlamayı, iyileşme biyolojisini ve alternatif açıklamaları aynı epistemik çerçevede tartmayı gerektiren uzmanlık işlemidir.

Çocuk cinsel istismarı değerlendirmesinde en ağır yorum hataları, çoğu zaman gerçek travmayı görememekten değil; normal anatomiye, gelişimsel varyasyonu veya nontravmatik hastalığı travma diye adlandırmaktan doğar. Terside mümkündür: akut ve derin bir lezyonu “kızarıklık” gibi belirsiz bir sözcükle küçültmek, hymenal transeksiyonu pozisyon/teknik yetersizliği nedeniyle kaçırmak ya da normal muayeneyi “penetrasyon olmamış” şeklinde yorumlamak. Güncel yaklaşım, muayenenin tanısal değerini ikili bir normal/anormal mantığına değil; bulgunun morfolojisine, lokalizasyonuna, muayene koşullarına, olgunun zamanlamasına ve kanıt ağırlığına dayandırır [1–8].

Öğrenme hedefleri

- Anogenital muayenenin klinik ve adli rolünü, “penetrasyon testi” veya “bekâret muayenesi” kavramlarından kesin olarak ayırmak.
- Prepubertal ve pubertal kız çocuklarında vulva, vestibül, hymen ve perianal bölgenin yaşa ve hormonal duruma bağlı normal anatomisini tanımak.
- Annüler, semilunar/crescentic, redundant/sleeve-like, septalı, kribriform ve mikroperfore hymenal konfigürasyonları travmatik defektlerden ayırmak.
- Supin frog-leg, labial separation, labial traction ve prone knee-chest tekniklerinin hangi yapıları görünür kıldığını ve birbirini neden tamamladığını açıklamak.

Mahkemede bu asimetri sayısal veya analogik biçimde açıklanabilir: “Bu muayene, geçmişteki her penetrasyonu görünür iz olarak yakalayan bir test değildir; ancak belirli derin travmatik defektler görüldüğünde bunların önceki travma açısından anlamı yüksektir.” Böyle bir açıklama hem mağdur aleyhine negatif bulgunun aşırı kullanılmasını hem de her anatomik düzensizliğin pozitif delil olarak sunulmasını engeller.

33. Sonuç: iyi anogenital muayene daha çok bakmak değil, daha doğru görmek ve daha ölçülü yorumlamaktır

Çocuk cinsel istismarında anogenital muayenenin ileri uzmanlık düzeyi; nadir travmatik bulguları ezberlemekten çok, normal anatomiye geniş varyasyonu içinde tanımayı, muayene tekniğinin görünümü nasıl değiştirdiğini bilmeyi ve bulgunun kanıt ağırlığını doğru sınıflandırmayı gerektirir. Güncel 2023 yorumlama çerçevesi, “normal–şüpheli–kesin” gibi kaba ikiliklerin yerine, anatomik ve tıbbi açıklamaları daha ayrıntılı bir yapı içinde ele alır [1].

En savunulabilir adli yaklaşım dört cümlelik bir mantık taşır: Ne gördüm? Hangi teknik ve pozisyonda gördüm? Bu bulgunun alternatif tıbbi/travmatik açıklamaları nelerdir? Güncel kanıt düzeyinde bu bulgu cinsel istismar açısından neyi gösterir ve neyi göstermez? Bu soruların tümünü yanıtlayan rapor, hem çocuğun korunmasına hem de yanlış pozitif/yanlış negatif adli sonuçların azaltılmasına hizmet eder.

Bölümün özeti

Normal anatomiye bilmeden travma tanısı konmaz; tek pozisyonda hymen değerlendirilmez; normal muayene istismarı dışlamaz; hymen geçmiş cinsel aktivitenin testi değildir; derin travmatik bulgular morfoloji, zamanlama, alternatif mekanizma ve expert review ile yorumlanır.

Kaynaklar

1. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. *Child Abuse Negl.* 2023;145:106283. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106283.
2. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;31(3):225-231. doi:10.1016/j.jpog.2017.12.011.
3. Adams JA. Understanding Medical Findings in Child Sexual Abuse: An Update For 2018. *Acad Forensic Pathol.* 2018;8(4):924-937. doi:10.1177/1925362118821491.
4. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(2):81-87. doi:10.1016/j.jpog.2015.01.007.

5. Smith TD, Raman SR, Madigan S, Waldman J, Shouldice M. Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(2):79-83. doi:10.1016/j.jpag.2017.10.006.
6. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. *Pediatrics*. 2013;132(2):e558-e567. doi:10.1542/peds.2013-1741.
7. U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations—Pediatric (KIDSta Protocol), Section B7: Examination. SAFETA; current online version accessed 11 August 2026.
8. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
9. Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, Morahan M. Appearance of the genitalia in girls selected for nonabuse: review of hymenal morphology and nonspecific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2002;15(1):27-35. doi:10.1016/S1083-3188(01)00136-X.
10. Berenson AB. Appearance of the hymen at birth and one year of age: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1993;91(4):820-825.
11. Berenson AB. A longitudinal study of hymenal morphology in the first 3 years of life. *Pediatrics*. 1995;95(4):490-496.
12. Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr*. 2002;140(5):600-607. doi:10.1067/mpd.2002.123101.
13. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genital anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr*. 2003;92(12):1453-1462.
14. Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Perianal anatomy in non-abused preschool children. *Acta Paediatr*. 2001;90(11):1321-1328. doi:10.1111/j.1651-2227.2001.tb01583.x.
15. Boyle C, McCann J, Miyamoto S, Rogers K. Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: a descriptive study. *Child Abuse Negl*. 2008;32(2):229-243. doi:10.1016/j.chiabu.2007.06.004.
16. McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K. Healing of hymenal injuries in prepubertal and adolescent girls: a descriptive study. *Pediatrics*. 2007;119(5):e1094-e1106. doi:10.1542/peds.2006-0964.
17. Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T. Healing patterns in anogenital injuries: a longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries, or genital surgery in the preadolescent child. *Pediatrics*. 2003;112(4):829-837. doi:10.1542/peds.112.4.829.
18. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*. 2008;300(23):2779-2792. doi:10.1001/jama.2008.827.
19. Kellogg ND, Menard SW, Santos A. Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics*. 2004;113(1 Pt 1):e67-e69. doi:10.1542/peds.113.1.e67.
20. Garfield GB, Schou MP, Lassen K, Leth PM. Hymenal transections in children found by photo-colposcopy in suspected sexual abuse cases is associated with a history of bleeding. *J Forensic Leg Med*. 2021;80:102176. doi:10.1016/j.jflm.2021.102176.
21. Muram D, Arheart KL, Jennings SG. Diagnostic accuracy of colposcopic photographs in child sexual abuse evaluations. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1999;12(2):58-61. doi:10.1016/S1083-3188(00)86627-9.
22. Starling SP, Martinez KA, Frasier LD. A Standardized Peer Review Program Improves Assessment and Documentation of Child Sexual Abuse. *Pediatr Qual Saf*. 2022;7(1):e522. doi:10.1097/PQ9.0000000000000522.
23. Olson RM, García-Moreno C. Virginity testing: a systematic review. *Reprod Health*. 2017;14(1):61. doi:10.1186/s12978-017-0319-0.
24. World Health Organization, UN Human Rights, UN Women. Eliminating virginity testing: an inter-agency statement. Geneva: World Health Organization; 2018. WHO/RHR/18.15.

25. Hornor G, Scribano P, Curran S, Stevens J. Emotional response to the ano-genital examination of suspected sexual abuse. *J Forensic Nurs.* 2009;5(3):124-130. doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01045.x.
26. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual Assault or Abuse of Children. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Atlanta: CDC; last reviewed July 22, 2021.
27. Adams JA, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault: documentation of acute injuries using photo-colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2001;14(4):175-180. doi:10.1016/S1083-3188(01)00126-7.
28. Myhre AK, Myklestad K, Adams JA. Changes in genital anatomy and microbiology in girls between age 6 and age 12 years: a longitudinal study. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(2):77-85. doi:10.1016/j.jpag.2009.05.012.
29. McCann J, Voris J, Simon M, Wells R. Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study. *Child Abuse Negl.* 1989;13(2):179-193. doi:10.1016/0145-2134(89)90005-7.
30. Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ. A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(4):820-831; discussion 831-834. doi:10.1016/S0002-9378(00)70331-0.

BÖLÜM

16

Cinsel İstismarda Adli Delil Toplama

Örnekleme Stratejisi, DNA ve Biyolojik İzlerin Yorumlanması, Kontaminasyon Kontrolü ve Zincirleme Muhafaza



Adli örnekleme, “kitte ne varsa almak” değil; olayın temas mekanizmasını, biyolojik izlerin transfer ve kalıcılık özelliklerini, çocuğun gelişimsel durumunu ve laboratuvarın analitik kapasitesini birlikte kullanan hipotez-güdümlü bir örnekleme problemidir.

Çocuk cinsel istismarı olgularında adli delilin değeri yalnız DNA bulunup bulunmamasına indirgenemez. Hangi örneğin nereden, ne zaman, hangi teknikle ve hangi kontaminasyon kontrolü altında alındığı; örneğin kimin tarafından paketlenildiği, nasıl kurutulduğu ve kimlere devredildiği; laboratuvarında hangi biyolojik belirteç ve DNA sistemiyle çalışıldığı ve sonucun hangi düzeyde yorumlandığı birlikte kanıt değerini belirler. Modern yaklaşım, “pozitif DNA = istismar kanıtı” ve “negatif DNA = temas yok” biçimindeki iki simetrik hatadan kaçınır. Delil toplama, çocuğun tıbbi bakımına tabi olan fakat adli bütünlük bakımından son derece disiplinli yürütülmesi gereken ayrı bir klinik-adli işlemdir [1–5].

Öğrenme hedefleri

- Adli biyolojik delilin kaynak düzeyi, aktivite düzeyi ve olay düzeyi çıkarımlarını birbirinden ayırmak.
- Çocuk cinsel istismarı olgusunda örnekleme kararını yalnız saat eşiğine değil temas türü, anatomik bölge, post-event davranışlar, pubertal durum ve laboratuvar kapasitesine göre vermek.
- Prepubertal çocuklarda beden sürüntüsü ile giysi/çamaşır/olay yeri örneklerinin farklı kanıt ekolojisini açıklamak.

33. Sonuç: iyi delil toplama, daha çok swab değil daha az varsayım ve daha iyi izlenebilirliktir

Cinsel istismarda adli delil toplamanın kalitesi alınan swab sayısı ile ölçülmez. Kalite; temas mekanizmasına göre doğru yüzeyi seçme, çocuğun sağlığını ve assentini koruma, zaman kaybetmeden fakat katı ve bilim dışı saat eşikleri yaratmadan örnekleme, giysi ve olay yeri materyalini ihmal etmeme, kontaminasyonu kontrol etme, örneği kurutma/ayrı paketlenme ve zincirleme muhafazayı kesintisiz belgeleme ile oluşur [1,2,6–11].

Uzman klinisyen aynı zamanda DNA sonucunun epistemik sınırını bilir. Güçlü bir autosomal STR bulgusu kaynak düzeyinde son derece yüksek kanıt değeri taşıyabilir; Y-STR düşük erkek DNA'sını görünür kılabılır; semen belirteçleri biyolojik sıvının türünü destekleyebilir. Ancak transfer, persistence, prevalence ve recovery süreçleri ile aktivite düzeyi bağlamı değerlendirilmeden bu sonuçlar olayın hukuki özetine dönüştürülmemelidir [12–20]. Negatif sonuç da olayın yokluğunun laboratuvar karşılığı değildir. Adli örnekleme, çocuğu bir “delil yüzeyi” olarak değil, sağlığı ve onuru korunurken biyolojik izin bilimsel bütünlük içinde elde edildiği bir hasta olarak gören yaklaşımın parçası olmalıdır.

Bölümün özeti

En güçlü pediatrik adli delil stratejisi: erken ama travmasız örnekle; temas bölgesini doğru haritala; giysi ve non-body materyali küçümseme; kontaminasyonu yönet; kaynak ve aktivite düzeyini ayır; negatif sonucu dışlama testi yapma; her paketin hikâyesini zincirleme muhafaza ile yeniden kurulabilir kıl.

Kaynaklar

1. U.S. Department of Justice, Office on Violence Against Women. A National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations—Pediatric. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2016.
2. SAFETA. KIDSta Protocol Section B8: Evidence Collection. National Protocol for Sexual Abuse Medical Forensic Examinations—Pediatric. International Association of Forensic Nurses; erişim: 11 Ağustos 2026.
3. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: WHO; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
4. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. Pediatrics. 2013;132(2):e558-e567. doi:10.1542/peds.2013-1741.

5. Smith T, Chauvin-Kimoff L, Baird B, Ornstein A. The medical evaluation of pre-pubertal children with suspected sexual abuse. *Paediatr Child Health*. 2020;25(3):180-186. doi:10.1093/pch/pxaa019. Reaffirmed 2026.
6. Christian CW, Lavelle JM, De Jong AR, Loiselle J, Brenner L, Joffe M. Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2000;106(1 Pt 1):100-104. doi:10.1542/peds.106.1.100.
7. Thackeray JD, Hornor G, Benzinger EA, Scribano PV. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. *Pediatrics*. 2011;128(2):227-232. doi:10.1542/peds.2010-3498.
8. Girardet R, Bolton K, Lahoti S, Mowbray H, Giardino AP, Isaac R, Arnold W, Mead B, Paes N. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2011;128(2):233-238. doi:10.1542/peds.2010-3037.
9. Hornor G, Benzinger E, Dougherty K, Hollar J, Wolf K. Pediatric Forensic Analysis: The Benefits of DNA Collection Beyond 24 Hours. *J Forensic Nurs*. 2022;18(4):E29-E37. doi:10.1097/JFN.0000000000000370.
10. Wood GJ, Smith JAS, Gall JA. The optimal timing of forensic evidence collection following paediatric sexual assault. *J Forensic Leg Med*. 2023;95:102499. doi:10.1016/j.jflm.2023.102499.
11. Durma Ö, Tiplamaz S, Usluoğulları FH. Forensic DNA yield from swab, clothing, and scene samples in acute child sexual abuse cases: a retrospective study from a child advocacy center in Türkiye (2019–2022). *Int J Legal Med*. 2026 Jul 23. Online ahead of print. doi:10.1007/s00414-026-03931-w.
12. Fonnelløp AE, Johannessen H, Heen G, Molland K, Gill P. A retrospective study on the transfer, persistence and recovery of sperm and epithelial cells in samples collected in sexual assault casework. *Forensic Sci Int Genet*. 2019;43:102153. doi:10.1016/j.fsigen.2019.102153.
13. Valentine JL, Presler-Jur P, Mills H, Miles S. Evidence Collection and Analysis for Touch Deoxyribonucleic Acid in Groping and Sexual Assault Cases. *J Forensic Nurs*. 2021;17(2):67-75. doi:10.1097/JFN.0000000000000324.
14. Fonnelløp AE, Ramse M, Egeland T, Gill P. The implications of shedder status and background DNA on direct and secondary transfer in an attack scenario. *Forensic Sci Int Genet*. 2017;29:48-60. doi:10.1016/j.fsigen.2017.03.019.
15. Cale CM, Earll ME, Latham KE, Bush GL. Could Secondary DNA Transfer Falsely Place Someone at the Scene of a Crime? *J Forensic Sci*. 2016;61(1):196-203. doi:10.1111/1556-4029.12894.
16. Szkuta B, Ansell R, Boiso L, Connolly E, Kloosterman AD, Kokshoorn B, McKenna LG, Steensma K, van Oorschot RAH. Assessment of the transfer, persistence, prevalence and recovery of DNA traces from clothing: An inter-laboratory study on worn upper garments. *Forensic Sci Int Genet*. 2019;42:56-68. doi:10.1016/j.fsigen.2019.06.011.
17. Gill P, Hicks T, Butler JM, Connolly E, Gusmão L, Kokshoorn B, Morling N, van Oorschot RAH, Parson W, Prinz M, Schneider PM, Sijen T, Taylor D. DNA commission of the International Society for Forensic Genetics: Assessing the value of forensic biological evidence—Guidelines highlighting the importance of propositions. Part II: Evaluation of biological traces considering activity level propositions. *Forensic Sci Int Genet*. 2020;44:102186. doi:10.1016/j.fsigen.2019.102186.
18. Ferreira-Silva B, Porto MJ, Magalhães T, Cainé L. Contribution to the Development of Guidelines in the Analysis of Biological Evidence in Sexual Assault Investigations. *J Forensic Sci*. 2019;64(2):534-538. doi:10.1111/1556-4029.13879.
19. Delfin FC, Madrid BJ, Tan MP, De Ungria MCA. Y-STR analysis for detection and objective confirmation of child sexual abuse. *Int J Legal Med*. 2005;119(3):158-163. doi:10.1007/s00414-004-0503-y.
20. Scientific Working Group on DNA Analysis Methods (SWGDM). Interpretation Guidelines for Y-Chromosome STR Typing. *Forensic Science Communications*. 2009;11(1).
21. Suttipapit P, Wongwittayapanich S. Detection of prostate specific antigen and semenogelin in specimens from female rape victims. *J Forensic Leg Med*. 2018;54:102-108. doi:10.1016/j.jflm.2017.12.017.

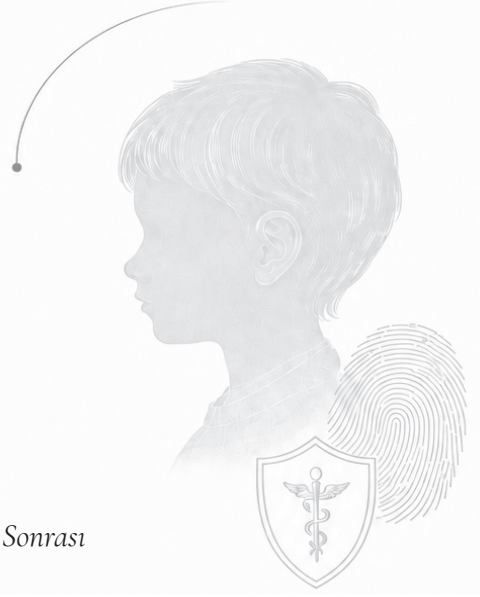
22. Martínez P, Santiago B, Alcalá B, Atienza I. Semen searching when sperm is absent. *Sci Justice*. 2015;55(2):118-123. doi:10.1016/j.scijus.2015.01.008.
23. Rogers H, Williams RC. A comparative analysis of accuracy and sensitivity in semen testing: ABA-card p30™, RSID Semen™, and Seratec PSA™. *J Forensic Sci*. 2026;71(1):541-545. doi:10.1111/1556-4029.70194.
24. United Nations Office on Drugs and Crime. Guidelines for the forensic analysis of drugs facilitating sexual assault and other criminal acts. New York: United Nations; 2011.
25. Skov K, Johansen SS, Linnet K, Nielsen MKK. Automated enzymatic hydrolysis of urine samples for improved systematic toxicological analysis of drug-facilitated sexual assault cases. *Drug Test Anal*. 2024;16(11):1254-1270. doi:10.1002/dta.3640.
26. Denkena IL, et al. Development and validation of a quantitative analytical method for urine samples in drug-facilitated sexual assault cases. *J Anal Toxicol*. 2026;50(6):bkag054. doi:10.1093/jat/bkag054.
27. Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete: 01.06.2005, Sayı 25832. T.C. Sağlık Bakanlığı güncel mevzuat sayfası; erişim: 11 Ağustos 2026.
28. 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu. Beden muayenesi, vücuttan örnek alınması ve moleküler genetik incelemelere ilişkin hükümler. Güncel mevzuat; erişim: 11 Ağustos 2026.
29. T.C. Başbakanlık. Çocuk İzlem Merkezi (ÇİM) konulu 2012/20 sayılı Başbakanlık Genelgesi. Resmî Gazete: 04.10.2012, Sayı 28431.
30. T.C. Adalet Bakanlığı. 170/1 No'lu Cinsel Dokunulmazlığa Karşı İşlenen Suç Soruşturmaları Genelgesi. 31.10.2022.
31. van Oorschot RAH, Ballantyne KN, Mitchell RJ. Forensic trace DNA: a review. *Investig Genet*. 2010;1:14. doi:10.1186/2041-2223-1-14.
32. Magalhães T, Ribeiro CS, Jardim P, Vieira DN. Forensic procedures for interview, physical exam and evidence collection in children and young people victims of physical and/or sexual abuse. *Acta Med Port*. 2011;24(Suppl 2):339-348.

BÖLÜM

17

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Gebelik

Tanısıl Test Stratejisi, Adli Özgüllük, Maruziyet Sonrası Korunma ve Reprodüktif Risk Yönetimi



Bir enfeksiyonun saptanması, üç ayrı soruyu doğurur: enfeksiyon gerçekten var mı; olası bulaş yolu nedir; ve bu bulgu incelenen olayın zamanını veya mekanizmasını ne ölçüde destekler? Bu üç soru aynı değildir.

Çocuk cinsel istismarı değerlendirmesinde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), fizik muayene bulgularından farklı bir kanıt sınıfı oluşturur. Bazı patojenlerin neonatal dönem sonrasında saptanması cinsel temas açısından güçlü adli anlam taşıyabilir; bazıları ise perinatal bulaş, ev içi temas, otoinokülasyon veya yaygın toplum prevalansı nedeniyle çok daha ihtiyatlı yorumlanmalıdır. Uzman değerlendirme; örnekleme bölgesini, test metodunu, analitik özgüllüğü, pretest olasılığını, çocuğun yaşını ve pubertal durumunu, perinatal öyküyü, önceki tedavileri ve zaman çizelgesini birlikte ele almalıdır. Gebelik değerlendirmesi de benzer biçimde yalnız pozitif/negatif hCG sonucundan ibaret değildir; ovulasyon olasılığı, son menstrual dönem, olay zamanı, acil kontrasepsiyon penceresi, mevcut gebeliğin olaydan önce başlamış olma olasılığı ve ergenin mahremiyeti bir arada yönetilmelidir [1-8].

Öğrenme hedefleri

- Prepubertal çocukta CYBE saptanmasının adli anlamını patojen bazında sınıflandırmak; “enfeksiyon var = incelenen olay kanıtlandı” kısa devresinden kaçınmak.
- Gonore, klamidyaz, trikomoniyaz, sifiliz, HIV, genital herpes, HPV, HBV ve ilişkili durumlarda olası cinsel, perinatal ve nonseksüel bulaş yollarını yaş ve zaman ekseninde değerlendirmek.

yolu ve incelenen olaya atıf aynı cümle değil, birbirini takip eden üç ayrı bilimsel değerlendirmedir.

Bölümün özeti

Prepubertal çocukta bazı CYBE'ler cinsel temas açısından yüksek adli önem taşır; ancak test doğruluğu, yaş, perinatal öykü ve alternatif bulaş yolları mutlaka değerlendirilir. Negatif test istismarı dışlamaz, pozitif test ise tek başına olay zamanını veya faili belirlemez. HIV PEP ve acil kontrasepsiyon zaman duyarlı tıbbi işlemlerdir ve adli süreçten bağımsız olarak gecikmeden yönetilmelidir.

Kaynaklar

1. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual Assault or Abuse of Children. STI Treatment Guidelines. Updated online guidance; accessed 11 August 2026.
3. Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An update for 2023. Child Abuse Negl. 2023;145:106283. doi:10.1016/j.chiabu.2023.106283.
4. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE; Committee on Child Abuse and Neglect. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. Pediatrics. 2013;132(2):e558-e567. doi:10.1542/peds.2013-1741.
5. Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. Red Book: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases. 33rd ed. American Academy of Pediatrics; 2024. doi:10.1542/9781610027359.
6. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Sexual Assault and Abuse in Children and Adolescents/Young Adults. In: Red Book: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases. 33rd ed. American Academy of Pediatrics; 2024. doi:10.1542/9781610027359-S2_005_003.
7. World Health Organization. Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
8. World Health Organization. Responding to Child Maltreatment: A Clinical Handbook for Health Professionals. Geneva: World Health Organization; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
9. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. Pediatrics. 2009;124(1):79-86. doi:10.1542/peds.2008-2947.
10. Black CM, Driebe EM, Howard LA, et al. Multicenter study of nucleic acid amplification tests for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in children being evaluated for sexual abuse. Pediatr Infect Dis J. 2009;28(7):608-613. doi:10.1097/INF.0b013e31819b592e.
11. Kellogg ND, Melville JD, Lukefahr JL, Nienow SM, Russell EL. Genital and extragenital gonorrhea and chlamydia in children and adolescents evaluated for sexual abuse. Pediatr Emerg Care. 2018;34(11):761-766. doi:10.1097/PEC.0000000000001014.
12. Gavril AR, Kellogg ND, Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. Pediatrics. 2012;129(2):282-289. doi:10.1542/peds.2011-0804.
13. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(6):518-526. doi:10.1016/j.jpag.2015.05.001.
14. Bell TA, Stamm WE, Wang SP, Kuo CC, Holmes KK, Grayston JT. Chronic Chlamydia trachomatis infections in infants. JAMA. 1992;267(3):400-402. doi:10.1001/jama.1992.03480030078041.

15. Schachter J, Grossman M, Sweet RL, Holt J, Jordan C, Bishop E. Prospective study of perinatal transmission of *Chlamydia trachomatis*. *JAMA*. 1986;255(24):3374-3377. doi:10.1001/jama.1986.03370240044034.
16. Schwandt A, Williams C, Beigi RH. Perinatal transmission of *Trichomonas vaginalis*: a case report. *J Reprod Med*. 2008;53(1):59-61. PMID:18251366.
17. Gallion HR, Dupree LJ, Scott TA, Arnold DH. Diagnosis of *Trichomonas vaginalis* in female children and adolescents evaluated for possible sexual abuse: a comparison of the InPouch TV culture method and wet mount microscopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22(5):300-305. doi:10.1016/j.jpog.2008.12.006.
18. Unger ER, Fajman NN, Maloney EM, et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics*. 2011;128(3):e658-e665. doi:10.1542/peds.2010-2247.
19. Smith EM, Swarnavel S, Ritchie JM, Wang D, Haugen TH, Turek LP. Prevalence of human papillomavirus in the oral cavity/oropharynx in a large population of children and adolescents. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26(9):836-840. doi:10.1097/INF.0b013e318124a4ae.
20. Sabeena S, Bhat P, Kamath V, Arunkumar G. Possible non-sexual modes of transmission of human papilloma virus. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(3):429-435. doi:10.1111/jog.13248.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Gonococcal Infections Among Infants and Children. STI Treatment Guidelines. 2021; online version accessed 11 August 2026.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Chlamydial Infections. STI Treatment Guidelines. 2021; online version accessed 11 August 2026.
23. Papp JR, Park IU, Fakile Y, Pereira L, Pillay A, Bolan GA. CDC Laboratory Recommendations for Syphilis Testing, United States, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024;73(1):1-32. doi:10.15585/mmwr.rr7301a1.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Genital Herpes. STI Treatment Guidelines. 2021; online version accessed 11 August 2026.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Human Papillomavirus (HPV) Infection. STI Treatment Guidelines. 2021; online version accessed 11 August 2026.
26. Tanner MR, O'Shea JG, Byrd KM, et al. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV - CDC Recommendations, United States, 2025. *MMWR Recomm Rep*. 2025;74(1):1-56.
27. World Health Organization. Guidelines for HIV Post-Exposure Prophylaxis. Geneva: World Health Organization; 2024. ISBN 978-92-4-009513-7.
28. Girardet RG, Lemme S, Biason TA, Bolton K, Lahoti S. HIV post-exposure prophylaxis in children and adolescents presenting for reported sexual assault. *Child Abuse Negl*. 2009;33(3):173-178. doi:10.1016/j.chiabu.2008.05.010.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Child and Adolescent Immunization Schedule Notes: Human Papillomavirus Vaccination. Current published schedule dated 2 July 2025; accessed 11 August 2026.
30. Centers for Disease Control and Prevention. Sexual Assault and Abuse and STIs - Adolescents and Adults. STI Treatment Guidelines. 2021; online version accessed 11 August 2026.
31. World Health Organization. Emergency Contraception. WHO Fact Sheet. 9 November 2021; current online version accessed 11 August 2026.
32. American College of Obstetricians and Gynecologists. Sexual Assault. ACOG Committee Opinion No. 777. *Obstet Gynecol*. 2019;133:e296-e302.
33. American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergency Contraception. Practice Bulletin No. 152. *Obstet Gynecol*. 2015;126:e1-e11.
34. Centers for Disease Control and Prevention. STI Treatment Guidelines, Table 7: Guidelines for Post-exposure Prophylaxis of Persons with Nonoccupational Exposure to Blood or Body Fluids, by Exposure Type and Hepatitis B Vaccination Status. 2021.

35. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;31(3):225-231. doi:10.1016/j.jpag.2017.12.011.
36. Bandea CI, Joseph K, Secor EW, et al. Development of PCR assays for detection of *Trichomonas vaginalis* in urine specimens. *J Clin Microbiol.* 2013;51(4):1298-1300. doi:10.1128/JCM.03101-12.

BÖLÜM

18

Çocuk Cinsel İstismarında Psikolojik Bulgular

Travma Fenomenolojisi, Gelişimsel Psikopatoloji, Adli Özgüllük ve Klinik Risk Yönetimi



Psikolojik belirti, yaşantının olası sonucudur; yaşantının tek başına biyolojik veya hukuki “izi” değildir. Klinik anlam ile adli özgüllük aynı kavram değildir.

Çocuk cinsel istismarı posttravmatik stres, depresyon, anksiyete, dissosiyasyon, uyku sorunları, somatik yakınmalar, cinsel davranış sorunları, kendine zarar verme ve işlev kaybı dahil geniş bir psikopatoloji spektrumu ile ilişkilidir. Bununla birlikte belirti dağılımı heterojendir; bazı çocuklar ağır ve çok alanlı bozulma gösterirken bazıları başlangıç değerlendirmesinde belirgin psikopatoloji göstermeyebilir. Bu nedenle psikolojik değerlendirme “istismar oldu mu?” sorusuna tek başına yanıt veren bir doğrulama testi olarak değil; travmanın sağlık etkisini, akut güvenlik riskini, komorbiditeyi, gelişimsel gereksinimleri ve tedavi planını belirleyen klinik bir inceleme olarak yapılandırılmalıdır [1-10].

Öğrenme hedefleri

- Çocuk cinsel istismarına özgü tek bir psikolojik sendrom bulunmadığını ve hiçbir belirti kümesinin olayın tek başına doğrulayıcısı olmadığını açıklamak.
- PTSD, akut stres tepkileri, ICD-11 kompleks PTSD, depresyon, anksiyete, dissosiyasyon, dışa vurum belirtileri ve somatik yakınmaları gelişimsel düzeyde ayırt etmek.
- Yaşa uygun cinsel merak ve davranışlar ile gelişimsel olarak uygunsuz, intruzif, zorlayıcı veya zarar verici problematik cinsel davranışları ayırmak.
- Problematic sexual behavior veya sexualized behavior varlığından doğrudan cinsel istismar sonucu çıkarmamanın bilimsel gerekçesini göstermek.

Bölümün özeti

Cinsel istismar psikolojik açıdan ağır sonuçlar doğurabilir; ancak psikolojik sonuçların çoğu olay-özgül değildir. Uzman; semptomu tanır, akut riski yönetir, gelişimsel ve alternatif açıklamaları test eder, kanıta dayalı tedaviyi başlatır ve adli raporda klinik ilişkiyi kanıt ağırlığından ayrı ifade eder.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: WHO; 2017. ISBN 978-92-4-155014-7.
2. World Health Organization. Responding to child maltreatment: a clinical handbook for health professionals. Geneva: WHO; 2022. ISBN 978-92-4-004873-7.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed, text revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. doi:10.1176/appi.books.9780890425787.
4. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO; 2024.
5. Cohen JA; AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010;49(4):414-430. doi:10.1016/j.jaac.2009.12.020.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder. NICE guideline NG116. London: NICE; 2018, current online version accessed 11 Aug 2026.
7. Boumpa V, Papatoukaki A, Kourti A, et al. Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(6):1653-1673. doi:10.1007/s00787-022-02015-5.
8. Hashim M, Iqbal N, Halligan S, Alimoradi Z, Pfaltz M, Farooqi SR, Khan I, Galán CA, Vostanis P. Association of Childhood Sexual Abuse with Adolescent's Psychopathology: A Systematic Review and Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. 2025;26(3):483-496. doi:10.1177/15248380241281365.
9. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):830-839. doi:10.1016/S2215-0366(19)30286-X.
10. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. J Psychol. 2001;135(1):17-36. doi:10.1080/00223980109603677.
11. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. Psychol Bull. 1993;113(1):164-180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164.
12. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, Smid GE. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2014;204(5):335-340. doi:10.1192/bjp.bp.113.131227.
13. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 2014;59(2):359-372. doi:10.1007/s00038-013-0519-5.
14. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Child Abuse Negl. 2019;96:104082. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104082.
15. Sim L, Friedrich WN, Davies WH, Trentham B, Lengua L, Pithers W. The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children. J Trauma Stress. 2005;18(6):697-705. doi:10.1002/jts.20078.

16. Ensink K, Berthelot N, Bégin M, Maheux J, Normandin L. Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child psychological difficulties. *Child Abuse Negl.* 2017;69:116-124. doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.017.
17. Tsur N, Katz C. "And Then Cinderella Was Lying in My Bed": Dissociation Displays in Forensic Interviews With Children Following Intrafamilial Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence.* 2022;37(17-18):NP15336-NP15358. doi:10.1177/08862605211016347.
18. Bernier MJ, Hébert M, Collin-Vézina D. Dissociative symptoms over a year in a sample of sexually abused children. *J Trauma Dissociation.* 2013;14(4):455-472. doi:10.1080/15299732.2013.769478.
19. Bolen RM, Gergely KB. A meta-analytic review of the relationship between nonoffending caregiver support and postdisclosure functioning in sexually abused children. *Trauma Violence Abuse.* 2015;16(3):258-279. doi:10.1177/1524838014526307.
20. Hébert M, Amédée LM. Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1):1807171. doi:10.1080/20008198.2020.1807171.
21. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics.* 1998;101(4):E9. doi:10.1542/peds.101.4.e9.
22. Kellogg ND; Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report: the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics.* 2009;124(3):992-998. doi:10.1542/peds.2009-1692.
23. Friedrich WN. *Child Sexual Behavior Inventory: Professional Manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1997.
24. Allen B, Wamser R, Ferrer-Pistone L, Campbell CL. Problematic Sexual Behavior Among Children: A Meta-Analysis of Demographic and Clinical Correlates. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2025;53(6):831-847. doi:10.1007/s10802-025-01300-6.
25. Carpentier MY, Silovsky JF, Chaffin M. Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: ten-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(3):482-488. doi:10.1037/0022-006X.74.3.482.
26. Bonvanie IJ, van Gils A, Janssens KAM, Rosmalen JGM. Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: an adolescent population study. *Child Abuse Negl.* 2015;46:1-7. doi:10.1016/j.chiabu.2015.06.001.
27. Dubé V, Amédée LM, Raza H, Hébert M. Somatic Problems in Children Disclosing Sexual Abuse: The Mediating Role of Alexithymia and Dissociation. *J Child Sex Abus.* 2024;33(5):608-626. doi:10.1080/10538712.2024.2403999.
28. Langevin R, et al. Sexual abuse and sleep in children and adolescents: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2022;64:101628. doi:10.1016/j.smrv.2022.101628.
29. Asgeirsdottir BB, Hufhines L, Sigurvinsdottir R, Wherry JN. Dyadic Reports Using the Parental Support after Child Sexual Abuse Measure: Psychometrics and Associations with Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms. *Child Abuse Rev.* 2021;30(6):576-593. doi:10.1002/car.2722.
30. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(4):393-402. doi:10.1097/00004583-200404000-00005.
31. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen JA, Steer RA. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(12):1474-1484. doi:10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb.
32. Devries KM, Mak JYT, Child JC, et al. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014;133(5):e1331-e1344. doi:10.1542/peds.2013-2166.
33. Ng QX, Yong BZJ, Ho CYX, Lim DY, Yeo WS. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: an update meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;99:129-141. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.02.001.
34. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(12):1170-1176. doi:10.1001/archpediatrics.2012.1276.

35. National Institute of Mental Health. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit: Youth clinical pathways and information sheets. Bethesda, MD: NIMH; current online version accessed 11 Aug 2026.
36. Draucker CB, Mazurczyk J. Relationships between childhood sexual abuse and substance use and sexual risk behaviors during adolescence: an integrative review. *Nurs Outlook*. 2013;61(5):291-310. doi:10.1016/j.outlook.2012.12.003.
37. Mannarino AP, Cohen JA. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl*. 2000;24(7):983-994. doi:10.1016/S0145-2134(00)00153-8.
38. Kaplow JB, Rolon-Arroyo B, Layne CM, et al. Validation of the UCLA PTSD Reaction Index for DSM-5: a developmentally informed assessment tool for youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(1):186-194. doi:10.1016/j.jaac.2018.10.019.
39. Steinberg AM, Brymer MJ, Kim S, et al. Psychometric properties of the UCLA PTSD Reaction Index: part I. *J Trauma Stress*. 2013;26(1):1-9. doi:10.1002/jts.21780.
40. King NJ, Tonge BJ, Mullen P, et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11):1347-1355. doi:10.1097/00004583-200011000-00008.