



Çocuk İstismarı

Child Abuse

S. Çağatay ÖNAL¹, Osman CELBİŞ², Bora ÖZDEMİR², Mehtap YÖNDEM ÖZDEMİR³

¹İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

²İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

³Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp Grup Başkanlığı, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi: S. Çağatay ÖNAL / E-posta: conal_tr@yahoo.com

ÖZ

Çocuk istismarı tıbbi, hukuki ve ahlaki yanları bulunan dünya ölçeğinde bir sorundur. Genel kapsamıyla fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal başlıkları altında incelenebilir. Bu makale nöroşirürjikal bir bakış açısıyla, fiziki istismardan köken alan kafa travmasına odaklanmaktadır. Hırpalanmış çocuk sendromu ve sarsılmış bebek sendromu ayrıca vurgulanmıştır. Kapsamlı bir öykü, ayrıntılı fizik muayene ve özenli bir kayıt, tanı ve tedavi için olduğu kadar olayın hukuki yönü için de esastır. Hekimler bu büyük soruna tanı koyabilmek için özellikle eğitilmeli ve tüm sağlık çalışanları, öğretmenler ve aileler bu tıbbi-hukuki konu hakkında bilgilendirilmelidirler. Hekimin duyarlılığı, deneyimi ve yönelimi tanıya ulaşmada son derece önemlidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Çocuk istismarı, Hırpalanmış çocuk sendromu, Sarsılmış bebek sendromu, Kafatası-beyin travması, Beyin cerrahisi

ABSTRACT

Child abuse is a worldwide problem with medical, legal, and ethical issues. It can mainly be described under the terms of physical abuse, emotional abuse, sexual abuse and neglect. Due to a neurosurgical point of view, this manuscript is mainly focused on craniocerebral trauma after physical abuse. Battered child syndrome and shaken baby syndrome are specially emphasized. The concise history, extensive physical examination and detailed recording are essential for diagnosis, treatment and legal procedures. Doctors should especially be educated in order to diagnose this devastating problem and all health professionals, teachers, and parents should be informed about this medicolegal issue. The awareness, experience, and motivation of the physician are extremely significant for diagnosis.

KEYWORDS: Child abuse, Battered child syndrome, Shaken baby syndrome, Craniocerebral trauma, Neurosurgery

Çocuk istismarı ve ihmali; ana-baba veya çocuğun bakımı, sağlığı ve korunmasından sorumlu kişilerin giriştiği veya girişmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocuğun her türlü **fiziksel, ruhsal, cinsel** veya **sosyal** açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi olarak tanımlanır. İstismar olarak nitelenen davranışların mutlaka çocuk tarafından algılanması ya da yetişkin tarafından bilinçli olarak yapılması şart değildir (1-7).

Çocuk istismarı, genel olarak fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal başlıkları altında toplanabilir (2). Fiziksel istismar, çocuğun kazadışı yaralanması olarak tanımlanır. Bu olgularda çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve vücutta iz bırakan lezyonlar mevcuttur. Tanıda en önemli adım, hekimin kendini istismar olasılığını düşünmeye zorlamasıdır. Tanının zamanında konulması çocuğu olası bir ölümden koruyabileceği gibi çocuğun henüz gelişmekte olan kişiliğine kalıcı bir zarar gelmesini de önleyecektir (4).

Çocuğa yönelik fiziksel istismarın tanısında kilit kelime "şüpheli"dir. Hekimin şüphelenmediği olgularda istismarı tanımak güçtür. Hekim herşeyden önce bir anne/babanın çocuğuna zarar verebileceğini kabul etmek istemez. Öykü alımı sırasında ortaya çıkan aile içi bir çatışmaya dahil olmaya isteksizdir. Daha ötesi, çocuk istismarı konusunda yeterli

eğitim almamıştır ve doğal olarak kendisine iletilen bilgilerin doğruluğunu kabullenerek tedavisini bu bilgiler ışığında tasarlar (5-7).

Sağlık kurumlarına fiziksel hasar ile getirilen çocuklarda şüpheli uyandıran unsurlara ayrıca dikkat edilmelidir. Hastaneye başvuruda açıklanamayan gecikme, alınan öyküde çelişkilerin bulunması, fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, birden fazla şüpheli travma öyküsü, ana-babanın kazayı bir kardeşe ya da üçüncü kişilere yüklemesi, kazanın çocuğun kendisine yüklenmesi, çocuğun nedensiz olarak değişik sağlık kurumlarında ya da hastanelerde dolaştırılması, çocuğun ana-babayı suçlaması, çocukluğunda istismara uğramış ana-baba öyküsü, ana-babanın çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin olması, başvuru esnasında ya da sonrasında ana-baba ya da bakıcılarda düşmanca davranışlar gözlenmesi özellikle hekim ve ilgili sağlık personeli tarafından farkedilerek şüphelenilmesi gereken özelliklerdir (7-8).

Çocuk istismarı ve ihmaline yönelik kapsamlı bir eğitimde hedefteki çocuk da hekim ve ilgili sağlık personeline iyi tanımlanabilmelidir. Tehlike altındaki çocuk nüfusu arasında sakat çocuk, evlilik dışı doğan çocuk, bazı toplumlarda kız çocuklar, hızlı toplumsal değişim içinde büyüyen çocuklar, savaş içindeki çocuklar, gebe annenin diğer çocuğu, anne-

babasından daha iyi eğitim alan çocuklar, işsiz veya ekonomik sorun yaşayan aile çocukları, standard barınma koşullarına sahip olmayan ailelerin çocukları, çok çocuklu ailenin çocuğu, çok genç anne çocuğu, üvey anne/babayla yaşayan çocuk, eğitimsiz – alkol/uyuşturucu bağımlısı anne/babanın çocuğu, aile içi geçimsizlik varlığı, istismar öyküsü olan kişinin çocuğu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, istenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuk sayılabilir (9-12).

Fiziksel istismar tanısına ulaşabilmek için ayrıntılı bir öykü alınması, kapsamlı bir fizik muayene yapılması ve bulguların hassasiyetle kaydedilmesi esastır. Bu yolla çocukta fiziksel istismar için tanı koydurucu (patognomonik) pek çok bulguya ulaşılabilir. Çocuk ağırlı uyarılara aşırı derecede hassas ya da tersine duyarsız ise, lezyonların öyküde belirtilen süreden daha eski dönemlerde oluştuğunu düşündüren bulgular varsa, değişik türde yanık ve kesi lezyonları eşzamanlı olarak bulunuyorsa, tek bir nedene bağlı çok sayıda lezyon (çok sayıda sigara yanığı vb.) mevcutsa, çeşitli şekillerde (saçla örtülme ya da yara bandı gibi...) gizlenmeye çalışılan yaralar varsa, hasar görmesi olağan olmayan dil, dudak, frenulum gibi yerlerde yara ya da kesiler mevcutsa başvuru istismar açısından çok yönlü ve hassasiyetle değerlendirilmelidir (13-16).

Fiziksel istismara bağlı olarak çocukta tek ya da çoğul olmak üzere pek çok lezyon gözlenebilir. Bunların sık görülenleri insan ısırıkları da dahil olmak üzere deri yaralanmaları, göz lezyonları, kemik kırıkları, kafa yaralanmaları ve yanıklardır. Çocukta fiziksel istismarda en sık rastlanılan kırık şekli metafizyel-epifizyel kırıklardır. Uzun kemiklerden kopan parçacıklar radyolojik olarak saptanabilir. Bu tip kırıklar çocuğun kol, bacak veya gövdesinden tutulup sarsılması sonucu oluşur. Genellikle diz, dirsek ve bilekte görülür (14-16).

Fiziksel istismarda nöroşirürji disiplinini en yoğun ilgilendiren patoloji, olaya eşlik eden kafa travmasıdır. Bu durum en yoğun şekilde dövülmüş (hırpalanmış) çocuk sendromu (battered child syndrome) ve sarsılmış bebek sendromu (shaken baby syndrome) olmak üzere iki ayrı tabloda görülür (8-10,17).

Dövülmüş çocuk sendromuna bebeklikten ergenliğe kadar her dönemde rastlanabilir. En sık görüldüğü dönem üç yaş altıdır. Genelde ilgisiz bir sorun ya da özel bir travma ile hekime getirilirler. Retinal hemorajiler, kafatasında yıldızvari iki yanlı ya da çoğul kırıklar ve/veya subdural hematoma tanıda yönlendiricidir (16).

Sarsılmış bebek sendromu, çok büyük oranda iki yaşın altında, çoğunlukla da altı aydan önce görülür. Bu çocuklar genelde bilinç bozulması ya da uyandırılmama yakınması ile getirilirler. Bebeklerde boyun kasları zayıftır ve fizyolojik olarak baş gövdeye göre büyüktür. Bebek beyininde su içeriği daha fazla ve miyelin oranı daha az olduğu için beyin dokusu erişkine göre daha hassas ve kırılmandır. Bebeklerin kollarından ya da gövdelerinden tutularak kuvvetli bir şekilde başın sarsılması ya da sarsılmayla birlikte başın sert ya da yumuşak bir cisme çarpması ile tablo ortaya çıkar. Darbe izi çoğu kez yoktur. Kafatası içinde beyin sarsılması sonucu damarlarda yırtılma

ve kopmalar oluşabilir. Göz ve kemik travmaları, retinal hemorajiler olabilir. Bilgisayarlı beyin tomografisi ya da manyetik rezonans görüntüleme interhemisferik subdural hematoma ya da subaraknoid kanama gözlenebilir. Bir yaşın altında kazaya bağlı ciddi kafa travması çok nadirdir (10,17,18).

Fiziksel istismara uğramış kafa travmalı çocuklarda travmanın şiddetine ve sürece göre akut subdural hematomlar, ekstraaksiyel sıvı birikimleri, tentorial kanamalar, sınırlı parankimal hematomlar, değişik evrelerde epidural hematomlar, kontüzyon, laserasyon, ventrikül içi kanamalar görülebilir. Fiziksel istismar olgularının yaklaşık yarısında yüz ve kafada lezyonlara rastlanır. Çene, burun ve dişler gibi ön cepheden oluşan lezyonlarda kaza daha ön planda düşünülebilir. Kulak, yanak, elmacık kemiği gibi yüzün kenarlarını içine alan lezyonlarda öncelikle istismar akla gelmelidir. Kulak lobunda, kanalında ve çevresinde kanama istismar için önemli bir bulgudur. Kanamalar, kızarıklık ve şişlik kulağa ciddi bir darb olduğuna işaret eder. Böyle bir travma ise işitme kaybı ya da enfeksiyonla sonuçlanabilecek timpan zar yırtılmasına neden olabilir (19-21).

Duygusal istismar, gündelik yaşamda en sık rastlanan türdür. En tipik örneği çocuğa bağırma şeklinde belirlenebilir. Anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklenti içinde olmaları ve saldırganca davranmaları olarak tanımlanır. Bu durum çocuğun psikolojik olarak örselemesi sonucunu doğurur (7).

Cinsel istismar, çocuğun en az kendisinden altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel doyum için zorla veya ikna edilerek kullanılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesidir (2).

İhmal, çocuğa bakmakla yükümlü kişinin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi; tıbbi, toplumsal ve duygusal gereksinimler ya da yaşam koşulları için gerekli ilgiyi göstermemesi, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden göz ardı etmesi olarak tanımlanır. İhmal ve istismarı ayıran en temel nokta ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır (1,2,7).

Örnek olgu

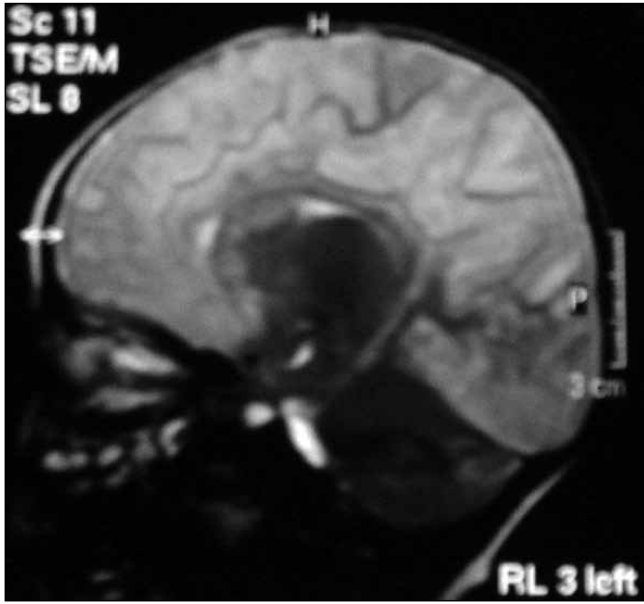
Üç aylık kız bebek, darp ifadesi ile acil polikliniğe getirildi. Öyküsünden, baba tarafından dövüldüğü, annenin de aynı gün darp edildiği öğrenildi. Başvuru muayenesinde genel durumu kötü, bilinci kapalı ve Glaskow Koma Skoru 3 olarak belirlenen hastanın yüzünde ve ekstremitelerinde yaygın ekimozlar mevcuttu. Bilgisayarlı beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntülerinde çoğul kafa kemiği kırığı, ekstraserebral hematoma, serebral kontüzyon, subdural hematoma ve travmatik subaraknoidal kanama saptandı (Şekil 1-3). Diğer sistem muayenelerinde ve incelemelerinde özellik belirlenmedi. Entübe edilen ve acil cerrahi girişim düşünülmeyen hasta, beyin cerrahisi yoğun bakım ünitesine alınarak destek tedavisi uygulandı. Takibi süresince bilinci açılmayan hasta, hastaneye yatışının dördüncü gününde yoğun bakımda kaybedildi.

Otopsisinde haricen yüz, saçlı deri ve ekstremitelerinde yaygın ekimotik alanlar, yanakta cilt altı yumuşak dokuda

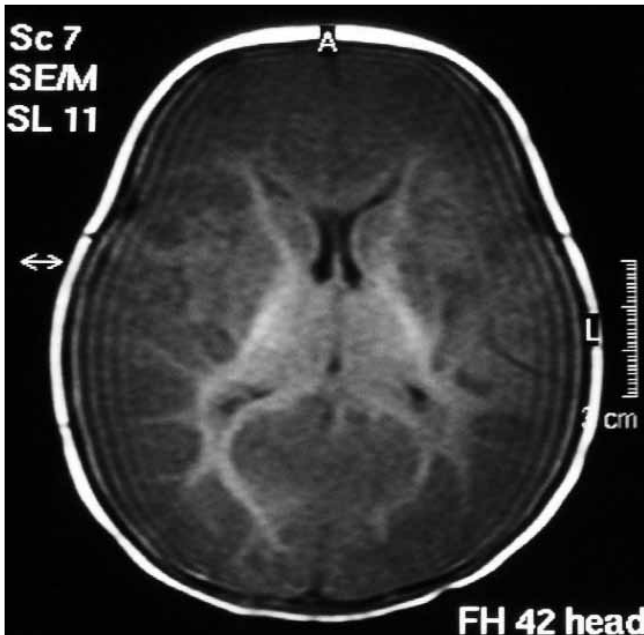
kanama (Şekil 4, 5), beyinde subdural ve subaraknoidal kanama (Şekil 6) ile kontüzyon alanları, kafatasında lineer kırıklar (Şekil 7) saptandı. Kafatası kırıkları dışında iskelet sistemi sağlam bulundu. Ölüm sebebi, künt kafa travmasına bağlı kafatası kemik kırıkları ile birlikte beyin kanaması, beyin doku harabiyeti ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar olarak belirlendi.

SONUÇ

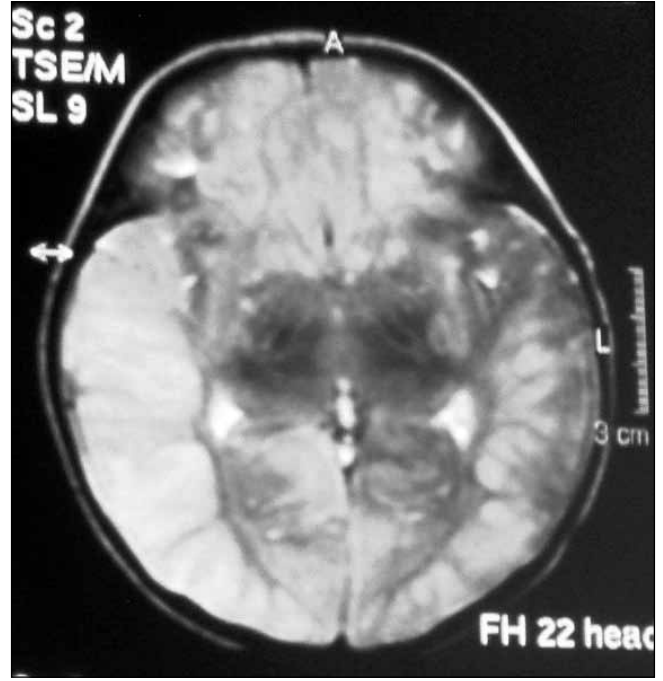
“Çocuk Haklarına Dair Sözleşme” Türkiye’nin de dahil olduğu birçok ülke tarafından imzalanmış ve 2 Eylül 1990 tarihinde uluslararası yasa statüsüne kavuşmuştur. Ne yazık ki çocuk



Şekil 1: Olgunun sagittal kesitteki MR görüntüsü.



Şekil 2: Olgunun aksiyal kesit T1 MR görüntüsü.



Şekil 3: Olgunun T2 ağırlıklı aksiyal MR kesiti.



Şekil 4: Otopside yanakta ciltaltı yumuşak dokuda travmaya ikincil kanama.



Şekil 5: Otopsi materyalinde yüzde ciltaltında kanama alanları.



Şekil 6: Beyinde subdural ve subaraknoidal kanama.



Şekil 7: Kafatasında çizgisel kırık ve beyinde kontüzyon alanları.

istismarını önlemede tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kat edilmesi gereken uzun mesafeler vardır. Çocuk istismarı ile mücadelede hekimler, çocuk mahkemelerinde çalışan hukuk görevlileri, psikologlar, çocuk gelişim ve sosyal hizmet uzmanları, hekimin birlikte çalıştığı sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru...), öğretmenler, okul aile birlikleri ve öğrenci velileri etkin görev üstlenmelidirler. Unutmamalıdır ki çocuk istismarı olgularını yakalayabilecek iki önemli meslek alanı eğitim ve tıptır. Üniversite ve eğitim hastanelerinde etkin "çocuk istismarı izlem ekipleri"nin kurulması şarttır. Bilimsel toplantılar ve temel eğitim kursları ile duyarlılık artırılmalı, hekimin bu konudaki yaklaşımı daha etkin hale getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A: Bir çocuk istismarı vakası. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 46: 295-298, 1980
2. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen MŞ, Yavuz F: Çocuk İstismarı ve İhlali – Birinci Basamak için Adli Tıp El Kitabı, Türk Tabipler Birliği (ed), Ankara: Adli Tıp Uzmanları Derneği, 1999:84-88
3. Erşahin Y: Çocuk istismarı (sunu) Türk Nöroşirürji Derneği Pediatrik Nöroşirürji Kursu (3. Dönem 3. Kurs) Nisan 2006, Malatya
4. Topbaş M: İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 3: 76-80,2004
5. Perez-Arjona E, Dujovny M, DelProposto Z et al: Late outcome following central nervous system injury in child abuse. Child Nerv Syst 19:69-81, 2003
6. Hancı İH: İzmir’de Eğitim Hastanelerinde Çocuk İstismarı Tanısı Alan Olgularla İlgili İzmir Çocuk İstismarı Araştırma Grubunun Onsekiz Aylık Deneyimi. Uluslar arası Katılımlı VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiriler Kitabı. Çukurova Üniversitesi, 1998:88-91
7. Önal Ç: Çocuk İstismarı. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 3(1): 27-29, 2007
8. Paiva WS, Soares MS, Amorim RL, de Andrade AF, Matushita H, Teixeira MJ: Traumatic brain injury and shaken baby syndrome. Acta Med Port 24(5): 805-808, 2011
9. Wuerfel nee Tysiak E, Petersen D, Gottschalk S, Gerling I, Glemroth J, Thyen U: Progression of chronic subdural hematomas in an infant boy after abusive head trauma. Eur J Paediatr Neurol 16(6): 736-739, 2012
10. Hirschberg RM: Reflections on the syndrome of the “shaken baby”. Med Law 29(1): 103-123, 2010
11. Elkerdany AA, Al-Eid WM, Buhaliqa AA, Al-Momani AA: Fatal physical child abuse in two children of a family. Ann Saudi Med 19(2): 120-124, 1999
12. Graupman P, Winstor KR: Nonaccidental head trauma as a cause of childhood death. J Neurosurg 104(4 Suppl): 195-196, 2006
13. Sun DT, Zhu XL, Poon WS: Non-accidental subdural haemorrhage in Hong Kong: Incidence, clinical features, management and outcome. Childs Nerv Syst 22(6): 593-598, 2006
14. Vinchon M, Noulé N, Tchofo PJ, Soto-Ares G, Fourier C, Dhellemmes P: Imaging of head injuries in infants: Temporal correlates and forensic implications for the diagnosis of child abuse. J Neurosurg 101(1 Suppl): 44-52, 2004
15. Krugman RD, Bross DC: Medicolegal aspects of child abuse and neglect. Neurosurg Clin N Am 13(2): 243-246, 2002
16. Rustamzadeh E, Truwit CL, Lam CH: Radiology of nonaccidental trauma. Neurosurg Clin N Am 13(2): 183-199, 2002
17. Uscinski R: Shaken baby syndrome: Fundamental questions. Br J Neurosurg 16(3): 217-219, 2002
18. Hoskote A, Richards P, Anslow P, McShane T: Subdural haematoma and non-accidental head injury in children. Childs Nerv Syst 18(6-7): 311-317, 2002
19. Perez-Arjona E, Dujovny M, Vinas F, Park HK, Lizarraga S, Park T, Diaz FG: CNS child abuse: Epidemiology and prevention. Neurol Res 24(1): 29-40, 2002
20. Suh DY, Davis PC, Hopkins KL, Fajman NN, Mapstone TB: Nonaccidental pediatric head injury: Diffusion-weighted imaging findings. Neurosurgery 49(2): 309-318, 2001
21. Baessa SS, Jan MM: The shaken baby syndrome. Saudi Med J 21(9): 815-820, 2000