

Derleme Makale– Review Paper
SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU

SHAKEN BABY SYNDROME

Bayram DELEŞ¹

Geliş Tarihi (Received Date) :03.11.2018
Kabul Tarihi (Accepted Date) :22.11.2018
Basım Tarihi (Published Date): 29.12.2018

Özet

Sarsılmış bebek sendromu, çocukların istismarından kaynaklanan ölümlerin veya ciddi nörolojik yaralanmaların en yaygın nedenidir. Beyin kanamaları ve göz içi kanamalar, bebeğe tanı koyma aşamasında önemli belirleyicilerdir. İlk olarak Amerikalı bir radyolog olan John Caffey tarafından 1974'te tanımlanmış ve sarsılmış bebek sendromu adını almıştır. O zamandan beri, sarsılmış bebek sendromu, çocuklara yönelik istismarın en şiddetli türlerinden biri olarak kabul edilmiş ve istismara uğrayan çocuklarda sık rastlanan bir ölüm nedeni olmuştur. Bu nedenle, bebeklerde ortaya çıkan durumları tanımlamak için daha yüksek bir farkındalığa ihtiyaç vardır. Sarsılmış bebek sendromu yüzde 100 önlenabilir bir sendromdur. Sendromun başarılı bir şekilde yönetilmesi ve önlenmesi için çeşitli kurumlar arasında etkin işbirliği sağlanmalıdır. Bu derleme çalışmasında sendromun tanısını ifade ederek toplumda farkındalık yaratmak ve önlenmesine yönelik yapılan çalışmaları kapsamlı bir şekilde ortaya koymak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sarsılmış bebek sendromu, çocuk istismarı önleme, nörolojik yaralanma.

Abstract

Shaken baby syndrome is the most common cause of deaths caused by abuse of children or serious neurological injuries. Cerebral hemorrhages and intraocular hemorrhages are important determinants in the diagnosis stage of the baby. It was first described by John Caffey, an American radiologist, in 1974 and was named the shaken baby syndrome. Since then, shaken baby syndrome has been recognized as one of the most severe forms of child abuse and has been a common cause of death in abused children. For this reason, a higher awareness is needed to identify the conditions that occur in infants. Shaken baby syndrome is a 100 percent preventable syndrome. Effective cooperation between the various institutions should be ensured for successful management and prevention of the syndrome. In this review, it was aimed to raise awareness in the society by expressing the diagnosis of the syndrome and to reveal the studies conducted to prevent the disease.

Keywords: Shaken baby syndrome, child abuse, prevention, neurological injury.

¹Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Bölümü, delesbayram@gmail.com

1.GİRİŞ

Sarsılmış bebek sendromu bebeklerde hafif yaralanmadan ölümlü sonuçlanan ciddi kafa yaralanmalarına kadar olumsuz sonuçlar doğuran bir ciddi çocuk istismarı şeklidir. Sadece bir suç değildir, bu bir halk sağlığı sorunudur. Bir bebeği veya çocuğu sallamak, hafif ve geçici yada ciddi ve kalıcı olmak üzere belirli hasarlara neden olabilir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2018 yılında yapılan çalışmada 1.000-3.000 çocuğun her yıl sarsılmış bebek sendromuna maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Ayrıca sarsılmış bebek sendromuna uğrayan çocukların dörtte birinin öldüğü ve hayatta kalanların yüzde 80'inin kalıcı zarar gördüğü tespit edilmiştir (New York State Department of Health (NYSDOH), 2018). Amerikan Pediatri Akademisi 2018 verilerine göre ise sarsılmış bebek sendromu çoğunlukla 3 yaş veya daha küçük çocuklarda ortaya çıkmaktadır. Sendromun 5 yaşına kadar olan çocuklarda görüldüğü bildirilmiş olmasına rağmen, çoğu kurban 6 aylıktan küçüktür. Rapor edilen sarsılmış bebek sendromu insidansı, 1 yaşından büyük 14:100.000 ile 40:100.000 arasında değişmektedir. Erkekler ise sarsılmış bebek sendromu vakalarının yüzde 90'ında olayın failleridir (EBSCO Information Services, 2018). Ayrıca ABD'de sarsılmış bebek sendromu kurbanı olan bebeklerin taraması için hastaneye yatış masrafı ve sürekli bakım maliyeti yıllık toplamda 1.2 ile 1.6 milyar dolarlık bir bütçeye sahiptir (New York State Department of Health (NYSDOH), 2018). Kaza dışı kafa travmasına uğrayan çocukların hastaneye ilk kabulünde 18.000-70.000 dolar, yıllık tıbbi harcamalara 300.000 dolar ve yaşam boyu bakımda 1 milyon dolar harcama gerektiği bildirilmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde sarsılmış bebek sendromunu önlemek için uzmanlar tarafından kongreler düzenlenmekte, konu ile ilgili ailelere eğitim verilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır. Bu eğitimlerde ise bebek ile ilgilenen kişilere, bebeklerin özellikle ilk 6 aylık süreçte ağlamalarının gelişimlerinin normal bir parçası olduğunu anlatmak, ağlayan bebek ile baş etme ve onu yatıştırma yöntemlerini öğretmek, sarsmanın zararları hakkında bilgi vermek önemlidir.

2. TARİHÇE

Sarsılmış bebek sendromu ve çocuk istismarı ait ilk olarak Dr. John Caffey tarafından 1946 yılında, uzun kemik kırıkları ve intrakraniyal kanama olan çocuklarda tanımlanmıştır. Radyolog John Caffey 1946'da kronik subdural hematoma gelişen bebeklerin uzun kemiklerindeki çoklu kırıkları saptamıştır. Ebeveynlerden hiçbiri düşme ya da fiziksel yaralanma hakkında bilgi vermemiştir. Caffey çoklu yaralanmaları çocuk istismarı şüphesi ile açıklamıştır. Bu şüphelyi doğuran en önemli gözlem ise incelediği 6 vakada tipik olmayan

radlyolojik bulgular saptamasıydı. Bu gözlem ve şüphenin ardından, Caffey tarafından yapılan radyolojik çalışma sonucunda, “sarsılmış bebek sendromu” tanımı gelişmiştir ve bu tanımdan sonra birçok erkek ve kadının çocuk istismarı nedeniyle hüküm giymesine neden olmuştur (Caffey, 1972, ss. 161-169). 1960'lara kadar, çocuk istismarı tıbbi bir sorun olarak görülmemiştir ve çocuk istismarı vakalarında doktor müdahalesi sınırlı kalmıştır. 1960'larda doktorlar, kasıtlı travma sonucu ortaya çıkan çocuk istismarı ile ilgili klinik belirtiler ve radyografik bulgular hakkında rapor vermeye başlamıştır. Bebeklerin travma sırasında titreşime bağlı meydana gelen kafa yaralanmaları, ağır kafa travması formlarında yer alan süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Bu durum bebeğin başının ağırlığının vücut ağırlığından fazla olması ve bebeğin boyun kaslarının zayıflığı nedeniyle kafa yaralanmalarına daha yatkın olmaları ile açıklanmıştır. Ayrıca bebekler kafa kontrolünden yoksundurlar, bu yüzden yaralanmaya karşı koyamazlar veya zararı en aza indiremezler. Ani sarsılmanın kafa içerisindeki kan damarlarının yırtılması ve subdural hematomun gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir (McCarthy, 2015, s. 557). Kafa travmalarına ek olarak, uzun kemik kırıkları ve retinal kanamaların belirgin bir şekilde oluşması travma belirtileri olarak sayılmış ve sarsılmış bebek sendromu olarak adlandırılmıştır (Narang & Greeley, 2017, ss. 658-60).

3. EPİDEMİYOLOJİ

Elde edilen verilerin tek elde toplanmaması ailelerden doğru anamnez alnamaması ve değişik tanıların kullanılması sarsılmış bebek sendromu sıklığının güvenilir bir şekilde saptanmasını zorlaştırmaktadır (Fujiwara, Yamaoka, & Morisaki, 2016, ss. 4-13; Jacobi, 2010, s. 107).

Yaşamın ilk yılında, sarsılmış bebek sendromuna maruz kalan bebeklerin yüzde 65'inde önemli nörolojik rahatsızlıklar vardır ve bebeklerin yüzde 5 ile yüzde 35'inin yaralanmalardan dolayı yaşamını yitirdiği belirlenmiştir. Hayatta kalanların çoğunda ise bilişsel ve nörolojik bozukluk ortaya çıkmıştır (Lynoe & Elinder, 2017, ss. 1021-1027). Ayrıca sarsılmış bebek sendromu şüphesi ile hastaneye gelen bir bebeğin değerlendirilmesinde tam bir anamnez alınmalı ve sonrasında detaylı fizik muayene ve laboratuvar testlerinin yapılması olayın aydınlatılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Rideout, 2016, ss. 125-137).

Oral vd. yaptığı çok merkezli bir çalışma sonucuna göre Türkiye'de, 3 yaş altı çocuklarda 'istismara bağlı kafa travması' veya 'kaza dışı kafa travması' (KDKT) sıklığını bildiren bir çalışmada; hastaneye subdural kanama, subaraknoid kanama, kafa kırığı, koma, retinal kanama, bilinç değişikliği nedeniyle kabul edilen 36 ay altı çocuklar geriye dönük olarak incelenmiş;

olguların yüzde 48'i kaza, yüzde 22'si istismar, yüzde 7'si olası istismar olarak belirlenmiş ve yüzde 23'ünde neden saptanamamıştır (Oral, Sahin ve Gazioğlu, 2010, ss. 4-30).

4. RİSK ETMENLERİ

Sarsılmış bebek sendromunun gelişimine birden fazla etken neden olmaktadır. Sarsılmış bebek sendromunun ortaya çıkmasına neden olan etmenler çocuğa ait, aileye ait ve topluma ait risk faktörleri olmak üzere 3 kategoriye ayırmak mümkündür. Sarsılmış bebek sendromuna en fazla maruz kalan çocuklar genelde 1 yaş altında olup en fazla 2-4 ay arasındaki bebekler maruz kalmaktadır (Edwards, 2015, ss. 33-37). Prematüre bebekler, genellikle atipik davranış gösterdikleri için hastaneden taburcu olduktan sonra sarsılmış bebek sendromu açısından risk altındadırlar. Ailelerin erken doğumla gelen hayal kırıklıkları, stres ve üzüntülerinden dolayı nasıl davranacaklarını bilememeleri vakaların sıklığını artırmaktadır (Paterson & Monk, 2013, ss. 417-426). Tablo 1'de sarsılmış bebek sendromuna neden olan etmenler gösterilmiştir.

Tablo-1: Sarsılmış bebek sendromu risk faktörleri (National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), 2018).

Çocuğa ait riskler	Aileye ait riskler	Topluma ait riskler
Kolikli, sürekli ağlayan çocuk, Kız çocuk olmak, 3 yaşından küçük olmak, İstenmeyen çocuk olmak, Akut yada kronik fiziksel veya mental hastalığı olmak, Hiperaktivite, Üvey çocuk olmak.	Erken yaşta evlilik, Parçalanmış aile, Düşük eğitim düzeyi, Alkol-uyuşturucu bağımlılığı, Suça karışmış olması, Çocukken istismara uğrama, Fiziksel veya psikiyatrik hastalık, Ekonomik yetersizlik, işsizlik, Üvey anne – baba, Aile içi şiddet, Katı disiplin uygulayan aileler, Ailenin sosyal izolasyonu, Ailede akut yada kronik stres.	Çocuğu koruyan yasaların yetersizliği, Cinsiyet ayrımcılığı, Kültürel normlar, İşsizlik ve fakirliğin yüksek olması, Uyuşturucu ve alkole kolay ulaşılabilir olması.

Tablo 1’ de görüldüğü gibi çocuğu ait risk faktörlerinden biri olarak kronik ve sürekli ağlayan bebeklerde sarsılmış bebek sendromu sıklığının arttığı saptanmıştır. Ağlama bu sendromun en önemli tetikleyici mekanizması olarak kabul edilmektedir (American Academy of Pediatrics (AAP), 2015). Bebeğin durdurulamayan ağlaması, bebeğinin niçin ağladığını anlayamayan ve nasıl davranacağını bilemeyen ebeveynde kaygıya yol açar ve öfkeyi artırır. Bu stres, yetersiz sosyal destekler nedeniyle, ani olarak büyüyebilir, kontrolün kaybı ile sarsma meydana gelebilir (American Academy of Pediatrics (AAP), 2018). Gerçek şu ki, ağlama bebeklerde normal gelişimsel bir davranıştır. Ağlama bebekler ile iletişim kurmanın yollarından biridir. Araştırmalar ayrıca, çok ağlayan bebeklerin çoğunun sağlıklı olduğunu ve 4 aylıktan sonra uzun süre ağlamayı bıraktığını göstermektedir (National Center On Shaken Baby Syndrome, 2018). Pek çok insanın farkında olmadığı şey, bebekler için normal bir ağlama eğrisinin olmasıdır. Son çalışmalar, ağlamanın 2 ile 3 haftalık bir sürede artmaya başladığını ve 6 ila 8 haftalık bir sürede zirveye ulaştığını göstermektedir. Daha sonra, bebeğin 3 ile 4 aylık olduğu zamanlarda en aza iner ve genellikle sona erer (Stephens, & Oates, 2015, ss. 67-76). Burada önemli olan şey, ağlamanın normal olması ve sorun olmamasıdır. Sorun, bebeğe bakan kişilerin bebeğin ağlamasına nasıl tepki verdikleridir. Bir bebeği sallamak, atmak, vurmak ya da ona zarar vermek asla uygun bir cevap değildir. En sık istismarcılar erkekler olup biyolojik baba, annenin erkek arkadaşı ve üvey babadır (Hellgren, Hellström & Hard, 2017, s. 1040). Aileye ait risk faktörlerinden biri olarak çocukları çeşitli nedenlerden dolayı kısa veya uzun süreli hastaneye yatan ailelerde artmış stres, sıkıntı, kontrol kaybı ve düzenin bozulması ve bunlara bağlı gelişen stres bozuklukları, depresyon, anti-sosyal kişilik bozuklukları nedeniyle aileler risk etmenine sahip olurlar. 2004 yılında Carbaugh tarafından yapılan çalışmada hasta veya engelli çocuğu olan ebeveynlerin tıbbi gereksinimler ve maddi harcamalar bakımından duygusal ve maddi baskı altında oldukları bildirilmiştir (Carbaugh, 2004, ss. 105-117; Cletso, 2006, ss. 20-21; Dias vd., 2005, ss. 470-7). Topluma ait risk faktörlerinden biri olarak sendromun, düşük sosyoekonomik düzeylerde daha sık görüldüğünü belirten birçok yayın olduğu gibi tüm sosyal tabakalarda eşit görüldüğünü belirten yayınlarda azımsanmayacak sayıda (Levin, 2017, ss. 1037-1039).

5. BULGULAR ve TANI

Sarsılmış bebek sendromunda oluşan klinik tablo istismara maruz kalmış çocuğun yaşına, hangi sıklıkla istismar edildiğine, istismarın ne kadar sürdüğüne ve istismar sırasında ne kadar güç kullanıldığına göre değişir. Çeşitli klinik belirtiler ve semptomlar gösteren bebeklerde bu durumdan şüphelenilmelidir. Bu rahatsızlıktan daha az hasar gören bebekler aşağıdaki bulgulardan bazılarını sergileyebilir:

- Uyku düzeninde değişiklik veya uyuklama hali,
- Kusma,
- Konvülsiyonlar veya nöbetler,
- Sinirlilik,
- Kontrol edilemeyen ağlama,
- İştahsızlık (National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), 2018).

Daha ciddi vakalarda, bebeklerde aşağıdaki bulgular gözükabilir:

- Bilinç kaybı,
- Solunum problemleri (düzensiz solunum veya nefes almama),
- Nabız alınamaması (National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), 2018).

Amerikan pediatri akademisinin istatistiklerine göre vakaların üçte biri hayatta kalır, üçte biri kalıcı hasara uğrar ve üçte biri yaşamını kaybeder. Sarsılmış bebek sendromu genellikle geri dönüşümsüz hasara neden olabilir. En kötü durum ise çocukların yaralanmalardan dolayı yaşamını kaybetmesidir. Hayatta kalan çocuklarda kısmi veya tam körlük, işitme kaybı, nöbetler, gelişimsel gecikmeler, kas zayıflığı veya felç, konuşma ve öğrenme zorlukları, hafıza ve dikkat sorunları, şiddetli zihinsel gerileme gibi ciddi durumlarla karşılaşılabilir (Lynoe & Ericson, 2018, ss. 1-4). İstismara maruz kalan çocuklarda sonunda bu problemlerden bir veya daha fazlası meydana gelebilir. Bazen çocuk okula başlayıp okulda görülen davranış problemleri veya öğrenme güçlükleri ortaya çıkana kadar problem fark edilmez. Fakat bu problemleri birkaç yıl öncesindeki istismara bağlamak zordur. Bu ve benzeri şikâyetlerle gelen çocuklarda tanı koymak zordur. Pek çok sarsılmış bebek sendromu vakası tıbbi bakım için "sessiz yaralanmalar" olarak getirilmektedir. Aile ve bakıcıların getirilen bebekler ile ilgili anlattığı hikayeler sıklıkla "bebeği canlandırmak için sarsma"yı içerir veya oyun parkında, yataktan ya da kanepeden düşme veya kaza ile yaralanma

şeklindedir; bu istismardan şüphelenmeyi gerektiren ipucudur (Peterson vd., 2014, ss. 91-99). Hastanın anamnezi alınırken özellikle düşme öyküsü “çocuk ne yapıyordu?” “nasıl/nereden/ne kadar yükseklikten düştü?”, “düşünce ne yaptınız?” gibi sorularla alınmalıdır. Ayrıca istismarı tetikleyebilecek olan etmenler (çocuğun ağlama davranışı, huy özellikleri, kolik varlığı, aşı öyküsü, tuvalet eğitimi) de sorgulanmalıdır. Herhangi bir olası semptom yada bulgusu olan bebek veya küçük çocuklar yada bulgularla tutarlı olmayan bir geçmişi olan çocuklarda iyileşmenin farklı aşamalarındaki çoklu yaralanmaların fiziksel kanıtı veya nörolojik durumdaki açıklanamayan değişikliklerde, açıklanamayan şok veya kardiyovasküler bozukluklarda sağlık çalışanları çocuk istismarı ve sarsılmış bebek sendromu için şüphelenmelidir. (Barber & Kleinman, 2014, ss. 613-620).

6. TEDAVİ SÜRECİ ve SEYİR

Sarsılmış bebek sendromu kafa içi kanama (subdural kanama) , retinal kanama ve kemik kırıkları (posterior kot kırıkları ve/veya uzun kemiklerde metafiz fraktürleri) gibi bulgular ile seyreden fiziksel istismarın ciddi bir formudur. Tedavi için çoklu disiplin yaklaşımı standart bakıma göre çok daha yarar sağlar (Şahin ve Taşar, 2012, ss. 152-158). Bu nedenle yaralı bebeklerde sarsılmış bebek sendromu olasılığını değerlendirmek için göz muayenesini de içeren kapsamlı fizik muayeneye ek olarak, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, iskelet araştırmaları ve diğer tıbbi testler kullanılmaktadır (National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC), 2016). Ayrıca istismardan şüphelenilen, yüz yaralanması, kot kırığı veya çoklu kırığı olan bir yaş altı ve fiziksel istismar bulgusunun herhangi bir delili bulunan altı ay altı tüm bebeklere klinik bulgusu olmasa bile beyin görüntülemesi önerilmektedir (Yağmur vd., 2010, ss. 42-49).

Tedavi sürecini tamamlayarak hayatta kalan çocuklarda körlük veya görmede bozukluk, spastik paralizi veya ağır motor bozukluk, epileptik nöbetler ve konuşma bozuklukları gelişir. Mikrosefali, durağan ansefalopati, sağırılık, dura altı sıvı birikimi, ventriküllerde genişleme ve beyin küçülmesi de görülebilen bozukluklardır. Ayrıca çocuk okula başladıktan sonra dikkat, bellek problemleri ve öğrenme güçlükleri ortaya çıkabilir (National Center on Shaken Baby Syndrome, 2018; Şahin ve Taşar, 2012, ss. 152-158).

7. KORUMA ve ÖNLEME

Sarsılmış bebek sendromu, çocukların yaklaşık dörtte birinin yaşamını yitirmesi, yaşayan çocukların büyük bir kısmında ise hafif ya da ağır nörolojik bozukluklara yol açması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Önlenilebilir bir sorun olan bu durumda çocuklar sarsıldıktan ve

istismara uğradıktan sonra geç kalınması nedeniyle, ilk kez 1972 yılında Caffey tarafından korunmanın önemi vurgulanmıştır. Önlemenin önemli bir yolu, sarsmanın potansiyel tehlikelerinin farkındalığını arttırmaktır. Bu nedenle istismarın ve sarsılmanın önüne geçilmesi ve önlenmesi temel strateji olmalıdır. Etkin bir korunma programı ile birçok çocuğun yaşamı kurtulacak, sakatlığı önlenecektir (Moran vd., 2012, ss. 209–312). Ayrıca toplum için de ekonomik kazançları olacaktır. Dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde bu sendromu önlemek için eğitimler yapılmaktadır. Öncelikle eğitimler verilmeli ve eğitimlerde, bebek ile ilgilenen kişilere, bebeklerin ağlamalarının gelişimlerinin normal bir parçası olduğunu anlatmak, ağlayan bebek ile baş etme ve onu yatıştırma yöntemlerini öğretmek, sarsmanın zararları hakkında bilgilendirmek önemlidir (Brawerman, 2011, s. 412; Taşar vd., 2014, ss. 203-9). Sarsılmış bebek sendromunda koruma ve önlemede en önemli yöntem farkındalığı arttırmak yani eğitimidir. Birçok ebeveyn bebek beyninin hassas olduğu ve sarsmanın zararları hakkında bilgiye sahip değildir. Showers ve ark. yaptıkları çalışmada lise öğrencilerinin, çocuğu olan veya yakında çocuk sahibi olacak ebeveynlerin yüzde 25-50 oranlarında sarsmanın bebekte beyin hasarı veya ölüme yol açtığını bilmediklerini bildirmişlerdir. Bu ve benzeri çalışmalar sonucunda anlaşılıyor ki en önemli koruma birincil korumadır yani istismar oluşmadan önlenmesi ve ebeveynin tüm çocukluk çağı boyunca desteklenmesi sağlanmasıdır. Tüm toplumun bilinçlendirilmesi ve eğitimi ilk hedef olmalıdır. Aileler ve bakıcılar tarafından çocuğa uygulanan sarsmanın en etkileyici sebebi bebeğin sürekli ve tekrarlayıcı tarzda ağlamasıdır (Showers, 1992, ss. 11-8; Tursz, 2011, ss. 658-60). Sarsılmış Bebek Sendromu Ulusal Merkezi, anne ve diğer bakıcıların normal bebeklerin neden ağladığını anlamalarına yardımcı olmaya çalışan ‘‘Mor Ağlama Dönemi’’ adlı önleme programı sunmaktadır. Programla bazen anne, baba ve bakıcılarda stres, öfke ve hayal kırıklığı yaratabilecek kimi zaman dayanılmaz olan bebek ağlamasının tanımlanması bu durumu önlemek için insanları eğitmeyi umuyor. Ağlayan

bebeklerle baş etme adına Dr. Harvey Karp tarafından 5S metodu geliştirmiştir;

1. Bebek için anne rahmindeki sesin sabit gürültüsünü taklit eden ritmik sesleri kullanmak (Shushing).
2. Yan / karın pozisyonuna almak (Bebeğin sol tarafına döndürülmesi - sindirime yardımcı olmak için).
3. Emme (Bebeğin emmesine veya biberonla beslenmesini sağlamak ya da bebeğe emziğini veya emmek için parmağını vermek).
4. Kundaklama (Bebeği rahat bir şekilde ona yardımcı olmak için bir battaniyeye sarmak).

5. Yavaşça sallanması (Bir sandalyede gibi sallanması).

Bebek ağlamayı bırakmazsa eğer; bebeğin temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olunmalıdır. Ateş gibi hastalık belirtileri kontrol edilmelidir. Bebeğe konuşulmalı, şarkı söylenmeli ya da bebeğe gürültülü bir oyuncak verilmelidir. Avustralya’da 2004’de uygulanmaya başlayan bir önleme programı ile animasyon filmi, poster ve broşürden oluşan gereçler yardımıyla erken aile eğitimi verilmekte ve özellikle yeni anne-babalara destek programları da sürdürülmektedir (Tolliday et al., 2013, ss. 31-47; Evans, 2004, ss. 161-163). Bu eğitimin amacı ebeveynlerin stres ile baş etme yöntemlerini geliştirmek, arkadaşça bir dil kullanarak sarsmanın zararları hakkında eğitmek ve bilgi vermek olarak tanımlanmıştır. Buradaki hedef toplum, yeni anne-baba olmuş kişiler, ileride ebeveyn olacaklar, çocuk bakıcıları, okul çocukları ve ailenin diğer üyeleridir.

2001’de Kanada Sağlık Bakanlığı ve Kanada Pediatrik Derneği tarafından, Sarsılmış Bebek Sendromu Ortak Bildirisini yayınlandı. Bu bildiri “deneyimsiz bakıcılara, öfkelerini kontrol etmekte güçlük çekenlere ve bir bebeğe kısa bir süreliğine bile olsa bakışıyla ilgili herhangi bir kızgınlığa sahip olanlara” izin verilmesine karşı da uyardı (Canadian Pediatric Society (CPS), 2018). Çocuk davranışlarının gerçekçi olmayan beklentileri, çocuk istismarı ile ilişkilidir ve çocukların davranışlarını yönetmeye yönelik alternatif yaklaşımların eksikliği, fiziksel cezalandırmayla ilişkili bir faktördür (Mann, Rai, Sharif & Vavasseur, 2015, ss. 1339-1345). Ebeveynlerin bilgi ve davranışlarını değiştirmede etkili olma, çocukların beklentileri hakkında bilgi ve davranış yönetimine karşı şiddet içermeyen yaklaşımlar hakkında bilgilendirmek için sürekli ağlama, beslenme sorunları, öfke nöbetleri ve tuvalet eğitimi gibi konularda ana eğitim kartları gösterilmiştir. Bu kartların sağlık kuruluşlarına dağıtımı ile ebeveynlerde tokat atma veya yüze vurma oranı yüzde 50 azalmasıyla sonuçlanmıştır.

Ülkemizde çocuk istismarının önüne geçmek için psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikoloji, sosyoloji, çocuk gelişimi ve sosyal hizmet alanlarından mezun meslek mensupları Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlarda görev yapmaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Personeller, 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununa göre bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması ile ilgili üç aşamalı olan istismarı önleme sürecini uygulamaktadır. Buna göre;

- Birincil önleme yöntemleri, istismar konusunda geniş çapta çocukları, ebeveynleri ve toplumu eğitmektir. Çocuklar için birincil önlemenin ana odağı, çocuğun çocuk istismarını tanınmasını, istismarla başatmasını ve istismarı bildirmesini amaçlayan çocuk-merkezli programlardır.
- İkincil önleme yöntemleri, yüksek risk altındaki bireylerdeki istismar potansiyelini artıran risk etmenlerinin azaltılmasını amaçlamaktadır.
- Üçüncül önleme yöntemleri, istismar gerçekleşikten sonra çocuğun tekrar istismara uğrama riskine yönelik yapılacak müdahaleleri içermektedir. Bu önleme türünde mağdur çocukların tedavisine odaklanılıp, tekrar istismara maruz kalmalarına yol açan psikososyal faktörlere müdahale edilmektedir (Koçtürk, 2018, ss. 38-47).

İstismardan şüphelenen ve sarsılmış bebek sendromu tanısı konulan çocukla ilgili olarak sağlık çalışanı durumu derhal resmi makamlara (polis, savcılık veya sosyal hizmetler il müdürlüğü) bildirmek zorundadır. Çünkü Türk Ceza Kanununun 280. maddesi sağlık çalışanlarına bu ihbarı zorunlu kılmaktadır. Ayrıca TCK'nın 232. maddesinde de aynı konutta yaşadığı kişilerden birine kötü muamelede bulunan kimse 2 aydan 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır maddesi yer almaktadır. Yine ihmali davranışla kasten öldürmeyi düzenleyen 83. maddede ihmali davranışla ölüme neden olan kişi hakkında temel ceza olarak 10 yıldan 25 yıla kadar hapis cezası öngörülmektedir. Ayrıca Uluslararası Hukuk alanında Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi ve Çocuk Koruma Kanunu da çocukların istismar ve ihmalinin önlenmesinde önemli düzenlemeler getirmiştir (Çocuk Koruma Kanunu, 2005; Türk Ceza Kanunu, 2004; Yağmur vd., 2010; ss. 42-49).

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Türkiye'de çocuk istismarı ile ilgili farkındalık son 15 yıl içerisinde artmış olmasına rağmen sarsılmış bebek sendromu henüz istismarın bir alt tipi olarak çok az kişi tarafından bilinmektedir ve bu konuyla ilgili ülkemizde yalnızca kısıtlı sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır. Yapılandırılmış bir önleme programı ise, bilebildiğimiz kadarıyla ülkemizde bulunmamaktadır. Çocuk sağlığı ve gelişimi konusunda bu derece önem taşıyan bir konuda ülkemizde hem gözden kaçan olguların tanınması için sağlık çalışanları eğitimlerinin yapılması ve verilerin toplanması; hem de topluma yönelik yaygın eğitim programlarıyla önleyici çalışmalar başlatılması gerekli görülmektedir. Yurtdışında etkili olduğu gösterilen programlardan örnek alınarak ülkemize uygun yeni bir program oluşturulması birçok bebeğin sakatlık ve ölümünü önleyip sağlığına katkıda bulunacaktır. Ebeveynler ve bakıcılar sarsılmış bebek sendromunun önemi ve

önlenebilirliği hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca asla bir bebeği sallamayın, herhangi bir yaştaki bebeğin yüz veya kafasına vurmayın, stres azaltma ve baş etme stratejilerini öğrenin, bebeğin boğulmuş hissine kapıldığını fark ettiğinizde yakınlarınızdan yardım isteyin şeklinde ebeveynlere tavsiyelerde bulunulmalıdır.

9. KAYNAKÇA

American Academy of Pediatrics (AAP). (2018). Abusive head trauma: Shaken baby syndrome. Retrieved from: <https://www.healthychildren.org/English/Pages/default.aspx>. (Erişim Tarihi: 20 Eylül 2018).

American Academy of Pediatrics (AAP). (2015). Abusive Head Trauma: How to Protect Your Baby. Retrieved from: <https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-home/Pages/Abusive-Head-Trauma-Shaken-Baby-Syndrome.aspx>, (Erişim Tarihi: 12 Kasım 2018).

Barber, I., Kleinman, PK. (2014). Imaging of skeletal injuries associated with abusive head trauma. *Pediatr Radiol* ;n 44:S613–S620

Brawerman, Rs. (2011). Abusive head trauma and non accidental trauma: *In Hay Jr. et al., eds., current diagnosis and management pediatrics*; s 412 .

Caffey, J. (1972). On the theory and practice of shaking infants. *Am J Dis Child*; 124:161–169.

Carbaugh, SF. (2004). Understanding shaken baby syndrome. *The long road home. Adv Neonatal Care*; 4:105– 117.

Canadian Paediatric Society, (CPS). (2018). <https://www.cps.ca/>, Erişim Tarihi: 07.11.2018

Clemetson, CAB. (2006). Caffeyre visited: a commentary on the origin of “shaken baby syndrome.” *J Am Phys Surg*; 11(1):20–21.

Çocuk Koruma Kanunu. (2005). *T.C. Resmi Gazete*, 15 Temmuz, sayı:5395.

Dias, MS., Smith, K., Guehery, K., Mazur, P., Li, V. & Shaffer, ML. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program. *Pediatrics*; 115: 470-7.

EBSCO Information Services, (2018). https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/NRC_QL_Shaken_Baby_Syndrome.pdf, Erişim Tarihi : (12 Kasım 2018).

Edwards., GA. (2015). Mimics of child abuse: can choking explain abusive head trauma? *J Forensic Leg Med*; 35:33–37.

- Evans, H. (2004). The medical discovery of shaken baby syndrome and child physical abuse. *Pediatr Rehabil*; 7(3):161–163.
- Fujiwara, T., Yamaoka, Y., & Morisaki, N. (2016). Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. *Journal of Epidemiology*, 26(1), 4-13. doi:10.2188/jea.JE20140216.
- Hellgren, K., Hellström, A., Hard, AL. (2017). The new Swedish report on shaken baby syndrome is misleading. *Acta Paediatr*; s. 1040.
- Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B. & Hermann, B. (2010) Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Dtsch ArzteblInt*; 107(13): 23140.
- Koçtürk, N. (2018). Çocuk İhmalini ve İstismarını Önlemede Okul Çalışanlarının Sorumlulukları. *MSKU Eğitim Fakültesi Dergisi*; ss. 38-47.
- Levin, AV. (2017). The SBU report: A different view. *Acta Paediatr*;106:1037–1039.
- Lynoe, N., Elinder, G. (2017). Insufficient evidence for ‘shaken baby syndrome’ a systematic review. *Acta Paediatr* ;106:1021–1027.
- Lynoe, N., Eriksson, A. (2018). Consensus should be adapted to evidence and not vice-versa. *Acta Paediatr*: ss. 1-4.
- Moran, DA., Findley, KA., Barnes, PD & Squier, W. (2012). Shaken baby syndrome, abusive head trauma, and actual innocence: getting it right. *Hous J Health L & Pol’y*; 12:209–312
- McCarthy, K. (2015). Health problems of early Childhood. Wong's nursing care of infants and children. *Elsevier Mosby*; s.557
- Narang SK, Greeley CS (2017) Lynoe et al. The Rest of the Story. *Acta Paediatr*; 106:1047–1049.
- National Center On Shaken Baby Sendrome. (2018). <https://www.dontshake.org/purple-crying>, (Erişim Tarihi: 12 Kasım 2018).
- National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC). (2018). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsbs.pdf>, (Erişim Tarihi : 3 Eylül 2018).
- New York State Department of Health (NYSDOH), (2018). https://www.health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/sbs_fact_sheet.htm, Erişim Tarihi: 12 Kasım 2018.

- Oral, R., Sahin, F. & Gazioglu, N. (2010). Tackling denial of abusive head trauma in Turkey. International shaken baby syndrome. *Abusive Head Trauma*. ss 3:30-4-30.
- Paterson, CR., Monk, EA. (2013). Temporary brittle bone disease: association with intracranial bleeding. *J Pediatr Endocr Met*; 26:417–426.
- Peterson, C., Likang, X., Florence, C., Parks, S. E., Miller, T. R., Barr, R. G., & Steinbeigle, R. (2014). The medical cost of abusive head trauma in the United States. *Pediatrics*; 134(1), 91-99. doi:10.1542/peds.2014-0117
- Rideout, L. (2016). Nurses' perceptions of barriers and facilitators affecting the shaken baby syndrome education initiative: An exploratory study of a Massachusetts public policy. *Journal of Trauma Nursing*, 23(3), 125-137.
- Stephens, A., & Oates, K. (2015). The placement of children following non-accidental head injuries: Are they protected from further harm? *Child Abuse Review*, 24(1), 67-76. doi:10.1002/car.2335.
- Showers, J. (1992). "Don't shake the baby": the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse Negl*; 16: 11-8.
- Şahin, F., Taşar, MA. (2012). Sarsılmış Bebek Sendromu ve Önleme Programları. *Türk Pediatri Arşivi*; ss. 152-158.
- Taşar, MA., Dallar Bilge, Y., Şahin, F., Çamurdan, A., Beyazova, U., Polat, S., & İlhan, MN. (2014). Sarsılmış bebek sendromu önleme programının uzun dönem sonuçları: Türkiye deneyimi. *Türk Pediatri Arşivi*; ss. 49: 203-9.
- Türk Ceza Kanunu. (2004). *T.C. Resmi Gazete*, 12 Ekim, sayı:5237.
- Tursz, A. (2011). Risk factors of child abuse and neglect in childhood. *Rev Prat*; 61(5): 658-60.
- Tolliday, F., Simons, M. & Foley, S. (2010). From inspiration to action: The shaken baby prevention project in Western Sydney. *Communities, Children and Families Australia*; 5(2): 31-47.
- Yağmur, F., Aslan, D., Çoşkun, A., Asil, H., Per, H. (2010). Sarsılmış Bebek Sendromu ve 3ölgu Sunumu. *Adli Tıp Dergisi*; ss. 42-49.