

SİLKELENMİŞ BEBEK SENDROMU

SHAKEING BABY SYNDROME

Zümrüt BAŞBAKKAL

FAXE Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bornova/İzmir

Anahtar Sözcükler: Silkelenmiş Bebek Sendromu. Çocuk istismarı. Hemşirelik Yaklaşımı
Key Words: Shaken Baby Syndrome. Child Abuse. Nursing Implications.

ÖZET

Çocuk istisman olgularda kaza sonucu olmayan kafa yaralanmaları uzun süren sakatlık ve ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Başın öne ve arkaya silkelenmesi ile oluşan çocuk istismar: olgularda, bebeklerde beyin hasan. nörolojik defektler, körlük ve mental retardasyona kadar ağır yaralan-orallara neden olur. Bu makalede. Silkelenmiş Bebek Sendromu (SBS)'nun insidansı. risk faktörleri. yaralanma mekanizması, klinik görünümü. tanısı, klinik yaklaşımı. prognoz ve sekelleri ve korunma yöntemleri yönünden ele alınarak tanımlanmıştır. Çocuklar ve aileleri ile çalışan hemşireler SBS' un belirti ve bulgularını bilmeli ve her zaman çocuk istismar' olasılığına karşı uyanık olmalıdırlar.

SUMMARY

Nonaccidental head injury is the leading cause of death and long term disability in child abuse cases. Child abuse by whiplash-shaking can lead to severe injury in infants. including cerebral damage, neurological defects, blindness and mental retardation. In this article, Shaken Baby Syndrome (SES) has been defined by incidence, risk factors, mechanism of injury, clinical presentation, diagnosis, clinical management, nursing implications, prognosis and sequelae and prevention. Nurses who work with children and families should be familiar with the signs and symptoms of SES and must always be alert to the possibility of child abuse.

GİRİŞ

Son yıllarda çocuk istismar' ve ihmali konusunda tüm toplumlarda duyarlılık artmasına karşın, çocukların ihmal ve şiddete maruz kalmaları giderek artmaktadır. Kaza sonucu olmayan kafa yaralanmaları çocuk

Kuvvetli silkelenme sonucunda periostumun gerilme ve yırtılması ile kafa yaralanmalarının olduğu saptanmıştır. Caffey, bilateral subdural hematomlar, intraoküler hemaraji bulgular ile birlikte baş, boyun ve ekstremitelerde eksternal travma izlerinin bulunmasına dikkat çekmiştir.

Bu çalışmaların ardından Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BDT) ve Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme yöntemlerinin geliştirilmesi ile Silkelenmiş Bebek Sendromu (SBS)'nin tanınması daha kolaylaşmıştır ve bu olgular medyada haber olarak halka duyurulmaya başlanmıştır (Sabah gazetesi 1997).

Tüm bebekler ve aileleri ile çalışan hemşireler SBS' nin belirti ve bulgularını çok iyi bilmeli ve her zaman çocuk istismar' olasılığına karşı uyanık olmalıdırlar.

İNSİDANS: SBS' nin hangi sıklıkta olduğunu gerçekten bilmek oldukça güçtür. Yapılan olgu çalışmalarının da gösterdiği gibi, bir bebek hastaneye getirildiğinde açık, somut fiziksel deliller bulunmadığından SBS kolay tanılanamamaktadır (Bonnier ve ark 1995, Guthkelch 1995). Olayda genelde tanık yoktur ve anne baba veya bakıcının çocuğa ne olduğunu anlatması da çok nadirdir.

SBS' nin çoğunlukla 6 aylık veya daha küçük bebeklerde olduğu bildirilmiştir. Nörolojik sekelli ve kaza sonucu olmayan kafa travmalı 30 bebeğin 17' sinde yaralanmanın silkelenmeye bağlı olduğu belirtilmiştir (Chiocca 1995). Bonnier ve arkadaşları 1982- 1989 yılları arasında Belçika' da 449 istismar olgusundan 22' sinin SBS olduğunu saptamışlardır (Bonnier ve ark 1995).

RİSK FAKTÖRLERİ: Tüm çocuk istismar' olaylarında olduğu gibi SBS' de üç faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar ebeveyne ait faktörler, çevresel faktörler ve çocuktan kaynaklanan faktörlerdir.

Ebeveyne Ait Faktörler İstismarcı anne babalar çoğunlukla çocuklarından gerçek dışı beklentiler içindedirler, ve çocuklarının gelişim düzeyleri ve temel gereksimleri ile ilgili bilgi eksiklikleri vardır. Bu anne babalar ters bir rol yapısına sahiptirler ve çocuklarının kendi gereksinimlerini karşılamam beklerler. Bu anne babaların psikiyatrik problemlerinin yanı sıra çevresel, sosyal, fiziksel ve ekonomik sıkıntıları vardır: düşüncesiz ve saldırgan davranışlara eğilimli bir kişilik yapıları vardır (Chiocca 1995, Leadbeatter 1995).

Çevresel Faktörler: İstismarcı ebeveynliği etkileyen sosyal çevre faktörleri arasında kokain gibi madde bağımlılığı, gençlik ve olgunlaşmama, stres ve sinirlilige karşı tolerans azlığı vardır. Bu faktörler anne baba veya çocuk bakıcısının çocuğa zarar vermesine zemin hazırlar.

Çocuktan Kaynaklanan Faktörler: Doğumdan sonra ilk aylarda bebeklerin bazıları kolik nedeniyle zamanlarının çoğunu ağlayarak geçirirler. Bebekleri çok ağlayan anne babalar bu durumu bitmek tükenmek bilmeyen ve avutulamaz bir ağlama olarak algırlar. Potansiyel istismarcı anne ve/veya baba yorgun ve sinirlidir, bebeği susturmanın bir yolu olarak en azından geçici olarak onu sarsmayı kullanabilir. Genelde susturulamayan ağlama ve koliğin şiddetli sarsma hareketinin tetigini çeken davranış olduğu bildirilmiştir (Carty ve Ratcliffe 1995, Chiocca 1995).

YARALANMA MEKANİZMASI

SBS' da saldırıda tanık bulunmadığı için yaralanmanın gerçek mekanizmasını tanımlamak çok güçtür. Bebekler bir kez değil, genellikle günlük, haftalık veya aylık periyodlarla arasına sarsılmaya maruz kalırlar. Sarsılınadan meydana gelen yaralanma bebeklerin ağlamayı kesmesi ile son bulur. Sarsma ve silkeleme kuvveti çoğunlukla bebeğe bakan kişinin sinirliliği ile doğru orantılıdır.

Normal bebek, beyin ve serebral venlerin anatomik yapıları gereği, kafanın öne ve arkaya sarsılmasından meydana gelebilecek yaralanmalara karşı çok hassastır. Erişkinlerde baş total vücut ağırlığının sadece % 2' sini oluşturmasına karşın, bebeklerde baş vücut ağırlığının % 10' u kadardır. Baş en zayıf dönemdedir. Sarsılma sırasında zayıf olan boyun kasları, başı kontrol edemediği için enerji boyun kasları tarafından önlenemez.

Yenidoğan bebeklerde fontanelerin ve kranial suturelerin açık olması nedeniyle başın biraz saklanması ile beyin ve serebral damarların yırtılmasına neden olabilecek kadar geniş alan vardır ve bu özellikle serebral venlerde hemorajiye neden olur.

Aynı zamanda, bebeğin beyin dokusu tam gelişmediğinden yumuşaktır ve beyin ve serebral damarların fazla gerilmesi beyin yırtılmasını kolaylaştırır. Bir bebeğin ventrikülleri ve subaraknoid bölgesindeki serebrospinal sıvı miktarı nispeten daha fazla olduğundan, kuvvetli sarsma sırasında gerilme artarak, damarların yırtılması ile beyin daha fazla ve hızlı bir şekilde değişime uğrar (Zitelli ve Davis 1997).



Şekil I. Başın Öne ve Arkaya Silkelenmesi İle Gelişen Silkelenmiş Bebek Sendromunda Beyin Zedelenme Mekanizması.

Kaynak: Chioeca, E.M.(1995) Shaken Baby Syndrome: A Nursing Perspective Pediatric Nursing, Jan-Fab. Vol.21:1 sf.34

Serebral venlerin yırtılmasına neden olan yaralanmanın gerçek mekanizmasının iki evresi vardır. Başın öne ve arkaya düşmesi ve hızlanma ve yavaşlamadan oluşan bu iki evre serebral venlerin yırtılmasına neden olur. Beynin zedelenmesi başın ilk olarak bir tarafa, daha sonra diğer tarafa vurması ile gelişir (Şekil 1). Trafik kazalarında da buna benzer bir mekanizma olan darbe karşı (kont') darbe kafa yaralanmalarına sık rastlanmak-

tadın Bu hareket genellikle bilateral subdural kanamaya neden olur. Tüm vurma yaralanmalarında, yaralanmanın ciddiyeti silkelere ve sarsma hızı ve süresi ile ilişkilidir.

Bu sürecin kanıtları otopsi bulgular' ve bazı hayvan çalışmalarından elde edilmiştir. Bazı olgularda ise suçlu olan kişi çocuğu silkelediğini itiraf eder (Chiocca 1995).

OLGU 1: A.P acil servise ölü olarak getirilen 6 haftalık bir erkek bebektir. Şaşkınlık içinde olan annesi, akşam işten eve geldiğinde bebeğini ölü olarak bulduğunu söylemişti. Bebeğe bakan baba A.P' yi yatağına yatırdığında iyi olduğunu belirtmiştir. Yapılan otopside subdural ve subaraknoid kanamalar ve geniş retinal hemorajilere rastlanmıştır. Bebeğin ölüm nedeni araştırıldığında, baba televizyonda izlediği maçta tuttuğu takımın yenilmesi ile çok sinirlendiğim, ve bu sinir ile bebeğini kuvvetli bir şekilde silkelediğini itiraf etmiştir. Baba tutuklanmış ve bebeğini öldürmekten hüküm giymiştir.

Bebekler sarsılma sırasında genellikle omuzlarından ve üst kollarından veya göğüs kafesinden tutulur. Göğüs kafesinden tutularak, toraksın şiddetli bir şekilde sıkılması ile göğüste ezik ve çürüklerle birlikte parmak izlerinin kalması SBS' nun tescil darngasıdır. Parmak izleri ile birlikte kaburga kırıkları', retinal hemoraji ve santral venöz basıncın yükselmesi sendromun diğer belirtileridir.

OLGU 2: S. M acil servise laterji. hipotoni, bradikardi ve kabarık fontanel ile getirilen 2 aylık bir kız bebektir. 17 yaşında annesi olan S.M' nin iki gün önce hali kaplı olan yere düştüğünü bildirmiştir. Hastaneye gelişinden 4 saat sonra S.M sürekli nöbet geçirmeye başlar ve entübe edilir. BBT de bilateral subdural hematoma saptanır. Yapılan incelemelerde. anne ağlamasını durduramadığı için S.M' yi silkelediğini kabul eder. Yatışından 3 ay sonra spastik quatripleji tanısı ile uzun dönem pediatrik bakım olanağı olan bir başka merkeze bağlanmak üzere taburcu edilir.

Düşmeler, doğum yaralanmaları, şiddetli kardiyopulmoner resüstasyonda bile küçük bebeklerde kaburga kırıklarına nadiren rastlanır. Retinal hemorajiler bazen doğum sırasında da gelişebilirse de, ancak yaşamın üçüncü veya beşinci günleri arasında kaybolur (Rogers 1996).

Başın silkelmesi ile yaralanma meydana gelebilmesi için gereken fiziksel güç miktarı sadece her sarsmada başın öne ve arkaya sallanmasma yetecek kadardır. Bebeğin büyümesi ile birlikte boyun kasları başın vücut ile hareket etmeye başlamasıyla daha kuvvetli hale geldiğinden SBS olguları 2 yaşından sonra giderek azalır (Chiocca 1995).

Bonnier ve arkadaşları (1995) SBS bulunan 22 olgudan 12' sinin üç haftalık ile altı aylık (ortalama 5.5 aylık) olduğunu, diğer olguların ise atak sırasında 21 aylık olduklarını bildirmişlerdir.

KLİNİK GÖRÜNÜM

SBS' un klinik görünümü spesifik değildir, ve ilk bakışta istismar gibi görülmeyebilir. SBS' un karakteristik bulgular. yaygın intrakranial ve /veya göz içi kanaması yanında baş. yüz ve boyunda herhangi bir dış travma belirtisinin olmamasıdır. SBS çoğunlukla menenjit. kanama hastalıkları, sepsis ve gerçek kazaya bağlı travma ile karıştırılır (Ludwig 1985. Chiocca 1995) Tablo 1' de SBS' un ayırım tanısı verilmiştir.

Tablo 1. Silkelemiş Bebek Sendromu (SBS) Ayırıcı Tanısı Gereken Durumlar

| |
|---|
| Doğum travması- intrauterin Subdural Hematom. Neonatal Subdural İ lematom Anevrizmalar |
| Kordon sarkması. dolanması |
| Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonları |
| Anemi |
| Trombositopeni |
| Ani Bebek Ölümü Sendromu |
| Trafik Kazası |
| Metabolik-Sıvı Elektrolit Hastalıktan |
| Nöbetli Hastalıkları |

Aile veya bakıcı tarafından verilen anarnezde sıklıkla bebeğin beşiğine bırakıldığında normal olduğu, ancak bir süre sonra geri döndüğünde bebeğin kötü bir şekilde bulunduğu anlatılır. Kural olarak travma öyküsü yoktur. Gerçekte, bakıcı bebeği şiddetli bir şekilde silkeler ve yatağına bırakır, bir süre sonra geri döndüğünde düzeleceğini zanneder.

Bebek genellikle initedir, kusar. beslenmeyi reddeder, bilinç düzeyi azalır ve intrakranial basınç bulguları artar. Sıklıkla fontanel kabanktır, zorlu solunum vardır. bradikardi, siyanoz ve/veya apnededir. Kafada oluşan yaralanma, çoğunlukla koma ve ölüme gidecek kadar ciddidir (Ludwig 1985, Plitteri 1992, Azmak ve Yorulmaz 1995. Chiocca 1995, Leadbeatter 1995).

SBS olgusu olan 13 bebekte yapılan bir çalışmada, tüm nörolojik sistemde bozulma, nöbetler, retinal hemorajiler ve subaraknoid veya subdural kanamalar saptanmıştır (Chiocca 1995).

SBS ile ilişkili intrakranial yaralanma tipinin çoğunda subdural hematom vardır ve bu birkaç bebekte ölüme neden olmuştur, Subdural kanama beyinden saggital sinusa geçen venlerin yırtılması sonucunda olduğunu düşündürmektedir. Subaraknoid hemorajilerde aynı şekilde kanın spinal sıvıya karışması ile meydana gelir (Rogers 1996).

Subdural kanamada venöz kanama arterial kanamadan daha yavaş olduğundan bebeğin nörolojik durumundaki değişikliklerin ortaya çıkması 24- 48 saat sürer. Subaraknoid kanamalar arteriel ve genellikle yaygın olduğundan sonuç ölümcüldür.

Klinik bulgulara ek olarak, ekstremitelerde kırık ve çürükler olmaksızın uzun kemiklerin periostumunda 'tı'akslyon bulgular' vardır. Bu bebeklerin uzun kemiklerinin röntgen filmleri incelendiğinde olguların % 25' inde eski ve yeni kırıklar saptanmıştır (Chiocca 1995).

SBS' daki bir diğer önemli bulgu intraoküler kanamadır. Retinal hemoraji SBS'nun klasik belirtisidir ve intra kranial yaralanmanın ilk ipucudur (Ludwig 1985, Plitteri 1992. Bonnier ve ark. 1995. Carty ve Ratcliffe 1995, Chiocca 1995. Leadbeatter 1995, Rogers 1996). Retinal hemorajilerde yaralanmanın diğer bulgular' olmadığından daima SBS şüphesi düşünülmeli ve tüm şüpheli bebeklerde fundoskopik incelemeler yapılmalıdır. Tablo 2' de SBS' un klinik görünümü özetlenmiştir (Carty ve Ratcliffe 1995).

Tablo 2. Silkelereuniş Bebek Sendromu (SUS)* nun Klasik Bulgular:

| |
|--|
| Fiziksel bulgulardan farklı olarak aile veya bakıcı tarafından verilen şüpheli anamnez |
| Yeni başlayan nöbetler |
| Retinal hemorajiler |
| Subdural hemorajiler (BDT ve MR ile saptanmış) |
| Eksternal travma bulgularının olmaması |
| Yeni veya iyileşen ekstermite ve/ veya kaburga kırıkları |

TANI

Klinik bulguların şüpheli olması ve gerçeği saptamanın güçlüğü nedeniyle SBS' unu tanılamak zordur, Şüpheler çocuğun klinik görünümü, yaşı ve radyolojik bulguları göz önünde bulundurularak temellendirilmiştir. Radyolojik inceleme ile eksternal travma belirtilerinin bulunmadığı durumlar tarayı destekler. Fundoskopik retinal inceleme ve kafa BBT ve MR'ı kesin tanı koymada temel inceleme yöntemleridir. 1993' de

Amerikan Pediatri Akademisi Çocuk istismar ve ihmali Komitesi SBS şüphesi olan olgularda en yaygın tanılama yönteminin BBT olduğunu bildirmiştir (Chiocca 1995).

Çocuğun durumu stabilize olduğunda, en kısa sürede iskelet sistemi gözden geçirilerek, uzun kemikler, kafatası, omurga, kostalar, periostal yırtılmalar, eski ve yeni kırıklar, SBS ile ilişkisi yönünden incelenmelidir.

Kusma ve laterji gibi nonspesifik semptomlar gösteren her bebekte rutin olarak lomber ponksiyon yapılarak sepsis tanısından ayrıştırılmalıdır. Kanlı serebrospinal kanama veya travmatik yırtılmayı gösterdiğinden, ayine' tanıda önemlidir.

SBS'nun karakteristik bulgusu olan retinal kanamalarda göziçi kanamanın saptanabilmesi için oftalmoskopik inceleme yapılmalıdır (Zitelli ve Davis 1997).

KLİNİK YAKLAŞIM

SBS' lu bebeklerde tıbbi bakım diğer kafa travmalı olgularda olduğu gibidir. Yaklaşım multidisipliner olup, bu ekipte pediatrist, pediatri hemşiresi, pediatrik nörolog, radyolog, beyin cerrahi ve göz uzmanı bulunur. Bakımda genel ilke ventilasyon, oksijenizasyon ve perfüzyonun sürdürülmesidir. Özellikle apne ve bradikardisi olan bazı olgularda endotrakeal entübasyon gerekebilir. İleri evrede gelişebilecek intrakranial hematoma boşaltmak için acil cerrahi girişim gerekebilir. Postoperatif dönemde sekonder hidrosefali gelişmesi halinde drenaj önerilmektedir: bir ventrikulo- peritoneal şart gerekebilir (Ludwig 1985, Plitteri 1992, Chiocca 1995).

SBS' lu olgularda intrakranial basınç artışı serebral kan akımı ve perfüzyonunda azalmaya, doku nekrozuna ve ölüme neden olabileceğinden hemen tedavi edilmelidir. Kafa içi basıncı (KİBAS)' nın azaltılması için sıvı kısıtlaması yapıp, diüretikler kullanılabilir. KİBAS bulgular' yakından izlenmelidir, nöbetlerin kontrol edilebilmesi için antikonvülzanlar (Rogers 1996).

Bebekte küçük ekimoz ve yanıklar gibi yaralarımalan saptayabilmek için dikkatli ve detaylı bir şekilde gözlem yapılmalıdır. Saptanan tüm yaralar fotoğraf ile belgelenmeli, bakıcı ve bebekle ilişkisi olan diğer kişiler hakkında bilgi toplanmalıdır.

HEMŞİRELİK YAKLAŞIM

Genellikle pediatrik yoğun bakım ünitelerinde izlenen SBS" in bebeklerin hemşirelik bakım ilkeleri tüm akut kafa travmalı bebek olgularında olduğu gibidir. Hemşirelik bakım planının amacı fizyolojik dengeyi düzeltmek ve olası nörolojik sekelleri önlemektir.

Hemşire öncelikle bebeğin havayolu, solunum ve dolaşım durumunu değerlendirmeli ve olası bir endotrakeal entübasyona yardıma hazır olmalıdır. Bebeğin oksijen saturasyon düzeyi izlenir ve optimal serebral doku perfüzyonunu sürdürecektir oksijen sağlanır. Yaşam bulgular' sık aralıklarla izlenerek, bebek kardiyorespiratuvar monitöre bağlanır. Ağır kafa travması, kalp atımının azalmasına ve kan basıncının artmasına neden olan intrakranial basıncı yükseltir. Aynı zamanda yavaş ve yüzeysel solunum ve apne vardır. Bradikardi, kardiyak outputu ve buna bağlı olarak serebral doku perfüzyonunu etkileyeceğinden, sistemik perfüzyon değerlendirilmelidir. Sıvı ve elektrolit dengesi izlenmeli, hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı rniktan dikkatli bir şekilde kaydedilmeli, sıvı yüklenmesi ve serebral ödemden korunmalıdır. Beyin öclernini önlemek için sıvılar genellikle 2/3 oranında verilir. Bebeğe kusura varsa, nazogastrik tüp yerleştirilerek, çıkan miktar hemşire tarafından kaydedilmelidir.

Bebekte nöbet atakları değerlendirilecek. kaydedilir ve nöbet için önlemler alınır, gerekli antikonvülzan ilaçlar verilir. Drenajın internal veya eksternal olmasına göre şant bakımı verilmelidir. Kafa içi basıncının azaltılmasında yardımcı olabilmesi için yatağın başucu 30° yükseltilmelidir. Kafa içi basınç düzeyi değerlendirilmeli ve basıncı artırabilecek çevresel uyaranlar en aza indirilmelidir. Bebeğin bulunduğu oda veya ünitenin ışığı azaltılmalı, çevrede gürültü önlenmeli ve bebeğe gereksiz yere dokunulmamalıdır. Bu ortamın sağlanabilmesinde ideal olan bebeğe tek hemşirenin bakım vermesidir.

Bebeğin nörolojik durumunu belirten en hassas değerlendirme olan bilinç düzeyi sık olarak kontrol edilmelidir. Değerlendirmede Glaskow Koma Skalası kullanılırken, bebeğin gelişme düzeyi ve ulaştığı kilometre taşları göz önünde bulundurulmalıdır (Whaley ve Wong 1987). Kas tonüsü, postür, ekstremiteler ve göz hareketleri kontrol edilmelidir. Bebeğin pupilinin büyüklüğü ve ışığa olan reaksiyonu kontrol edilirken, normalde bebeklerde pupilin küçük ve ışığa minimal reaksiyon gösterdiği akılda tutulmalıdır.

Hemşire, her gün bebeğin baş çevresini ölçmeli, anterior fontanelin dolgunluğunu ve kabarıklığını kontrol etmelidir. Kranial sütürleri

açık olan 18 aylıktan küçük bebeklerde açık fontanel beynin ekspansiyonuna olanak verdiği için kafa içi basınç artışı dramatik değildir.

Hemşire, anne babanın veya bakıcının aldığı tıbbi bakıma olan ilgisini dikkatle incelemelidir. Bebeğin geçmiş sağlık öyküsü, allerjileri, aldığı ilaçlar; bakıcıları ve bebeğe düzenli bakan kişilerle ayrı ayrı görüşülerek yaralanmanın nasıl olduğu araştırılmalıdır. Açıklamalarda yaralanmanın tarifinde klinik görünüm ile tutarsız herhangi bir durum söz konusu ise not edilmelidir. Yaralanmanın derecesi ile tutarsız olan açıklamalar istismarı düşündürmelidir. Bebeğin yaralanma raporunun hukuksal olarak açıklanmasına karar verildiğinde fotoğrafı ilk kanıt olarak gözönünde bulundurulur. Hemşire, gözden kaçabilecek diğer lezyonları da dikkatli bir inspeksiyon ile taramalıdır. Bebeğin üst kollarındaki küçük oval çürükler bebeğin silkeleyenin parmak izleri olabilir. Hemşire aynı zamanda kırık olasılığı yönünden kafatasını palpe etmeli ve kulak veya burundan gelebilecek serebrospinal sıvıyı kontrol etmelidir.

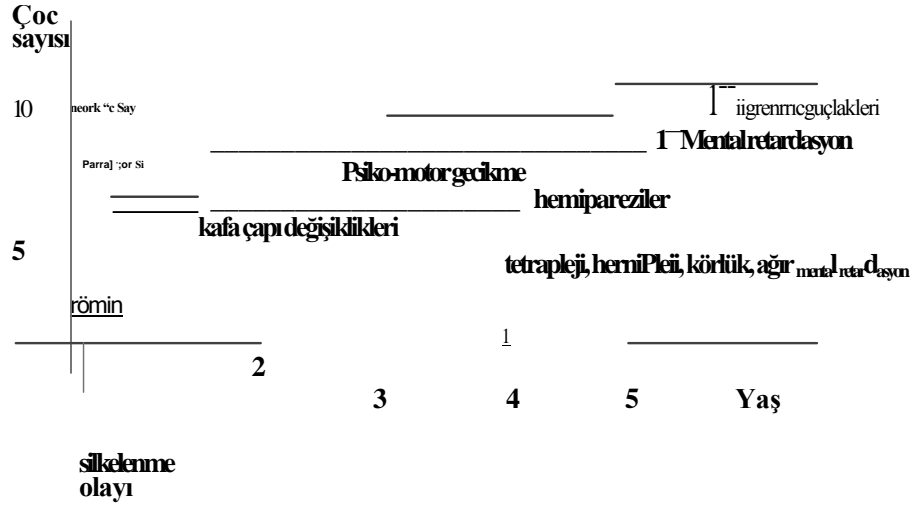
Aileden dikkatli bir sosyal öykü alınarak, ailede şiddet dinamiğinin yaygınlığı değerlendirilmelidir. Araştırma sırasında strese karşı tolerans azlığı, çocuk yetiştirme ve disiplin yöntemi olarak ailesel şiddet eğilimi, evlilik problemleri ve çocuklardan gerçek dışı beklentilerin bulunması gibi konular üzerinde durulmalıdır.

Amerika Birleşik Devletlerinde 50 eyalette hemşireler çocuk istismar' olgularını rapor etmekle yükümlüdürler. Hemşire kaza ile olmayan yaralanmalarda ebeveynleri otoritelere rapor etmede dürüst olmalı, gerekli durumlarda adli işlem başlatılmalıdır. Ülkemizde de TCK' nun 530. Maddesi gereği acil olarak hastaneye başvuran çocuk istismarı gibi suç niteliği taşıyan veya şüphesi olan olgularda ölüm gerçekleşmiş ise, sağlık çalışanlarının durumu Cumhuriyet Savcılığına bildirme zorunlulukları vardır (Kuğuoğlu 1998).

Bu gibi durumlarda anne baba suçluluk, vicdan azabı, depresyon, keder ve kayıp yaşar. Hemşireler anne babaya destek grupları tarafından uygun aile danışmanlığı verilmesi için gerekli girişimlerde bulunmalıdırlar.

PROGNOZ VE SEKEL

SBS' nda önemli derecede morbidite ve mortalite vardır, sıklıkla kalıcı beyin hasan ve entellektüel yetersizliğe neden olur.



Şekil 2, SBS Olgularında Prognoz ve Sekeller (Bonnie ve ark. 1995)

Yukarıdaki şekilde (Şekil 2) Bonnie ve ark. (1995)'nin izledikleri 13 SBS olgusunda şiddetli sarsılmadan sonra oluşan gelişimsel defektler görülmektedir. Erken dönemde büyük nörolojik defektler ve geç dönemde de psikomotor reterdasyon ve öğrenme güçlükleri dikkat çekmektedir.

KORUNMA

Silkelenmenin tek başına ortaya çıkması enderdir, çoğunlukla diğer istismar tiplerinden önce gelişir. Anne babalar bebeğin silkelenmesinin zararları konusunda eğitilmelidirler. Atçılık oyunu veya bizim toplumumuzda çok yaygın olan "fiş- fiş kayıkçı" oyunu masum olsalar bile, başın kuvvetli şekilde arkaya atılması, sallanması, çevrilmesi ve bebeğin ani olarak zıplattılmasının trajik sonuçlu ciddi yaralanmalara neden olduğu anlatılmalıdır.

Anne babaların çocuk yetiştirme ve disiplin aracı olarak bebekleri hafif derecede bebekleri silkelemeleri oldukça yaygındır. Yapılan değişik çalışmalarda genç ve erişkinlerin % 25- 50' sinin bir bebeği silkelemenin zararlı ve olası ölümcül etkilerinin farkında olmadıklarını göstermiştir (Chiocca 1905). Bulgular bazı kişiler için silkelenenin, bebeğe vurmaktan daha az zararlı olduğunu düşündüklerini ortaya koymuştur.

Hemşirelerin en önemli sorumluluğu, tüm anne babalara ve bebek ile ilişkisi olan kişilere ve büyük kardeşlere bebeğin silkelenmesinin tehlikelerini öğretmek ve herhangi bir nedenle bebeği silkelememelerini

anlatmaktır. Bebek kucağa alınırken, taşınırken ve oyun oynarken başının desteklenmesi öğretilmelidir (Whaley ve Wong 1987. Plitteri 1992, Chiocca 1995).

Hemşireler anne baba olmaktan kaynaklanan stresleri ve ailenin bebeğin ağlamasına karşı gösterdiği tepkileri araştırırmalıdır. Anne babalara tüm bebeklerin zaman zaman ağladıkları, bebeğin ağlamasının durmadığında ne yapmaları gerektiği öğretilmeli ve bakım için eşi veya yakın arkadaşlarından yardım almasının uygun olacağı belirtilmelidir (Carty ve Ratcliffe 1995. Chiocca 1995).

Ohio Çocuk İstismarı Önleme Araştırma Enstitüsü tarafından yeni bebeği olan anne babalar için bir kitap ve video kaset hazırlanmış, ayrıca "Ağlama Ne Yapmalıyım?" isimli bir paket program bulunmaktadır. Program sinirlenmeye neden olan ağlamanın normal olduğunu tanımlamakta ve ağlamak ile ilgili stratejiler önermektedir. Bu öneriler arasında bebeğin hiç bir şekilde sarsılmaması gerektiği de vurgulanmaktadır (Chiocca 1995).

Bu çalışmanın etkililiği beş eyalette onbin anne baba üzerinden alınan örnekleme değerlendirilmiş ve anne babaların %79 aldıkları bilginin yararlı olduğunu.% 63 bebeği sarsmanın tehlikeli [olduğunu. ve](#) % 51 ise bu bilgiyi aldıktan sonra bebeklerini daha az oranda sarstıklarını belirtmişlerdir (Chiocca 1995, Kemp 1995).

Son yıllarda internet kullanan anne babalar için de, SBS için açılan siteler bulunmakta ve bebeklerin şiddetli ağlamalarına karşı alınacak önlemleri içeren eğitim programları artmaktadır (New Hampshire Coalition To Prevent Shaken Baby Syndrome 1999).

Sözü edilen programlar, kuruluşlar ve ana- baba okulu gibi kurumların giderek artan oranlarda sayıları artmasına karşın, ulusal ve uluslararası toplum boyutunda çocuk istismar' azaltılmış gibi görünmemektedir. Hemşireler, çocuk istismarının ciddi bir şekli olan SBS konusunda halkı eğiterek mükemmel bir pozisyonadırlar. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler SBS' un erken tanınması ve uygun girişimin sağlanabilmesi için ailesel belirti ve bulgular' bilmelidir. Nöbet ve korna öyküsü olan, intrakranial ve retinal kanama ile birlikte travma izi bulunmayan her bebek aksi kanıtlanıncaya kadar SBS kurbanı olarak düşünülmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Azmak. D. Yorulmaz. (1995) Çocuğun fiziksel istismar]. Sağlık Sosyal Yardım Vakti Dergisi, 5:1.8
2. Bonnier, C, Nassogne,MC, Eurard P (1995) Outcome and prognosis of whiplash shaken Infant syndrome. Developmental Med. And Child Neurology. 37, 943- 956
3. Carty. H, Ratcliffe, J(1995) The shaken infant syndrome.BMJ. 310, 11:2, 344- 345
4. Chlocea. EM (1995)Shaken infant syndrome: a nursing perspective. Pediatric Nurs. 21:1. 33-38
5. Guthkelch. AN(1995) Serious effects of shaking were described in 1971. BMJ. 310. 17:6, 1600.
6. ---- Katil Dadı (1 9971 Sabah Gazetesi 12 Şubat 1997. 25.
7. Kemp, AM, Sibert. J (1995) Deal with minor episodes of abuse to prevent more serious injuries. E3MJ, 310. 17:6. 1600.
8. Ktığuoğlu. SY (1998) Acil Bakım. Şelimen. D. (Ed) acil Bakım. Yüce Yayını İstanbul, 22-29.
9. Leadbeatter S. James R, Claydon S, Knight B (1 995) The shaken infant syndrome. BMJ. 310, 17:6. 1600.
10. Ludvig, S (1985) Pediatric Emergencies. Churchill Livingstone Comp. New York, 115
11. -----New Hampshire Coalition To Prevent Shaken Baby Syndrome (1999) Important information about shaken baby syndrome. [http:// webster. State.nh.us/c1hbsiohni/iasbs.htm](http://webster.State.nh.us/c1hbsiohni/iasbs.htm).
12. Pillitteri, A (1992) Maternal and Child Health Nursing. J.B. Lippincott Comp. Philadelphia. 1796.
13. Rogers, MC (1996) Textbook of Pediatric Intensive Care. I. Third Ed. William and Wilkins Comp. London, 3-51, 737, 743,
14. Wialey, LF, Wong (1987) Nursing Care of Infants And Children. Third Ed. The CV Mosby Comp, St Louis. 1625.
15. Zitelli. 13J. Davis. HW (1997) Atlas of Pediatric Physical Dingnosis. 'Third Ed. Mosby-Wolfe Comp, St Louis. 144.146. 593.