

Pediatric acilde çocuk istismarı ve ihmali olasılığını akılda tutalım

Ülfet Vatansever, Rıdvan Duran, Emel Yolsal, Nükhet Aladağ, Naci Öner, Betül Biner, Serap Karasalihoğlu

Özet

Çocuk istismarı ve ihmali, toplumlarda ne boyutta olduğu iyi bilinmeyen, çoğu kere gizli kalan, mağdurlarının pek fazla dile getirmediği bir sağlık problemidir. İstismara uğramış çocukların pek çoğu tıbbi yardım alamamaktadır. Acil servise getirilenler ise genellikle durumu ağır, hayati tehlikesi olan olgulardır. Çocuk ihmal ve istismarı olasılığı pediatrik acilde akla gelmediği sürece tanınmamaktadır. Bu yazıda çocuk istismar ve ihmaline dikkat çekmek üzere, çocuk istismar ve ihmalinin değişik yakınma ve bulgularıyla son üç yılda çocuk acil ünitemize başvuran üç çocuk olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: çocuk, ihmal, istismar, pediatrik acil

Summary

Bare in mind the possibility of child abuse and neglect in the pediatric emergency unit

Child abuse and neglect is a health problem the extent of which is not well known in the society. It is mostly kept as a secret, and not declared by the abused or neglected children. Most of the abused and neglected children can not receive medical help. However only few children who are severely ill, and exhibit life-threatening conditions, are brought to the pediatric emergency unit and receive medical aid. In the pediatric emergency unit, child abuse and neglect can not be detected unless it is taken into consideration. In this case report three children, who were admitted to our pediatric emergency unit during the last three years with various complaints and symptoms of child abuse and neglect have been presented, in order to draw attention to the possibility of child abuse and neglect.

Key words: abuse, child, neglect, pediatric emergency

Giriş

Çocuk istismarı ve ihmali, ana-baba ve/veya çocuğun bakımından, sağlığı ve korunmasından sorumlu kişilerin giriştiği veya girişmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda, çocuğun her türlü fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesidir. İstismar, fiziksel, duygusal ve cinsel, ihmal de

fiziksel, besinsel ve tıbbi olmak üzere başlıca üçer alt grupta incelenebilir (1-4). Çocuk istismarı tıp literatüründe ilk kez 1946 yılında Caffey adındaki bir radyolojist tarafından subdural hematomla birlikte uzun kemiklerde kırıkları olan çocuklarda tanımlanmıştır (5). 1962 yılında çocuk hekimi C. Henry Kambe ve arkadaşları tarafından ise “dövülmüş (hırpalanmış) çocuk sendromu” terimi ilk kez kullanılmıştır (6).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, EDİRNE

Yazışma adresi: Ülfet Vatansever, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 22030, EDİRNE

Tel ev: 0284 2356113, İş: 0284 235 76 41-4909

Fax: 0284 235 2338

e-posta: uvatansever@trakya.edu.tr

Alındığı tarih: 17.2.04, kabul tarihi: 11.8.04

Toplumlarda çocuklara karşı uygulanan şiddet ve ihmal geniş ölçüde gizli kaldığından insidansı belli değildir. Ülkemizde çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, muhtemelen dayanın bir eğitim aracı olarak düşünülmesinden dolayı, diğer ülkelere göre daha fazla oranda fiziksel istismar saptanmıştır (7). Ayrıca çocuk ihmal ve istismarı olasılığı akla gelmediği sürece, acil servise başvuran hastalara tanı koymak güçtür. Bu nedenlerden dolayı bu yazıda acil servisimize değişik öykü ve yakınmalarla başvuran, ayrıntılı öykü ve muayene sonucu ihmal ve istismara uğradıkları saptanan üç olgu sunulmuştur.

Olgu 1

13 yaşında erkek hasta yürüyememe şikayeti ile başvurduğu hastaneden Guillain Barré sendromu ön tanısı ile çocuk acil servisimize sevk edildi. Hastanın evde düştüğü, yaklaşık üç saat sonra bacaklarında kasılma ve uyuşma hissettiği ve zorlanarak yürüyebildiği ifade edildi. Anne 34 yaşında, lise mezunu, ev hanımı, baba 37 yaşında ortaokul mezunu ve serbest meslek sahibiydi. Annenin ilaç kullanmasını gerektiren psikolojik sorunları mevcuttu. Çocuğun acil serviste yapılan muayenesinde kalp tepe atımı 84 /dk, solunum sayısı 18/dk, kan basıncı (KB) 90/60 mmHg, vücut ağırlığı 55kg (97. persantil), boyu 160 cm (75. persantil) idi. Bilinci açık, koopere olup, sol lomber bölgede 4x4 cm'lik ekimozu mevcuttu. Nörolojik muayenesi doğaldı. Derin tendon refleksleri normoaktifti. Fakat hasta yürüyemiyordu. Tam kan sayımı, biyokimyasal tetkikleri ve idrar incelemesinde özellik yoktu. Lomber ponksiyon, batın ultrasonografisi, beyin ve spinal manyetik rezonans görüntüleme (MR), elektromiyelografi incelemelerinde patoloji saptanmadı. Şikayetini açıklayacak organik neden bulunamaması üzerine konversiyon ön tanısı kondu. Ayrıca ayrıntılı alınan hikayesinde ve komşuların ifadelerinde hastanın annesi tarafından fiziksel istismara uğradığı öğrenildi. Klinik takipte hastanın kısa süre içerisinde tam olarak yürümeye başladığı gözlemlendi.

Olgu 2

10 yaşında kız hasta acil servise bilinci kapalı olarak getirildi. Öyküsünden üç yıldır Tip 1 Diabetes mellitus tanısı ile

izlendiği ve son bir yılda dört kez diyabetik ketoasidoza bağlı koma nedeniyle hastanede yattığı, annenin meme kanseri nedeniyle öldüğü, çocuğun aralıklı olarak anneanne veya öğretmen olan baba yanında kaldığı öğrenildi. Hastanın babasının yanında kaldığı dönemde bilincinin kapandığı ve bu halde anneanne yanına getirildiği ifade edildi. Acil serviste genel durumu kötü, bilinci kapalıydı. Kalp tepe atımı 160 /dk, solunum sayısı 36/dk, KB'ı 140/80 mmHg, vücut ağırlığı 24 kg (%3-10), boyu 134 cm (%50) idi. Yapılan tetkikler sonucunda diyabetik ketoasidoz tablosunda olduğu anlaşıldı. Fizik muayenesinde sol omuz deltoid kas üzerinde iç içe geçmiş iki halka halinde, üzerinde diş izlerinin de bulunduğu 5 cm çapında ısırık izleri (Resim 1), bunun altında parmak basısına bağlı 1.5 cm çaplı ekimozlar, sol yanak üzerinde 4 adet enlemesine 5-6 cm'lik sıyrıklar ile birlikte 4-5 adet mor menekşe renginde muhtemel tokat izi (Resim 2), göğüste 4-5 cm boyutunda kabuklu kesi izi (Resim 2) belirlendi. Bu deri bulguları ile çocuk istismarı düşünülen hastanın direkt grafi, beyin tomografi (BT) ve kemik sintigrafisinde patoloji saptanmadı. Klinik durumu düzeldikten sonra yapılan psikiyatri konsültasyonunda major depresif bozukluk ve akut stres bozukluğu tanısı konuldu ve tedaviye alındı. Adli Tıp tarafından değerlendirilen hastanın durumunun 15 gün iş ve gücüne engel teşkil ettiğine karar verildi. Hastanın ayrıca yıl içerisinde sık ketoasidoz komasına girmesi, kronik hastalığının takibinin düzensiz yapılması nedeniyle istismar ile birlikte tıbbi ihmale de uğramış olduğu düşünüldü.



Resim 1: Sol omuz dış kısmında insan ısırık izi (Olgu 2).

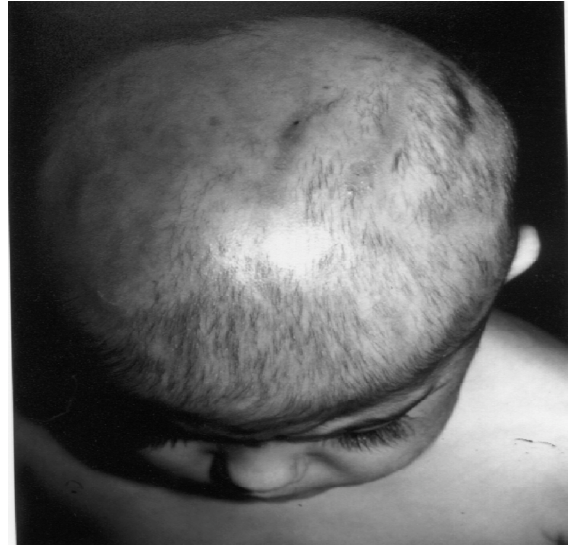


Resim 2: Sol yanakta tokat izi ve göğüste kesi izi (Olgu 2).

Olgu 3

Altı yaşında erkek hasta çılgılık atma, ellerde ve kollarda kasılma ve şuur değişikliği yakınması ile komşuları tarafından acil servise getirildi. Öyküsünden anne ve babanın boşanmış olduğu ve çocuğun üvey anne tarafından bakıldığı öğrenildi. Pediatrik acilde görülen hastanın genel durumu kötü olup, bilinci kapalı idi, tonik klonik konvülsiyon geçirmekteydi. Kalp tepe atımı 100 /dk, solunum sayısı 20/dk, KB'ı 100/50 mmHg, vücut ağırlığı 14.5 kg (<3. persantil), boyu 103 cm (<3. persantil) idi. Sol paryetal bölgede kafa derisinde 3 adet 15 cm'lik kesi (Resim 3), sağ ayak sırtında 3-4 cm'lik ekimoz alanı, sol el sırtında ve alt ekstremitelerde birçok değişik boyutlarda ekimotik lezyonlar mevcuttu. Sağ lomber bölgede 5x5 cm'lik ekimoz alanı, sırt bölgesinde yaygın ekimoz alanları ve sigara söndürme izleri saptandı (Resim 4). Sol üst kesici dişte kırık tespit edildi. Hastanın laboratuvar incelemesinde patoloji saptanmadı. Radyolojik görüntüleme sağ klavikula santralinde konsolide fraktüre ait deformasyon, BT'de bifrontal ince subdural efüzyon (Resim 5), tüm vücut kemik sintigrafisinde sol maksiller kemikte, sağ klavikulada, sağ skapula alt uçta, sağ 10. kosta posterior yüzde, sağ iskiyum pubis bölgesinde fokal, sol femur mediyal kontil bölgesinde artmış aktivite tutulumları tespit edildi ve multipl travma lehine değerlendirildi. Göz muayenesinde her iki gözün optik diskinde şişme, peripapiller mum alevi hemorajiler, vitreus içi hemorajiler ve sağ gözde

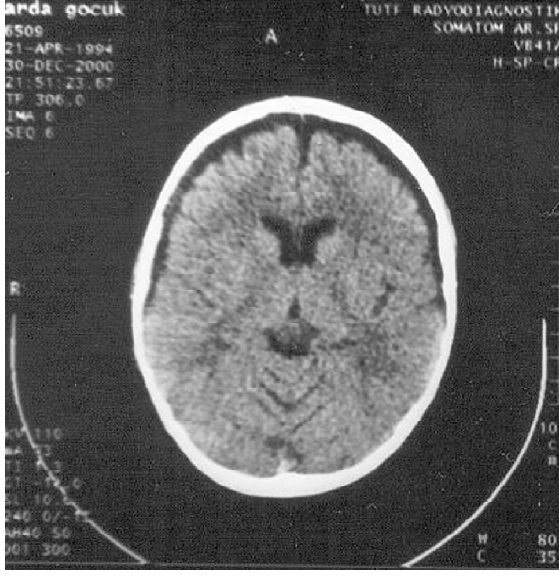
içe şaşılık saptandı. Hastanın klinik takibinde tekrarlayan baş ağrıları, ağlama nöbetleri, fazla yemek yeme, uyuma isteği ve istemli olarak yatağı ıslatma davranışları gözlemlendi. Psikiyatri konsültasyonu sonucu konversif bozukluk tanısı konuldu. Tüm bu semptom ve bulgularla hastanın fiziksel ve duygusal istismara, besinsel, tıbbi ve fiziksel ihmale maruz kaldığı saptandı. Sosyal hizmet uzmanları ile görüşülerek ailesi yanında takibe alınan hasta 4 ay sonra benzer şikayet ve bulgularla hastanemize tekrar getirildi. Bunun üzerine savcılık ve sosyal hizmet uzmanları fiziksel istismarın tekrarlaması nedeni ile olgunun aile yanından alınarak Çocuk Esirgeme Kurumu'na yerleştirilmesini uygun buldular.



Resim 3: Kafa derisinde kesik izleri (Olgu 3).



Resim 4: Sırt bölgesinde sigara söndürme izleri ve ekimoz alanları (Olgu 3).



Resim 5: BT'de subdural efüzyon (Olgu 3).

Tartışma

Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali, çok önemli bir sağlık sorunu olmasına karşın, sağlık alanında ve kamuoyunda yeterince ele alınmamaktadır. Ülkemizde aile içinde, kurumlarda, toplumda çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarının boyutlarını tam olarak yansıtan geniş çaplı araştırmalar yoktur. Sekiz ilde 4-12 yaşları arasında toplam 16100 çocukta fiziksel istismarın sıklığını saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada kız çocuklarında % 34,6, erkeklerde ise % 32,5 oranında fiziksel istismar saptanmıştır (7). Bir çok ülkeye oranla daha fazla sıklıkta bulunmasının nedeni, tanımlama ile ilgili farkın yanında, Türk toplumunda dayanın bir eğitim aracı olarak düşünülmesidir. Bu sonuçlar Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali psikokültürel ve sosyoekonomik açıdan ele alan daha detaylı çalışmalara gerek olduğunu göstermektedir.

İstismar riskini artıran etmenler; ebeveynin, özellikle anne yaşının küçük olması, düşük sosyoekonomik düzey, eğitim yetersizliği, ebeveynlerde kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, geçmişlerinde istismara uğramaları, evlilik ve işle ilgili sorunlar, çocuğun anne ve babasının olmaması veya üvey olması, istenmeyen gebelik, gayrimeşru çocuk, çocuğun iyegegen veya süreğen fiziksel veya mental hastalığının bulunmasıdır (1,8-10). Olgularımızda, ilkinde annenin psikolojik sorunları, ikincisinde annenin olmaması, üvey anne

varlığı ve süreğen hastalığının olması, üçüncüsünde ise üvey anne varlığı, alkolik baba ve düşük sosyoekonomik düzey risk etmeni olarak bulunmaktaydı.

İstismara uğramış çocukların pek çoğu tıbbi yardım alamamaktadır. Alabilenler ise durumu ağır, hayati tehlikesi olan olgular olup, genellikle acil servislere getirilmektedirler. Bir kısmı da komşuların bu durumu polise haber vermesi sonucu hastaneye başvurmaktadır. Acil hekimlerinin, pediatristlerin ve adli tıp uzmanlarının bu konuda duyarlı olmaları gerekmektedir.

Tıbbi açıdan çocuk istismarı ve ihmali vakalarına tanı konması ancak şüphelenme ve tanıyı doğrulayıcı ayrıntılı öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri sonucu olabilir (3). Çocuğun muayenesinde saptanan klinik bulgular ve bu lezyonların oluş mekanizması ile ailenin ileri sürdüğü hikaye arasında çelişki olması, aileden detaylı bilgi alınmaması, aile üyelerinin birbirini suçlaması, çelişkili veya sürekli değişen öykü ve hastaneye geç başvuru istismar ve ihmali olasılığını akla getirmelidir (2,3). İlk olguda yakınmaları açıklayıcı organik nedenin bulunmaması, ikinci ve üçüncü olgularda fiziksel istismara ait olduğu düşünülen lezyonların anlatılan öykü ile uyumsuzluğu ve hastaneye geç getirilmeleri bize istismar olasılığını düşündürdü. İkinci olgunun son bir yılda dört kez diyabetik ketoasidoza girmesi ve üçüncü olguda büyüme geriliğinin saptanması ise istismar ile birlikte sırasıyla tıbbi ve besinsel ihmali varlığını da doğrulamaktaydı. İstismar düşünülen olgulardan laboratuvar tetkikleri olarak tam kan sayımı, ayrıntılı biyokimya ve tam idrar tahlili, kanama ve pıhtılaşma testleri, kırık ve yumuşak doku travmasını göstermek amacıyla tüm vücut iskelet grafileri, nükleer sintigrafik yöntemler, organ hasarını göstermek için batın ultrasonografisi, intrakraniyal hasar tespiti için kraniyal tomografi ve/veya MR görüntüleme yapılmalı ve adli yönden tüm lezyonların fotoğrafı çekilmelidir (3,11-13). Olgularımızın tümüne bu tetkikler yapılmış, ilk olguda lomber bölgede ekimoz, ikinci olguda yüzde tokat izi, kolda ısırık izi dışında patolojik bulgu yokken, 3. olguda kronik fiziksel istismarı gösteren subdural efüzyon, iyileşmekte olan kosta kırıkları ve gözde ödem ile birlikte vitreus içi kanama saptanmıştır. Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali düzenleyen ayrı bir kanun bulunmamaktadır. Türk Medeni Kanunu, istismara uğramış çocuğun kendi ailesi içinde korunmasına önem vermekte ve kurum bakımı yalnız zorunlu hallerde öngörülmektedir (2). Sunduğumuz olgulardan ikisi halen kendi aileleri ile birlikte yaşamakta, ancak son olgumuz

tekrarlayan fiziksel istismara maruz kaldığından kurum bakımı almaktadır.

İstismara ve ihmale maruz kalan çocuklar çok değişik yakınmalar ve klinik bulgularla çocuk acil servislerine başvurduğundan, bu durum her zaman akılda tutulmalı ve şüphe uyandıran her vaka bu yönde değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Kepenekçi Y. Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi* 2001; 3: 262- 75.
2. Egemen A. Çocuk istismarı ve çocuğun yasal ve sosyal korunması. İçinde: Yurdakök M, Coşkun T (yazarlar). *Pediatri Yeni Bilgiler-Yeni Görüşler*. Ankara: Güneş Kitabevi, 1995: 848-61.
3. Johnson FC. Abuse and neglect of children. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics* (16th ed). London: WB Saunders Co, 2000: 110- 9.
4. Özdemir U. Çocuk İhmal ve İstismarına Hekimlerin Bakışı ve Önleme. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi* 1992; 2: 10- 3.
5. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol* 1946; 56: 163- 73.
6. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 105- 12.
7. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında 16 100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi* 1986; 1: 7- 14.
8. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. *Violent and Abusive Behavior*. *Healthy People* 2000, 1990: 225- 47.
9. Krugman R. Child abuse and neglect. *World Health* 1993; 46: 22- 3.
10. Hyden PW, Gallagher TA. Child abuse intervention in the emergency room. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39: 1053- 81.
11. Canway JJ, Collins M, Tanz RR, et al. The role of bone scintigraphy in detecting child abuse. *Semin Nucl Med* 1993; 23: 321- 33.
9. Haller JO, Kleinman PL, Merten DF, et al. Diagnostic imaging in child abuse. *Pediatrics* 1991; 87: 262- 4.
10. Cox LA. The shaken baby syndrome: Diagnosis using CT and MRI. *Radiol Technol* 1996; 67: 513- 20.