

Yaşamsal tehlikeye neden olan fiziksel çocuk istismarı olgusu-tanılama ve raporlamanın önemi

A life-threatening case of a physical child abuse- The importance of diagnosing and reporting

 **Burcu Ersoy¹**,  **Melike Erbaş²**,  **Yasemin Balcı¹**
0000-0002-4933-8470 0000-0002-6879-8165 0000-0002-5995-9924

¹Department of Forensic Medicine, School of Medicine, Muğla Sıtkı Koçman University, Muğla Türkiye

²Council of Forensic Medicine, 2nd Forensic Medicine Specialization Board, İstanbul, Türkiye

Corresponding author: Burcu Ersoy

Department of Forensic Medicine, Muğla Sıtkı Koçman University, Muğla, Türkiye

email: burcu.ersoy66@gmail.com

Cite as: Ersoy B, Erbaş M, Balcı M. A life-threatening case of a physical child abuse - The importance of diagnosing and reporting. J For Med 2022;36(1):33-36.

ABSTRACT

The abuse or neglect of a child is an important public health problem; that may impair or inhibit the child's development; that may cause serious wounds, disabilities and even deaths.

Our case is a 3-4 year old boy presenting with an anamnesis of fall from the stairs. Subarachnoid hematoma, hypoxic encephalopathy, wounds at various places of the body at different ages, second degree burns, an old fracture of parietal bone, malnutrition, retinal hemorrhage and various disorders of sight was detected at the case that we evaluated in terms of shaken baby syndrome and physical abuse done by an adult woman who was the partner of his father.

There is a considerable number of children having permanent disabilities and even died in the whole world and in our country. In this study, we are aiming to raise an awareness for the child abuse and draw an attention to the studies of treatment and prevention.

Keywords: Child abuse, Child neglect, abusive head trauma (AHT).

ÖZET

Çocuk istismarı veya ihmali, çocuğa bakmakla sorumlu kişiler tarafından uygulanan, çocuğun gelişimi engelleyen ve kısıtlayan, ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Olgumuz, merdivenden düşme öyküsüyle adli rapor için müracaat ettirilen 3-4 yaşlarında erkektir. Subaraknoid kanama, hipoksik ensefelopati, vücudun çeşitli yerlerinde farklı yaşlarda yaralar, 2.derece yanık, parietal kemikte eski kırık, malnütrisyon, retinal hemoroji ve görme yollarında çeşitli bozukluklar saptanan olgu, sarsılmış bebek sendromu ve babasının partneri olan yetişkin kadın tarafından fiziksel istismara uğrama öyküsü açısından değerlendirilmiştir.

Ülkemizde ve tüm dünyada çocuk istismarına bağlı kalıcı hasarlar meydana gelen hatta yaşamını yitiren çocuk sayısı azımsanamayacak kadar fazladır. Bu çalışmada; sunulan olgu ile çocuk istismarına yönelik farkındalık geliştirmek, tanı, tedavi ve önleme çalışmalarına dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, Çocuk ihmali, İstismara bağlı kafa travması (İKT).

GİRİŞ

Çocuk istismarı veya ihmali, çocuğa bakmakla sorumlu kişiler tarafından uygulanan, çocuğun gelişimi engelleyen ve kısıtlayan, ciddi yaralanmalara, sakatlıklara ve hatta ölümlere neden olan bir halk sağlığı sorunudur. Çocuk istismarı genellikle; fiziksel istismar, duygusal-psikososyal istismar, cinsel istismar, ekonomik istismar, çocuk ihmali olmak üzere beş ana başlık altında değerlendirilmektedir(1).

Fiziksel istismar, çocuğun anne, baba veya bakımından sorumlu başka kişi tarafından fiziksel olarak sağlığına zarar verecek biçimde "kaza dışı" yaralanması, zarar görmesi ve zarar görme potansiyeline sahip olmasıdır (1-3).

Fiziksel istismara uğramış çocuğa tanı konulmadığında, bu çocukların önemli bir kısmı tekrar istismara uğramakta olduğu ve hatta yaşamlarını kaybettikleri bildirilmektedir (4,5). Çocuk istismarına tanı konması sürecinde yaşanan sıkıntılar, olayın olmamış sayılması ve gizlenmesi önemli bir sorun olmakla birlikte olguların ciddiyetini de artırmaktadır (6,7). Bildirimi yapılan vakaların genellikle ağır travmalı ve ölümle sonuçlanan olgular olduğu, travma nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran çocuğun yakınlarının istismarı gizlemeye çalıştıkları, istismar nedeniyle meydana gelen çocuk ölümlerinin resmi kayıtlardan çok daha fazla olduğunun bildirildiği, ölüm nedenleri içerisinde en fazla başa ve karn bölgesine yapılan darbelerin etkili olduğu bildirilmektedir (8,9).

Bu çalışmada, merdivenden düşme öyküsüyle adli rapor için müracaat ettirilen ve adli raporu olay tarihinden 1 yıl sonra verilebilen 3-4 yaşlarında erkek çocuğun adli rapor süreci sunulmuş, sunulan olgudan yola çıkılarak fiziksel çocuk istismarı tartışılmıştır.

OLGU

3-4 yaşında, oğlan çocuk, merdivenden düşme öyküsüyle İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisine müracaat ettirilmiştir.

İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisinde düzenlenen raporda: Yüzde ve göğüste hafif ekimozlar, batında distansiyon, kasıkta eski cilt lezyonları görüldüğü, kranial BT'de tentorium sol yarıda ve inter hemisferik fissür posterior kesimde hiperdens görünüm dikkate çektiği, travmatik subaraknoid kanama (SAK) şüphesi olduğu kayıtlıdır.

Hasta aynı gün İlçedeki Özel Hastaneye yönlendirilmiştir. Önce Özel Hastane Acil Servisinde görülmüştür. Acil Serviste, küçüğün bilincinin konfü, kooperasyon ve oryantasyonu tam olmayıp yapılan BT incelemesinde; subaraknoid kanama zemininde beyin ödemi saptanmıştır. Fizik muayenede; yüzde alın ortada 3x3 cm ekimoz, sol kaş üzerinde ekimoz, sol kaş bitiminde çizgisel ekimoz, sol göz alt kısmından burun köküne uzanan ekimoz, sol yanak ve burunda ekimotik alanlar, sağ yanakta iki adet geniş ekimotik alan ve boyunda yaklaşık 1x1 cm boyutlarında ekimozlar ve gövdenin ön yüzünde eski ve yeni multipl eski ve yeni ekimotik alanlar, her iki koltuk altı bölgesinde tırnak batması izlenimi veren birden fazla yara izi, sırtın ortasında yaklaşık 10 cm uzunluğunda derin çizik ve bu lezyonun ortasında yaklaşık başparmak büyüklüğünde ekimoz, kollarda ve gövdenin ön tarafında multipl çizikler ve ekimotik alanlar, perine ve gluteal bölgeden her iki diz üstüne kadar uzanan 2. derece yanık saptanmış, küçük yoğun bakım ünitesine yatırılmıştır. Beyin cerrahisi konsültasyonunda travmatik SAK tanısı konulmuştur. Gluteal bölgedeki yanığın değerlendirilmesi için çocuk cerrahisi konsültasyonu istenmiş, yanığa ek olarak küçüğün yüz ve gövdesindeki yaralanmalar şüpheli

bulunmuş, aynı gün, “İlgili Makama” başlıklı bir yazı ile bu lezyonların merdivenden düşme ile uyumlu bulunmadığı belirtilerek Emniyet Çocuk Şube Müdürlüğü’ne bilgi verilmiştir.

Olgumuz, müracaat ettirildiği Özel Hastanenin Yoğun Bakım Servisinde 15 gün yatırırlarak tedavi edilmiştir. Yatışının 9. gününde yapılan kranial BT incelemesinde, her iki parieto-okspital lobda SAK ile uyumlu görünüm, diffüz parankimal ödem, sağ parietal kemik koronal komşuluğunda eski fraktür lehine defekt mevcut olduğu kayıtlıdır.

Yatışının 11. gününde yapılan çocuk sağlığı konsültasyonunda, protein enerji malnutrisyonu, yatışının 14. gününde yapılan göz konsültasyonunda, ezotropeya, optik sinir ve görme yollarının diğer bozuklukları saptandığı kayıtlıdır. Yatışının 15. gününde taburcu edilen çocuk yakın bir ildeki Üniversite Hastanesi Çocuk Nöroloji Servisine sevk edilmiştir.

Olgumuz; Üniversite Hastanesinde 11 gün yatırılarak tedavi edilmiştir. Hikayesinde, istismar şüphesi ve subaraknoid kanama tanısı ile yoğun bakımda tedavi edildiği dış merkezden sevk edildiği, refakatçisi olmadığı, durumu ile ilgili aileden bilgi alınmadığı, yürüyüş ve hareket anormallikleri nedeni ile 5 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındığı, göz konsültasyonunda, strabismus ve görme kaybı olduğu, her iki gözde ışık, obje takibi bulunduğu, göz dibi muayenesinde; sağ ve sol optik disk sınırları silik, kabarık, optik disk ve makuli çevresinde irili ufaklı epitelial hemorajiler, vitreusta yuvarlak opatize saptandığı, aritmi birimine danışıldığı, KİBAS açısından çocuk nöroloji hekimi tarafından takip edildiği, izlem bilgilerinde küçüğe SAK, beyin ödemi ve hipoksik ensefolopati bulunduğu belirtilmiştir.

Olgumuzun hastaneye getirilmesinden 2,5 ay sonra ifadesi alınan Üniversite Hastanesi Çocuk Nöroloji Hekimi; “küçüğün Özel Hastane’den görev yaptığı hastaneye sevk edildiğini, vücudunda değişik yaşlarda morluklar, kalça kısmında yanık izlerinin olduğunu gördüğünü, bu lezyonların düşme mi yoksa şiddet sonucu mu olduğunu tespit etmesinin mümkün olmadığını” ifade etmiştir.

Olgumuzun 5 ay sonra Adli Tıp Şube Müdürlüğü’nde yapılan muayenesinde; birlikte gelen sosyal hizmetlerde görevli bakıcı anneden ayrıntılı bilgi alınmamıştır. Bununla birlikte ilk olay tarihinde Üniversite Hastanesinde yanık nedeni ile yatırıldığı ve halen tedavilerinin devam ettiği, ayrıca olay nedeni ile gözünde etkilenme olduğu ve göz kontrollerinin yapıldığı öğrenilmiştir. Çocuğun huzursuz olduğu, muayene için kıyafetlerini çıkarmak istemediği gözlenmiştir. Bakıcının bez değiştirmesi sırasında muayene edilebilmiştir. Bu muayenede; sol kalça iç tarafta, sol uyluk önde geniş alanda, sağ kalça arka alttan testislere doğru uzanan, sağ uyluk ön yüzde yaklaşık 3 cm çaplı alanda yanık tanımlanan bölgelerde açık renk değişimi görülmüş, keloid görülmemiştir. Eklem hareketlerinin normal olduğu, gövde ve yüzde sekel lezyon görülmediği belirtilmiştir. Bu aşamada adli tahkikat bilgileri de değerlendirilmiştir.

Polis Merkezi tarafından düzenlenen bilgi alma tutanağında; Çocuk Evleri Koordinasyon Müdürlüğünde çalışan bakıcı annenin, “3-4 yaşlarındaki küçüğe refakat ettiğini, küçüğün kalça kısmında ve bacaklarında yanıklar ve vücudunda morluklar olduğunu, küçüğün hiç göremediğini ve yürüyemediğini, refakat ettiği süre boyunca küçüğün sağlık personelinin ve kendisinin vücuduna dokunmasına müsaade etmediği, vücuduna dokunmak istediğinde ‘tamam tamam dokunmayın’ şeklinde söylemede bulunduğunu” Cumhuriyet Savcılığı’nın soruşturma tutanağında; çocuğun bakımıyla ilgilenen kişinin küçüğün merdivenden düştüğünü beyan ettiği kayıtlıdır.

Adli raporda aydınlatılması istenen hususların aydınlatılabilmesi için, son muayene bulgularını da içeren tüm tıbbi belgeleri ile birlikte tekrar değerlendirilmesi gerektiğine karar verilmiştir.

Olaydan 1 yıl sonra Adli Tıp Şube Müdürlüğü’nde yapılan muayenesinde; her iki uyluk medial yüzde yanığa ait skar dokuları görülmüştür. Küçüğün kelime hazinesinin fakir olduğu, çok fazla konuşmadığı, birkaç kelime söylediği gözlenmiş, olguya ait tıbbi ve adli belgeler incelenmiş ve rapora

kaydedilmiştir.

Sonuç olarak: Farklı yaşlarda (farklı zamanlara ait) ve ciddi yaralanmaları olduğu (kafatası kırığı, farklı yaşlarda yaralar, 2. dereceden yanık, beyin kanaması, hipoksik ensefalopati) göz önüne alındığında, küçüğün fiziksel istismara uğramış olduğunun düşünüldüğü, olayın daha ziyade adli tahkikatla aydınlatılması gerekeceği, fiziksel istismar hususu aydınlatılmasa dahi ihmalin mevcut olduğu kanaatine varıldığından, - Yaralanmasının basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte OLMADIĞI, - Yaşamını tehlikeye sokan bir durum OLUŞTURDUĞU, - Küçüğe olayla ilgili sekel niteliğinde strabismus ve görme kaybı olup olmadığının bir göz hastalıkları uzmanınca aydınlatılması gerektiği kanaatini bildirir rapor düzenlenmiştir.

TARTIŞMA

Kaza dışı yaralanmalar olarak da değerlendirilen fiziksel çocuk istismarı olguları adli olgular olup bildirim zorunludur. Çocuk istismarından şüphelenilmesi durumunda Türk Ceza Kanunu’nun 279 ve 280. maddelerine göre, bu durumun derhal yetkili makamlara (polis, savcılık veya sosyal hizmet birimleri vb.) bildirilmesi gerekir. Çocuğu ihmal ve istismar eden kişiler, istismarın boyutuna göre (ölüme neden olma, yaralama, kötü muamelede bulunma vb.), Türk Ceza Kanunu kapsamında cezai yaptırımlarla karşı karşıya kalacaktır. Dolayısıyla istismarcı kişiler, çocuğu hastaneye getirdiklerinde fiziksel olarak çocuğa şiddet uyguladığını gizlemektedir. Bu sadece bizim ülkemiz için de geçerli bir durum değildir. Literatürde çocuğa bakım veren kişiler tarafından istismarın nadiren itiraf edildiği, görgü tanıklarının ifadesi olmadığı durumlarda kanıtlanmasının oldukça güç olduğu belirtilmektedir (10-13).

Çoğu çocuk istismarı olgusunda olduğu gibi bizim olgumuz da düşme öyküsüyle hastaneye götürülmüştür. Düşme öyküsüyle götürülen 3-4 yaşlarındaki erkek çocukta subaraknoid kanama zemininde gelişen beyin ödemi nedeniyle yatış yapılmıştır. Aynı zamanda, farklı bölgelerde farklı yaşlarda ekimozlar, tırnak batması ile uyumlu lezyonlar, sıcak suya oturma ile oluşan 2.derece yanıklar, protein enerji malnutrisyonu, ezotropeya, optik sinir patolojileri, retinal hemorajiler ve görme yollarında bozukluklar saptanmıştır. Saptanan bulgular öykü ile uyumsuz bulunarak çocuk istismarı düşünülmüştür. İlk yoğun bakım yatışının yapıldığı hastanenin hekimleri tarafından, “İlgili Makama” başlıklı bir yazı ile bu lezyonların merdivenden düşme ile uyumlu bulunmadığı belirtilerek Emniyet Çocuk Şube Müdürlüğü’ne bilgi verilmiştir. Çocuğu ilk değerlendiren ve fiziksel istismarında şüphelenen hekimlerin ihbarı üzerine başlatılan adli süreçte çocuk koruma altına alınmıştır.

Olgumuz, yatışının 15. gününde yakın bir ildeki Üniversite Hastanesi Çocuk Nöroloji Servisine sevk edilmiş, burada da 11 gün tedavi görmüştür. Adli soruşturma sürecinde, küçüğün hastaneye getirilmesinden 2,5 ay sonra Üniversite Hastanesi Çocuk Nöroloji Hekiminin de ifadesi alınmıştır. Uzman hekim ifadesinde, “küçüğün Özel Hastaneden görev yaptığı hastaneye sevk edildiğini, vücudunda değişik yaşlarda morluklar, kalça kısmında yanık izlerinin olduğunu gördüğünü, bu lezyonların düşme mi yoksa şiddet sonucunu olduğunu tespit etmesinin mümkün olmadığını” ifade etmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmali tanısında “şüphe” önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır, sağlık personeli anne babanın çocuğuna zarar verebileceğini kabul etme konusunda sıkıntı yaşayabilmektedir bu gibi durumlarda vakalarla ilk karşılaşan sağlık ekibinin bilgi ve farkındalıkları çok önemlidir. Sağlık kurumuna başvuruda gecikme, çelişkili öykü, tekrarlayan travma öyküsü ve izleri sağlık personeline soru işaretleri uyarıdır (14,15). İstismar olgularının ilk getirildikleri yerler genellikle hastanelerdir. Hastanelerde ise öncelikle acil uzmanları, pediatristler, nörologlar ve beyin cerrahları bu tür olgularla karşılaşmakta ve yetersiz görülebilecek bilimsel veriler haricinde kabul niteliğinde kanaatler kullanılarak bu olguları istismara bağlamak (içlerinde adli tıp uzmanı katkısının

da bulunacağı bir multidisipliner yaklaşım ve beraberinde sosyal çalışmacı yokluğunda) oldukça güç bir durum oluşturmaktadır.

Çocuk istismarına ait bulgular ve özellikle istismara bağlı kafa travmalarında görülen bulgular bizi kesin tanıya götürecek bulgular niteliğinde olmadığı düşünülmektedir (12-18). Aynı bulguların istismar haricinde kaza kaynaklı nedenlerle meydana gelebilecekleri bildirildiğinden olayın istismar olup olmadığı hususunun aydınlatılması multidisipliner tıbbi bir yaklaşımın ötesinde sosyal bir çalışmayı da gerektirmektedir.

Çocuklarla çalışan psikolojik danışman, öğretmen ve doktorların fiziksel istismarın belirlenmesi ve önlenmesi konusundaki rol ve sorumluluklarına vurgu yapılan pek çok çalışma yapılmıştır (11, 16, 18-30). Beyaztaş ve arkadaşları tarafından, Sivas'ta kronik istismar bulguları ile gelen 4 fiziksel çocuk istismarı olgusu sunulmuş ve sonuçta sağlık personelinin çocuk istismarını tanıma ve önleme sorumluluklarına vurgu yapılmıştır (23).

Fiziksel istismar bulgularının ayırt edilmesi önemlidir. Hekimler kimi kez istismara bağlı olmayan lezyonlarda da istismardan şüphelenmektedir. Örneğin Korkmaz ve arkadaşları tarafından yapılan olgu sunumunda, babanın fiziksel istismarına maruz kalma öyküsü çerçevesinde, 7 yaşındaki kız çocuğunun vücudunun değişik yerlerinde kırmızı lekeler ve gözündeki mavi renk değişiminin istismara bağlı olup olmadığı aydınlatılması için çocuk hastalıkları, göz hastalıkları ve dermatoloji konsültasyonları yapılmıştır. Sonuçta görmesi normal, retinal hasarı bulunmayan çocukta mavi sklera (retinanın incelenmesi) tespit edilmiş, yüz ve vücudundaki lekeler porto şarabı lekesi bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Yüz ve vücudundaki bulguların fiziksel istismar ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (22). Diş hekimlerinin fiziksel çocuk istismarı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ile ilgili tez çalışmasında, katılımcıların %70,3'ünün şüpheli istismar durumunda bildirimde bulunmayan veya bildirimde gecikme gösteren bir diş hekiminin karşılaşıcağı yasal yaptırımı bilmediği, yalnızca %15,6'sının çocuğa yönelik fiziksel istismarın tanınması ve bildirim için kendini yeterli bulduğu, %96,7'sinin daha fazla bilgi ve eğitime gereksinim duyduğu saptanmıştır (24).

Benzer şekilde 112 çalışanlarının da çocuk istismar ve ihmali konusundaki farkındalıklarının yeterli olmadığı (25) Aile hekimi ve öğretmenlerin, çocuk ihmali ve istismarı olgularıyla sık karşılaşmadıkları, karşılaştıkları durumlarda ne yapacakları konusunda zorlandıkları (26) İntern doktorların çocuk istismarı ve ihmali vakasıyla karşılaşma durumunda yapılması gerekenler ve yasal bildirim konularında bilgi eksiklikleri olduğunun saptandığı (27), pediatri ve çocuk cerrahi uzmanlarının çocuk istismar ve ihmali olguları ile sık karşılaştıkları ve bu olgularda zorluk yaşadıkları, en fazla zorluk yaşadıkları alanın ise ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç olarak belirlendiği, mezuniyet öncesi eğitim alanları bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (28).

Bizim olgumuzda ilk yoğun bakım yatışının yapıldığı hastanenin hekimleri tarafından, çocukta saptanan lezyonların merdivenden düşme ile uyumlu bulunmadığı ihbarı üzerine başlatılan adli süreçte çocuk koruma altına alınmıştır; ancak daha sonra çocuk nöroloğu tarafından olgunun adli bir olay olduğu kararı verme ve rapor etme konusunda defansif bir tutum sergilendiği görülmektedir. Durumun bilimsel olarak kesin kanıtlanabilir olmaması halinin istismara uğrayan çocuk açısından hayatı tehlike oluşturabilecek nitelikte olduğu hususu akıldan çıkarılmamalıdır.

Olgu ile ilgili tedavi veren hekimin yaptığı işlemler (tetkik vb) ve tedavilerin yasal prosedüre uygun olmasına rağmen çocuğun gördüğü fiziksel istismarı önlemede ve ilgili mercilere ulaştırılmasında bazen bu gibi sıkıntılar görülmektedir. Hekimin gösterdiği bu defansif tutum olgu için tehlikeli bir durum oluşturabilmektedir. İstismar olgularını ilk görme ve değerlendirme imkanına sahip olabilecek hekimler ve tüm sağlık çalışanları tarafından da yeterince anlaşılması fiziksel istismar konusunda tedaviyi veren hekimin tek başına karar vermek durumunda bırakılmaması için ve genel olarak yaklaşımla ilgili neler yapılması gerektiği konusunda hizmet içi eğitimlerin etkinleştirilerek artırılması gerekmektedir. Kurt ve

arkadaşlarının sağlık, eğitim ve din bölümlerinde okuyan üniversite son sınıf öğrencilerinin istismar, ihmal ve aile içi şiddet algıları ve farkındalıklarının değerlendirildiği çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının öğrenimleri boyunca konu ile ilgili bilgi aldıkları, fakat alınan bilginin yeterli olmadığını düşündükleri bildirilmiştir (29).

Açığa çıkmayan çocuk ihmal ve istismar vakaları, çocuğun daha fazla örselenmesine, adli sürecin başlatılmamasına ve çocuğa gereken yardımın yapılamamasına sebep olmaktadır. Sağlık çalışanlarının sevk edilen şüpheli olgularda istismarcının çoğunlukla aile üyesi olduğu, çocukların yaş ortalamasının daha küçük olduğu saptanmıştır. İstismar türleri ve bunlara maruz kalan çocuklarda gözlenen belirtiler konusunda hem ebeveynlerin hem de okullar, sosyal servisler, kolluk kuvvetleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının bilgilendirilmesi ile istismarın erken belirlenmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması olasıdır (30).

Olgumuz olaydan 5 ay sonra adli rapor düzenlenmesi için Adli Tıp Şube Müdürlüğüne getirilmiştir. Küçükke ilgili aydınlatılması istenen hususların aydınlatılabilmesi için tüm tıbbi belgelerin temin edilmesinin istenmesi üzerine, ancak olaydan bir yıl sonra adli rapor düzenlenebilmiştir.

Fiziksel istismara bağlı ölümlerle sonuçlanan olgular olabildiği gibi bazı çocuklarda tedaviye rağmen körlük veya görmede bozukluk, spastik paralişi veya ağır motor bozukluk, epileptik nöbetler ve konuşma bozuklukları, mikrocefali, durağan ansefalopati, sağırılık, dura altı sıvı birikimi, ventriküllerde genişleme ve beyin küçülmesi gibi kalıcı bozukluklar olabilir. Ayrıca dikkat, bellek problemleri ve öğrenme güçlükleri ortaya çıkabilmektedir. Sunduğumuz olguda yaşamsal tehlike oluşmuş, sekel niteliğinde strabismus ve görme kaybı olup olmadığı araştırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Ayrıca küçükte ruhsal ve davranışsal sekeller de beklenmektedir.

Ülkemiz, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesine taraf ülkelerden biridir. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanununda, çocuklara yönelik istismar ve ihmalin önlenmesine ilişkin önemli düzenlemeler yer almaktadır. Ayrıca Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda psikolog, sosyolog, çocuk gelişimi uzmanları ve sosyal hizmet sorumluları da, çocuk koruma çalışmalarına katılmaktadır. Sunduğumuz olguda, Çocuk Evleri Koordinasyon Müdürlüğünde çalışan bakıcı annelerin gözlem ve ifadeleri de dikkate alınmıştır. İstismarın nasıl tespit edileceği hususu oldukça önemli bir konu olmakla birlikte daha öncesinde istismarın nasıl önleneceği üzerinde de durulması gerekmektedir.

SONUÇ

Sağlık kurumlarına başvuran çocuklarda çocuk istismarından şüphelenildiğinde, multidisipliner yaklaşımla, ayrıntılı görüşme, öykü ve fizik muayene yanı sıra, kapsamlı göz muayenesi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, iskelet araştırmaları vb. tetkikler de yapılması gerekmektedir.

Tüm sağlık çalışanlarının, çocuk istismarının tüm formlarını, belirti ve bulgularını gözden kaçırmaması için gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası sağlık programlarında ayrıntısı ile üzerinde durulmalı, farkındalık eğitimleri verilmelidir.

Bununla birlikte bakım veren kişileri istismara sürükleyen sebepler, yüksek riskli grupların belirlenmesi için tarama çalışmalarının yapılması, istismarın önüne geçilebilmesi için takip edilebilecek destek programlarının da geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Acehan S, Bilen A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2013.
2. WHO, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO/HSC/PV/99.1. Geneva, WHO, 1999.
3. Işıklı B. Çocuk istismarının toplumsal boyutu. Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu Kitabı:156-63. İstanbul, Diyarbakır Valiliği, 2008.
4. Oral R, Blum KL, Johnson C. Fractures in young children: are physicians in the emergency department and orthopedic clinics adequately screening for possible abuse? *Pediatr Emerg Care* 2003;19(3):148-53.
5. Oral R, Yagmur F, Nashelsky M, Turkmen M, Kirby P. Fatal abusive head trauma cases: consequence of medical staff missing milder forms of physical abuse. *Pediatr Emerg Care* 2008;24(12):816-21.
6. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006;15(9):153-7.
7. Bilge YD, Taşar MA, Kılınçoğlu B, Özmen S, Tıraş Ü. Alt sosyoekonomik düzeye sahip anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeyleri, deneyimleri ve kullandıkları disiplin yöntemleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013;14:27-35.
8. Topbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004;3(4):76-80.
9. Şan İ, Bekgöz B, Özkan EU. 112'de Görev Yapan Sağlık Personelinin Çocuk İhmal ve İstismarına Yönelik Farkındalık Düzeyleri: Ankara Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 2019; 13: 90-106
10. Feld K, Felt D, Karger B, Helms J, Schwimmer-Okike N, Pfeiffer H, Banaschak S, Wittschieber D . Abusive head trauma in court: a multi-center study on criminal proceedings in Germany. *Int J Legal Med*, 2020;135:235-44.
11. Starling SP, Holden JR, Jenny C. Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics* 1995;95:259-62.
12. Ricci L, Giantris A, Merriam P, Hodge S, Doyle T. Abusive head trauma in Maine infants: medical, child protective, and law enforcement analysis. *Child Abuse Negl* 2003;27:271-83.
13. Kelly P, MacCormick J, Strange R. Non-accidental head injury in New Zealand: the outcome of referral to statutory authorities. *Child Abuse Negl* 2009;33:393-401.
14. Önal SÇ, Celbiş O, Özdemir B, Özdemir MY. Çocuk istismarı. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2013;23(2):124-7.
15. Sener MT, Anci Y, Dursun OB. Significance of healthy family structure in preventing child sexual abuse: A prospective controlled study. *Medicine Science International Medical Journal* 2014;3(1):1046-53.
16. Bass DI, Lee A, Browd SR, Ellenbogen RG, Hauptman JS. Medicolegal issues in abusive head trauma for the pediatric neurosurgeon. *Neurosurg Focus* 2020;49(5):23.
17. Lynøe N , Elinder G, Hallberg B , Rosén M , Sundgren P , Eriksson A. Insufficient evidence for 'shaken baby syndrome' - a systematic review. *Acta Pædiatrica* 2017;106:1021-102.
18. Albert DM, Blanchard JW, Knox BL. Ensuring appropriate expert testimony for cases involving the "shaken baby." *JAMA* 2012;308(1):39-40.
19. Narang SK, Fingarson A, Lukefahr J. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics* 2020;145(4):e20200203.
20. Rosén M, Lynøe N, Elinder G, Hallberg B, Sundgren P, Eriksson A. Shaken baby syndrome and the risk of losing scientific scrutiny. *Acta Paediatrica* 2017;106(12):1905-8.
21. Nuño M, Pelissier L, Varshneya K, Adamo M A, Drazin D; Outcomes and factors associated with infant abusive head trauma in the US. *J Neurosurg Pediatr* 2015;16:515-22.