



Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi

[The Evaluation of the Physical Child Abuse]

Fatma Yücel Beyaztaş, Bahadır Özen, Celal Bütün

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

[Cumhuriyet University School of Medicine, Department of Forensic Medicine, Sivas, Turkey]

Abstract

Child abuse is the implementation of an unacceptable behavior to child by an adult in a certain period in different culture. Generally, the child abuse and neglect is defined as any kind of behavior that negatively affects the growth and development of the child. It is seen that children exposed to abuse are mostly brought to the emergency services because of the tumbling and home accidents. Since a subject in pediatric ages comes to emergency services with a trauma, it should be approached with suspicion. In addition, at the child protection centers in the hospitals, the medical, legal and social evaluation of the child must be carried out without distress in a single center, refraining from taking the recurrence story and making painfully examination of the cases. Our laws articles about the child abuse and neglect are inadequate because there aren't special items connected with the child abuse and neglect. Therefore, for the prevention of child abuse, the treatment and rehabilitation of victims, the special laws connected with the subject matter should be prepared by the legislator. In this study, it was aimed to emphasize the necessity of medicolegal examination for the suspicious child abuse and neglected cases and, to investigate the medical, legal and social process.

Key Words: Child abuse, physical abuse, negligence, home accident, forensic medicine.

(Rec.Date: Dec 08, 2013 Accept Date: Jan 03, 2014)

Corresponding Author: Bahadır Özen, Cumhuriyet University School of Medicine, Department of Forensic Medicine, Sivas, Turkey

E-Mail: drbahaozen@yahoo.com.tr

Fiziksel Çocuk İstismarının İncelenmesi

[The Evaluation of the Physical Child Abuse]

Fatma Yücel Beyaztaş, Bahadır Özen, Celal Bütün

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye

[Cumhuriyet University School of Medicine, Department of Forensic Medicine, Sivas, Turkey]

Özet

Çocuk istismarı, bir yetişkin tarafından belli bir dönemde çocuğa o kültürde kabul edilmeyen bir davranışın uygulanmasıdır. Genel olarak çocuğun büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen her türlü davranış olarak tanımlanmaktadır. İstimara maruz kalan çocukların acil servislere daha çok düşme ve ev kazaları nedeniyle getirildikleri görülmüştür. Çocuk istismarının açık olarak teşhisi söz konusu olmadığı için çocuk yaş grubundaki olgularda travma ile karşılaşınca şüphe ile yaklaşmak gerekmektedir. Ayrıca hastanelerde kurulacak çocuk koruma ve izlem merkezlerinde olguların tıbbi-hukuki ve sosyal değerlendirilmesi; acı çekerek ve defalarca öykü-muayeneyle değil, tek merkezden sıkıntı yaşamadan gerçekleştirilmelidir. Yasalarımızda çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili olarak özel maddeler bulunmadığından ilgili maddeler çocuk istismarı konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle yasa koyucu tarafından çocuk istismarının önlenmesi ve mağdurların tedavi edilip topluma kazandırılması için özel yasalar hazırlanmalıdır. Bu çalışmada; şüpheli fiziksel çocuk istismarı olgularının adli olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilerek, olguların istismar ve ihmali yönünden irdelenmesi, yaşanan tıbbi, hukuki ve sosyal sürecin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, fiziksel istismar, ihmali, ev kazası, adli tıp

(Rec.Date: Dec 08, 2013 Accept Date: Jan 03, 2014)

*** 10. Anadolu Adli Bilimler Kongresi 30 Ekim–2 Kasım 2013 tarihleri arasında poster bildirisi olarak sunulmuştur.**

Corresponding Author: Bahadır Özen, Cumhuriyet University School of Medicine, Department of Forensic Medicine, Sivas, Turkey

E-Mail: drbahaozen@yahoo.com.tr

GENEL BİLGİLER

Giriş ve Amaç

Çocuk istismarının insanlık tarihi kadar eski olduğu söylenebilmesine karşın istismar kavramının konuşulmaya başlanması ve konu ile ilgili sistematik-kapsamlı çalışmaların yapılması ancak son yüzyıl içinde görülmeye başlanmıştır [1,2]). Günümüzde bu süreç, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesinde; “Sözleşmeye taraf devletler, çocuğun anne-babasının ya da onlardan yalnızca birinin yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkâr muameleye, ırza geçme dâhil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar” şeklinde güvence altına alınmıştır [3].

Çocuk istismarı ve ihmali başlıca fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere dört gruba ayrılan ve tıbbi, hukuki boyutları olan önemli bir toplumsal sorundur. Bu çalışmada; fiziksel istismara maruz kalma şüphesi olan çocuklar adli olarak değerlendirilerek olguların istismar ve ihmal yönünden irdelenmesi, ayrıca yaşanan tıbbi, hukuki ve sosyal sürecin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çocuk istismarı ve ihmali anne-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur [4].

Çocuk İstismarının Tarihçesi

Çocuk istismarı konusunda 1860 yılında Tardieu, tıbbi literatürdeki ilk tanımlamayı yapmıştır. Uzun bir süre sonra Caffey'in 1946'da uzun kemik ya da kosta kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündeme gelmiştir. Kempe 1962'de ilk kez “hırpalanmış çocuk” terimini kullanmıştır [5-7].

Çocuk İstismarının Epidemiyolojisi

Çocuk istismarı; dünyadaki tüm toplumlarda görülebilen ve ilgili çalışmalar yapıldıkça görülme sıklığının daha fazla olduğu anlaşılan bir durumdur. Konu ile ilgili profesyonellerin duyarlılıkları ve bilgileri arttıkça, olgular için resmi bildirimler yapıldıkça ilgili rakamlar artmaktadır [8]. Her yıl tüm dünyada milyonlarca çocuk fiziksel, cinsel ve duygusal şiddetin mağduru veya tanığı olmaktadır [9]. İstismar ile ilgili tüm yayınların % 0.76'sının Türkiye kaynaklı olduğu ve dünya sıralamasında 16. sırada yer aldığı bildirilmiştir [10]. Ülkemizde yeterli sayısal verinin toplanmadığı görülmektedir.

ABD Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmal Veri Sistemi 2005 yılı raporlarına göre; 1.460 çocuk ölümü, çocuk istismarı ve ihmalinden kaynaklanmaktadır [8]. Yine ABD'de 2006 yılında 905.000 çocuk kötü muamele mağduru olurken, 1.530 çocuğun istismar ve ihmal nedeniyle öldüğü bildirilmiştir [11]. İsrail'de ilkökul öğrencileri ile yapılan anket çalışmasında; öğrencilerin % 22,2'sinin fiziksel, % 29,1'inin duygusal istismara uğradığı bildirilmiştir [12]. İngiltere'de haftada dört çocuk, istismar ve ihmal nedeniyle ölmekte ve dört yaş altında her 1.000 çocuktan biri fiziksel istismara uğramaktadır [13].

İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından 2000-2002 yılları arasında karara bağlanmış çocuk ölümlerinin incelenmesinde [14]; tespit edilen 216 istismar ve ihmal olgusundan 161'i (% 74,5) ihmal olup, 30'u (% 13,9) fiziksel istismar olarak belirlenmiştir.

Çocuk İstismarı Açısından Risk Faktörleri

Çocuk istismarının nedeni multifaktöriyel olup bir bütün olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Birçok araştırmacı anne-baba, çocuk ve çevre ile ilişkili risk faktörlerinin çocuk istismarının oluşumunda etkili olduğu görüşünde olup, çocuk istismarı için üç önemli faktör bildirilmiştir [1].

a) Ebeveyn ile İlişkili Risk Faktörleri: Bazı anne-babaların çocuk istismarını uygulamaya daha yatkın olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerde bulunan risk faktörleri; sosyoekonomik düzeyin düşük olması, düşük eğitim düzeyi, tek ebeveyn, üvey ebeveyn varlığı, çok eşli olma, parçalanmış aile, ataerkil/geleneksel ailede yaşama, sosyal

izolasyon, on sekiz yaşından küçük olma, istenmeyen gebelik, çok çocuklu olma, ebeveynlik becerisinden yoksunluk, aile içi şiddet, cinsel sorunlar, madde kullanımı, ebeveynde fiziksel/ruhsal hastalık, işsizlik, çocuklukta istismara uğrama olarak tanımlanır [4,8,15-17].

b) Çocuğa Ait Risk Faktörleri: Çocuk istismarı alanında çocuklarda bulunan risk faktörleri; konjenital anomali, mental retardasyon, prematürite, kronik hastalık, düşük doğum ağırlığı, istenmeyen evlilik, evlilik dışı olan çocuk ve çocuğun beklenen cinsiyette olmaması şeklinde tanımlanmaktadır [4,8,16,17].

c) Toplum ile İlişkili Risk Faktörleri: Çocuğun içinde yaşadığı toplumda bulunan sosyal eşitsizlikler, yoksulluk, toplumda çocuğa değer verilmemesi, şiddete toleransın fazla olması, dayanın eğitim aracı olarak görülmesi, çocuk koruma için yasal yetersizlik ve savaş, afetler gibi olağan üstü durumlar istismar açısından risk faktörlerini oluşturmaktadır [15,16].

Çocuğun Fiziksel İstismarı

Fiziksel çocuk istismarı; Dünya Sağlık Örgütü'nce bir bakıcı tarafından fiili olarak zarar veya zarar için potansiyel eylem olarak tanımlanır. Fiziksel istismar, duygusal istismar ile birlikte çocuk istismarının en sık görülen şekillerinden biridir. Yüksek gelirli ülkelerde fiziksel istismar oranı % 4-16 arasında değiştiği tahmin edilmektedir [18]. Kültürlerinde dayaağı, disiplin yöntemi olarak kabullenmiş toplumlarda fiziksel istismar çok daha sık görülmektedir.

Kazalara bağılı yaralanmalar da çocuklarda çok sık görülmekle birlikte, yaşa uygun olmayan, kendi kendine olma olasılığı çok düşük olan yaralanmalarda (kaza dışı) istismardan şüphelenmek gerekmektedir [1]. Tokattan çeşitli objelerin kullanımına uzanan cezalandırma yöntemlerini kapsamaktadır [2].

Fiziksel İstismardan Şüphelenilmesi Gereken Durumlar

Fiziksel istismarda olayın maskelenebilmesi ve saklanabilmesi için ebeveynler çocuğu, bir kaza öyküsü ile sağlık kuruluşuna getirirler. Burada özellikle evde yaşanmış bir kaza öyküsü mevcut olup, dışarıdan başka görgü tanıklarının gösterilme zorunluluğuna girilmemektedir. En sık evde yüksekten düşme, sıcak bir şeyin üzerine düşmesi veya devrilmesi gibi nedenler kullanılmaktadır [18].

Kazaya bağlı yaralanmalar ile istismara bağlı olan yaralanmaları ayırmak çok önemlidir. Bu ayırmada yapılacak hatalar hem çocuk hem de aile için çok ağır sonuçlar doğurabilir. İstismara bağlı yaralanmalar tespit edilemeyip atlanırsa çocuk, istismarcısına teslim edilecek ve istismar artarak devam edecektir. Söz konusu gecikmeler ek yaralanmalara hatta ölüme neden olacaktır [18]. Ayrıca kazaya bağlı oluşmuş yaralanma tespit edilemeyip, istismar olarak değerlendirilirse aile gereksiz yere suçlanacak ve yaşanan adli süreç nedeniyle çocuk ve aile travmatize olacaktır [1].

Başvuruda çocuğu tedaviye getirmede açıklanamayan bir gecikme, çelişkili veya fiziksel bulgularla uyumsuz öykü, tekrarlayan şüpheli yaralanmalar, hasardan çocuğu ya da başka birini sorumlu tutan ebeveyn, çocuğun hasarla ilgili ebeveyni suçlaması, anne ve/veya babada istismara uğrama öyküsü, anne ve/veya babanın çocuktaki hasar konusunda ilgisiz ya da aşırı kaygılı görünmesi, çocuğun hastane hastane gezdirilmesi fiziksel istismarı düşündürmelidir [13,19,20].

Fiziksel İstismar Muayene Bulguları

Fiziksel istismar acil bir klinik tabloyla karşımıza çıkabilir. İlk değerlendirme sırasında beyin hasarı, iç kanama, nörolojik ve hemodinamik durum açısından dikkat etmek gerekmektedir [18]. En sık olarak deri, iskelet ve merkezi sinir sistemi bulguları ile ortaya çıkar. Çocukta ayrıntılı bir değerlendirme yapılmalı; gelişimsel, davranışsal, mental ve emosyonel durum araştırılmalıdır. Hassasiyet olan bölgeler gizli travma açısından radyolojik olarak incelenmelidir. Morluk ve yanıklar yer-şekil-boyut-renk olarak not edilmeli ve lezyonun boyutunu değerlendirebilmek için bir ölçü skalasının görülebileceği fotoğrafları çekilmelidir [1].

Deri Bulguları: Ekimoz, sıyrık, kesi, yanık, hematoma ve ayrıca ısırık izi, cetvel, kemer gibi bir cismin şekline benzeyen yaralar değerlendirilmelidir [1,18]. Bacak, kol, karın ve kulak arkasında, genital bölgede, kalçada ya da diğer yumuşak doku bölgelerinde görülen ekimozlar istismar şüphesi uyandırmalıdır [1].

Ağız ve Diş Yaralanmaları: İstismar nedeniyle ağız içinde oluşan yaralanmalar; ağız mukozasında, sert-yumuşak damakta, dilde, dudaklarda ve frenilumda yanıklar ya da

laserasyonlar, dişlerde kırılma ve dökülmeler ile çene kemiğinde kırıklar şeklinde görülebilir. En sık yaralanan bölge dudaklardır [21]. Ağız yaraları sıklıkla çatal, kaşık gibi yemek araçları ile ya da biberonla zorla besleme sırasında oluşur [18,21].

Göz Bulguları: Periorbital ekimoz, katarakt, lens subluksasyonu, subkonjonktival kanama, optik sinir hasarı, şaşılık, intraoküler retinal kanamalar istismar sonucu görülebilmektedir [15].

İskelet Sistemi Bulguları: Kırıklar yaygın olarak kemiklerin metafiz ve epifiz çevresinde görülür. Metafiz ayrılması, küçük kopma kırıkları ve köşe kırıkları; çekme, bükme gibi zorlamalar sonucunda oluşur. Kol ya da bacağın bükülerek şiddet uygulanması ise spiral kırıkları oluşturur. Herhangi bir nedenle oluşmuş bir kırık, tanı aldığında istismardan şüpheleniliyorsa mutlaka diğer kemikler taranmalıdır [22,23]. Çocuklarda özellikle altı ay ile altı yaş arasında görülen ve 2-3 yaşta zirve yapan “dadı dirseği” veya “çekilmiş dirsek” olarak bilenen eklem çıkıkları görülür [24].

Kafatası Kırıkları: Ölümcül istismar olgularının yaklaşık yarısında kafatası kırıkları bulunmaktadır. Kafa travmalarında kafatasında kırık ve subdural kanamalar birlikte ise istismardan, özellikle sarsılmış bebek sendromundan şüphelenilmelidir [25].

İç Organ Yaralanmaları: İç organ hasarları en sık karın bölgesinde görülmektedir. Kafa travmalarından sonra ikinci ölüm nedenidir. Genellikle doğrudan darbe ile oluşurlar. Travma ve hematoma gelişimine en uygun lokalizasyon karının üst ortası ve göbek çevresi olup en sık karaciğer yaralanması görülür [26].

Psikolojik ve Davranışsal Bulgular: Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda sosyal işlevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir. Bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekip daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, yoğun öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurabilmektedir [27]. Saldırgan ve suça yönelik davranışlar, fiziksel istismar ve ihmalle en sık birliktelik gösteren sorunlardır [28]. Fiziksel istismara uğramış kişilerde özkıyım düşüncelerine daha yüksek oranda rastlanılmaktadır [29]. Madde kötüye kullanımı, psikopatik kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler gibi sağlığı tehdit eden davranışlar, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve kaygı bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar da

fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda daha sık rastlanmaktadır [30]. Fiziksel istismar olaylarında akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu sık görülen ruhsal sorunlardır [31].

Fiziksel İstismar Uygulama Şekilleri

Fiziksel istismara maruz kalan çocukların büyük çoğunluğu tıbbi yardım alamamaktadır. Tıbbi yardım için sağlık kuruluşlarına başvuran olguların ise yaralanma düzeyleri ciddi olup, genellikle yaşamsal tehlikesi olan olgulardır [1,2].

Dövme: En sık rastlanan fiziksel istismar şeklidir [1]. Vücutta kalça, genital bölge ve kulak arkalarında ekimoz tespit edilmesi istismar şüphesi açısından önemlidir [32]. Dövme eylemi aletsiz (tokat, tekme, itip kakma, vb.) saldırı şeklinde olabileceği gibi aletli (kemer, kamçı, zincir, kalın ip ve herhangi bir ev aleti, vb.) saldırı şeklinde de olabilmektedir.

Yanıklar: Kaza şeklindeki yanıkların çoğu çocuğun merakı sonucu gelişir. Bu tip yanıklar içerisinde sıcak sıvı bulunan bir kabın çocuk tarafından çekilmesiyle oluşabilmektedir. Ancak bakıcılar tarafından çocuğun üzerine ceza amaçlı olarak dökülme ihtimali akıldan çıkarılmamalıdır [1,18]. İstismar şüphesi sonucu meydana gelen yanıklar; genellikle bilateral üst ve alt ekstremitelerde eldiven-çorap tarzı yanıklar, izole genital bölge veya kalça yanıkları, sigara izmariti, demir çubuk gibi şekilli yanıklar, etrafında sıçrama izleri bulunmayan sıvı tarafından olduğu bildirilen yanıklar veya tekrarlayan yanıklar olduğu bildirilmiştir [33].

Zehirlenme: Çocukların zehirlenmesi herhangi bir ilaç ya da kimyasal madde ile olabilmektedir. Kaza ile ilaç veya kimyasal madde alan küçük çocuklar normalde az miktarda alabilmektedirler. Aşırı miktarda alınarak doz aşımı ve yaşamsal tehlike saptanan her olguda, çocuğun kişi veya kişilerce zehirlenmiş olabileceği akla getirilmeli ve istismar şüphesiyle yaklaşılmalıdır [1,34]. Çocuğa zorla tuz verilmesi ve susuz bırakılması hipernatremik dehidratasyona, aşırı su verilmesi su intoksikasyonuna neden olabilmektedir. Olgular idrar ve dışkı inkontinansı, kusma, davranış bozuklukları, konvülziyonlar, solunum arresti ve koma ile getirilir, hiponatremi veya hipoksemi saptanabilir [1].

Sarsılmış/Sallanmış Bebek Sendromu: Fiziksel çocuk istismarının en ağır formudur. En sık iki yaşın altında görülmekle birlikte beş yaşa kadar olabileceği bildirilmektedir (1). Çocuklar

genellikle uzun avutulmaz ağlamaların sonucunda sallanır ve sonrasında öfke ile bir yere fırlatılabilir. Failler sık olarak baba, erkek arkadaş ve bakıcılar olup, genellikle çocuk bakma konusunda sabırsız ve tecrübesizdirler [25]. Haricen çoğu kez travmatik bulgu görülmez. Beyin, kafatasının içinde ileri geri hareket eder ve kontüzyon, köprü venlerin yırtılması, subdural hematoma ve beyin kanamaları gelişebilir. Bazı olgularda posterior kosta kırıkları, metafiziyel uzun kemik kırıkları eşlik etmektedir [25,35].

Türkiye’de çok merkezli kaza dışı kafa travması sıklığını bildiren bir çalışmada [35]; hastaneye subdural kanama, subaraknoid kanama, kafatası kırığı, koma, retinal kanama, bilinç değişikliği nedeniyle kabul edilen 36 ay altı çocuklar geriye dönük olarak incelenmiş olup olguların % 48’i kaza, % 7’si olası istismar, % 22’si istismar olarak belirlenmiş ve % 23’ünde neden saptanamamıştır.

Munchausen by Proxy Sendromu: Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin gerçekte olmadığı halde bir hastalık üretmesi sonucu hastaymış gibi çocuğu hastane hastane gezdirmesi, çok ilgili görünerek uydurduğu hastalık nedeniyle çocuğun çeşitli tetkik ve tedavi yöntemleri ile ruhsal ve bedensel zarara uğraması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğun tıbbi tanı ve tedavi almasından uygulayıcı mutluluk duymakta veya haz almaktadır. Çocuktaki tıbbi problemler tedaviye yanıt vermez veya açıklanamayan, şaşırtıcı, dirençli ve olağandışı bir gidiş izlenmektedir. Çocuklar gereksiz olarak birçok girişimsel tetkiklere, radyasyona, ameliyatlara ve ilaçla yanlış tedaviye maruz kalmaktadır. Bazı çocuklarda sonuçlar önemsiz iken bazılarında öldürücü olabilmektedir [36-38].

Çocuk İstismarında Görüntüleme Yöntemleri

İstismar varlığını araştırmada kırıkların tespiti önemli bir yer tutmaktadır. Çocuk istismarı kavramını yerleştirenler arasında radyolog John Caffey bulunur [39]. Grafilerde elde edilen bulgular yasal süreçte kullanılacak önemli bir delildir.

Direkt grafiler: İstismardan şüphelenilen beş yaş altı çocuklarda tüm iskelet sistemi taraması gereklidir [1,18]. Amerikan Radyoloji Koleji, 1997 yılında istismardan şüphelenilen olgular için iskelet taraması standartları geliştirmiş ve tarama amacıyla antero-posterior (AP) ve lateral kafatası, lateral servikal omur, AP ve lateral toraks, AP pelvis, lateral lomber omur, AP

humerus, AP önkol, oblik el, AP femur, AP tibia, AP ayak grafileri şeklinde 19 görüntüyü önermiştir. Beş yaşın üzerindeki çocuklarda sadece semptomatik olan bölgelerin grafileri yeterlidir. Kafatası kırığından şüphelenildiğinde aksiyal kraniyal bilgisayarlı tomografide kırık atlanabildiğinden, AP ve lateral kafatası grafilerinin de çekilmesi gerekir [1].

Sintigrafi: Direkt grafilere yardımcı olarak sintigrafi önerilmektedir [18]. Geleneksel yöntemlerle saptanamayan kırık, travmadan sonra bir yıl içinde sintigrafiyle saptanabilir [40].

Kranial Bilgisayarlı Tomografi (BT): Künt kafa travması olan on sekiz aydan küçük şüpheli çocuk istismarı olgularında istenmelidir [18]. Özellikle de retinal kanama varsa kafa içi hasar şüphesinde kranial BT, manyetik rezonans veya her ikisi birden endikedir. Kontrastsız kranial BT’de parankim içi, subaraknoid, subdural ve epidural kanamalar açısından yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Akut kanamanın değerlendirilmesinde BT daha üstündür [1,18,39].

Kranial Manyetik Rezonans (MR): Tomografinin saptayamadığı küçük kanamaları ve parankim hasarını tespit edebilmektedir [18,39]. Akut subaraknoid kanama ve subdural kanamayı tespit edemeyebileceğinden akut olgularda 5-7 gün ertelenmelidir [39]. Kafa içi zedelenmelerinde subakut ve kronik zedelenmelerin tanısında en geçerli yöntemdir. Ayrıca subdural kanama yaşı hakkında daha fazla bilgi verebilmektedir [18].

Ultrasonografi (USG): Hasta başında yapılabilme ve radyasyona maruz kalmaması gibi avantajları vardır. Özellikle batındaki yaralanmaları göstermede yardımcı olur [39].

Çocuklarda Ev İçi Kazalar

Çocuklar gelişimsel olarak kendilerini kaza ve yaralanmalardan koruyamadıklarından onlar için emniyetli ortamların oluşturulması ve yaşam alanlarının güvenliğinin denetlenmesi erişkinlerin sorumluluğundadır [41]. Çocukluk çağında yaşanan ev kazalarını engellemek, yaralanma ve sakatlıkları azaltmak için ailelere ve topluma ev kazalarına yönelik eğitimler verilmelidir. Evde alınan küçük tedbirler ile kazalar önemli ölçüde engellenmiş olacaktır [41,42].

Çocuk İstismarında Yasal Süreç

a) Uluslararası Yasal Süreç

Çocuk Hakları Sözleşmesi, 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda oy birliği ile kabul edilmiştir. 14 Şubat 1990 tarihinde Türkiye tarafından imzalanan ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda onaylanan sözleşme, 9 Aralık 1994 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanmıştır. Resmi Gazete'de 27 Ocak 1995 tarihinde yayımlanan Çocuk Hakları Sözleşmesi, 4058 sayılı yasa ile iç hukuk kuralına dönüşmüş ve uygulanmaya başlanmıştır. Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 19, 34 ve 39'uncu maddelerinde çocuk istismarı ile ilgili ifadeler bulunmaktadır [3].

Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 19: Bu sözleşmeye taraf devletler; çocuğun anne ve/veya babasının, yasal vasi veya vasilerinin ya da bakımını üstlenen herhangi bir kişinin yanında iken bedensel veya zihinsel saldırı, şiddet veya suistimale, ihmal ya da ihmalkar muameleye, ırza geçme dahil her türlü istismar ve kötü muameleye karşı korunması için; yasal, idari, toplumsal, eğitsel bütün önlemleri alırlar. Koruyucu önlemler; çocuklara kötü muamele olaylarının önlenmesi, belirlenmesi, bildirilmesi, yetkili makama havale edilmesi, soruşturulması, tedavisi ve izlenmesi için gerekli başkaca yöntemleri ve uygun olduğu takdirde adliyenin işe el koyması olduğu kadar durumun gereklerine göre çocuğa ve onun bakımını üstlenen kişilere gereken desteği sağlamak amacı ile sosyal programların düzenlenmesi için etkin usulleri de içermelidir.

Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 34: Çocuğa, her türlü cinsel sömürüye ve cinsel suistimale karşı koruma güvencesi verirler. Bu amaçla taraf devletler özellikle çocuğun; yasadışı bir cinsel faaliyete girişmek üzere kandırılması veya zorlanmasını, fuhuş ya da diğer yasadışı cinsel faaliyette bulundurularak sömürülmesini, ayrıca pornografik nitelikli gösterilerde ve malzemede kullanılarak sömürülmesini önlemek amacıyla ulusal düzeyde ve ikili çok taraflı ilişkilerde gerekli her türlü önlemi alırlar.

Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 39: Taraf devletler, her türlü ihmal, sömürü ya da suistimal, işkence ya da her türlü zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ya da ceza uygulaması ya da silahlı çatışma mağduru olan bir çocuğun, bedensel ve ruhsal bakımdan

sağlığına yeniden kavuşması ve yeniden toplumla bütünleşebilmesini temin için uygun olan tüm önlemleri alırlar.

b) Ulusal Yasal Sürec

Çocuklarda yaş değerlendirmesi TCY 31. maddesi kapsamında önem taşımaktadır. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında ceza kovuşturması yapılamaz; ancak çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmamış olanların; işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde indirimli ceza uygulanmaktadır. Fiili işlediği sırada on beş yaşını doldurmuş olup da on sekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında indirimli ceza uygulanmaktadır [43].

Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu anne, baba veya çocuğa bakmakla görevli kimsenin çocuğun yaralanmasına veya ölmesine neden olması; bu konuda özel bir yasa maddesi olmamakla birlikte, taksirle öldürme ve taksirle yaralanmadan dolayı TCY’de (85. ve 89. madde) suç sayılmaktadır. Ancak TCY 22. maddesinin 6. fıkrasına göre taksirle hareket sonucu, özellikle failin kişisel ve ailevi durumu bakımından artık bir cezanın hükmedilmesini gereksiz kılacak derecede mağdur olmasına yol açmışsa ceza verilmez. Bilinçli taksir halinde verilen ceza yarıdan altıda bire kadar indirilebilmektedir [43].

Tartışma ve Sonuç

Toplumumuzda “Çocuk düşe kalka büyür”, “Isırarak ve döverek sevmek” gibi bazı kültürel alışkanlıklar nedeniyle çocuk yaralanmaları doğal bir süreç gibi görülmektedir. Oysaki bir çocuğun kafa travması ve kısa mesafeli düşme gibi öyküyle başvurusu oluyorsa çocuk istismarı yönünden hekimin dikkatli olması gerekmektedir. Olguların büyük çoğunluğunda getirilme yakınmaları beşik, sandalye, kanepe ve sedir gibi fazla yüksek olmayan ev

mobilyasından düştüğü şeklindedir [44]. Yapılan bir araştırmada [41]; 0-6 yaş grubu çocuklarda ölümle sonuçlanan düşme olaylarının % 50-80'inin ev ortamında meydana geldiği bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise istismar sonucu ölen çocukların % 50,5'inin ev içinde herhangi bir yerde öldüğü belirtilmiştir [14].

Kafatası kırığı, beyin sarsıntısı ve yumuşak doku travması olan infantların sadece % 0,2'sinin rapor edildiği bildirilmiştir [45]. Ayrıca başka bir çalışmada [46]; ev kazası nedeniyle acile başvurusu yapılan çocukların % 16,1'inde şüpheli fiziksel istismar bulguları bildirilmiştir. Çocuk istismarı ön tanısı düşünülmendiğinden, ayrıntılı fizik muayene bulguları ve uygun laboratuvar-radyografik incelemeler yapılmadığından çok sayıda fiziksel istismar olgularının atlanması olasıdır.

Çocuklarda özellikle üç yaş altı grupta yaralanma öyküsü alınırken çocuk istismarı göstergelerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Çocuğun gelişimsel aşaması göz önünde bulundurularak mevcut yaralanmalar istismar olasılığı açısından değerlendirilmelidir. Yapılan bir çalışmada [47]; bir yaşından küçük çocuklarda femur kırığı olanların % 30'unda çocuk istismarı rapor edilmiştir. Tiatz ve arkadaşlarının çalışmasında [48]; acile kırık nedeniyle başvuran olguların % 31'inde şüpheli fiziksel istismar olduğu belirtilmiştir. Düşük mesafelerden düşme sonucu başvuran olgularda kırık olması istismar açısından şüpheli olarak değerlendirilmektedir.

Çocuk istismarı ve ihmaline maruz kalan olguların yetişkinler tarafından düşme ve ev kazası gibi nedenlerle hastanelere başvurdıkları, bazı olguların ise hastane hastane dolaştırıldıkları görülmüştür. Bazı olgularda istismarın açık olarak teşhisi söz konusu olmadığı için sağlık personeli çocuk yaş grubundaki olgularda travma ile karşılaşınca “şüpheli” ile yaklaşımları gerekmektedir. Öyle ki; olgunun orijini olarak kaza veya istismar yönünden değerlendirilmesi, adli güçlerce yapılan incelemeler sonrasında yapılmalıdır.

Ülkemizde sağlık çalışanları görevlerini yaptığı sırada fiziksel istismar şüphesi olarak adli olgu ile karşılaşmalarına rağmen durumu yetkili makamlara bildirmediğinde TCY 280. maddesine göre ceza öngörülmektedir. Sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası meslek eğitimleri devam ettirilmeli, bilgi düzeyi ve duyarlılığının artırılması amaçlanmalıdır.

Çocuklar yapısal olarak meraklı, hareketli ve tehlikeleri fark edemeyen yapıya sahiptirler. Yetişkinler için risk taşımayan ortamlar onlar için riskli olup, travmalara maruz kalabilmektedirler. Bu gibi nedenlerle kendilerini kazalardan koruyamadıklarından çocuklar için güvenli ortamların oluşturulması, koruyucu önlemlerin alınması ve güvenliğin kontrol edilmesi erişkinlerin sorumluluğundadır [41]. Bunun için başta anne, baba ve diğer bakıcılar olmak üzere toplumdaki bireylere bu konuda bilgilendirme yapılmalı, alınabilecek önlemler hakkında eğitimler verilmelidir.

Hastanelerde çocuk koruma ve izlem merkezleri kurulmalı, olguların tıbbi-hukuki ve sosyal değerlendirilmesi; defalarca öykü-muayeneyle ve acı çekerek değil, tek merkezden sıkıntı yaşamadan gerçekleştirilmelidir. Ayrıca yapılan incelemeler sonucunda; madde kullanımı, işsiz ebeveyn, çocuk yaşta evlilik, istenmeyen gebelik gibi çocuk istismarı açısından risk taşıyan aile ve çocuklar belirlenmelidir. Bu aile ve çocuklara yönelik eğitim ve sosyal destek programlar ile düzenli aralıklarla takipleri yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Kara B, Biçer U, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004;47(2):140-51.
2. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı-Tanımlar-1. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007;23-58.
3. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html acces date 20.03.2013
4. Oral R, Can D, Kaplan S. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. Child Abuse Negl. 2001;25(2):279-90.
5. Sicher P, Lewis O, Sargent J, Chaffin M, Friedrich WN, Cunningham N, Thomas R, Thomas P, Villani VS. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in eastern Europe. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:660-7. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(5):660-7.
6. Sink EL, Hayman JE, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(3):790-7.
7. Christian CW, Block R; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. Abusive head trauma in infants and children. Pediatrics. 2009;123(5):1409-11.

8. Ballı Ö. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran çocuk istismarı ve ihmali olgularının değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2010.
9. Butchart A, Kahane T. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, Toronto, 2006.
10. Yalçın SS. İstismara bağlı kafa travması: Bilimsel yayınlarda yeri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2011;54(4):227-30.
11. Pala B, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Child maltreatment: abuse and neglect. Dicle Med J. 2011;38(1):121-7.
12. Benbenishty R, Zeira A, Astor RA, Khoury-Kassabri M. Maltreatment of primary school students by educational staff in Israel. Child Abuse Negl. 2002;26(12):1291-309.
13. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. Sted. 2006;15(9):153-7.
14. Saka E. Adli Tıp Kurumu Başkanlığınca karara bağlanmış çocuk ölümlerinin çivi açısından incelenmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul, 2004.
15. Çetin F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008.
16. Kültür EÇ, Çetin FÇ, Gökler B. Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. The Turkish Journal of Pediatrics. 2007;49(3):256-62.
17. Yolcuoğlu Gİ. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi. 2010;21(1):73-83.
18. Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. Scand J Surg. 2011;100(4):264-72.
19. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abuse Negl. 2002;26(6-7):697-714.
20. Bütün C, Beyaztaş FY, Oral R, Güney C, Büyükkayhan D, Sato Y. Baba tarafından ikiz çocuk istismarı. Turk Arch Ped. 2011;46(4):346-50.
21. Kellogg N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics. 2005;116(6):1565-8.
22. Fong CM, Cheung HM, Lau PY. Fractures associated with non-accidental injury: an orthopedic perspective in a local regional hospital. Hong Kong Med J. 2005;11(6):445-51.
23. Kemp A M, Butler A, Morris S, Mann M, Kemp K W, Rolfe K, Sibert J R, Maguire S. Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? Clinical Radiology. 2006;61(9):723-36.

24. Koval KJ, Zuckerman JD. Çocukluk çağı dirsek kırıkları. İçinde: Şaylı U (çeviri ed), Kırık ve Çıkıklar El Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2010;31-3.
25. Blumenthal I. Shaken baby syndrome. Postgrad Med J. 2002;78(926):732-5.
26. Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD, Kemp AM, Yates DW, Sibert JR. Abdominal injury due to child abuse. Lancet. 2005; 366(9481):234-5.
27. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(10):1214-22.
28. Lewis DO. From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992;31(3):383-91.
29. Livingston R. Sexually and physically abused children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987;26(3):413-5.
30. Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child Abuse Negl. 2002;26(6-7):715-29.
31. Emery RE, Laumann L. Child abuse. In: Rutter M, Taylor E, eds, Child and Adolescent Psychiatry. Bath: Great Britain at Bath Press, 2003;325-9.
32. Saperia J, Lakhanpaul M, Kemp A, Glaser D; Guideline Development Group and Technical Team. Guideline development group and technical team. When to suspect child maltreatment: Summary of nice guidelines. BMJ. 2009;339:b2689.
33. Daria S, Sugar NF, Feldman KW, Boos SC, Benton SA, Ornstein A. Into hot water head first: distribution of intentional and unintentional immersion burns. Pediatrics Emerg Care. 2004;20(5):302-10.
34. Yalçın N. Türkiye’de çocuk istismarı ve çözüm önerileri. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.
35. Şahin F, Taşar MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. Türk Ped Arş. 2012;47(1):152-8.
36. Schreier H. Munchausen by proxy. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2004;34(3):126-43.
37. Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. Pediatrics. 2007;119(5):1026-30.
38. Kılıç SC, Bütün C, Beyaztaş FY, Özen B, Şahin RT, Çağlar FF. Burun kanaması ile başvuran “munchausen by proxy” sendromu olgusu. Türk Ped Arş. 2012;47(3):228-9.
39. Sane SM, Kleinman PK, Cohen RA (Section on Radiology, American Academy of Pediatrics). Diagnostic imaging of child abuse. Pediatrics. 2000;105(6):1345-8.
40. Kaya E. Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanmasında nükleer tıp yöntemlerinin kullanımı. Güncel Pediatri. 2010;8(4):30-5.
41. Turan T, Dündar SA, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2010;16(6):552-7.

42. Arslanköylü AE, Kömür M, Uysal S, Erdoğan S. Çocuk yoğun bakım biriminde önlenabilir kazalar nedeniyle izlenen hastalar. Türk Ped Arş. 2012;47(1):43-6.
43. Yılmaz Z. Anayasa TCY-CMY ve İnfaz Kanunu. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2010;107-245.
44. Yağmur F, Asil H, Canpolat M, Per H, Coşkun A. Kısa mesafeli düşme ve sarsılmış bebek sendromu. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2010;30(2):766-71.
45. Oral R, Floryanovich A, Goodman J, Türkmen M. Characteristics of household falls in children under 2 years of age. The Turkish Journal of Pediatrics. 2007;49(4):379-84.
46. Gencer O, Ozbek A, Bozabali R, Cangar S, Miral S. Suspected child abuse among victims of home accidents being admitted to the emergency department a prospective survey from Turkey. Pediatr Emerg Care. 2006;22(12):794-803.
47. Sink EL, Hyman JE, Matheny T, Georgopoulos G, Kleinman P. Child abuse the role of the orthopaedic surgeon in nonaccidental trauma. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(3):790-7.
48. Taitz J, Moran K, O'Meara M. Long bone fractures in children under 3 years of age: is abuse being missed in emergency department presentations? J Paediatr Child Health. 2004;40(4):170-4.