

Bir Çocuk İhmali Vakası

A Case of Child Neglect

Dr. H. Nur PELTEK KENDİRCİ,^a
Dr. Faysal ŞAYLIK,^a
Dr. Gonca YILMAZ,^a
Dr. Runa USLU^b

^aPediatric Kliniği,
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
^bÇocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 12.04.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 24.05.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. H. Nur PELTEK KENDİRCİ
Keçiören Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Pediatric Kliniği, ANKARA
drhnpeltek@yahoo.com

ÖZET Çocuğa yönelik kötü muamele ya da çocuk istismarı ve ihmali insanlık tarihi kadar eski, bir o kadar bilinen, ancak tanınmayanların bilinenlerden çok daha fazla olduğu toplumsal ve tıbbi bir sorundur. Çocuk ihmali, istismardan daha çok görülmesine rağmen onun kadar çarpıcı değildir; ancak onun kadar örseleyicidir. Uzun dönem içinde fiziksel, psikolojik ve toplumsal sonuçları vardır. Bu yazıda, fiziksel ve duygusal ihmalle karşılaşmış 7 aylık bir kız çocuğu sunulmuş, çocuk ihmalinin risk etmenleri ve yaklaşımı tartışılmıştır. Çocuk ihmali ve istismarının tanısının konmasında hekimin farkındalığı, bu konuda bilgi birikimi ve güdülenmesi önemlidir. Ülkemizdeki hastanelerde, çocuk istismarı ve ihmali değerlendirme ve izleme ekipleri sınırlı sayıdadır. Var olan ekipler de henüz kurulma ve olgunlaşma aşamasındadır. Bu konuda ekip çalışması yapılması ve çalışma çizelgelerinin belirlenmesi acil olarak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, gelişme geriliği bozuklukları

ABSTRACT Poor conduct towards children or child abuse and neglect are as old as human history; it is a social and medical problem because the unknown events are much more than known events. Child neglect is more often seen than child abuse and it is not as dramatic but important as child abuse. It has physical, psychological and social consequences in a long period of time. In this case report, we present a seven-month-old girl, who faced to physical and emotional neglect to discuss the risk factors and approach to child neglect and abuse. Physicians' motivation and knowledge is very important in diagnosis of child neglect. Child abuse and neglect teams at our hospitals are new and limited in number. Team-working is essential for child abuse and neglect.

Key Words: Child abuse, developmental delay disorders

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2008;17:198-202

Çocuk istismarı, karmaşık nedenleri ve acıklı sonuçları olan, tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir sorundur.^{1,2} Dünya Sağlık Örgütü, bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları çocuk istismarı olarak tanımlamaktadır.³ Çocuk istismarı ihmali, fiziksel, cinsel, duygusal istismar olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır.^{2,4} Çocuğun beslenme, barınma, giyim, temizlik, sağlık, eğitim, korunma, gözetim, güven, dokunulma, kendini değerli görme, toplumsallaşma, uyarılma, sevilme gibi temel fiziksel ve duygusal gereksinim-

lerinin onun bakımını üstlenenler tarafından karşılanmaması çocuk ihmali olarak tanımlanmaktadır. İstismardan daha çok görülmesine rağmen onun kadar çarpıcı değildir, ancak onun kadar öreleleyicidir.⁵

Çocuğa yönelik kötü muamele ya da çocuk istismarı ve ihmali insanlık tarihi kadar eski, bir o kadar bilinen, ancak ortaya çıkarılan olgu sayısından çok daha fazla bilinmeyenlerin olduğu toplumsal ve tıbbi bir sorundur.⁶

Tüm dünyada çocuk nüfusunun %1-2'si ihmal edilmektedir. Tüm istismarların yaklaşık %48-63'ünün ihmal ile birlikte olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de bir iki olgu sunumu dışında, doğrudan çocuk ihmalinin sıklığı ve niteliğine ilişkin çalışma bulunmamaktadır.⁵

Bu yazıda fiziksel ve duygusal ihmalle karşılaşmış 7 aylık bir kız çocuğu sunulmuş, çocuk ihmalinin risk etmenleri ve yaklaşımı tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Yedi aylık kız çocuk, nefes almada güçlük, sık nefes alma, öksürük, kusma şikayetleri ile çocuk acil polikliniğine getirildi. Öyküsünden, 3-4 gündür bu şikayetlerinin olduğu, bu nedenle daha önce doktora başvurmadıkları öğrenildi. Özgeçmişinde; doğum öncesi dönemde patolojik bir özellik olmadığı, planlanmamış ve istenmeyen bir gebelikten 32 haftalık, 1700 gram, erken doğum eylemi nedeniyle C/S ile doğduğu, doğum sonrası dönemde 1 ay süreyle küvez bakımı aldığı, hiç anne sütü almadığı, inek sütü ile beslendiği, üçüncü ayda beslenmesine pirinç unu ve bisküvi eklendiği, motor-mental gelişim basamaklarının ailesi tarafından bilinmediği, 5 aylıkken adını bilmedikleri bir aşı yapıldığı, bundan başka aşısının olmadığı ve daha önce benzer hastalık geçirmediği öğrenildi. Soygeçmişinde, annenin 30 yaşında, sağ ve psöriasis hastası olduğu, babanın 37 yaşında, sağ ve sağlıklı olduğu, aralarında akrabalık olmadığı, onbir, sekiz, altı ve üç buçuk yaşlarında sağ ve sağlıklı 4 kardeşinin olduğu, ailede önemli bir hastalık öyküsü olmadığı, evde anne ve baba tarafından sigara içildiği öğrenildi. Ailenin sosyoekonomik durumu sorgulandığında annenin okuma yazma bilmediği, ev hanımı olduğu, babanın ilköğretimi bitirmediği ve işsiz olduğu,

iki odalı, cam ve kapıları kırık, bakımsız bir evde 7 kişinin yaşadığı öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde; genel durumu orta, bakımsız görünümde, vücut temizliği kötü, vücut ağırlığı 5500 gram (<%3), boyu 59 cm (<%3), baş çevresi 42 cm (<%3), boya göre ağırlığı %73 bulundu. Gluteal bölgede yaklaşık 10x10 cm boyutlarında pişik mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde takipneik ve dispneik olduğu, kosta altı ve kostalar arası çekilmelerinin olduğu gözlemlendi. Akciğerlerde, ekspirium uzun, iki taraflı yaygın bronş sesleri ve bazallerde ince raller duyuldu. Gelişim muayenesinde çevresi ile ilgili olmadığı, göz teması kurmadığı, destekli oturduğu, desteksiz oturmasının olmadığı gözlemlendi. Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile yapılan gelişim değerlendirilmesinde %30'dan fazla gelişim geriliği gösterdiği bulundu. Diğer sistem muayeneleri doğal olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 12,1 g/dl, hematokrit %35,8, lökosit sayısı 11,300/mm³, trombosit sayısı 346,000/mm³ olup, periferik kan yaymasında %64 PMNL, %28 lenfosit, %6 stab ve %2 monosit izlendi. Eritrosit sedimentasyon hızı 10 mm/saat, CRP 3 mg/dl, kan gazlarında pH:7,37, pO₂:73, pCO₂:37, HCO₃:22, O₂ saturasyonu %72 bulundu. Kan biyokimyasal inceleme bulgularının ve tiroid fonksiyon testlerinin normal olduğu görüldü. Yapılan tüberkülin deri testi 0 mm ölçüldü, aile taramasında aktif tüberküloz enfeksiyonuna rastlanmadı. Arka-ön akciğer grafisinde sağ parakardiyal infiltrasyon izlendi. El bilek grafisinde rahitis ile uyumlu görünüm saptanmadı.

Hasta bronkopnömoni ve büyüme-gelişme geriliği ön tanıları ile hastaneye yatırıldı. İntravenöz 200 mg/kg/gün dozda ampicilin- sulbaktam ve nebulizatörle 0,15 mg/kg/gün dozunda salbutamol başlandı. Genel vücut bakımı yapıldı, uygun diyet düzenlendi; pişiğe yönelik tedavi, çinko ve multivitamin desteği de tedaviye eklendi. İzleminde; hastaneye yatışının üçüncü gününde solunum sıkıntısının ve akciğer dinleme bulgularının gerilediği ve genel durumunun düzeldiği görüldü.

Anne ve babası, dönüşümlü olarak çocuğa refakat etmekteydi ve izlem esnasında anne baba ara-

sında sürekli geçimsizlik ve gerginlik olduğu, hastanın beslenmesinin ve bakımının her ikisi tarafından da ihmal edildiği, hastanın biberonla kendini beslediği gözlemlendi. Yine izlemi esnasında anne ve babasının yaklaşık 6 aydır ayrı yaşadığı, annesinin çocuklarına bakmadığını belirterek Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na (SHÇEK) başvurduğu ve bir aydır SHÇEK tarafından ailenin durumunun izlendiği ve değerlendirildiği öğrenildi. Yapılan psikiyatrik incelemelerde anne ve babanın psikiyatrik değerlendirmeleri normal bulunurken, anne-baba-bebek etkileşim sorunları saptandı (Resim 1, 2).

TARTIŞMA

Çocuk ihmali, istismar tipleri ile birlikte olabileceği gibi kendi içinde de birden fazla ihmal tipi söz konusu olabilir. Fiziksel ihmal, çocuğun yaşına uygun yiyeceklerle yeterince beslenmemesi, uygun ve temiz giydirilmemesi, yetersiz bir fizik çevrede yaşaması, ev içi ve dışındaki kazalara karşı önlem alınmaması durumudur. Tıbbi ihmal, fiziksel ihmalin bir alt grubu olarak sınıflandırılabilir. Tıbbi ihmale uğrayan çocuklar hastalıkları ilerledikten sonra genellikle acil polikliniklere götürülürler, aşıları hiç yoktur ya da eksiktir. Büyüme-gelişme geriliği olan çocuklarda ve kazalara bağlı lezyonlarda sıklıkla fiziksel ihmal söz konusudur. Fiziksel istismardan daha sık görülmesine karşın, ölüm veya ağır yaralanma ile sonuçlanmadıkça göz ardı edilme olasılığı fazladır, çünkü fiziksel ve cinsel istismara göre tanısı çok daha soyuttur. Fiziksel istismara göre daha az çarpıcı olmakla birlikte çocukta yarattığı hasar benzerdir. İstismar ve ihmali



RESİM 1: Olgunun genel görünümü-1.



RESİM 2: Olgunun genel görünümü-2.

birbirinden ayıran en önemli nokta, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir durum olmasıdır.^{2,4,7-10} Olgumuzun da 7 aylık olmasına rağmen hiç anne sütü almamış olması, inek sütü ve bisküvi ile beslenmesi, uygun ek gıdalara başlanmamış olması, izleminde anne tarafından beslenmemesi, bakımsız görünümde ve vücut temizliğinin kötü olması, cam ve kapıları kırık, bakımsız, kalabalık bir gecekonduda yaşaması nedeniyle fiziksel ihmale maruz kaldığı düşünülmüştür. Ayrıca, birkaç gündür süren yakınmalarına rağmen doktora götürülmemiş olması, solunum sıkıntısının arttığı dönemde acil servise getirilmesi, aşılarının eksik olması, tıbbi ihmalin de olduğunu göstermektedir.

Duygusal ihmal, çocuğun sevilmemesi, ihtiyacı olan ilgi ve yakınlığın ona gösterilmemesi olarak tanımlanır. Duygusal ihmalin sonucu olarak; olgumuzun oyun sırasında anne ve baba ile göz teması kurmadığı ve affektif cevabının olmadığı, gelişim dönemine uygun sesli yanıt göstermediği izlenmiştir.

Çocuk ihmali ve çocuğa ilişkin risk etmenleri küçük yaş, kız cinsiyet, prematüre, düşük doğum ağırlıklı, hastalığı olan bebekler, çoğul gebelikten olan bebekler, bedensel ve zihinsel özür olmasıdır. Aileye ilişkin risk etmenleri ise yoksulluk, parçalanmış aile, işsizlik, iş değişikliği, giderek yoksullaşma ve kalabalık aile olarak belirtilmektedir.⁵ Olgumuzun da 7 aylık kız bebek olması, prematüre doğumu, postnatal bir ay süre ile hastanede yatış öyküsünün bulunması, yoksul bir ailenin beşinci

çocuğu olması, babasının işsiz, anne ve babasının ayrı yaşıyor olması başlıca risk etmenleridir.

İhmal tanısının konulabilmesi için öncelikle ihmalden kuşkulandırılması gereklidir. Çocuk kirli, bakımsız ve hava koşullarına uymayan giysiler içindeyse, nüfus cüzdanı yoksa, organik olmayan büyüme geriliği varsa, ailesi çocuk hakkındaki soruların yanıtlarını bilmiyorsa, zehirlenme, kazaya uğrama, silahla yaralanma varsa, çocuğun çevresinde sigara, alkol, bağımlılık yapan maddeleri kullananlar var ve bunlara maruz bırakılıyorsa, çocuk içe dönük, iletişim kurma güçlüğü içindeyse, yinelenen hareketler yapıyorsa, zihinsel gelişme geriliği, öğrenme güçlüğü varsa, zorunlu eğitim çağında olduğu halde okula gitmiyorsa, sağlık kurumuna başvurmakta gecikme varsa ya da hiç başvuramıyorsa, tedavi, bakım ve koruma konusundaki önerilere uymuyorsa, terkedilmiş ya da evden kovulmuş ise ihmal düşünülmelidir.⁵ Olgumuzun bakımsız görünümünde ve kirli olması, büyüme geriliğinin olması, Ankara Gelişim Tarama Envanteri¹¹ ile yapılan gelişim değerlendirilmesinde %30'dan fazla gelişim geriliği göstermesi, anne ve babasının çocuğun yanında sigara içiyor olmalarının yanı sıra çocuğun gelişim basamaklarını ve aşılarını bilmemeleri, çocuğun yakınmalarının başlaması ile hastanemize başvuru arasında uzun zaman olması, hastanede çocuğa refakat ederlerken çocuğun bakımı ve beslenmesi ile ilgilenmemeleri ihmalî düşünmemize neden olmuştur.

Çocuk ihmalinin tanısı için ayrıntılı tıbbi, toplumsal ve çevresel öykü alınmalıdır. Fizik incelemeye başlamadan önce çocuğun muayene ortamındaki davranışları, ailesiyle ilişkileri, aile bireylerinin birbirlerine ve çocuğa karşı tutumları gözlenerek ihmalin ipuçları yakalanabilir. Fizik inceleme tam ve ayrıntılı olarak yapılmalı, büyüme geriliğini belirlemek için boyu, kilosu ve baş çevresi ölçülerek malnutrisyon bulguları aranmalı, gelişiminin değerlendirilmesi için yaşına uygun gelişimsel tarama testleri uygulanmalıdır. Ekimoz, sıyrık, yaralanma, solukluk ve temizlik açısından deri ve saçlı deri incelenmelidir.⁵

Hekimler ve diğer sağlık personeli çocuk istismarı ile ihmalinin tanı ve tedavisinde etik, ahlaki

ve hukuki yükümlülükler taşır. Benzer şekilde hastanelerin de hem tıbbi nedenlerle hem de güvenli ortamı nedeniyle bu çocukları kabul etme yükümlülüğü vardır.^{4,12} Olgumuz da bronkopnömoni ve büyüme-gelişme geriliği tanıları ile hastaneye yatırılmış, izleminde ihmal fark edilmiş ve derhal sosyal hizmetler ve çocuk psikiyatrisi bölümü ile iletişime geçilerek tıbbi bakımı tamamlandığı halde sosyal durumu düzeltilinceye kadar taburcu edilmemiştir.

İhmal olgularının izleminde; ihmale uğramış çocuğun ve ailesinin izlem, tedavi ve rehabilitasyonu çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, psikolog ya da psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanından oluşan çekirdek bir ekip tarafından yapılmalıdır. Ekonomik ve toplumsal etmenlerin düzeltilmesi için ailenin durumu İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'ne bildirilmeli, aile içindeki erişkinlere iş bulma, meslek kazandırma konularında yardım yapılmalı, gerekiyorsa nakdi yardım ya da şartlı nakit transferi gibi hizmetlerden yararlandırılmalıdır. Gerektiğinde, gönüllü kuruluşlar, koruyucu aile, son çare olarak kurum bakımı hizmetleri planlanmalıdır. Adli makamlar, çocuğu ihmal eden, bakımından sorumlu kişileri bakımın uygun biçimde yapılması konusunda zorlayabilirler.⁵

Hastanemizde, bu olgu sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist ve çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanından oluşan bir ekip tarafından izlenmiştir. Ekip kararımız, çocuğun kardeşleriyle birlikte korunmaya alınması olmuştur. Aile görüşmeleri ve sosyal inceleme ile aile birliğinin korunması açısından, ailenin sosyal yönden desteklenmesi ve terapi sonrası çocukları ile ilişkilerinin tekrar değerlendirilmesi kararlaştırılmış, bu nedenle izleme alınmaları ve ruhsal tedavi yönünden görüşmelerin sürmesi planlanmıştır. SHÇEK tarafından aileye maddi yardım başlanmış, onbir ve sekiz yaşlarındaki kardeşleri yatılı okula yerleştirilmiş, hastanın anneannesi ve dedesi koruyucu aile olarak belirlenmiştir. Çocuğun durumuna ilişkin kaygılar aileye açıkça anlatılmış, aile çocuğun gereksinimleri konusunda bilgilendirilmiş, ihmale yol açan nedenler saptanmaya çalışılarak tedavi edilebilecek olanlar konusunda yardım sağlanmıştır. Ayrıca aileye bir sene içinde yakın iz-

lem ile olumlu gelişme alınmazsa çocukların tam koruma altına alınabileceği belirtilmiştir.

İhmal, ölüm, belirgin büyüme ve gelişme geriliği, duygusal örselenme, okul başarısızlığı ile sonuçlanabilir. Fiziksel istismar ve ihmalin psikolojik etkileri incelendiğinde, duygulanım bozukluğu, saldırgan davranışlar, güvenliksiz bağlanma biçimleri, yaşlılarıyla ilişki kuramama, sosyal çekilme, okul başarısızlığı, depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite, travma sonrası stres bozukluğu gibi çok sayıda sonuç tanımlanmıştır. İhmale ve istismara uğramış çocuklarda, sağlıklı çocuklara göre erişkin dönemde istismar uygulama olasılığı, suça ya da fuhuşa eğilim belirgin olarak artmıştır.^{13,14} Olgumuzda ihmal, büyüme ve gelişme geriliğine yol açtığı aşamada yakalanmıştır, ancak duygusal örselenmenin düzeyi bilinmemektedir.

Çocuk ihmalinin önlenmesinde, birincil korunma ihmali hazırlayan ortamları engellemekle sağlanır. İkincil korunma, ihmale uğrayan bir çocukta ipuçlarının değerlendirilmesi ile tanının olabildiğince erken konularak tedavi edilmesi, böylece, ihmalin sürmesinin, çocuğun daha çok zarar görmesinin önlenmesidir. Üçüncül korunma ise ölümlerin ve yaralanmaların önlenmesi, yani tedavi ve esenlendirme (rehabilitasyon)dir.¹⁵

Çocuk ihmali ve istismarını tanımada hekimin farkındalığı, bu konuda bilgi birikimi ve güdülenmesi önemlidir.¹ Ülkemizdeki hastanelerde, çocuk istismarı ve ihmali değerlendirme ve izleme ekipleri sınırlı sayıdadır. Var olan ekipler de henüz kurulma ve olgunlaşma aşamasındadır. Bu konuda ekip çalışması yapılması ve çalışma çizelgelerinin belirlenmesi acilen gereklidir.

KAYNAKLAR

- Ziyalar N. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi. Çocuk Forumu 1999; 2: 31-3.
- Polat O. Çocuk ve Şiddet. İstanbul: Der Yayınları, 2002: 85-97.
- Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatr Rev* 2002;23:191-6.
- Violence Prevention Committee. Child abuse. *Ann Emerg Med* 2000; 36:180.
- Çamurdan AD. Çocuk İhmali. Çocuk İstismarı ve İhmaline Multidisipliner Yaklaşım. 1.Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi 2006.p. 35-47.
- Yılmaz G, İştien N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağl Hast Derg*, 2003; 46: 295-8.
- Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999;17:575-93.
- Tercier A. Child abuse. In: Maer JA, ed. *Emergency Medicine*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1998. p. 1108-18.
- Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics* 1999;104(1 Pt 2):168-77.
- Dokgöz H, Şam B, Ersoy G, Müsellim NT. Ölümle sonuçlanan ihmale uğramış çocuk olgusu. *Yıllık Adli Tıp Toplantıları Kitabı*. 6th ed. Antalya: Adli Tıp Kurumu Yayınları; 2002.p.118-21.
- Savaşır I, Sezgin N, Erol N. Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı, Kayıt Formu ve Değerlendirme Profilleri. Genişletilmiş 3. Basım. Ankara: Rekmay Ltd. Şti; 2005.
- Kairys SW, Alexander RC, Block RW, Everett VD, Hymel KP, Johnson CF, et al. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics* 1999; 103: 186-91.
- Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(10 Suppl):37S-56S.
- Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:49-56.
- Lynch M. Çocuk istismarının ve ihmalinin önlenmesi. Zeytinoğlu S, editör. *Çocuk İstismarı ve İhmali*. 3. Basım. Ankara : Ofset Tipo Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 1999.p. 251-4.