

DOI: 10.4274/tpa.46.1616

## Acil servislerde çocuk yaralanmalarını sadece tedavi etmek yeterli mi?

*Is it enough just to cure the trauma in children admitted to an emergency room?*

Sayın Editör,

“Üniversite hastanemiz acil servine travma nedeniyle başvuran çocuk olgularının değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, çocukların karşılaştığı travmaları vurgulaması yönünden önemli bir araştırma olduğunu düşünüyoruz. Çalışmada bir üniversite hastanesinde bir yıl içinde acil serviste değerlendirilen 1293 olgu ele alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı acil serviste tek bir çocuk istismarı tanısı konmaması, daha önce yapılan benzer çalışmalarda da çocuk istismarı tanısının yer almaması nedeniyle bu konuya dikkat çekilmesi ve tartışılması gerektiğini düşünüyoruz.

Çocuklarda travma nedenleri arasında çocuk istismarı ilk sıralarda sayılmakla birlikte çalışmalarda saptanan oranlar ciddi farklılıklar içermektedir. Türkiye’de Bilir (1) tarafından 16100 çocukta yapılan çalışmasında fiziksel istismar oranının %33,5 olduğu bildirilirken, İstanbul’da altı büyük hastanenin acil servislerinin üç yıllık kayıtlarının incelendiği bir çalışmada ise, hiç bir olgunun istismar tanısı almadığı belirlenmiştir (2). Araştırmada da, en sık travma nedenleri arasında çocuk istismarı sayılırken travma nedenleri arasında çocuk istismarının bulunmaması yazarlarca tartışılmamıştır.

### Çocuk istismarı; ICD’de kodlanmış bir tanıdır!

Çocuk istismarları; basit yaralanmalardan ciddi fiziksel yaralanma, ölüm, ruhsal patoloji ve büyüme/gelişme geriliklerine neden olabilen bir travma olarak, ICD-9’da 995.5 olarak kodlanmıştır. Araştırmalarda ve temel kaynaklarda çocuk istismarının ciddi bir travma olduğu vurgulanmakla birlikte yapılan araştırmalarda saptanma oranı oldukça düşük ve olgusal düzeyde kalmaktadır (3). Çocuğun yüksek yararı düşünüldüğünde; istismarın önlenmesi ve koruyucu hekimlik boyutunda yapılacak çalışmaları yürütebilmek için çocuk istismarı tanısı konulmasının gerekli bir adım olduğu anlaşılacaktır.

Çocuk istismarı tanısı yönünden yaygın görülen tutumları ele almakta yarar bulunmaktadır:

a) *Travma ve şiddet, kategorik bir bütünlük içinde sınıflanmadığından, çocuk istismarı tanıları başka kategoriler içinde yer almaktadır.*

Travma; mağdurda oluşturduğu etki, uygulama şekli, yeri, hukuksal, tıbbi, sosyal, vb. durumlara göre ayrı ayrı sınıflana-

bilmektedir. Hukuksal ve tıbbi sınıflamaların birlikte kullanılması nedeniyle çocuk istismarı tanısı gözden kaçmaktadır. Örneğin, araştırmada, travma türleri arasında sayılan “darp” (adli uygulamada kullanıldığı varsayılan bir terim olmakla birlikte), her koşulda çocuk istismarı açısından değerlendirilmesi gereken bir klinik tablodur.

b) *Çocukta istismar olarak nitelendirilebilecek durumlarda ayırıcı tanı yapılmamaktadır.*

Kaza olarak (trafik kazası, yüksekten düşme, çarpma, ev içi kaza vb.) nitelendirilen olaylarda, zarar görenin bir çocuk olduğu dikkate alınarak çocuk istismarı yönünden yeniden sorgulanması, çok disiplinli değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çocuk istismarı olgularında, çocuğu sağlık birimine götürülen bakıcı veya ebeveynler yaralanmaların çocuğun kendisi, çocuğun kardeşi veya başka bir üçüncü şahıs tarafından meydana getirilmiş olduğunu veya kaza sonucu düşme veya çarpma sonucu meydana geldiğini iddia edebilir. Araştırmada da, olguların travma türlerinin dağılımı incelendiğinde, en yüksek oranın çarpma ve düşmelerde (%44,3 çarp-düşme, %16,4 yüksekten düşme) olduğu görülmektedir. Bu olguların ikincil değerlendirmesinde bir bölümünün çocuk istismarı olarak nitelendirilebilecek olduğu anlaşılabilir. Bu olgular istismar tanısı almaksızın tedavi edilmektedir.

c) *Çocukta istismar tanısı klinisyenler açısından zorluk taşımaktadır.*

Bir yaralanmanın çocuk istismarı sonucu olup olmadığına karar vermek hem aile için hem de klinik ekibi için stresli bir durumdur (4).

Acil servislerde iş yükü ve organizasyon yapısı çocuklarda travma nedenlerinin araştırılmasını engelleyebilmektedir. Acil servislerde çocuk istismarı tanısının ilk adımı hekimin istismar olasılığını düşünmesidir. Ekimoz, çocuk istismarında en yaygın görülen bulgudur. Ekimozlar travmanın isabet ettiği noktayı gösterebileceği gibi yaralanmanın oluş mekanizması ile ilgili de önemli ipuçları verir. Kaza sonucu oluşan yaralanmalarda göz çevresinde, kulaklarda, yanaklarda, boyunda kaza sonucu ekimozlar çok nadir görülür. Dirsek bölgesi iç yan yüz, uyluk dış yan yüz, karın bölgesi, oksipital bölgenin parietookspital alanları, ön kol dış yüz, omuz arka yüz, üst ekstremitenin gövdeye

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Başar Çolak, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Koruma, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Kocaeli, Türkiye

Tel: +90 262 303 74 55 Fax: +90 262 303 70 03 E-posta: colakbasar@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 22.09.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 28.09.2011

*Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing*

bağlanma yerleri, skapulalar arası bölge, lomber bölge, gluteal bölge, diz bölgesi arka yüzdeki ekimozlar istismarı düşündürülen ekimozlardır. Ayrıca bir nesne veya silah izini gösteren şekilli ekimozlar da istismarı düşündürür (4). Kazaya bağlı ekimozlar en sık diz ve tibiya ön kısmında, alın, burun, çene, omurgalar üzeri, oksipitoparietal bölge orta kısım, ön kollarda kemiklerin çıkıntılı bölgelerinde görülür (4,5). Ekimozlar değerlendirilirken kanama bozuklukları ile de ayırıcı tanısı yapılmalıdır (5). Ekimozların yerleşimi yanı sıra öykü ile uyumlu olup olmadığı ve farklı tarihlerde oluşup oluşmadığı değerlendirilmelidir.

Çocukların yaşı ve gelişim durumlarına göre kemik kırıklarının değerlendirilmesi de farklılıklar gösterir. İstismara bağlı kemik kırıklarının %80'ni 18 aylıktan daha küçük çocuklarda görülür (5). Yürüyemeyen çocuklarda uzun kemiklerdeki kırıkların kaza ile olma olasılığı çok azdır (5). Kırıkların yeri ve kırık şekli tanı koydurucu değildir (6). Metafiz kırıkları, posterior yerleşimli kaburga kırıkları, skapulalar çıkıntı kırığı, omur spinöz çıkıntı kırıkları, sternum kırıkları yüksek özgülüğe sahiptir (5,6). Özellikle iki taraflı çok kırıklar, farklı yaşlardaki kırıklar, epifizyel ayrılma, omur gövde kırığı veya subluksasyon, parmak kırıkları, karmaşık kafatası kırıkları ve pelvis kırıkları istismar için orta derecede özgüldür (6,7). Kırıklara bakarak tek başına istismar tanısı konamaz (5,6).

Hekimin travmaya maruz kalmış bir çocukta istismar için uygun etiyolojik etmenleri, tıbbi özgeçmiş ve soygeçmişini öğrenmeli, çocuğun tutum ve davranışlarını, aile çocuk ilişkisini de gözlemlemelidir. Travmaya maruz kalan çocuklarda ayrıntılı öykü ve travmanın özellikleri fiziksel istismardan şüphelenmemizi sağlayabilir. Acil servislerde görevli sağlık çalışanlarının çocuk istismarı konusunda yeterli bilgi birikimine sahip olması gerekir. Yaralanma olgularının ayrıntılı değerlendirilmesinden sonra istismar tanısı aldığı bildirilmektedir (3).

**Hukuksal sonuçlar, çocuk istismarı tanısından kaçınma gereksesi olmamalıdır.**

Çocuk istismarı, yasal yaptırımlar nedeniyle hekimler ve aile için endişe uyandıran sonuçlara yol açmaktadır. Hekimlerde hatalı bir tanı nedeniyle ailenin mağdur edileceği, haksız bir yargılama ve ceza ile karşılaşacağı endişesi yaratmaktadır. Hekimin kaygıları nedeniyle bildirimden kaçınması ya da sorunun tüm sonuçlarını üstlenmesi uygun değildir. Hukuk'un ve uygulayıcılarının da çocuk istismarının tanınması ve değerlendirmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Yasal düzenleme ile cezalandırma değil çocuğa yönelik şiddetin engellenmesi hedeflenmiştir.

Bununla birlikte; hekimlerin herhangi bir şüpheli durumda acilen ihbar mekanizması yerine; mevcut yasalardan daha üstte güvence ve ağırlığa sahip olan "Biyotıp Sözleşmesi"nde tanımlanan etik kurallar doğrultusunda, hastaların sağlık ve tedavi hakkı önceliklidir. Klinik olarak tanıya, tüm tıbbi olasılıkların ele alındığı, kapsamlı inceleme ve değerlendirmelerin yapıldığı ve diğer uzmanlık alanlarının da yer aldığı bir süreç sonunda ulaşıldığından, hastanın yeni bir travma riskini taşımadığı durumlarda, tanı sürecinin tamamlanması beklenme-

lidir. Ancak istismar tanısı konulmayan ve tedavisi yapılarak evine gönderilen çocuğun tekrar istismar edilmesi, daha ciddi yaralanma ve ölüme yol açabilir.

**Çocuk istismarı, uzmanlık ve farklı disiplinlerin birlikte olmasını gerektiren bir klinik tablodur.**

Pek çok istismar olgusunun gizli kaldığı bilinmektedir. Çocuk istismarının kesin sıklığını belirlemek mümkün olmamakla birlikte, ciddi oranlarda olduğu ileri sürülmektedir. Tanı, sıklıkla farklı disiplinlerin birlikte yaptığı değerlendirmeler sonrasında konabilmektedir. Son yıllarda tanı sürecinde farklı disiplinlerin birlikte çalıştığı ve deneyimli uzmanların yer aldığı ekip ve merkezler oluşturulmaktadır. Türkiye'de üniversite hastanelerinde Çocuk Koruma Merkezleri/Birimleri kurulmaktadır (7). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından Çocuk İzlem Merkezleri kurulmaya başlamıştır. Çocuk koruması ile ilgili merkez bulunmayan birimlerde olgular adli tıp uzmanı, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve istismarla ilgilenen çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve çocuk cerrahisi uzmanına yönlendirilmelidir. Yapılan bir çalışmada çocuk koruma merkezlerinde çalışan hekimlerle diğer hekimler tarafından değerlendirilen olgularda fiziksel istismar tanısında önemli farklılıklar olduğu gösterilmiştir (8).

Diğer yandan, çocuk istismarının tanınması amacıyla The American Board of Medical Specialities tarafından 2006 yılında çocuk istismarı uzmanı (çocuk hekimi) olarak yandal uzmanlığı verilmesini kabul etmiştir (8).

Çocuk istismarının tanınması ve önlenmesi boyutunda araştırmacıların dikkatini çekmek ve bulguların çocuk istismarı yönünden sorgulanması önemli bulunduğundan ilgili çalışma zemininde bu yazı yazılmıştır.

### Başar Çolak, Ümit Biçer\*

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Koruma, Araştırma ve Uygulama Merkezi, Kocaeli, Türkiye

\*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

### Kaynaklar

1. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, ve ark. Dört-12 yaş arasında 16,100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi 1986;1: 7-14.
2. Akço S, Aksel Ş, Arman AR, ve ark. Çocuk istismarı ve ihmal kitabı, UNICEF-Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2003:9.
3. Vatanser Ü, Duran R, Yolsal E, ve ark. Pediatrik acilde çocuk istismarı ve ihmal olasılığını akıldaki tutalım. Türk Ped Arş 2004; 39: 120-4.
4. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Educ Pract Ed 2010; 95: 170-7.
5. Ermercan AT, Ertan P. Skin manifestations of child abuse. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2010; 76: 317-26.
6. 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: 790-7.
7. Beyazova U, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşımda hasta- ne çocuk koruma birimleri. Türk Ped Arş 2007; 42: 16-8.
8. Anderst J, Kellogg N, Jung I. Is the diagnosis of physical abuse changed when child protective services consults a child abuse pediatrics subspecialty group as a second opinion? Child Abuse Negl 2009; 33: 481-9.