

**Tartu Ülikool**  
**Tervishoiu instituut**

**LASTE VÄÄRKOHTLEMINE ESIMESEL ELUAASTAL:  
PROBLEEMI KIRJELDUS JA RISKITEGURITE UURING  
TALLINNA LASTEHAIGLA ANDMETE NÄITEL**

**Magistritöö rahvatervishoius**

**Kristel Ojala**

**Juhendajad: Katrin Lang, PhD, tervishoiu instituut, lektor**

**Marika Väli, PhD, patoloogilise anatoomia ja  
kohtuarstiteaduse instituudi juhataja,  
kohtuarstiteaduse professor**

**Tartu 2007**

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis ja Tallinna Lastehaiglas.

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 7. mail 2007. a. lubada väitekiri rahvatervishoiu magistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Eda Tamm, TÜK Lastekliinik, arst

Kaitsmine: 14. – 15. juunil 2007. a.

# SISUKORD

TABELITE NIMEKIRI .....	4
JOONISTE NIMEKIRI .....	5
SISUKOKKUVÕTE.....	6
1. SISSEJUHATUS .....	7
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE .....	8
2.1 Laste väärkohtlemise liigid .....	10
2.1.1 Füüsiline väärkohtlemine.....	10
2.1.2 Seksuaalne väärkohtlemine.....	15
2.1.3 Hooletussejätmine.....	17
2.1.4 Psühholoogiline ja emotsionaalne väärkohtlemine.....	18
2.2 Väärkohtlemise põhjused.....	21
2.3 Väärkohtlemise tagajärjed lapsele .....	23
2.4 Väärkohtlemise ennetamine.....	25
2.5 Väärkohtlemisega seotud seadusandlus Eestis .....	26
3. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED.....	28
4. TÖÖ METOODIKA .....	29
4.1 Andmete kogumine.....	30
5. TÖÖ TULEMUSED .....	32
5.1 Üldandmed.....	32
5.2 Perekonna andmed .....	36
5.3 Sündmuse kirjelduse andmed .....	40
5.4 Väärkohtlemise kahtlusega juhud.....	43
6. ARUTELU.....	45
7. JÄRELDUSED .....	49
KASUTATUD KIRJANDUS.....	51
LISAD.....	54
Lisa 1.....	55
SUMMARY .....	57
TÄNUAVALDUS .....	58
CURRICULUM VITAE.....	59

## TABELITE NIMEKIRI

<b>Tabeli nr.</b>	<b>Tabeli pealkiri</b>	<b>Lk.</b>
Tabel 1.	Täidetud andmevormide jaotus aastate järgi	31
Tabel 2.	Jaotus lapse elukoha järgi – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud	32
Tabel 3.	Jaotus lapse soo järgi – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud	33
Tabel 4.	Jaotus lapse rahvuse järgi – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud	33
Tabel 5.	Lapse keskmine vanus õnnetusjuhtumi toimumise ajal	33
Tabel 6.	Ema keskmine vanus	36
Tabel 7.	Jaotus ema rahvuse järgi	37
Tabel 8.	Vigastusi tekitanud õnnetusjuhtumi liik	41

## JOONISTE NIMEKIRI

<b>Joonise nr.</b>	<b>Joonise pealkiri</b>	<b>Lk.</b>
Joonis 1.	Väärkohtlemise juhud vanuse järgi	34
Joonis 2.	Lapse vanus õnnetusjuhtumi ajal – kõik juhud	35
Joonis 3.	Emade vanuseline jaotus väärkohtlemise kahtlusega juhtudel	37
Joonis 4.	Hospitaliseerimise põhjus – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud	40

## SISUKOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on kirjeldada 0-1 aastaste laste väärkohtlemist ja hooletussejätmist Eestis Tallinna Lastehaigla ja perearstide meditsiinidokumentide andmete põhjal ning selgitada välja selliste juhtumite riskitegurid. Uuringus koguti andmeid 2004. – 2006. aastal trauma diagnoosidega haiglasse pöördunud laste haiguslugudest. Kokku täideti 163 andmevormi, millest selekteeriti välja 40 hooletussejätmise ja väärkohtlemise kahtlusega juhtu. Tegemist oli kirjeldava uuringuga.

Uuringu tulemusena selgus, et haiguslugudes olev informatsioon on lünklik ja ei kajasta kirjanduse põhjal olulisteks riskifaktoriteks olevate tunnuste tausta, nagu näiteks perekonna andmed, lapse areng, alkoholi liigtarvitamine jne. Väärkohtlemise kindlakstegemise süsteem Eestis on puudulik ning tõsisem uurimine toimub ainult väga raskete juhtumite puhul, jättes hooletussejätised ja muud kergemad väärkohtlemise juhud tähelepanuta.

Imikutega toimunud väärkohtlemise juhud olid peamiselt hooletussejätmise tulemusel juhtunud kukkumised, esemete kurku tõmbamised, põletamised ning ebaselged juhtumid, kus täpselt ei olnud teada, mille tagajärjel vigastused tekkisid. Põhiliselt olid tagajärgedeks luumurrud, põrutused, põletused jne. Veidikene suurem oht õnnetusteks ilmnis poiste hulgas. Vastupidiselt kirjanduses viidatud riskiteguritele selgus antud uurimuse tulemusena, et väärkohtlejaks on Eestis rohkem kolmekümnendates eluaastates emad, mitte noored, alla 20. aastased emad.

Kokkuvõttena järeldus magistritööst, et Eesti vajaks väärkohtlemise teemaga seoses selgemaid kriteeriume ja süsteeme, mille abil oleks olukorrast parem ülevaade, et selle abil tulevikus ennetada väärkohtlemisi ning kaitsta Eesti laste heaolu ja tulevikku. Samuti vajab Eesti ühiskond rohkem teavitamist antud probleemist, kuna väärkohtlemist käsitledes on peatähelepanu rohkem seksuaalsel ja füüsilisel väärkohtlemisel, jättes välja vaimse tervisega enam seotud liigid. Need aga võivad olla lapse jaoks isegi laastavamad kui teised väärkohtlemise liigid.

# 1. SISSEJUHATUS

Lapse normaalse arengu seisukohalt on väga oluline, et lapse eest hoolitsetakse ning et ta oleks kaitstud erinevate ohtude eest. Lapsepõlves kogetu määrab suures osas ära, milline on inimene täiskasvanuna. Kui last on pekstud, hooletussejätetud, mingil viisil ära kasutatud, pidevalt alavääristatud või tehtud midagi muud, mis on mõjunud lapsele halvasti nii füüsiliselt kui ka vaimselt, siis suure tõenäosusega on ta tulevikus ka ise väärkohtleja. Väärkohtlemine on arvatavasti eksisteerinud sama kaua kui elu Maal ning see on probleemiks paljudes riikides, kaasaarvatud Eestis.

Käesolev magistritöö annab ülevaate erinevatest väärkohtlemise liikidest, väärkohtlemise põhjustest, selle pika- ja lühiaegsetest mõjudest lapsele, erinevatest ennetusviisidest ning väärkohtlemisega seonduvast seadusandlusest. Uurimus käsitleb kuni ühe aasta vanuste laste hooletussejätmissi ja väärkohtlemise kahtlusega juhtumeid ning muid õnnetusjuhtumeid Tallinna Lastehaigla haiguslugude põhjal, mis jäid ajavahemikku 2004. – 2006. aasta.

Eestis on laste väärkohtlemise teemat uuritud vähe ning puuduvad täielikud andmed selle esinemissageduse kohta. Kuna tegemist on probleemiga, mis mõjutab nii inimese vaimset kui ka füüsilist tervist lähemas ja kaugemas tulevikus, siis rahvatervise seisukohast on oluline Eestis rohkem uurida väärkohtlemise esinemist ja selle riskitegureid. Omades rohkem sellekohast informatsiooni, oleks võimalik tulevikus välja töötada efektiivsemaid meetodeid väärkohtlemise kindlaks tegemiseks ning nende juhtumite registreerimiseks. Nii saaks paremini probleemi ennetada, vähendades sel viisil inimeste vaimseid probleeme ja järgmiste laste väärkohtlemist.

## 2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

Laste väärkohtlemist on nii kirjanduses, kunstis kui ka teaduses dokumenteeritud üle kogu maailma juba pikka aega. Laste tapmisi, vigastamisi, laste tööjõuna kasutamist, hülgamisi ja muud laadi lastevastast vägivalda esines juba vanades tsivilisatsioonides. Ajaloolised andmed sisaldavad palju erinevaid juhte, kus lapsed on hoolitsemata, seksuaalselt väärkoheldud, alatoidetud ja nõrgad ning kes on peredest välja heidetud, et perekond saaks enda eest paremini hoolitseda. Sellest hoolimata sai see teema maailmas rohkem tähelepanu alles 1962. aastal, kui avaldati Kempe jt. töö „Peksasaanud lapse sündroom“ („*The battered child syndrome*“), mis tõi välja noore lapse tõsise füüsilise väärkohtlemise kliinilised tunnused (1, 2).

Hinnanguliselt umbes 40 miljonit alla 14 aastast last kannatavad väärkohtlemise ja hooletussejätmise all üle kogu maailma (2).

Eesti ühiskonnas on väärkohtlemine suhteliselt uus mõiste. Lastearstid, psühholoogid ning teised lastega tegelevad spetsialistid puutusid oma igapäevatoos väärkoheldud lastega kokku, aga avalikult hakati sel teemal rääkima peale Eesti taasiseseisvumist. Seoses muutustega Eestis ning ühinemisega ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooniga hakati rohkem tähelepanu pöörama laste õigustele ja vabadustele ning nende õiguste rikkumise juhtumitele. Probleemi teadvustamiseks hakati tõsisemaid juhtumeid kajastama massimeedias. Riiklik statistika väärkohtlemise kohta aga puudub (3, 4).

Lapse väärkohtlemine on üldine termin, mida kasutatakse erinevat liiki laste kuritarvitamise ja hooletussejätmise kirjeldamiseks. Lapse kuritarvitamist ja hooletussejätmist võib defineerida kui alla 18. aastase lapse füüsilist ja vaimset vigastamist, seksuaalset kuritarvitamist, hooletut kohtlemist või väärkohtlemist inimese poolt, kes vastutab lapse heaolu eest, mis tähendab seda, et lapse tervist, eakohast arengut ja heaolu ei kahjustata ega ähvardata. Lapse väärkohtlemine hõlmab füüsilist väärkohtlemist, seksuaalset väärkohtlemist, hooletussejätmist, emotsionaalset ja psühholoogilist väärkohtlemist. Väärkohtlemiseks loetakse ka ülehooldamist ehk ülikaitstust. 21. sajandil on selge, et



väärkohtlemine on globaalne probleem, mis on sügavalt juurdunud kultuurilisse, majanduslikku ja sotsiaalsesse tavaesse (1, 5, 6).

Lapse väärkohtlemine on seotud teiste vägivalda liikidega, kaasa arvatud intiimpartneri vägivald, ühiskonna vägivald, enesetapp. Väärkohtlejaks võivad olla vanemad ja teised perekonnaliikmed, hooldajad, sõbrad, tuttavad, võõrad, tööandjad, tervishoiutöötajad, teised lapsed ning mõjuvõimsad inimesed nagu õpetajad, sõdurid, politseinikud, vaimulikud. Laste vanusegruppide seas on imikud ja eelkooliealised lapsed kõige rohkem ohustatud väärkohtlemisest, kuna nad on sõltuvad, haavatavad ja sotsiaalselt suhteliselt nähtamatud (7).

## **2.1 Laste väärkohtlemise liigid**

Laste väärkohtlemine jaguneb hooletussejätmiseks, füüsiliseks, seksuaalseks, psühholoogiliseks ja emotsionaalseks väärkohtlemiseks. Füüsilise väärkohtlemise alla kuuluvad Münchhauseni sündroom ja raputatud lapse sündroom. Psühholoogilise ja emotsionaalse väärkohtlemise juurde kuulub ka sünnitusjärgne depressioon.

### **2.1.1 Füüsiline väärkohtlemine**

Füüsiline väärkohtlemine on kõige kergemini märgatav väärkohtlemise liik. Füüsiline väärkohtlemine on igasugune tegevus, mille käigus asetatakse laps tahtlikult füüsilise ja psüühilise ebamugavuse seisundisse ning talle tekitatakse tahtlikult kehavigastusi või ei väldita nende tekkimist. Füüsiline väärkohtlemine on tihti seotud teiste väärkohtlemise liikidega, nagu näiteks hooletussejätmine, ning seda võib esineda koos seksuaalse väärkohtlemisega. Füüsilise väärkohtlemisega koos esineb psühholoogiline või emotsionaalne väärkohtlemine, kuna tahtlik kehavigastuste tekitamine jätab oma jälje lapse psüühikasse (2, 3, 8).

Füüsiline karistus on lapsevanemate ja õpetajate jaoks abivahend, millega hoida enda käes võimu ja kontrolli lapse üle. Füüsilist karistust on läbi aegade peetud lapse distsiplineerimise esmaseks ja vajalikuks vahendiks. Teine eneseõigustamise faktor on see, et lapsed kuuluvad lapsevanemale või hooldajale. Tihti ei peeta last isikuks, kellel on inimõigused. Psühholoogid peavad füüsilist karistust ebaefektiivseks. Kuigi see võib lapse momentaalselt vaigistada, õpetab see talle vägivalda ja vimma ning kättemaksu. Selle tulemuseks võib olla kuritegevus (2, 8).

Laste füüsiline karistamine ja füüsiline väärkohtlemine on tihedalt seotud. Paljud väärkohtlejatest vanematest on alustanud lapse distsiplineerimisest kehalise karistuse teel. Vihaselt on raske kontrollida oma löögitugevust ning asjad väljuvad kontrolli alt. Vanemad, kes väärkohtlevad oma last, on tihti ise lapsepõlves puutunud kokku väärkohtlemise ja vägivallaga (2, 7).

Põhilisteks füüsilise väärkohtlemise vormideks on löömine, hammustamine, peksmine, tõukamine, tirimine, mingi esemega löömine, kägistamine, uputamine, mürgitamine, liiga külmas või kuumas keskkonnas lapse hoidmine, kinni sidumine, ähvardamine noa või relvaga, relva kasutamine lapse vastu, löikumine või tahtlikult teravate esemete jätmine lapse juurde jne (3, 7).

Füüsilise vägivalla välisteks tunnusteks on lapse kehal olevad seletamatult tekkinud verevalumid, vorbid, sidumisjäljed, sõrmede pigistusjäljed, küünejäljed, erinevate esemete löögi jäljed (rihma, kepi, juhtmete jne), käejäljed, hambajäljed, juusteta laigud peas, seletamatud põletusjäljed (sigaretiotsad, kinda- ja sokikujulised põletused), põletused kuuma esemega (triikraud jms), seletamatud luumurrud, nihestused ja haavad, lapse iseäralik olek, vägivallatunnustega surnud laps. Lisaks on veel väliselt mittenähtavad füüsilise vägivalla tagajärjel tekkinud vigastused nagu luumurrud, sisemised verejooksud (2, 3).

Verevalumid esinevad 90%-l füüsiliselt väärkoheldud lastel. Verevalumi tekkimisaeg sõltub vigastuse tugevusest. Verevalumid alaseljal, tuharatel ja reite välisküljel on tihti karistusega seotud. Verevalumid suguelunditel ja reite sisekülgedel viitavad sadistlikule seksuaalväärkohtlemisele (2).

Vigastused kaelal ja peal on tavapärased, esinedes rohkem kui pooltel laste väärkohtlemise juhtudel. Esinevad laksujäljed põskedel ja kaelal, mis küündivad peanahani ja näha on sirgejoonelised käe- või sõrmejäljed, mis tekivad ka põsele laksu tagajärjel. Jäsemetel, rinnal ja näol võivad olla haaramisjäljed või sõrmeotsalaigud. Verevalumid kõrvadel on õnnestuste puhul ebatavaliselt, kuna õlgade, kolju ja kaelapõhja kolmnurk on kõrvadele kaitseks. Oimuloo, alalõua, silmade ja suu vigastused on tugevalt seotud väärkohtlemisega ning jäljed kaela ümber viitavad kägistamisele. Verevalumid kerel viitavad füüsilisele vägivallale, aga verevalumid alakehal võivad viidata seksuaalsele vägivallale (2, 9).

Rihmad, vööd, juhtmesilmused, nöör jätavad paralleelsed jäljed, mis jälgivad kehakontuure. Oks või kepp võivad põhjustada sirgejoonelisi kriimustusi, kus tumedamad jäljed on kummalgi küljel ning keskelt on kahvatum. Hammustusjäljed on alati mittejuhuslikud. Väärkohtleja kindlakstegemine on sel puhul võimalik siis, kui hammustus on hiljutine ja selge (2).

Põletused võivad olla täiskasvanu impulsiivse reageeringu tulemus või need võivad olla tahtlikud ja teadlikult korda saadetud. Kui põletused on seotud seksuaalse väärkohtlemisega, siis võib seda seostada lapse ähvardamisega, mis võib olla või sadismiga. Konkreetseid põletuskohti pole, küll aga on põletused kätel (eriti käe tagakülgedel), tuharatel, jalgadel (tavaliselt jalataldadel) ja suguelunditel tavapärased. Käeseljal olevad põletused on ebatõenäolisemalt juhuslikud (2).

Luumurrud võivad olla üksikud või mitmekordsed, värsked, vanad või kombineeritud. Väärkohtlemise tagajärjel esinevad murrud on näiteks õlavarreluumurd, roidemurd, koljumõra koos sisemiste vigastustega. Klassikaline on väärkohtlemise puhul mitme erineva luumuru esinemine, mis on paranemise erinevates staadiumides. Luumurrud võivad tekkida näiteks väänamise, tõmbamise, löömise, painutamise jms tulemusena. Reieluumurd ja õlavarreluumurd on tihti just väärkohtlemise tulemus, eriti imikueas. Koljumõrad on tavalised tõsise väärkohtlemise puhul. Sel juhul on näha verevalum. Koljumõrad tekivad tavaliselt mingi kõva esemega kokkupuutumise tagajärjel. Kui imikut tugevalt raputada võib tekkida kolju sisemine vigastus ilma koljumõrata, välja arvatud juhul, kui on olnud kokkupuude tahke pinnaga (2).

Arvatakse, et suuõõs võib olla füüsilise väärkohtlemise keskpunktiks selle olulisuse tõttu suhtlemises ja toitumises. Suuõõne vigastused võivad olla põhjustatud erinevate vahenditega, nagu söömisinstrumendid või pudeliga, kui last sunnitakse sööma. Samuti võivad vigastused olla tekitatud kätega, sõrmedega või põletavate vedelikega ning söövitavate ainetega. Sellise väärkohtlemise tulemuseks võivad olla keele, huulte, suuõõnelimaskestast, suulae või igemete põrutused, põletused või rebendid. Esineb murdunud, valesti asetsevaid või välja kistud hambaid, näoluu- ja lõualuumõrasid (9).

### **Raputatud lapse sündroom**

Raputatud lapse sündroom (RLS, *shaken baby syndrome*) on üks füüsilise väärkohtlemise vormidest, mida tuntakse kui lapse väärkohtlemise tagajärge, mille põhjuseks on imiku jõuline raputamine ja/või kiigutamine. Eestis on raputatud lapse sündroom suhteliselt tundmatu nii spetsialistide kui laste hooldajate hulgas. Tegelikuses on aga raputatud lapse

sündroom väikelaste hulgas levinud väärkohtlemine, mis põhjustab tõsiseid arenguhäireid ning sageli on selle tagajärjeks surm (10, 11).

Raputatud lapse sündroomil on seos imiku nutmisega. Kõige sagedamini ongi füüsilise väärkohtlemise ajendiks just lapse lohutamatu ja kauakestev nutt. Üldjuhul nutab imik päevas 2 – 3 tundi, kuid osadel päevadel võib see aeg olla tunduvalt pikem ning samuti on osa lapsi, kes nutavad keskmiselt rohkem. Lapsed nutavad mitmetel erinevatel põhjustel: nutt võib olla märguanne valust, ebamugavustundest (tühi kõht, märjad – roojased mähkmed, liialt külm – palav), lähedusvajadusest jne. Nutmine on ka lapse üks vähestest võimalustest välismaailmaga suhtlemiseks ning oma artikulatsiooniparaadi treenimiseks (11, 12).

Imiku ülemäärane nutt võib mõningatel juhtudel kujuneda ületamatuks takistuseks ja viia ema või lapsega tegeleva inimese etteplaneerimatute tegudeni – ägeda raputamiseni, mille peamiseks sooviks on lapse nutu vaigistamine. Nutmine saavutab oma kõrgaja 6 nädala ja 4 kuu vahel – sinna vahemikku jääb ka suurem osa raputatud lapse sündroomi juhtumitest. Raputatud lapse sündroomi teooria põhineb eeldustel, et raputamine on alati etteavatsetud ja vägivaldne ning vigastused, mille imik raputamisest saab, on alati tõsised (11, 13).

Raputamine viib aju kiirendatud liikumisest tingitud kolju- ja silmasiseste veritsusteni, kusjuures trauma välised tunnused sageli puuduvad. Pea edasi-tagasi liikumine surub imikul aju kord vastu otsmikku, kord vastu kuklaluud. Koljusisesed veresooned rebenevad ning tekivad aju ja kolju vahelised verevalumid. Lapse tugev raputamine tekitab olukorra, mis on võrreldav autoõnnetustega, kui auto järsult pidurdab. Inimese pea liigub piitsalöögi teravusega algul ette ja seejärel järsult taha. Raputamise korral juhtub sama mitmeid kordi järjest. Lapse rahunemine raputuse tagajärjel tekkiva unisuse tõttu on näiliselt positiivseks tulemuseks: laps jääb vait ning ta pannakse üldjuhul magama. Raputamisel/kiigutamisel tekkinud ajuveerjooksude tõttu lapse seisund teatud aja jooksul halveneb, arsti poole pöördumise põhjuseks on tavaliselt süvenev teadvushäire, oksendamine ning krambid. Selleks ajaks on vanematel imiku äge raputamine enamasti ununenud (10, 12).

“Raputatud” laps on diagnostiliselt probleemne. Kuna raputatud lapse sündroomi korral vanemad tavaliselt eitavad traumasid (raputamist ei seostata haigussümptomitega), siis esmajärjekorras ei mõelda võimalikule traumaatilisele ajukahjustusele. Sageli kahtlustatakse algul ajupõletikku, mistõttu visualiseerivad uuringud hilinevad. Diagnoosimist raskendab

välise traumatunnuste puudumine. Mõningatel juhtudel võivad vägivallale viidata rindkere ülesvõttel juhuslikult leitud roidemurrud, harvem toruluude murrud. Raputatud lapse sündroomi diagnoosimine nõuab täpset vigastuste olemuse ja ulatuse kõikide komponentide hindamist ning ei tohi piirduda ainult ühe või rohkema vigastuse esinemise või puudumisega (10, 14).

Mida hilisem on diagnoos, seda halvem on lapse prognoos. Raputatud lapse sündroomi ohvritest 1/3 sureb, 1/3 jääb püsiva puudega ning 1/3 taastub rahuldavalt. Lastest, kes arsti poole pöördudes on komatoosses seisundis, sureb kuni 60%. Sageli kujuneb raputamise järel püsiv nägemispuue, mis on enamasti seotud ajukahjustusega, vähem võrkkesta verevalumitega. Mida raskem on kahjustus esmasel läbivaatusel (valgusele loiult reageeriv pupill, võrkkesta verevalumid), seda suurem on nägemishäirete tekke tõenäosus (10).

### **Münchauseni sündroom väärkohtemises**

Münchauseni sündroom on seisund, kus inimene tahtlikult teeskleb, jäljendab, halvendab või kutsub ise esile vigastuse või haiguse, mille eesmärgiks on lasta end ravida nagu patsienti. Sündroom on nime saanud Saksa sõjaväelase Baron von Munchauseni järgi, kes reisib ringi ja rääkis fantaasialugusid oma kujuteldavatest kangelastegudest (15).

Väärkohtlemise kontekstis on Münchauseni sündroom psühholoogiline häire, mis seisneb selles, et lapsevanem, tavaliselt ema, kutsub oma lapsel esile füüsilisi vaevusi. Ema üritab niiviisi saada tähelepanu ja tunnustust, näidates end avalikkuses pühendunud ja armastava emana. Lapsega üksi olles on aga laps nii füüsilise kui ka emotsionaalse väärkohtlemise ohver, kuna ema üritab tahtlikult last haigeks teha ning saavutades selle, viib arsti eksiteele ja paneb arsti uskuma, et lapsel on haigus, mida tuleb uurida (2, 16).

Haiguse väljaselgitamiseks tehtavad uuringud võivad sisaldada invasiivseid protseduure, uurimuslikke operatsioone, mitmeid röntgeneid ning laboratoorseid uuringuid. Tihti võib see välja viia puueteni või eluohtlikesse situatsioonidesse, mis omakorda võivad lõppeda surmaga. Lapsevanem tavaliselt toetab ja tunnustab arsti tööd ning tõstab sellega arsti enesehinnangut ja meelitab neid tegema rohkem uuringuid ja raviprotseduure. See haarab ka arsti väärkohtlemise tsükklisse, ilma et ta ise oleks teadlik oma kahjulikust rollist (2, 17).

Tavaliselt on Münchauseni sündroomi puhul lapsel esile kutsutud verejooksud, haigushood, uimasus, teadvusetus, kõhulahtisus, oksendamine, palavik, nahalööbed, allergia, kõrge vererõhk jne. Tähelepanelik tuleks olla selliste juhtumite korral, kui lapse haigus/sümptomid on korduvad ning ema on alati koos oma lapsega ja ülihoolditsev. Levinud on ka nõ rändamine ehk erinevates piirkondades arstide külastamine. Sümptomid ja haigused kaovad, kui laps emast lahutada (2).

### **2.1.2 Seksuaalne väärkohtlemine**

Seksuaalne väärkohtlemine on lapse kaasamine seksuaalsesse tegevusse, mida laps täielikult ei mõista ning mille jaoks pole võimeline andma teadlikku nõusolekut või milleks laps pole arenguliselt valmis ning ei saa anda nõusolekut ja samuti mis rikub seadusi või ühiskonna sotsiaalseid väärtusi. Seksuaalseks väärkohtlejaks võib olla nii täiskasvanu kui ka teised lapsed, kes on võrreldes ohvriga oma vanuselt või arengult vastutaval positsioonil ja võimul. Sagedamini on seksuaalseteks väärkohtlejateks mehed (7, 18, 19).

Seksuaalse väärkohtlemise üks alaliikidest on intsest ehk verepilastus, mis on suguline kontakt inimeste vahel, kes oma lähedaste sugulus- või veresidemete tõttu seda toime panna ei tohiks. Verepilastust võib esineda isa ja tütre, ema ja poja, õe ja venna, ema ja tütre, isa ja poja ning ka vanavanema ja lapselapse vahel (20).

Seksuaalne väärkohtlemine jaotub seksuaalseks ärakasutamiseks ja seksuaalseks vägivallaks. Seksuaalne ärakasutamine on lapse mittevägivaldne kasutamine seksuaalobjektina oma suguiha rahuldamiseks. Sellisel juhul lapselt füüsilisi märke toimunu kohta ei leia. Seksuaalne vägivald on lapse tahte vastane suguiha rahuldamine lapse peal olukorras, kus laps pole suuteline sellest keelduma ja ennast kaitsma vaimsete ja füüsiliste jõudude ebavõrdsuse tõttu. Sel puhul võib lapselt leida füüsilisi märke toimunust (3).

Antiiksete Egiptuse, Juudi, Kreeka ja Rooma ajalugu toob esile, et poiste ja tüdrukute seksuaalne väärkohtlemine oli tavaline, kaasaarvatud laste kaubanduslik seksuaalne

kasutamine bordellide ja rentimisteenuste näol. On dokumenteeritud ka laste seksuaalset ärakasutamist teenijate poolt (2).

Seksuaalse väärkohtlemise erinevateks vormideks on oraalne – genitaalne, genitaalne või anaalne kontakt lapse poolt või lapsele, aga ka puudutamist mitte sisaldavad vormid, nagu ekshibitsionism, piilumine või lapse kasutamine pornograafia tootmises. See sisaldab paljusid tegevusi alustades vägistamisest kuni füüsiliselt vähem pealetükkiva seksuaalse väärkohtlemiseni (19, 21).

Väärkohtlemise aktideks on näiteks lapse intiimsete kehaosade hellitamine, katsumine, suudlemine, teise lapse suguelundite vaatlemisele ahvatlemine, oma suguelundite demonstreerimine lapsele, sõrmega suguuhte matkimine, masturbeerimine, vaginaalne suguuhe lapsega, anaalne suguuhe lapsega, suguuhe lapsega suu kaudu. Kõige sagedamini on seksuaalse väärkohtlemise ohvriks lapsed vanuses 3 – 7 aastat (4, 20).

Lapse seksuaalne väärkohtlemine avaldab alati mõju lapse füüsilisele, emotsionaalsele, intellektuaalsele ja sotsiaalsele arengule. Seksuaalse väärkohtlemise äratundmiseks tuleb tähelepanu pöörata lapse käitumuslikele tunnustele ning teatud juhtudel ka füüsilistele tunnustele. Füüsilisteks tunnusteks seksuaalse väärkohtlemise puhul on tavaliselt rebitud, määrdunud või verine aluspesu, verevalumid ning veritsus suguelundite piirkonnas, verevalumid rindadel, reitel, tuharatel, alakõhul, kõhuvalu, peavalu, korduvad kuseteede põletikud, suguhaigus, rasedus (3, 5).

Enamike laste puhul, keda on seksuaalselt väärkoheldud, ei pruugi mingeid väärkohtlemise füüsilisi märke – rebendid, paistetused ning vigastused suguelundite ja päraku piirkonnas – esineda. Vaid väikese osa seksuaalse väärkohtlemise juhtudest kinnitavad meditsiinilise läbivaatuse tulemusena leitud füüsilised märgid. Seetõttu on igasugused meditsiinilised leiud ja asitõendid väga olulised lastekaitse seisukohalt. Seksuaalse väärkohtlemise kindlaks tegemine ja toimepanija süüdimõistmine on väga keeruline, kuna ei leidu piisavalt tunnustajaid ja vajaka jääb füüsilistest tõenditest (19, 22).

Suuõõs on seksuaalse väärkohtlemise puhul sagedaseks niioelda toimumiskohaks, kuid nähtavad suuvigastused või infektsioonid on haruldased. Seletamatud vigastused või suulae



täppverevalumid, eelkõige pehme ja kõva suulae liitumiskohas, võivad olla tõendid pealesurutud oraalset seksist (9).

Seksuaalse väärkohtlemise tagajärjel esinevad lapsel muutused seksuaalsel väljendumisel – lapsel on erakordne huvi seksuaalse sisuga mängude vastu, võrreldes oma eakaaslastega on tal üllatavalt head teadmised seksuaalelust, esineb võrgutav käitumine ning ebatavaline seksuaalne aktiivsus (masturbeerimine). Laps muutub endassetõmbunuks, kurvameelseks, kaotab kergesti enesekontrolli, esineb raskusi eakaaslastega suhtlemisel, võib esineda enesetapumõtteid ja enesetapukatseid, kardab mõne kindla isikuga kahekesi jäämist ning kardab lahti riidetuda (3).

Seksuaalse väärkohtlemise puhul on esinenud juhtumeid, kus on toimunud HIVi ülekandumine lapsele. USA-s 1996. aastal läbi viidud uuringus uuriti 7629 kuni 13. aastast last, kellel oli AIDS, ning 1507 last, kellel oli HIV, mis polnud veel arenenud AIDSiks. Nende puhul uuriti erinevate andmete ja juhtumiraportite põhjal seksuaalse väärkohtlemise ajalugu. Mõlema grupi peale kokku leiti 26 seksuaalselt väärkoheldud last, kellest 17 lapsel oli kinnitatud ja 9 lapsel võimalik ekspositsioon HIV-le. Kõik need lapsed olid keskkonnas, kus oli palju sotsiaalseid probleeme, kaasaarvatud uimastite tarbimine, perekonna lagunemine ning HIV-ga seotud surmade esinemine lühikese ajaperioodi jooksul (18).

### **2.1.3 Hooletussejätmine**

Hooletussejätmine on tähelepanematus või tegemata jätmine lapse hooldaja poolt, kes peab oma perekonna võimalusi arvestades lapsele tagama arengu kõikides valdkondades, nagu tervis, haridus, emotsionaalne areng, toitumine, eluase ja turvalised elamistingimused. Laps asetatakse vaimse või füüsilise ebamugavuse seisundisse, sest vanemate poolt jäävad lapse esmased vajadused rahuldamata. Hooletussejätetud laste vanemad ei pruugi olla vaesed, vaid nad võivad rahaliselt olla väga heal järjel (2, 3, 7).

Hooletussejätmine on kõige tavapärasemaid väärkohtlemise liike, mis kahjuks enamikel juhtudel jäävad kindlaks tegemata. Võrreldes teiste väärkohtlemise liikidega leiab hooletussejätmine vähe kajastamist ning saab liiga vähe tähelepanu. Peamiseks põhjuseks on

see, et hooletussejätmine ei jäta tavaliselt endast järele silmaga nähtavaid jälgi, kuigi selle mõjud lapsele on laastavad. Mõned uuringud on näidanud, et hooletussejätmise mõju väikese lapse aju arengule võib olla kahjulikum, kui füüsilise ja seksuaalse väärkohtlemise tagajärjel tekkinud kahjud (23).

Hooletusse jäetud last ei riietata vastavalt ilmastikule, ei reageerita lapse nutule, ei vahetata mähkmeid, ei kaitsta ohtude eest, jäetakse tihti üksi koju, lapsega ei tegeleta ning last ei tunnustata. Esineb juhtumeid, kus lapsega ei käida arstlikul kontrollil, ei parandata lapse hambaid, last ei vaksineerita ning kui laps haigestub, siis ei kutsuta talle arsti. Haridusliku hooletussejätmise poolt ei tunta huvi lapse võimete arendamise vastu, lapse õppeedukuse ja kooliprobleemide vastu ja ei äratata last õigel ajal kooli minekuks (4).

Üks hooletussejätmise tõsisematest vormidest on lapse tahtlik näljutamine. Tegemist on haruldase, aga raske väärkohtlemise vormiga. Selle põhjuseks võib olla hooldaja vähene teadlikkus lapse piisavast toitmisest, võimetus, mille põhjuseks on vaimuhaigus või mõnuainete kasutamine ning loomulikult vaesus. Lisaks eelpool nimetatud teguritele, võib põhjuseks olla rinnaga toitmise raskused. Esineda võib hooletu kohtlemine ja lapse karistamine, kasutades selleks lapse näljutamist. Tõsise näljutamise tagajärjel kaotab laps kaalu ning tema keha muutub silmnähtavalt. Lapse näljutamine mõjutab peaaegu kõiki organeid ning lapse arengut. Lõpptulemuseks võib olla lapse surm (24).

#### **2.1.4 Psühholoogiline ja emotsionaalne väärkohtlemine**

Psühholoogilise ja emotsionaalse väärkohtlemise puhul on tegemist kahte tüüpi väärkohtlemisega, mis on oma olemuselt väga sarnased ning esineb ühiseid tunnuseid, kuid siiski osades allikates käsitletakse neid kahe erineva väärkohtlemise liigina.

Psühholoogiline väärkohtlemine on tavapärane seksuaalse ja füüsilise ahistamise tagajärg, mis kahjustab lapse emotsionaalset ja vaimset arengut. Psühholoogiline väärkohtlemine on korduv muster kahjustavatest suhetest vanemate vahel. Mõningatel juhtudel on see muster krooniline ja pervasiivne ning teistel juhtudel see muster ilmneb ainult alkoholi mõjul või

mõne muu võimendava faktori puhul. Mõnikord väga valulik üksik intsident, nagu näiteks tavapäratult riikas lahutus, võib algatada psühholoogilise väärkohtlemise (25, 26).

Psühholoogiline väärkohtlemine on näiteks see, kui lapsele pidevalt öelda, et ta on kasutu, teda ei armastata ja ei taheta. Last terroriseeritakse, isoleeritakse või ignoreeritakse ja kahjustatakse tema sotsialiseerumist. Psühholoogilise väärkohtlemise alla kuulub ka lapse kodust välja viskamisega ähvardamine või siis lapse ähvardamine hülgamisega, et ta sõna kuulaks. Psühholoogilise väärkohtlemisena on käsitletavad ka sagedased konfliktid peres ning vanemate ettearvamatu käitumine lapse suhtes. Selle tagajärjel pidurdub lapse intellektuaalne areng ning satub ohtu tema tunnetusprotsesside, nagu mälu, tähelepanu, kujutlusvõime jms, eakohase taseme saavutamine (1, 3, 25).

Psühholoogilise väärkohtlemise tagajärjel muutub laps kergesti haavatavaks, väheneb tema eneseväärtustamise võime ja enesehinnang. Laps areneb sotsiaalselt saamatuks, kõrgenenud haavatavuse tagajärjel satub kergemini konfliktidesse ja tõenäoliselt on ta omaealiste seas tõrjutud (3, 25).

Emotsionaalne vägivald on mistahes tegu, mis asetab lapse emotsionaalse ehk tundelise pinge seisundisse, ohustades lapse tundeelu eakohast arengut. Seda väärkohtlemise liiki peetakse kõige raskemini äratuntavaks väärkohtlemise liigiks, mis võib esineda nii iseseisvalt kui koos teiste väärkohtlemise liikidega (3).

Emotsionaalse väärkohtlemise alla kuulub näiteks liikumise piiramine, lapse isoleerimine, alavääristamine, laimamine, solvamine, ähvardamine, ärakasutamine, hirmutamine, diskrimineerimine, naeruvääristamine ja teised mittefüüsilised kohtlemisvormid (2).

Kestev emotsionaalne väärkohtlemine pidurdab lapse normaalset eakohast eneseväljendust, mille tagajärjel satub ohtu lapse emotsionaalne areng. Lapse tundmused arenevad ühekülgeteks, moonduvad oma emotsioonide mõistmine kui ka nende väljendamine teistele. Laps ei õpi mõistma teda ümbritsevate inimeste tundeid ning neile adekvaatselt vastama. Emotsionaalselt vägivaldselt koheldud laps kasvab õnnetus, vihases, nukras keskkonnas. Lapsel kujuneb välja madal enesehinnang, kitsas tundemaailm, usaldamatus teiste suhtes, tal on raskusi teistega arvestamisel ja teiste armastamisel. Suure tõenäosusega kohtleb emotsionaalselt väärkoheldud laps tulevikus ka oma lapsi sarnaselt (3).

## Sünnitusjärgne depressioon

Rasedus ja sünnitamine mõjutavad oluliselt naist ning eriti suur on psühholoogiline, füsioloogiline ja hormonaalne mõju. Depressiooni esinemine raseduse ajal, aga eriti sünnitusjärgses perioodis on küllaltki sagedane. Samuti võivad süveneda sünnituse järel juba enne esinenud psüühikahäired nagu ärevushäired, obsessiiv – kompulsiivne häire, kuid võib esineda ka sümptomite vähenemine. Sünnitusjärgse depressiooni puhul eristatakse kolme tüüpi meeleoluhäiret – sünnitusjärgne meeleolu langus, sünnitusjärgne depressioon ja sünnitusjärgne psühhoos (27).

Sünnitusjärgse meeleolu languse („*babyblues*“) all kannatab 50-85% emadest. See on seotud füsioloogiliste muutustega ning algab sünnitusele järgnevatel päevadel, saavutab maksimumi viiendal päeval ning kaob mõne päeva jooksul. Tüüpilised sümptomid on nututuju, ärevus, närvilisus, kurnatus (27, 28).

Sünnitusjärgne depressioon, mille all kannatab 10-20% emadest ning mis algab esimestel sünnitusjärgsetel nädalatel. Üldjuhul paraneb see iseenesest kolme kuni kuue kuu jooksul, aga raskematel juhtudel võib depressioon kesta isegi kaks aastat.

Sünnitusjärgne psühhoos esineb 0,1-0,2% emadest. Kuigi tegemist on harvaesineva seisundiga, on see märgatavalt raskem ja tõsisem, kui eelpool kirjeldatud meeleoluhäired. Sünnitusjärgne psühhoos algab mõne päeva või mõne nädala pärast peale sünnitust. Suurem risk on esmasünnitajatel ja neil, kellel on endal või perekonnas esinenud psühhiaatrilisi haigusi. Sünnitusjärgne psühhoos halvendab ema võimet lapse eest hoolitseda ning seisund on seotud kõrge enesetapu ja lapse kahjustamise riskiga (27).

## 2.2 Väärkohtlemise põhjused

Väärkohtlemine on levinud kõikides sotsiaalsetes, majanduslikes, etnilistes ja religioossetes gruppides. See on levinud aga rohkem perekondades, kes on vaesed ja elavad sotsiaalses isolatsioonis. Olulist rolli mängivad töötus ning perekondlik ebastabiilsus. Väärkohtlejaks on tihti lapsega suguluses olev hooldaja – mees või naine – või keegi perekonnale lähedane usaldatud isik. Kui isa on töötu ja/või alkohoolik, siis on väärkohtlemine isa poolt rohkem levinud ning see võib olla seotud abikaasa väärkohtlemise, koduse vägivalla ja abieluraskustega. Siiski ei tohiks alkoholismi pidada esmaseks põhjuseks, kuid tihti see on „ettekäändeks”. Enamikel sedalaadi juhtudel ema ei teata väärkohtlemisest, kartes sotsiaalset, majanduslikku ja „üleelamise” tagasilööki, mille all mõeldakse ema kartust, et ta pole võimeline üksi elama ning hakkama saama kogu koormaga (2, 8).

Peamisteks riskifaktoriteks väärkohtlemise puhul on mõnuainete tarbimine, koduvägivalla esinemine, vaesus, laste vaimne või kehaline puue, oskamatud ja kogenematud vanemad, lagunenuid või lagunevad perekonnad, hooldaja puue või haigus, pered, kus on lapsed, keda ei tahetud või ei planeeritud ning kus lapsed ei ela koos oma bioloogiliste vanematega. Sedalaadi kodudes vanemad ning hooldajad võivad lapsi väärkohelda või nad ei kaitse neid teiste pereliikmete või võõraste väärkohtlemise eest (18, 25).

Kõige tõenäolisemaks lapse väärkohtlejaks (füüsilise kui ka seksuaalse) on ema seksuaalpartner, kasuisa või lapsega suguluses olev inimene. Tihti osad laste seksuaalsetest väärkohtlejatest ehk pedofiilidest on esialgu seksuaalsetes suhetes emaga või isegi abielluvad nendega enne, kui lähenevad lastele. Sedalaadi situatsioonis on mingis staadiumis tihti ka ema teadlik väärkohtlemisest, aga ta on sellest teatamisel abitu, kuna on näiteks väärkohtlejast rahaliselt sõltuv (2, 18).

Isad, kellel on varasem vägivallaga seonduv kuritegelik taust, väärkohtlevad ja jätavad oma lapsi hooletusse suurema tõenäosusega. Vägivaldne ja alandav karistus lapsepõlves muudab nad agressiivseks, mistõttu on nad ka vägivaldsed ja agressiivsed teismelised ja seejärel täiskasvanud samalaadse käitumisega. On teada, et meedias nähtud vägivald võib muuta lapsel juba olemasolevad vägivaldsed kalduvused hullemaks, samal ajal kui meediavägivald omaette võib mängida suhteliselt väikest rolli. Siiski meedia tihti õigustab vägivalda ja

kujutab seda kui normi, millel võivad olla kahjulikud mõjud noorele mõistusele. Väga noored vanemad, üksikud vanemad ja vanemad, kes ei oska lapsi kasvatada, on suurema tõenäosusega laste väärkohtlejad, samal ajal kui meelemürkide tarbimine ja vaimuhaigused on täiendavad riskifaktorid (2).

Väärkohtlejatena ei saa kindlasti ära unustada emasid, kelle peale üldjuhul langeb lapse kasvatamise kohus. Väärkohtlejatest vanemad on tihti loonud oma perekonna nooremas eas, kui teised inimesed. Paljud sünnitasid oma esimese lapse juba teismeliseeas. Kuna lapse kasvatamine on raske ja mingil hetkel noorel emal ei pea närvid vastu, siis osade puhul on tulemuseks lapse väärkohtlemine. Meestega seostub rohkem füüsiline väärkohtlemine – suuremad ja väiksemad kehalised vigastused – ning samuti on enamasti mehed vastutavad seksuaalse väärkohtlemise eest. Naised seevastu on rohkem hooletussejätjad (8).

Osad väärkohtlejad väidavad, et lapsed on loomult halvad ning nad olid väärt peksmist või et nad tahtsid astuda seksuaalsesse vahekorda. Laste süüdistamine on moodus, kuidas õigustada täiskasvanu vägivaldset käitumist, pannes süü suhteliselt kaitsetutele ja võimetutele lastele. Lapsed, kes on vägivaldsed, on tihti sellised vägivalla tõttu, mida nad on kogunud või näinud. Laste seksuaalne käitumine on tavaliselt tingitud varasemast seksuaalsest väärkohtlemisest. Laste puhul, kellel on tähelepanuhäired, raskused õppimisega, ei tunnistata probleemi ning tihti neid pekstakse, et laps end parandaks (2).

### 2.3 Väärkohtlemise tagajärjed lapsele

Igasugune väärkohtlemine mõjutab last ja tema edasist arengut. Psühholoogiline kahju, mis väärkohtlemise ja hooletussejätmisega kaasneb, võib olla püsiva mõjuga enesehinnangule ja käitumisele. Väärkoheldud lapsed tunnevad tihti lootusetuse tunnet, depressiooni ning hindavad end madalalt. Füüsiliselt väärkoheldud lapsed on agressiivsemad ning hüperaktiivsemad, kui nende väärkohtlemata eakaaslased ning nende keeleline areng on aeglasem ja sotsiaalsed oskused on võrreldes teistega halvemad. Laps väldib füüsilist kontakti, on endassetõmbunud, kardab koju minna ning võib kodunt ära joosta. Tal võib esineda suitsiidne käitumine ning nad võivad hakata mõnuaineid tarbima (4, 8, 29, 30).

Lapse varases arengus on väga oluline kiindumuse väljakujunemine, sest see paneb aluse suhete moodustumisele. Suur osa väärkohtlemise ohvriks langenud imikutest loovad ebakindla kiindumuse oma hoolitsejaga. Lapsed, kes on pidanud kannatama emotsionaalse väärkohtlemise ja hooletussejätmise all, kasvavad ülesse tunde, et neid ei armastata. Lapsel võivad tekkida selle tagajärjel kõnehäired ning arengu pidurdumine. Laps on emotsionaalselt tuim ning esineb voodimärgamist. Emotsionaalselt väärkoheldud laps klammerdub iga täiskasvanu külge, puudub huvi mängimise vastu ning võib olla passiivne või agressiivne. Hooletussejätud lapse areng pidurdub, imik nutab sageli ja võib olla pidevalt nälgjane. Esineb kaalus ja arengus mahajäämist, halb õppeedukus, konfliktne käitumine, kõnehäired jne (4, 8, 29).

Seksuaalne väärkohtlemine jätab lapsele paratamatult jäljed, mille raskus sõltub lapsest, väärkohtlejast, väärkohtlemise iseärasusest kui ka keskkonnast. Oluline faktor on lapse vanus väärkohtlemise ajal – seksuaalne väärkohtlemine mõjutab eriti nooremaid lapsi, kuna nende kesknärvisüsteem ja kognitiivsed funktsioonid ei ole veel täielikult välja arenenud ning ärritavad kogemused võivad põhjustada ulatuslikumaid tagajärgi. Ka korduv väärkohtlemine, väärkohtlemise raskusaste, väärkohtlemise vägivaldsus põhjustab lapsele ulatuslikumaid tagajärgi (5).

Seksuaalse väärkohtlemise tagajärjel tekivad lapsel ärevushäired (foobiad, unehäired, ülemäärane kartlikkus), hüsteeria- ja paanikahood, meeleoluhäired, endassetõmbumine, madal enesehinnang, ennastkahjustav käitumine, probleemid suhtlemisega,

seksuaalkäitumishäired (masturbatsioon, ülemäärane seksuaalne uudishimu jne) ning lisaks ka peavalud, kõhuvalud, anoreksia, buliimia (5).

Psühholoogilise väärkohtlemise tagajärjeks võib olla lapsele palju erinevaid pikaajalisi mõjusid. Krooniline psühholoogiline väärkohtlemine hävitab lapse enesetaju ja turvatunde. Tagajärjedeks võib olla näiteks madal enesehinnang, ärevuse sümptomid, depressioon, suitsiidimõtted või suitsiid, emotsionaalne ebastabiilsus, viha, impulsiivsus, söömishäired, mõnuainete tarbimine, antisotsiaalne käitumine, probleemid kiindumisega, vähesed sotsiaalsed oskused, vägivaldne käitumine, mäluhäired, tähelepanuhäired, vaimse arengu häired, õpiraskused ning probleemid tervisega, sealhulgas aeglane paranemine ja kõrge suremus (4, 25).



## 2.4 Väärkohtlemise ennetamine

Väärkohtlemises on ennetamisel oluline koht ja meie ühiskond ei saa hakkama ilma selleta, kuna tegemist on tõsise probleemiga, mida vähendades on võimalik päästa elusid ning vältida tõsiseid vaimseid probleeme. Laste väärkohtlemine pole ainult suur ja tõsine probleem, vaid tegemist on ülimalt keerulise probleemiga, mis esineb kõikides sotsiaalsetes sfäärides (29).

Väärkohtlemise ennetamise all mõeldakse tegevusi ja pingutusi, mida tehakse, et vähendada väärkohtlemise esinemist või selle negatiivseid tagajärgi. Varane sekkumine on ülimalt oluline, et kaitsta last edaspidise väärkohtlemise eest ning vältida tõsisemaid tagajärgi, mida väärkohtlemine lapsele tekitab. Ennetamise alla kuuluvad tegevused, mis on suunatud väärkohtlemise riskiteguritele, on näiteks tulevaste lapsevanemate harimine sel teemal, kuidas last kasvatada ning kuidas laps areneb. Kasutatakse ka nõ kodukülastuse süsteemi, mille käigus külastatakse lapse esimestel elukuudel neid peresid, kus on suurem risk väärkohtlemiseks (töötud, noored lapsevanemad, üksikvanemad jne). Mida varem on sekkunud, seda parem on ka lapse kliiniline ja psühhosotsiaalne taastumine (1, 4, 29).

Kuna väärkohtlemine on Eesti ühiskonnas endiselt veel tabuteema, millest eriti ei räägita, peaks väärkohtlemise ennetamise üheks vahendiks olema üldise elanikkonna teavitamine probleemist. Seksuaalne ja füüsiline väärkohtlemine on saanud ühiskonnas rohkem tähelepanu. Seetõttu on oluline rääkida rohkem nendest väärkohtlemise liikidest, mis on raskesti äratuntavad ning mida paljud ei loe väärkohtlemiseks. Sellisteks liikideks on näiteks psühholoogiline ja emotsionaalne väärkohtlemine, hooletussejätmine ning Münchauseni sündroom. Selleks on võimalik kasutada meedia, lasteasutuste, sotsiaalasutuste, pereplaneerimise asutuste jm sarnaste institutsioonide abi (7).

Oluline roll väärkohtlemise ennetamises on arstidel, eelkõige just lastearstidel. Arstid saavad jagada erinevaid teabematerjale ning teavitada vanemaid sellest, et igasugune väärkohtlemine ja armastuse puudumine võivad last kahjustada. Lapsed vajavad pidevat armastust, tunnustust ning tähelepanu. Samuti on arstide üheks rolliks laste tervisliku seisundi jälgimine, mille käigus on võimalik avastada võimalikku peres esinevat väärkohtlemist laste suhtes. Et arstid suudaksid sedalaadi funktsiooni täita, tuleks neid koolitada, et nad oskaksid anda asjakohast infot ning kindlaks teha väärkohtlemist (1, 25).

## 2.5 Väärkohtlemisega seotud seadusandlus Eestis

1991. aastal ühines Eesti ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooniga, mis sisaldab õigusi, mis on igal alla 18. aastasel lapsel kogu maailmas. Suur tähelepanu on suunatud sellele, et lastel on õigus olla kaitstud vägivalla eest. Konventsioon käsitleb otseselt või kaudselt erinevaid väärkohtlemise liike – lapse õigus tervisele, haridusele, turvalisusele, heaolule. Artiklis 19 on välja toodud, et last tuleb kaitsta igasuguse füüsilise ja vaimse vägivalla, ülekohtu või kuritarvituse, hooletussejätmise, hooletu või julma kohtlemise või ekspluateerimise, kaasa arvatud seksuaalse kuritarvituse eest (31).

Näiteks artiklis 34 on käsitletud seksuaalset väärkohtlemist: „Konventsiooniga ühinenud riigid kohustuvad kaitsma last igasuguse seksuaalse ekspluateerimise ja seksuaalse väärkohtlemise eest. Selleks võtavad konventsiooniga ühinenud riigid tarvitusele vastavad riiklikud kahe- ja mitmepoolsed abinõud, vältimaks lapse ahvatlemist või sundimist osalema ükskõik millises ebaseaduslikus seksuaaltegevuses, lapse kasutamist prostituudina või mõnel muul ebaseaduslikul seksuaalsel eesmärgil, laste kasutamist pornograafilistes etendustes ja materjalides”. Artikkel 36 ütleb, et: „Konventsiooniga ühinenud riigid kaitsevad last kõigi muude lapse heaolu kahjustavate ekspluateerimisvormide eest (31).”

1. jaanuaril 1993. aastal jõustus Eesti Vabariigi lastekaitse seadus, mis tugineb ÜRO Lapse Õiguste Konventsioonile ning on alusdokumendiks lastekaitsealasele tööle Eesti Vabariigis. Kuna aluseks on ÜRO Lapse Õiguste Konventsioon, siis on ka väärkohtlemise käsitlus sarnane – lapsel on õigus haridusele, tervisele, toidule, ohutule elukeskkonnale jne. § 31 Lapse kohtlemise üldpõhimõtte sätestab, et: „Igat last tuleb alati kohelda nagu isiksust, tema omapära, iga ja sugu arvestavalt. Lubamatu on lapse alavääristamine, hirmutamine või karistamine viisil, mis valmistab talle piina, tekitab talle kehalisi kahjustusi või ohustab kuidagi teisiti tema vaimset või kehalist tervist. Juhul kui täiskasvanu on last lubamatul viisil kohelnud, on sotsiaaltalitus pädev sekkuma konflikti lahendamisse ning vajadusel tegema esildise süüdioleva isiku karistamiseks administratiiv- või kriminaalkorras. Vägivalla või halva kohtlemise tõttu kannatanud lapsele tuleb anda vajalikku abi. Nõustatakse ka vägivalda tarvitanud täiskasvanut, et vältida halva kohtlemise kordumist (32).”

Eesti Vabariigi lastekaitse seaduse § 33 käsitleb seksuaalset kuritarvitamist: „Laps peab olema kaitstud igasuguse seksuaalse ärakasutamise eest, sealhulgas on keelatud täiskasvanu poolt lapse ahvatlemine seksuaaltegevusse, lapse kasutamine prostituudina, lapse kasutamine pornograafilistel eesmärkidel (32).”

1. septembril 2002. aastal jõustus Karistusseadustik, mis sätestab karistused isikuvastastele kuritegudele. Näiteks § 116 käsitleb lapse tapmist: „Ema poolt oma sündiva või vastündinud lapse tapmise eest – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.” § 121 käsitleb kehalist väärkohtlemist: „Teise inimese tervise kahjustamise eest, samuti löömise, peksmise või valu tekitanud muu kehalise väärkohtlemise eest – karistatakse rahalise karistuse või kuni kolmeaastase vangistusega (33).”

Karusseadustiku 7. jagu käsitleb seksuaalsüütegusid, mille alla kuulub ka seksuaalne väärkohtlemine. Vastavalt § 141 Vägistamine: „Inimese tahte vastaselt temaga suguühendusse astumise eest vägivaldaga või ära kasutades tema seisundit, milles ta ei olnud võimeline vastupanu osutama või toimunust aru saama, karistatakse ühe kuni viieaastase vangistusega. Sama teo eest, kui see on toime pandud noorema kui kaheksateistaastase isiku suhtes, karistatakse kuue- kuni viieteistaastase vangistusega (33).”

Otseselt lapse seksuaalse väärkohtlemisega on seotud § 144 Suguühendus järeltulijaga: „Vanema, vanema õigustega isiku või vanavanema poolt lapse või lapselapsega suguühendusse astumise eest – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.” § 145 Suguühendus lapsealisesega: „Täisealise isiku poolt noorema kui neljateistaastase isikuga suguühendusse astumise eest – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.” § 146 Sugulise kire rahuldamine lapsealisesega: „Täisealise isiku poolt noorema kui neljateistaastase isiku kaasamise eest suguühendusest erineval viisil sugulise kire rahuldamisele – karistatakse kuni viieaastase vangistusega.” Karistusseadustiku järgi loetakse alla kümneaastast isikut süütegude mõttes arusaamisvõimetuks (33).

### **3. TÖÖ EESMÄRK JA ÜLESANDED**

Käesoleva töö eesmärgiks oli kirjeldada 0-1 aastaste laste väärkohtlemist ja hooletussejätmist Eestis Tallinna Lastehaigla ja perearstide meditsiinidokumentide andmete põhjal ning selgitada välja selliste juhtumite riskitegurid.

Töös püstitati järgmised ülesanded:

1. Kirjeldada Tallinna Lastehaiglasse 2004. – 2006. aastal hospitaliseeritud 0-1 aastaste laste haiguslugude andmete põhjal võimalikke väärkohtlemise ja hooletussejätmise juhte.
2. Koguda lisainformatsiooni väärkohtlemise kahtlusega juhtumite kohta perearsti kaartidelt ja perearsti küsitluse teel.
3. Võrrelda haiguslugude põhjal kogutud väärkohtlemise juhtumite andmeid Eesti Kohtuarstlikku Ekspertiisbüroosse pöördunud laste andmetega.
4. Selgitada välja laste väärkohtlemise riskitegurid.

## 4. TÖÖ METOODIKA

Tegemist on kirjeldava uuringuga, milles kasutati andmete kogumiseks selleks koostatud andmevorme. Andmevormid võimaldasid informatsiooni koguda selliste tunnuste kohta nagu lapse sünniaeg, elukoht, sugu, rahvus, ema ja isa andmed, kui palju on peres lapsi, kes elavad perekonnas, kas peres on alkoholi liigtarbimist, lapse sünnikaal, *apgari* väärtus esimesel ja viiendal minutil, lapse areng, lapse olulisemad haigused, informatsioon juhtunud sündmuse kohta, hospitaliseerimise põhjus, sündmuskoht, diagnoos, vigastuse liik ja piirkond, varasemate vigastuste esinemine (vt. lisa 1). Andmevormidele sisestatavad andmed saadi Tallinna Lastehaigla haiguslugudest. Põhjused, miks andmete kogumiseks valiti just Tallinna Lastehaigla, on järgmised:

- Uurimus on läbi viidud Eesti Teadusfondi grandide nr 6592 raames, millega seoses tehti veel kaks magistritööd teistes Eesti piirkondades – Tartumaal ja Ida-Virumaal;
- Tallinna näol on tegemist küllalt suure piirkonnaga, mistõttu arvestatava uuringu läbi viimiseks sellest piisab;
- Magistritöö autori elukohaks on Tallinn ning oli ka olemas hea kontakt Tallinna Lastehaigla juhatusega.

Andmevormide täitmise jaoks töötati läbi 2004. – 2006. aastal trauma diagnoosidega haiglasse pöördunud 0-1 aastaste laste haigusloomad.

Uuringusse kaasamise kriteeriumiteks olid:

- sündmuse toimumisaeg ajavahemikus 01.01.2004 – 31.12.2006;
- lapse vanus kuni 1 aastat;
- hospitaliseerimise põhjus: sündmuse tagajärjel tekkinud trauma(d) – luumurrud, põletused, põrutused, nihestused, verevalumid, mürgistused, lämbumised;

Uuritud 3 aasta kohta täideti kokku 163 andmekogumisvormi. Kõik andmevormid sisestati andmebaasi, kasutades selleks programmi *Microsoft Office Excel 2003*. Samas programmis tehti ka andmete statistiline töötlus. Andmete kirjeldamiseks arvutati protsendid, standardhälve ning statistiliste erinevuste välja selgitamiseks tehti *t-test* ja *hii-ruut* test.

Töö tegemiseks on olemas TÜ Inimuuringute Eetika Komitee luba (nr 140/29, 22.08.2005).

## 4.1 Andmete kogumine

Andmete kogumine toimus kolmes etapis. Esimene andmete kogumine toimus 2006. aasta märtsis. Siis koguti andmeid 2004. ja 2005. aastal haiglasse pöördunud laste haiguslugudest. Mõlema aasta kohta täideti kokku 89 andmevormi (vastavalt 45 ja 44 andmekogumisvormile), millest hiljem selekteeriti välja 29 väärkohtlemise kahtlusega juhtu.

Väärkohtlemise kahtlusega juhtude valiku tegemisel võeti arvesse juhtumi kirjeldust, õnnetusjuhtumi tagajärjel tekkinud vigastusi, kliinilisi diagnoose ning lisainformatsiooni, mis oli haiguslugudes fikseeritud. Näiteks oli osades haiguslugudes eraldi välja toodud kahtlus väärkohtlemisele. Peale nende juhtude kvalifitseerusid väärkohtlemise alla erinevad hooletussejätmise juhtumid, kus näiteks imik oli söönud rotimürki, tablette või švammi, mille tagajärjel tekkis kas lämbumine või mürgistusega seotud haigusnähud. Samuti arvestati väärkohtlemiseks erinevaid kahtlasema taustaga kukkumisi, kus laps oli kukkunud näiteks 1,6 meetri kõrguselt voodilt põrandale või kui laps oli kukkunud kapi või laua pealt põrandale. Väärkohtlemiste hulka arvati ka ebaselge taustaga traumad.

Teise etapina koguti väljaselekteeritud 29st juhust lisainformatsiooni perearstide kaartidelt või perearstide küsitluse teel. Täiendavat informatsiooni saadi sellel perioodil 9 juhtumi kohta. Osadel juhtumitel puudusid haigusloos andmed perearsti kohta või perearstid polnud nõus lisainformatsiooni andma.

2006. aasta andmete kogumine leidis aset 2007. aasta veebruarikuus. Kokku täideti antud aasta kohta 74 andmevormi, millest selekteeriti väärkohtlemise kahtlusega välja 11 juhtu. Kuna 2004. ja 2005. aasta juhtude kohta oli selgunud, et perearstidelt saadud informatsioon ei täiendanud oluliselt haiguslugudes sisalduvat informatsiooni, siis nende juhtude puhul ei pöördutud perearstide poole.

Tabelis 1 on toodud täidetud andmevormide jaotus uuringuaastate järgi.

Tabel 1. Täidetud andmevormide jaotus aastate järgi.

<b>Aasta</b>	<b>Väärkohtlemise kahtlusega</b>	<b>Muud õnnetusjuhtumid</b>	<b>Perearstilt lisaandmed</b>	<b>Kõik õnnetusjuhtumid kokku</b>
	Arv (%)			
<b>2004</b>	16 (40,0)	29 (23,6)	7 (77,8)	45 (27,6)
<b>2005</b>	13 (32,5)	31 (25,2)	2 (22,2)	44 (27,0)
<b>2006</b>	11 (27,5)	63 (51,2)	0 <sup>1</sup>	74 (45,4)
<b>Kokku</b>	40 (100,0)	123 (100,0)	9 (100,0)	163 (100,0)

Sellest on näha, et õnnetusjuhtumite koguarv oli suurim 2006. aastal, mil oli suurim ka selliste õnnetusjuhtumite arv, mille puhul ei olnud tegu väärkohtlemise kahtlusega (tabelis „muud õnnetusjuhtumid”). Kõige rohkem väärkohtlemise kahtlusega juhtumeid oli 2004. aastal.

---

<sup>1</sup> 2006. aasta väärkohtlemise kahtlusega juhtude kohta perearstidelt lisaandmeid ei kogutud

## 5. TÖÖ TULEMUSED

### 5.1 Üldandmed

Õnnetusjuhtumi tõttu Tallinna Lastehaiglasse pöördunud laste elukohaks on valdavalt linn (Tabel 2). Olulist erinevust ei esine väärkohtlemise kahtlusega ja muude õnnetusjuhtumite osas – mõlemal juhul on umbes kolmveerand õnnetusjuhtumitest seotud linnas elavate imikutega. Piirkonna järgi jaotuvad juhtumid Tallinna/Harjumaa piirkonda, kuhu väärkohtlemise juhtudest kuuluvad kokku 39 juhtu ja muudest õnnetusjuhtumitest 119 juhtu. Ühe väärkohtlemise kahtlusega juhu ja kolme õnnetusjuhtumi juhu piirkondadeks on Pärnumaa, Ida-Virumaa, Järvamaa ning Läänemaa. Ühe imiku kohta elukoha ja piirkonna andmed puudusid. Elukohtades ei olnud kahel võrreldud juhtumi grupil statistilist erinevust ( $p=0,79$ ).

Tabel 2. Jaotus lapse elukoha järgi – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud.

Elukoht	Väärkohtlemise kahtlus	Muud õnnetusjuhtumid	Kokku
Linn	31 (77,5)	92 (74,8)	123 (75,5)
Maa	9 (22,5)	30 (24,4)	39 (23,9)
Andmed puuduvad	0	1 (0,8)	1 (0,6)
<b>Kokku</b>	40 (100,0)	123 (100,0)	163 (100,0)

Tabelis 3 on toodud laste jaotus soo järgi. Sellest on näha, et rohkem õnnetusi on juhtunud poistega ning ka väärkohtlemise kahtlusega juhtude seas on rohkem poisslapsi, aga mõlemal juhul on tegemist suhteliselt väikese ja statistiliselt mitteolulise erinevusega ( $p=0,37$ ), mistõttu selle põhjal pole võimalik väita, et poistel on suurem risk väärkohtlemiseks või muudeks õnnetusjuhtumiteks.



Tabel 3. Jaotus lapse soo järgi – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud.

Sugu	Väärkohtlemise kahtlus	Muud õnnetusjuhtumid	Kokku
	Arv (%)		
Poiss	23 (57,5)	62 (50,4)	85 (52,2)
Tüdruk	16 (40,0)	60 (48,8)	76 (46,6)
Andmed puuduvad	1 (2,5)	1 (0,8)	2 (1,2)
<b>Kokku</b>	40 (100,0)	123 (100,0)	163 (100,0)

Enam kui pooled õnnetusjuhtumiga haiglasse sattunud lastest on rahvuselt eestlased, nagu on näha tabelis 4. Suhteliselt sarnased proportsioonid on ka kahel võrreldud juhtumite grupil ning statistilist erinevust neil gruppidel ei esinenud ( $p=0,56$ ).

Tabel 4. Jaotus lapse rahvuse järgi – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud.

Rahvus	Väärkohtlemise kahtlus	Muud õnnetusjuhtumid	Kokku
	Arv (%)		
Eestlane	25 (62,5)	79 (64,2)	104 (63,8)
Muu	15 (37,5)	38 (30,9)	53 (32,5)
Andmed puuduvad	0	6 (4,9)	6 (3,7)
<b>Kokku</b>	40 (100,0)	123 (100,0)	163 (100,0)

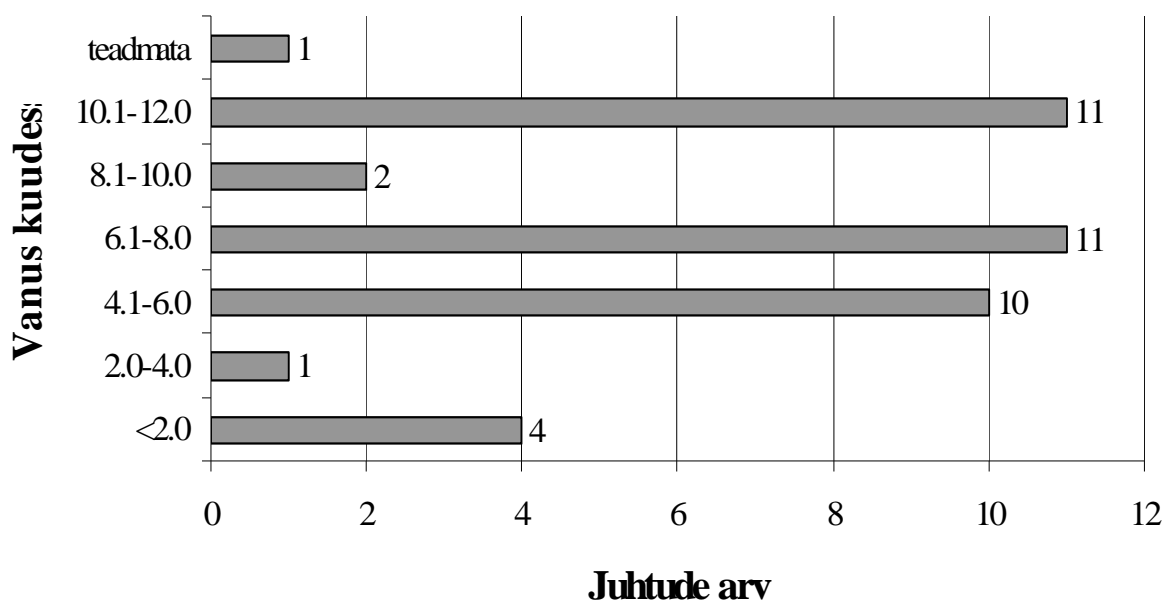
Laste keskmine vanus koos standardhälvega on ära toodud tabelis 5. Väärkohtlemise kahtlusega juhtudest puudusid vanuse kohta 1 lapse andmed, muude õnnetusjuhtumite osas puudusid andmed 4 lapse vanuse kohta. Kahel võrreldud grupil ei esinenud statistiliselt olulist erinevust vanuste lõikes ( $p=0,62$ ).

Tabel 5. Lapse keskmine vanus õnnetusjuhtumi toimumise ajal.

	Väärkohtlemise kahtlus (n=39)	Muud õnnetusjuhtumid (n=119)
<b>Lapse vanus kuudes (keskmine ± standardhälve)</b>	6,2 ±3,3	5,9±3,3

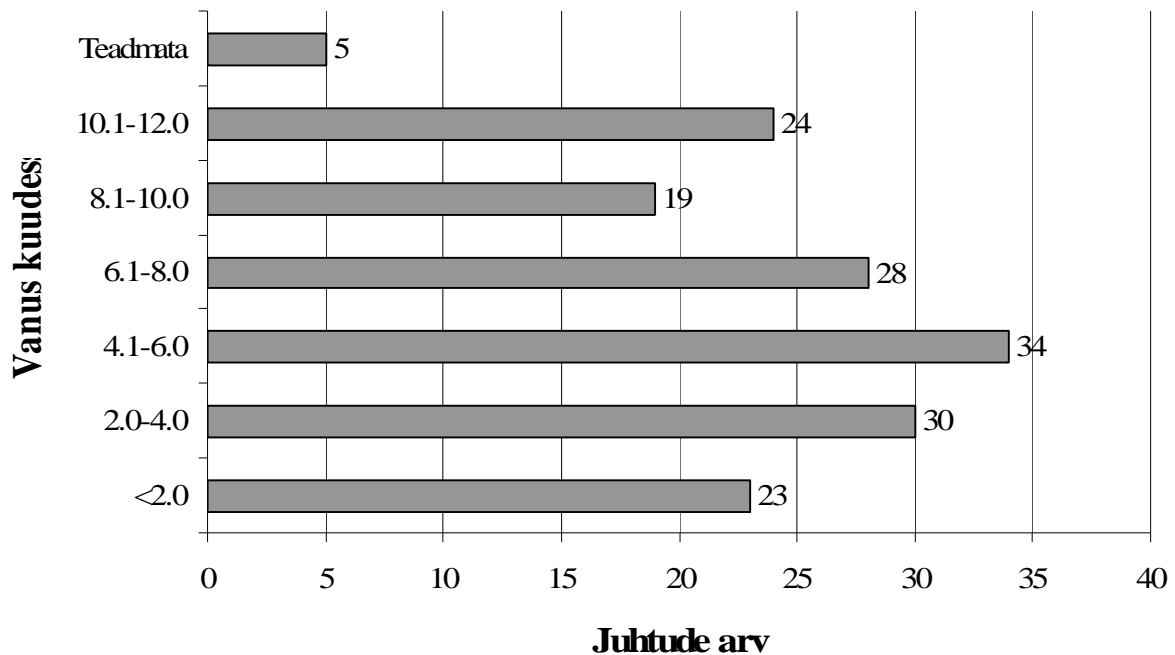
Joonisel 1 on näidatud, kuidas jagunevad väärkohtlemise kahtlusega õnnetusjuhtumid laste vanuste järgi. Väärkohtlemise kahtlusega juhtude osas näeme, et suurem osa õnnetustest on toimunud 4,1-8,0 kuu vanuste ja 10,1-12,0 kuu vanuste laste seas. Nende vanusgruppide juhud moodustavad kõikidest väärkohtlemise kahtlusega juhtudest 80%.

Kõige enam esines nendes vanusegruppides kukkumisi, mille näiteks võiks tuua selliseid juhtumeid, kus imik oli kukkunud voodi pealt, laua pealt või aknalaualt põrandale. Ühe juhtumi puhul oli imik kukkunud köögis kapi otsast pesumasina peale. Esines ka imiku trepilt alla kukkumisi. Peale kukkumise esines palju hooletussejätmissi, kus imik oli näiteks söönud kilekotti, rotimürki, paratsetamooli, erinevad võõrkehad hingamisteedes ning kuuma veega põletused.



Joonis 1. Väärkohtlemise juhud vanuse järgi.

Joonisel 2 on jaotus laste vanuse järgi kõigi õnnetusjuhtumite kohta kokku. Sellelt võib näha, et õnnetusjuhtumite esinemine erinevates vanuserühmades on enamvähem ühtlasel tasemel ning ei joonistu selgelt välja vanuserühmi, kus on risk kõige suurem.



Joonis 2. Lapse vanus õnnetusjuhtumi ajal – kõik juhud.

Kõikide aastate väärkohtlemise kahtlusega juhte võrreldi Eesti Kohtuarstlikusse Ekspertiisibüroosse jõudnud juhtumitega, millest selgus, et 2004. aasta juhtudest oli ekspertiisi suunatud kolm last, 2005. aastal kolm last ning 2006. aastal üks laps. Ekspertiisi suunatud juhtude puhul oli tegemist olukordadega, kus oli selge, et tegemist oli väärkohtlemisega.

## 5.2 Perekonna andmed

Isa vanus on teada ainult 15 õnnetusjuhtumi kohta 163-st. Nendest 15-st juhust 3 juhtu on väärkohtlemise kahtlusega (Isa vanused 32, 35 ja 37 eluaastat). Kuna andmeid on väga vähe, siis ei ole võimalik teha statistilist analüüsi, millel oleks arvestatavad ja kogu valimile üldistatavad tulemused.

Isa rahvus on teada 64 juhul, millest 10 on väärkohtlemise kahtlusega. 35 eestlast, 19 muust rahvusest. Väärkohtlemise puhul 3 muust rahvusest ja 7 eestlast.

Isa haridus on teada 7 õnnetusjuhu kohta (6 keskharidusega, 1 põhiharidusega) ja 2 väärkohtlemise (kõrgharidus ja keskharidus) kahtlusega juhu kohta.

Andmed isa töötamise kohta oli võimalik haiguslugudest saada õnnetusjuhtumite kohta 15 juhul (1 töötu, 15 töötavad) ja väärkohtlemise kahtlusega juhtumite korral 3 juhul (kõik töötavad).

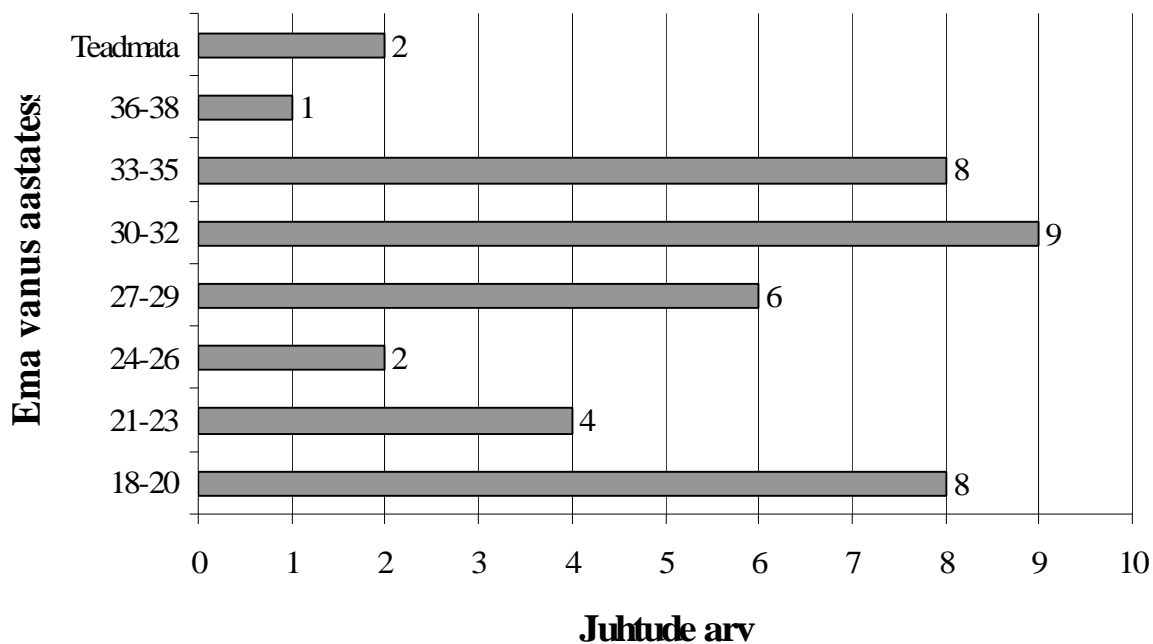
Ema andmete osas oli võimalik haiguslugudes üldiseid andmeid rohkem leida, kui isade andmete osas. Andmed ema vanuse kohta olid teada 119 õnnetusjuhtumi puhul ja 38 väärkohtlemise kahtlusega juhu puhul. Andmed puudusid väärkohtlemise kahtlusega laste emade puhul 2 juhul, muude õnnetusjuhtumite puhul 4 juhul.

Tabelis 6 on ära toodud ema keskmine vanus koos standardhälvega. Nagu näha, jälgib ka selle uuringu emade vanuse näitaja Eestis viimastel aastatel levinud sünnituste edasilükkamise nähtust. Emade vanused on sarnased nii väärkohtlemise kahtlusega juhtude osas kui ka muude õnnetusjuhtumite osas. Analüüsi tulemusena selgus, et kahel juhtumite grupil emade vanuse osas statistilist erinevust ei olnud ( $p=0,69$ ).

Tabel 6. Ema keskmine vanus.

	<b>Väärkohtlemise kahtlus</b> (n=38)	<b>Muud õnnetusjuhtumid</b> (n=119)
<b>Ema vanus (keskmine ± standardhälve)</b>	27.0±5.4	27.4±5.4

Emade vanuselist jaotust väärkohtlemise juhtude osas illustreerib joonis 3. Tallinna Lastehaigla andmete põhjal oli väärkohtlemise kahtlusega juhtude puhul kõige noorem ema 18. aastane ja kõige vanem ema 38. aastane. Jooniselt on näha, et 40-st väärkohtlemise juhust langesid vanusegruppidesse 27-35 eluaastat kõige rohkem väärkohtlemise juhtusid (57,5%). Seega selle uuringu põhjal on pigem väärkohtlejaks suhteliselt vanemad naised.



Joonis 3. Ema vanuseline jaotus väärkohtlemise kahtlusega juhtudel.

Tabelis 7 on välja toodud andmed ema rahvuse kohta. Andmed ema rahvuse kohta oli haiguslugudest võimalik leida kokku 132 juhul. Andmed puudusid 31 juhu kohta.

Tabel 7. Jaotus ema rahvuse järgi.

Rahvus	Väärkohtlemise kahtlus	Muud õnnetusjuhtumid	Kokku
	Arv (%)		
Eestlane	19 (47,5)	67 (54,5)	86 (52,8)
Muu	13 (32,5)	33 (26,8)	46 (28,2)
Andmed puuduvad	8 (20,0)	23 (18,7)	31 (19,0)
<b>Kokku</b>	40 (100,0)	123 (100,0)	163 (100,0)

Olulist statistilist erinevust rahvuste vahel ei esinenud ( $p=0,43$ ).

Andmed ema hariduse kohta on teada ainult 1 õnnetusjuhtumi kohta (algharidus). Ema töötamise/mittetöötamise kohta on informatsiooni 29 juhu kohta, millest 4 on väärkohtlemise kahtlusega. Nii väärkohtlemise kahtlusega kui ka muude õnnetusjuhtumite puhul on tegemist emadega, kes on lastega kodused.

Andmed perekonda kuuluvate inimeste kohta on teada 9 juhu kohta, millest 1 juhul oli tegemist väärkohtlemise kahtlusega. Sinna perekonda kuuluvad ema, vanaisa ja tädi. Ülejäänute puhul kuulusid perekonda ema ja isa.

Laste arv peres on teada 17 juhu kohta, millest 7 on väärkohtlemise kahtlusega. Väärkohtlemise kahtlusega peredes on ühel juhul 4 last – tegemist on 22. aastase emaga ning perekonda kuulusid ema, vanaisa ja tädi. Kahel väärkohtlemise kahtlusega juhul on peres 2 last (emad vanuses 28 ja 29) ja neljal juhul 1 laps. Muude õnnetusjuhtumite puhul on ühes perekonnas 4 last, neljas perekonnas 2 last ja üheksas perekonnas 1 laps.

Ema raseduste arv on teada 12 juhu kohta, millest 5 juhul on tegemist väärkohtlemise kahtlusega. Väärkohtlemise kahtlusega juhtudest kolme puhul oli tegemist esimese rasedusega, ühel juhul teise ning ühel juhul neljanda rasedusega.

Ema rasedusega arvele võtmise aeg on teada 2 juhu kohta. Mõlema puhul on tegemist väärkohtlemise kahtlusega. Üks ema oli arvele võetud 4. kuul ning teine ema võeti arvele nädal aega enne sünnitust. Mõlema juhul on rasedusega arvele võtmine toimunud väga hilja. Teise juhtumi puhul on tegemist perekonnaga, kus mõlemal vanemal on sotsiaalsest olukorrast tingituna psühhiaatriline grupp ning ema oli tunnistanud viljatuks. Lapse areng oli olnud normaalne kuni 4. kuuni, peale seda areng oli peetunud. Tallinna Lastehaiglas sattus luumurdude tõttu, mis olid tekkinud kukkumise tagajärjel.

Andmed peres alkoholi liigtarvitamise kohta on teada kokku 5 juhu kohta, millest 1 on väärkohtlemise kahtlusega ning tegemist on isapoolse alkoholi liigtarvitamisega. Lapse puhul oli tegemist raputatud lapse sündroomiga ning on teada, et selle põhjustas isa, kui ta lõi ema ja last pudeliga. Ülejäänud 4 õnnetusjuhtumi puhul alkoholi liigtarvitamist ei esine.

Lapse sünnikaal on teada 40 juhu kohta – 11 väärkohtlemise kahtlusega, 29 muu õnnetusjuhtumi puhul. Nendest ühe lapse puhul oli tegemist alakaalulise imikuga – kaal 1465 grammi. Normaalseks sünnikaalus loetakse kaalu 2500-4500 grammi (34).

Lapse arengu kohta on andmed 21 juhul, millest 5 on väärkohtlemise kahtlusega. Nelja lapse areng oli normaalne ning ühel lapsel oli areng normaalne kuni 4. kuuni, peale seda oli areng peetunud. Muude õnnetusjuhtumite puhul oli areng lastel normaalne.

Lapse sünniaeg rasedusnädala järgi oli kirjas 26-s haigusloos, millest 9 juhtu on väärkohtlemise kahtlusega. Tegemist oli kõikide õnnetusjuhtumite osas ajaliste sündidega, 3 last oli ülekantud.

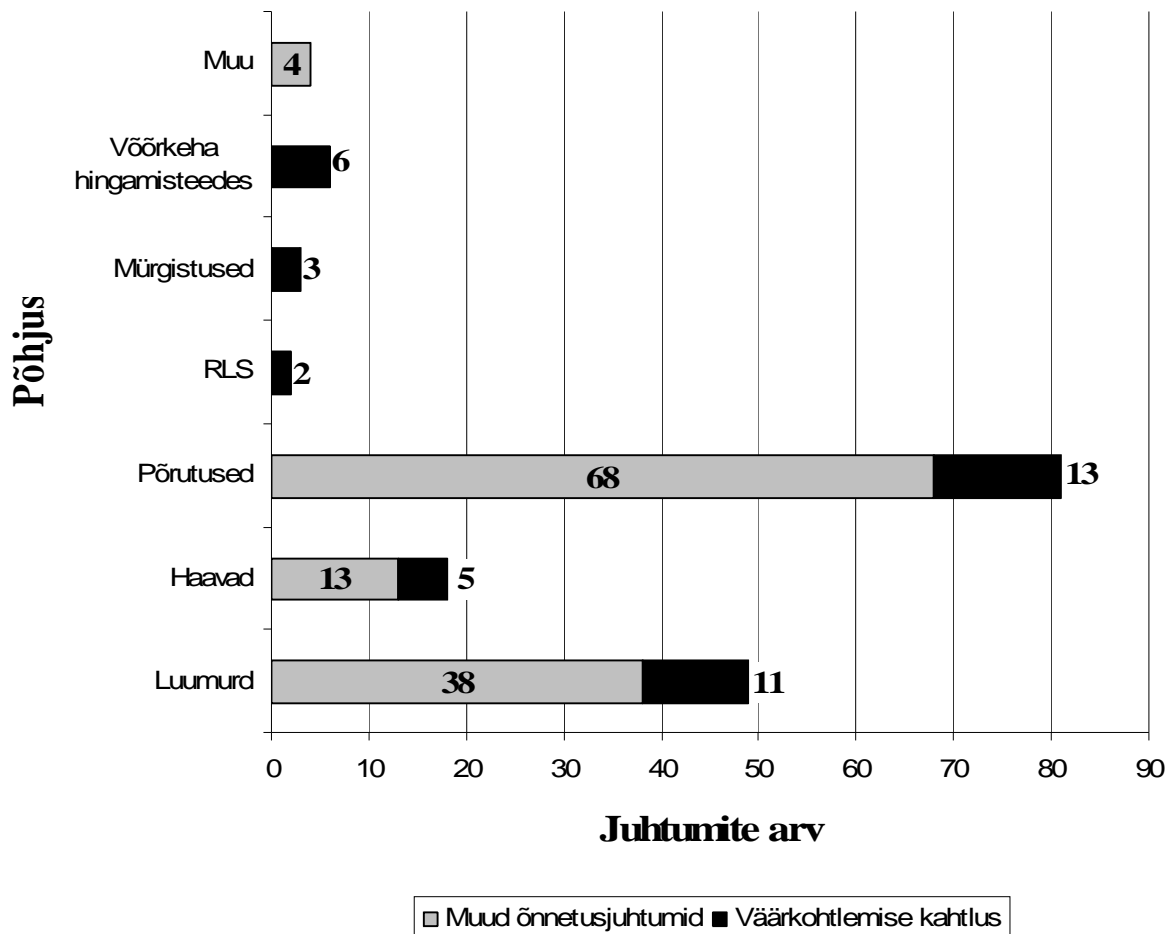
*Apgari* väärtus esimesel minutil on teada 12 juhu kohta, millest 5 on väärkohtlemise kahtlusega. Nende *apgari* väärtused jäid vahemikku 7-10. *Apgari* väärtus viiendal minutil on teada 11 juhu kohta. Nendest 5 on väärkohtlemise kahtlusega ning *apgari* väärtused jäid vahemikku 8-10.

Lapse olulisemad haigused on teada 4 lapse kohta – 2 väärkohtlemise kahtlusega (nohu, kõrvapõletik) ja 2 muud õnnetusjuhtumit (allergiline piimale, 2 kuu vanuselt krampid).

Vaktsineerimise info olemas 10 juhu kohta – 5 väärkohtlemise kahtlusega (kõigil korrapärane) ja 5 muud õnnetusjuhtumit (4 juhul korrapäraselt ja 1 juhul ebakorrapärane vaktsineerimine).

### 5.3 Sündmuse kirjelduse andmed

Joonisel 4 on välja toodud erinevad hospitaliseerimise põhjused. Sellelt on näha, et kõikide õnnetusjuhtumite puhul on peamisteks hospitaliseerimise põhjusteks põrutused ja luumurrud, mis enamjaolt on tekkinud kukkumise tagajärjel. Peale kukkumise oli põhjusteks veel näiteks peksmine, massaaži tegemine. Muude põhjuste alla kuuluvad söögitoru läbimatus, hingamisraskused, õnnetuse tagajärjel tekkinud nahaalused verevalumid. Väärkohtlemise kahtluse korral olid hospitaliseerimise põhjuseks võõrkehad hingamisteedes (kile, paber, švamm jne), põletuste tagajärjel tekkinud haavad, tablettide või muude ainete söömise tagajärjel tekkinud mürgistused.



Joonis 4. Hospitaliseerimise põhjus – väärkohtlemise kahtlusega ja muud õnnetusjuhud.



Tabelis 8 on ära toodud õnnetusjuhtumite liigid. Põhiliselt on õnnetusjuhtumid seotud kukumisega, nagu selgus ka joonis 4 juures. Muu õnnetusjuhtumi liikide alla kuuluvad väärkohtlemise kahtlusega juhtude osas peamiselt hooletussejätmisega seotud mürgistused ja võõrkehad hingamisteedes ning imiku järsk tõmbamine, mille tagajärjel on lapsel tekkinud vigastused. Muude õnnetusjuhtumite puhul on muude põhjuste puhul tegemist söögitoru läbimatusena ning hingamisraskustega, nagu hospitaliseerimise põhjuste juures.

Tabel 8. Vigastusi tekitanud õnnetusjuhtumi liik.

Õnnetusjuhtumi liik	Väärkohtlemise kahtlusega	Muud õnnetusjuhtumid	Kokku
	Arv (%)		
<b>Kukkumine</b>	14 (35,0)	105 (85,4)	119 (73,1)
<b>Põletused</b>	4 (10,0)	12 (9,7)	16 (9,8)
<b>Ebaselge</b>	8 (20,0)	0	8 (4,9)
<b>Löömine/peksmine</b>	1 (2,5)	0	1 (0,6)
<b>Raputamine</b>	2 (5,0)	0	2 (1,2)
<b>Muu</b>	11 (27,5)	6 (4,9)	17 (10,4)
<b>Kokku</b>	40 (100,0)	123 (100,0)	163 (100,0)

Õnnetusjuhtumi toimumiskohaks on väärkohtlemise kahtlusega juhtude puhul 30 korral kodu, 1 juhul trepikoda, 1 juhul pood, 1 juhul tänav. 7 juhu kohta on toimumiskoht teadmata. Muude õnnetusjuhtumite puhul 90 juhul juhtus õnnetus kodus, 4 juhul trepikojas, 6 juhul tänaval, 10 juhul mujal – poes, kohvikus, haiglas. 13 juhu kohta on toimumiskoht teadmata.

Peamiseks vigastuse piirkonnaks kõikide õnnetusjuhtumite puhul on pea. Osade juhtumite puhul on vigastuse piirkondi korruga mitu. Väärkohtlemise kahtlusega juhtude korral olid jäsemed 11 juhul vigastuse piirkonnaks, kael 2 juhul, kõht 3 juhul, nägu 4 juhul, rindkere 7 juhul, pea 18 juhul, selg 1 juhul ning muu piirkond (hingamisteed) 6 juhul. Muude õnnetusjuhtumite puhul oli pea vigastuspiirkonnaks 96 õnnetusjuhtumi puhul, jäsemed 18, kael 5, kõht 5, muu 3 (söögitoru), nägu 10, rindkere 10, selg 1 juhul.

Varasemate vigastuste kohta on informatsioon haiguslugudes väga lünklik. Väärkohtlemise kahtlusega juhtude osas on varasemaid vigastusi olnud 3 korral ning 1 korral oli teada, et pole esinenud. 36 juhu kohta andmed puuduvad ning samuti puudusid andmed muude õnnetusjuhtumite kohta. Informatsioon varasemate vigastuste esinemise kohta on väärkohtlemise uurimise puhul oluline, kuna tegemist on võimaliku riskiteguriga. Sellekohane info võiks haiguslugudes kajastuda, nagu perekonna üldine taustinfo.

## 5.4 Väärkohtlemise kahtlusega juhud

Järgnevas osas on toodud väärkohtlemise kahtlusega haigusjuhtude detailne kirjeldus, rõhuasetusega vigastuseni viinud sündmuse kirjeldamisele ja asjaoludele. Nagu uuringu andmete tulemustest selgus, on väärkohtlemise kahtlusega juhtude seas kõige rohkem kukkumisi, mis liigituvad hooletussejätmise alla. Enamjaolt on tegemist kukkumisega trepist alla, voodist, laualt või aknalaualt. Ühel juhul oli kukkumisega seotud kolmas osapool – vanaema oli kakluse ajal tõuganud ema, kel oli laps süles. Kukkumiste tagajärjel diagnoositi haiglas peamiselt peatraumasid, põrutusi ning erinevaid luumurde (jäsemed, roided, kiiruluu), üldjuhul kaasnesid nendega ka verevalumid erinevates keha piirkondades.

Ebaselgete väärkohtlemise juhtude juures on juhtumeid, kus vigastused viitavad kukkumisele või mingit laadi füüsilisele vägivallale. Näiteks ühe juhtumi puhul on ema väitnud, et isa hüpitask oma last põlve peal, mille tagajärjeks olid verevalumid ja õlavarreluumurd. Lisaks olid kaasuvate diagnoosidena vanad roidemurrud ja hulgaliselt vanu kollaseid verevalumeid. Teiste ebaselgete juhtumite puhul on samuti tegemist erinevate luumurdudega, põrutustega ning nahaaluste verevalumitega. Mitmel juhul on viiteid vanadele vigastustele ja verevalumitele.

Muude õnnetuste hulgas esines eelkõige juhtumeid, mis olid seotud mingite võõrkehadega hingamisteedes, mis viitab lapse hooletussejätmisele. Lapsed olid endale sisse söönud kilet, paberit, švammi ja pähklitükke. Oli ka paar juhtumit, mis olid seotud mürgistustega. Ühel juhul oli laps kätte saanud toitu, mida oli segatud rotimürgiga. Teisel juhul oli tegemist paratsetamooli tablettidega ning üks juht oli seotud katlakivi eemaldajaga, mis oli lapse toiduga segunenud. Muude õnnetuste hulgas oli ka juhtum, kus ema ujutas oma last ning tõmbas järsult last enda poole, mille tagajärjel lapsel pea nõksatas ning haiglas diagnoositi kaela lihasvenitus.

Peksmise juhte oli selle magistritöö raames uuritud haiguslugude hulgas üks, kus 3.-5. aastased lapsed olid tänaval vankris magavat last peksnud. Ema ei suutnud meenutada, millal ta oma lapse välja viis ning millal tuppa tagasi tõi. Peksmise tagajärjel diagnoositi lapsel näo põrutus, nahamarrastused, nina põrutus ning ninahaav.

Raputatud lapse sündroomiga hospitaliseeritud laste puhul oli ühel juhul tegemist juhtumiga, kus isa lõi ema ja last, mille tagajärjel laps sai erinevaid vigastusi. Isa agressiivsuse üheks põhjuseks oli alkoholihoobes olemine ning haigusloo järgi oli tegemist korduva vägivaldse käitumisega. Teisel juhul ei ole täpselt teada kes oli imiku raputajaks. Laps hospitaliseeriti siis, kui tal tekkisid krambid. Haiglas diagnoositi imikul roidemurrud ja nahaalused verevalumid.

Imiku hooletussejätmise tagajärel olid osad õnnetusjuhtumid seotud põletustega. Ühel juhul laps põletas end ära vastu radiaatorit ning ülejäänud olid endale kuuma vee kaela tõmmanud. Põletuste tagajärjel diagnoositi lastel jäsemete ning rindkere põletushaavad. Ühel juhul oli tegemist I-II astme põletusega.

## 6. ARUTELU

Järgnevalt on toodud uuringutulemuste arutelu tulemuste esitamise järjekorras. Osade tulemuste puhul on viidatud ka andmete puudulikkusele ning sellest tulenevatele tulemuste piirangutele. Vajadusel on esitatud ettepanekud olukorra muutmiseks.

Magistritöö uuringu raames kogutud andmete statistika näitas, et suurem osa väärkohtlemise kahtlusega juhtudest ja muudest õnnetusjuhtudest on toimunud lastega, kes elavad linnas. Antud uuringu piiranguna võib märkida, et on uuritud ainult linnas paiknevat haiglat, mille teeninduspiirkond ei pruugi haarata maapiirkondi. Seetõttu võib tegemist olla nihkega andmetes. Eeldades, et leitud linnalaste ülekaal väärkohtlemise osas on reaalne, püüdsin leida vastavat kirjandust. Üheski magistritöö jaoks läbi töötatud kirjanduslikus allikas polnud riskitegurina ära märgitud elukoha tähtsust seoses väärkohtlemisega. Siiski eeldaks, et linnas elades on tõenäosus väärkohtlemiseks ja muudeks õnnetusjuhtumiteks suurem ja seda just näiteks linnaeluga seonduva kiire elutempo, närvilise ja stressirohke elu tõttu. Tegemist võiks olla potentsiaalse riskiteguriga, mida tuleks edaspidi väärkohtlemise uuringutesse kaasata.

Analüüsides soo ja väärkohtlemise vahelisi seoseid, ilmnes vastavast kirjandusest, et USA-s 1988-1997. aastatel läbiviidud uuringu tulemuste kohaselt esineb väärkohtlemist ja muid õnnetusjuhtumeid rohkem just poiste hulgas. Tolle uuringu tulemuseks oli, et 59,4% väärkohtlemise juhtudest ja 58% muudest õnnetusjuhtumitest moodustasid poistega seotud juhtumid (35). Enamvähem samad tulemused olid ka selle magistritöö raames tehtud uuringul, mis kinnitab fakti, et poiste hulgas esineb sedalaadi juhtumeid mingil määral rohkem.

Uuringu tulemusena selgus, et suurem osa väärkohtlemise juhuseid toimus esimese eluaasta 4. kuust alates. Sel puhul on juba tegemist eaga, mil imik hakkab asju haarama, roomama, suudab juba toe najal püsti tõusta ning toe najal sammuda. 10-12 kuu vanune laps suudab iseseisvalt seista ning teeb juba oma esimesed sammud (36). Seega vajab imik palju tähelepanu ning tuleb jälgida, et lapse ligiduses poleks ohtlikke asju, millega ta saaks endale viga teha. Imikutega juhtuvad õnnetused ongi üldjuhul seotud hooletussejätmisega – kukkumised, mürgistused, lämbumised ja põletused – mis lisaks lapse peksmisele ning

raputamisele kuuluvad väärkohtlemise alla. 2004. – 2006. aasta Tallinna Lastehaigla andmete põhjal tehtud statistika kinnitab teoreetilisi andmeid, et teatud perioodil imikueas on suurem risk õnnetusjuhtumiteks, mis puudutavad eelkõige just väärkohtlemise juhte.

Tulemuste peatükis esitatud andmete põhjal on näha, et andmed perekonna tausta kohta on haiguslugudes väga lünklikud. Kõiksugu erinevad faktorid, nagu vanemate vanus, üksikvanemaks olemine, vaesus, töötus, madal haridustase ning perekonna suurus mõjutavad väärkohtlemise esinemist. Näiteks, kui last kasvatab ainult ema või isa üksi, siis on oluliselt suurem risk lapse väärkohtlemiseks (1). Nendes haiguslugudes, mida uuriti selle magistritöö raames, oli tavapäraseks andmete esitluse viisiks toimunud õnnetusjuhtumi kirjeldus, kust enamjaolt olid välja jäetud perekonna taust ning lapse sünniandmed. Kõige lünklikumad andmed on isade kohta. Kui haiguslugudes oleksid perekonna andmed olnud paremini kättesaadavad, siis oleks nende toel võimalik olnud otsida seoseid, mismoodi mõjutab perekonna taust väärkohtlemist Eestis. Enamik uuritud haiguslugudest keskendusid ainult õnnetusjuhtumile, selle kirjeldusele ning diagnoosidele.

Selle töö raames oli plaanis koguda andmeid, mis kaudselt viitavad perekonna normaalsele funktsioneerimisele ja laste eest hoolitsemisele: emade rasedusega arvelevõtu aeg, lapse areng, vaksineerimiste tase ning lapse olulisemad haigused. Seda aga ei õnnestunud teha andmete puudumise tõttu. Ka need andmed oleks olulised väärkohtlemise uurimise seisukohast ja nende kajastatus haiguslugudes peaks olema märksa suurem.

Selleks, et tulevikus oleks võimalik põhjalikult uurida laste väärkohtlemist Eestis ja selle riskitegureid, võiks haiglatel olla ühtne vorm, mida selliste juhtude puhul täita. Seal peaksid kindlasti kajastuma perekonna taustaandmed – vanemate vanused, haridus, töötamine, alkoholi liigtarvitamine, laste arv peres, kes kuuluvad perekonda jne. Nimetatud tunnuste osas peaksid igale tunnusele eraldi olema nende kirjapanemiseks lüngad või lahtrid. See tagab nende tunnuste süsteemse registreerimise. Need andmed annaksid olulist infot ja aitaksid paremini kindlaks teha väärkohtlemist ning selle riskitegureid perekonna seisukohast. Samuti annaks perekonna tausta informatsioon võimaluse paremini teha ennetustööd väärkohtlemise osas.

Kirjanduses on käsitletud ühe väärkohtlemise põhjusena ema noort vanust. Kui perekond on loodud võrreldes teistega nooremas eas või kui esimene laps on sündinud juba teismelisena, siis on suurem risk lapse väärkohtlemiseks (1, 8). Selle magistritöö raames tehtud uuring kinnitab pigem vastupidist – väärkohtlemise juhtudega on pigem seotud 30-ndates eluaastates naised. Kuna enamike juhtude kohta pole andmeid, kas peres on tegemist esimese lapsega või mitte, siis ei ole võimalik teha sellekohast võrdlust ja välja selgitada, kas esimene laps või rohkem lapsi perekonnas võis olla riskiteguriks väärkohtlemisel, nagu viitavad kirjanduslikud allikad (1, 37).

Perekondades, kus esineb alkoholi liigtarvitamist, on lastel 4 korda suurem risk väärkohtlemiseks (37). Uuringus oli alkoholi liigtarbimisega seonduvate andmete kättesaamine raske, kuna haiguslugudes ei olnud kirjas vastavasisulist tausta. Alkoholi liigtarvitamise puhul on laste väärkohtlemises tegemist olulise riskifaktoriga, mistõttu on tähtis, et haigusloos oleks sellega seonduvalt kirjas perekonna taust.

Laste väärkohtlemist käsitlev kirjandus toob peamiste vigastustena välja verevalumeid, peatraumasid ja –põrutusi, roiete murdusid ning muid luumurde, mis üldjuhul on hooletussejätetud imiku kukkumise tagajärjeks. Kirjanduses viidatakse sedalaadi vigastuste puhul rohkem lapsevastasele vägivalvale, nagu löömine, raputamine, kägistamine, hammustamine jne. 90% füüsiliselt väärkoheldud lastel esineb verevalumeid (2). Käesoleva uuringu tulemustes selline tulemus verevalumite kohta hospitaliseerimise põhjuste osas ei kajastunud. Küll aga oli paljude juhtumite puhul lisainformatsioonis viiteid verevalumitele. Põrutuste ja luumurdude esinemissagedus aga toetab kirjanduse andmeid, kuigi Eesti puhul langevad nende vigastuste algpõhjused rohkem hooletussejätmise kategooriasse. Väärkohtlemise juhtude seas aga leidub ka selliseid, kus tundub kahtlane, et voodist maha kukkumise tagajärjel on tekkinud mitmetesse kohtadesse luumurrud, lapsel on ajuvapustus ja veel mingid vigastused, lisaks vanad verevalumid ja luumurdude jäljed, samas kui teise samalaadse juhtumi puhul on laps pääsenud ainult põrutusega ja verevalumitega. Sedalaadi juhtude puhul võiks pigem rääkida füüsilisest väärkohtlemisest.

Väärkohtlemise kahtlusega juhtude puhul on oluline koostöö erinevate ametiasutuste vahel – politsei, sotsiaalamet, haigla. Praegu on olukord selline, et politseile ja sotsiaaltöötajatele teatatakse ainult juhtudest, kus oli tegemist kõige selgema väärkohtlemisega – peksumine, raputamine jms. Nagu selgus ka uuringu andmete võrdluses ekspertiisibüroo andmetega,

uurimist alustatakse väga väheste juhtumite puhul. Tähelepanu alt jäävad välja hooletussejätmise juhud, millele vaadatakse kui tavalisele õnnetusjuhtumile. Probleemiks on ka see, et väärkohtlemise kindlaks tegemisel puuduvad selged kriteeriumid ja ühtne süsteem. Eestis tuleks välja töötada kindel registreerimissüsteem ja reeglistik, kuidas tuleks käituda väärkohtlemise juhtudega ning nende juhtudega, mis võivad ka väärkohtlemise alla kuuluda ning mis sinna ei kuulu.



## 7. JÄRELDUSED

Käesoleva töö eesmärgiks oli kirjeldada 0-1 aastaste laste väärkohtlemist ja hooletussejätmist Eestis Tallinna Lastehaigla ja perearstide meditsiinidokumentide andmete põhjal ning selgitada välja selliste juhtumite riskitegurid.

Magistritöö raames läbi viidud uuringu tulemustest selgus, et:

- Tallinna Lastehaiglas 2004. – 2006. aastal väärkohtlemise ja hooletussejätmise kahtlusega juhtude peamiseks hospitaliseerimise põhjusteks olid kukkumiste tagajärjel tekkinud põrutused, luumurrud ja haavad ning põhiliseks vigastustepiirkonnaks oli pea;
- Peale kukkumiste esines väärkohtlemise kahtlusega juhtude seas põletusi, peksmist, lapse raputamist, erinevate esemete sattumist kurku ning ebaselgeid juhtumeid;
- Perearstidelt saadud informatsioon väärkohtlemise kahtlusega juhtumite kohta ei täiendanud haiguslugudelt saadud informatsiooni, kuigi perearstil peaks olema oma patsientide kohta detailsemad tervisekaardid ning ta peaks perekonna kohta omama kogu vajalikku informatsiooni (k.a. taustainformatsioon: vanemate vanus, haridus jne);
- Eesti Kohtuarstlikku Espertiisbüroosse oli aastatel 2004 – 2006 sattunud väga vähe väärkohtlemise juhte (kokku 7 juhtu). Uuriti vaid kõige selgemaid ja raskemaid väärkohtlemise juhtusid;
- Andmed perekonna üldise tausta, alkoholi liigtarvitamise, ema raseduse ning lapse arengu kohta, mis oleks aidanud välja selgitada väärkohtlemise võimalikke riskitegureid, olid haiguslugudes puudulikud.

Ettepanekud, mida võiks Eestis olukorra parandamiseks teha:

- Eestis tuleks välja töötada selged juhised, kuidas kindlaks teha väärkohtlemist;
- Tuleks luua ühtne registreerimis- ja teavitussüsteem;
- Väärkohtlemise kindlaks tegemisel ja registreerimisel peaks keskne roll olema perearstidel, kellel on perekonnaga kõige tihedam kokkupuude;

- Haiguslood ja tervisekaardid peaksid olema põhjalikumad ning sisaldama informatsiooni perekonna tausta ja lapse arengu kohta, et oleks võimalik kindlaks teha, kas perekonnas on suurem risk lapse väärkohtlemiseks;
- Üldist elanikkonda tuleks rohkem harida hooletussejätmise, emotsionaalse ja psühholoogilise väärkohtlemise teemal, kuna seksuaalse ja füüsilise väärkohtlemise teemadega on need seni tagaplaanile jäänud.

## KASUTATUD KIRJANDUS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano, R. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Silva DGH, Hobbs CJ. Managing Child Abuse: Handbook for Medical Officers. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2004.
3. Soonets R, Loko J, Loko TM, Roomeldi M, Põldsepp I, Haldre L, et al. Laste väärkohtlemine. Tartu: Atlex; 1997.
4. Ohvriabi käsiraamat. Tallinn: EV Sotsiaalministeerium; 2002.
5. Rosental M, Tilk K. Lapse seksuaalne väärkohtlemine Eestis. Tartu; 1999.
6. Soo K, Kutsar D. Seksuaalse väärkohtlemise kogemused ja hoiakud Eesti noorte hulgas. Tartu; 2004.
7. Butchart A, Harvey AP, Mian M, FURNISS T. Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization; 2006.
8. Wolfe D.A. Preventing Physical and Emotional Abuse of Children. New York: The Guilford Press; 1991.
9. Kellogg N. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. Pediatrics 2005; 116: 1565 – 8.
10. Talvik I, Vibo R, Metsvaht T, Männamaa M, Jüri P, Heidmets LT, et al. Raputatud lapse sündroom. Eesti Arst 2002; 81(1): 23 – 9.
11. Ainsalu K. Ennetustöövõimalused raputatud lapse sündroomi puhul, bakalaureusetöö. Tartu: Tartu Ülikool; 2004.
12. Sander V. Raputatud lapsed. Pere ja Kodu 2002. <http://www.perekodu.ee/16221> (11.04.2007)
13. Geddes JF, Plunkett J. The Evidence Base for Shaken Baby Syndrome. BMJ 2004; 328: 719 – 20.
14. Harding B, Risdon RA, Krous HF. Shaken Baby Syndrome. BMJ 2004; 328: 720 – 1.
15. Hamilton JC. Munchausen Syndrome. eMedicineHealth 2005. <http://www.emedicinehealth.com/script/main/art.asp?articlekey=59228&pf=3&page=1> (viimane külastus 17.03.2007)
16. Feurtado J. Munchausen by Proxy Syndrome: A Deadly Disorder. AllPsych Journal 2004. <http://allpsych.com/journal/munchausen.html> (17.03.2007)

17. Wilson RG. Fabricated or Induced Illness in Children. *BMJ* 2001; 323: 296 – 7.
18. Lindegren ML, Hanson C, Hammett TA, Beil J, Fleming PL, Ward JW. Sexual Abuse of Children: Intersection With the HIV Epidemic. *Pediatrics* 1998; 102: e46.
19. Kellogg N. The Evaluation of Sexual Abuse in Children. *Pediatrics* 2005; 116: 506 – 12.
20. Auväärt L. Lapsed ja puuetega inimesed õigusmenetluses. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2001.
21. Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. *Pediatrics* 1999; 103: 186 – 91.
22. Finkelstein B. Child Abuse: A Multidisciplinary Survey. Volume 8, Victim as Witness: Legal and Psychological Issues. New York, London: Garland Publishing; 1995.
23. DePanfilis D. Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention. U.S. Department of Health and Human Services; 2006.
24. Kellogg N, Lukefahr JL. Criminally Prosecuted Cases of Child Starvation. *Pediatrics* 2005; 116: 1309 – 16.
25. Kairys SW, Johnson CF. The Psychological Maltreatment of Children – Technical Report. *Pediatrics* 2002; 109: e68.
26. Bernet W. Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36(3): 423 – 42.
27. Lepola U. Naised ja depressioon. Tartu: Lundbeck Eesti AS; 2004.
28. Kivisalu K. Kui sa kohe vait ei jää... Pere ja Kodu 2006.  
<http://www.perekodu.ee/78999> (12.04.2007)
29. Willis DJ, Holden EW, Rosenberg M. Prevention of Child Maltreatment: Developmental and Ecological Perspectives. New York: A Wiley-Interscience Publication; 1992.
30. Thompson MP, Kingree JB, Desai S. Gender Differences in Long – Term Health Consequences of Physical Abuse of Children: Data From Nationally Representative Survey. *Am J Public Health* 2004; 94: 599 – 604.
31. Lapse Õiguste Konventsioon. <http://www.unicef.ee/sisu/unicef/unkonvnts.php> (02.04.2007)
32. Riigi Teataja. Eesti Vabariigi Lastekaitse Seadus. RT 1992, 28, 370.
33. Riigi Teataja. Karistusseadustik. RT I 2001, 61, 364.

34. Meltzoff AN. Infant Imitation After a 1-Week Delay: Long-Term Memory for Novel Acts and Multiple Stimuli. *Developmental Psychology* 1988; 24 (4): 470 – 6.
35. DiScala C, Sege R, Li G, Reece RM. Child Abuse and Unintentional Injuries. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2000; 154: 16-22.
36. Vikipeedia Vaba Entsüklopeedia. Imik. <http://et.wikipedia.org/wiki/Imik> (09.04.2007)
37. Healthy Anchorage Indicator Report Number 7, 1998. Child Abuse. [http://www.indicators.ak.org/indmonth/pdffiles/98\\_04childabuse.pdf](http://www.indicators.ak.org/indmonth/pdffiles/98_04childabuse.pdf) (10.04.2007)

## **LISAD**

# Lisa 1

Täitmise kuupäev.....

## Andmekogumisvorm alla aastaste laste füüsilise väärkohtlemise juhtumite kohta

ÜLDANDMED	
<b>1. Piirkond</b> 1 PE (Tallinn) 2 LE (Tartu) 3 LÄ (Pärnu) 4 IE (Ida-Virumaa)	<b>13. Ema haridus</b> 1 algharidus (alla 8 aasta) 2 põhiharidus (8 või 9 aastat) 3 keskharidus (10–12 aastat) 4 kõrgem haridus
<b>2. Allikas</b> 1 haiguslugu 2 ambulatoorne kaart 3 ekspertiisiakt	<b>14. Ema töö</b> 1 töötab 2 ei tööta, ..... põhjus
<b>3. Lapse sünniaeg</b> ..... päev, kuu, aasta	<b>15. Perekonda kuuluvad</b> 1 ema ja isa 2 ema ja võõrasisa 3 isa ja võõrasema 4 ainult ema 5 ainult isa 6 vahetevahel ema, vahetevahel isa 7 Muu, .....
<b>4. Lapse sugu</b> 1 mees 2 naine	<b>16. Laste arv peres kokku</b> .....
<b>5. Elukoht</b> 1 linn, ..... 2 maa, .....	<b>17. Antud laps on peres (mitmes?)</b> .....
<b>6. Rahvus</b> 1 eestlane 2 muu, .....	<b>18. Ema rasedusega arvele võtmise aeg</b> .....
PEREKONNA ANDMED	
<b>7. Isa vanus</b> .....	rasedusnädal
<b>8. Isa rahvus</b> 1 eestlane 2 muu, .....	<b>19. Antud rasedus on (mitmes?)</b> .....
<b>9. Isa haridus</b> 1 algharidus (alla 8 aasta) 2 põhiharidus (8 või 9 aastat) 3 keskharidus (10–12 aastat) 4 kõrgem haridus	<b>20. Peres alkoholi liigtarvitamine</b> 1 ei 2 jah
<b>10. Isa töö</b> 1 töötab 2 ei tööta ..... põhjus	<b>21. Lapse sünnikaal (g)</b> .....
<b>11. Ema vanus</b> .....	<b>22. Lapse sünni aeg rasedusnädala järgi</b> .....
<b>12. Ema rahvus</b> 1 eestlane 2 muu, .....	<b>23. Apgari väärtus</b> ..... esimene minut
	<b>24. Apgari väärtus</b> ..... viies minut
	<b>25. Lapse areng</b> 1 normaalne 2 peetunud
	<b>26. Lapse olulisemad haigused</b> .....
	<b>27. Vaktsineerimine</b> 1 korrapärane 2 ebakorrapärane

## SÜNDMUSE KIRJELDUS

**23. Millal juhtus** .....  
päev, kuu aasta, kellaeg

**24. Hospitaliseerimise põhjus**

.....  
.....

**25. Mis juhtus**

- 1 kukkumine (kuidas, kus)
- 2 löömine (käega, jalaga, rihmaga jm)
- 3 põletamine (suitsuga, tikuga jm)
- 4 lükkamine
- 5 kompressioon
- 6 kägistamine
- 7 muu, .....

**25. Kus juhtus**

- 1 kodu
- 2 tuttava kodu
- 3 tänav
- 4 trepikoda
- 5 mujal, .....

**29. Põhivigastuse diagnoos** .....

.....

**30. Kaasuv diagnoos** .....

.....

**31. Vigastuse liik**

- 1 nahaalune verevalum
- 2 nahamarrastus
- 3 nahakriimustus
- 4 haav
- 5 põrutus
- 6 luumurd
- 7 siseelundite vigastused
- 8 muu, .....

**32. Vigastuse piirkond**

- |            |               |
|------------|---------------|
| 1 Pea      | 6 kõht        |
| 2 nägu     | 7 jäsemed     |
| 3 kael     | 8 suguelundid |
| 4 rindkere | 9 muu, .....  |
| 5 Selg     | .....         |

**33. Varasemate vigastuste esinemine**

- 1 jah .....  
toimumise aasta
- 2 ei tea

**34. Lisainfo** .....

.....

.....

.....

.....

.....



## SUMMARY

Subject of the study is „Child abuse during the first year of life: the description of the problem and a study of risk factors based on the data from Tallinn Children's Hospital”.

Scope of the study was to describe child abuse and neglect in Estonia at the age of 0 – 1 years, using medical data from Tallinn Children's Hospital and GPs and to determine the risk factors for this kind of cases. Data was collected from years 2004-2006 from case histories who had been hospitalized because of a trauma. 163 lists of data were filled, from which 40 cases with neglect and suspected abuse cases were selected. This was a descriptive study.

As a result of the study it appeared that information in case histories is deficient and it does not express important risk factors that were mentioned in the literature. These risk factors were for example background data about family, child's development, history about alcohol's overuse etc. System for determining child abuse in Estonia is deficient and serious investigation is only with cases that were very severe, leaving cases of neglect and not so severe maltreatment cases without attention.

Most maltreatment cases with infants were mainly the results of child neglect – falling, objects in the pharynx, burnings and imprecise cases, where the reasons of injuries were unclear. Mainly the consequences were fractures, contusions, combustions etc. Slightly major risk for accidents occurred with boys. Contrarily to the literature sources, which indicated as a risk factor mother's young age, the results of this study indicated that a child abuser was more a woman at the age of thirties, not young mothers.

Altogether results from this study shows that regarding to child maltreatment Estonia needs more clearer criteria and systems, which helps to get a better overview of the situation and gives us a better chance to prevent child maltreatment and protect Estonian children's welfare and future. Also Estonian society needs more informing about the problem, since regarding to child maltreatment, sexual and physical abuse get more attention excluding other forms of abuse like neglect, emotional and psychological abuse that are associated with mental health and can be more harmful to the child than other forms of abuse.

## TÄNUAVALDUS

Sooviksin tänada oma juhendajaid, Katrin Langi ja Marika Väli, kes andsid häid nõuandeid ning olid töö koostamisel ja uuringu läbiviimisel palju abiks. Tänaksin veel ka statistikut Inge Ringmetsa, kes aitas andmete analüüsi tegemisel.

Tänan oma perekonda ning töökohta ja ülemusi mõistva suhtumise eest õpingute ajal.

## CURRICULUM VITAE

**Nimi:** Kristel Ojala

**Sünniaeg ja –koht:** 24.11.1982, Viljandi

**Elukoht:** Aia tn 13-17, Rummu alevik, Harjumaa

**Perekonnaseis:** abielus

### **Hariduskäik:**

2005 – ... Tartu Ülikool, rahvatervishoiu magistriõpe

2002 – 2005 Tartu Tervishoiu Kõrgkool, Tervisekaitse spetsialist

1996 – 2001 Viljandi Maagümnaasium, keskharidus

1989 – 1996 Viljandi Valuoja Põhikool

1990 – 2000 Viljandi Muusikakool (viul, klaver, tšello)

### **Erialane töökogemus:**

03.2006 – ... Tervise Arengu Instituut, tubakaekspert

11.2005 – 03.2006 Tervisekaitseinspeksioon, spetsialist toiduhügieeni valdkonnas

06.2005 – 11. 2005 Tallinna Tervisekaitsetalituse Harjumaa osakond, nooreminspektor

**Huvialad:** Reisimine, muusika, kino, kunst, võõrkeeled, ujumine.