

# Hemşirelerin Gözünden Fiziksel İstismar: İpucu Bulguları Nasıl Tanırız?\*

## View of Nurses Physical Abuse: How Do We Know Clue Findings?

 ZEYNEP ERKUT\*

 DUYGU GÖZEN\*\*

- Bu çalışma 21-22 Nisan 2017 tarihleri arasında Kocaeli’de düzenlenen “3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi”nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 12.05.2017, Kabul Tarihi: 06.11.2017, Yayın Tarihi: 29.03.2019

**Cite this article as:** Z Erkut, D Gözen. Hemşirelerin Gözünden Fiziksel İstismar: İpucu Bulguları Nasıl Tanınır?. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2019;16(1):54-59.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

© Telif Hakkı 2019 Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) - Makale metnine [www.kuhead.org](http://www.kuhead.org) web sayfasından ulaşılabilir.  
© Copyright 2019 by Koç University School of Nursing Publication of the Semahat Arsel Nursing Education and Research Center - Available online at [www.kuhead.org](http://www.kuhead.org)

### ÖZ

Çocuğa karşı kasıtlı kullanılan fiziksel güç nedeniyle, çocuğun beden, ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuruna zarar verilmesi ya da potansiyel olarak zarar verecek durumların ortaya çıkması istismar olarak tanımlanmaktadır. İstismar sınıflandırması doğrultusunda ‘fiziksel istismar’ en sık rastlanan ve tanılanması diğerlerinden daha kolay olan istismar çeşididir. Çoğunlukla ekimoz, ısırık izleri, kırıklar, yanıklar, iç organ yaralanmaları, kafa travması, retinal kanamalar gibi fiziksel bulgular ile ortaya çıkmaktadır. Ciddi mortalite ve morbidite oranları nedeniyle fiziksel istismarın erken dönemde tespit edilmesi ve tanı konulması oldukça önemlidir. Bu nedenle gerek çocuk sağlığı izlemlerinde gerekse hastane ortamında tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde çocuğu ve aileyi daha uzun süre gözlemleme imkanı olan hemşirelerin fiziksel istismar açısından ipucu olabilecek bulguları nasıl tanıyacaklarını bilmeleri önemlidir. Bu bilgiler ışığında hazırlanan literatür derlemesinin amacı; fiziksel istismar tanımında sıklıkla çocuğu yakından izleyebilme fırsatı olan hemşirelerin çocukları değerlendirirken hangi bulguların fiziksel istismar için ipucu bulgular olduğu ile ilişkili bilgi vermek ve fiziksel istismarın erken dönemde belirlenebilmesine katkıda bulunmaktır.

**Anahtar kelimeler:** Belirti ve bulgular; çocuk; fiziksel istismar; hemşirelik.

### ABSTRACT

Child abuse is defined as any damage to the body, mental health, life, biopsychosocial development or dignity of a child or the emergence of any potentially harmful situation due to intentional physical force against a child. Physical abuse is the most common form of abuse and easier to diagnose than the others in line with its classification. Mostly it appears in physical findings such as ecchymosis, bite marks, fractures, burns, internal organ injuries, head trauma, and retinal hemorrhages. Early detection and diagnosis of physical abuse is very important due to serious mortality and morbidity rates. Therefore, it is important that nurses know how to recognize the clues of physical abuse since it is possible for them to observe a child and the family for a longer period of time during the diagnosis, treatment, and rehabilitation process in the hospital setting. Prepared in light of this information, the purpose of this literature review is to provide information to help nurses recognize the signs of physical abuse according to its definition and detect any physical abuse early while they are closely monitoring and evaluating the child

**Keywords:** Physical abuse; signs and symptoms; nursing; child.

\* Z Erkut, Dr.  
İstanbul  
e-posta: zeeeynnepp05@hotmail.com

\*\* D Gözen, Doç. Dr.  
İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul  
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi  
Abide-i Hürriyet Cad. 34381 Şişli / İstanbul  
Tel: 0 212 440 00 00 / 27082 Faks: 0 212 224 49 90  
e-posta: dgozen@istanbul.edu.tr

**D**ünya Sağlık Örgütü fiziksel istismarı, çocuğa bakım veren bir kişi tarafından çocuğa yöneltilen ve çocuğa gerçekten zarar veren ya da zarar verme potansiyeline sahip olan eylemler bütünü olarak tanımlamaktadır.<sup>(1)</sup> Fiziksel istismar, çocuğa sağlığını, gelişimini ya da onurunu zedeleyecek şekilde fiziksel güç kullanılması olarak tanımlanır; dayak, ısırma, sarsma, yakma gibi tüm fiziksel zarar verici davranışları kapsar.<sup>(2)</sup> Başka bir tanımda ise ‘Çocuğun fiziksel istismarı; çocuğa karşı kasıtlı olarak kullanılan fiziksel güç kullanımına bağlı olarak, çocuğun beden ve ruh sağlığı, yaşamı, biyopsikososyal gelişimi veya onuru açısından zararlı durumların ortaya çıkması veya çıkabilecek olması.’ şeklinde yer almaktadır.<sup>(3)</sup> Literatürde fiziksel istismar için birçok tanım bulunmasına karşın bu tanımların hepsinin ortak noktası; çocuğun fiziksel, ruhsal sağlığını, gelişimini olumsuz yönde etkilemesi ve vücutta iz bırakan çeşitli lezyonların ve yaralanmaların bulunmasıdır.<sup>(4)</sup>

Fiziksel istismar en sık rastlanan ve belirlenmesi en kolay istismar çeşididir.<sup>(5)</sup> Fiziksel istismar vakaları incelendiğinde; olguların erken dönemde çeşitli bulgular ile sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmektedir.<sup>(6)</sup> Sağlık kuruluşuna başvuran istismar vakaları erken dönemde belirlenemediğinde ise çocuk tekrar istismara maruz kalmakta, hatta bazen bu süreç ölüm ile sonuçlanabilmektedir.<sup>(7)</sup> Bu bağlamda birçok vaka için fiziksel istismar aslında önlenilebilir bir durumdur.<sup>(8)</sup> Hemşire, gerek sağlam çocuk izlemlerinde gerekse çocuğun hastane ortamında tanımlama, tedavi ve rehabilitasyonu sırasında çocuğu ve ailesi ile yakın iletişimde, daha uzun süre gözlemlene olanağı bulunan sağlık personeli olması sebebiyle fiziksel istismar olgularını belirlemede önemli bir role sahiptir.<sup>(9)</sup> Bu bilgiler ışığında hazırlanan literatür derlemesinin amacı fiziksel istismarı belirlemede anahtar konumda olan hemşirelerin çocukları değerlendirirken hangi bulguların fiziksel istismar için ipucu bulgular olduğu ile ilişkili bilgi vermek ve fiziksel istismarın erken dönemde tanınmasına katkıda bulunmaktır.

## Gözlem ve Öykü Alma

Çocuk ile ailenin gözlemi ve öykü alma, fiziksel istismarın tanınmasında önemli ipuçları vermektedir. Bu ipuçları en az fiziksel bulgular kadar değerli olup, büyük bir özenle değerlendirilmesi gereken verilerdir.<sup>(3,10)</sup> Çocuğun sağlık kurumuna başvurduğu ilk anda başlayan gözlem, fiziksel istismarı tanımada ilk ipuçlarını içerir ve sağlık personelini istismardan şüphelenmeye yönlendirir. Gözlem sadece çocuğun tutum ve davranışlarını içermemeli, çocuğu kuruma getiren kişileri de kapsamalıdır.<sup>(3)</sup>

Fiziksel istismar olgularında öykü almak diğer hastalıklardan farklılık gösterir ve aileden doğru ve tutarlı bir öykü almak kolay olmayabilir.<sup>(11)</sup> Genellikle ebeveynler çocuğu olayı maskeleyerek ve saklamak için bir kaza hikayesi ile sağlık kuruluşuna getirir. Bu durumda ayırıcı özellik ebeveynler tarafından anlatılan fiziksel zarara ilişkin öykünün çocuğun gelişimine uygun olup olmadığının değerlendirilmesidir.<sup>(4)</sup> Fiziksel istismarın en çarpıcı özelliklerinden bir diğeri ise,

çocukta saptanan travmatik bulgular ile bu bulguların oluşma nedeni olarak sunulan öykü arasındaki uyumsuzluktur.<sup>(12)</sup> Şüphelenilmesi gereken bir diğer durum da ebeveynlerin detayları içermeyen bir öykü anlatmasıdır.<sup>(13)</sup> Bu nedenle fiziksel istismar şüphesi bulunan olguların öyküsü mümkünse çocuğun her bir ebeveyninden ayrı ayrı alınmalı ve dikkatli bir şekilde kayıt edilmelidir.<sup>(14)</sup>

## Fiziksel İstismarın Gözlem ve Öyküsünde Önemli İpuçları Nelerdir?

- Sunulan öyküde tutarsızlık olması (Anlatılan öykünün her anlatımda farklılık göstermesi, farklı kişiler tarafından anlatılan öykülerin birbiriyle tutarsızlık göstermesi, her bir sağlık ekibi üyesine farklı öykü anlatılması),
- Yaralanmanın oluşumuyla ilgili açıklama yapılamaması ya da yetersiz, uygun olmayan açıklamaların yapılması,
- Başvuruda belirgin bir gecikmenin olması,
- Benzer şikayetler ile ilgili birden fazla kuruma başvuru yapılması,
- Şüpheli yaralanma öyküsünün birden fazla olması,
- Çocuğun kardeşlerinin de yaralanma öykülerinin olması,
- Ailenin aktardığı olayın çocuğun gelişim seviyesiyle tutarlı olmaması,
- Ailenin iddiasının yaralanmanın çocuğun kendisi, kardeşi veya başka bir üçüncü şahıs tarafından oluştuğu yönünde olması,
- Ebeveynlerin ya da bakıcının çocuğa karşı düşmanca tavırları veya aşırı sevecen davranışlarının olması,
- Çocuğu sağlık kuruluşuna getiren bireylerin birbirlerine karşı düşmanca tavırları ve olay ile ilgili birbirlerini suçlamaları,
- Ebeveynlerin tepkilerinin yaralanmanın türü ve şiddeti ile uyumsuz olması (Aşırı veya az tepki verilmesi),
- Çocuğa bakım veren kişilerin kendilerinin çocukken istismara uğrama öyküsünün bulunması,
- Ebeveynlerde mutsuzluk, anksiyete, sosyal izole yaşam, katı disiplin kuralları, yetersizlik duyguları, özgüven eksikliği vb. emosyonel sorunların varlığı, alkol-madde bağımlılığı, ekonomik problemler gibi yüksek riskli sosyal durum oluşturan faktörlerin bulunması,
- Ailenin bebek veya çocuktan gerçekçi olmayan beklentilerinin bulunması,
- Çocuk ile yapılan görüşmede yaralanma ile ilgili çocuğun ailesini suçlaması veya belirgin bir şekilde onları savunması.<sup>(2,3,7,8,11,14)</sup>

Çocuk ile görüşme mümkünse aile bireylerinden ayrı olarak çocuğun yaşı ile uyumlu, uygun ve güvenli bir ortamda gerçekleştirilmelidir.<sup>(10)</sup> Çocuk ile yapılan görüşmenin ses kaydı alınmalı ve böylelikle tekrarlı görüşmelerde çocuğun örsellenmesi engellenmelidir. Çocuk ile görüşmede yaşına ve gelişimsel seviyesine uygun bir dille iletişim kurulmalı, çocuğun gözü ile aynı hizaya gelecek şekilde oturulmalı ve yönlendirici

nitelikte olmayan açık uçlu sorular sorulmalıdır.<sup>(2,15)</sup> ‘Bu morluğu baban mı yaptı?’ ‘Bu olay babaannenin evinde mi oldu?’ gibi kapalı uçlu ve çocuğu yönlendirici sorular yerine, ‘Bu morluk nasıl oluştu?’, ‘Olay olduğunda tam olarak neredeydin?’ gibi sorular sorulmalıdır.<sup>(16)</sup>

## Fiziksel Muayene Bulguları

Ciddi mortalite ve morbidite oranları nedeniyle fiziksel istismarın erken dönemde tespit edilmesi oldukça önemlidir.<sup>(17)</sup> Fiziksel istismar bulguları oldukça çeşitlilik göstermekte olup sıklıkla ekimoz, ısırık izleri, kırıklar, yanıklar, iç organ yaralanmaları, kafa travması, retinal kanamalar gibi bulgular ile ortaya çıkmaktadır. Fiziksel istismar bulguları Tablo 1’de belirtilmiştir.<sup>(6,14)</sup> Fiziksel inceleme yapılırken önce inspeksiyon sonra palpasyon yöntemi kullanılmalı ve lezyonlu bölgenin değerlendirilmesi en sona bırakılmalıdır. Ayrıca çocuğun vücudundaki tüm lezyonlar zaman açısından (eski, yeni) değerlendirilmelidir.<sup>(7)</sup>

## Deri Bulguları

Deri en sık yaralanan organdır ve değerlendirmek diğer sistem ve organlara göre daha kolaydır.<sup>(10)</sup> Yanık, ekimoz, sıyrık, kesi, ısırık izi, cetvel, kemer, sopa vb. bir cismin şekline benzeyen yaralar gibi fiziksel istismarın eksternal bulguları istismar şüphesi bulunan çocukların %90’dan fazlasında belirlenebilmektedir.<sup>(3,8)</sup> Derinin fiziksel muayenesi yapılırken dikkat edilmesi gereken özellikler; deri üzerindeki tüm lezyonların (yara, ekimoz, yanık) büyüklüğünün mezura, cetvel gibi ölçüm araçları ile belirlenmesi, lezyon alanının tamamının bir uzunluk ölçer ile aynı fotoğraf içinde olacak şekilde yüksek çözünürlükteki kamera ile görüntülenmesi, lezyonun bulunduğu bölge, lezyonun görünümü, şekli, rengi ve ölçüm sonuçlarının mutlaka muayene notlarına da kaydedilmesidir.<sup>(7,10,11)</sup>

Kasıtlı gerçekleşen yanıkların prevelansını belirlemek zor olsa da, istismar olgularının %10-12’sinde yanıklar olduğu tahmin edilmektedir.<sup>(18)</sup> Pediatrik yanıkların yaklaşık %10-25’i istismar kaynaklı oluşmakta ve 3 yaşından küçük çocuklarda daha sık görülmektedir.<sup>(19)</sup> Genellikle yanıklar bir disiplin aracı olarak, sıklıkla da tuvalet eğitimi sırasında ceza yöntemi olarak kullanılmaktadır.<sup>(8)</sup> Kaza sonucu oluşan yanık ile istismara bağlı oluşan yanığın ayırıcı tanısında yanıkların lokalizasyonu, sayısı, dağılımı, tekrar etme özelliği, temas edilen nesnenin türü önemlidir.<sup>(12)</sup> İstismar sonucu oluşan yanıkların alanı keskin bir sınırla ayrılmış, simetrik ve çeşitli derinliklerdedir. Ayrıca enfekte olmuş, oluşma süreleri değişen birden fazla yanığın varlığı da istismar şüphesi oluşturmaktadır.<sup>(16)</sup> İstismarda yaygın olarak üst/alt ekstremiteler ve/veya perine ile kalçaların sıcak suya batırılması sonucu oluşan daldırma yanıkları görülür. Ellerde ve ayaklarda çorap-eldiven tarzı, simetrik ve dairesel bir görünüme sahip yanıklar sağlık personelinde şüphe uyandırmalıdır.<sup>(2,10)</sup> Kazaya bağlı haşlama yanıkları sıklıkla sıcak maddelerin dökülmesi/içilmesi ile oluşur ve üst dudak, boyun, gövde ve bacaklarda asimetrik, düzensiz kenarlı, farklı derecelerde görülür.<sup>(6)</sup> Temas yanıkları çocuğun çeşitli sıcak

nesnelere (ütü, saç maşası, sigara gibi) teması ile oluşur ve kaza ya da istismara bağlı oluşup oluşmadığını anlamak oldukça güçtür.<sup>(8)</sup> Ancak çocuğun sıcak nesneden uzaklaşma eğilimi ve yeteneği nedeni ile kaza sonucu oluşan temas yanıkları daha yüzeysel olabilir ve sıklıkla elin iç yüzeyinde oluşur. İstismara bağlı temas yanıkları ise vücudun çeşitli bölgelerinde (sırt, boyun, kalça gibi) keskin sınırları olan yanıklar şeklindedir.<sup>(6,19)</sup> Sigara yanıkları çocuklarda sık görülen yanık çeşitlerindedir. Kazaya bağlı sigara yanıkları çocuğun sigaraya hafif teması nedeniyle genellikle daha yüzeyseldir. İstismara bağlı sigara yanığında ise yuvarlak, keskin sınırlı, geniş çaplı ve birden fazla lezyon vardır ve en çok eller, kollar, baş ve boyun gibi giysinin olmadığı vücut alanlarında görülmektedir.<sup>(3,19,20)</sup>

Ekimozlar çocuk istismarının en yaygın göstergelerinden birisi olup, ezici bir yaralanma ya da doğrudan bir darbe sonucu yumuşak doku içine kanamanın olması ile gelişmektedir.<sup>(18)</sup> Ekimozların değişik renklerde olması fiziksel istismarın tek seferde olmadığı, çocuğun çeşitli zamanlarda istismara maruz kaldığını göstermektedir. Ayrıca ekimozların ve skar dokularının genital, gluteal bölge, sırt, el üzeri, kulak gibi bölgelerde bulunması yaralanmanın fiziksel istismara bağlı geliştiği gerçeğini doğrular niteliktedir.<sup>(1,20)</sup> Kaza ile oluşan ekimozlar genellikle düşme sonucu gelişir ve karakteristik olarak vücudun anterior bölümünde, alın, dirsek, diz gibi kemik çıkıntılarının üzerindedir.<sup>(21)</sup> Ekimozun şekli de istismar hakkında ipucu verebilir. El izi, kemer tokası, sopa, cetvel, elbise askısı gibi nesnelere oluşturduğu keskin çizgili ekimozların varlığında istismardan şüphelendirmelidir.<sup>(10,19)</sup> Çocuğun yaşı ve motor gelişim düzeyi ekimozlar açısından oldukça önemlidir. Kazaya bağlı oluşan ekimozlar çocuğun motor gelişimine uygun olarak genellikle 24-36 ay arasında görülür. Kaza kökenli ekimozlar yürümeyen çocuklarda %1’in altında; emekleyen, sıralayan çocuklarda %17; yürüyen çocuklarda ise %50 sıklıkta görülmektedir. Dokuz aydan küçük ve yürümeye başlamamış bebeklerdeki ekimozların nedeni ise, büyük bir olasılıkla istismar ya da koagülasyon bozukluğu hastalıklarına bağlı meydana gelebilir.<sup>(6,11,21)</sup>

Ekimozlara eşlik eden sıyrık ve laserasyonlar travmanın nedenini belirlemede yardımcı olabilir.<sup>(16)</sup> Yürüyebilen çocukların bacaklarında, kollarında (özellikle diz ve dirsek bölgesinde) düşmeye bağlı ufak sıyrıklar görülebilirken, yürüyemeyen çocuklarda bu sıyrıkların görülmesi mümkün değildir. Yüze tokat vurma, yumruk darbesi sonucu dudaklarda ve ağız içinde sıyrıklar ya da laserasyonlar gelişebilir. Ayrıca çocuğun zorla beslenmesi nedeniyle üst dudak, frenilum ve ağız tabanında ekimozlar ve laserasyonlar, dişlerde kayıp ya da kırıklar gelişebilir. Sıyrıkların şekli istismar hakkında ipucu oluşturabilir. Kemer ve ipele vurmaya bağlı birbirine paralel çok sayıda sıyrık görülebilir iken turnak izine bağlı oluşan sıyrıkların varlığı da istismar bulgusu açısından sorgulanmalıdır.<sup>(2,3)</sup>

Isırık izleri, istismar vakalarında failin kimliğini tespit etmek amacıyla yapılan adli incelemede önemli ipucu veren tek fiziksel bulgu olduğu için önemli bir yaralanma türüdür.<sup>(18)</sup> Öncelikle ısırık izinin dikkatle incelenerek ısırığın hayvan ya da in-

san; bir yetişkin ya da çocuk veya çocuğun kendi kendine yapıp yapmadığı belirlenmelidir. Hayvan dişleri sivri ve dar olduğu için ciltte ufak delik şeklinde yaralanma oluşturur ve lezyon insan ısırıklarına göre daha derindir. İnsan dişinin geniş yüzeyli olması sebebiyle lezyonun alanı daha geniştir. Ayrıca beraberinde yırtık ve ezilme de oluşur.<sup>(19,21,22)</sup> Isırığın yetişkin mi çocuk mu tarafından yapıldığı belirlemek için lezyon çapı ölçülebilir.<sup>(23)</sup> Köpek dişler arasındaki mesafe 3cm'den büyükse ısırık büyük ihtimalle bir yetişkin tarafından gerçekleştirilmiştir ve bu bulgu istismarı düşündürmelidir.<sup>(16,22)</sup> Çünkü bir erişkin tarafından gerçekleştirilen ısırığın kaza ile oluşma ihtimali yoktur.<sup>(19)</sup> Bu ölçü 2.5-3cm arasında ise ısırık bir çocuk ya da adölesan tarafından, 2.5 cm altında ise bir çocuk tarafından yapılmış olma ihtimali bulunmaktadır.<sup>(18)</sup> Çocuğun kendisinin yaptığı ısırıkların izleri ise el gibi erişilebilir alanlarla sınırlıdır.<sup>(21)</sup> İstismara bağlı oluşan ısırık izleri daha çok ekstremiteler, yanak, omuz, kalça ve karın bölgelerinde görülmektedir.<sup>(3)</sup> Şekil açısından tam ısırık izleri sıklıkla oval veya eliptik biçimde olup, tam olmayan ısırık izlerinde karşılıklı iki yarım daire görülmüştür.<sup>(8)</sup>

Bir diğer deri bulgusu saç kaybıdır. Çocuğun saçından tutup itirme ya da çekme şeklinde uygulanması sonucu saç kaybı gelişebilir. Uzun süre ve şiddetli çekmeye bağlı saçlı deride kanama alanları gözlenebilir. Ayrıca çocuğu cezalandırmak amacıyla saçının gelişigüzel kesilmesi de çocuğun istismar riski açısından değerlendirilmesinde önemli bir ipucudur.<sup>(3)</sup>

## İskelet Sistemi Bulguları

İskelet sistemi bulguları istismarın boyutunun daha ciddi olduğunu göstermektedir.<sup>(3)</sup> İstismar olgularında iskelet sistemi bulgusu olarak en çok kemik kırıkları ile karşılaşılmaktadır ve kemik kırıkları yumuşak doku yaralanmalarından sonra en sık görülen ikinci fiziksel istismar bulgusudur.<sup>(21)</sup> Genel olarak istismar mağduru çocukların üçte birinde kırıkların olduğu ve bu bulgunun çoğunlukla gizli kaldığı tahmin edilmektedir.<sup>(18)</sup>

Kırıklar çocukluk döneminde sıklıkla karşımıza çıkan bir travma bulgusudur. Tüm kırık bulgularının istismar ve kaza ayrımı açısından değerlendirilmesi yapılırken mutlaka çocuğun yaşı, hareketlilik düzeyi, gelişimsel motor yeteneği, travma öyküsü göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>(6,10)</sup> Özellikle 3 yaş altındaki çocuklarda iskelet sistemi travmalarında mutlaka fiziksel istismar akla gelmelidir. İstismara bağlı oluşan kırıkların %50'si 1 yaş altında, %80'i 18 ayın altındaki çocuklarda görülmekle birlikte 4 yaş üzerindeki çocuklarda nadirdir.<sup>(24)</sup>

Henüz yürümeye başlamamış çocuklarda kaza sonucu uzun kemik kırıklarının olma olasılığı çok düşüktür ve akla istismar gelmelidir.<sup>(18)</sup> Örneğin 1 yaş ve altındaki çocuklarda oluşan kırıkların %56 ile 60'ı kaza dışı nedenlerle gelişmektedir.<sup>(19)</sup> Kırığın bulunduğu kemik ve kırık özelliği de istismar konusunda önemli ipuçları verebilir. Örneğin oyun sırasında düşme, bakıcının kucağından düşme, yataktan düşme gibi sık rastlanan kazalar sonucu genellikle vertebraların spinöz çıkıntıları, skapula, sternum veya uzun kemiklerin kırıkları gelişmez ve akla istismar olasılığı gelmelidir.<sup>(22)</sup> Kafatası kırıkları

da küçük çocuklarda sık rastlanan bir durumdur. İstismara bağlı kafatası kırıklarının %88'i 1 yaşın altındaki bebeklerde görülür.<sup>(18)</sup> İstismar sonucu oluşan kafatası kırıkları çoklu, kompleks, iki taraflı, sutur hattını takip eden diastatik özellikte, çoğunlukla oksipital bölgede, 3 mm'den geniş ve birden fazla kemiğin tutulumu şeklindedir. Kaza sonucu oluşan kafatası kırıkları ise çoğunlukla tek, dar, doğrusal olup başka bir hasar bulgusu olmadan sadece pariyetal kemik üzerindedir.<sup>(11,18,22)</sup>

## İskelet Sisteminin İpucu Bulguları

- Uzun kemiklerin uç kısımlarında oluşan metafaz kırıkları,
- Kaburga kırıkları (özellikle posterior),
- Skapular ve sternal kırıklar,
- Vertebra kırıkları,
- Değişik iyileşme döneminde çok sayıda kırık,
- Kafatası ve ekstremitte kırıklarının bir arada bulunması,
- Aile öyküsü ile travma örüntüleri arasındaki uyumsuzluk olması.<sup>(19,20,24)</sup>

## Göz-Kulak Bulguları

Göze doğrudan travmalar sonucu retinal kanamalar, periorbital ekimoz, ödem, orbital kırıklar, subkonjonktival kanamalar, lens dislokasyonu ve retinal ayrışma gelişebilir.<sup>(22)</sup> Fiziksel istismar mağduru çocukların %40'ında göz lezyonu vardır.<sup>(3)</sup> Alta yatan retinal hastalık veya papil ödemi olmaksızın birden fazla retina tabakasını içeren çoklu retinal kanama, nedenin kafa travması olduğuna işaret eder.<sup>(8)</sup> Retinal kanama özellikle 'sarsılmış bebek sendromu' olguları için önemli bir ipucu bulgudur ve retinal kanamalar sarsılmış bebek sendromu olan bebeklerin yaklaşık %50 ile %80'inde görülür.<sup>(10)</sup> Retina ve optik sinir dekolmanı ise en şiddetli istismar vakalarında gelişmektedir.<sup>(8)</sup>

Dış kulakta hasar bulgusuna istismar olgularında sıklıkla rastlanmaktadır. Kulak kepçesinde ekimoz hatta laserayonlar görülebilir ve çoğunlukla nedeni tokat vurmadır.<sup>(3)</sup> Kulak kepçesindeki ekimozlar kulağın çekilmesinden ya da çimdiklenmesinden kaynaklanabilirken, kulağın arkasındaki ekimozların sebebi ise kafatası kırığı olabilir.<sup>(1)</sup> Kulağa uygulanan daha ciddi ve şiddetli travmalarda kanama, kızarıklık, şişlik, kulak kanalı ve timpanik membranda hematoma, timpanik membranda yırtılma ve beraberinde işitme kaybı ile enfeksiyon görülebilir.<sup>(1,3)</sup>

## İç Organ (Kafa, Abdomen ve Göğüs) Yaralanma Bulguları

Fiziksel istismar kaynaklı kafa travmaları bebeklerde ve çocuklarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir.<sup>(25)</sup> Fiziksel istismar olgularının yaklaşık %30'unda kafa travması görülmektedir.<sup>(20)</sup> Ayrıca hastaneye kafa travması nedeniyle başvuran 2 yaşın altındaki çocukların dörtte birinde neden fiziksel istismardır.<sup>(16)</sup> Kafa travması olan bebeklerde sıklıkla hiçbir semptom görülmez ya da semptomlar non-spesifiktir.

Nörolojik semptomların olmaması nedeniyle şüpheli olgularda kesin tanı için mutlaka görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır.<sup>(11)</sup> Ancak yine de kafa travması ile ilişkili bazı bulgular istismar için ipucu oluşturabilmektedir. Örneğin istismara bağlı kafa travması gelişen çocukların %80-85 gibi büyük bir çoğunluğunda tek veya iki taraflı retinal kanama ile karşılaşmaktadır.<sup>(21,25)</sup> İştahsızlık, huzursuzluk, ağlama, kusma, letarji, nörolojik değişiklikler (irritabilite, konvülsiyon, koma) ve solunum değişiklikleri (apne vb) kafa travması olan çocuklarda görülebilecek non-spesifik bulgulardandır ve dikkatle değerlendirilmelidir.<sup>(6,21)</sup> Ayrıca bazı vakalarda kafa travmasına kafatası kırıkları da eşlik edebilir.<sup>(25)</sup>

İstismara bağlı kafa travmaları temaslı ya da temassız şekilde gelişebilir. Temaslı yaralanmalarda kafa derisinde kesikler, ezilmeler, şişlikler, ekimoz, saç kaybı, cilt altı, sefal ya da epidural hematomlar, kafatası kırıkları, beyin dokusunda ezilmeler görülebilir. Temassız kafa travmalarında ise subdural kanama, beyin hasarı, travmatik koma ortaya çıkabilir.<sup>(1)</sup> Temassız kafa travmalarının en önemli örneği 'sarsılmış bebek sendromu'dur. Sarsılmış bebek sendromu yüksek mortalite oranına sahip olması nedeniyle fiziksel istismarın ciddi bir türü olup, sıklıkla 2 yaşın altındaki süt çocuklarında görülmektedir.<sup>(8,19)</sup> Bebeğe bakım veren kişinin (anne, baba ya da bakıcı), bebeğin yaptığı 'ağlama' gibi bir davranış nedeniyle öfkelenmesi sonucu bebeğin gövdesinden veya kollarından tutulup sarsılması ile oluşur.<sup>(3)</sup> Sarsılmış bebek sendromunun klasik 3 bulgusu subdural hematom, beyin ödemi ve retinal kanamadır. Bu bulgulara non-spesifik semptomlar da eşlik edebilir.<sup>(16)</sup> Ayrıca bu bebeklerde şiddetli sallama sonucu posterior ve anterolateral kaburga kırıkları ile metafiz kırıkları da görülebilir.<sup>(19)</sup>

Abdomen yaralanmaları karın bölgesine direkt darbe uygulanması sonucu iç organların vertebral kolon tarafından sıkıştırılması ile oluşmaktadır.<sup>(8)</sup> İstismara bağlı gelişen abdomen yaralanmalarına nadiren rastlanmakla birlikte fiziksel istismarın en yaygın ikincil ölüm nedeni olması açısından önemli bir bulgudur.<sup>(18)</sup> Ayrıca semptomlarının görünür olmaması sebebiyle abdomen yaralanmalarının tanınması oldukça güçtür. Çocukta açıklanamayan şok, peritonit, safralı kusma, anemi bulguları var ise istismar akla gelmelidir.<sup>(22)</sup> Ayrıca istismar sonucu abdominal travma gelişen çocukların %60'ında ekimoz bulgusu olduğu için fiziksel muayenede abdomen bölgesinde ekimoz varlığı şüphe uyandırmalıdır.<sup>(6)</sup> Karın içi travmalarda en çok hasar gören organ karaciğer ve dalaktır. Ardından sırasıyla en çok duodenal veya jejunal rüptür ya da hematomlar, pankreas, vena kava ve böbrek travması görülmektedir. Çocuğun aldığı darbenin şiddetinin artması sonucu gelişen retroperitoneal kanama, peritonit, iç organ laserasyonu ve rüptürleri nedeni ile fiziksel istismar ölüm ile sonuçlanabilmektedir.<sup>(3,8)</sup>

İstismar vakalarında göğüs bölgesi yaralanmaları da oldukça yaygındır.<sup>(3)</sup> Göğüs travması sonucu kaburga kırıkları, hemotoraks, pnömotoraks gelişebilir. Kaburga kırıkları bebeklerde kaza sonucu nadiren gelişir. Bu nedenle bebeklerdeki kaburga kırıkları daima fiziksel istismar şüphesi uyandırmalıdır.<sup>(1)</sup> Ka-

burga kırıkları genellikle bebeğin göğsünün kuvvetli bir şekilde sıkıştırılması sebebiyle oluşur.<sup>(11)</sup> Bir veya iki tarafta, birden fazla posterior ya da lateral kaburga kırığı fiziksel istismar için ipucu bulgudur.<sup>(3)</sup> Diğer taraftan kardiyopulmoner resüsitasyon kaburga kırıklarının muhtemel bir nedeni değildir.<sup>(11)</sup> Kaburga kırıkları çok sayıda olup göğsün genişlemesini engellemedikçe veya kırık uçları plevra ile akciğerlere batmadıkça ve ağrı yapmadıkça solunum sıkıntısı gelişmez.<sup>(3)</sup> Kaburga kırıklarının varlığı solunum sayısının azalmasına, solunum sıkıntısı veya yetersizliğine neden olabilir.<sup>(23)</sup> Eşit olmayan ya da duyulamayan solunum seslerinin varlığında pnömotoraks veya hemotoraks akla gelmelidir ve alta yatan bir neden yok ise, ailenin verdiği öykü travma ile tutarsız ise çocuk istismar açısından değerlendirilmelidir.<sup>(8)</sup> Göğüs kafesine direkt darbe sonucu kalp ve torasik alanda hasar nadiren görülür. Kaburgalar göğüs boşluğundaki bu organları korur. Kaburga kırığı ile birlikte bu organların hasar alması ise çoğunlukla ölümcül olmaktadır.<sup>(23)</sup>

**Tablo 1: Fiziksel İstismar Bulguları**

Deri Bulguları	Yanıklar
	Ekimozlar
	Sıyrık ve laserasyonlar
	Isırık izleri
İskelet Sistemi Bulguları	Saç kaybı
	Kırıklar
Göz-Kulak Bulguları	Retinal kanamalar
	Retina ve optik sinir dekolmanı
	Kulak kepçesi, dış kulak ve iç kulak yaralanmaları
İç Organ Yaralanma Bulguları	Kafa travması
	Abdomen yaralanmaları
	Göğüs yaralanmaları

### Fiziksel İstismarın İpucu Bulgularının Tanınmasında Hemşirenin Sorumlulukları

Çocuk istismarının değerlendirilmesi, teşhis edilmesi ve tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir.<sup>(14)</sup> Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında çocuklar ve ebeveynleri ile sık sık karşılaşan hemşireler bu multidisipliner yaklaşımın ana öğelerinden birisidir.<sup>(26)</sup> Hemşireler bilinen ya da şüphelenilen istismar olgularını bildirerek çocukları korumada yardımcı olabilecek bireylerdir. Hemşireler gerek çocuk sağlığı izlemlerinde, gerekse çocuğun hastane ortamında, tanılama, tedavi ve rehabilitasyonu sırasında çocuğu ve aileyi daha uzun süre gözlemlene olanağı bulmaktadır. Bu nedenle hemşireler, özellikle henüz belirlenmemiş istismar yaralanmalarına ilişkin güçlü kanıtlar elde etmede anahtar konumdadır.<sup>(27)</sup>

Fiziksel istismarın erken dönemde belirlenerek bildirimini yapılması istismarın tekrar tekrar yapılmasını ve buna bağlı mortaliteyi önlemede hemşireler büyük önem taşırlar.<sup>(19)</sup> Korumaya alınmayan veya istismar tanısı konulamayan çocukların yarısının tekrar istismara uğradığı, bu çocukların %5-10'unun yaşa-



mını kaybettiği, %35-50'sinin ise ciddi olarak hasara uğratıldığı bildirilmektedir.<sup>(4,7)</sup> Bu nedenle öncelikle hemşireler fiziksel istismar için ipucu bulguların neler olduğunu çok iyi bilmelidir. Hemşirelere istismarın bulguları konusunda eğitim verilmeli, istismara uygulayabilecek potansiyeli olan ailelerin belirlenmesi konusunda bilinçlendirilmelidir.<sup>(5)</sup> Ayrıca önemli olan bir diğer konu da hemşirelerin sağlıklı çocukların gelişim evrelerini çok iyi bilmeleri gerektirir. Çoğu istismar olgusunda çocuğun gelişimi ile uyumsuz bir öykü sunulur. Örneğin çocuğun motor gelişimini iyi bilen bir hemşire bebeğin doğumdan sonra 4-5 aydan önce kendi kendine dönemeyeceğinin ve yaktan düşemeyeceğinin farkındadır.<sup>(9)</sup>

Fiziksel istismara ilişkin ipucu bulguları bilmenin yanı sıra hemşireler çocuk ve ailesini değerlendirirken sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında daha uyanık ve dikkatli olmalı, en ufak ayrıntıları bile atlammamalıdır.<sup>(5)</sup> Hemşire aileden ve çocuktan aldığı bilgileri gözlemleri ve deneyimleri ile birleştirerek istismar konusunda doğru karara ulaşabilmelidir.<sup>(9)</sup> Şüpheli bulduğu olguları ise sağlık ekibinin diğer üyeleri ile paylaşmalı ve bildirimini yapmalıdır. Türk Ceza Kanununun 280. Maddesi ile sağlık mesleği mensubu bireylere istismar olgularının adli makamlara bildirim zorunluluğu getirilmiştir. Bu madde kapsamında eğer sağlık mensubu çalışan istismar belirtisi bulunan çocuğu bildirmiyorsa ya da gecikme gösteriyorsa bir yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılmaktadır.<sup>(3,7,15)</sup>

## Sonuç

Günümüzde sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında çok sayıda fiziksel istismar mağduru çocuk ile karşılaşmaktadır. Bu çocukların yaşadığı fiziksel istismarın türü, şiddeti ve süresine göre gözlenen fiziksel bulgular da çeşitlilik göstermektedir. Bu noktada hemşirelerin de önemli bir parçası olduğu sağlık ekibi üyeleri, dikkatle çocukları incelemeli ve ipucu bulgulardan yola çıkarak istismar şüphesi bulunan çocukların tespiti, bildirimi, tedavisi ve rehabilitasyonu sürecinde üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir.

Sonuç olarak hemşirelik eğitimi ve hastanede çalışan sağlık ekibi üyelerinin hizmet içi eğitimleri kapsamında istismar tanımaya yönelik ipucu bulguların sağlık ekibi üyelerine öğrenilmesi önerilebilir. Böylece olası ve gerçek istismar vakalarının erken dönemde tespit edilerek çocukların ileriki yaşamlarında zarar görmelerinin önlenmesi mümkün olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Lane W, Bair-Merritt MH, Dubowitz H. Child abuse and neglect. *Scandinavian Journal of Surgery* 2011;100(4):264-72. doi: 10.1177/145749691110000406.
2. Şahin F. İstismara uğrayan çocuklar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci*. 2008;4(6):1-5.
3. Dağlı T, İnancı MA. Hastane temelli çocuk koruma merkezleri için

- başvuru kitabı ihmal ve istismara uğrayan çocuğa bütüncül yaklaşım. 1st ed. Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık; 2011. p. 32-61.
4. Kara Ö. Ankara ilinde görev yapan pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması [dissertation]. Ankara: Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2010.
5. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. Çocuk istismarı ve ihmal: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009;4(12):51-65.
6. Koç F, Halicioğlu O, Akşit S. Hangi bulgular fiziksel istismarı düşündürür?. *The Journal of Pediatric Research*. 2014;1(1):1-5. doi: 10.4274/jpr.57966.
7. Gözen D. Acil birime getirilen istismara maruz kalmış çocuğa hemşirelik yaklaşımı. In: Karaböcüoğlu M, Yılmaz HL, Duman M, editors. *Çocuk acil tıp*. 2nd ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2012. p. 2559-64.
8. Sirotak AP, Grigsby T, Krugman RD. Physical abuse of children. *Pediatrics in Review* 2004;25(8):264-77. doi: 10.1542/pir.25-8-264.
9. Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri [master's thesis]. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2006.
10. Pressel DM. Evaluation of physical abuse in children. *American Family Physician*. 2000;61(10):3057-64. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2000/0515/p3057.html>
11. Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007;119(6):1232-41. doi: 10.1542/peds.2007-0883.
12. Erkol Z, Albek E, Canturk N, Erkol H. Two Physical Child Abuse Cases with Lethal Outcome. *Med-Science*. 2014;3(2):1277-88. doi: 10.5455/medscience.2013.02.8115.
13. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; İstismar. *Van Tıp Dergisi*. 2010;17(3):108-13.
14. McDonald KC. Child abuse: Approach and management. *American Family Physician*. 2007;75(2):221-8. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2007/0115/p221.html>
15. Pelendecioglu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*. 2009;9(1):49-62.
16. Herendeen PM. Evaluation of physical abuse in children: Solid suspicion should be your guide. *Advance for Nurse Practitioners*. 2002;10(8):32-6.
17. Tingberg B, Bredlöv B, Ygge BM. Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(20):2718-24. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x.
18. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse?. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2010;95(6):170-7. doi: 10.1136/adc.2009.170431.
19. Hornor G. Physical abuse: Recognition and reporting. *Journal of Pediatric Health Care*. 2005;19(1):4-11. doi: 10.1016/j.pedhc.2004.06.009.
20. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2003;46(4):295-8.
21. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*. 2007;369(9576):1891-9. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60856-3.
22. Kara B, Biçer Ü, Gökçalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004;47(2):140-51.
23. Legano L, McHugh MT, Palusci VJ. Child abuse and neglect. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2009;39(2):31.e1-31.e26. doi: 10.1016/j.cpps.2008.11.001.
24. Ünlübay D, Bilaloğlu P, Uysal S. Çocuk istismarının radyolojik tanı göstergeleri. *Sted*. 2001;10(8):286-7.
25. Herman BE, Makoroff KL, Corneli HM. Abusive head trauma. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27(1):65-9. doi: 10.1097/PEC.0b013e31820349db.
26. Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu A. Çocuk ihmal ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;3(2):29-35.
27. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(2):146-53. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015.