

## PAPER DETAILS

TITLE: EV İÇİ SİDDETİN YÖNETİMİNDE ACIL SERVİS HEMŞİRESİNİN ROLÜ

AUTHORS: Gülseren ÜNAL,Aysegül BİLGE

PAGES: 127-137

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/836115>

## EV İÇİ SİDDETİN YÖNETİMİNDE ACIL SERVİS HEMSİRESİNİN ROLÜ

### EMERGENCY NURSE ROLE IN DOMESTIC VIOLENCE MANAGEMENT

\*Gülseren ÜNAL

\*\*Aysegül Bilge

\*Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

\*\*İzmir Atatürk Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu

**Anahtar Sözcükler:** Ev içi siddet, acil servis hemşireliği, istismar

**Key Words:** Family violence, emergency nursing, abuse

### ÖZET

Siddet; çocukta, gençte, kadında ölüme ve kalıcı fonksiyon bozukluklarına neden olabilmektedir. Pek çok kadın, çocuk, genç polis tarafından siddet riski ya da siddete bağlı yaralanma nedeni ile acil servise getirilmektedir. Benzer olarak çoğunlukla kadın grup ev içi siddete bağlı yaralanma ile acile gelmekte ve uzun zamandır çocuklarının da benzeri kötü davranış ile karşı karşıya olduklarını belirtmektedir. Bu gözden geçirme yazısı ev içi siddete bakış açısı sağlaması açısından önemlidir. Acil bakım profesyonelleri, ev içi siddete bağlı yaralanmaların akut tedavisinde gelecekte ve varolan risk faktörlerinin tanınmasında ve siddete verilecek tepkinin ortaya konulmasında önemli rol oynamaktadırlar.

### SUMMARY

*Violent injury remains a major cause of death and disability for children, youth and women. Most youth and adolescents and women with or who are at risk for violence-related injuries present in emergency department (ED) settings, although some come to the attention of the police. Similarly, many women group present to EDs with injuries related to domestic violence, and it is well described that children exposed to such situations suffer both short- and long-term consequences from these exposures. Given the significance of these review with respect to the domestic violence, it is important for emergency care professionals to consider the roles they can play in the acute management, assessment for future risk, screening for risk, and follow-up services involved in the response to domestic violence injury.*

### GİRİŞ

Acil servis ortamı çoğu zaman acil psikiyatrik olguların, ruhsal travmaların yani kriz olarak adlandırılan olguların ilk değerlendirildiği yer olmuştur. Strese tepki olarak gelişen bireysel travmalar da çoğu

zaman kriz olarak adlandırılır. Kriz durumu beklenmediktir; kontrol edilmesi güçtür, fiziksel ve psikolojik olarak ani değişiklikler içerir. Bireysel kriz yasantisinda devamlı dalgalanmalar ve süregelen tehdit durumu yer alır. Yasanan kriz durumlarından biri de ev içi siddettir. Ev içi siddetten daha çok tıbbi boyutlarıyla söz eden bu yazı siddetten kişi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesinin yanı sıra, acil serviste ev içi siddeti tanılayan ilk grup olan acil servis hemşirelerinin bu konudaki temel girişimlerini tanımlamak amacını tasımaktadır (Cooke 1992).

İnsan psikolojisinde evrensel olarak varlığı kabul edilen ve cinsellikle birlikte en güçlü iki dürtüden biri olan saldırganlık ve onun sonucu siddet, toplumda pek çok boyutta gözlemlenen bir olgudur. Siddet, içgüdüsel olarak varolan ve çevresel etkenlerden kaynaklanan bir davranış olarak görülür. Siddet çoğu zaman anne, baba, çocuk, aile ilişkisinde nesillerdir sürdürülen kanıksanmış davranış şekli olarak ortaya çıkar. Siddet bireysel, bireyler arası, aile ve toplum düzeylerinde pek çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilir. Sosyal, kültürel ve ekonomik faktörler siddet oluşumunda rol oynarlar (Türkbay, Söhmen 1998).

Dünya Sağlık Örgütü siddeti şöyle tanımlamaktadır: "Kisinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, yoksunlukla sonuçlanan (veya sonuçlanma ihtimali yüksek olan) kasıtlı kuvvet kullanımı veya kuvvet kullanma tehdididir." (Sağlık Bakanlığı web sayfası 2002).

Aile içi siddetin algılanması ve tanımlanması her zaman toplumun ve bireylerin kültürel değerleri üzerinde şekillenmektedir. Bu yüzden, siddet kullanımı toplumun benimsediği ve mesru gördüğü bir amaç için gündeme geldiğinde, o davranışın siddet olarak algılanıp tanımlanması da oldukça güç olmaktadır (Sahin, Beyazova 2001).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde fiziksel istismarın 5-20/1,000 civarında olduğu bildirilmektedir (Arthur 1997). T.C.Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun aile içi siddet ile ilgili olarak yaptığı bir çalışmada her 100 ailenin 34'ünde kadına yönelik fiziksel siddetin var olduğu ortaya konulmuştur (Gözmez ve ark 1997). Mor Çati Kadın Sığınakı Vakfı Dayanışma Merkezine 1992-1995 yılları arasında başvuran 550 kadının % 84'ünün aile içi siddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Bursa il merkezinde, 2001 yılında, 506 kadını kapsayan bir araştırmada kadınların % 59'unun aile içi siddete maruz kaldığı, siddeti uygulayanların başında esin geldiği ve bunu anne ve babanın izlediği, siddete maruz kalanların % 14,5'ine fiziksel, % 33,6'sına duygusal, %45,5'ine de hem fiziksel hem de duygusal siddetin birlikte uygulandığı saptanmıştır (Arat 1995). Türkiye'de 1980-1982 yılları arasında sekiz ilde yapılan bir araştırmada, 4-12 yaşları arasındaki 16.000 çocuğun, fiziksel

ve duygusal açıdan istismar edilip edilmediği incelenmiştir. Kız çocuklarının % 34,6'sinin, erkek çocuklarının ise % 32,5'inin ihmal ve istismar kurbanı oldukları saptanmıştır (Bilir 1991).

Toplumda bu kadar yaygın olarak görülen siddetin kaynağına bakıldığında; ruhsal bozuklukların ön sırada yer aldığı görülür. İkinci sırada siddet nedeni eğitimsizliktir. Ekonomik nedenler ve yoksulluk, toplumsal iletişimsizlik ve güvensizlikten sonra sayılmaktadır. Sıkça vurgulanan alkol ve kumar bağımlılığı da siddet nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır (Gözmez, Bayat, Sezal 1998).

### **Ev İçi Sıddetinde Dinamikler**

Bireyler arası dinamikler de aile içi sıddeti etkileyen faktörlerdendir. Bunlar; düşük düzeyde evlilik içi tatmin, bireylerin agresif hareketler sergilemesi, ideolojik, ırk ve din farklılıkları, bir eşin özellikle kadının mesleğinin diğerinden daha iyi olması-daha fazla gelirinin olması, iletişim kurma yoksunluğu (özellikle çocuk ve yaşlılarda), evliliğe duyulan asiri bağımlılık, ergenlik döneminde anne olma, yasal olarak evli olmama durumudur (DeKeseredy 1993, Levesque 2001, Dixon 2003).

Ev içi sıddete maruz kalmış kişilerde genelde şu özelliklerin bulunduğu görülmektedir. Aile içinde belirgin bir pozisyonu vardır (en küçük ya da en büyük olma gibi). Aile içinde genelde her şeyin suçlusu görülme eğiliminde, günah keçisi pozisyonundadır. Kurbanlar genelde kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve mental ya da bedensel zayıflıklar arasında seçilmektedir (Aksoy, Çetin, İnancı 2002, Aile Araştırma Kurumu web sayfası 1998, Ristock 1995 ).

### **Ev İçi Sıddetin; Sıddet Gören Kişi Üzerinde Kısa Ve Uzun Süreli Yansımaları**

Diğer örseleyici yaşam olayları gibi, sıddet kullanımının da, her yasa ve her bireye özgü uzun süreli yansımaları vardır ve bireyin intrapsik kaynaklarını zorlayan bir durumdur. Suçluluk, kendisinden öç alınacağı korkusu, ayrılma anksiyetesinin alevlenmesi ve narsistik bütünlüğe tehdit, yetişkinlikte yaşanan sıddete verilen yanıtın psikolojik belirleyicilerinden bazılarıdır ve örselenmeye daha sonra verilen yanıtlara katkıda bulunurlar. Örselenmeden sonra sıklıkla görülen suçluluk duygusu, beklenmedik bilinçdışı saldırgan dürtülerin ortaya çıkmasıyla bağlantılı olabilir. Bu saldırgan dürtülerin harekete geçmesi ile özgüvende azalma arasında bir bağlantı olabilir. Çünkü bu dürtüler, üst benlik beklentilerinin çiğnenmesine ve özgüvenin kaybına yol açar (Vahip 2002).

Özgüvenin kaybı, kişinin örselenmeye yanıtında değerlendirilmesi gereken önemli bir ögedir. Bilindiği gibi, özgüven, intrapsisik-gelisimsel süreçler ile başarı ya da başarısızlık olarak algılanan yaşam olayları arasındaki karmasik ilişki tarafından belirlenir. Kişinin, bir örselenmeyle baş etme ya da edememe algısı, örselenmenin çözümünün gidisini değiştirebilir. Ayrıca özgüveni ve gelecekte örselenmelere yanıt verme yetisini etkileyebilir. Başarılı bir yanıt özgüveni arttırırken, etkisiz bir yanıt özgüveni zedeleyebilir (The National Clearing House on Family Violence web sayfası 1994, Ulutasdemir 2002 ).

Örselenme bir başka şekilde de gerçekleşebilir. Bu türde çocuk siddete maruz kalmaz ancak siddete tanık olur. Aile içindeki siddete görsel ya da isitsel olarak tanık olan çocuklara “sessiz”, “unutulmuş” ya da “görünmez” kurbanlar adı verilmektedir. Annenin siddet gördüğü durumlarda, çocuğun örselenmesi, annenin dövülmesi bittikten sonra da sürmektedir. Bu çocuklar son yıllarda duygusal siddet kullanılma kategorisi içinde düşünülmektedir. Doğrudan siddete maruz kalmasalar da, bu çocuklar diğer siddet görmüş ya da ihmal edilmiş çocuklarla aynı türden belirtileri göstermektedir (Türkbay, Akin, Söhmen 1999 ).

Annesinin dövüldüğüne şahit olan 3 çocuktan birinde psikosomatik bozukluklar, anksiyete, korku, uyku bozuklukları, kekemelik, okul problemleri, siddetten kendini sorumlu tutma, sürekli gerginlik, suçluluk duygusu, terk edilme duygusu gibi önemli davranışsal ve emosyonel problemler görülmektedir (Yanikkerem, Arıkan 2001, Ridley 2003).

Kisi üzerinde patolojik etkileri oldukça yoğun olan siddetin önlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü yükümlülükleri şu şekilde sıralamıştır: (Dixon, Browne 2003, Health Canada web sayfası 2003):

1. İlk olarak siddet davranışının yaşandığı ailelerde siddetin nedenleri ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi gereklidir.

2. Siddet davranışını yaşayan olgulara acil tıbbi tedavi verilmeli ve sosyal destek ortamı yaratılmalıdır.

3. Siddet olgularında polis desteği, sosyal servis elemanlarının katılımı, sağlık çalışanlarının ortaklaşa oluşturdıkları merkez yardımı ile işbirliği içerisinde çalışılmalıdır.

### **Ev İçi Sıddette Acil Hemsirelik Girişimleri**

Ev içi siddeti ilk tanılayan grup olan acil hemsiresine önemli görevler düşmektedir. Ev içi siddet olgularında varolan parametrelerinin tanımlanması ve önlemeye yönelik girişimlerin uygulamaya konulması gereklidir. Siddeti önlemeye yönelik acil hemsireliği girişimleri primer,

sekonder ve tersiyer olmak üzere üç şekilde ele alınabilir (Lee 1995, Public Health Agency of Canada web sayfası 2003, Cooke 1992):

**Primer önleme:** Sıddeti önlemeye yönelik halka yapılacak eğitim, sıddeti tanımlamaya ve kriz durumundaki girişimlere yönelik sağlık ekibine yapılacak eğitim, sıddet ve kötüye kullanım risk gruplarının tanımlanması, risk altındaki kişilere danışmanlık ve koruyucu hizmetlerin sağlanması, çatışma ve stres yönetimini içerir.

**Sekonder önleme:** İkincil önleme çalışmaları daha çok sıddet davranışı sonrasında genellikle hastayı ilk gözlemleyen grup olan acil hemşiresinin girişimlerini içerir (Roberts 2001, Potter 2001, Peterson 2002).

1. Problemin büyüklüğüne rağmen, ev içi sıddeti tanımlamak çözüm için önemli bir adımdır. Acil hemşiresinin yapacağı ilk girişim sıddetin belirtilerini tanıyıp ortaya koymaktır. Bu kriz durumunun tanımlanması; kurbanın aile içindeki yerine ve sıddet tipine göre farklılıklar gerektirebilir.

2. Medikal bulgulara göre sıddet içeren soruları hastaya yöneltmek ikinci adımdır.

- Acil Hemşiresi tarafından yaralanma yerini (özellikle baş, bacak ya da göğüs bölgesinde), sıddet olgusunu tanımlamayı amaçlayan sorular sorulmalıdır. Yaralanmayla ilişkili olabilecek postür değişiklikleri varsa kaydedilmelidir.
- Sıddet gören kişi yakınları tarafından, yaralanma şekli, yaralanma zamanı ile tutarsız seyreden açıklamalar varsa hemşire tarafından dikkate alınmalıdır.
- Hamilelik döneminde yaralanmalar ev içi sıddetin belirleyicisi olabilir.
- Hastanın yaralanma nedeni ile sık sık acile gelmesi söz konusu ise ev içi sıddet açısından hasta değerlendirilmeye alınmalıdır.
- Sıddet gören kişi ve yakınları içerisinde alkol ya da madde kullanımı varsa değerlendirilmelidir.
- Kişinin intihar girişi ya da tecavüz nedeni ile acile gelmesi söz konusu ise ayrıntılı tanılama yapılmalıdır.

3. Acil hemşiresi, hasta ile birlikte gelen hasta yakınının da davranışlarını gözlemlemelidir. Sıddet uygulayan kişi, yaralanma ile ilgili çelişkili uygunsuz cevaplar verebilir, ekibe çözüm yolları sunabilir, hastaya sorulan soruları cevaplayabilir ya da tam tersi açıkça düşmanca tutum sergileyebilir, savunmaya geçebilir, saldırgan tavır sergileyebilir.

4. Bazi siddet tipleri duygusal, sosyal açıdan bilindik türden olmayabilir. Acil hemşiresi hızlı bir tanılama yapmalı, psikososyal faktörleri tespit etmeye çalışmalı ve hastanın sorun alanlarına yönelik danışmanlık hizmetleri uygulamaya geçirilmelidir.

5. Acil hemşiresi tarafından siddeti tanımlayabilecek fiziksel belirtiler dikkate alınmalı ve kaydedilmelidir.

Acile gelen bireyin fiziksel açıdan siddet gördüğüne dair belirtiler şu şekilde olabilir; kırıklar, yumuşak doku travması, sigaraya bağlı yanık izleri, kemer gibi cisimlerle oluşan darp izleri, ekimozlara rastlanır. Kafa travmasına bağlı olarak koagülasyon çalışmaları bozuk saptanabilir, hatta bazen yaygın damar içi pıhtılaşma bile gelişebilir. Sallanmış bebek sendromunda mortalite %20-25 civarındadır. Başlangıçta koma tablosunda getirilen olgularda mortalite %60'lara yükselir, yaşayanlarda ağır mental gerilik, spastik kuadripleji veya ağır motor fonksiyon bozukluğu gelişir (Kara ve ark. 2004).

6. Acil hemşiresi tarafından siddeti tanımlayabilecek emosyonel belirtiler dikkate alınmalıdır

Emosyonel siddet belirtileri çoğu zaman daha uzun bir görüşmeyi gerektirir. Yetişkinlerde agresif davranış, korku, konuşma bozuklukları, regresif davranışlar, düşük benlik saygısı, depresyon, intihar girişimi, alkol ve madde kullanımı, psikosomatik hastalıklar gözlenirken; çocuklarda çekingen davranış, 'ben kötüyüm' gibi düşünce biçimleri, ebeveyn figüründen asiri korku, okul performansında değişimler, öğrenme yetersizlikleri ve çalma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında çocuklarda cinsel siddete özel olarak uygunsuz yetişkin cinsel terminolojisinin kullanımı, perianal kızarıklıklar, genitoüriner enfeksiyonlar, yabancı bir cisimle anal ve vajinal penetrasyon, cinsel geçişli hastalıklar, gebelik, juvenil seks karakterlerinin yer alması dikkatle izlenmesi gereken bulgular arasındadır/(Peterson 2002, Burgess 2004, National Clearinghouse on Family Violence Publication 1994). Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran çocuklar arasında yapılan araştırmada da %36 oranında fiziksel ve emosyonel siddet saptanmıştır (Oral 1997).

**Tersiyer önleme:** Siddet sonrasında oluşan fiziksel ve psikososyal travmanın uzun dönem etkilerini en aza indirmeye yönelik acil hemşirelik girişimleri kapsar.

Siddet gören hastaya girişimde hastanın ekiple iletişimi de önemlidir. Siddeti önleme ve tanılama girişimlerinde önemli bir alan da hemşirelik hizmetleridir. Acil hemşiresinin girişimleri arasında tanılama önemli bir yer tutar/(Levesque 2001, Hart 1997). Tanılama yapılırken

hastanın etnokültürel yapısı dikkat edilmesi gereken önemli bir unsurdur. Bazı kültürlerde şiddet olgusuna bakış açısı farklıdır. Şiddet sonrası acile gelen hasta korku, cehalet ve utanç nedeni ile bunu açığa çıkarmak istemez. Hastaların çoğu korumasız, karasız ve düşük benlik saygısına sahiptirler. Emosyonel kriz yaşarlar. Şiddet olgusuna karşı acil hemşireliği girişimleri şu şekilde tanımlanabilir (Mc.Closkey, Bulechek 2000 ):

a- Tedavi çok yönlü gerçekleştirilmeli, çocuk, kadın, yaşlı aile ve çevresel etkenler üzerinde ayrı ayrı durulmalıdır. Tedavideki asıl hedef; şiddet gören kadın ya da yaşlı ise aynı evde bulunan çocuğu hasardan korumak ve aile ilişkilerini güçlendirmek olmalıdır. Ev içi şiddet ile ilgili risk faktörlerinin izlenmesi önem taşır. Ev içi şiddet değişik şekillerde gerçekleşebilir. Bunlar; geri çevrilme, olumsuz eleştirme, sevilmediği değersiz olduğunun hissettirilmesi, diğerlerine karşı dürüst olmada güçlük çekme, kişisel yetersizliklerinin yardım edileceği söylenerek kişiye sık sık hissettirilmesi, fiziksel ihtiyaçların giderilmemesi, aile içi sorumlulukların yerine getirilmemesi, madde kötüye kullanımına yöneltme şeklindedir. Şiddet gören kişi depresyon, major psikiyatrik bozukluklar, sosyal izolasyon, aile içi ilişkilerin ve bağlının zayıflaması, çoğul evlilikler, hamilelikle karşı karşıya kalabilir.

b- Acil serviste yaralanma nedeni ile sıklıkla acile başvurunun yapılması, multiple somatik semptomlar, kronik abdominal ağrı, kronik baş ağrıları, pelvik ağrı gibi semptomlarla gelen hastalar ve anksiyete, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu gibi şiddeti ifade edebilecek hastalıkların uzun dönem takibe alınması önem taşır. (Burgess 2004, Roberts 2001 ).

c- Hemşire fiziksel ve seksüel istismar olgularının tanımlanması, değerlendirilmesi, fotoğraflanması ve kayıtlanmasından sorumludur. Yaklaşımında yaralanma nedenlerinin tespiti ve tanımlanması oldukça önemlidir. Yaralanma tipi ve tanımlanan nedeni arasında karsılaştırma yapılmalıdır. Açık olarak gözlemlenebilen fiziksel şiddet belirtilerinin hemşire tarafından izlenmesi gerekir.

d- Seksüel şiddet belirtilerinin izlenmesi ve sosyal hizmetlere yönlendirilmesi hemşirelik girişimleri içinde yer alır. Bunlar; vücutta kuruması meni yada kan izlerinin bulunması, dış genital-anal-penil bölgede yaralanma izleri, seksüel yolla geçen hastalıkların varlığı, tanı konmamış etyolojisi belli olmayan davranış değişiklikleri (sıklıkla hasta tarafından sedüktif davranışların ortaya çıkarılması) olarak sayılabilir (Polat 2002, Tercier 1998, Taner ve Gökler 2004).

e- Düşük benlik saygısı, depresyon, utandırma, hakaret etme davranışlarının gözlenmesi, benliğe karşı agresyon, intihar girişimi gibi



olasi emosyonel siddet belirtileri varsa acil hemsiresi tarafından bu konuda kayıt tutularak, hastanın izlenmek üzere psikiyatriye yönlendirilmesi gerekir.

f-Hemsire kisinin problemlerini dikkatlice dinlemelidir. Partnerin esi kendi çıkarına kullanma belirtilerinin izlenmesi gerekir. Sosyal destek ihtiyacının belirlenmesi oldukça önemlidir. Hasta üzerinde kisisel hükmetme, kisinin degerli esyalarını kisisel kaybi düşünmeksizin kullanma-kisiyi zarara ugratma davranislari var ise kayıtlanmalı ve hasta sosyal hizmetlere yönlendirilmelidir. Süphelenilen siddet durumunda mağdur ile tek basına görüşme yapılmalıdır. Siddet gören kadın ise partnerler arasi iletisimin incelenmesi ve kaydedilmesi gerekir.

g-Siddet gören çocuk ise; özellikle fiziksel siddete ugramis çocuklarda sosyal islevsellik alanında birçok eksiklik fark edilmektedir; bu çocuklar yakın iliski kurmakta güçlük çekip, daha çatismali, duygusal yogunlugu az, yogun öfke ve siddet davranisi içeren iliskiler kurabilmektedir (Kaplan ve ark 1999). Ya da çocuk bu konu ile ilgili konuşmak istemeyebilir, utanma, suçluluk ile karisik ambivalan duygular içinde olabilir ve yalanlayabilir. Kisinin siddetin neden oldugu, benligi suçlama gibi karmasik hislerle dolu olabilir. Özellikle bu dönemde sözel pozitif onayın saglanması hasta için oldukça önemlidir. Kisinin kurban rolü ile ilgili davranislarinin degisimi yönünde desteklenmelidir. Stresli durumla bas etme ile ilgili bas etme stratejilerinin gelistirilmesine yönelik girişimler arttirilmelidir. Birey ve ailesi arasındaki iliskinin degerlendirilmesi, güçlendirilmesi gerekir (Taner ve Gökler 2004).

h-Istismara ugramis kisiye siddetle iliskili bilgilerin gizli kalacağı konusunda teminat verilmelidir. Hasta ile birlikte siddetin arttığı durumlarda kullanilabilecek güvenlik planlari gelistirilmelidir.

## SONUÇ

Bir halk sagligi sorunu olan siddetten korunmada diger hasar ve hastalıklarda olduğu gibi sistematik, bilimsel tabanlı, multidisipliner ve kalici bir yaklasim izlemek gereklidir. Istismardan bireyi korumak önemlidir. Son dönemde siddetin önüne geçilebilmesi için, ‘Ev halkından birine karsi kötü muamelede bulunan kimseye 2 aydan 1 yila kadar hapis cezası verilecek’, ‘Aile hukukundan dogan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kisi, sikayet üzerine 1 yila kadar hapis cezasına çarptirilacak.’, ‘Çocugu fuhusa tesvik eden, bunun yolunu kolaylastiran, bu amaçla tedarik eden veya barindiran ya da aracilik eden kisi hakkında, 4 yildan 10 yila kadar hapis ve bes bin güne kadar adli para cezası istenecek’ gibi belirli yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (Yargıtay bilgi islem merkezi, 2004).

Acil hemşireleri istismardan şüphelendiklerinde sosyal hizmetler kurumu ve çocuk esirgeme kurumu ile mümkün olan en kısa zamanda iletişim kurmalı, ilgili adli makamlara ve kurumlara birer rapor yazmalıdır. Sosyal hizmetler kurumunun aileyle konuşarak şiddet gören kişinin uygun bir ortama transferi konusunda yardımcı olması önem taşır. (Egemen 1993). Korunmadaki yaklaşımlardan biri istismar açısından risk faktörlerini tarayıp bu çocuklarda daha ileri değerlendirme yapılmasıdır. Eğitim ve danışmanlık; koruyucu sağlık hizmetlerinin bir bileşeni olmalıdır. Ev ziyaretlerinin bu hizmetin bir parçası olarak istismar ve ihmal olgularının sayısında azalma sağladığı gösterilmiştir. İstismar şekilleri tanınmazsa (istismara bağlı deri lezyonları vs) daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacaktır, acil servislerde çalışan ekip üyeleri çocuk istismarının bulgularını bilmelidir. Ekip üyelerinin çocuk istismarını tanımları istismarın mortalite ve morbiditesini azaltmakla kalmayıp, aynı zamanda etkili korunma olanakları yaratacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. Aksoy E, Çetin G, İnancı MA, (2002). Aile İçi Şiddet. <http://www.ttb.org.tr/adli/6.html>. 7. 25.2004.
2. Arat N, Türkiye'de Kadın Olmak. Say Yayınları, İstanbul, 1995.
3. Arthur HG, (1997). Physical abuse of children. In: Wiener JM, ed. Textbook of child adolescent psychiatry. 2. Washington. American Psychiatric Press. 687-98.
4. Bilir S, Ari M, Dönmez N, Güneysu S, (1989). 4-12 Yaşları Arasında 16100 Çocukta Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. Çocuk İstismarı ve İhmali, Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi. Ankara .Ankara.
5. Burgess W A, Roberts A, (2004). Violence And Families. Nursing spectrum. <http://nweb.nursingspectrum.com/ce/m24a.htm>. 7. 25.2004.
6. Cooke A, Henderson A, Kennedy B, et al, (1992) Family Violence: Clinical Guidelines For Nurses. National Clearinghouse on Family Violence. Canadian Nurses Association. Ottawa, Ontario, Canada.
7. Dekeseredy W, (1993). Four variations of family violence: a review of sociological research. The Family Violence Prevention Division, [http://www.cyf.ca/100/private/famcon\\_famvio.htm](http://www.cyf.ca/100/private/famcon_famvio.htm). 5.7.2004.
8. Dixon L, Browne K, (2003). The heterogeneity of spouse abuse: A review, aggression and violent behavior. Aggression And Violent Behavior. 8: 1, 107-130 .
9. Egemen A, (1993). Türkiye'de çocuklarda cinsel istismar olgusuna yasal ve sosyal yaklaşım. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 36: 285-288.
10. Gözmez K, Bayat B, Sezal I, (1998). Aile İçinde Ve Toplumsal Alanda Şiddet, AAK Yayınları. Ankara.
11. Hart R, (1997). Beginning a long journey: A review of projects funded by the family violence prevention division, Health Canada. Regarding Violence in Aboriginal

- Families. National Clearinghouse on Family Violence. <http://www.hc-sc.ca/Nc.Cn>. 5.7.2004.
12. Kaplan S, Pelcovitz D, Labruna V, (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 38: 1214-22.
  13. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A.S, (2004). Çocuk istismari. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* .47 (2): 140-151.
  14. Levesque RJR, (2001). Culture And Family Violence: Fostering Change Through Human Rights Law. APA Copyright and Permissions Office. Washington DC.
  15. Lee AH, (1995). Violence issues: an interdisciplinary curriculum guide for health professionals. Published by Health Promotion and Programs. Canada .
  16. McCloskey, Bulechek G, (2000). Nursing Interventions Classification. Nc. Mosby., Washington DC.
  17. Oral R, Yavuz S, Can D ve ark. (1997). Bir Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği'nde Kötü Muamele Edilen Çocuk Sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fak Derg*. 22: 137-144.
  18. Peterson NR, (2002). Reporting of suspected abuse or neglect of children, disabled adults or the elderly. Aaos Advisory Statement On Family Violence Of American Academy Of Orthopaedic Surgeons. [http://OrthoInfo.Aaos.Org/Fact/Thr\\_Report.Cfm?Thread\\_Id=383&Topcategory=Wellness](http://OrthoInfo.Aaos.Org/Fact/Thr_Report.Cfm?Thread_Id=383&Topcategory=Wellness). 5.7.2004.
  19. Polat O, (2002). Çocuk Hakları Nedir?: Analiz Yayınları. İstanbul. 5-39.
  20. Potter BB, (2001). Youth Violence: A Report Of The Surgeon General. Prevention and intervention. <http://www.surgeongeneral.gov/Library/Youthviolence/Chapter5/sec1.html>. 5.7.2004.
  21. Ridley CA, Feldman C, (2003). Domestic Violence. *Journal Of Family Violence*. 18 (3): 171-180.
  22. Roberts G, (2001). Response of health professionals to domestic violence in emergency departments. [www.aic.gov.au/publications/proceedings/27/roberts.pdf](http://www.aic.gov.au/publications/proceedings/27/roberts.pdf). 14.7. 2004.
  23. Ristock JL, (1995). The impact of violence on mental health: a guide to the literature. National Clearinghouse on Family Violence Publication. [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/fvdiscussion\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/fvdiscussion_e.html). 14.7.2004.
  24. Sahin F, Beyazova U, (2001). Çocugun Siddetten Korunma Hakkı. *Milli Eğitim Dergisi*. [http://yayim.meb.gov.tr/yayimlar/151/sahin\\_beyazova.htm](http://yayim.meb.gov.tr/yayimlar/151/sahin_beyazova.htm) 18.7.2004.
  25. Taner Y, Gökler B, (2004). Çocuk istismari ve ihmali: psikiyatrik yönleri Hacettepe Tıp Dergisi. 35: 82-86.
  26. Tercier A, (1998). Child abuse. In: Maer JA (ed). *Emergency Medicine* (4th ed). St. Louis: Mosby. 1108-1118.
  27. Türkbay T, Akin R, Söhmen G, Söhmen T, (1999). Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanımına klinik yaklaşım. *Sevgi Zihinsel Yetersizlik Araştırma Eğitim ve Haber Dergisi*, 2 :1-2, 15-20.
  28. Türkbay T, Söhmen G, Söhmen T, (1998). Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanım: Klinik bulguları, olası sonuçları ve önleme. *Psikiyatri Psikoloji Psiko-farmakoloji Dergisi*, 6:1, 49-54.
  29. Ulutasdemir N, (2002). Kadına Yönelik Sıddet. *Sağlık Ve Toplum Dergisi*. 4(12): 25-30.

30. Yanikkerem E, Arikan A, (2001). Aile İçi Sıddetin Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri. 1.Ulusal Aile Hizmetleri Sempozyumu. T.C. Basbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları. Ankara. 286-291.
31. Vahip I, (2002). Evdeki siddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi. 13 (4): 312-319.
32. Breaking the pattern: how communities can help. National Clearinghouse on Family Violence Publication. (1994). [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/fvpatr\\_n\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/fvpatr_n_e.html). 24.7.2004.
33. Democratizing excellence: the experience of the research centres on family violence and violence against women social sciences and humanities research.National Clearing house on Family Violence, (2003). [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/demoexcel\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/demoexcel_e.pdf). 7.7.2004 .
34. Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Sıddet, (1997). [Http://Www.Aile.Gov.Tr/Arastirma18.Htm](http://Www.Aile.Gov.Tr/Arastirma18.Htm). 7.7.2004.
35. Sağlık Bakanlığınca Dünya Sağlık Günü İçin Hazırlanan Basın Bildirisi, (2002).. [www.un.org.tr/who/bulten/turk/bulten9.htm](http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bulten9.htm) - 31k 8.5.2004.
36. Family Violence Awareness Information For People In The Workplace Funded By Mental Health Division And National Clearinghouse On Family Violence, (1994). [Http://Www.Hc-Sc.Gc.Ca/Hppb/Familyviolence/Html/1awwork.Htm](http://Www.Hc-Sc.Gc.Ca/Hppb/Familyviolence/Html/1awwork.Htm). 7.7.2004.
37. Bilir S, Ari M, Dönmez N ve ark, (1989). 4-12 Yaşları Arasında 16100 Çocukta, Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. Çocuk İstismarı ve İhmali. Çocukların Kötü Muameleden Korunması I. Ulusal Kongresi Ankara.
38. Yargıtay bilgi işlem merkezi, (2004). [www.yargitay.gov.tr/bilgi/kanun\\_liste/kanun\\_alfabetik.index.html](http://www.yargitay.gov.tr/bilgi/kanun_liste/kanun_alfabetik.index.html) - 101k. 12.11.2004.