



ULUSLAR ARASI V. ADLİ HEMŞİRELİK
IV. ADLİ SOSYAL HİZMET
III. ADLİ GERONTOLOJİ KONGRESİ
14-16 KASIM 2019 ANKARA
<https://aybu.edu.tr/ahashagk/>



EDİTÖRLER
Prof. Dr. İ. Hamit HANCI
Prof. Dr. Yurdagül ERDEM

KONGRE KİTABI



KONGRE KİTABININ HAZIRLANMASINA KATKI VERENLER

Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN
Dr. Öğr. Üyesi Ebru EREK KAZAN
Dr. Öğr. Üyesi Emel GÜLNAR
Arş. Gör. Blm. Uzm. Emine Tuğba TOPÇU

DÜZENLEME KURULU

KONGRE ONURSAL BAŞKANI

Prof. Dr. İbrahim Aydın (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörü)

KONGRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Yurdagül ERDEM (Kırıkkale Üniversitesi)

Prof. Dr. Sevinç POLAT (Yozgat Bozok Üniversitesi)

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK (Ankara Üniversitesi)

Prof. Dr. İ. Hamit HANCI (Ankara Üniversitesi)

Dr. Öğr. Üyesi Ebru EREK KAZAN (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)

KONGRE SEKRETERLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER

Arş. Gör. Blm. Uzm. Emine Tuğba TOPÇU

Arş. Gör. Elmas AKIN ALTINCI

Arş. Gör. Zehra ARSLAN ÇEVİK

Adli Bilimler Uzmanı Dilek BAYSAL

DÜZENLEYEN KURUMLAR

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.

Adli Bilimciler Derneği

Keçiören Belediyesi

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Fatma ARPACI - Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.

Prof. Dr. Ayhan ÖZHASSENEKLER - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN - Hacettepe Üniversitesi HOSMER-Adli Bilimciler Derneği Adli Sosyal Hizmet Komisyon Başkanı

Prof. Dr. M. Fevzi POLAT - Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU - Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Zeynep TEZEL - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. İlhan TOMANBAY - İstinye Üniversitesi-Adli Bilimciler Derneği Adli Gerontoloji Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Hülya UÇAR - Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Baki YILMAZ - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Spor Bilimleri Bölümü

Doç. Dr. Rıza GÖKLER - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Sena KAPLAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA - Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Birgül ÖZKAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Sevil ŞAHİN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Emel GÜLNAR - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Esra KILIÇ CEYHAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜZER - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Bourak CHOUSEİN - Yunanistan

Dr. Muhammed Nabi TARAKİ - Afganistan

Öğr. Gör. Zehra AYDIN - Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Av. Alp ASLAN - Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Uzmanı
Av. Devrim KARAKÜLAH - Adli Bilimciler Derneği Genel Sekreteri
Arş. Gör. Ayşegül AKCA - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Arş. Gör. Elmas AKIN ALTINCI - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
Arş. Gör. Zehra ARSLAN ÇEVİK - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.
Arş. Gör. İlknur DEMİRHAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Arş. Gör. Perver KARŞIGİL - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Arş. Gör. Dr. Sibel PEKSOY - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Arş. Gör. Blm. Uzm. Emine Tuğba TOPÇU - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Arş. Gör. Dilek ULUDAŞDEMİR - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Arş. Gör. Çiçek Nilsu VARLIKLAR DEMİRKAZIK - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
Adli Bilimler Uzmanı Dilek BAYSAL - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. / Adli Bilimciler Derneği Adli Felsefe Komisyonu Başkanı

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Recep AKDUR - Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Prof. Dr. Nevzat ALKAN - İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.

Prof. Dr. Kamil ALPTEKİN - Konya Ticaret Odası Karatay Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Duygu ARIKAN - Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nevzat ARTIK - Ankara Üniversitesi Gıda Güvenliği Enstitü Müdürü ve Adli Bilimciler Derneği Adli Gıda Komisyon Başkanı

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ - Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Meral BAYAT - Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Naile BİLGİLİ - Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Erhan BÜKEN - Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.

Prof. Dr. Ayşe CANATAN - Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü

Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU - Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU - Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU - Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği AD.

Prof. Dr. Leyla DİNÇ - Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nurdan DUMAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Emine EFE - Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU - Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL - Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Zehra Zerrin ERKOL - Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.

Prof. Dr. Ali Fuat ERSOY - Karabük Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Gürkan ERSOY - Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

Prof. Dr. Selma ELYILDIRIM - Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İngiliz Dili Edebiyatı AD. / Adli Bilimciler Derneği Adli Dil Bilim Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Nurten GÖKALP - Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü
Prof. Dr. Şervan GÖKHAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.
Prof. Dr. Selma GÖRGÜLÜ - Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, KKTC
Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ - Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Adalat HASANOV - Azerbaijan Medical University Department of Pathological Anatomy
Prof. Dr. Ayşe KARADAĞ - Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Leyla Didem KOZACI - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD.
Prof. Dr. Ayşe OKANLI - İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Fatma ÖZ - Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU - Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. N. Refia PALABIYIKOĞLU - Ufuk Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU - SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Ayla SEVİM EROL - Ankara Üniversitesi Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Bölümü
Prof. Dr. Mehtap TAN - Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Gülbu TANRIVERDİ - Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Fulya TEKŞEN - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji AD.
Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN - Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Ayla ÜNSAL - Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü
Prof. Dr. Yener ÜNVER - Özyeğin Üniversitesi Hukuk Fakültesi
Prof. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ - Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.
Prof. Dr. O.P. Jascuha - Hindistan
Doç. Dr. Esra AKIN KORHAN - İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Sevil ALBAYRAK - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Sevban ARSLAN - Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI - İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN - Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Esra ÇALIK VAR - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN - Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ - Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü-Adli Bilimciler Derneği Adli Psikoloji Komisyon Başkanı
Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN - Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Emine ERDEM - Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Şule ERGÖL - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Aysel GÜNİNDİ ERSÖZ – Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü
Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA - Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ - Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Ayşe GÜROL - Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü
Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN - Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA - Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Görkem KARAKAŞ UĞURLU - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.
Doç. Dr. Ersin Hatice KARSLIOĞLU - Onkoloji Hastanesi
Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ - Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR - Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU - Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA - Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Dilek ÖZDEN - Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Havva ÖZKAN - Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

Doç. Dr. Hande ŞAHİN - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Doç. Dr. Filiz YILDIRIM - Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep AKABAY GÜLÇAT - Ufuk Üniversitesi Fen Edebiyat
Fakültesi Psikoloji Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Rümeysa AKGÜN - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Abdulali ALİEV - Rusya Federasyonu, Dağıstan

Dr. Öğr. Üyesi Şenay ARAS DOĞAN - Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIÖZ DÜZGÜN - Ankara Yıldırım Beyazıt
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Rana CAN - Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve
Etik Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT - Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Hüsamettin ÇETİN - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Elena GÜLSÜN - Stavropol Tıp Akademisi – Moskova Devlet
Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ulviye GÜNAY - İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Rukiye HÖBEK AKARSU - Yozgat Bozok Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Serpil İNCE – Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Bahar İNKAYA - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Esma KABASAKAL - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi İlkey KESER - Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Evrim KIZILER - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Serap Selver KİPAY - Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Fethiye Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül KOÇ - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Gülten KOÇ - Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Sema KOÇAŞLI - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Sibel KÜÇÜK - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Assist. Prof. Dr. Jamal MUSAYEV - Medical University Department of Pathology, Azerbaijan
Dr. Öğr. Üyesi Gülay OYUR ÇELİK - İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Funda ÖZPULAT - Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Şenay SARMASOĞLU - Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Aliya SHARAFULLİNA - Rusya Federasyonu, Tataristan
Dr. Öğr. Üyesi Özlem SİNAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK - Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Funda TOSUN GÜLEROĞLU - Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Gülay YAZICI - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Gülay YILMAZ - Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Dr. M. Meraj ALAM SIDDIQUI - Nepal
Dr. Ahmad ALSALEH - Suriye
Dr. Sabir ASKEROV - Kırgızistan
Op.Dr. Hüseyin BEKİR - Yunanistan
Dr. Bourak CHOUSEIN - Yunanistan
Dr. Emced ELUBEYD - Suriye
Dr. Sevgi GÜNEY - Ankara Üniversitesi Beypazarı Meslek Yüksekokulu Psikolojik Danışma ve Gelişim Birimi
Dr. Jamila JAHID - Afganistan
Dr. Mojtaba JALISS - Afganistan
Dr. Diursun KARASARTOVA - Kırgızistan
Dr. Atafeh MARJAEİ - Tahran Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD., İran
Dr. Dadash MUTALLİMOV -
Dr. Ahmad Samim NASERI - Afganistan
Dr. Said Zabihullah NOORI - Afganistan
Dr. Ayhan ÖZKAN - Ankara Vali Yardımcısı
Dr. Stefan PANAIOTOV - Bulgaristan
Dr. Şeyma SİPAHİOĞLU - Muğla İl Jandarma Komutanlığı Psikolog
Dr. Altay SUROY - Kosova Anayasa Mahkemesi Önceki Üyesi
Dr. Leila SHAHVİRDİ - İran
Dr. İzzah Elif ZAMİR KHAN - Pakistan
Dr. Tariq Tawfeeq Yousif ALABDULLAH - Discipline of Accounting, College of Administration and Economics, University of Basrah, Irak

Yusuf AYSU - AFAD Planlama ve Risk Azaltma Daire Başkanı
Uzm. Hemşire Meral DÖLEK - Acil Hemşireleri Derneği Önceki Başkanı
Blm. Uzm. Hemşire Omar BOJANG – Gambia
Blm. Uzm. Nawal Mohammed HUSSEIN - Etiyopya
Av. Ahmet MEHMET - Yunanistan
Av. Elham ŞAHVİRDİ - İran
Av. Ahmet ŞAĞBAN - Sağlıkta Şiddete Son Derneği Başkanı
Av. Mustafa Remzi TOPRAK - Samsun Barosu
Vet. Daryoush SHAREGHİ - İran
Beyhan GÜRGÖZE - Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC

** Sıralama soyada göre alfabetik olarak yapılmıştır.*

BİLİMSEL PROGRAM

14 KASIM 2019 PERŞEMBE (BİRİNCİ GÜN)

08:30-09:00 KONGRE KAYIT

09:00-09:40 KONGRE AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Öğretim Üyesi Ebru EREK KAZAN-Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. İlhan TOMANBAY- İstinye Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Müdürü-Adli Bilimciler Derneği Adli Gerontoloji Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN- Hacettepe Üniversitesi HOSMER Müdürü-Adli Bilimciler Derneği Adli Sosyal Hizmet Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK-Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yurdagül ERDEM-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı-Adli Bilimciler Derneği Adli Hemşirelik Komisyon Başkanı

Prof. Dr. İbrahim AYDINLI -Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörü
(Tensip buyurdukları takdirde)

09:40-10:20

-Prof. Dr. İ. Hamit HANCI -Ankara Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı – Adli Bilimciler Derneği (ADBİD) Başkanı

Ölüme Felsefi Bakışlar

10:20-10:45 AİLE FOTOĞRAFI ÇEKİMİ / KAHVE ARASI

10:45-11:45 Panel 1

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Sevinç POLAT -Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

-Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU - Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği AD.

Dijital Etik

-Prof. Dr. Gürol CANTÜRK - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.

Yaşlı İstismarı

-Dr. Öğr. Üyesi Elena GÜLSÜN -Moskova Devlet Üniversitesi

Rusya’da Adli Tıp ve Adli Bilim

11:45-12:00 KAHVE ARASI

12:00-13:00 Panel 2

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Fatma ARPACI – Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

-Prof. Dr. Türkan PAŞİNLİOĞLU – SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Vekili

Kadına Yönelik Şiddet

-Av. Ahmet GÜROL ŞAĞBAN - Sağlıkta Şiddete Son Derneği Başkanı
Sağlıkta Şiddet Ve Çalışan Hakları

-Av. Mustafa Remzi Toprak – Samsun Barosu
Kadına Yönelik Şiddetin Hukuki Boyutu

13:00-14:00 ÖĞLE YEMEĞİ ARASI

14:00-15:15 YARIŞMA

Moderatör: Prof. Dr. İ. Hamit HANCI -Ankara Ü. Tıp Fakültesi Adli Tıp
Anabilim Dalı ADBİD Başkanı

15:15-15:30 KAHVE ARASI

15:30-16:00 ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ GÖREV
KÖPEKLERİ GÖSTERİSİ

16:00-16:15 KAHVE ARASI

16:15-16:30 ÖZEL OTURUM

Dr. Ayhan ÖZKAN -Ankara Vali Yardımcısı

Sağlıksız Kentleşme Ve Şehir Afetlerinde Yerel Yönetimlerin Rolü

16:30-17:30 Panel 3 ADLİ HEMŞİRELİK OTURUMU

Oturum Başkanı: Prof. Dr. M. Fevzi POLAT - Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp
Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

-Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ-Atatürk Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi

Çocukluk Çağı Aşıları ve Önemi

-Doç. Dr. Ayşe GÜROL- Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

Çocukların Cinsel Eğitiminde Dijital Medyanın Rolü

-Dr. Emced ELUBEYD

Ailelerin Aşı Kabul-Red Durumları Ve Etkileyen Faktörler

16:30-17:30 Panel 4

ADLİ SOSYAL HİZMET /ADLİ GERONTOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN-Hacettepe Üniversitesi -
HOSMER Müdürü ADBİD Adli Sosyal Hizmet Komisyon Başkanı

-Dr. Öğr. Üyesi Aliya SHARAFULLİNA- Rusya Federasyonu, TATARİSTAN
Semavi Dinlerin Bakış Açısından Engelli Birey

-Dr. Dadash MUTALLİMOV -Azerbeycan, BAKÜ

Yaşlı Hastalarda Manevi Destek

-Dr. Öğr. Üyesi Abdulali ALİEV- Rusya Federasyonu, DAĞİSTAN

Türk Toplumunda Halk Hekimliği / Sağaltma Ocakları ile İnanışlarının
İncelenmesi

17:30-19:30 SOSYAL PROGRAM-GEZİ VE GALA YEMEĞİ

15 KASIM 2019 CUMA (İKİNCİ GÜN)

09:00-10:00 Panel 5 **ADLİ HEMŞİRELİK OTURUMU**

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Ayhan ÖZHASENEKLER - AYBÜ Tıp Fakültesi
Acil Tıp AD.

- Arş. Gör. Blm. Uzm. E. Tuğba TOPÇU -AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Acil Servislerde Adli Olgulara Yaklaşım

- Adli Bilimler Uzmanı Dilek BAYSAL - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları AD. ADBİD Adli Felsefe Komisyonu Başkanı

Yüksek Güvenlikli Hastaneler ve Hemşireliği

- Blm. Uzm. Hemşire Omar BOJANG -GAMBIA

**Adli Psikiyatri Hemşireliğine İlişkin Uygulama Örnekleri: Ülkeler Arası
Karşılaştırma**

09:00-10:00 Panel 6

ADLİ SOSYAL HİZMET/ADLİ GERONTOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı; Prof. Dr. İlhan TOMANBAY- İstinye Üniversitesi Meslek
Yüksekokulu Müdürü -Adli Bilimciler Derneği Adli Gerontoloji Komisyon
Başkanı

- Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN- Hacettepe Üniversitesi -HOSMER Müdürü
ADBİD Adli Sosyal Hizmet Komisyon Başkanı

Sosyal Hizmette Onarıcı Adalet Uygulamalarının Etkililiği

- Prof. Dr. Fatma ARPACI - Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

Sosyal Yaşlanma ve Yaşlı Hakları

- Prof. Dr. Ayşe CANATAN -Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat
Fakültesi Felsefe Bölümü

Yaşlılık ve Yalnızlık: Yaşlı Ayrımcılığı

10:00-10:15 KAHVE ARASI

10:15-11:15 Panel 7 **ADLİ HEMŞİRELİK OTURUMU**

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Hülya Uçar Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

- Prof. Dr. Yurdağül ERDEM - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Çocuklarda Oyuncak Güvenliği

- Prof. Dr. Sevinç POLAT- Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Çocuklarda Dijital Oyun Bağımlılığı ve Aleksitimi

- Dr. M. Meraç ALAM SIDDIQUEI - NEPAL

Nepal'de Adli Tıp ve Adli Bilimler

10:15-11:15 Panel 8

ADLİ SOSYAL HİZMET/ADLİ GERONTOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Fulya TEKŞEN – Ankara Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji AD.

- Msc. Ramadhan SHABANİ - AFRİKA

Topic: Social Work And Juvenile Delinquency

- Prof. Dr. Selma ELYILDIRIM - Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İngiliz Dili Edebiyatı AD. / ADBİD Adli Dil Bilim Komisyon Başkanı

Yaşlılardaki İletişim Bozukluklarının Hayat Kalitesine Etkisi

- Prof. Dr. Nurten GÖKALP - Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölüm

Yaşlılık ve Yabancılaşma

11:15-11:30 KAHVE ARASI

11:30-12:30 Panel 9 *ADLİ HEMŞİRELİK OTURUMU*

Oturum Başkanı; Doç. Dr. Sevil ŞAHİN - AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

- Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER-AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Mobbing ve Sosyal Dışlanma

- Dr. Öğr. Üyesi Ebru EREK KAZAN-AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları ve Malpraktis

- Dr. İzzah Elif ZAMİR KHAN PAKİSTAN

Pakistan’da Adli Tıp ve Adli Bilimler Yapılanması

11:30-12:30 Panel 10

ADLİ SOSYAL HİZMET/ADLİ GERONTOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Şervan GÖKHAN – AYBÜ Tıp Fakültesi Acil Tıp AD.

- Prof. Dr. M. Fevzi POLAT - Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

Yaşlılarda Biyokimyasal Parametreler

- Prof. Dr. İlhan TOMANBAY - İstinye Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Müdürü -ADBİD Adli Gerontoloji Komisyon Başkanı

Adli Gerontoloji ile Yapay Zeka Bağlantısı

- Dr. Bourak CHOUSEIN -YUNANİSTAN

Yunanistan’da Adli Tıp ve Adli Bilimler

12:30-14:00 ÖĞLE YEMEĞİ ARASI

14:00-15:00 Panel 11 ADLİ HEMŞİRELİK OTURUMU

Oturum Başkanı; Doç. Dr. Sena KAPLAN - AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

- Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Çocuklarda Beden Güvenliği

- Dr. Muhammed Nabi TARAĞI – AFGANİSTAN

Afganistan'dan Göç ve Adli Sorunlar

- Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ - Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü-ADBİD Adli Psikoloji Komisyon Başkanı

Nörobilişsel Bozukluklar Ve Suç

14:00-15:00 Panel 12

ADLİ SOSYAL HİZMET /ADLİ GERONTOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Seldağ Güneş PESCKHE- AYBÜ Hukuk Fakültesi

- Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU- SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Sosyal Hizmet Eğitiminde Adli Bilimlerin Önemi

- Prof. Dr. Zeynep TEZEL- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Adli Sosyal Hizmetin Çalışma Alanları

- Doç. Dr. Aysel GÜNİNDİ ERSÖZ - Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

Yaşlılara Yönelik Bir Ayrımcılık Alanı Olarak Görsel Medya

15:00-15:15 KAHVE ARASI

15:15-16:15 Panel 13 ADLİ HEMŞİRELİK OTURUMU

Oturum Başkanı; Doç. Dr. Birgül ÖZKAN - AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

- Av. Alp ASLAN - Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Uzmanı

Siber Sahanlıkta Çocuk Koruma

- Dr. Sevgi GÜNEY - Ankara Üniversitesi Beypazarı Meslek Yüksekokulu Psikolojik Danışma ve Gelişme Birimi

Adli Vakalarda Pozitif Grup Psikoterapi Uygulamaları

- Arş. Gör. Zehra ARSLAN ÇEVİK - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Gluteal Enjeksiyon Kaynaklı Komplikasyonlar Bir Olgu Sunumu

15:15-16:15 Panel 14

ADLİ SOSYAL HİZMET /ADLİ GERONTOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı; Dr. Öğr. Üyesi Esra KILIÇ CEYHAN - AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

- Dr. Leila SHAHVİRDİ, Dr. Daryoush SHAREGHİ, Av. Elham SHAHVİRDİ, İRAN

Shahr-i Sukhteh (Burnt City) ve İlk Yapay Göz

- Blm. Uzm. Nawal Mohammed Hussein- ETİYOPYA

Göçmenlere Karşı İnsan Hakları İhlalleri: Körfez Ülkelerinde Etiyopyalı Kadın Göçmenlerin Durumu

- Dr. Öğr. Üyesi Rümeysa AKGÜN - Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Adam Öldüren Kadın Suçlu Mu Kurban Mı?

16:15-17:00 SÖZEL BİLDİRİLER

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN - Hacettepe Üniversitesi - HOSMER Müdürü ADBİD Adli Sosyal Hizmet Komisyon Başkanı**16**

KASIM 2019 CUMARTESİ (ÜÇÜNCÜ GÜN)

09:00-10:00 GENÇ ADLİ BİLİMCİLER OTURUMUOturum Başkanı; Arş. Gör. Blm. Uzm. E. Tuğba TOPÇU - AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

- Fatma Zehra Nur POLAT

Yapay Zeka Suçları

- Fatma Ela Nur POLAT

Adli Ekoloji

- Sıtkı Eren ASLAN

Adli Çocuk Gözüyle Çevrimiçi Çeldiriciler

- Gamze ÖĞÜTÜCÜ

Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Adli Eczacılık

- Umut Neris MİT

Sağlıkçılar Matematiği Niçin Bilmelidir?

- Büşra BESLER

Adli Toksikoloji

- Çınar Toprak GÜLBAĞ

K9 Köpek Eğitiminde Önemli Unsurlar

10:00-10:15 KAHVE ARASI

10:15-12:00 SÖZEL BİLDİRİLER –POSTER

ADLİ HEMŞİRELİK OTURUMU

Oturum Başkanı; Doç. Dr. Hüsnâ ÖZVEREN / Dr. Öğr. Üyesi Emel GÜLNAR – Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

10:15-12:00 SÖZEL BİLDİRİLER –POSTER

ADLİ SOSYAL HİZMET /ADLİ GERONTOLOJİ OTURUMU

Oturum Başkanı; Prof. Dr. Zeynep TEZEL- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü / Öğr. Gör. Dr. Emrah EMİRAL - Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

12:00-12:30 KAPANIŞ

KONUŞMA METİNLERİ

RUSYA'DA ADLİ TIP VE ADLİ BİLİM FORENSIC MEDICINE AND FORENSIC SCIENCE IN RUSSIA

Dr. Öğr. Üyesi Elena GÜLSÜN

*Moskova Devlet Üniversitesi

ÖZET

Ben Elena Gülsün'üm. Rusya'da doğdum ve Stavropol Devlet Tıp Akademisini bitirerek uzman pulmanoloji doktoru oldum. Kendi sunumumda sizlere adli tıpın Rusya'da nasıl olduğu hakkında bilgi vermek istiyorum. Adli tıp sağlık sistemiyle ilişkilidir. Hukukla ilgili ihtiyaçtan dolayı oluşmuştur. Vatandaşların bu konudaki haklarını Rus kanunlarına(kanstitutsiya) göre gerçekleştiriyor Adli tıp Rusya Federasyonu'nda tıp fakültelerinde 4. Yıldan itibaren öğretilmektedir. Tıp fakültesi eğitim programları içerisinde yer almaktadır. Çünkü adli tıbbi klinik ve teorik tıp bilgileri dışında öğrenmek imkansızdır. Bunun yanında, cerrahi, kadın doğum, genikoloji vs. Aynı zamanda hukuk alanında gerekli kararların alınabilmesi için tıp bilgisi öncülüğünde adli tıp adı altında çalışmalar yapılmaktadır. Rusya'da adli tıp tarihi hakkında söylemek gerekirse; 4 dönemden bahsedilebilir:

1. Büyük Petro'dan önceki dönem,
2. Büyük Petro dönemi,
3. 1964 hukuk reformu dönemi,
4. 1917 devriminden sonraki dönem.

İkinci olarak da, adli tıpın kullanıldığı yer de, sağlık kurumlarına yardım etmek içindir.

Bunu için de;

1. Hastalıkları önlemek,
2. Teşhis koymak,
3. Değişik hastalıklara karşı tedavi bulmak,
4. Tıp alanında çalışanların hataları sonrası, onları araştırmak,
5. Yanlış teşhislerin önlenmesi ve araştırılması için tıbbi ve klinik hukuk alanında konferansların yapılması.

Adli tıp uzmanları, sağlık organlarının isteği üzerine hastanelerde olan patolojik vakaların incelenmesine de yardımcı olur. Ayrıca adli tıp uzmanları nakil yapılan vakalarda yeni gelişmeleri de göz önüne alarak gerekli yardımı yapmaktadırlar.

Bununla birlikte ölüm olayları ile çok riskli enfeksiyon durumlarının da aydınlatılmasına yardımcı olmaktadır. Şimdi Rusya Federasyonun'da adli tıp ile ilgili merkezi bir yönetim bulunmaktadır. Bu yönetim ile bakanlığa bağlı genel müdürlük üzerinden il ve ilçe müdürlükleri bulunmaktadır. Genel müdür olarak adli tıp uzmanı Klevno Vladimir Aleksandroviç görev yapmaktadır. Bu adli tıp merkezlerinde gerçeğe ulaşmak için araştırmalar yapılmaktadır. Buralarda hergün hayal olarak düşünülen şeyler kanıt haline gelmektedir. Bu yapılan işlemler suçluların ortaya çıkarılmasında veya suçsuzların aklanmasına sebep olmaktadır. 2014 'te adli tıbbi daha da güçlendirmek için adli tıp derneği kurulmuştur. Bu dernek sayesinde adli tıp ndergisi basılmamaya başlanmıştır. Bu dergide de adli tıpla ilgili güncel çalışmalar ile alanla ilgili yeniliklerden bahsedilmektedir. Adli tıp uzmanları 08:00-16:00 arası çalışmakta olup aylık 20.000-25.000 ruble almaktadırlar. Bir mesai sırasında 9 inceleme yapılmaktadır.

KADINA YÖNELİK ŞİDDET VIOLENCE AGAINST WOMEN

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU*

*SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş

Kadına yönelik şiddet; kadının insan haklarını ihlal eden, onun sağlığını ve yaşamını tehdit eden önemli bir aile içi ve toplumsal sorundur. Kadına yönelik şiddet toplumun kanayan yarasıdır. Bu sorunu gidermek için gerek devlet olarak, gerek sivil toplum kuruluşları olarak verilen bütün çabalara rağmen ne yazık ki çok fazla yol alınamamakta, kadına yönelik şiddet bütün hızıyla devam etmektedir. Kadınların maruz kaldıkları şiddetin çok büyük bir kısmı aile içinde meydana gelmektedir. Aile içi şiddetin %90'ı kadına yöneliktir. Bu nedenle **aile içi şiddet ve kadına yönelik şiddet** büyük oranda örtüşmektedir.

Şiddet Nedir ?

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün tanımına göre; sahip olunan güç ve kudretin, yaralanma veya kayıpla sonuçlanabilecek bir biçimde; kendine, bir başka insana, bir gruba, bir topluma uygulanmasıdır.

Kadına Yönelik Şiddet Nedir ?

DSÖ kadına yönelik şiddeti şöyle tanımlamaktadır: Cinsiyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel ve ruhsal hasarlarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan, her türlü davranıştır. Şiddet, kimden gelirse gelsin, kime uygulanırsa uygulansın insan hakları ihlalidir ve bu nedenle suçtur.

Şiddete Karşı Risk Grupları

Aile ve toplumda bazı gruplar şiddete karşı daha dezavantajlı konumdadırlar. Bunların başında kadınlar gelmektedir.

- ▶ Kadınlar
- ▶ Çocuklar
- ▶ Yaşlılar
- ▶ Engelliler
- ▶ Evsizler
- ▶ Mülteciler
- ▶ Göçmenler
- ▶ Etnik azınlık grupları

Bu grupların ortak özellikleri nedir diye bakılacak olursa, toplumdaki diğer gruplara göre daha güçsüz oldukları görülecektir.

Şiddet Türleri

Toplumda en çok bilinen şiddet türü fiziksel şiddettir. Ancak bunun dışında da şiddet türleri mevcuttur. Diğer şiddet türleri de ne yazık ki kadına ve diğer dezavantajlı gruplara karşı yaygın olarak kullanılmaktadır. Şiddet Türleri:

- **Fiziksel Şiddet:** Tokat atma, vurma, itme, tekmeleme, dövme.
- **Duygusal Şiddet:** aşağılama, hakaret etme, küçük düşürme, değer vermeme, konuşmama, konuşmaya değer bulmama, sözleriyle dövme, sindirme.
- **Sosyal Şiddet:** Ailesinden ve arkadaşlarından uzaklaştırma, eve hapsedme, hareketlerini gözetleme, bilgi ya da yardıma ulaşmayı kısıtlama.
- **Ekonomik Şiddet:** Parasal kısıtlamada bulunma, kazancına el koyma, para getiren bir işte çalışmasına izin vermeme.
- **Cinsel Şiddet:** Cinsel ilişkiye zorlama, tecavüz.

Dünya' da ve Türkiye' de Kadına Yönelik Şiddetin Görülme Oranları

Dünyadaki her toplumda ve her ülkede kadına yönelik şiddet yaygın olarak görülmektedir. Ancak, gelişmiş ülkelerde ve toplumlarda kadına yönelik şiddetin görülme oranlarının daha az olduğu söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında; kadına yönelik şiddetin bir toplumun gelişmişlik düzeyi için bir gösterge olduğu söylenebilir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet ile ilgili Veriler

- Fiziksel şiddet yaşamış kadınların oranı %39
- Yaşadığı şiddet sonucunda yaralanan kadınların oranı %24
- Gebeliği sırasında fiziksel şiddet yaşamış kadınların oranı %10
- Ekonomik şiddet yaşamış kadınların oranı %23
- Duygusal şiddet yaşamış kadınların oranı %44
- Yaşadığı şiddeti kimseye anlatamayan kadınların oranı %49

Türkiye'de NUTS-1 Bölgelerine Göre Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Oranları

1. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi %53
2. Orta Anadolu Bölgesi %50
3. Güneydoğu Anadolu Bölgesi %48
4. Ortadoğu Anadolu Bölgesi %47
5. Batı Karadeniz Bölgesi %43
6. Akdeniz Bölgesi %42
7. Batı Anadolu Bölgesi %42
8. Doğu Karadeniz Bölgesi %38
9. İstanbul Bölgesi %37
10. Doğu Marmara Bölgesi %36
11. Ege Bölgesi %31
12. Batı Marmara Bölgesi %25

Kadınların Şiddete Maruz Kaldığı Yerler

Kadınların nerelerde şiddete maruz kaldığına bakılacak olursa; evde, işyerinde, sokakta yani hayatın her alanında şiddete uğradığını söylemek mümkündür. Ancak şiddetin en çok ev içinde meydana geldiği de bir gerçektir.

Evde, iş yerinde, sokakta

Kadına Şiddet Uygulayan Kişiler

Kadın evlenmeden önce babası ve erkek kardeşinden şiddet görürken, evlendikten sonra eşi veya birlikte yaşadığı kişiden şiddet görmektedir. İlerleyen zamanda da erkek çocuğundan şiddet görmeye başlamaktadır. Kadına yönelik şiddetin çok büyük bir kısmı aile içinde meydana gelmektedir. Oysa aile kadının en güvende olması gereken yerdir. Diğer taraftan, kadına şiddet uygulayan kişilerin tamamına yakını ailedeki erkeklerdir (babası, erkek kardeşi,

eşi / birlikte yaşadığı kişi, oğlu). Oysa ailedeki erkekler kadını koruması ve ona zarar gelmesini engellemesi gereken kişilerdir. Bu nasıl bir çelişkidir, anlamak çok zor olmaktadır.

Şiddet Döngüsü

Kadına yönelik şiddet bir döngü özelliği taşır. Bu döngünün aşamaları bulunmaktadır. Bunlar:

1. Gerginliğin tırmanması
2. Şiddet aşaması
3. Balayı aşaması

Bu döngü sürekli olarak tekrar eder. Şiddet bir kere başlamışsa bitmesi hemen hemen mümkün olmamaktadır.

Kadına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Kadına yönelik şiddetin nedenlerini ikiye ayırmak mümkündür:

1. Görünen nedenleri
2. Görünmeyen ama bilinen nedenleri

Kadına Yönelik Şiddetin Görünen Nedenleri

- Çocukluk çağında şiddete maruz kalma veya şiddete tanık olma
- Öfke kontrolünü sağlayamama
- İç dünyasında kendini yetersiz hissetme
- Buna bağlı üstünlük kurma / kendini kanıtlama çabası
- Ekonomik yetersizlikler / işsizlik
- Alkol / madde kullanımı

Kadına Yönelik Şiddetin Görünmeyen Ama Bilinen Nedenleri

Kadın yönelik şiddetin asıl nedenleri çok derinlerde yatmaktadır. **Ataerkil aile ve toplum yapısı** bunun en temel nedenidir. Çünkü ataerkil yapı cinsiyetler arası eşitsizliği ortaya çıkaran ana faktördür. Bu yapı erkeği önceleyip onu yüceltirken, kadını hayatın her alanında ikincil konuma oturtmaktadır. Böylece toplumsal cinsiyet rolleri belirlenmekte ve kadının aleyhine olan **toplumsal cinsiyet ayrımcılığı** ortaya çıkmaktadır. Kadına yönelik şiddet hep bu yapıdan beslenmektedir.

Şiddet Uygulayan Erkeğin Özellikleri

- ▶ Çocukluğunda şiddete tanık olmuş / şiddete maruz kalmıştır.
- ▶ Eğitim düzeyi düşüktür.
- ▶ Özgüveni düşüktür.
- ▶ Arkadaşları azdır, ilişkileri sınırlıdır.
- ▶ Çevresinde asla şiddete başvurmayan / başvurmayacak kişi olarak bilinir
 - (Şiddete maruz kalan eşi çevreyi ikna etmekte zorlanır)
- ▶ Şiddet uygulamayı kendine hak olarak görür. (Şiddet uygulamak erkek olmanın
 - doğal bir sonucudur, bir problem değildir).
- ▶ Eşinin itaatkar ve kendisine bağlı olması gerektiğini düşünür.
- ▶ Aşırı kıskançtır.
- ▶ Eşini kontrol etme isteği yoğundur.

Şiddete Maruz Kalan Kadının Özellikleri

- ▶ Çocukluğunda şiddete tanık olmuş veya şiddete maruz kalmıştır.
- ▶ Eğitim düzeyi düşüktür.
- ▶ Kendine ait geliri yoktur.
- ▶ Benlik saygısı düşüktür.
- ▶ Çekingendir.
- ▶ İçe kapanıktır.
- ▶ Sosyal ve duygusal olarak yalnızdır.
- ▶ Yaşadığı şiddetten kendini sorumlu tutar.
- ▶ Yaşadığı şiddeti inkar eder.
- ▶ Yaşadığı şiddeti sineye çeker.
- ▶ Bağımlı kişilik özelliklerine sahiptir.
- ▶ Problem çözme davranışı / yeteneği azalmıştır.

Kadının Sosyoekonomik Düzeyi İle Şiddet Arasındaki İlişki

Kadın yönelik şiddetin kadının sosyoekonomik düzeyi ile yakından ilişkisi olduğu bilinmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar daha çok şiddete maruz kalırken, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda bu oran belirgin olarak azalmaktadır. Kadınların sosyoekonomik düzeyine göre maruz kaldıkları şiddet oranları şöyledir:

- Sosyoekonomik düzeyi **yüksek** olan kadınlarda **%29**
- Sosyoekonomik düzeyi **düşük** olan kadınlarda **%50**

Şiddetin Kadına Etkileri

- ▶ Kadının bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eder.
- ▶ Kadında fiziksel ve psikolojik açıdan birçok sağlık sorunu meydana getirir.
- ▶ Kadına güçsüzlük, utanma, korku, suçluluk ve kızgınlık gibi duygular yaşatır.
- ▶ Kadında üretkenlik kaybına yol açar.
- ▶ Kadının kendine olan güvenini (öz güven) yok eder.
- ▶ Kadının yaşam kalitesini düşürür.

Kaynaklar

- Subaşı N, (2001) Kadına yönelik şiddet ve kadın sağlığı üzerine etkileri. Aktüel Tıp Dergisi, 6(1).
- Subaşı N, Akın A, (2003) Kadına yönelik şiddet: nedenler ve sonuçları, Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Hacettepe Üniversitesi yayınları.
- Sevil Ü, Yanikkerem E, (2006) Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Güven Kitabevi, İzmir.
- Dindaş H, Ege E, (2009) Kadına yönelik ev içi şiddetin sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 11(3): 5-17.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2014) Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara.
- Köşgeroğlu N, Çulha İ, Öz Z, Yılmaz A, (2015) Şiddet karşısında kadınların davranışlarının incelenmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(9): 342-350.

SAĞLIKTA ŞİDDET VE ÇALIŞAN HAKLARI VIOLENCE AT HEALTH AND RIGHTS OF WORKERS

Av. Ahmet Gürol SAĞBAN

*Sağlıkta Şiddete Son Derneği Başkanı

SAĞLIK ÇALIŞANI KAVRAMI

22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Resmi Gazete yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik’tir. Bahse konu Yönetmeliğin 4. Maddesinin b bendinde; “Sağlık meslek mensupları tanımlanmış olup buna göre; “tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe ve optisyen ile 1219 sayılı Kanunun Ek 13. Maddesinde tanımlanan diğer meslek mensupları” sağlık meslek mensubu olarak sayılmıştır.

Klinik psikolog, fizyoterapist, odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, anestezi teknisyeni ve teknikeri, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni ve teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni ve teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, odyometri teknikeri, diyaliz teknikeri, fizyoterapi teknikeri, perfüzyonist, radyoterapi teknikeri, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), iş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, acil tıp teknikeri, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyeni.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN DİĞER MESLEK MENSUPLARI

Sağlık meslek mensubu olmadığı halde, sağlık hizmet sunumu çerçevesinde özgün görevi olan ve bu alanda çalışan diğer meslek mensupları sağlık çalışanı tanımı içine alınmıştır.

6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik

Yönetmeliğe göre hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarının ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden ve hizmetin verilmesine destek sağlayan kimseleri sağlık çalışanı olarak tanımlamıştır.

TÜRK CEZA KANUNUNDA KAMU GÖREVLİSİ

Kamu görevlisi deyiminden; kamusal faaliyetin yürütülmesine atama veya seçilme yoluyla ya da herhangi bir surette sürekli, süreli veya geçici olarak katılan kişi anlaşılır.

“ŞİDDET” KAVRAMI

Şiddet, bireyin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik yönden zarar görmesiyle ya da acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranıştır.

ŞİDDET TÜRLERİ

- Fiziksel şiddet, sözlü şiddet, psikolojik şiddet

TÜRK CEZA HUKUKU VE ŞİDDET

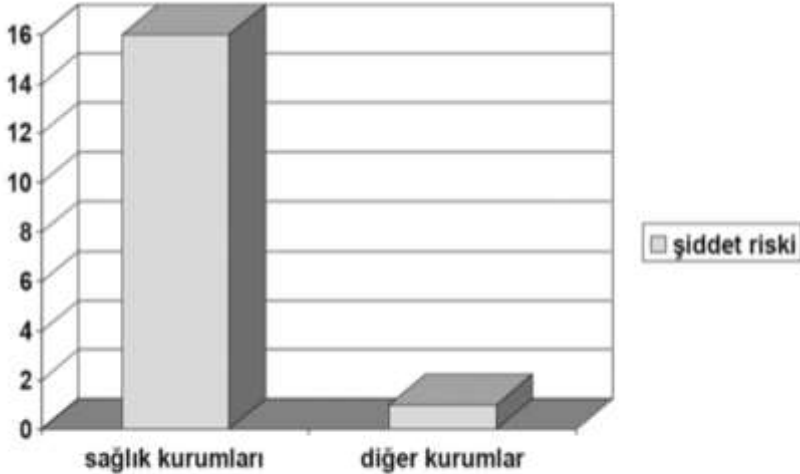
- Kasten adam öldürme (TCK m. 81)
- Yağma (TCK m. 148 – 149)
- Kasten yaralama (TCK m. 86)
- İntihara yönlendirme (TCK m. 84)
- İşkence (TCK m. 94 - 95)
- Eziyet (TCK m. 96)
- Terk (TCK m. 97)
- Çocuk düşürtme (TCK m. 99)
- Kısırlaştırma (TCK m. 101)

- Cinsel Saldırı (TCK m. 102)
- Çocukların cinsel istismarı (TCK m. 103)
- Reşit olmayanla cinsel ilişki (TCK m. 104)
- Cinsel taciz (TCK m. 105)
- Tehdit (TCK m. 106)
- Şantaj (TCK m. 107)
- Cebir (TCK m. 108)
- Kişiyi hürriyetinden mahrum kılma (TCK m. 109)
- Konut dokunulmazlığının ihlali (TCK m. 116)
- İş ve çalışma hürriyetinin ihlali (TCK m. 117)
- Nefret ve ayrımcılık (TCK m. 122)
- Kişilerin huzur ve sükununu bozma (TCK m. 123)
- Hakaret (TCK m. 125)
- Fuhuş (TCK m. 227)
- Dilencilik (TCK m. 229)
- Kötü muamele (TCK m. 232)
- Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali (TCK m. 233)
- Genital muayene (TCK m. 287)

SAĞLIKTA ŞİDDET

Sağlık çalışanlarına şiddet sağlık sektöründe çalışanların, sağlık birimlerinde ve sağlık birimleri ile ilişkili yerlerde -hasta ve yakın kaynaklı- çalışanlardan veya tamamen sağlık sisteminin dışından kişilerce gerçekleştirilen, kurumun, çalışanın ve hastanın olumsuz etkilenmesi ile sonuçlanabilecek, fiziksel olan ve fiziksel olmayan davranışlar olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü gruplarına göre 16 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 2002 raporuna göre; sağlık sektöründe mesleki şiddet tüm şiddet olaylarının % 25'ini oluşturmaktadır.



Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector - ILO, WHO, ICN and PSI 2002. <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/state.pdf>

SAĞLIKTA ŞİDDETE DAYALI SUÇLAR

Kasten öldürme: Madde 81- (1) Bir insanı kasten öldüren kişi, müebbet hapis cezası ile cezalandırılır.

KASTEN YARALAMA

Kasten yaralama:

Madde 86- (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır...

Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle... İşlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

CEBİR

Burada cebir suçunun düzenlendiği TCK 108. Maddenin üzerinde durmak gerekmektedir.

Cebir

Madde 108- (1) Bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde, kasten yaralama suçundan verilecek ceza üçte birinden yarısına kadar artırılarak hükmolunur.” şeklindedir.

TEHDİT

Madde 106- (1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikayeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

BEYAZ KOD

- Sağlık Bakanlığının 14.05.2012 gün ve 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliği Genelgesi uyarınca, kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler tarafından derhal “113” numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilecek, eş zamanlı olarak ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilecektir.

- Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da “113” numaralı telefona doğrudan bildirim yapılabilecektir.

- Ayrıca yöneticiler, “www.beyazkod.saglik.gov.tr” adresinde bulunan “Beyaz Kod Bildirim Formu”nu dolduracaktır.

- Bildirim üzerine Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapacak, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırarak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirecektir. Ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimine olayın bildirildiğini tespit ederek olayın takibini temin edecektir.

- Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 8. maddesi uyarınca Beyaz Kod birimleri tarafından bilgilendirilen Bakanlık ve bağlı kuruluşları hukuk müşavirleri, mağdur olan hekimi arayarak bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini sormakla yükümlüdür. Ayrıca şiddet mağduru personel de görev yaptığını kuruma başvurarak hukuki yardım talebinde bulunabilir.

- Kamu görevlisine karşı gerçekleştirilen kasten yaralama ve hakaret fiilleri şikayete bağlı değildir. Bu sebeple Beyaz Kod vasıtasıyla bildirimde bulunulması halinde, yapılacak soruşturma sonrası açılan kamu davasında şiddet mağduru personelin davaya katılması gerekli değildir.

ÇEKİLME HAKKI

- Çalışan Güvelliği Genelgesinin 6. Maddesinde sağık personeline, hizmetten çekilme hakkı tanınmıştır. Hizmetten çekilme hakkı sağık personelinin kendiliğinden kullanabileceğı bir hak değildir. Şiddet mağduru personel, hizmetten çekilme talebini yöneticiye bildirecek, yönetici de bu hususta gecikmeksizin karar verecektir.

-Sağık personeline tanınan hizmetten çekilme hakkı, sadece şiddet uygulayan hasta bakımından değil, hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet de söz konusudur.

3359 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU

Ek Madde 12 – (Ek: 2/1/2014-6514/47 md.)

- Sağık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100 üncü maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlardır.

- Özel sağık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun uygulanmasında kamu görevlisi sayılır.

(Ek fıkra:15/11/2018-7151/21 md.) Sağık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlardan şüpheli olanlar, kolluk görevlilerince yakalanır ve gerekli işlemleri yapılarak Cumhuriyet başsavcılığına sevk edilir. Cumhuriyet savcısı adli işlemleri tekemmül ettirir. Bu suçların soruşturmasında, kolluk tarafından müsteki mağdur veya tanık olan sağık personelinin ifadeleri işyerlerinde alınır. Bu fıkra hükmü, özel sağık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlar hakkında da uygulanır.

SONUÇ OLARAK

Ülkemizde yapılan araştırmalara göre günde ortalama 33 sağık çalışanına şiddet vakası kayıtlara geçmektedir. Bu olayların 10'u fiziksel, 23'ü ise sözlü şiddet vakaları olarak görülmektedir. Yukarıda irdelediğimiz 106'da düzenlenen tehdit ve 125. Maddede düzenlenen hakaret suçlarını kapsayan sözlü şiddet olaylarında ise sağık çalışanlarının büyük bir bölümünün bu olaylar karşısında sessiz kaldığı, herhangi bir şikayette bulunmadığı da görülmektedir. Bunun ise failerin cezasız kalmasına yol açtığı, daha sonra sözlü şiddetin fiziksel şiddete doğru eğilim gösterdiği ve genel olarak şiddet olaylarının artmasına sebebiyet verdiği de bilinmelidir.

KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN HUKUKİ BOYUTU LEGAL SIZE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN Av. Mustafa Remzi TOPRAK*

* Samsun Barosu

ÖZET

Kadına Şiddetin Hukuki Boyutunu ele aldığımız çalışmada öncelikle Kadına yönelik şiddet ve Şiddet kavramlarını Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'u esas alarak tanımladık. Daha sonra Kadına karşı şiddette öne çıkan suç başlıkları olarak Hakaret, Tehdit, Kişiyi Hürriyetinden Yoksun Kılma, Konut Dokunulmazlığını İhlal, Eziyet, Kasten öldürme, Kasten Yaralama, Cinsel taciz, Cinsel saldırı suçlarına Türk Ceza kanunundaki düzenlemelere bağlı kalarak temas ettik. Türk Borçlar Kanunundaki ve Türk Medeni Kanunundaki düzenlemeler ışığında Kadına karşı şiddetin hukuki boyutunu, maddi manevi zarar ve tazminat ile Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun kapsamındaki önleyici ve koruyucu tedbirleri anlattıktan sonra örnek Anayasa Mahkemesi kararlarını özetleyip kısa bir sonuçla bitirdik.

ABSTRACT

We primarily defined the notions 'violence' and 'violence against women' on the basis of the Law on the Protection of Family and the Prevention of Violence against Women in the present study in which we dealt with the legal dimension of violence against women. Subsequently, we touched upon the primary types of crimes against women such as defamation, threat, deprivation of liberty, violation of dwelling immunity, torture, deliberate murder, willful injury, sexual abuse, sexual assault on the basis of the regulations on Turkish Penal Code. After explaining the legal dimension against women, pecuniary and non-pecuniary damage and their compensation, the preventive and protective measures under the Law on the Protection of Family and the Prevention of Violence against Women in the light of the regulations on Turkish Code of Obligations and Turkish Civil Code, we ended with a short result by summarizing Constitutional Court decisions.

GİRİŞ

Kadına Karşı Şiddetin Hukuki Boyutunu anlatmadan öncelikle şiddetin tanımını yapacağız. Kadına karşı şiddet konusunda teorik olarak çeşitli tanımlamalar yapılmışsa da 2012 Yılında çıkan «Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun» ile bu tanımlamalar yasal bir zemine oturtulduğu için öncelikle yasanın bu konudaki tanımlarını belirteceğiz. Kadına yönelik şiddet: Kadınlara, yalnızca kadın oldukları için uygulanan veya kadınları etkileyen cinsiyete dayalı bir ayrımcılık ile kadının insan hakları ihlaline yol açan ve bu Kanunda şiddet olarak tanımlanan her türlü tutum ve davranışı, ifade eder.(6284/2-ç). Şiddet: Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı, ifade eder.(6284/2-d)

Kanunlarda suç olarak tanımlanmış eylemlerin hukuki ve cezai sonuçları vardır. Bu sonuçlar bazen Adalet Kurumunun resen takibiyle, bazen de kişilerin kendilerinin şikâyeti ve takibiyle ortaya çıkar. Kadına karşı şiddet eylemlerinin cezai sonuçları kamu hukukunu ilgilendirir ve muttali olunduğunda soruşturulur. Hukuki olarak tazminat vesaire talepler ise kişinin kendisinin takibine, dava açmasına ve mahkeme kararını icra etmesine bağlıdır.

KADINA KARŞI ŞİDDETİN CEZAI BOYUTU

1- Hakaret Suçu: (TCK Md. 125)

«Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilat ederek işlenmesi gerekir.

Fiilin, mağduru muhatap alan sesli, yazılı veya görüntülü bir iletiyle işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkrada belirtilen cezaya hükmolunur.»Basit hakaret, şikâyeteye bağlı bir suçtur. Bu nedenle hakaretin ve hakaret edenin öğrenildiği tarihten itibaren en geç 6 ay içinde Savcılığa suç duyurusunda bulunmak gerekir.

2- Tehdit Suçu: (TCK Md. 106)

«Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.»

3- Kişiyi Hürriyetinden Yoksun Kılma Suçu: (TCK Md. 109)

«Bir kimseyi hukuka aykırı olarak bir yere gitmek veya bir yerde kalmak hürriyetinden yoksun bırakan kişiye, bir yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir. Kişi, fiili işlemek için veya işlediği sırada cebir, tehdit veya hile kullanırsa, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.»

4- Konut Dokunulmazlığını İhlal Suçu: (TCK Md. 116)

«Bir kimsenin konutuna, konutunun eklentilerine rızasına aykırı olarak giren veya rıza ile girdikten sonra buradan çıkmayan kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.»

5- Eziyet Suçu: (TCK Md. 96)

«(1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin;

a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı,

b) Üstsoy veya altsoy, babalık veya analığa ya da eşe karşı, İşlenmesi halinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.»

6- Kasten Öldürme (TCK Md. 81,82)

7-Kasten Yaralama (TCK Md. 86)

8- Cinsel taciz suçu: (TCK Md. 105)

(1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikâyeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına, fiilin çocuğa karşı işlenmesi hâlinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Suçun;

a) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkisinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

b) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından,

c) Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

d) Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle,

e) Teşhir suretiyle, işlenmesi hâlinde yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz. Rızası olmadan, bir kişinin vücut dokunulmazlığına karşı gerçekleştirilen «elleme, dokunma, sarılma gibi eylemler basit cinsel saldırdır. Yetişkinler için şikâyeteye bağlı olan bu suç, mağdur çocuk ise şikâyeteye bağlı değildir.

9- Cinsel saldırı suçu: (TCK Md. 102)

«Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel davranışın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir. Fiilin vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on iki yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi hâlinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır.

KADINA KARŞI ŞİDDETİN HUKUKİ BOYUTU

Maddi – Manevi Tazminat Talebi:

1- Türk Borçlar Kanunu

MADDE 49 - Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür.

Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de, bu zararı gidermekle yükümlüdür.

Bedensel zarar

MADDE 54 - Bedensel zararlar özellikle şunlardır:

1. Tedavi giderleri, 2. Kazanç kaybı, 3. Çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, 4. Ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar.

Manevi tazminat

MADDE 56 - Hâkim, bir kimsenin bedensel bütünlüğünün zedelenmesi durumunda, olayın özelliklerini göz önünde tutarak, zarar görene uygun bir miktar paranın manevi tazminat olarak ödenmesine karar verebilir.

Ağır bedensel zarar veya ölüm halinde, zarar görenin veya ölenin yakınlarına da manevi tazminat olarak uygun bir miktar paranın ödenmesine karar verilebilir.

Kişilik hakkının zedelenmesi

MADDE 58 - Kişilik hakkının zedelenmesinden zarar gören, uğradığı manevi zarara karşılık manevi tazminat adı altında bir miktar para ödenmesini isteyebilir.

Hâkim, bu tazminatın ödenmesi yerine, diğer bir giderim biçimi kararlaştırabilir veya bu tazminata ekleyebilir; özellikle saldırıyı kınayan bir karar verebilir ve bu kararın yayımlanmasına hükmedebilir.

2-Türk Medeni Kanunu

Madde 24 - Hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kimse, hâkimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteyebilir.

Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır.

Madde 25 - Davacı, hâkimden saldırı tehlikesinin önlenmesini, sürmekte olan saldırıya son verilmesini, sona ermiş olsa bile etkileri devam eden saldırının hukuka aykırılığının tespitini isteyebilir.

KADINA KARŞI ŞİDDET İLE İLGİLİ ÖZEL DÜZENLEMELER

Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun (6284 S.Y.):

1- Mülki amir tarafından verilecek koruyucu tedbir kararları

MADDE 3 - (1) Bu Kanun kapsamında korunan kişilerle ilgili olarak aşağıdaki tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere mülki amir tarafından karar verilebilir:

a) Kendisine ve gerekiyorsa beraberindeki çocuklara, bulunduğu yerde veya başka bir yerde uygun barınma yeri sağlanması.

b) Diğer kanunlar kapsamında yapılacak yardımlar saklı kalmak üzere, geçici maddi yardım yapılması.

c) Psikolojik, mesleki, hukuki ve sosyal bakımdan rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmesi.

ç) Hayati tehlikesinin bulunması hâlinde, ilgilinin talebi üzerine veya resen geçici koruma altına alınması.

d) Gerekli olması hâlinde, korunan kişinin çocukları varsa çalışma yaşamına katılımını desteklemek üzere dört ay, kişinin çalışması hâlinde ise iki aylık süre ile sınırlı olmak kaydıyla, on altı yaşından büyükler için her yıl belirlenen aylık net asgari ücret tutarının yarısını geçmemek ve belgelendirilmek kaydıyla Bakanlık bütçesinin ilgili tertibinden karşılanmak suretiyle kreş imkânının sağlanması.

(2) Gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde birinci fıkranın (a) ve (ç) bentlerinde yer alan tedbirler, ilgili kolluk amirlerince de alınabilir. Kolluk amiri evrakı en geç kararın alındığı tarihi takip eden ilk işgünü içinde mülki amirin onayına sunar. Mülki amir tarafından kırksekiz saat içinde onaylanmayan tedbirler kendiliğinden kalkar.

2-Hâkim tarafından verilecek koruyucu tedbir kararları: (MADDE 4)

(1) Bu Kanun kapsamında korunan kişilerle ilgili olarak aşağıdaki koruyucu tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere hâkim tarafından karar verilebilir:

- a) İşyerinin değiştirilmesi.
- b) Kişinin evli olması hâlinde müşterek yerleşim yerinden ayrı yerleşim yeri belirlenmesi.
- c) Türk Medeni Kanunundaki şartların varlığı hâlinde ve korunan kişinin talebi üzerine tapu kütüğüne aile konutu şerhi konulması.
- ç) Korunan kişi bakımından hayati tehlikenin bulunması ve bu tehlikenin önlenmesi için diğer tedbirlerin yeterli olmayacağının anlaşılması hâlinde ve ilgilinin aydınlatılmış rızasına dayalı olarak Tanık Koruma Kanunu hükümlerine göre kimlik ve ilgili diğer bilgi ve belgelerinin değiştirilmesi.

3-Hâkim tarafından verilecek önleyici tedbir kararları: (MADDE 5)

(1) Şiddet uygulayanlarla ilgili olarak aşağıdaki önleyici tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere hâkim tarafından karar verilebilir:

- a) Şiddet mağduruna yönelik olarak şiddet tehdidi, hakaret, aşağılama veya küçük düşürmeyi içeren söz ve davranışlarda bulunmaması.
- b) Müşterek konuttan veya bulunduğu yerden derhâl uzaklaştırılması ve müşterek konutun korunan kişiye tahsis edilmesi.
- c) Korunan kişilere, bu kişilerin bulundukları konuta, okula ve işyerine yaklaşmaması.
- ç) Çocuklarla ilgili daha önce verilmiş bir kişisel ilişki kurma kararı varsa, kişisel ilişkinin refakatçi eşliğinde yapılması, kişisel ilişkinin sınırlanması ya da tümüyle kaldırılması.
- d) Gerekli görülmesi hâlinde korunan kişinin, şiddete uğramamış olsa bile yakınlarına, tanıklarına ve kişisel ilişki kurulmasına ilişkin hâller saklı kalmak üzere çocuklarına yaklaşmaması.
- e) Korunan kişinin şahsi eşyalarına ve ev eşyalarına zarar vermemesi.
- f) Korunan kişiyi iletişim araçlarıyla veya sair surette rahatsız etmemesi.
- g) Bulundurulması veya taşınmasına kanunen izin verilen silahları kolluğa teslim etmesi.
- ğ) Silah taşınması zorunlu olan bir kamu görevi ifa etse bile bu görevi nedeniyle zimmetinde bulunan silahı kurumuna teslim etmesi.
- h) Korunan kişilerin bulundukları yerlerde alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması ya da bu maddelerin etkisinde iken korunan kişilere ve bunların bulundukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığının olması hâlinde, hastaneye yatmak dâhil, muayene ve tedavisinin sağlanması.
- ı) Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurması ve tedavisinin sağlanması.

4-İhbar

MADDE 7 - (1) Şiddet veya şiddet uygulanma tehlikesinin varlığı hâlinde herkes bu durumu resmi makam veya mercilere ihbar edebilir. İhbarı alan kamu görevlileri bu Kanun kapsamındaki görevlerini gecikmeksizin yerine getirmek ve uygulanması gereken diğer tedbirlere ilişkin olarak yetkilileri haberdar etmekle yükümlüdür.

5-Tedbir kararlarına aykırılık

MADDE 13 - (1) Bu Kanun hükümlerine göre hakkında tedbir kararı verilen şiddet uygulayan, bu kararın gereklerine aykırı hareket etmesi hâlinde, fiili bir suç oluştursa bile ihlal edilen tedbirin niteliğine ve aykırılığın ağırlığına göre hâkim kararıyla üç günden on güne kadar zorlama hapsine tabi tutulur.

(2) Tedbir kararının gereklerine aykırılığın her tekrarında, ihlal edilen tedbirin niteliğine ve aykırılığın ağırlığına göre zorlama hapsinin süresi onbeş günden otuz güne kadardır. Ancak zorlama hapsinin toplam süresi altı ayı geçemez.

(3) Zorlama hapsine ilişkin kararlar, Cumhuriyet başsavcılığına yerine getirilir. Bu kararlar Bakanlığın ilgili il ve ilçe müdürlüklerine bildirilir.

ÖRNEK YÜKSEK MAHKEME KARARLARI;

1-ANAYASA MAHKEMESİNİN 4.4.2019 TARİH VE 2016/2100 SAYILI KARARI;

Özet: Silivri Aile Mahkemesi, kadının şikâyeti üzerine, başvuru aleyhine «beş ay süreyle geçerli olmak üzere eşine karşı şiddete veya korkuya yönelik söz ve davranışlarda bulunmamasına, iletişim araçlarıyla veya sair surette rahatsız etmemesine, kadının bulunduğu konuta, okula ve işyerine yaklaşmamasına» karar vermiştir.

Tedbir döneminde, Emniyet tarafından başvuru, «evin önünden geçtiği, işyeri ve evine çiçek yolladığı» tespit edilmiş, Mahkemece 3 gün zorlama hapis cezası verilmiştir. Başvuru «çiçeğin gönderildiğini iddia ettiği isimde bir dükkânın bulunmadığını, başka isimli bir çiçekçi dükkânının olduğunu, ayrıca kimseye çiçek göndermediğini, bu konuda dükkân sahibinin de dinlenebileceğini» belirterek itiraz etmiştir, İtiraz üzerine hapis kararı kaldırılmıştır.

Bu sefer Emniyet tarafından ikinci kere tutanak düzenlenmiş, «işyerinin önündeki caddede yürüdüğü, mağdurun taksiye bindiğini görmesi üzerine taksiye yöneldiği, trafik lambasının yeşil yanmasıyla taksinin hareket ettiği, bu nedenle başvuru müdahalede bulunamadığı, taksinin ikinci ışıklarda durması üzerine başvuru yine taksinin önüne çıktığı ancak bu sefer de taksinin hareket etmesiyle herhangi bir müdahalede bulunamadığı, zaman zaman iş çıkışlarında lehine tedbir kararı verileni takip ettiği» belirtilmiştir. Mahkemece tekrar 3 gün zorlama hapis cezası verilmiş, başvuru karşı tarafla birlikte hareket eden ve kendisini tehdit eden şahıs hakkında açılan davanın Asliye Ceza Mahkemesinde derdest olduğunu, bu dosyaların da incelenmesi ve ayrıca şahitlerinin dinlenmesi gerektiğini» belirterek itiraz etmiş, itiraz reddedilmiş, hapis kararı infaz edilmiştir.

Başvuru, «adil yargılanma hakkının ihlal edildiğini ileri sürmüş; maddi ve manevi tazminata hükmedilmesi» talebiyle Anayasa Mahkemesi'ne başvurmuştur. Anayasa Mahkemesi kararında, özetle; «Zorlama hapsi kararının kişiyi hürriyetinden yoksun bırakma sonucunu doğurduğu ve sonraki aşamada yapılması muhtemel ceza yargılamasında verilecek karara da etki edebileceği gözetildiğinde itiraz merciinin başvuru iddialarını titizlikle incelemesinin önemi daha da artmaktadır.» Başvuru, «zorlama hapsi kararına dayanak tutanağın tek taraflı beyana dayanılarak hazırlandığını, içeriğinin doğru olmadığını, olay tarihinde olayın geçtiği belirtilen Silivri'de olmadığını, başka yerde olduğunu ispat etmek için tanıklarının dinlenmesi gerektiğini, ayrıca zorlama hapsi kararının verilebilmesi için taksinin de beyanının alınmasının zorunlu olduğunu, lehine tedbir kararı verilen ve bu kişinin azmettirdiği şahısla arasında husumet bulunduğunu, buna ilişkin ceza davası olduğunu belirterek kararın iptalini talep etmiş, itirazı reddedilmiştir.

Açıklanan gerekçelerle başvuru Anayasa'nın 36. maddesinde güvence altına alınan gerekçeli karar hakkının ihlal edildiğine karar verilmesi gerekir.

Bunun yanında başvuru herhangi bir miktar belirtmemekle birlikte maddi ve manevi tazminat talebinde bulunmuştur. Zorlama hapsinin infaz edildiği anlaşılmıştır. Yeniden yargılama kararı yalnız başına başvuru manevi zararını karşılamayacaktır. Bu nedenle başvuruya net 5.000 TL manevi tazminat ödenmesine karar verilmesi gerekir. Başvuru ugradığını iddia ettiği maddi zarar ile tazminat talebi arasında illiyet bağı kurması gerekir. Bu nedenle maddi tazminat talebinin reddedilmesi gerekir.» gerekçesiyle hüküm kurulmuştur.

2- ANAYASA MAHKEMESİNİN 19/2/2019 TARİHLİ VE 2015/16029 SAYILI KARARI (Özet):

Başvuru; koruma kararının geçerli olduğu beş ay içinde boşanma sürecinde olduğu eşi tarafından darp edildiğini, buna rağmen zorlama hapsi talebinin reddedildiğini, bu nedenle can güvenliğinin korunmasında kamu makamlarının gerekli hassasiyeti göstermediğini ifade ederek adil yargılanma hakkının ihlal edildiğini ileri sürmüş, Başvuru «AİHS Md. 8

çerçevesinde özel hayata saygı hakkı kapsamında güvence altına alınan fiziksel ve zihinsel bütünlüğün korunması hakkının ihlali» kapsamında kabul edilmiştir.

Taraflar 20/10/2010 tarihinde evlenmiş, 2013 yılında boşanma davası açılmış, 24/6/2014 tarihinde koruma talebinin kabulüne ve beş ay süreyle tedbir uygulanmasına karar verilmiştir. 9/11/2014 tarihinde başvuru; boşanma sürecinde olduğu eşi tarafından darp edilmiş, Cumhuriyet Başsavcılığına şikâyetle bulunmuş ve Asliye Ceza Mahkemesinde kamu davası açılmış, 22/7/2015 tarihinde Aile Mahkemesine başvurarak koruma tedbirine rağmen eşinin 9/11/2014 tarihinde kendisini darp ettiğini belirterek eşi hakkında zorlama hapsi uygulanmasını talep etmiş, Mahkemece 24/6/2014 tarihinde beş ay süreli verilen koruma kararının 24/11/2014 tarihinde geçerliliğini yitirdiği, bu tarihten sonraki eylemlerin zorlama hapsi için gerekçe olamayacağı belirtilmiş, bu sebeple Anayasa Mahkemesine başvurulmuştur.

Asliye Ceza Mahkemesi tarafların her ikisine adli para cezası ve hükmün açıklanmasının geri bırakılması (HAGB) kararı vermiştir. Anayasa Mahkemesi, Başvurunun «zorlama hapsi talebinin reddi konusunda olduğunu, zorlama hapsi talebinin reddi nedeniyle başvurunun maddi ve manevi varlığının korunması hakkı bağlamında kamu makamlarının pozitif yükümlülükleri yönünden ve mevcut idari ve yasal mevzuat kapsamında somut olayın gerektirdiği ölçüde makul pratik tedbirler alınıp alınmadığı yönünde inceleme yapılması gerektiğine» karar vermiştir.

Kanun koyucu tarafından ailenin korunması ve kadına karşı şiddetin önlenmesi için etkili ve süratli bir yöntem izlenmesi, şiddete maruz kalan veya uğrama tehlikesi altında olan kişinin gecikmeksizin korunması amacıyla Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmelerle belirlenen standartlara uygun Kanun hükümleri ihdas edilerek yürürlüğe konulmuş, buna göre devletin koruma yükümlülüğü çerçevesinde gerekli yasal altyapının oluşturulduğu ve şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunanların korunması yönünden kurulan hukuk sisteminin yetersiz olmadığı anlaşılmaktadır. Somut olayda, koruma kararının geçerli olduğu beş aylık süre içinde başvurunun eşi tarafından darp edildiği anlaşılmaktadır. Zorlama hapsi talebini reddeden derece mahkemesinin kararında koruma kararının geçerliliğini yitirdiği tarihten sonraki eylemlerin zorlama hapsi için gerekçe olamayacağı belirtilmesine karşın hangi eylem tarihinin esas alındığı konusunda hiçbir açıklama ve bilgi bulunmadığı anlaşılmıştır. Buna göre karardaki gerekçelerin başvurunun maddi ve manevi varlığının korunması hakkı bağlamında ilgili ve yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu durumda başvurunun maddi ve manevi varlığının korunması hakkı kapsamında devlete ait pozitif yükümlülüklerin gereği gibi yerine getirildiğinden söz edilemez.

Açıklanan gerekçelerle Anayasa'nın 17. maddesinde koruma altına alınan kişinin maddi ve manevi varlığını koruma hakkının ihlal edildiğine karar verilmiştir.

KADINA ŞİDDETİN ÖNLENMESİ İÇİN ALINAN PRATİK TEDBİRLER

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın, Kadına yönelik şiddetin önlenmesi kapsamında Ülke genelinde birçok ilde oluşturduğu «Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri'nin» (ŞÖNİM) faaliyetleri kapsamında sığınma evlerinden danışma merkezlerine kadar birçok çalışma yaptığını görmekteyiz. Bu çalışmalar kapsamında broşürler hazırlanmış ve şiddete uğrayan kadının ilgili kurumlara hızla ulaşması sağlanmaya çalışılmıştır. Aşağıda acil durumlarda ulaşılması gereken telefon numaraları vardır.



T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün Kadına yönelik şiddetin önlenmesi için yaptığı çalışmalar kapsamında oluşturduğu «Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri'nin» (ŞÖNİM) çalışma sistemini özetlemek açısından yine aynı merkezin yayınlarından bir grafiğe göz atalım.



SONUÇ:

Kadına Karşı Şiddetin Hukuki Boyutu konulu çalışmamızda, Türk Ceza Kanunu, Borçlar Kanunu ve Türk Medeni Kanunu ile Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunda konuya ilişkin düzenlemeleri kısaca özetledik. Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun ile kadına karşı şiddetin önlenmesi için etkin ve kararlı bir uygulama yolu seçilmiştir. Artık her türlü şiddete uğrayan kadının başvurusu ile ivedilikle tedbir kararları verilmesi ve uygulanması hukuken mümkündür.

Yapılan tüm yasal düzenlemelere ve kolluğun etkin ve aktif olarak yasanın uygulanmasında kadının yanında olduğu bir işleyiş oluşturulmasına rağmen kadına karşı şiddet özellikle öldürme olayları yoğun bir şekilde gündeme gelmektedir. Kadına karşı şiddet konusu, mevzuat düzenlemesi ve idari düzenlemeler yanında eğitim öğretim aşamasında daha temelden ele alınıp, kadın, çocuk, erkek ayrımı yapmadan toplumun tüm katmanlarında hem karşı cinse hem de hem cinslerine karşı şiddetin bir iletişim aracı olmaktan çıkmasının sağlanması gerekir. Şiddetin sosyal ilişki ve iletişim alternatifleri olmaktan çıkartılmadığı, sinema ve dizilerde özendirilmediği ve eğitim öğretim hayatında bir bakış açısı ve anlayış alt yapısı oluşturulmadığı takdirde özellikle etkin bir ceza infaz sisteminin olmadığı yasal düzenlemeler asla çözüm olamayacaktır.

SAĞLIKSIZ KENTLEŞME VE ŞEHİR AFETLERİNDE YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ

THE ROLE OF LOCAL GOVERNMENTS IN URBAN DISEASES AND URBAN DISASTERS

Dr. Ayhan ÖZKAN*

*Ankara Vali Yardımcısı

ÖZET

Sağlıksız kentleşme, kentlerin, nüfus patlaması sonucunda, plansız ve denetimsiz olarak; gelişigüzel, altyapısız, her türlü estetik kaygıdan uzak bir şekilde merkezden dışa doğru çarpık bir şekilde büyümesidir. Sağlıksız kentleşme bağlamında ele alacağımız afet olgusu ise, insanlık tarihi boyunca dünyamızda meydana gelen en yıkıcı olayların başında gelmektedir. Afetler, toplumun olağan yaşam düzenini bozan, cevap verme ve uyum kapasitesini asan, yüksek miktarlarda can kaybı, mal kaybı ve sakatlanmalara yol açan olaylardır. Türkiye de afetlere en çok maruz kalan ve afetlerden büyük zarar gören ülkeler arasında yer almaktadır. Bunun sonucu olarak da doğal afetler, ülkemizin değişmez gerçekliklerindendir. Özellikle depremler ve diğer doğal afetler ülkemizin büyük bir kısmını her daim tehdit etmeye devam etmektedir. Bu nedenle ülkemizde afetlere karşı hazırlıklı olmak için tüm kurumların ve fertlerin yaşama geçirilebilir bir “afet yönetimi” ekseninde entegre çalışma yapması gerekir. Afetin öncesini, oluşma anını ve sonrasını yöneten afet yönetiminin amaçları arasında; bir toplum veya ülkedeki insani, fiziki ve ekonomik kayıpları azaltmak veya bu kayıpları engellemek, kişisel acıları minimum düzeye indirmek ve toparlanma sürecini hızlandırmak vardır. Hiç kuşkusuz etkin bir “Afet Yönetimi”nin temelinde sağlıklı bir işbirliğinin ve sorunlara ortak çözümler getirmenin yattığı söylenebilir. Afet Yönetimi, bu işbirliğini merkez-yerel düzeyde zorunlu kıldığı gibi uluslararası işbirliğini bile gerektirmektedir.

Bu çalışmada ülkemizdeki sağlıksız kentleşme ve afet yönetimi çalışmaları yerel yönetimler açısından incelenmiştir. Afetlerde yerel yönetimlerin rolü üzerinde durulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlıksız Kentleşme, Afet, Afet Yönetimi, Yerel Yönetimler.

ABSTRACT

Unhealthy urbanization, cities, as a result of the population explosion, unplanned and unsupervised; it grows randomly, without infrastructure, distant from any aesthetic concern and distorted from the center to the outside. In the context of unhealthy urbanization, the phenomenon of disaster is one of the most devastating events in the world throughout human history. Disasters are events that disrupt the daily life and order of the society; exceed the responsiveness and adaptation capacity of it and lead to high loss of life, loss of property and injury. Turkey is also among the countries who suffered from the most exposed to disasters and catastrophes. As a result, natural disasters are one of the constant realities of our country. Especially earthquakes and other natural disasters continue to threaten the large part of our country. For this reason, in order to be prepared for disasters in our country, all institutions and individuals need to carry out integrated work on axis of an executable disaster management system. Among the objectives of disaster management that govern the pre-disaster, the moment of occurrence and the aftermath are to reduce or prevent human, physical and economic losses in a society or country, to minimize personal suffering and to accelerate the recovery process. Undoubtedly, it is possible to say that healthy cooperation and finding common solutions for the problems are the basis of an effective Disaster Management. Disaster Management requires this cooperation at the central-local level as well as in international cooperation area. In this study, unhealthy urbanization and disaster management efforts in our country are examined in terms of local governments. The role of local governments in disasters is emphasized.

Key Words: Unhealthy Urbanization, Disaster, Disaster Management, Local Administrations.

ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARI VE ÖNEMİ CHILDHOOD VACCINES AND IMPORTANCE

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ*

*Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

ÖZET

Çocukluk, hastalıkların ve ölümlerin en çok görüldüğü çağdır. Sağlıklı nesiller ve sağlıklı bir toplum için sağlıklı geçirilmiş bir çocukluk dönemi hazırlayıcı temel faktördür. Dünyada her yıl 5 yaş altı 6.9 milyon ve her saat yaklaşık 800 çocuk ölmektedir. Çocuk ölümlerinin çoğu gelişmekte olan ülkelerle ilişkilidir. Çocuk ölümlerinin %58'inden fazlası enfeksiyon hastalıkları ve %17'si ise aşı ile korunabilen hastalıklar nedeni ile meydana gelmektedir. Enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde en kolay çözüm yolu aşılamadır. Aşı ile bağışıklama, çocuk ve erişkin sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıkları önlemede maliyet ve güvenilirlik açısından en etkili yöntem olarak, geçtiğimiz yüzyılda milyonlarca insanı bulaşıcı hastalıklardan koruyan en önemli halk sağlığı müdahalelerinden biri olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, tüm toplumların mevcut aşılarla daha hakkaniyetli erişim yoluyla 2020 yılına kadar milyonlarca ölümün önlenmesi için bir çerçeve olan Küresel Aşı Eylem Planını onaylamıştır. Eylem planına göre hedeflerin son yılı olan 2020'den sonra sürekli kitlesel kentleşme ve göç, nüfus artışı, jeopolitik belirsizlik ve çatışmalar, doğal afetler ve çevresel bozulmalar nedeniyle gelecek on yılın değişken ve belirsiz olmasınınulusal bağışıklama sistemlerine büyük zorluklar getireceği beklenmektedir. 2030 sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini gerçekleştirmek yolunda“Arkamızda kimseyi bırakmamak” içinbağışıklama hizmetini ulaştıramadıklarımıza vererilerin güvenirliliğine odaklanılması gerekmektedir. Her ülke, kendi toplumsal özellikleri, gelir durumları, görülen bulaşıcı hastalıklar açısından bir bağışıklama çizelgesi oluşturmali ve ihtiyaç durumunda güncelleyerek uygulamaya devam etmeli, aşılama oranlarını arttırmalı ve aşılama politikalarını başarılı bir şekilde yürütmelidir. Sağlık personelinin aşılardaki güncel yaklaşımları ve yasal düzenlemeleri yakından takip etmesi sürece önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı, Aşı, Önem.

ABSTRACT

Childhood is the most common age of illness and death. For healthy generations and a healthy society, a healthy childhood is the primary factor. In the world, 6.9 million children under the age of 5 die every year and approximately 800 children die every hour. More than 58% of pediatric deaths are caused by infectious diseases and 17% by vaccine-preventable diseases. Vaccination is the easiest way to prevent infectious diseases. Immunization with vaccine has been one of the most important public health interventions in the last century that protects millions of people from infectious diseases as the most effective method in terms of cost and reliability in protecting children and adult health, preventing infectious diseases. The World Health Organization has approved the Global Vaccine Action Plan, a framework for preventing millions of deaths by 2020 for all communities, through more equitable access to existing vaccines. According to the action plan, after 2020, which is the last year of the targets, continuous urbanization and migration, population growth, geopolitical uncertainties and conflicts, natural disasters and environmental disruptions will bring great difficulties to national immunization systems because the next decade is variable and uncertain. 2030 on the road to achieving the Sustainable Development Goals, to “leave no one behind us” the immunization service should focus on what we cannot deliver and the reliability of the data. Each country should establish an immunization schedule in terms of its own social characteristics, income status, and infectious diseases seen, and if necessary, should continue to practices, increase vaccination rates and carry out vaccination policies successfully.

Key Words: Childhood, Vaccine, Importance.

Giriş

Çocukluk, hastalıkların ve ölümlerin en çok görüldüğü çağdır. Sağlıklı nesiller ve sağlıklı bir toplum için sağlıklı geçirilmiş bir çocukluk dönemi hazırlayıcı temel faktördür. Çocukların nüfusun büyük kesimini (1/3'i) oluşturmaları, sağlığın temellerinin çocukluk çağında atılması, bağışıklık durumunun yetersiz olması, büyüme ve gelişme sürecinde olmaları, değişkenlik

gösteren bir dönem yaşamaları, önlenebilir hastalıklardan ölümlerin sıklığı ve sorunların çözümlenmesinin beklenen yaşam süresini uzatma ihtimali, çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesini önemli kılmaktadır (1).

Sağlığın temelleri çocukluk yaş grubunda atılmaktadır, özellikle 0-4 yaş grubu çocuklar sağlık yönünden en duyarlı kesimi oluşturmaktadır. Çocuğun sağlıklı yaşadığı yıllarla birlikte, beklenen yaşam süresinin arttığı görülmektedir. Bebek 1 yaşına geldiği zaman yaşama olasılığı, doğuştaki yaşama olasılığından daha yüksektir. Doğumda beklenen yaşam süresi 74.6 yıl olan Türkiye, 186 ülke arasında, 75. sırada yer almaktadır (1). Türkiye’de bebek ölüm hızı %09.3 ve 5 yaş altı ölüm oranı %011.4 (2)

Çocukların 205 milyonu sanayileşmiş ve gelişmiş ülkelerde, 2 milyarı ise gelişimini henüz tamamlamamış ülkelerde yaşamaktadır. Yapılan araştırmalar, dünyada çocuk nüfusunun çok önemli bir bölümünün sağlığı koruma ve geliştirme alanlarında alt yapı ve kurumsal hizmetler yönünde yetersiz olduğunu göstermektedir (1).

Dünyada her yıl 5 yaş altı 6.9 milyon ve her saat yaklaşık 800 çocuk ölmektedir. Çocuk ölümlerinin çoğu gelişmekte olan ülkelerle ilişkilidir. Çocuk ölümlerinin %58’inden fazlası enfeksiyon hastalıkları ve %17’si ise aşı ile korunabilen hastalıklar nedeni ile meydana gelmektedir. Pnömoni (%18), diyare (%10), sıtma (%7), kazalar (%5), HIV/AIDS (%2) ve kızamık (%1) 5 yaş altı ölümlerin diğer nedenlerini oluşturmaktadır. Her yıl, pnömoni 5 yaş ve altı 1.4 milyon ve ishal yaklaşık 800.000 çocuğun ölümüne neden olmaktadır (1).

Enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde en kolay çözüm yolu aşılama (1). Aşı ile bağışıklama, çocuk ve erişkin sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıkları önlemede maliyet ve güvenilirlik açısından en etkili yöntem olarak (3), geçtiğimiz yüzyılda milyonlarca insanı bulaşıcı hastalıklardan koruyan en önemli halk sağlığı müdahalelerinden biri olmuştur (4).

Dünyada, her yıl 130 milyon çocuk doğmasına rağmen, bunların yaklaşık 30 milyonu aşılanamamakta (4) ve aşı ile önlenebilecek hastalıklardan az gelişmiş ülkeler başta olmak üzere yaklaşık 2-3 milyon çocuk ölmektedir (5). Eğer, küresel aşılama kapsamı arttırılırsa bu ölümlerin 1.5 milyonunun önlenebileceği düşünülmektedir (6,7).

Eğitim ve motivasyon eksikleri nedeniyle ülkemizde aşıları tamamlanmış çocuk oranları henüz istendik düzeye ulaşamamıştır. Bu nedenle bakanlık sık aralarla doğan her bebeğin aşı takvimine uygun olarak hastalıklara karşı bağışık hale getirilmesi için ücretsiz olarak, Genişletilmiş Bağışıklama Programları düzenlemektedir (1).

Aşıların Önemi

Aşılama, bir kişiyi bağışıklık kazandırma eyleminin tüm bir insan grubunun korunabileceği, ülkeler ve kıtalar aşılarak, küresel bir etki sağlanabileceği anlamında ortak bir faaliyettir (4). Aşılama, sağlık hakkının çekirdek bileşenidir ve geniş hizmet kullanımı gerektirir (8). Hedefler, aşı ile korunabilir hastalıkların çocuk ve bebeklerde ortaya çıkmasını engellemek, enfeksiyonlara bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak, aşısız çocuk bırakmamaktır (6,7).

Aşılama, *hayati tehlike arz eden bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ve ortadan kaldırılması* için kanıtlanmış (9), bugüne kadar bulunmuş *maliyet etkinliği en yüksek* sağlık aracıdır (10) ve her yıl 2 ila 3 milyon ölümü önlediği tahmin edilmektedir. Ulaşılması en zor ve duyarlı topluluklara dahi ulaşılabilir kılan kanıtlanmış stratejiler ile bağışıklama hizmetleri en düşük maliyetli sağlık yatırımlarından biridir (9). Çocuk bağışıklamasına harcanan her 1 doların sağlanan yararlar açısından getirisi 44 dolara kadar çıkabilmektedir. (10). Aşılamalar sayesinde dünyanın en fakir 72 ülkesinde yürütülen aşılama çalışmaları ile 2011 ve 2020 yılları arasında 6.4 milyon kişinin hayatının kurtarılacağı, tedavi masraflarının 6.2 milyar Amerikan Doları azalacağı hesaplanmıştır (11). Ülkemizde de aşılama çalışmaları için önemli bir bütçe

ayrılmaktadır. Sağlık harcamalarının içinde aşılar ayrılan miktar 2002 yılında 6 milyon Amerikan Doları iken 2013 yılında bu miktar 141 milyon Amerikan Doları olmuştur (12).

Hedef grupları açıkça tanımlanmış, sosyal yardım faaliyetleri ile etkili bir şekilde bir arada sağlanabilmekte ve aşılama büyük bir yaşam biçimi değişikliği gerektirmemektedir (9).

Aşıların yararına rağmen, 2017 yılında tahminen 1,5 milyon çocuk aşıyla önlenabilir hastalıklar yüzünden hayatını kaybetmiştir. Bu durumun nedeni genellikle aşılarla erişememe olmakla birlikte kimi ülkelerde ailelerin umursamazlık ya da aşılarla ilişkin kuşklar yüzünden çocuklarının aşılmasını reddetmeleri ya da geciktirmeleri de olabilmektedir. Bunun sonucunda, özellikle yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde, kızamığın alarm verici yükselişi de dâhil olmak üzere çeşitli salgınlar ortaya çıkmıştır. Dijital ve sosyal medya ortamlarında aşılarla ilişkin olarak yaratılan belirsizlik, bu eğilimin ardındaki etmenlerden biridir (10).

Toplumsal yaşam, yaşarken kendi iyiliğimiz kadar başkalarının iyiliğini düşünmemizi de zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle toplumsal iyilik, bireyin özgürlüğü kadar gözetmemiz gereken bir hedeftir. Dolayısıyla bireyin dini inancı, felsefi düşünceleri ve bilimsel bilgiye dayanmayan yargıları toplum bağışıklaması örneğinde ikincil planda kalmalıdır (13).

Söz konusu çocukların bağışıklanması olduğunda, bu konum daha da güçlenecektir.” kanaatiyle Bireysel Özerklik ve Toplumsal Yarar Birlikte Korunabilirliği; “Anne-babaların bakmakla yükümlü oldukları başkaları üzerinde irade kullanırken, kendi kişisel özerkliklerinin sınırları içinde olduğu kadar özgür olmadıkları; yaşam ve sağlık söz konusu olduğunda o bireylerin bilimsel bilgiye dayalı yararını gözetmekle yükümlü oldukları genel kabul görür. Ancak, ailenin üstün yararı belirlemesi ile ilgili bir çelişkinin söz konusu olması durumunda yine aynı sözleşmenin çocukları ilgilendiren bütün faaliyetlerde, çocuğun yararının temel düşünce olması gerektiğini ifade ettiği de hatırlanmalıdır. Bu durumda, çocuğun üstün yararı konusunda kamunun ve ailenin kararları çatıştığında, kamu çocuğun özerk bir kimlik kazanması için gerekli koşulları hazırlamakla yükümlüdür ve karar verici mekanizma kişi özgürlüklerini korumakla yükümlü hukuk sistemi olacaktır.” Saptamasıyla aşılama Çocuğun Yaşama Hakkını Koruma araçlarından biri olarak nitelemiştir (13).

Mevzuatımıza göre “Sağlık, yalnızca hastalıkların olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur.” (DSÖ Anayasası) “İrk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetmeksizin herkesin erişilebilecek en yüksek sağlık düzeyine erişmesi temel haklardan biridir” (13). Bağışıklama sağlık hakkını gerçekleştirmenin en etkili araçlarından biridir. Ülkemizde aşı yaptırma yasal zorunluluk değildir (13).

Tablo 1. Ülkelere göre aşı zorunluluğu durumu

Ülke	Aşı Zorunluluk Durumu
Türkiye	Yok
ABD	Tüm aşılar (hekim raporu ve yazılı dini gerekçe dışında)
Fransa	Difteri, Hepatit B, Hib, KKK, Polio, Tetanoz
Yunanistan	Difteri, Hepatit B, Polio, Tetanoz
Bulgaristan	Difteri, Hepatit B, Pnömonokok, KKK, Boğmaca, Polio, Tetanoz

Yüksek aşılama oranları, enfeksiyonun yayılması azaldıkça yarar sağlar (14), bir ülkedeki yüksek oranlar diğer ülkelere fayda sağlar, bir nesildeki yüksek oranlar, bir sonraki nesle fayda sağlar (4).

Aşılamada Önemli girişimler

Genişletilmiş Bağışıklama Programı: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuk sağlığı açısından aşının önemini vurgulamış ve 1974 yılında Dünya genelinde “Genişletilmiş Bağışıklama

Programını (Expanded Programme on Immunization-EPI)” başlatmıştır (15). Genişletilmiş deyiimi, aşısız veya eksik aşıllı bebek ve çocukların tespit edildiği anda aşılmasının sağlanması ve bu uygulamanın ülke genelinde her yerde eşit olarak yapılması anlamını vurgulamak için kullanılmaktadır (1).

Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından 1981 yılında başlatılan “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” (GBP), 1985 yılından sonra “*Türkiye Aşı Kampanyası*” ile hız kazanmıştır. Kapsamı giderek genişletilen *ulusal bağışıklama çizelgesi* ile sağlıklı çocukların aşılmasını düzenli olarak devam etmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı tarafından *tüm bebeklere ücretsiz olarak boğmaca, çocuk felci, difteri, hemofilus influenza tip b, hepatit A, hepatit B, kabakulak, kızamık, kızamıkçık, konjuge pnömokok, suçiçeği, tetanoz, tüberküloz aşıları* sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır (16).

Küresel Aşı Eylem Planı: Dünya Sağlık Örgütü (2012), tüm toplumların mevcut aşılarla daha hakkaniyetli erişim yoluyla 2020 yılına kadar milyonlarca ölümün önlenmesi için bir çerçeve olan Küresel Aşı Eylem Planını onaylamıştır (8). Vizyonu, tüm bireylerin ve toplulukların aşı ile önlenabilir hastalıklardan arınmış hayatlar yaşadıkları bir dünyadır. Küresel Aşı Eylem Planı beş amaç ve altı stratejik hedef içermektedir (17):

Amaçları;

1-Poliomyelit içermeyen bir dünya sağlama: Küresel olarak vahşi poliovirüs aktarımını kesmek ve Poliomyelit eradikasyonunun belgelendirilmesi

2-Her bölge, ülke ve toplumdaki aşı kapsamı hedeflerine ulaşılması: Yenidoğan tetanoz eliminasyonu, Kızamık ve Kızamıkçık eliminasyonu

3-Küresel ve bölgesel eleme hedeflerine ulaşılması: Ulusal aşılardaki tüm aşılar için her ilçede %90 ulusal kapsama ve %80’e veya eşdeğer idari birime ulaşılması

4-Yeni teknolojiler ve aşılar geliştirilip sunulması: Bir veya birden fazla hastalığa karşı aşı/ aşıların ruhsatlandırılması ve başlatılması (lisans ve lansman)

5- Çocuk ölümlerini azaltmak için Binyıl Kalkınma Hedefinin 4 hedefinin aşılması: Beş yaş altı ölüm oranının azaltılması

Hedefleri;

1-Tüm ülkelerin aşılamaı öncelik olarak kabul etmesi: Göstergeler; aşılama için finansmanı garanti eden bir yasal çerçevenin veya mevzuatın varlığı ve tanımlanmış kriterleri karşılayan bağımsız bir teknik danışma grubunun varlığı

2-Bireylerin ve toplumların aşıların değerini anlaması ve hem hak hem de sorumluluk olarak aşılamaı talep etmesi: Göstergeler; artan anlayış, talebe yönelik ilerleme ve aşılama konusunda halkın güven düzeyini izleme (bilgi, tutum, inanç ve uygulamalar üzerine yapılan anketlerle ölçülerek değerlendirme)

3-Bağışıklama yararlarının bütün insanlara eşit şekilde yayılması: Göstergeler; daha yüksek öz sermayeye doğru ilerleme, üç difteri-tetanoz-boğmaca içeren aşı dozu ile %80’den daha az kapsama alan bölgelerin yüzdesini izleme (en düşük ve en yüksek gelir arasındaki kapsama boşluklarını değerlendirme)

4-Güçlü bağışıklık sisteminin iyi işleyen bir sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olması: Göstergeler; difteri tetanoz-boğmaca içeren aşıların birinci dozu (DTP1) ile üçüncü dozu (DTP3) arasındaki düşüş oranını izleme, dipteria tetanoz-boğmaca içeren aşıların sürekli olarak kapsama (üç veya daha fazla yıl boyunca %90 veya daha fazla), aşı ile önlenabilir hastalıklar için vaka sürveyansı olan ülke sayısında artış

5-Bağışıklama programlarının öngörülebilir finansman, yenilikçi teknolojilere, sürdürülebilir erişime sahip olması: Gösterge; Dünya çapında ve etkin kalite aşıların kullanım oranı, yani

devlet bütçeleri tarafından finanse edilen rutin aşılama maliyetlerinin yüzdesi ve beş yıllık lisans talebin içinde evrensel olarak önerilen aşılama üretimi için küresel kapasite

6-Ülkenin bölgesel ve küresel araştırma ve geliştirme yenilikleri ile bağışıklamanın faydalarını maksimuma çıkarması: Göstergeler; yeni aşılama geliştirme ile kurumsal ve teknik kapasiteye doğru ilerleme, hassas klinik denemeleri gerçekleştirme, 2-8°C aralığında soğuk zincirinde kullanım için yeniden lisanslanan aşılama (HIV/AIDS, tüberküloz veya sıtma için %75 veya daha fazla etkinlik gösteren bir aşı için kavram kanıtı ve birinci nesil evrensel influenza aşısı için faz III çalışmalarının başlatılması)(8).

Dünyada Durum

Bağışıklama her yıl yaklaşık 2-3 milyon hayat kurtarıyor. Bağışıklama, zaman testini halk sağlığının en uygun maliyetli müdahalelerinden biri olarak kanıtlamıştır. 2017'de aşılama çocuk sayısı -116,2 milyon- şimdiye kadar bildirilen en yüksek sayı olmuştur. Amerika Bölgesi, anne ve yenidoğan tetanoz eliminasyonuna ulaşmış, 2010'dan beri 113 ülke yeni aşılama başlatmış ve 20 milyondan fazla ek çocuk aşılama (17).

Bununla birlikte, bu yıl, zor kazanılmış kazanımların ne kadar kolay kaybolduğunu açıkça göstermektedir. Ulusal olarak, düşük kapsama alanından dolayı birçok DSÖ bölgesine büyük kızamık ve difteri salgınları birçok ölümler sonuçlanmıştır. Dolaşımdaki aşı kaynaklı poliovirüsün sürekli tespiti, ulusal aşı programlarının her çocuğa ulaşma hedefine ulaşmadığının bir başka kanıtıdır (17).

Aşılar sayesinde 2000 ile 2017 yılları arasında kızamık kaynaklı ölümler azalmış, çocuk felci ise neredeyse tamamen ortadan kalkmak üzeredir. Günümüzde 26 bulaşıcı hastalığa karşı üretilmiş aşı mevcuttur ve yeni aşılama geliştirilmektedir (9).

2018 yılı, zor elde edilmiş kazanımların ne kadar kolay kaybolduğunu açıkça göstermiştir. 2017 yılında meydana gelen patlamalarda meydana gelen bir artış, sağlam sağlık kazanımlarına sahip ülkelerde bile, zor kazanılmış kazanımların kolayca kaybolduğunun zamanında hatırlatmasıdır. Sürekli ilgilenilmeyen ulusal bağışıklama sistemleri, özellikle siyasi ve ekonomik ayaklanmalarla karşı karşıya kaldıklarında kolayca bozulabilir:

2017 yılında;

- Bağışıklanan çocuk sayısı – 116.2 milyon - şimdiye kadar bildirilen en yüksek sayıdır. 2010'dan bu yana, 113 ülke yeni aşı uygulamış ve 20 milyondan fazla ek çocuk aşılama.
- 24 ülke hala ulusal bağışıklama programında kızamıkçık aşısı yaptırmaktadır.
- Her zamankinden daha fazla insan, aşılama yaralanmıştır.
- 40 öncelikli ülkeden 25'i anne ve yenidoğan tetanoz eliminasyonuna ulaşmıştır. Henüz yok edilmeyi başaramayan ülkeler arasında çatışmalardan, büyük hastalık salgınlarından veya çevresel zorluklardan etkilenen birçok insan var.
- Nijerya'da, güneydeki yaşlı, iyi eğitilmiş, varlıklı annelerin çocuklarının, kuzeybatıdaki genç, eğitimsiz ve fakir anneleri olan çocuklardan 300 kat daha fazla aşılama olasılığı var.
- Ulusal aşılama oranları düşük ülke veya bölge nedeniyle birden çok DSÖ bölgesi birçok ölümler sonuçlanan büyük kızamık (Kuzey Amerika, Avrupa) ve difteri (Bangladeş, Venezuela, Yemen) salgınlarıyla sarsılmıştır. Kızamığın ortadan kaldırılması bir adım geriye gitmiştir. Bir salgınla baş etmenin maliyeti, onu önleyebilecek aşılama maliyetinin 20 katı olabilir (2000 ile 2016 arasında kızamık aşısı tahmini 20,4 milyon ölümleri önlemişti)
- Vahşi çocuk felci vakası sayısı azalsa da çocuk felci yok edilmesi oldukça zordur. Afrika Bölgesi'nde yeni bir vahşi poliovirüs vakası tespit edilmedi, ancak gözetim boşlukları endişe kaynağı olmaya devam ediyor. 2018'in ilk yarısından gelen veriler

- Afganistan ve Pakistan'ı kapsayan diğer endemik bölgede vahşi poliovirüs dolaşımının kaldığına işaret ediyor.
- Dünyada aşı ile önlenabilir ölümlerin çoğunluğu şu anda orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir.
 - Ortalama olarak, 44.500 kişi her gün evlerini terk etmek zorunda kalmıştır. Tahminen 258 milyon insan, kendi ülkesi dışındaki bir ülkede yaşamaktadır.
 - 445.000 kişi sıtmadan ölmüştür.
 - Dünya çapında 1.8 milyon insana yeni HIV bulaşmış ve 940.000 insan HIV ile ilişkili nedenlerden ölmüştür.

Dünya, Küresel Aşı Eylem Planında belirtilen hedeflerin çoğuna ulaşma konusunda yoldan uzak dursa da kaydedilen büyük ilerlemedir. Küresel Aşı Eylem Planı hedefleri doğrultusunda aşılamayı ilerletme fırsatı sunmuştur. Geçmişteki başarılar, aşılama önceliklerini belirleyen, entegre kalkınma planları üreten ve uygulamalarında ulusal, bölgesel ve küresel ortaklarla birlikte çalışan ülkelerin başarabileceğini göstermektedir. Pek çok zorluğa rağmen, 2011-2017 arasında 20 milyon ek çocuk aşılandı, ancak daha iyisi yapılabilir.

Küresel hedeflere ulaşılmamasının sonuçları, kızamık ve difteri dirilişi, poliovirüs ve maternal ve yenidogan tetanozun devam etmesi ile canlı bir şekilde gösterilmiştir. Küresel Aşı Eylem Planı, harekete geçmek için iddialı hedefler koymasına rağmen, 2020'de, aşılamının 10. Yılı ile birlikte, hedeflerin çoğunun karşılanmayacağı aşıkardır. DTP3 ve ilk doz kızamık aşısının kapsamı, dünya genelinde %85 seviyesinde yayılmıştır. Vahşi poliovirüsün yok edilmesine ve kızamık, kızamıkçık ve maternal ve neonatal tetanozun giderilmesine yönelik ilerleme şu anda on yılın sonunda elde edilemeyecek kadar yavaştır. Bu durum, eylem planına göre hedefler için son yıl olan, 2020'den sonra bağışıklamanın geleceğine ilişkin tartışmalar için bir zemin hazırlamaktadır. Gelecek on yılın değişken ve belirsiz olması beklenmektedir. Sürekli kitlesel kentleşme ve göç, nüfus artışı, jeopolitik belirsizlik ve çatışma ve doğal afetler ve çevresel bozulma, ulusal bağışıklama sistemlerine büyük zorluklar getirecektir (17).

Türkiye'de Durum

Ülkemizde, aşılama ile ilgili birçok kurul, çalıştay ve programlar yürütülmektedir. Bu organizasyonlar ile dünyadaki aşıyla ilgili gelişmeler yakından takip edilmekte ve ülkemize göre uyarlanmaktadır. GBP'nin çalışmaları akademisyenlerin oluşturduğu Bağışıklama Danışma Kurulu (BDK)'nun bilimsel önerileri ile yürütülmektedir. Bu kurul yılda en az iki kez toplanarak ulusal bağışıklama politikalarını, program ve stratejilerini belirlemekte, ülkemiz bağışıklama hizmetlerinin kaliteli ve etkili yürütülmesine önemli katkı sağlamaktadır (16). Böylece, çocukluk dönemi ulusal aşı takvimi (çizelgesi) sıklıkla güncellenmekte ve kapsamı genişleterek yıllardır başarıyla uygulanmaktadır. BDK dışında ilk defa 2014 yılında yapılan 'Ulusal Aşı Çalıştayı'nda ülkemizdeki aşılardan mevcut durumu ve gelecekle ilgili beklentileri ayrıntılı olarak dernek ve kurum temsilcileri ile tartışılmış ve çözüm önerileri geniş çapta irdelenmiş ve belirlenmiştir (18). Aşılama konusunda Bilim Akademisi Derneği'nin 2015 yılı raporunda ise acil önlemler alınması gerektiği bildirilmiştir. Bunun sebepleri arasında son yıllarda ortaya çıkan aşılamaya karşı görüşler, ülkemize göç eden aşılanmamış insanlar nedeniyle bulaşıcı hastalıkların salgına dönüşme olasılığı ve uzun bir aradan sonra ülkemizde kızamık ile çocuk felci (polio)'nin tekrar artış göstermesi sıralanmıştır (19). Bu bağlamda, ülkemizin coğrafi konumundan dolayı son 30 yılda kitlesel göçlere maruz kalması bu görüşü desteklemektedir.

Sağlık hizmetlerinin kamusalılık nitelik ve niceliğindeki zayıflama, politik istekliliğin azalması, sağlıkta ticarileşme ve bilimsel bilgi ve değerler sisteminin yerini dolaylı yollardan edinilmiş kanaatlerin almasıyla aşılannama sorunlaşırken, buna devlet-sağlık sektörü ile toplum arasında

oluşan güven bunalımının sonuçlarından aşılarmaya yönelik tereddüt ve aşılarmayı red eklenmiştir(20).

Türkiye’de bağışıklama hizmetleri, gerek aşı üretimi gerek kampanya uygulamaları, rutin ve risk gruplarına uygulama deneyimi açısından 170 yılı aşan bir deneyim ve Çiçek hastalığının Eradikasyonu, Verem Mücadelesi kapsamında BCG kampanyaları, Polio Eradikasyonu, Yenidoğan tetanozu eliminasyonu gibi başarı öyküleriyle doludur (20).

Türk Hükümeti, UNICEF ve DSÖ arasında imzalanan “Temel Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Çocuk Yaşatma ve Geliştirme Seferberliği” üçlü anlaşması ile başlatılan Genişletilmiş ve Hızlandırılmış aşı kampanyası ile 5 hastalığın morbidite ve mortalite hızları düşürülmüştür (Gülcü ve Arslan, 2018). Bu kampanya ile yaklaşık 30.000 çocuğunun hayatının kurtarıldığı, 3 milyon civarında çocuğun ise kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci hastalıklarına yakalanmalarının önleildiği kestiriminde bulunulmuştur. Aşılama hizmetlerinin aynı başarı ile sağlık hizmetlerinin içinde bütünleştirilerek sürdürülmesi hedeflenmiştir (20).

Sağlık Bakanlığı’nın Bağışıklama İle İlgili Yasal Sorumluluğu

“Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 663 sayılı olup (RG 02.11.2011, sayı 28103, mükerrer), bu düzenleme ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılması; 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı yasanın verdiği yetkiye dayanılarak, Bakanlar Kurulunca 11.10.2011’de kararlaştırılmıştır. 663 s. KHK’nın 26/c maddesi şöyledir:

c) Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, sürveyans, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için Bakanlığa teklifte bulunmak. (13).

DSÖ tarafından dünyadaki tüm çocuklara önerildiği halde, Rotavirüse ve serviks kanseri etkeni olan Human Papilloma virüs aşısı, Türkiye’de rutin bağışıklamada yer almayan aşılardır. Ülkemiz bağışıklama programına 2012 yılında Hepatit A aşısı ve 2013 yılında Suçiçeği aşısı dahil edilmiştir; her iki aşı da DSÖ önerisi olmayıp ülkemizde rutin olarak uygulanmaktadır (13).

Bağışıklama programında hangi hastalık etkenlerine karşı aşılarmaların yer alacağı kararı Aşı Danışma Kurulu’nda ülkedeki bulaşıcı hastalık epidemiyolojik örüntüsünün gözetildiği bilimsel değerlendirme sonucu verilir; politik olarak sağlanan olanaklar bu kararın kapsamını etkilemektedir. Doğum ve ölüm kayıtlarının kalitesine yönelik DSÖ değerlendirmesinde Türkiye 100 üzerinden 89 puanla orta kalitede olarak nitelenmiştir. Sıralamada DSÖ Avrupa bölgesinde sondan 7. dir. Sağlık Bakanlığı 2017 Faaliyet Raporunda bildirildiği üzere doğumların%95,3’ünün hastanede olduğu ülkemizde (60 000 dolayında doğum hastane dışı) başvuruya dayalı bağışıklama hizmetinin verileceği listelerin kapsayıcılığı ciddi bir kaygı nedenidir. Bunun yanı sıra hizmet başına performans ödemesi olan negatif performans uygulamasının, iyi hizmet verilmediği halde hizmet kaydı tutmanın daha çok önemsendiği uygulama şekli olduğu bilinmektedir (13).

Uluslararası ya da ulusal programlar kapsamında ve ulusal gereksinimler nedeniyle aşı kampanyaları, ek aşılama etkinlikleri gerçekleştirilmektedir.

Türkiye’de destek aşılama uygulamaları ve denetim programları

Türkiye’de, destek aşılama uygulamaları ve denetim programları arasında, Polio Eradikasyon, Kızamık Eliminasyon, Anne ve Yenidoğan Tetanozu Eliminasyon, Hepatit B Kontrol (1,13), Difteri/Boğmaca Kontrol Programları, Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzleme Sistemi, Hib’e Bağlı

Hastalıkların Kontrolü Programı, İnvaziv Pnömonokokal Hastalıkların Kontrolü Programı ve Kabakulak Hastalıkların Kontrolü Programı bulunmaktadır (1).

Aşı Takvimi

Ulusal aşı takviminin içerdiği aşılarda ve bu aşılarda uygulama zamanları Sağlık Bakanlığı'na bağlı Aşı Danışma Kurulu tavsiyeleri doğrultusunda belirlenir (13). Türkiye'de aşı programlarının oluşturulması ve uygulanması Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Çoğu akademisyen 30 üyeden oluşan "Bağışıklama Danışma Kurulu" aşı programı ve uygulamalarla ilgili tavsiye kararları almaktadır. Aşıların maliyeti de Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır (21).

Tablo 2. Ulusal Aşı Takvimi (74).

Aşılar	Doğumda	1.Ay sonunda	2.Ay sonunda	4.Ay sonunda	6.Ay sonunda	12.Ay sonunda	18.Ay sonunda	24.Ay sonunda	İlköğretim 1. sınıf	Ortaöğretim 4. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG			I							
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II		R				
KKK						I			R	
DaBT-İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Su Çiçeği						I				

2008 yılında Türkiye'de uygulanmaya başlayan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)'nin amacı bulaşıcı hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkları kontrol altına almak ve hatta tamamen ortadan kaldırmaktır (21).

Tablo 3. Doğurganlık Çağı (15-49 Yaş)/ Gebe Kadınlarda Tetanoz Aşı Takvimi (Eskiocak ve Marangoz, 2019).

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Oranı (%)	Koruma Süresi (Yıl)
Td1	Gebeliğin 4. ayında / ilk karşılaşmada	0	Yok
Td2	Td1'den en az 4 hafta sonra	80	1-3
Td3	Td2'den en az 6 ay sonra	95	5
Td4	Td3'ten en az 1 yıl sonra/bir sonraki gebelikte	99	10
Td5	Td4'ten en az 1 yıl sonra/bir sonraki gebelikte	99	30

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından duyurulan bağışıklama performans göstergeleri 13-24 aylıklarda %90 tam aşılanma oranı, 0 yaş grubunda %98 DaBT-Hib-İPA-3 aşılanma hızı ve kızamık için "0" yerli olgudur. Sağlık İstatistiği Yıllığında açıklanan aşı oranları stratejik hedefle uyumludur, fakat ülkemizde 2011 yılından itibaren kızamık salgını mevcuttur (13).

Tablo 4. Türkiye Aşılamaya Oranları (%) (2017)(Eskiocak ve Marangoz, 2019).

Bölge	DaBT1	DaBT2	DaBT3	BCG	HBV-3	KKK	KPA3
İstanbul	93	97	98	93	98	96	98
Batı Marmara	97	98	98	97	98	99	98
Ege	96	98	98	96	98	98	98
Doğu Marmara	95	96	96	95	96	97	97
Batı Anadolu	95	97	97	95	97	97	97
Akdeniz	95	98	98	95	98	97	98
Orta Anadolu	95	96	97	95	97	95	97
Batı Karadeniz	95	96	96	95	96	95	96
Doğu Karadeniz	95	97	97	95	97	95	97
Kuzeydoğu Anadolu	88	91	92	88	92	89	92
Ortadoğu Anadolu	87	91	92	87	92	91	92
Güneydoğu Anadolu	88	93	94	88	94	95	94
Türkiye	93	96	96	93	96	96	96

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerini gerçekleştirmek yolunda Arkamızda kimseyi bırakmamak” için bağışıklama hizmetini ulaştıramadıklarımıza ve verilerin güvenilirliğine odaklanılması gereklidir (13).

Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar

GBP’nın başladığı 1985’ten bu yana çocuk felci eradikasyonu sağlandı, difteri (kuşpalazı) ve yenidoğan tetanozu elimine edilmiş, neredeyse görülmez olmuş, Boğmaca ve Kızamık sayılarında da çok büyük azalma sağlanmıştır (13).

Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinde Sorun Alanları

Aşı Sağlama

1927 yılında Kuduz aşısının üretilmesiyle başlayan ülkemizde aşı üretim süreci, 1928 yılında Ankara’da Hıfzıssıhha Enstitüsü’nün kurulmasıyla devam etmiş, aşı ve serum üretimi burada gerçekleştirilmeye başlamıştır. Milyonlarca doz toksoid difteri ve tetanoz aşıları, kuduz aşısı ve serumu, çiçek aşısı, pnömokok aşısı üretilmiş, dünyadaki gelişmeler takip edilmiştir. Kamu eliyle aşı üretimi, sağlıkta dönüşüm politikasıyla sağlık hizmetlerinin özelleştirilmenin hedeflendiği ve biyoteknolojinin hızlı geliştiği yıllara kadar sürmüştür, 1996 yılında DBT ve kuduz aşılarının, 1997 yılında ise BCG aşısı üretimi durmuştur. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı Serum Üretimi Merkezi’ne yatırım yapılmaması ve teknolojideki gelişmelerin izlenmemesiyle aşı ithaline başlanmıştır (13).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı, UNICEF tarafından başlatıldığında aşı takvimindeki 6 bulaşıcı hastalığa karşı aşı maliyeti 2.5\$, aşı üreten şirket sayısı 80 civarında iken, günümüzde bu sayı 10’dan az olup GBP’nin aşı maliyeti yaklaşık 100 \$’dır. Aşının üretiminde tekelleşme ve ticarileşme söz konusudur. Yakın dönemde influenza pandemisinde aşının ithal edilmesi kaynaklı gecikme ile yaşanan tartışmalara rağmen, ülkemizde aşının kamu tarafından üretilmesi konusunda politik isteksizlik önemli bir sorundur (13).

İzleme ve Değerlendirme

Sürveyans, toplumsal programlarda planlama, uygulama, izleme ve değerlendirme yapabilmek için sistematik veri toplama, bu verileri analiz etme, yorumlama ve ilgili kurum/kuruluşlarla paylaşma işlemlerinin tümüdür. Yönetim birimlerinin bağışıklama ve aşı ile önlenebilir hastalıklar verilerini işleme ve paylaşımı sorunludur. Türkiye’de sağlık istatistiği yıllık haricinde aşı ile önlenebilir hastalıklar sürveyansı ile ilgili veriler açıkça paylaşılmamaktadır. Sağlık istatistiği yıllıkta ise kişi, yer ve zamanla ilgili tanımlayıcı özelliklerin tümü yer

almamaktadır, aşılama yöntemi ve hedef nüfus belirtilmemektedir. Sekonder veri analizi çalışmaları planlanmamaktadır (13).

Hizmet Sunumu

Aşı ile önlenabilir hastalıkların süreyansındaki sorunlar, bağışıklama hizmeti sunumunda planlama, önceliklendirme ve kapsayıcılıkla ilgili olumsuzluk nedeni olmaktadır. Aile Hekimliği uygulamasının bölge temelli olmayışı, gezici hizmet yerine sadece belirlenmiş yerlere mobil hizmet verilmesi, sağlık hizmetine daha fazla gereksinimi olup hizmete erişemeyenlerin salgın oluşumuna neden olabileceği, yüksek aşılama oranlarına rağmen, bilinmektedir (13).

Aşılanmayan dezavantajlı gruplar, bağışıklama hizmetinin Temel Sağlık Hizmeti anlayışıyla verilmemesi nedeniyle varlığını sürdürmektedir. Ülkemizde kızamık salgını 2010 Aralık ayında başlamış, 2017 yılı hariç, 24 aylık dolaşımın durdurulduğu süre, günümüze dek devam etmiştir. 2013 ve 2015 kızamık salgınında hastalananlar temel olarak aşısız çocuklardır. Birinci basamak sağlık örgütü bağışıklama görevini yeterince karşılamamıştır (13).

Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde 18-35 yaş grubu kadınlara kızamıkçık aşılması ve sonraki dava süreci, tıbbi/teknik bilgi ve özenli uygulamaya ilişkin olumsuz duruma işaret etmiştir (13).

Soğuk Zincir

Aile hekimliği uygulamasıyla birlikte kamu tarafından ücretsiz sağlanan aşıların soğuk zincire uygun şekilde saklanması sorumluluğu Aile Hekimindedir. Aşıların soğuk zincire uygun şekilde korunmaması nedeniyle bozulmaları halinde sorumluluk ve yürütülen işlemlerin yönetsel kapasiteye etkisine, soğuk zincirin durumuna ilişkin araştırmaların yapılması gereklidir (13).

Aşı Reddi

Günümüzde aşıların olası yan etkileriyle ilgili kaygılar, endişeler, tereddütler, yanlış inanışlar yaygınlaşmaktadır; aşı konusunda tereddüt, aşı reddi ve aşı karşıtlığı yaklaşımları yıllar içerisinde artmıştır ve yakın zamana kadar Türkiye’de bu türden yaklaşımlar söz konusu değilken, ülkemizin aşı konusunda güvenli ve olumlu bir deneyimi olmasına rağmen, 2017 yılı sonunda 23 bin aile çocuğuna aşı yapılmasını reddetmiştir (13).

Bağışıklama programlarına ve tavsiye edilen aşılar güvenin oluşturulması ve devamının sağlanması zordur. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasından önce sağlık ocaklarında, bölgesel 2500- 3000 kişiye gezici hizmetle; 15-49 yaş kadın izlemi, doğuma yardım, gebe ve bebek izlemi, bağışıklama, evde bakım hizmetlerle kişilerle güven ilişkisi kurulurdu. Aile Sağlığı Merkezleri’nin sunduğu başvuruya dayalı hizmete geçiş, listedeki kişilerden sorumlu olunması, hekim hasta ilişkisine üçüncül kişi (avukat, hakim-tazminat) veya kurumların (Sağlık Bakanlığı-negatif performans, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı-sağlık tedbiri) dahil olması; hekimlerin aşı reddine ilişkin onam alarak, kurumun yargıya başvurarak, bireylerin de aşı tereddüdü hissetmesine yol açarak, bağışıklama ile ilgili sorumluya karar vermekten kaçınmalarına neden olmuştur (13).

Türkiye’de 2010 Aralık ayında başlayıp 2016’da 12 aylık dolaşımın durdurulmasının ardından 2017’de yeniden başlayan ve günümüze dek süren kızamık salgını sadece aşırı reddedenlerle açıklanamaz, ancak aşırı reddedenler hastalanma riski altındadır. Ciddi boyutlara varan ve yıllar içinde artış trendi gösteren aşı reddi sorununa ilişkin önlem almak gerekmektedir (13).

Eksik kalanlar

1. Bağışıklama hizmetlerinde olumlu (BCG Bölge Kampanyaları, Polio Eradikasyon, Yenidoğan tetanozu ve Kızamık Eliminasyon Programları) ve olumsuz deneyimlerimizin eleştirel bir bakışla değerlendirilmesi,
2. Bağışıklama ile ilgili yerel çalışmaların değerlendirilmesi ve görünür-ulaşılabilir kılınması
3. Bağışıklama ile ilgili Gri Literatürün değerlendirilmesi ve görünür-ulaşılabilir kılınması
4. Bağışıklama hizmetlerinin yönetiminde çalışanların birikimlerinin ve sürece ilişkin değerlendirmelerinin derlenmesi
5. İkinci ve üçüncü basmakta hizmet sunum sürecinde bağışıklama hizmetlerine ilişkin tutum ve uygulamaların değerlendirilmesi
6. ...

Türkiye’de Aşılamayı Etkileyen Olaylar

Ülkemize 1988 yılında yaşanan Halepçe katliamı sonrası Irak’tan 51.542 kişi, 1991’deki Körfez Savaşı sonrasında da 467.489, 1992-2001 yılları arasında Bosna’dan 20.000, Kosova’dan 17.746, Makedonya’dan 10.500, son olarak 2011 yılından itibaren Suriye’den yaklaşık 3.000.000 kişi iç savaş nedeniyle Türkiye’ye göç etmiştir (Gülcü ve Arslan, 2018).

Göç edenlerde özellikle kızamık, ishalli hastalıklar, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar sık görülmekte ve en önemli ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Buna en güzel örnek son yıllarda en çok göç aldığımız Suriye’dir. Bu ülkede 2013 yılında çocuk felci vakalarının tekrar tespit edilmesi salgınlar açısından endişe verici boyuttadır. Dünya Sağlık Örgütü de 2016 verilerinde bu ülkeyi çocuk felci açısından hassas ülkeler arasında göstermektedir (20).

Türkiye genelinde düzenlenen hızlandırılmış aşı kampanyasının ilk turu 15 Şubat 2017’de başlayarak 3 Mart 2017’de tamamlanmıştır. Ardından Mayıs 2017’de, aşılanmamış hiçbir çocuğun kalmaması için 13 gün sürecek ikinci tur başlatılmıştır. 5 bin kişilik Sağlık Bakanlığı ekibi, UNICEF ve WHO tarafından desteklenen aşı kampanyalarında, çoğu beş yaşından küçük mülteci çocuklar olmak üzere 120.000’i aşkın çocuğun eksik aşılarını tamamlamıştır. Bu çocukların %95’i Türkiye’nin 20 şehrinde ikamet etmektedir (10).

Türkiye’de, 3 milyon Suriyeli mülteci bulunmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarına yakalanma, büyük göç hareketleri söz konusu olduğunda, küçük çocukları bekleyen önemli risklerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (10).

Kampanyada kullanılan aşılardan Pentavalent, Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) ve Hepatit-B-Türkiye Devleti tarafından ücretsiz karşılanıyor. Pentavalent aşısı; difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve hemofilus influenza b tipiyle ilgili hastalıklara karşı koruma sağlıyor. Aşılama çalışmalarına ek olarak, Sağlık Bakanlığı, yeni elde edilen tüm aşı kayıtlarını da ülkenin sağlık enformasyon sistemine aktarıyor (13).

Aşı İle İlgili Durumlar

Özel Durumlarda Aşılama

Çocuklardaki aşı uygulamalarında sağlıklarıyla ilgili çeşitli durumlarda (kan transfüzyonu, immün sistem baskılanması, organ nakli vs.) dikkatli olunmalıdır. Kısa süre önce kan veya kan ürünleri alanlarda, kanın içinde bulunan antikor aşının oluşturacağı antikor yanıtını engelleyeceği için aşılamalar önerilen sürelerde yapılmalıdır. Örneğin; tam kan, trombosit/plazma, eritrosit süspansiyonu kişiye 10 ml/kg olarak veriliyorsa kızamık ve suçiçeği gibi canlı aşılardan ortalama 6-7 ay sonra uygulanması gerekmektedir (20).

Dalağı olmayan veya hastalığı nedeniyle planlanmış cerrahi splenektomili çocuklarda polisakkarit kapsüllü bakteriler ağır enfeksiyonlara yol açtığı için hib, meningokok, pnömokok aşılarının uygulanması önem kazanmaktadır. Splenektomi ameliyatından 2 hafta önce bu aşılardan yapılmalı ve 5 yıl aralıklarla rapeli uygulanmalıdır (20).

Kemoterapi alan çocuklarda ise mümkünse tüm aşılar kemoterapi başlanmadan önce tamamlanmalıdır. Çünkü kemoterapi sürecinde ve hemen sonrasında aşılar immün ve antikor yanıt istenilen düzeyin oldukça altındadır. Bu nedenle aşılar kemoterapi tamamlandıktan 3 ay sonra (suçiçeği, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, BCG aşıları) uygulanabilir. Ayrıca canlı viral aşılar kemoterapi sırasında viremiye neden olacağından hastalara ve ailelerine önerilmemektedir (20).

Çocuklarda steroid kullanımı da bağışıklık sistemini baskılayarak zayıflatmaktadır. Steroid dozu 2 mg/kg/gün veya 10 kg'dan daha ağır olan çocuklarda günlük toplam 20 mg/kg/gün prednizon ya da eşdeğer tedaviyi 14 günden fazla (prednizon veya eşdeğeri) kullanımı immün baskılamaya neden olur. Bu nedenle canlı aşı steroid tedavisi kesildikten en az 3 ay sonra yapılmalıdır (20).

Kronik böbrek hastalığına (KBH) sahip ve bu nedenle nakil planlanan çocuklarda nakil sürecinde enfeksiyon olasılığını azaltmak için, aşılama büyük önem kazanmaktadır. Ancak nakil hastalarında immunsupresif kullanımından dolayı nakilden hemen önce, sırasında ve hemen sonrasında hastalara canlı aşılar (BCG, canlı oral tifo Ty21a, canlı Japon B ensefalit aşısı, intranazal influenza, kabakulak, kızamık (salgın dönemleri hariç), kızamıkçık, oral polio, suçiçeği, sarı humma) yapılamaz. Nakil sonrası ise difteri - tetanoz- boğmaca, hemofilus influenza, hepatit A, hepatit B, inaktive polio, influenza tip A ve B, meningokok, pnömokok, tifo gibi canlı olmayan aşılar önerilmektedir (20).

Aşı Kayıt Sistemi

Aşılama ile ilgili diğer önemli konu ise aşılama kayıtları ile ilgilidir. Bu kayıtların daha sonraki yıllarda kullanılabilmesi için düzenli bir şekilde saklanması ve işlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle yapılan aşılar elektronik ortama ve aşı kartına uygun şekilde kayıt edilmelidir. Ancak, ülkemizdeki tüm sağlık kurumlarında ortak bir aşı kartı bulunmamaktadır. Her yerde farklı bir aşı kartı kullanılarak sadece isim ve aşının yapıldığı tarih yazılmaktadır (22).

Zamanla bu yazıların silinme, kartın kayıp olma olasılığına karşı, doğumdan itibaren yaşam boyu yapılan aşılarda özelliklerine (tarih, uygulanma yeri, aşı adı gibi) yönelik kayıt edileceği, sorgulanacağı, yan etkilerinin değerlendirileceği, var olan allerjik reaksiyonlar konusunda uyarı, aşı zamanı geldiğinde bildiren elektronik bir sistem bulunmamaktadır. Bu bağlamda, üzerinde hala çalışmaların sürdüğü ontoloji tabanlı bir bilgi sistemi olan Ulusal Aşı Bilgi Sisteminde (UABS) aşı ile ilgili tüm süreçlerin elektronik olarak kayıt altına alınması planlanmaktadır. Böylece sistem aktif hale geldiğinde sağlık kuruluşuna başvuran bir bireyin, aşılama durumu sağlık çalışanları tarafından kolayca değerlendirilebilecek ve sorunun en kısa sürede giderilmesi sağlanacaktır (13).

Aşı Sonrası Yan Etkiler

Dünyada ise aşılarda raporlanması için bazı sistemler kullanılmaktadır. Bunlardan biri aşılarda uygun bir şekilde yapıldıktan sonra görülebilecek yan etkileri raporlayan "Aşı Yan Etki Raporlama Sistemi (Vaccine Adverse Event Reporting System -VAERS)"dir. Ülkemizde böyle bir sistem bulunmamaktadır. Ancak, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler Genelgesi" ile yan etkinin ortaya çıkması durumunda izlenmesi gereken aşamalar belirtilmiştir (20).

Aşılama sırasında birden fazla canlı ve inaktif aşı, aynı anda yapılabilir. Eğer, iki canlı aşı farklı zamanlarda yapılacaksa aralarında en az 4 hafta süre bırakılmalıdır. Ayrıca, enjekte edilen canlı aşılar ile oral canlı aşılar etkileşim göstermezler. İnaktif aşılar ise aynı anda veya farklı zamanlarda birden fazla yapılabilir (20).

Aşıların yan etkileri konusunda da dikkatli olunmalıdır. Çünkü, hiçbir aşı %100 güvenli değildir. Aşıya bağlı reaksiyonlar gelişebilir. Aşı yerinde sistemik reaksiyonlar (döküntü, ateş,

lenfopati) veya lokal reaksiyonlar (kızamık, ağrı, şişlik vb.) gelişebilir. Arthus reaksiyonu veya hipersensitivite reaksiyonu olarak bilinen lokal yan etkiler özellikle difteri ve tetanoz aşılardan sonra ortaya çıkar. Bu durum, genellikle toksoid doz uygulanması sonrasında yüksek antikor cevabından kaynaklanmaktadır (20).

Aşı antijenleri dışında aşının içerdiği antibiyotikler (streptomisin, neomisin, gentamisin ve polimiksin-B), koruyucular (Tiomerosal, fenol, 2-fenoksietanol, benzetonium klorür (femerol)), stabilizatörler (sukroz, laktoz, glisin, MSG (mono sodium glutamate), insan serum albumini, jelatin, magnezyum) ve hayvan proteinlerine karşı alerjik reaksiyonlar oluşabilir. Özellikle yumurta alerjisi ve anafilaktik reaksiyon öyküsü olan kişilerde influenza aşısı risk teşkil ettiğinden yapılmamalıdır (20).

Yaklaşık 8 milyon doz aşılama (kızamık-kabakulak-kızamıkçık, hepatit B, difteritetanoz, difteri-tetanoz-boğmaca, Influenzae tip b ve oral polio aşısı) sonrası anafilaksi gelişme riskini milyon dozda 0.65 olarak bulunmuştur. Çeşitli antibiyotikler içeren oral polio, inaktif polio (neomisin, polimiksin-B, streptomisin) ve kızamık-kızamıkçık-kabakulak, suçiçeği (neomisin) aşılı duyarlı kişilerde alerjik reaksiyonlar yaratabilmektedir. Oral polio aşısına bağlı olarak nadirde olsa (2.4 milyon dozda bir) paralizan hastalık görülebilmektedir (20).

Sağlık Bakanlığı da 2009 yılında yayınladığı Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (ASİE)

Genelgesinde, DaBT-IPA-Hib aşı uygulamasını takip eden ilk 72 saatte oluşabilecek konvülsiyon/ensefalopati reaksiyonları konusunda uyarılmaktadır. Kızamık bileşenli aşılarda ise ortalama 5-12 gün sonrasında ensefalopati/ensefalit, konvülsiyon ve trombositopeni açısından dikkatli olmasını önerilmektedir (20).

Aşılar İle İlgili Tartışmalar

Aşılar ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda aşıların artan otizm vakalarına, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna, nörolojik hastalıklara, enflamatuvar bağırsak hastalıkları ve bazı bağışıklık sistemi hastalıklarına neden olduğuna yönelik iddialar öne sürülmüştür. Bu durum, dünya genelinde aşı karşıtı kampanyaların ortaya çıkmasına ve bu konuyla ilgili organizasyonların doğmasına yol açmaktadır. Dünyada da yıllara göre otizm prevalansının artması bu tartışmaların şiddetlenmesine neden olmaktadır. Otizimden, özellikle KKK aşısı ve içerisinde bulunan thimerosal maddesinin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiyi literatürde destekleyen bilimsel makalelerde bulunmaktadır. Bununla beraber, birçok çalışma thimerosal içerikli KKK aşılı ile otizm arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmektedir. Bu doğrultuda, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılında yayınladığı raporda aşıların içinde koruyucu amaçla bulunan civa içerikli thimerosal maddelerinin toksik düzeyde bulunmadığı ve kullanımına devam edilmesi gerektiği önerilmektedir. Ancak, Amerika olumsuz söylentiler karşısında, 2001 yılında, aşılama oranlarının düşeceği endişesi ile civa içeren aşıları uygulamadan kaldırmıştır (20).

Aşılamada analjezik kullanımı ile ilgili de bazı görüşler ortaya atılmıştır. Bu görüşler, aşılamada analjezik profilaksisi uygulamasının ateş reaksiyonu üzerine ve antikor yanıtına etkisi konusunda olmaktadır. Ateşin aşılamadan sonra normal enflamasyon sürecinin bir parçası olmasına rağmen, yüksek ateşe bağlı konvülsiyon geçirilmesi endişesi ile profilaktik antipiretikler verilmektedir. Ancak, literatürde bu bilgiyi destekleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yaklaşık 25 yıl önce yapılan iki çalışmadan birincisinde tedavi amaçlı profilaktik asetaminofen (analjezik-antipiretik) DTB aşılamanın 4. saatinde, diğerinde ise ilk 48 saat içinde uygulanmış ve antikor yanıtına etkisi olmadığı saptanmıştır (20).

Yapılan çalışmalarda, profilaktik asetaminofen kullanımının rutin uygulanmaması gerektiği ve çocukluk çağı aşılamalarında yeri olmadığı belirtilmektedir. Çünkü profilaktik asetaminofen

kullanımı hem aşı yan etkisini hem de doktora başvuru sıklığını etkilememektedir. Bununla birlikte, antikor yanıtında da azalmaya yol açabilmektedir (20).

Yapılması Gerekenler

Zorlukların üstesinden gelmek için bağışıklama topluluğunun kazanılmış kazanımlarını sürdürmeye çalışması için daha fazlasını yapmayı ve daha iyi şeyler yapmayı hedeflemesi, bunu da farklı uygulamalar katarak geliştirmesi gerekmektedir. Bağışıklama hizmetlerine emek verenler zor elde edilmiş kazanımları sürdürmeye çalışmalı, aynı zamanda daha fazla ve daha iyi şeyler yapmayı hedeflemelidir. Zorlu kazanımlar kolayca kaybedilebilir. Çocukların aşılanmadığı durumlarda, salgınlar ortaya çıkar ve elimine edilmiş hastalıklar bir kez daha endemik hale gelir. Kitlesel kentleşme ve göç, nüfus artışı, çatışma, doğal afetler ve çevre bozulması gibi yeni ortaya çıkan sorunların ulusal aşı sistemlerinde değişikliğe neden olması olasıdır. Şimdi, küresel ölçekte, her zamankinden daha fazla, ulusal bağışıklama sistemlerinin başarılı olmaları için gereksinim duyduğu siyasi irade, sürdürülebilir yatırım ve toplum desteğine sahip olması çok önemlidir (17).

Eşitlik, en dezavantajlı, marjinal ve ulaşılması güç nüfusların, özellikle de doğal olarak felaketlerden ve çatışmalardan etkilenenler de dahil olmak üzere, herkesin aşılanmanın faydalarından yararlanmasını sağlamak için güçlü bir itici güç olmaya devam etmelidir. Bağışıklama, etkili ve adil sağlık sistemlerinin inşa edilebileceği bir altyapı sağlayan, evrensel sağlık sigortasının merkezi bir dayanağıdır (17).

Ortaklıklar, Küresel Aşı Eylem Planının başarılarının anahtarı olarak, gelecek için kritik öneme sahiptir. Bu, küresel sağlık güvenliğinin yanı sıra antimikrobiyal direnç karşı savaşın yanı sıra, birçok Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine katkıda bulunabilir. Ülkeler gelecekteki bir aşı stratejisinin merkezinde olmalıdır. Bölgeler, ulusal bağışıklama sistemlerinin geliştirilmesinin desteklenmesinde kilit rol oynamalı, küresel bağışıklık ortakları da bağışıklama için uygun bir ortam yaratmak için birlikte çalışmaya devam etmelidir (17).

2020 sonrası bağışıklamanın güçlendirilmesi için 2017'nin salgınları, bütün ülkelere bir hatırlatmadır. Etkili ulusal bağışıklama sistemleri; sürekli geliştirilmeyi, politik bağlılığı ve halk desteğini sürdüren dinamik yapılar olmalıdır. Tüm ülkelerin bağışıklık sistemlerini sağlık sistemlerinin özü olarak görmesi ve tüm vatandaşların bağışıklamayı temel bir insan hakkı olarak görmesi gerekmektedir. Ülkelerin bağışıklık sistemleri olmazsa, ülkeler, bölgeler ve bir bütün olarak dünya daha az sağlıklı, daha az güvenli ve daha az refahlıdır. Kendi tehlike ve risklerimizi oluşturmamalıyız (17).

Şimdi, dünyanın yukarıdaki zor kazanılmış kazanımlarını sürdürmek ve 2020 sonrası bir stratejiyi şekillendirmek için 10 yıllık sonuçlardan ders çıkarma zamanıdır. Bağışıklamanın artık gerekli olmadığı bir nokta asla gelmeyecek. Her yıl, 130 milyondan fazla yeni doğan bebek doğuyor - her biri aşı ile önenebilir hastalıklara karşı korunmayı hak ediyor. Bağışıklamanın faydalarını ek yaş gruplarına genişletmek ve yeni aşılar ve aşı dağıtım teknolojilerini tanıtmak için heyecan verici fırsatlar var. Bu nedenle, planın sonu yaklaşırken, yeni bir stratejinin geliştirilmesinin 2020 yılında, planın bitiminden önce başlaması gerekmektedir (17).

Öneriler

1-Ülkeler, bölgeler ve küresel aşılama ortakları, 2020 sonrası küresel aşılama stratejisini entegre etmek için taahhütte bulunmalıdır (17):

- 2020 sonrası bir stratejiyi bilgilendirmek için Küresel Aşı Eylem Planının ilerlemesi, etkisi ve uygulanışı hakkında kapsamlı bir gözden geçirme yapılmalıdır.
- Küresel Aşı Eylem Planı için izleme ve değerlendirme çerçevesi, 2020 sonrası bir strateji için gözden geçirilmelidir.

- 2020 sonrası bir strateji, 10 yıl boyunca öğrenilen dersler üzerine kurulmalı ve 2018 Değerlendirme Raporunda belirtilen ana temalar kullanılmalıdır.

2-Küresel Aşı Eylem Planı öncelikleri, planın sonuna kadar aşılama faaliyetlerini sürdürmelidir (17):

- Genel sağlık sigortasına ulaşılması, ulusal planlarla uyumlu sağlam ve etkili ulusal bağışıklama sistemlerinin oluşturulması ve sürdürülmesi için ülke desteğine özel odaklanılmalıdır.
- İnsani acil durumlardan etkilenenler de dahil olmak üzere göçmen, yerinden olmuş ve dezavantajlı gruplar için aşı hizmetlerine eşit erişimi sağlamada, en iyi uygulama çerçevesi geliştirilmelidir.
- Birey ve toplumun aşılama talebinin geliştirilmesine ülkeler içinde yüksek öncelik verilmelidir.

3-Araştırmanın aşlamaya katkısı artırılmalı ve genişletilmelidir (WHO, 2018):

- Yeni ürün tasarımı, geliştirme ve değerlendirmede yakın işbirliğini sağlamak için aşı Ar-Ge ve uygulama toplulukları arasındaki bağlantılar daha da güçlendirilmelidir.
- Ulusal bağışıklama sistemlerinin performansını artırmak ve hizmet sunumundaki yenilikleri yoksul nüfusa ulaştırmak ve değerlendirmek için uygulama ve araştırmalardan daha fazla yararlanılmalıdır.
- Tüm bu alanlarda düşük ve orta gelirli ülkelerde bağışıklama araştırma kapasitesi geliştirilmelidir.

Sonuç olarak:

- Bağışıklamayı, tüm ülkelerin sağlık sistemlerinde temel bir öge ve tüm vatandaşların temel bir insan hakkı olarak görmeleri gerekir. Bu, ulusal bağışıklama sistemlerini güçlendirmek, talep oluşturmak ve aşı tereddüdüyle mücadele anlamına gelecektir.
- Eşitlik, herkesin, özellikle de en dezavantajlı, marjinal ve ulaşılması güç nüfusların, çatışmalardan, doğal afetlerden ve diğer insani acil durumlardan etkilenenlerin bağışıklamanın faydalarından yararlanmalarını sağlamak için güçlü bir itici güç olmaya devam etmelidir.
- Genel sağlık kapsamı yaklaşımını güçlendirici bir yaklaşım bağışıklama hizmetlerini temel sağlık hizmetlerinin çekirdek ögesi olarak konumlandırır.
- Yenilikçi yeni araştırma ve geliştirme çalışmaları sayesinde, HIV, sıtma ve tüberküloz için etkili aşılar her zamankinden daha yakın bulunmaktadır. Yeni aşıların geliştirilmesinin yanı sıra araştırmalar, erişim ve kabul edilebilirliği artıran yeniliklerin sunulmasına ve genişletilmesine ve en fakir, en ötekileştirilmiş topluluklara ulaşmak için bağışıklama hizmetlerinin durmaksızın iyileştirilmesine yardımcı olmalıdır.

Sonuç

Bulaşıcı hastalıklardan korunmada en etkili, güvenli ve ucuz yöntem kişilerin aşılmasıdır. Aşı uygulamalarında öncelikli hedef sakatlık ve ölümü engellemektir. Bu nedenle bağışıklama çocuk sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinde en önemli basamaktır. Her ülke, kendi toplumsal özellikleri, gelir durumları, görülen bulaşıcı hastalıklar açısından bir bağışıklama çizelgesi oluşturmalı ve ihtiyaç durumunda güncelleyerek uygulamaya devam etmelidir. Bulaşıcı hastalıklardan korunma düzeyini yükseltmek ve sağlıklı nesiller oluşturmak oldukça önemlidir. Bunun için aşılama oranlarının artırılması ve aşılama politikalarının başarılı bir şekilde yürütülmesi gereklidir.

Sağlık personelinin eğitimi ve sağlık çalışanlarının aşılarıdaki güncel yaklaşımları ve yasal düzenlemeleri yakından takip etmeleri oldukça önemlidir.

Kaynaklar

- 1- Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, editörler. Pediatri Hemşireliği, Akademisyen Tıp Kitabevi. 2. Basım. Ankara, 2018.
- 2-Türkiye İstatistik Kurumu. Çocuk İstatistikleri-Sağlık Veri; 2018 (Erişim; 04.11.2019) <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=209&locale=tr>
- 3-Arısoy ES, Çiftçi E, Hacımustafaoğlu M, Kara A, Kuyucu N, Somer A, et al. Clinical practical recommendations for Turkish national vaccination schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the schedule. J Pediatr Inf 2015; 9(1): 1-11.
- 4-Ehreth, J. The global value of vaccination. Vaccine 2003; 21(7-8): 596-600.
- 5-WHO/UNICEF [Internet]. Global Immunization Data, July 2014 [Updated: 2013; Cited: 2016 Dec 16]. Available from: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/global_immunization_data.pdf?ua=1.
- 6-Pittet LF, Posfay-Barbe KM. Immunization in transplantation: review of the recent literature. Curr Opin Organ Transplant 2013; 18(5): 543-8.
- 7-WHO (2016). Immunization Coverage. Fact sheet [Updated: 2016 Sep; Cited: 2016 Nov 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>.
- 8- WHO (2013). Library Cataloguing-in-Publication Data Global vaccine action plan 2011-2020; Immunization programs, Vaccines – supply and distribution, Health Promotion, Research, National health programs. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 150498 0 (NLM classification: WA 115).
- 9-WHO, (2019). Global Immunization News (GIN), Health topics, Immunization. (güncellenme: 2019; erişim tarihi: 19.05.2019).
- 10-UNICEF, data.unicef.org [Internet] Country profiles, Turkey, Key demographic indicators (erişim tarihi:19.05.2019) <https://data.unicef.org/country/tur/>
- 11-UNICEF, [Internet]. Immunization Facts and Figures [Updated: 2013; Cited: 2016 Dec 16]. Available from: [https://www.unicef.org/immunization/files/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Immunization_April_2013\(1\).pdf](https://www.unicef.org/immunization/files/UNICEF_Key_facts_and_figures_on_Immunization_April_2013(1).pdf).
- 12-Atasever M. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Yayınevi; 2014.
- 13-Eskiocak M ve Marangoz B (2019). Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- 14-Andrus JK. Vaccinology and Immunization. In: (<http://www.epibiostat.ucsf.edu/igh/programmes/programmes.html>) accessed June 23, 2001.
- 15-Ayçiçek A. Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılanma hızları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47(3): 183-8.
- 16-T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Ankara: Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009/17, 2011 [Son güncelleme tarihi: Ekim 2011; Erişim tarihi: 13 Mart 2017]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programigenelgesi-2009.html>.
- 17-WHO (2018). Assessment report of the Global Vaccine Action Plan. Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. Geneva: (WHO/IVB/18.11). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 18- Özkan S, Ceylan M. Ulusal Aşı Çalıştay; 27-29 Mart 2014; Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Enfeksiyon Hastalıkları Derneği; 2014.

- 19- Akova M, Oder BE, Ergönül Ö, Ruacan Ş, Türker K. Bilim Akademisinin Aşılama ile İlgili Görüşü [Internet]. [Son güncelleme tarihi: 2015; Erişim tarihi: 10 Şubat 2017]. Erişim adresi: <http://bilimakademisi.org/wp-content/uploads/2015/07/BilimAkademisiAsiDuyurusu2015.pdf>.
- 20-Gülcü S ve Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 8(1): 34-43.
- 21-Çapanoğlu, E. (2018). Sağlık Çalışanı ve Ebeveyn Perspektifinden Çocukluk Çağı Aşılarının Reddi Niteliksel Bir Araştırma (Master's thesis, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- 22-Şahin M, Zencir M, Gözübüyük AA, Pektaş BA. Seroprevalence of Hepatitis B Surface Antigen, Anti-Hepatitis B Surface and Anti-Hepatitis C Virus Among Pregnant Women Residing in Şırnak Province. Viral Hepatitis Journal 2018; 24(1): 7-11 Doi: 10.4274/vhd.0010

ÇOCUKLARIN CİNSEL EĞİTİMİNDE DİJİTAL MEDYANIN ROLÜ THE ROLE OF DIGITAL MEDIA IN SEXUAL EDUCATION OF CHILDREN

Doç. Dr. Ayşe GÜROL*

*Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Giriş

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde internet erişimi olan kişilerin sayısı artmaya devam etmektedir (1). Sosyal medya kullanım istatistikleri ve internet kullanım istatistiklerinin yaş dağılımına baktığımızda; internet kullanımının çocukluk döneminden başladığını görülmektedir. Dünya’da internet genel kullanıcı sayısı toplamda 4.38 milyar kişidir (2). Amerika Birleşik Devletleri’nde, ergenlerin %93’ü internet kullanıcısı ve bu ergenler internete kişisel ve/veya kamu bilgisayarları ile cep telefonları üzerinden erişmektedir (3). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması sonuçlarına göre bilgisayar ve internet kullanımı 2018 yılında 16-74 yaş grubundaki bireylerde sırasıyla %59,6 ve %72,9’dur. Bu araştırma sonuçlarına göre hanelerin %88,3’ünün evden internete erişim imkânına sahip olduğu saptandı (3).

Eğitim ortamlarında sıklıkla kullanılan internet, mekân bağımsızlığı avantajı ile insanlar arası etkileşimi arttırmıştır (4). Web tabanlı platformlar, dünya çapında insanlar için iletişimi önemli ölçüde değiştirdi (5). Günümüzde bilgiye olan aşırı talep karşısında geleneksel eğitimin yetersiz kalması, özellikle gençler arasında internet kullanım sıklığını ve web tabanlı platformların önemini artırmıştır (6). Bloglar, tartışma forumları, sosyal ağ siteleri, paylaşılabılır video siteleri ve wiki’ler işbirlikli öğrenmenin sanal ortamda gerçekleşme şekilleri olarak görülmektedir (7).

Web tabanlı eğitim birçok alanda kullanılmakla birlikte sağlık alanında da kullanılmaktadır (8). İnternet kullanım oranlarındaki artış ve iletişim araçlarındaki çeşitlilik, sağlık eğitimi, genel olarak sağlığın geliştirilmesi ve özellikle cinsellik eğitiminde önemli bir fırsat sağlayabilir. İnternet ve diğer dijital medya türleri, cinsellik eğitiminde coğrafi sınırların yıkılması için fırsatlar sağlayabilir (1,5). Gençler arasında her yerde yeni teknolojinin ve medyanın kullanımı, gençlerin cinsel sağlığını geliştirmek, cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve planlanmamış gebeliklerin önlenmesi/erken müdahalesi için birçok fırsat sunmaktadır (9).

Yeni dijital medya aracılığıyla eğitimler tüm dünyaya yayılabilir, belirli toplumlar ve topluluklar için özelleştirilebilir, böylece kendi kendine öğrenme için kişilere fırsatlar sunar. Alan yazında, cinsel eğitim programlarında gençleri eğitmek için Web siteleri, Sosyal ağ siteleri ve yazılı mesajlaşma programları kullanılmıştır (10). Daha çok gence ulaşmak ve davranış değişikliği yaratmak amacıyla cinsel sağlığı geliştirme yaklaşımlarında mesajlaşma, arama ve sohbet etme gibi teknolojiler kullanılmaktadır (11-13). Yapılan çalışmalarda, mobil müdahaleler açısından hazırlanmış kısa mesaj servisinin, cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil olmak üzere, çeşitli sağlık davranışları için kısa vadeli davranış değişikliğini teşvik etmek amacıyla başarılı bir şekilde kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (5,14). Bununla birlikte, bu tür girişimlerin nasıl uygulanabileceği ve değerlendirilebileceği de dahil olmak üzere sosyal ağ siteleri tabanlı cinsel sağlığı teşvik etme konusunda az sayıda yayınlanmış araştırma bulunmaktadır (1).

Geleneksel kitle iletişim araçları kullanılarak yapılan cinsel sağlık kampanyaları tipik olarak elektronik ortamların (örneğin televizyon, statik web siteleri, radyo) ve popüler mekânlarda (örneğin toplu yaşam alanlarındaki afişler) reklamların kullanılmasını içerir. Bu tür eğitim veya kampanyalar tek yönlü yapıları nedeniyle insanlarla etkileşimde bulunma konusunda sınırlı kapasiteye sahiptir. Her ne kadar okul programları ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan eğitimler aracılığıyla çok sayıda gence ulaşılabilir de, sosyal medya etkileşimli olma bu geleneksel yöntemlerle kaçırılacak daha geniş bir gruba ulaşma potansiyeline sahiptir (1).

Ergenlere cinsel sağlık bilgisi sağlanması, sağlıklı cinsel gelişimin teşvik edilmesinde ve cinsel davranışların olumsuz sonuçlarının azaltılmasında önemli bir araçtır. Ulusal halk sağlığı hedefleri ve çok sayıda tıbbi ve halk sağlığı kuruluşu, ergenlerin çeşitli konularda cinsel eğitim almasını önermektedir (15). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Adolesan Sağlığı Geliştirme Takımı ve konuyla ilgili çalışmalarda bulunan bütün kuruluşların öncelikli olarak uyguladığı programlar, adolesan sağlığının korunması ve hastalıkların önlenmesi, adolesanların beslenmesi, adolesan cinsel sağlığının desteklenmesi konularına yönelik olmaktadır. Bu hizmetlerin sağlanabilmesi için Adolesan Destek Birimleri kurulmaktadır (16).

İnternet, sağlık bilgilerini ergenlere yaymanın en uygun yolu olarak kabul edilmiştir. İnternet sadece çok çeşitli sağlık bilgilerine anında erişim sağlamakla kalmaz, aynı zamanda, kullanıcıların bu tür bilgilere anonim olarak erişmelerini de sağlar. İnternetin sağladığı mahremiyet ve gizlilik, ergenlerin hassas sağlık konuları hakkında utanmadan, bilgi almalarını sağlar. Bunula birlikte, yetişkinlerle karşılaştırıldığında, ergenler internet ve bilgi iletişim teknolojilerini daha kolay benimsemişlerdir. Bu nedenle, interneti hassas sağlık konularındaki bilgileri gençlere yaymak için kullanmak cazip bir olasılıktır. Gençlerin, özellikle de ergenlerin çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı, birçok yeni çalışmanın odak noktası olmuştur (17).

KAYNAKLAR

1. Nguyen P, Gold J, Pedrana A, Chang S, Howard S, Ilic O & Stooze M. (2013). Sexual Health Promotion on Social Networking Sites: A Process Evaluation of The Facespace Project. *Journal of Adolescent Health*, 2013;53(1):98-104.
2. <https://dijilopedi.com/2019-internet-kullanimi-ve-sosyal-medya-istatistikleri/>
3. Lenhart A, Purcell K, Smith A, & Zickuhr K. Social Media & Mobile Internet Use Among Teens and Young Adults. Millennials. Pew internet & American life Project, 2010.
4. Tekedere H, Mahiroğlu A. İlköğretim Dersi İçin Web Tabanlı Probleme Dayalı Öğrenme Yazılımının Geliştirilmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012;13(2):95-114.
5. Guse K, Levine D, Martins S, Lira A, Gaarde J, Westmorland W & Gilliam M. Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 2012;51(6): 535-543.
6. Düzakın E & Yalçınkaya S. Web Tabanlı Uzaktan Eğitim Sistemi ve Çukurova Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Yatkinlikleri. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2008;17 (1):225-244.
7. Wang H. Collaborative Learning in Internet-Based Distance Education, 2011. "http://world-comp.org/p2011/EEE3366.pdf" adresinden erişim tarihi: 31.08.2015.
8. Hammarlund CS, Nilsson MH, and Gummesson C. External and Internal Factors Influencing Self-Directed Online Learning of Physiotherapy Undergraduate Students In Sweden: A Qualitative Study. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 2015;12: 33.
9. Allison S, Bauermeister JA, Bull S, Lightfoot M, Mustanski B, Shegog R, & Levine D. The Intersection of Youth, Technology, and New Media With Sexual Health: Moving The Research Agenda Forward. *Journal of Adolescent Health*, 2012; 51(3): 207-212.
10. Lim MS, Hocking JS, Hellard ME, & Aitken CK. SMS STI: A Review of The Uses of Mobile Phone Text Messaging in Sexual Health. *International Journal of STD & AIDS*, 2008; 19(5): 287-290.
11. Boyar R, Levine D, Zensius N. Youth Sexuality and Reproductive Health in the Digital Age. Oakland, CA: ISIS, Inc; 2011. TECHsex USA.
12. Gilliam M, Allison S, Boyar R, et al. New Media and Research: Considering Next Steps. *Sex Res Soc Policy*, 2011; 8:67-72.
13. Perry RCW, Kayekjian KC, Braun RA, et al. Adolescents' Perspectives on The Use of A Text Messaging Service For Preventive Sexual Health Promotion. *J Adolesc Health*, 2012; 51:220-225.

14. Lim MS, Hocking JS, Aitken CK, et al. Impact of Text and Email Messaging on The Sexual Health of Young People: A Randomized Controlled Trial. J Epidemiol Community Health, 2012; 66:69–74.
15. Lindberg LD, Maddow-Zimet I & Boonstra H. Changes in Adolescents' Receipt Of Sex Education, 2006–2013. Journal of Adolescent Health, 2016;58(6):621-627.
16. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf
17. Zhao S. Parental Education and Children's Online Health Information Seeking: Beyond the Digital Divide Debate. Social Science & Medicine, 2009;69(10):1501-1505.

AİLELERİN AŞI KABUL/RED DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER VACCINE ACCEPTANCE REJECTION OF FAMILIES AND AFFECTING FACTORS

Dr. Emced ELUBEYD *

* Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi

ÖZET

Günümüzde, aşilar bazı olumsuz durumların sorumlusu olarak gösterilmekte, dünya genelinde aşı karşıtı kampanyalar ve bazı organizasyonlar yapılmaktadır. Bunlarla birlikte, araştırmaların çelişkili sonuçları, karışık algılara ve aşı karşıtlığına neden olabilmektedir. Bağışıklamada, aşı karşıtlığı ve aşı tereddüdü kavramlarının birlikte ele alınmaları gerekmektedir. Bu sunuda, ailelerin aşı kabul-red durumları ve etkileyen faktörler ele alınacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile, Aşı, Kabul, Red, Etkileyen Faktör.

ABSTRACT

In today, Vaccines are shown to be responsible for some adverse conditions. Anti-vaccination campaigns and some organizations are been made around the world. However, the contradictory results of reseachs might caused to mixed perceptions and vaccine antagonism. In immunization, the concepts of vaccine antagonism and vaccine hesitation should be considered together. In this presentation, the vaccine acceptance-rejection status of the families and the influencing factors are discussed.

Key Words: Family, Vaccine, Acceptance, Rejection, Affecting Factor.

GİRİŞ

Aşılama bulaşıcı hastalıkları önleme, ölüm ve hastalık oranlarını azaltma, sağlığı geliştirme konusunda en etkili araçlarından biridir (1,2). Ancak, aşilar bazı olumsuz durumların sorumlusu olarak algılanmaktadır (3).

Aşıların artan otizim vakalarına, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna, nörolojik hastalıklara, enflamatuvar bağırsak hastalıkları ve bazı bağışıklık sistemi hastalıklarına neden olduğuna yönelik iddialar öne sürülmüştür (4). Dünya genelinde aşı karşıtı kampanyalar ve bazı organizasyonlar yapılmıştır (5). Yıllara göre otizim prevalansının artması, tartışmaları şiddetlendirmektedir. Otizimden, özellikle KKK aşısı ve içerisinde bulunan thimerosal maddesinin sorumlu olduğu düşünülmesi ve literatürde bunu destekleyen bilimsel makaleler bulunduğu, fakat, birçok çalışmanın thiomersal içerikli KKK aşıları ile otizm arasında bir ilişki saptamadığı aktarılmıştır (4). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılında yayınladığı raporda, aşıların içinde koruyucu amaçla bulunan civa içerikli thiomersal maddelerinin toksik düzeyde bulunmadığı ve kullanımına devam edilmesi gerektiği önerilmiştir (6). Ayrıca, analjezik profilaksisi uygulamasının aşılama ateş reaksiyonunu ve antikor yanıtına etkilediği öne sürülmüştür. Ateş aşılama sonrası normal enflamasyon sürecinin bir parçasıdır. Fakat yüksek ateşe bağlı konvülsiyon geçirilmesi endişesi ile profilaktik antipiretikler uygulanmaktadır (7). Bazı çalışmalar, profilaktik asetaminofen kullanımının rutin uygulanmamasını ve çocukluk çağı aşılama sırasında yeri olmadığını belirtirken (7,8,9), bazıları hem aşı yan etkisini hem de hekime başvuru sıklığını etkilemediğini vurgulamış, diğer bir çalışma da antikor yanıtında azalmaya yol açabildiği belirtilmiştir (10). Bu, çelişkili sonuçlar, karışık algılara ve aşı karşıtlığına neden olabilmektedir (4).

Bağışıklamada, aşı karşıtlığı daha çok ön plana çıksa da buz dağının görünmeyen yüzü olan aşı tereddüdü kavramı bütüncül yaklaşım açısından önemlidir. Aşı tereddüdü, aşılamanın güvenliliği ve gerekliliği hakkındaki şüpheleri ifade etmektedir. Aşı konusunda tereddütlü ebeveynler aşıların çoğunu yaptırdığı halde sıklıkla aşıların bazılarını ya da hepsini geciktirmekte ve sonuçta çocuklarını aşı ile önlenabilir hastalıklar açısından risk altına sokmaktadır (11). Ebeveynlerin %15'inin çocuklarının aşı yerine hastalığı geçirerek bağışıklık kazanmasının daha iyi olacağını düşündüğü bildirilmiştir (12). Aşı tereddüdü olan kişilerin

forumlarda yazdıkları görüşlerin incelendiği bir çalışmada aşılarla ilgili ana şikayetin “çok fazla ve çok erken” olduğu yönünde olup sonuçta ebeveynlerin klinisyenlerden sıklıkla takvimdeki aşılarının ertelenmesini talep ettikleri ve bunun kabul gördüğü bildirilmiştir (13,14,15). Bütün bu durumlar ışığında, bu sunuda, ailelerin aşı kabul-red durumları ve etkileyen faktörler ele alınacaktır.

Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler İletişim ve Medya

Televizyon ve sosyal medya araçları aşılarla yönelik olumlu ya da olumsuz tutumların ve geniş çevreleri etkileyecek platformların oluşmasına neden olabildiği, internetin, aşı karşıtlarının kendilerini öne çıkarmaları için önemli bir ortam olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, medyada toplumun geneline ulaşan aşı ve aşılama hakkındaki haberler aşı kabulünü ya da aşı çekingenliğini etkileyen faktörlerden biridir. Ülkemizde, aşı aleyhinde yapılan haberler aşıların otizm, subakut sklerozan panensefalit (SSPE) gibi hastalıklara neden olduğuna ilişkin iddialarda bulunurken, aşı lehinde yapılan haberler kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısının otizme neden olmadığı, aşıların neden yaptırılması gerektiği hakkında bilgi aktarmaktadır (16).

Toplum Üzerinde Etkili Kişilerin Karşıtlığı

Bir habere göre hekim, milletvekili, müftü, akademisyen, yazar ve ünlü kişilerin olduğu bir gruba sorulan “Çocuğunuza domuz gribi aşısı yaptırır mısınız?” sorusuna 16 kişiden 14’ü soruya olumsuz yanıt vermiş (17). Devlet liderleri, ünlü kişiler ve dini liderler gibi kitleler üzerinde etki yaratabilen kişilerin aşılarla yönelik tutumları ve uygulamaları, toplumun aşı kabulünü ve çekingenliğini doğrudan etkileyebildiği belirtilmiştir (16).

Sosyo-Demografik Özellikler

Ailedeki çocuk sayısı, ebeveynlerin eğitim durumları, ebeveynlerin aşı konusundaki düşünce ve yaklaşımları, ailelerin dini inançları, sosyal güvence varlığı gibi sosyo-demografik özelliklerin çocukların aşılanma durumlarını etkilemektedir (18,19,20,21). Ayrıca, çocuğun sosyal güvencesinin olmamasının aşılanma oranlarını azalttığını yorumlayan yayınlar mevcuttur (22,23).

Politikalar ve Yasalar

Sağlık hedeflerine ulaşılabilmesi ve sağlık halinin sürdürülebilirliğinin sağlanması için oluşturulan politikalar ve koyulan yasalar oldukça önemlidir. Yurt dışında uygulanan aşılama politikalarına bakıldığında, Amerika’daki eyaletlerde okula başlamadan önce bütün çocukların aşılanması gerektiği, Mississippi ve Batı Virginia eyaletlerinin tıbbi gereklilikler dışında aşı reddini onaylamadığı belirtilmektedir. Aşılamamanın zorunlu olmadığı Avustralya’da halk aşılama için maddi açıdan teşvik edilmektedir. Slovenya ise aşı uygulamaları konusunda sert bir politikaya sahiptir ve aşı reddi tıbbi istisnalar dışında kabul görmemektedir (24). Ülkemizde, sağlık programında yer alan aşılar her çocuğa rutin olarak ücretsiz bir şekilde uygulanmaktadır (16).

Coğrafi Engeller

Ailelerin sağlık kuruluşuna olan uzaklıklarının fazla olması ve ulaşım zorlukları çocukların aşılanamamalarının nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. 0-12 aylık çocukların aşı devamsızlık nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, 1.5-5 yaş arası çocuğu olan 350 aile arasından 39’u evleri sağlık kuruluşuna çok uzak olduğu için çocuklarına aşı yaptırmadıkları belirlenmiştir (25).

İlaç Endüstrisi

İlaç endüstrisinin toplum sağlığı yerine finansal çıkarlarını gözettiği algısı, aşı çekingenliğine ve güvensizliğine neden olmaktadır. İlaç endüstrisinin zorladığı ve aşılar hakkında şeffaflığın sağlanmadığı düşüncesi aşı uygulamalarını olumsuz etkilemektedir (16).

Geçmiş Aşı Tecrübeleri

Geçmiş aşılamalara ilişkin olumlu ya da olumsuz tecrübeler, kişilerin aşılarla çekinceyle yaklaşmalarını veya gönüllülüklerini etkileyebilmektedir. Aşılarla bağlı yan etkilerin görülmesi aşı çekingenliğini artırabilir veya aşılanmayan bir kişinin, aşı ile önlenebilir hastalıklar nedeniyle mağdur olduğunun bilinmesi kişileri aşılamaya sevk edebilir (16).

Sağlık ve Önleyici Uygulamalara İlişkin İnanç ve Yaklaşımlar

Aşı ile önlenabilir bazı hastalıkların geçirilmesinin bağışıklığın oluşması için gerekli olduğu emzirme, geleneksel veya alternatif yöntemlerin aşılama kadar veya aşılamaadan daha önemli olduğu düşünceleri aşı tereddüdünü artırabilmektedir (16).

Bilgi ve Farkındalık

Çocukların aşılanma durumları, aşısız veya eksik aşıli olmaları ile ilgili nedenlerin araştırıldığı bir çalışmada annelerin, çocuklarının bağışıklama ve aşı ile korunabilir hastalıklar ilgili doğru bilgi oranları 7.5-89.6 arasında değişmiş, annelerin büyük çoğunluğunun aşı ile korunabilir hastalıkların ya bulaşıcı olmadığını düşündüğü veya bulaşıcı olduğunu bilmediği, annelerin yaklaşık yarısının çocukluk döneminde aşı ile korunabilir hastalıkların ciddi olduğunu bilmediği veya ciddi olmadığını düşündüğü saptanmış, annelerin %6,7'sinin çocuğunun kısır kalacağı düşüncesiyle aşı yaptırmadığı belirlenmiştir (26). Diğer bir çalışmada, annelerin bilgi ve eğitim düzeyinin yüksek olması, aşılanma oranını artırdığı saptanmıştır (25). Başka bir çalışmada, annelerin %28,6'sının aşının herhangi bir nedenle yapılamadığı ya da aksadığı durumlarda daha sonra yapılabileceğini ve aşılamanın kaldığı yerden devam edebileceğini bilmediği, anne eğitim düzeyi artsa bile annelerin kaçırılan bir aşının daha sonra da yapılabileceğini bilmedikleri saptanmıştır (27). Altı yaş ve daha küçük çocuğu olan ailelerin aşı ile önlenabilir hastalıklar, aşılar, bağışıklama uygulamaları ve politikalarına ilişkin bilgilerini inceleyen bir çalışmada, katılımcıların %87'sinin bağışıklamayı çocuklarını sağlıklı tuttuğu için oldukça önemli bir uygulama olarak kabul etmesine, rağmen diğerlerinin sahip olduğu bilgilerin yanlış olduğu belirlenmiş, sağlık hizmeti çalışanlarının bağışıklama konusunda en önemli bilgi kaynağı olduğunu vurgulanmıştır (28). Çoğunluğu düşük gelir grubunda olan anneler ile yapılan bir çalışmada çocuklarını aşılatmamaları nedenleri arasında, bir sonraki aşı tarihini yanlış anlama, sağlık hizmetlerine ulaşamama, hasta olma ve evle ilgili işler nedeniyle gidememe gibi nedenler yer almıştır (29).

Sağlık Sistemi ve Sağlayıcılara Güven, Kişisel Deneyimler

Bir çalışmada, annelerin sağlık sistemine ilişkin tanımladığı engeller sırasıyla; ulusal aşı takviminin karışık ve anlaşılmasız olması, sağlık ocağında kuyruk olması, bağışıklama hizmetlerine duydukları güvensizlik ve aşı kayıtlarının düzensiz olması şeklinde sıralanmıştır (26). Diğer bir çalışmada, katılımcıların %21,2'si aşılardan zararlı olduğu söylendiği için, %12,1'i aşılardan ücretli olduğunu düşündüğü için çocuklarını aşılatmadıklarını belirtmişlerdir (20).

Risk ve Yarar

Aşılarla yönelik çekincesi olan ailelerin kaygılarını belirlemeye yönelik yayınlanan bir derleme makalede, aşılarla yönelik çekincenin algılanan risklerle alakalı olduğu vurgulanmış, aşıyla önlenabilir hastalıklar azaldığından beri, aşı yan etkilerinin ailelerin gözünde daha büyük risk olarak görülmeye başlandığı, risk algısının kritik olduğu belirtilmiştir (30). Burada, temel itiraz noktaları, aşılardan kaynaklanan yan etkiler ve aşılardan içerdiği maddelerin uzun dönemde vücutta yaptığı komplikasyon ve tahribatlara yönelik endişelerdir (31).

Sosyal Normlar

Kişiler ve toplumların aşılarla yönelik tutumları, bireylerin aşılamaa yönelik tutumlarını ve uygulamalarını doğrudan etkileyebilmektedir (16). Avrupa Hastalık Koruma ve Önleme Merkezinin aşı kararsızlığı hakkında yapılan araştırmaları ve bilgileri derlemek için yaptığı bir çalışmada, tek bir grubun tamamen aşılardan konusunda kararsız olamayacağı, ancak aşı konusunda kararsız ve çekingen olan grupların toplumu etkileyebileceği belirtilmiştir (32). Toplumlarda aşılarla yönelik çekingenliğe neden olan sosyal normlar belirlenmesi ve aşı konusunda doğru bilgilendirmenin yapılması ile aşılamanın önündeki engeller daha kolay aşılabılır (16).

Bilimsel Kanıtlarla Dayalı Risk ve Yarar Kıyaslamaları

Bilimsel kanıtlara dayanılarak yapılan risk-yarar kıyaslamaların, güvenilirlik konusundaki geçmiş çekinceleri teşvik edebileceği, şüphelerin bilimsel olarak giderilmesine rağmen, domuz gribi aşısı sonrası Guillian-Barre sendromunun oluşması, H1N1 aşısını narkolepsi sendromunun izlemesi gibi görülen lokal yan etkilerin bu durumu tetikleyebileceği

bildirilmiştir (16). Amerikan Pediatri Akademisinin aşılara yönelik çekincesi olan ailelerin kaygılarını incelediği çalışmada, kontrendikasyonlar hakkındaki yanlış bilgileri; sağlam çocuğu hastalık etkeniyle karşılaştırmak istememenin, olumsuz medya mesajlarının, hastalıkların zararlı olmadığı algısının, filozofik ve dini inançların oluşturduğu saptaması yapılmıştır (30).

Yeni Aşıların Tanıtımı

Yeni aşıların kabulüyle ilgili olarak, yeterince uzun süre kullanılmadığı ve test edilmediği veya yeni bir aşının gerekli olmadığı gibi düşünceler ile çekince yaşanabilmesine karşın, yeni üretilen aşırı yaptırmaya davranışı, aşı ile önlenabilir hastalığın riskinin yüksek olması ile ilişkili olabilmektedir (16). ECDPC'ye (2015) göre aşı güvenilirliğinde, Avrupa ülkelerinde aşı kabulünde en etkili faktörler; bireysel ve grup etkisidir. Fakat, Sağlık çalışanları da aşı güvenilirliğinden olumsuz etkilendiği, sağlık otoritelerine güvendiği, ancak ilaç şirketlerine güvenmedikleri saptanmıştır (33).

Aşı Programlarının Düzenlenmesi ve Ulaştırma Şekli

Aşıların ulaştırılma şekilleri de ailelerin aşılara yönelik tutumunu etkileyebilmektedir. Bazı ailelerin evlere gelen aşı uygulayıcılarına veya aşı kampanyalarına güven duymaması ile birlikte, evin sağlık merkezine uzak olması gibi nedenler de aşılamayı etkilemektedir (16). Aşısı sağlık ocağında yapılanlara kıyasla aşısı evde yapılanların eksik aşı olma riskini 1,77 kat arttırdığı bulunmuştur (25). Hiç aşı olmama ve tam aşı olma oranlarının köy ve mezralarda ilçe merkezlerine göre anlamlı derecede düşük olduğu ve bunun aşı için aileye ulaşılmamasından kaynaklandığı, bu ailelerin çocuğun aşılanması için gayret gösterecek bilince de sahip olmadığı belirtilmiştir (22).

Maliyet

Aşı yaptırmaya gönüllü olan ve aşı sağlayıcı sistemlere güven duyan kişiler aşıları yaptırmak için ödeyecekleri ücretleri karşılayamayacaklarını düşünerek aşı yaptırmaktan çekinebilmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından her çocuğun, Sağlık Bakanlığı Aşı Takviminde yer alan tüm aşıları ücretsiz olarak yapılmaktadır (16).

Sağlık Çalışanlarının Rolü

Ailenin sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmesinin aşılanma oranlarını arttırdığı bilinmektedir (23). ECDPC'ye (2015) göre sağlık çalışanlarının aşı bilgilendirmesinde en güvenilir kaynak olduğu, ancak bazı hekimlerin aşıları halka açık bir şekilde kınadığı veya aşılar konusunda çekingen davrandığı, hastaların çekingenliğini yanıtlamak hususunda kendi rollerinin önemine inandığı, bilgi ve uygulamalarının kendi aşı uygulamalarını ve aşı önerilerini etkilediği bildirilmiştir (32)

SONUÇ

Aşıların kabul ve red edilme durumları:

- Aşıların etkinliğini ve güvenilirliğini kanıtlayan çalışmalar olmaması ve yan etkilerini bildiren çalışmaların varlığından (aşıların civa, alüminyum, eter, antibiyotik ve birçok kimyasal içermesi, bunun otizm ve benzeri hastalıklara neden olduğu düşüncesi),
- Aşılanma yerine hastalık geçirilerek daha iyi bağışıklık sağlanacağı, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının yan etkisinin az ve daha etkin olacağı düşüncesinden,
- Aşı üreten firmaların çok büyük gelirler elde ettiği için art niyetli olabileceği algısından
- Bazı dini, felsefi etkinlik kazanmış kişilerin ve hekimlerin aşıların zararlı olduğunu anlatmasından ve çocuklarına yaptırmayarak kötü rol modeli olmasından etkilenebilmektedir.

Kaynaklar

1- Fine-Goulden M. Should Childhood Vaccination be Compulsory in the UK? Opticon 2010; 1826(8): 1-9.

2- Haverkate M, D'Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco PL, Cozza V, Appelgren E. On behalf of the VENICE project gatekeepers and contact points. Mandatory and Recommended Vaccination in the EU, Iceland and Norway: Results of the VENICE 2010

Survey on the Ways of Implementing National Vaccination Programmes. EuroSurveill 2012; 17(22): 20183.

3- Avcı E. Çocukluk Dönemi Aşılarına İlişkin Karşılaştırmalı Bir Analiz: Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye. Özgürlük Araştırmaları Derneği Yayını.Çankaya, Ankara 2017; 9: 5-8.

4- Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 8(1): 34-43.

5- Kata A. A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the internet. Vaccine 2010; 28(7): 1709-16.

6-World Health Organization. Guidelines on regulatory expectations related to the elimination, reduction or replacement of thiomersal in vaccines. WHO Technical Report Series 2004; 926(1): 95-102.

7- Prymulave R, Siegrist CA, Chlibek R, Zemlickova H, Vackova M, Smetana J, et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: Two open-label, randomised controlled trials. Lancet 2009; 374(9698): 1339-50.

8- Yalçın SS, Gümüş A, Yurdakök K. Prophylactic use of acetaminophen in children vaccinated with diphtheriatetanus-pertussis. World J Pediatr 2008; 4(2): 127-9.

9- Manley J, Taddio A. Acetaminophen and ibuprofen for prevention of adverse reactions associated with childhood immunization. Ann Pharmacother 2007; 41(7): 1227-32.

10- Hviit A, Stelfeld M, Wohlfahrt J, Melby M. Association between thiomersal containing vaccine autism. JAMA 2003; 290(13): 1763-6.

11- Jacobson RM, St. Sauver JL, Finney Rutten LJ. Vaccine Hesitancy. Mayo Clin Proc 2015; 90(11): 1562-8.

12- Salmon DA, Sotir MJ, Pan WK, Berg JL, Omer SB, Stokley S, et al. Parental vaccine refusal in Wisconsin: a case-control study. WMJ 2009; 108(1): 17-23.

13- Rodriguez NJ. Vaccine-hesitant justifications: "too many, too soon" narrative persuasion, and the conflation of expertise. Glob Qual Nurs Res 2016; 3: 1-10.

14- Kempe A, O'Leary ST, Kennedy A, Crane LA, Allison MA, Beaty BL, et al. Physician response to parental requests to spread out the recommended vaccine schedule. Pediatrics 2015; 135(4): 666-77.

15- Kutlu HH, Altındış M. Aşı Karşıtlığı. FLORA 2018; 23(2): 47-58.

16- Argüt N, Yetim A, Gökçay G. Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler. Çocuk Derg 201; 16: 1-2.

17- Pakkan Ş. Ünlüler aşıya soğuk bakıyor. Milliyet Gazetesi, 2009 (Ulaşım tarihi: 12.04.2016,<http://www.milliyet.com.tr/unluler-asiya-soguk-duruyor-magazin-1164553/>)

18- Reading R, Surridge H, Adamson R. Infant immunization and family size. J Public Health 2004; 26(4): 369-71

19- Gust DA, Strine TW, Maurice E, Smith P, Yusuf H, Wilkinson M, et al. Underimmunization among children: Effects of vaccine safety concerns on immunization status. Journal of the American Academy of Pediatrics 2004; 114(1): 16-22.

20- Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y. Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılanma oranları ve aşılanmada sorunlar. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 2(2): 10-5.

21- Gülgün M, Fidancı K, Karaoğlu A, Güneş Ö, Kesik V, Altun S, et al. Bir askeri hastanenin çocuk polikliniğine başvuran çocukların 0-24 ay arasındaki aşılanma durumlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2014; 56: 13-6.

22-Ayçiçek A. Şanlıurfa kırsal alanında 2-23 aylık çocukların aşılanma hızları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 183-8.

23-Babadağlı F. Yalova Devlet Hastanesi'ne başvuran 12-36 ay arası çocuklarda aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, 2007, İstanbul.

24- Kondro W. Mandatory vaccinations: The international landscape. Canadian Med Assoc J 2012; 184(13): 1456-7.

- 25- Yiğitalp G, Ertem M. Diyarbakır ilinde 0-12 aylık çocukların aşıya devamsızlık nedenleri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(4): 277-84.
- 26- Özkan Ö, Çatıker A. Bolu il merkezindeki çocukların aşıllılık durumları ve engelleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15(10): 171-8.
- 27- İşler A, Esenay FI, Kurugöl Z, Conk Z, Koturoğlu G. Annelerin aşılar konusundaki bilgi ve davranışları. Ege Pediatri Bülteni 2009; 14(1): 1-17.
- 28- Gellin BG, Maibach EW, Marcuse EK. Do Parents Understand Immunizations? A National Telephone Survey. Pediatrics 2000;106(5):1097-102.
- 29- Nisar N, Mirza M, Qadri MH. Knowledge, attitude and practices of mothers regarding immunization of one year old child at mawatch goth, Kemari Town, Karachi. Pakistan J Med Sci 2010; 26(1): 183-186.
- 30- American Academy of Pediatrics. 2010. Frequently Asked Questions American Academy of Pediatrics Immunization Resources Addressing Common Concerns of Vaccine-Hesitant Parents. (Ulaşım Tarihi: 19.04.2016, https://www.aap.org/en-us/Documents/immunization_reducingvaccineliability.pdf)
- 31- Ataç Ö, Aker AA. Aşı karşıtlığı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2014; 30: 42-47.
- 32- European Center for Disease Prevention and Control. 2015. Rapid Literature Review on Motivating Hesitant Population Groups in Europe to Vaccinate. Stockholm. DOI: 10.2900/702238
- 33- Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, Cecconi S, Würz A, Takacs J ... & Larson HJ (2016). Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. Vaccine, 34(41), 5013-5020.

SEMAVİ DİNLERİN BAKIŞ AÇISINDAN ENGELLİ BİREY INDIVIDUALS WITH A DISABILITY IN TERMS OF MONOTHEISTIC RELIGIONS

Dr. Öğr. Üyesi Aliya SHARAFULLİNA*

*Yozgat Bozok Üniversitesi İlahiyat Fakültesi

Özet

Engelli bireylerin varlığı insanlık tarihi kadar çok eskilere dayanmaktadır. Tarihsel gelişim içerisinde toplumlar engellilere farklı yaklaşımlarda bulunmuşlardır. Çok tanrılı toplumlarda engelli çocuğu olan aileler Tanrı tarafından cezalandırılmış diye düşünülmüştür. Bu bağlamda engelli bireye yardım etmek Tanrıya karşı gelmek sayıldığı için hiç kimse onlara yardım etmemiştir. Bu çalışmada ise Semavi Dinlerin (Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam) engellilerle olan ilişkisi ve tutumu tespit edilmeye çalışılacaktır. Semavi Dinler engellileri diğer insanlardan ayırt etmediği gibi onlarla insanî ilişkiler çerçevesinde ilişkilerini olumlu bir şekilde yürütmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yahudilik, Hristiyanlık, İslam, Engelli Birey, Engellilik

Abstract

The existence of individuals with disabilities is as old as human history. In historical development, societies have taken different approaches to disabled people. In polytheistic societies, families with disabled children were thought to have been punished by God. In this context, since helping the disabled person is considered to be against God, no one has helped them. In this study, the relationship and attitude of the Monotheistic Religions (Judaism, Christianity and Islam) with the disabled will be tried to be determined. The Monotheistic Religions did not distinguish disabled people from other people and carried out their relations in a positive manner within the framework of human relations with them

Keywords: Judaism, Christianity, Islam, Disabled Person, Disability.

Giriş

Engellilik kelimesi bireysel düzeydeki bozuklukları ifade etmektedir. Engelli ise, doğuştan ya da sonradan, herhangi bir hastalık ya da kaza nedeniyle bedensel, zihinsel, ruhsal, sosyal, duygusal ve duygusal yeteneklerini farklı derecelerde kaybetmesidir. Kısacası engelli toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan bir bireydir (Döndüren, 2003:100). Engelli tanımı, özürlü kanununa göre şöyle yapılmaktadır: *Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeni ile toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi* (6462 sayılı Engelliler Hakkında Kanun). Din ise engelli bireye karşılaştığı sıkıntıları aşmada moral desteği sağlama, kendisine her zaman yardımcı olacak ve sığınabileceği yaratıcısı olduğu duygusunu kazandırarak, yaşama sevincini artırma gibi görevleri de üstlenmektedir (Kula, 2004: 4-7).

“Hepimiz Tanrı tarafından yaratıldık. Bunu aklımızda tutarsak kimsenin mükemmel olmadığını anlarız” zirabu söz bütün semavi dinlerin insanlara bakış açısının temelini oluşturmaktadır. Tevrat (Yahudiliğin Kutsal Kitabı) iki önemli noktaya vurgu yapmıştır. Bunlar: insanlara saygı duymak ve ilgi göstermek. Karşımızdaki insan ister engelli, ister sağlıklı olsun. Hristiyanlığın tutumunu İncil’e dayalı olarak şunları söyleyebiliriz; Kutsal metinlerde körlerin, sağır dilsizlerin, yürüyemeyen kişilerin ilâhî bir güce sahip olan “peygamberler” yardımıyla iyileştirildikleri yazılmaktadır. Bu ilâhî güç aracılığıyla iyileşen engelliler yaşamlarında sürekli bu umutlar altında kendileri için bir kurtarıcı beklemekte ve bütün umutlarını bu kurtarıcıya bağlamaktadırlar. İslam dini ise toplumun her bireyine özel önem göstermektedir. Aynı zamanda İslam dini engellilere ve yardıma muhtaç olan insanlara her türlü yardım etmeye çalışmaktadır. Bu çalışmamızda Semavi Dinlerin (Yahudilik, Hristiyanlık ve

İslam) engellilere nasıl baktığına dair birtakım düşüncelerini ve değerlendirmelerimizi paylaşmak istiyoruz.

I. Yahudiliğin Engellilere Bakışı

Hepimizin birbirimize ihtiyacımız vardır. Bazılarımızın biraz daha fazla, bazılarımızın biraz daha azdır. Talmud'da (Tevrat'ın Şifahi yorumu) insanların engelli bireylere yaklaşımı hakkında fikir veren şöylebir öykü mevcuttur:

Bir zamanlar Rabi Şimon ben Elazar adındaki büyük bir haham, Tora çalıştıktan sonra evine dönerken —çirkin bir adam ile karşılaşmıştır. Tora'nın o güzel sözcüklerini öğrendikten sonra o çirkin kişiyi görmek, hahamı şoka uğratmış ve —Bu ne kadar çirkin bir adam! demiş. Karşısındaki adam çirkin olabilmemiş ama aptal değilmiş. Çok içermemiş ve şöyle demiş: —Neden gidip de beni yapan Sanatçı' ya (yani Tanrı'ya) ne kadar çirkin bir şey yaptığını söylemiyorsun? Rabi Şimon ben Elazar, sözlerinin incitici ve yanlış olduğunu anlamış ve adama, kendisin affetmesi için yalvarmış.

Bu öykü bize herkesin Tanrı tarafından yaratıldığını öğretmektedir. Tanrı tarafından yaratıldığımızı her daim hatırlarsak hiç kimsenin mükemmel ve çirkin olmadığını anlarız. Yukarıdaki öykü RavMendyChitrik'in Şalom gazetesinde yayımlanan, bizimde internet ortamında müşahade ettiğimiz ve Aşkenaz Cemaati Hahamı Estreya Seval Vali tarafından da Türkçeye çevrilen “Bir İlahiyat Problemi Olarak Yahudiliğin Engellilere Bakışı” adlı makaleden alıntıdır. Aynı zamanda Chitrik makalesinde engellileri ortopedik engelliler, görme engelliler ve işitme engelliler şeklinde üç kısma ayırmıştır. Bunun ardından her bir engelli grubunun Yahudi kanunları çerçevesinde neleri yapıp yapamayacağını tartışmaktadır. Biz bu tartışmaları onun yazısından olduğu gibi makalemize aktarmakta yarar görmekteyiz.

“Yahudiliğe göre engelli birey Şabat ve Yahudi bayramları konusunda herkesle aynı kurallara uymak zorundadır. Dolayısıyla engelli bireyin Şabat gününün kutsallığını bozma hakkı yoktur. Eğer engelli bireyin hayatı bir tehlikesi yoksa Kipur günü oruç tutması gerekmektedir. Aynı zamanda engellibireyler için geçerli olan özel kurallara sahiptir.”

Ortopedik engelliler: Yardımsız yürüyemeyen engelli birey Şabat günü, kişinin normalde nesneler taşıyamayacağı yerlerde bile tekerlekli sandalye, baston, koltuk değneği ya da yürüteç kullanarak topluma karışabilir. Yahudi kanunu bunları kişinin uzuvlarının yerine geçen mekanik destekler olarak görür. Fakat bu mekanik destekler, yardımsız yürütebilen bir bireye sadece fazladan denge sağlayacaksa, Şabat günü kullanılamaz. Dua şalı talit'in, tekerlekli sandalyenin koltuk veya arka kısmında taşınmasına izin verilir çünkü talit, tekerlekli sandalyeye bağlı sayılır. Bu durum, Şabat günü elinde taş tutan bir çocuğu taşımaya benzer.Engelli bir kişi, Şabat günü bacak desteği takabilir çünkü bu, giysinin bir parçası olarak kabul edilir. Takma uzuv türünden protezler, toplum içinde bile takılıp çıkarılabilir çünkü bedenın parçası sayılırlar. Motorlu olan tekerlekli sandalyeler ve elektronik cihazların Şabat ve bayram günlerinde kullanılması ciddi bir alaha sorununa yol açmaktadır. Bu yüzden, Şabat ve bayram günleri, elektrikle çalışan tekerlekli sandalyeleri toplum içinde kullanmaktan kaçınılmak gerekir.

Görme engelliler: Görme engelli kişi, kendisi ve başkaları için tehlike oluşturmaması şartıyla, cuma akşamı Şabat mumu yakmalıdır. Âma kişi sinagoga giderken, rehber köpeği ona eşlik edebilir. Köpek, sahibinin toplu halde dua etme emrini yerine getirmesini sağladığından, sinagogun kutsiyetini ihlâl etmiş sayılmaz. Âma kişi, baston kullanmadan yürüyemiyorsa, Şabat günü toplum içine karışmak için baston kullanabilir çünkü baston, giysi olarak kabul edilir.

Hiç görmeyen ya da görme kaybı olan kişi, braille alfabesi veya büyük puntolarla yazılmış dua kitabı, Tevrat ya da İbranice başka bir kitabı taşıyabilir. Görme engelli kişi, Şabat başlamadan önce açmış olsa bile, Şabat günü ses kayıt cihazı veya radyo kullanamaz çünkü ‘ses yaratma’ veya ‘bir sesin duyulmasına sebep olma’ (Haşmat Kol) yasağını çiğnemiş olur. Âma bir kişi, gökyüzünde Yeni Ay belirmediği zaman şükran duaları (Kiduş Levana) okumakla yükümlüdür; bu duaların gözle görülen nesneler için okunmasına rağmen. Hanuka şamdanını (menora) yakma konusunda, şükran duasını mümkünse o kişinin yerine başkalarının okuması

tercih edilir. *Âmâ* kişi, Pesah öncesinde evde mayalı ekmek parçalarını (*hamets*) arayamaz; bunu aileden başka bir kişi yapmalıdır.

İşitme engelliler: İşitme engeli olan kişi, Şabat günü duymasına yardımcı olacak bir kulaklık takabilir çünkü bu, kişinin giysisinin bir parçasıymış gibi kabul edilir. Ancak sesin yüksekliğini ayarlayamaz. Eğer kulaklık ya da pili, gözlüğüne monte edilmişse, bunları Şabat süresince toplum içinde takabilir. Buna karşın bir işitme destek cihazı cepte taşınmaz zira o durumda, kişinin bedeninin veya giysisinin bir parçası olarak kabul edilmez. Piller, Şabat günü kullanılmak üzere bir kemere sabitlenebilir. Uygulanan kanun ilkesi, bir cihazın taşıyor değil, giyiliyor olması ve ihtiyaç duyanın fiziksel ihtiyacına karşılık vermesidir.

İşitme engelli kişinin, hafta arası günlerde, hazanı ve Tora'nın okunmasını duyabilmesi için sinagogda mikrofon kullanılabilir; ancak Şabat veya bayram günleri, hatta RoşAşana'daki boyunuzunun (şofar) üflenişini duyması için mikrofon kullanılamaz. Purim'de Megila'nın okunuşunu duyabilmesi için mikrofon kullanılabilir. İşitme engeli olan kişi, Tora ve Megila'nın okunmasını duyma emrini, bu kitapları kendisi okuyarak da yerine getirebilir.

Zekâ geriliği, öğrenme zorlukları, sara ya da başka akut veya kronik hastalıkları olan insanlar, Tora ve din âlimlerinin bütün kurallarını, ellerinden gelenin en iyisini yaparak yerine getirmelidir.”(http://arsiv.salom.com.tr/news/print/24949-Bir-ilahiyat-problemi-olarak-Yahudiligin-engellilere-bakisi.aspx (28.10.2019)

Yukarıda alıntı yaptığımız makaleye dayanarak Yahudilerin engellilere karşı tutumu hakkında şunları söyleyebiliriz:

1. Görme engellileri onlara yardım etmek amacıyla eğitilen köpeklerden yaralanabilirler. Bu köpek sinagogun kutsiyetini de ihlal etmiş sayılmaz.
2. Hiç görmeyen ya da görme kaybı olan birey Braille alfabesi ya da büyük puntolarla yazılan dua kitabı, Tevrat veya İbranice yazılan başka yanında taşıyabilmektedir.
3. Günümüzde işitsel problemi olan herkes eğitim alabilmektedir. Nitekim işitme engelli çocukları eğitmeye öğrenmiş durumdayız. Hahamlarda bu duruma uyum göstererek bu tür insanlara yardım eli uzatmışlardır vb.

Rav Mendy Chitrik Şalom gazetesinde birinci makalesinin devamı olarak yayımladığı ikinci makalesinde engelli bireylerin evlilik, çocuk sahibi olma, dualar ve diğer yasal zorunluluklarıyla alakalı çok sayıdaki etik ve pratik konuyu ele almaya devam etmiştir (http://arsiv.salom.com.tr/haber-8354524949-Bir-ilahiyat-problemi-olarak-Yahudiligin-engellilere-bakisi 2.html). Yahudilik, muhtaç ve engellilerin sorunları sadece kendilerinin işi olmadığını iddia etmektedir. Nitekim bu sorunlar herkesi ilgilendirmektedir, çünkü Talmud ve Midraşim, sıkıntı çekenlere yardım etmek için çok yol kat eden birçok insandan bahsetmektedir.

Günümüzde Yahudi İstanbul Hahambaşılığı genel sekreteri olarak görev yapan Yusuf Altıntaş'ın engellilerle ilgili görüşü şu şekildedir: “Allah'ın yaratmasında bir noksanlık yoktur. O, her şeyi mükemmel var eder, yaratılıştaki bizim gördüğümüz özürler, insanın kendi eliyle sebep olduğu şeylerdir. Çünkü Allah mükemmeldir, kemal sahibi olan yaratıcıdır, O'nda herhangi bir noksanlık (eksiklik) sadır olmaz. Tanrı salt iyidir, O'ndan kötü bir şey vaki olmaz. Artık bugün engelliler toplumunda kabul görmüş durumdadır. Gerek devlet, gerekse bireyler onlara normal bir insan gibi bakmaktadır. Onlar eksikliklerini hem maddî güç olarak, hem de zihinsel olarak kapatmış durumdadırlar. Onların hayatlarını kolaylaştırıcı her şey düşünülmektedir...”(Baybal, 2015:290).

Dolayısıyla Yahudilik bedeni hiçbir zaman hakir görmemiş ve aynı zamanda beden sağlığını da dikkate almıştır. Bu bağlamda Yahudilerin bedenlen sağlamlık ve sağlıklı olması için Kaşer (Kaşer (Koşer): Uygun, helâl, geleneklere göre kabul edilebilir anlamına gelir. Genellikle, dinî kurallara uygun olarak hazırlanan yiyeceklerin tümü ve bu tip gıdaları satan kasap ve gıda dükkânlarına verilen isimdir. Besalel, 2001:313-314) hükümlerine çok büyük önem atfetmiştir (Aydın, 2011:17).

II. Hristiyanlığın Engellilere Bakışı

Hristiyanlığın engelli bireylere karşı yaklaşımını Kutsal Kitaplarından öğrenmekteyiz. Buna örnek olarak şu pasajı söyleyebiliriz:

İsa yolda giderken doğuştan kör bir adam gördü. Öğrencileri İsa'ya, “Rabbî, kim günah işledi de bu adam kör doğdu? Kendisi mi, yoksa annesi babası mı?” diye sordular. İsa

şu yanıtı verdi: “Ne kendisi, ne de annesi babası günah işledi. Tanrı’nın işleri onun yaşamında görülsün diye kör doğdu (Yuhanna 9/2-3).

Bu pasaja yola çıkarak Hristiyanlığa göre engellilik insanın özel bir manevi yoldaki yönüdür. Her şeyi bilen Tanrı, böyle bir yola sadece onu takip edebilecek olanı yönlendirir. Rus Çarlığından günümüze dek engellilere karşı insanların özel saygılı bir tavırları vardır. Bu yüzden onlara “Ubogimi (U Boga)” yani “Tanrı yanında, Tanrıya yakına” diye ifade edilmektedir. Engellilik kutsallığı feda etmek anlamına gelmez, ancak daha derin bir dinsel hayata yol açar, fakat bu da engelli kişinin isteği olmadan olmaz. Hristiyanların engellileri toplumdaki dışlama veya onları hor görme gibi bir yaklaşıma sahip olmadıkları gözlemlenmiştir. Aynı zamanda engellilere yönelik olarak onları toplum hayatına kazandırma, onlara kilisede alan açma vb. gibi çalışmalar Hristiyan dünyasında yakın tarihe kadar pek olmamış ve çok nadiren görülmüştür (Baybal, 2015:291).

Hristiyanlığın engellilere bakışıyla ilgili farklı bir yaklaşım olarak şu yorumu da gösterebiliriz:

“Âdem’i Tanrı direk kendi elleriyle bir kerede yarattı ya da insan vücudu evrimin sonucu oluştu. İlk haliyle o beden mükemmeldi ve ölümsüzdü, yargı günü bize verilecek cennetsel bedenlerimiz de aynı şekilde mükemmel olacaktır. İnsan ruhunu Tanrı yarattı ve yaratıyor. Ama günümüzde Tanrı asla insan bedeni yaratmıyor. İnsan bedeni yaratma görevi Tanrı’nın çocukları olan insanlara verilmiştir. Evli çiftler birleşir ve beden yaratılır. Bu konuda O’nunla işbirliği içindeyiz. İçine ruhu koyan Tanrı’dır. Ancak Âdem ve Havva’nın düşüşünden sonra dünyaya günah ve ölüm girmiştir. Bu an bilim adamlarının da anlayamadığı bir sebepten ötürü insanlar ölmeye başlamıştır. Kısacası bedenlerimiz bozulmuş ve kusurlu olmuştur. Dolayısıyla beyindeki kusurlar zihni engellere neden olurken, diğer organlarımızdaki kusurlar farklı engellere neden oluyor. Bu engelli doğma hali, insanoğlunun aynı ölüm gibi bir lânetidir. Sorun, en başta bedenimizi Tanrı’nın bu şekilde yaratmamış olması, bizim sonradan bozmuş olmamızdır. İçin sonunda engelli insanların da, sağlıklı insanların da ruhları Tanrı tarafından özellikle verildi, hepimiz kendi koşullarımıza ve ruhumuza ne kadar değer verdiğimizize göre yargılanacağız. Engelli insanlara verilen farklı lütuflar vardır...” (Baybal, 2015:291).

Hristiyan inancına göre beden ve ruhun yaratıcısı Tanrı’dır (Markos, 10/6; Vahiy, 4/9-11). Ayrıca engelli doğma halinin, insanoğlunun bir laneti olarak görülmesi de tartışma konusudur. Yukarıda zikrettiğimiz pasajda olduğu gibi engelli doğmak Tanrı laneti ya da anne babanın günahı değildir.

III. İslam Dininin Engellilere Bakışı

İslam dini toplumun bütün bireylerine iştir davranmış ve önem arz etmiştir. Ayrıca engelli ve muhtaç olan insanlara kolaylık sağlamıştır. Bununla ilgili ayet-i kerime de şu ifadeler yer almaktadır: “Allah ve Rasûlü için (insanlara) öğüt verdikleri takdirde, zayıflara, hastalara ve (savaşta) harcayacak bir şey bulamayanlara günah yoktur. Zira, iyilik edenlerin aleyhine bir yol (sorumluluk) yoktur. Allah çok bağışlayan ve çok esirgeyendir” (Tevbe/9/91). Bu ayette engelli kişinin savaşa katılmama gibi hakkı olduğu söz konusudur.

Hız. Peygamber (s.a.v.) veda hutbesinde İslam dininin insanlara bakış açısını belirleyen şu cümleleri söylemiştir: “Ey insanlar, sizin atanız ve Rabbiniz birdir. Arabın aceme, siyahın kırmızıya takvaca üstün olanlar hariç, üstünlüğü yoktur. Allah katında en hayırlınız takvaca üstün olanınızdır.” Aynı zamanda şunu bilmeliyiz ki insanların sahip oldukları beden ve akıl sağlığı kendi kendine kazanılmış bir değer değildir. Nitekim bu nimetlerin asıl kaynağı Allah’tır. Allah isterse verdiği bu nimetleri insanlardan bir gün geri alır. Bu bağlamda Kuran’ı Kerimde şu ayet geçmektedir : “ Sahip olduğunuz herhangi bir nimet Allah katındandır.” Diğer başka bir ayette de: “(Rasûlüm!) De ki: Mülkün gerçek sahibi olan Allah’ım! Sen mülkü dilediğine verirsin ve mülkü dilediğinden geri alırsın. Dilediğini yüceltir, dilediğini de alçaltırsın. Her türlü iyilik senin elindedir. Gerçekten sen her şeye kâdirsin” diye buyurmuştur.

İslam dinine göre Engelli bireyler bulundukları toplumlara aynı zamanda mutluluk ve refah getirmektedir. Bununla ilgili şu hadiseyi örnek gösterebiliriz: Bir gün Sa’d b. Ebî Vakkâs (ö.55/696) Hz. Peygamberinde bulunduğu bir yerde kendini engellilerden üstün görünce Hz. Peygamber, o’nun bu tutumuna müdahale ederek şöyle demiştir: “Allah’ size yardım ediyor ve

Rızık ta veriyorsa bu ancak aranızda bulunan zayıf kişilerin hatırınadır. Hz Peygamber diğer bir yerde şöyle buyurmuştur: *“Cenâb-ı Hak bu ümmete, ancak zayıflarının ihlâsı, namazları ve duaları sayesinde, yardım etmiştir”.* Bu hadisi-şeriflerden şunu anlıyoruz ki İslam dini engelli bireylere hoşgörülü yaklaşmıştır. Nitekim bu insanlar ibadette daha samimi ve dünyadan fazla beklentileri yoktur.

İslam dininde sosyal yardımlaşma da önemli yer almaktadır. Bu yüzden her insanın yapısına uygun olan iş ile temin etmek devletin görevlerinden biri olması gerekmektedir. Engelli bireylerin sadece geçinme ve barınma ihtiyaçlarının karşılanmasıyla yetinilmemelidir. Her engelli bireye sahip olduğu yeteneğe göre iş imkânı sağlanmalıdır. Nitekim bu tür insanların toplum içerisinde çalışarak kendi geçimlerini kazanmaları ve aynı zamanda toplumla uyumlu olmalarının bir vesilesi olacaktır. Dolayısıyla İslam dini ilk zamanlarından itibaren engellilere önem vermiştir. Zira Müslümanlar Medine şehir devletinin hemen her kademesinde engelli bireylere hizmet vermişler ve toplumla kaynaşmışlardır. Buna örnek olarak şunları söyleyebiliriz: Hz. Peygamber savaşa çıktığında Medine’ye Abdullah İbn Mektûm’u kendi yerine defalarca vekil bırakmıştır. Muâz b. Cebel (ö.17/638)’li ayağından engelli olmasına rağmen Yemen’e vali olarak göndermiştir.

SONUÇ

Toplumsal engellilere karşı tutumu her zaman ekonomik ve ahlaki durumlarının bir yansıması olmuştur. Tarihsel ve sosyolojik analizler engellilere yönelik olan tutumun tıp ve psikolojik gelişimlerle olan bağına ortaya koymaktadır. İlkel kabile toplulukları, klanı korumak adıyla hastaları ve engellileri yok etmiştir. Orta Çağ’da toplumun engelli üyelerine ilişkin “dışlama” ve “ihraç” ilkesi uygulanmıştır. Hristiyanlığın Avrupa halkları tarafından benimsenmesinden sonra engellilere karşı tutum yumuşamıştır. 9. yüzyıldan itibaren Avrupa’da hastaneler kurulmaya başlamıştır. Genelde bu hastanelerde hastalarda değil de engelliler tedavi görmüştür. Ancak bu tedaviler sadece ruhsal “iyileşme” ile sınırlı kalmıştır.

Günümüzde de engellilik hayatımızın bir parçası olarak kalmaya devam etmektedir. Engelli bireylere hem maddi hem manevi taraftan yardım etme yollarını bulmaya devam etmek zorundayız. Semavi Dinlerin engelli bireylere karşı bakış açısı çok önemlidir. Yahudiler kendilerini “seçilmiş” halk olarak görseler de, Tanrı’nın bütün insanları eşit yarattığını ve kimsenin mükemmel olmadığını söylerler. Yahudi kanunlarına göre herkes Tanrı emirleri uygulamakta zorludur. Ancak onlar için özel kurallar mevcuttur. Hristiyanlığın engellilere karşı bakışı onları insanlığın ortak lâneti olan kişiler şeklinde tanımlasalar da, engellileri toplumdaki tecrit etmek gibi bir tavırları olmamıştır. Fakat bunun yanında engellilere kiliseye kazandırma gibi gayretleri de olmuş diye söyleyemeyiz. İslam dinin engellilere karşı tutumu ise her zaman aynı şekilde olmuştur. Onlar toplumun bir parçası olarak görülmüş ve aynı haklara sahip olmuşlardır.

Kaynaklar

- Aydın M, Yahudilik’te İnsan Sağlığı, Türk-İslâm Medeniyeti Akademik Araştırmalar Dergisi. Konya 2011, 12, 157-191.
- Baybal M. S, Yahudilik ve Hristiyanlığın Engellilere Bakışı, Mütefekkir. Aksaray 2015, 2 (4), 275-298.
- BESALEL Yusuf, “Kaşer”, Yahudilik Ansiklopedisi, Gözlem Gazetecilik Basın ve Yayın A. Ş. , İstanbul, 2001, II, 313-314.
- Döndüren H, İslâm’ın Engellilere Tanıdığı Kolaylık ve Ruhsatları, Ülkemizde Engelliler Gerçeği ve İslâm, Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları. Ankara 2003, 99-124.
- Kitab-ı Mukaddes (Yeni Çeviri), Yeni Yaşam Yayınları, İstanbul, 2001.
- Kula N, Engellilik ve Din, Diyanet Aylık Dergi. Ankara 2004, 37-72.
- Özer S, İslam ve Diğer Medeniyetlerin Engelliye Bakışı, Bilimname XXVIII, Kayseri 2015, 1, 55-65.
- <http://arsiv.salom.com.tr/news/print/24949-Bir-ilahiyat-problemi-olarak-Yahudiligin-engellilere-bakisi.aspx> (28.10.2019)
- http://www.salom.com.tr/arsiv/haber83545bir_ilahiyat_problemi_olarak_yahudiligin_engellilere_bakisi_2.html (29.10.2019)

YAŞLI HASTALARDA MANEVİ DESTEK SPIRITUAL SUPPORT IN ELDERLY PATIENTS

Dr. Dadash MUTALLIMOV*

* Azerbaycan, Bakü / İslam Tarihi ve Sanatları

Özet

Bu çalışmamız son dönemlerde gittikçe artan yaşlı nüfusun sosyolojik, psikolojik ve fizyolojik problemlerin ele alınmasında dinin etkisini dikkat çekmektedir. Bunun yanı sıra din eğitiminin ve danışmanlığının faaliyetleri ve yöntemleri konusunda öneride bulunmaktadır. Çünkü yaşlıların hastalık dönemi hassas bir dönemdir ve din eğitimi açısından farklı yaklaşımlarda bulunmak gerektir. En esası da aktif yaşamdan pasif bir yaşama gecen birinin duyduğu boşluk, eş ve ya akranın kaybı ve ölümün eşiğinde olduğunu anlamasının durumunda manevi desteğe ihtiyaç duymalarıdır. Kuran-i Kerim yaşlılara vermiş oldu önemi göz önünde bulundururken, Hz. Peygamberin yaşlı hastalara vermiş olduğu manevi desteğin binlerce rivayetlerde derlenmesi bu konunun önemini ve gerekliliğini arz etmektedir. Çalışmamızda bu gibi bilgileri ön plana çıkartarak yaşlı hastalara manevi desteğin İslami görev olduğunu dini referans olarak ele almaya çalışacağız.

Anahtar kelimeler: Manevi Destek, Yaşlılık, Hasta, Din Eğitimi.

Abstract

The aim of this study is to draw attention to the effect of religion on the sociological, psychological and physiological problems of the elderly population which has been increasing recently. In addition, to make recommendations about the activities and methods of religious education and counseling. Because the disease period of the elderly is a sensitive period and different approaches should be taken in terms of religious education. Most of all, the need for someone who has passed from active life to passive life needs spiritual support if they realize that they are on the verge of death and loss of their spouse or peer. Considering the importance given to the elderly by the Holy Qur'an, the compilation of the spiritual support that the Prophet gave to the elderly patients in thousands of narratives presents the importance and necessity of this issue. In this study, we will try to take this information as a religious reference by emphasizing that spiritual support to elderly patients is an Islamic duty.

Key words: Spiritual Support, Elderly, Patient, Religious Education.

Giriş

Yaşlılık döneminde hastalara manevi destekten bahis ederken öncelikle manevi desteğin zaman ve değerinden bahsetmemiz gereklidir. Zira bu konuları her ne kadar ele almaya çalışsak da problemin yeterince farkında olmadığımızın kanaatindeyim. İstatistik verilere bakacak olursak son 5 senede yaşlı nüfuzun arttığını görüyoruz. Bu gerçektir ki, yaşadığımız bu dünyada önemli oranda yaşlı kitlesi ile karşı karşıyayız. Bu yaşlı kesim sosyal hayata kazandırdıkları evlat ilgisinden, desteğinden ve ilişkisinden yoksun bir şekilde hayatlarını idame ettirmeye çalışmaktalar. Her ne kadar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler yaşlı hastalara yönelik projeler üreterek ihtiyaçlarını karşılamak ve özel ilgi göstermeye çalışmış olsalar da bu “insan ve yakınlık” faktörünü dolduramıyor. Yaşlı hastalara manevi bakım olarak nitelendirdiğimiz bu hizmette bireylerin manevi risk ve sapmalara yol açan sorunların incelenmesi, büyük çaplı etkilerin çözülmesi, maneviyatının giderilmesi ve iyileştirilmesi metodlarına başvurmamız gerekiyor. Bunu ayrı bir bilim dalı olarak ele almamızda fayda vardır (Seyyar, Yumurtacı, 2016: 1-2).

Modernleşmiş ve sosyolojik bakımdan gelişmiş olan şu dünyada insanoğlunun yaşlılık, yaşam, ölüm ve inanç hakkında düşünceleri de bir hayli sarsılmış ve farklılaşmıştır. Toplumda soyutlanarak yalnız kalan bir yaşlı insan “yokluk” ve “hiçlik” duygusuna kapılarak bunun da ölümü beraberinde getirdiği hissini kafasında büyötmektedir. Bunun içindir ki, manevi destek olarak tanımlayacağımız “Din danışmanlığı” birçok açta ihtiyaç duyuluyor. Genel olarak bakıldığında din danışmanlığı ile normal danışmanlık arasında yöntem, uygulama

ve metot olarak çok fazla fark yoktur. Din danışmanlığı da problemlerle başa çıkmak, yardımcı olmak, katkı sağlamak, doğru şekilde yönlendirmek ve psikolojik olarak destek vermektir (Koç, 2002: 290).

Gelişmiş olan birçok ülkede dini danışmanlıkla ilgili çalışmalar epeyce yol kat etmiş, olumlu sonuçlar almaya başlamış ve bu gibi insanlar topluma kazandırılmıştır. Ülkemizde din eğitimi ve yaşlılara manevi destek gibi çalışmalar yolun başında ve kısıtlı sayıdadır. Bunu da söylememiz gerekiyor ki, genel olarak İslam toplumu olduğumuz için yaşlıların yaşadıkları sosyal yaşantıları açısından batıdaki akranlarından avantajlı durumundalar. Bu faaliyetlerin genişlenmesi durumunda kısa zamanda çok yol kat edeceğimizi umut ediyoruz. Yaşlı bir bireyin hem ruhsal hem de sağlıklı olarak toplumda yer alması başarılı yaşlanma sürecinden geçmektedir. Bunu için de “ yaşlılara manevi desteğin” ne kadar önemli rol oynadığını ele almaya çalışacağım. Bunun için de “Yaşlılık” ve “Manevi Destek” kavramları üzerinden gedeceğim.

Yaşlılık

Yaşlılık 65 yaşı üzerinde bulunan dönem olarak tanımlanan bir kavramdır. Başka bir deyimle ileri yetişkinlik olarak da bilinen yaşlılık aslında hangi yaştan başladığı tam olarak bilinmemektedir. Bir kısım kaynaklarda ise 65 yaş sonrası yaşlılığın başlangıcı olarak da tanımlanmıştır (Onur, 2004: 285).Bazı durumlarda yaşlılık kişinin işlevine göre değerlendiriliyor. Bu bireyin sosyolojik, biyolojik ve psikolojik durumdan etkinliğini de ortaya koymasından kaynaklına biliniyor. Böyle olunca yaşlılık, kavram olarak yaşa ve ya işlevine göre değerlendirile biliniyor ve yetişkinin durumunu ayrı ayrılıkta kapsar (Kılavuz, 2003: 4-6).

Yaşlılık dönemi esasen bireyin son dönemini kapsıyor. Bu dönemde yaşlı birey önceki yaşamında elde ettiği kazanımlarını olgunlaşmış bir biçimde sentez etmiş oluyor. Kısaca özetlesek birey geçmiş hayatını gözden geçirerek mutlu ve başarılı olmuşsa kısmen da olsa yaşlılığı sorunsuz ola biliyor. Yaşlılığın ortaya çıkardığı sorunları azami düzeyde hissetmedi biliyor. Fakat başarısız ve yanlışlarla dolu bir hayat yaşamışsa bu ona acı veriyor ve sorun oluşturmuş oluyor. Durum böyle olunca her iki halde müdahale edilmeli, konuşulmalı ve yalnız bırakılmamalı (Kartopu, 2006: 55).

Her ne kadar yaşlılar bu dönemde güç yitirmiş görünseler de öğrenmeye devam edebiliyorlar. Öğrenmede asıl olan “ ilgi duymak ”tır. Araştırmalar sonucunda sabittir ki, yaşlılar zihinsel olarak bir gerileme yaşamıyorlar. Tecrübelerle birikimli bir zekâyâ sahip olan birey yaş arttıkça zekâsının arttığı tespit edilmiştir. Yaşlılar çok hastalıklı ve zihinsel sorunu olmadığı sürece öğrenmeyi zamanla aşı biliyorlar. Bu durum, yaşlılık döneminde başarılı bir bireye dönüşme olasılığı da doğura biliyor. Fakat şunu da söylememiz yarar vardır ki, birey özellikle yaratıcılık ve özel bir yetenek ortaya koyma durumunda her ne kadar temel yeteneklerini korumaya çalışsa da bu onun kaliteli ürünler ortaya koyma açısından zorlana bileceğini de bilmemiz gerekiyor (Er, 2009: 136).

Yaşlılık döneminde sorulan sorular

Ben kime yararım?

Bu hayatın devam etmesi için amacım nedir?

Çalışmıyorum ve bu haldeyken başkalarına nasıl yardımcı olabilirim?

Yaşadığım bu açılarla nasıl yaşayabilirim?

Yaşlılık acılarına katlanmanın anlamı nedir?

Bunun gibi birçok soruların cevaplarının arandığı bir dönemdeyiz. Bu sorulara psikolojik, sosyolojik ve felsefi olarak cevaplar verilebilir. Fakat en tatmin edici, rahatlatıcı cevabı dinin ve inancın sağlayacağından emin ola bilirsiniz. Dini inanca sahibi ola bilmek, hayata tutunma, gelecek endişelerini kurtulma ve huzuru bulma hususunda yaşlı bir birey için en önemli psikolojik destek anlamına gelmektedir. Bunun içindir ki manevi destek tüm insanlar özellikle de yaşlılarda hayatı yeniden kazanma, yeniden kendini keşfetme ve tabiri caiz ise güncellenme imkânı sağlamış oluyor.

Manevi Destek

Yaşlı hastalara manevi destek bir din ve inanç desteğidir. Yaşlıların hasta-üzüntülü, yalnız-umutsuz ve acılı hallerinde ve bunlardan kaynaklı kriz durumlarında onların sorunları

ile yakından ilgilenmek dini ve inanç açısından ibadetlerini yerine getire bilmeleri için yanlarında olmak ve varlıklarına bir anlam katabilmektir. Manevi destek tam anlamı ile ne bir psiko-terapi ne de sosyal bakım anlamına gelmiyor. Manevi destek kendine ait bir model ve metot geliştirerek eğitim ve hatırlatmadan ibarettir. En esası da psikiyatrist, psikologve sosyal bakımcıdan ayrı bir meslektir. Gayesi yaşlı bireyin hayatının değişik sayfalarında karmaşık hallerinin açıklanması ve hayatlarına anlam ve yön vermelerinde yardım edebilmektir. Bireyin sağlıklı bir şekilde yaşaması, manevi destekle huzura ve mutluluğa ulaşabilmesi için hizmettir. Bu bakımdan manevi desteye daha geniş perspektiften bakmak gerekiyor (Karagül, 2012: 8-12).

Dini bakımdan değerlendirecek olursak tam manası ile yaşlılara manevi destek bireyin dünyadaki mutluluğu değil, her iki dünyada en esası da ahiret mutluluğunu elde etmeğe çalışmasını sağlamaktır. Nece ki, Kur'an-i Kerim de “*dünyadaki nasibini unutmadan ahiret yurdunu ara*”(Kasas 28,77) manası ile ahiretin önemini göz önünde bulundurmamız gerekiyor. Bundan kaynaklıdır ki insanlar hayatları boyunca ebedi mutluluk ve canlılık elde edecekleri hayat suyu (*ab-ı hayat*) arayışı içinde bulunmuşlardır. Müslüman filozofları insanları ebediyet arayışları kanıtlayan birçok eserler ortaya koymuşlardır (Geniş bilgi için bakınız; Atay, 1974). Manevi bakımı kısa şekilde tarif edecek olursak “Her insanın içinde saklı bulunan manevi gücü harekete geçirmek” olarak ifade etmiş oluruz. Fakat bunun en uzun tarifi 2002 yılında Hollanda’da mesleki kuruluşun adı gecen (VGvZ) vermiş olduğu bir tariftir. “İnsanlara, varlıklarına anlam verme sürecinde, din ve hayat görüşlerine dayalı olarak ve buradan hareketle, profesyonelce ve resmen, yardım ve eşlik etmek; etik ve ya dünya görüşü konularında bakım ve bakım politikasını belirlemede profesyonel bir danışmanlık yapmaktır”.Tariflere baktığımızda manevi destek veren profesyonel olarak ve resmi statüyle bu görevi üslenmesi gerekiyor. Profesyonellikte ölçü, en az lisans seviyesinde ilahiyat eğitimine ilaveten yüksek lisans da yapmış olmaktadır (Karagül, 2012:12-13).

Dini Açıdan Yaşlı Hastalara Manevi Destek

Manevi destek Türkiye’de manevi danışmanlık adı altında askeriyede, hastanede ve hapisanelerde imam veya vaizlerle Diyanet İşleri Başkanlığı’nın desteği ile gönüllü olarak yapılmaktadır. Bunun ne kanuni bir alt yapısı ne de kurumlarca devamlılığı yoktur. Her ne kadar 1950 senesinden itibaren Adalet Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı ile birlikte “ceza evi vaizleri” irşat görevi yapsalar da bu yaygın bir hal almamıştır (Seyyar, 2008: 73). Askeriyede ise bu durum farklı şekilde ele alınmıştır. Osmanlı döneminde ordularda 1000 kişiye bir imam, 3000 kişiye ise bir müftü görevlendirilirdi. Cumhuriyetle bu vazife kaldırılarak akabinde Türk Ordusuna sadece 10 tane “Din İşleri Subayı” görev olarak, Din Kültürü ve Ahlak dersleri öğretmenliği yapmaya başlamıştır (<https://asder.org.tr/yazarlarimizin-makaleleri/860-din-isleri-icin-10-subay-yeter-mi>).Hastanelere gelecek olursak bu durum o kadar da iç acıcı değildir. Konu ile ilgili olarak hastanelerde “din ve morel” başlığı altında 1995 senesinde Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı ile birlikte başlatılan bu uygulama 11 ay gibi bir süre devam etmiştir. Doktorların karşı çıkması ile bu hizmet Danıştay kararı esasında resmen son bulmuştur. Daha sonra yapılan araştırmalarda hastanelere atanan bu görevlilerin hastanelerle ilgili formasyon sahibi olmayan ve fakülte bitirmeyen imam, müezzin ve kayyım olduğu ortaya çıkmıştır (Karagül, 2012: 26).

Toplumumuzda yaşlı hastalara yönelik manevi desteğin araştırmalarda özellikle depresyon, boşanma, yaşlılık, ölüm ve s. gibi birçok rahatsız edici durumlarda ne kadar gerek duyulduğu bilinmektedir. Bunun sonucudur ki, Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından organize edilen IV. Dini Şurada bunun önemi ve gerekliliği ortaya konulmuştur (Kolektif,2009:). Bir başka önemli kurumlardan Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu 2009 Özürlüler Raporu’na esasen bu gibi çalışmalara ihtiyaç olduğu ve ciddi bir şekilde sorunun çözülmesi için gerekenin yapılması rapor edilmiştir(http://www.manevisosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2009/07/turkiyede_sosyal_yardim_ve_sosyal_hizmet_arastirma_raporu.pdf).

Dini acıdan manevi bakım; İslam dini manevi destekle insanlara sadece dünyada getirdiği rahatlık değil aynı zamanda ahiret mutluluk da kas edilmiştir. Kuran-i Kerim ayetlerinde ve Hz. Peygamberin (s.a.v) hayatında yaşlılara, hastalara, çocuklara özenle yansaıldığı ve gereken desteğin sağladığını görmektediriz.

"Sizleri yaratan O'dur. Yaşlılık dönemine ulaştırarak, ömrünün son demlerindeki düşkünlük haline, bildiği şeyleri bilemeyecek hale geleceği günlere ulaştıran da O'dur"(Nahl, 70)

"Rabbin kesin olarak şunu emretmiştir: Sadece O'na kulluk edeceksiniz. Bir de anne babanıza iyilikte bulunacaksınız. Şayet onlardan biri ya da ikisi senin yanında yaşlanacak olurlarsa onlara "öf" bile deme! Onları azarlama; ikisine de güzel sözler söyle. Merhametle tevazu kanatlarını onların üzerine ger ve şöyle dua et: "Rabbim! Ben küçükken onlara bana nasıl şefkatle davrandıysalar şimdi Sen de onlara öylece rahmetinle muamele eyle."(İsra, 23-24)

"Kâf Hâ Yâ Ayn Sâd. Bu ayetler, Rabbinin kulu Zekeriya'ya rahmetinden bahsetmektedir. Hani o hafif bir sesle Rabbine şöyle niyaz etmişti: "Rabbim! Kemiklerim zayıfladı. Saçlarım ağardı. Ama ben Sana ettiğim dualar sayesinde hiç bedbaht olmadım." (Meryem, 1-4)

"Rabbimiz Allah'tır diyerek dosdoğru bir hayat yaşayanlar, vefatları anında meleklerden şu müjdeyi alırlar: Korkmayın, üzülmeyin. Aksine size söz verilen cennete kavuşacağınız için sevinin. Biz bu dünyada sizin dostlarınız idik. Ahiret hayatında da yine dostlarınız olacağız. Şu andan itibaren artık canınız çektiği her şey ve Allah'ın size va'dettikleri; O, affı ve bağışı bol olan Rabbinizden bir ikram olarak sizi bekliyor." (Fussilet, 30)

Son dönemlerini yaşayan yaşlı hastaya meleklerin böyle bir müjde verdiğini haber vermek ve yaşlı bireyin ona inanması ne kadar tatmin edici ve huzur verici olduğu onu rahatlatmış oluyor.

"Küçüklerimize şefkat göstermeyen ve büyüklerimizin kadrini bilmeyen bizden değildir." (Tirmizî, Birr 15; Ebu Davud, Edeb 58)

"Yaşından dolayı bir yaşlıya hürmet eden gence, Allah yaşlılığında hürmet edecek kimseleri nasib eder." (Tirmizî, Birr 71)

"Annesi veya babası ya da her ikisi yaşlılık dönemlerinde kendisi yanında bulunup da onların hoşnutluğunu alarak cenneti kazanamayan kişiye yazıklar olsun." (Müslim, Birr, 9)

"Sizden herhangi biriniz imam olduğunda namazı kısa kıldırsın. Zira cemaati içinde yaşlı olanlar vardır." (Nesâî, İmâmet, 35)

Maneviyat olgusu genellikle insanın içinde olan hayatın her aşamasında ona cesaret ve güven veren enerjidir. Maneviyatı yüksek olan birey hastalık süreci boyunca hayata daha canlı ve şevkle bakıyor. Maneviyatı zayıf olan birey ise mutsuz ve umutsuz olduğu için hayata başarısız olarak bakıyor. Yaşlanma döneminde olan bir hastaya manevi destek sağlamak, ona ölümü daha makul bir şekilde kabullendirmek inamını sağlamaktır. Çünkü insanların yaşlandığı zaman Allaha bağlılıkları daha da artmış oluyor. Gençlik döneminde her ne kadar buna ihtiyaç duymasa da yaşlılıkta karşılaştığı sorunlarla dine daha çok yönelmiş oluyor.

Allah resulü Hz. Peygamber (s.a.v) hastalara yaklaşmasında dikkat çeken metotlardan biri onları dinlemesi ve hatır sormasıdır. Örnek olarak Müslümanlar ilk dönem Mekke'den Medine hicret ederken oranın havasına alışamamışlardı ve hasta olmuşlardı. Bunlar arasında Hz. Ebu Bekir ve Hz. Bilal da hasta olmuşlardır. Ziyaret esasında "Nasılsınız?", "Nasıl sabahladınız?" veya "Nasıl akşamladınız?" Soruların sorarak onarı rahatlatmak ve moral vermek için yanlarında olmuşlardı. Yaşlı hastaların yanında olmak onları dinlemek hal hatır sormak bir nebze de olsun onlara iyi geliyor. Bir rivayette; Hz. Ayşe'nin Hz. Ebu Bekir ve Hz. Bilal ziyaret ederek onlara "Nasılsınız?" diye sorması üzerine onlar Hz. Ayşe'ye Mekke'ye duydukları hasreti anlatan şiir ile karşılık vermeleri nakledilmiştir (Buhârî, Merdâ, 8 V, 2141).

Yaşlı hastaların tedavisinde önem taşıyan hususların başında kuşkusuz hasta maneviyatının güçlenmesi ve moralinin yüksek olması gerekiyor. Kanser hastalığının yaygın olduğu şu dönemlerde tedavinin erken tespit edilmesi ve moralinin yüksek tutulması etkin bir yol olarak bilinmektedir. Bunun içindir ki Hz. Peygamber (s.a.v) birinin hasta olduğunu duyunca onu mutlaka ziyaret eder onu dinler ve endişe duyulacak bir şey yok diye teselli ederdi. Bunun üzerine müjdeli bir şekilde Allahın izni ile bu hastalığın onun için maddi ve manevi bir temizleyici olduğunu söylerdi (Kahya, 1975: 416). Bu hadislerden anlaşıyor ki, hastalık aslında bir mümin için günahlarına kefarettir. Ziyaret ederken şu hususu da unutmamak gerektir

ki, hasta yanında güzel düşünmek, hayır söylemek ve dua etmek makbul sayılıyor. Bu konuda Hz. Peygamber (s.a.v) müminleri uyarılmış ve ciddi olmalarını tavsiye etmiştir. Rivayete göre Hz. Peygamber (s.a.v) hasta ziyaretinde melekler onların konuşmalarına “Âmin” diyeceklerini haber etmiştir (Mübarekfürî, Beyrut: 46).Bunun gibi birçok rivayetlerde Allah Resulü (s.a.v) hastalara dua ettiği, onların af edilmesi ve şifa bulmasını söylemiştir.

Bir defasında Hz. Peygamber (s.a.v) bir kişni hastalığından dolayı ziyarete gitmiştir. Konuşup onu dinledikten sonra “hastalığın zararsızdır inşallah iyi olursunuz” buyurmuştur. Bunun üzerine adam “hayır bu hastalık öyle bir hummadır ki, yaşlı birini mezara kadar götürür” diye karşılık vermiş. Allah Resulü (s.a.v) “madem öyle ne yapalım senin dediğin gibi olsun” buyurmuştur (Buharî, Merdâ, 10 (V, 2141), Menâkıb, 22 (III, 1324); Tevhid, 31 (VI, 2717), el- Edebü’l- Müfred, s. 186, Taberanî, el- Mu’cemü’l- Kebir, XI, 342).Hasta ziyaretinde dikkat verilecek bir husus onların acı çektiği ve ağrılar içinde olduğu esnada sizi güzel sözlerinizi yanlış anlayarak tepki vermesidir. Bu durumda yapılması gereken “sizin söylediğiniz gibi olsun” ve “nasıl uygun görürseniz” gibi sözlerle üzerine gidilmemesidir. Böylece yaşlı hastalara manevi destek sağlarken her türlü tedbirin alınması, onlara dikkatli ve özenle yanaşılmalıdır. Hasta bu durumda ben elimden gelenin en iyisin yapmaya çalıştım, sabırlı oldum, mücadele ettim. Bundan sonrası Allaha aittir diyerek manevi destekten teselli bulmasıdır.

Sonuç

Son dönemlerde yaşlı hastaların artması onların manevi desteğe daha çok ihtiyaç duymaları anlamına gelmektedir. Ancak bu durumda onlara nasıl yardım edilecek ve yaklaşılabilecek konusunda tereddütlerimiz vardır. Bu problemlerin aşılması için sonuç odaklı çalışmamız gerekmektedir. İlk olarak onlara manevi yönden yaklaşarak Hz. Peygamberimizin (s.a.v) yaptığı gibi, onlara hiçbir ayırım yapmadan ziyaret etmemiz, konuşmamız, moral vermemiz ve dua etmemiz gerekmektedir. Yaşlılarda olan ölüm korkularının giderilmesi için teskin etmemiz, hastalığının geçeceğini ve bu onlar için maddi ve manevi temizlik olduğunu bildirmemiz gerekmektedir.

Sağlık bilimlerinin de hastalara yönelik yapılan manevi bakımın tedavinin bir parçası olarak görmeleri gerekmektedir. Hizmet çerçevesinde hastalara manevi desteğin verilmesi konusunda sağlık personeline de sorumluluk düşmektedir. Bu hizmette hemşirelerin yanı sıra doktorların da rol alabileceklerini söylememiz gerekiyor. Sağlık hizmetinde bulunanlar hastaların tedavi sürecinde onların dine yönelip yönelmediğini sorması gerekiyor. Eksi halde hastaların doktorlardan dua etmelerini istediği halde bu isteklerini yerine getirmelerinde çok fayda vardır. Çünkü hastanın sağlığına kavuşması ve umutlanması konusunda olumlu etki sağlanacağını bilmesi gerekiyor.

Ülkemiz her ne kadar bu alanda kurumsal bir kimlik kazanmış olmasa da ilerleyen zamanlarda İslami ilimler, din psikolojisi, insani bilimler ve din bilimine ilişkin alanlarda manevi destek danışmanlığına ihtiyaç vardır. Bunun ihmal edilmemesi ve pratik boyutlarına da geçilmesi gerekmektedir. Konuyla ilgili olarak lisans ve yüksek lisan eğitilmiş elemanların yetiştirilmesi ve ya yüksek dini öğretim kurumlarının desteği ile bu sorunun hal olması gerekmektedir.

Kaynaklar

- Atay H, Ferabi Üç Eseri, Mutluluğu Kazanma (Tahsilü’sSaade), Eflatun Felsefesi ve Aristo Felsefesi, Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Yayınları, Ankara 1974: 166
Buhârî, Muhammed b. İsmail Ebu Abdullah , *el- Camiu’s- Sahih*, (thk. Mustafa Dîb el- Bağa), Daru’lbn Kesir, Beyrut, 1987, I-VI
Er D, Psikososyal Açıdan Yaşlılık, Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi, Elazığ 2009;4/11: 1-338
Karagül A, Din Araştırmalar, Manevi Bakım: Anlamı, Önemi, Yöntemi ve Eğitimi (Hollanda Örneği), Ankara Ocak – Haziran 2012; 14 (40) 5-27
Kartopu S, Dini Yaşayışta Hayatı Sorgulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana 2006
Kılavuz M. A, Yaşlanma Dönemi Din Eğitimi, Arasta Yayınları, Bursa 2003

- Koç M, Yaşlılık Psikolojisi İle İlgili Yapılan Bilimsel Çalışmaların Tarihi Ve Literatürü Üzerine Bir Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2002; 6 (2) 289-308
- Kolektif, Diyanet İşleri Başkanlığı, IV. Din Şûrası, 12- 16 Ekim, Ankara 2009
- Mübarekfürî, Muhammed Abdurrahman b. Abdurrahim, *Tuhfetü'l- Ahvezî*, Darü'l- Kütübi'l- İlmiyye, Beyrut, ts I-IV, 46
- Müslim, Ebu'l- Hüseyin Müslim b. el- Haccâc el- Kuşeyrî (ö. 261/875), *el- Camiu's- Sahih*, Darü'c- Ceyl, Beyrut, tsz, I- VIII.Nesâi, İmâmet, 35
- Onur B, Gelişmiş Psikoloji, İmge Kitabevi, Ankara 2004
- Seyyar A, Manevi Sosyal Hizmetler, İstanbul 2008
- Seyyar A, YumurtacıA, Afet Odaklı Acil Manevi Sosyal Hizmet Uygulamaları Bağlamında Türkiye'ye Yönelik Bir Model Önerisi, MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2016: 5 (3) 1-24
- Taberânî, Ebu'l- Kâsım Süleyman b. Ahmed (ö. 360/970), *el- Mu'cemü'l- Kebir*, (thk. Hamdi Abdü'l- Mecid), Mektebetü'l- Ulûm ve'l- Hikem, Musul, 1983; Mektebetü'l-İbniTeymiye, Kahire, 1984
- http://www.manevisosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2009/07/turkiyede_sosyal_yardim_ve_sosyal_hizmet_arastirma_raporu.pdf
- T. C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Denetleme Raporu, Sayı - 5, Ankara 2009 (erişim 30.10.2019)
- <https://asder.org.tr/yazarlarimizin-makaleleri/860-din-isleri-icin-10-subay-yeter-mi> (erişim 30.10.2019)

ACİL SERVİSLERDE ADLİ OLGULARA YAKLAŞIM APPROACH TO FORENSIC CASES IN EMERGENCY SERVICES

Araş. Gör. Emine Tuğba TOPÇU*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş:

Adli olgu bir başka kişinin veya kendisinin, kasıtlı ya da tedbirsiz davranışı sonucunda, kişinin akli veya fiziksel sağlığını kaybetmesi olarak tanımlanır (1). Her türlü ateşli silah veya patlayıcı madde yaralanmaları, kesici-delici alet yaralanmaları, trafik kazaları, kadına/çocuğa fiziksel/cinsel saldırılar, endüstriyel kazalar, tıbbi uygulama hataları, zehirlenmeler, intiharlar, gözetim altındaki yaralanmalar ve kuşku uyandıran tüm olaylar adli olgu olarak değerlendirilmektedir (2). Hemşireler adli olgularda gerek mağdurun gerekse failin ilk karşılaştığı, ailesi ya da yakınlarıyla ilk iletişime giren, muayene sırasında eşyalarına dokunan ve bireyden alınan laboratuvar örnekleri ile ilk temas eden sağlık personelidir (3-6).

Hemşirelerin adli olguyla en sık karşılaştıkları klinikler acil servislerdir. Bu nedenle acil servislere başvuran kişiler arasında, bir başka kişi veya kendisinden kaynaklanan davranışı sonucunda oluşabilecek fizyolojik veya psikolojik hasar meydana gelmiş her türlü olguya adli açıdan bakmak gerekir (2). Çünkü hastanın acil servise geldiği andaki durumunun belgelenmesi ve adli tıp bulgularının korunması, sonraki adli tıp soruşturması açısından oldukça önemlidir (7).

Acil servislere başvuran bireylerin çoğunluğunu, suç teşkil eden veya kişilerarası şiddetle sonuçlanan mağdur/şüpheli kişiler oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşirenin adli delili keşfetmedeki ve delillerin toplanmasındaki yeteneği delillerin hatalı veya eksik olmasının engellenmesi ve belirsizliğin giderilmesi açısından çok önemlidir (8). Özellikle acil servislerde hemşireler, delillerin farkına varmadıkları, delilleri tanımlama, toplama ve saklama prosedür ve tekniklerini bilmedikleri sürece tedavi ve bakım esnasında deliller gözden kaçırılabilir, kaybedilebilir ya da yok edilebilir. Bu durum adli incelemeyi zorlaştırabilir ve mahkemelerin sonuçsuz kalmasına ya da yanlış karar vermesine neden olabilir (6). Bu nedenle suçlunun ya da mağdurun tanınmasında karşılaşılan bu güçlükler ve hastanelere başvuran suç mağdurlarının sayısındaki artış 1970'li yıllarda adli hemşireliğin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Adli hemşirelik; hemşirelerin şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ile travma veya ölüm olaylarındaki kurbanların muayenesi ve bilimsel olarak araştırılmasında, almış oldukları eğitimi adli alanda kullanmalarıdır (9). Bu yönü ile adli hemşirelik, adli bilimlerin en yeni çalışma alanlarından birisidir. Adli hemşireler acil servis, intihar önleme merkezleri, tecavüz kriz merkezleri, olay yeri inceleme, ölüm araştırmaları, cezaevlerinde, savcılıklarda, hukuk bürolarında ve adli patoloji laboratuvarlarında çalışabilmekte ve aynı zamanda mahkemede uzman bilirkişi/tanık olarak görev alabilmektedirler (5, 10).

Adli hemşireliğin rol ve sorumlulukları ilk kez Amerikan Hemşireler Birliği tarafından 1995 yılında yapılan Hemşirelik Uygulamaları Kongresi'nde hemşirelik süreci temel alınarak belirlenmiştir. Buna göre; adli hemşirelik süreci hasta merkezli olup bakım planlarının yeniden düzenlenmesini ve değerlendirilmesini içeren dinamik bir süreci kapsamaktadır (5). Adli hemşirelik süreci değerlendirildiğinde, adli hemşirenin kriminal olaylarda olayın farkına varılması (ev içi şiddet, çocuk istismarı vb.), adli olayla ilgili öykü alınması, fiziksel değerlendirme, adli muayene, biyolojik ve fiziksel delillerin toplanması, güvenlik zincirinin korunması gibi görevlerinin yanı sıra, mağdurun ve yakınlarının gereksinim duyduğu desteği sağlaması ve rehabilitasyonunda yönlendirici adımların atılması, adli raporun yazılması, danışmanlık yapma ve şiddeti önleyici rol ve sorumlulukları da bulunmaktadır (11, 12).

Ülkemizde adli hemşirelik alanındaki en büyük sorun adli hemşirenin görev ve sorumluluklarının tam olarak tanımlanamamasıdır. Adli hemşirelik ile ilgili doğrudan yasa ve yönetmelikler olmamakla birlikte başta acil servisler olmak üzere adli olguların yer aldığı alanlarda çalışan hemşireler Türk Ceza Kanunu (TCK), Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK), Hemşirelik Kanunu ve Hemşirelik Yönetmeliği gibi kanun ve yönetmelikler kapsamında görev ve

sorumluluklarını yerine getirmektedirler. Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'in (19.04.2011 tarihli ve 27910 sayılı Resmi Gazete) 7. maddesine eklenen 6. fıkraya göre hemşire; *"Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir"*. Yönetmelikte yer alan bu maddeye göre hemşire, tanımlanan görev ve sorumluluğu kapsamında adli olaylarda bilirkişi olarak görev yapabilmektedir (13, 14).

Ülkemizde adli hemşirelerin acil servislerde bulunmaması nedeniyle bu görev daha çok travmalı hasta ile ilk karşılaşan ve adli hemşirelik eğitimi almamış acil servis hemşireleri veya diğer sağlık bakım personeline (ATT, sağlık memuru) düşmektedir. Günümüzde şiddet olaylarının her yıl artmasına bağlı olarak adli olguların da sayısının artması nedeniyle acil servis çalışanlarına daha fazla sorumluluk düşmektedir. Bu nedenle acil serviste görev yapan sağlık bakım personeli adli delillerin korunması, toplanması ve düzenlenmesinde büyük rol oynamaktadırlar (8, 15, 16). Aynı zamanda acil servis çalışanları adli olaylarda, sanık veya mağdurla ilgili bilgilere, olayla ilgili delillere ve yaralanma nedenine ilişkin bilgilere sahip olduklarından, polisler onların tanıklıklarına da ihtiyaç duymaktadırlar (17, 18). Ancak gerek hemşirelerin, gerekse diğer sağlık bakım personelinin adli tıp konularında yeterince bilgi ve birikimleri olmadığından gerekli yaklaşımlarda bulunamamaktadırlar. Acil servis hemşirelerinin; olası ceza gerektiren yaralanmalarla, acil servislere kabul edilen herhangi bir hastanın klinik adli tıp hastası olduğunu belirlemede aktif rol almaları ve bu konuda rol ve sorumluluklarını bilmeleri, adli olayın açıklığa kavuşturulmasının yanı sıra yasal olarak da kendilerini korumasını sağlar (7). Çünkü hasta sirkülasyonunun hızlı, iş yükünün fazla olduğu acil servis gibi birimler başta olmak üzere, olası kayıt ve rapor eksikliği durumlarında hekimler kadar hemşireler de birer tanıktır. Bu tür durumlarda bilgisine başvuru alan hemşirenin, adli tıbbi konularda yeterli bilgisinin olması adaletin yerini bulmasında önemli rol oynayacaktır (12).

Hemşireler adli olgulara yaklaşımda bulunurken, ister kurban isterse fail olsun tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz olarak yapılması, kişinin üzerindeki giysilerin uygun şekilde çıkarılıp saklanması, kişiden alkol, uyutucu-uyuşturucu ve benzeri maddelerin tespiti için örnek alınması ve çeşitli suçlarda gerek mağdur gerekse failden uygun bir şekilde biyolojik delillerin toplanması sürecinde görev almalıdırlar. Ayrıca alınan örneklerin düzenli bir şekilde kayıt edilmesi, saklanması ve ilgili mercilere uygun şekilde teslim edilmesinde de yardımcı olmalıdırlar (12). Yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi ülkemizde sağlık bakım personelinin adli hemşirelikle ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle özellikle acil servislerde hemşirelerin adli hemşirelikle ilgili eğitim almaları, yasal sürece ve insanlara hizmet vermede katkı sağlayacaktır. Bu nedenle tıp ile hukukun çakıştığı bu alanda hemşirelerin özel eğitim aldıktan sonra görevlendirilmeleri birçok sorunun ortadan kalkmasında önemli rol oynayacaktır (3, 19). Acil servis hemşireleri yeterli eğitimi aldıkları takdirde klinik kayıtlardan yararlanabilir, topladığı verileri yorumlayabilir, laboratuvar bulgularını değerlendirebilir, diğer ekip üyeleriyle bulduklarını paylaşabilir ve veri alışverişini sağlayabilir (16). Böylece acil hemşiresi adli olgu araştırmalarının doğru, güvenilir ve hızlı şekilde yürütülmesine yardımcı olabilir.

Günümüzde Amerika'da ve Avrupa ülkelerinde adli hemşirelik özel bir dal olup, bu kişiler acil servislerde görev yapmaktayken, ülkemizde ise yeni gelişen bir bölüm olup henüz hastanelerimizin acil servislerinde bulunmamaktadırlar. Bu nedenle adli hemşirelerin yapması gereken görevler, acil serviste görev yapan sağlık bakım personeline düşmektedir. Acil servis hemşiresi, adli olguya dair üzerine düşen görevleri bilmediği takdirde adli delillerin kaybı, zarar görmesi ve bu sebeplerden ötürü hemşirenin cezaya maruz kalması kaçınılmazdır. Literatürde acil serviste görev yapan sağlık bakım personelinin adli olguya yaklaşımlarıyla ilgili bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik yapılmış sınırlı sayıda çalışmaya rastlandığından konunun aydınlatılması için daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Günümüzde mahkemeler delillere şüphelinin mağdur ya da sanık olduğunu belirlemek için fazlasıyla önem vermektedir. Böylece adli olaylarda suç analizinde delillerden sanığa gidilir, bu nedenle olayların aydınlatılması açısından delillerin dikkatli ve uygun olarak toplanması çok önemlidir. Adli vakaya ilişkin tüm deliller adli raporla birlikte polise teslim edilmelidir. (8,16,20,21,22). Adli delillerin toplanmasının mümkün olmadığı durumlarda delillere ulaşmanın tek yolu hastane ortamı olabilir. Bu nedenle acil servislerdeki sağlık personelinin adli delilin tanınması, toplanması, saklanması ve delil teslim zincirinin sağlanması bilgisine sahip olmaları gerekmektedir (23).

Kaynaklar

- 1- İnancı A, Şelimen D. Acil Serviste Adli Olgu Değerlendirilmesi ve Adli Hemşirelik. *Acil Bakım*, 3. Baskı. İstanbul, Yüce Yayın, 2004; 169-184.
- 2- Baştürk P. Acil Servis Başvurularının Adli Olgu Yönünden İncelenmesi. Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı. Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2001.
- 3- Çevik SA, Başer M. Adli hemşirelik ve çalışma alanları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 21(2): 143-152.
- 4- Yelken N, Tunalı N, Gültekin G. Adli hemşireliğin Türkiye’deki durumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004; 13(5): 171-172.
- 5- Lynch VA. Forensic nursing science: global strategies in health and justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences* 2011; 1: 69-76.
- 6- Özden D, Yıldırım N. Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 73-81.
- 7- İlçe A, Yıldız D, Baysal G, Özdoğan F, Taş F. Acil servislerde çalışan sağlık bakım personelinin adli olgularda delillerin korunması ve saklanması yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2010; 16(6):546-551.
- 8- McGillivray B. The role of victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: A review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 2005; 13: 95-100.
- 9- Kent- Wilkinson AE. Spotlight on forensic nursing. *International Journal of Trauma Nursing* 1999; 5: 106-109.
- 10- Pınar R, Bahar MT. Acil servis hizmetleri ve adli hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2011; 3(1): 45-54.
- 11- Burgess AW, Piatelli MJ, Pasqualone G. Criminalistics and the forensic nursing process. *Journal Forensic Nursing* 2011; 7: 97-104.
- 12- Encinares M, McMaster JJ, McNamee J. Risk assessment of forensic patients: nurses’ role. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2005; 43: 30-36.
- 13- Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeolu Y. Adli hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004; 13(5): 171-173.
- 14- Hemşirelik Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.
- 15- Schofield S. Body of evidence. *Emergency Nurse*, 2006; 13:9-11.
- 16- Johnson D. Forensic evidence preservation the emergency nurses’ role. *Australasian Emergency Nursing Journal* 1997; 1(2): 37-40.
- 17- Green MA. Preservation of forensic evidence in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 1993; 1(1): 3-7.
- 18- Purdue B. Forensic aspects of traumatology. *Trauma* 2001; 3: 119-126.
- 19- Eren TT. 1999 Yılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2000.
- 20- Açıkgöz HN , Hancı İH, Çakır AH. DNA laboratuvarının İşleyişi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2002; 11: 126-128.
- 21- Karadayı B, Kolusayın MÖ, Kaya A, Karadayı Ş. Acil tedavi birimlerinde adli olgudan biyolojik materyal alınması ve gönderilmesi. *Marmara Medical Journal* 2013; 26: 111-117.
- 22- Akıncı S, Ünver F. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi, Aile İçi Şiddet ile İlgili Türkiye Çapında Alan Araştırması. *Adli Tıp Ders Kitabı*, İstanbul, 2004.
- 23- Lynch V.A. Forensic Nursing. Elsevier Mosby, 2006, Chapter 9-11, 101-102.

YÜKSEK GÜVENLİKLİ HASTANELER ve HEMŞİRELİĞİ HIGH SECURITY HOSPITALS AND NURSING

Dilek BAYSAL*

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Özet

Adli psikiyatrik tedavideki amaç, hastalığın gerilemesini ve iyileşmesini sağlamaya çalışarak, potansiyel şiddet davranışlarını azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır. Ayrıca oluşabilecek suçları azaltıp toplumu korumak ve bu bireylerin sağlıklı gelişimlerine ve günlük yaşantılarında sorumluluk almalarına yardımcı olmaktır. Bu bağlamda Yüksek Güvenlikli Hastaneler bu amacı yerine getiren sağlık kuruluşları olarak hizmet vermektedir. Bu özellikli hastanelerin, tedavi ve rehabilite etme, topluma kazandırma ve izole etme gibi görevleri bulunmaktadır. Bu çalışmayla, Yüksek Güvenlikli Hastanelerin açıklanması hedeflenmiştir. Dünyanın çeşitli yerlerinde bulunan ve gerek hastaların durumlarına göre gerekse hizmet verdikleri programlara göre bölümlere ayrılan Yüksek Güvenlikli Hastaneler, yasalarda yer almasına rağmen ülkemizde sadece Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde kısıtlı sayıda ve sadece adli psikiyatri yatağı şeklinde bulunmaktadır. Bu özellikli hastanelerde, bulunduğu ülkeye bağlı olarak değişiklik gösterse de genel anlamda hemşirelerin uzmanlık rolleri belirlenmiş ve buna uygun servisler oluşturulmuştur. Dünya Psikiyatri Birliği Genel Kurulu tarafından 1989'da kabul edilen Atina Bildirgesi'nde *"Akıl hastası bireyler profesyonellerce verilen insani ve erdemli bir tedavi hakkına sahip olmalıdır. Sömürü, kötüye kullanıma ve aşağılanmadan korunmaları gerekir"* denilmektedir. Bu bildirmede yer alan prensip akıl hastası suçlulara da uygulanmalıdır. Bunun için de her ülkenin Yüksek Güvenlikli Hastaneleri oluşturması gerekmektedir. Bu özellikli hastanelerin hem adli sistemin hem de sağlık sisteminin en önemli parçalarından biri olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adli Psikiyatri, Yüksek Güvenlikli Hastaneler, Adli Psikiyatri Hemşireliği

Abstract

The purpose of forensic psychiatric treatment is to try providing to regression and healing of the disease and to reduce potentially violent behaviours or eliminate it. Also, other purpose is to protect society reducing crimes that may occur and to help their healthy development and responsibilities in their daily life. In these sense, High Security Hospitals serve health care organizations that fulfill this purpose. These featured hospitals have missions. These missions are such as treatment, rehabilitation, isolations and reintegration. In this study, the explain of High Security Hospitals is aimed. High Security Hospitals that are located in various parts of the world and are departmentalized according to both status of patient and providing the programs are limited in only Mental and Neurological Diseases Hospitals as forensic psychiatry department. Although, it is in the legislation in Turkey. These featured hospitals differ from country to country. But, generally it have been established the specialties of the nurses and it have been formed appropriate services for it. It is said that "Individuals who have mental diseases should have the right of human and virtuous treatment which is given by professionals. They should be protected from exploitation, abuse and humiliation." in Declaration of Athens which was adopted by the General Assembly of The World Psychiatric Association in 1989. The principle in this declaration should also be applied to offenders with mental illness. So, every country must build High Security Hospitals. It shouldn't be forget that these featured hospitals are one of the most important part of the forensic and health systems.

Key Words: Forensic Psychiatry, High Security Hospitals, Forensic Psychiatry Nurses

Giriş

Yargının kararı doğrultusunda, ceza ehliyeti olmayanlar veya azaltılmış sorumluluğu olanlar işledikleri suçlar sonrasında tedavi altına alınırlar (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2010). Bu noktada kapatma veya ceza söz konusu değildir. Bireyler tedavi altına alınmaya çalışılır. Çalışanlar başta psikiyatri uzmanları, hemşireler, psikologlar ve sosyal çalışmacıların yanı sıra, hasta bakıcı, temizlik personelleri, güvenlikler gibi diğer görevlilerden oluşmaktadır (Gunn, 2000). Bu hastanelerin temel amacı bireyleri tedavi ve rehabilite ederek topluma kazandırmaktır. Ayrıca hem suçlu ve ruh sağlığı bozuk bireyleri toplumdan, hem de toplumu bu bireylerden izole etme amacı da barındırmaktadırlar (Brunt & Rask, 2005). Bu hastaneler, ruh sağlığı bozuk olan hastalara hem güvenlik hem de terapötik bir çerçeve içerisinde tedavi ve rehabilitasyon sağlamak için doğal bir ortam sunarlar (Taylor, Leese, Williams, Butwell, Daly & Larkin, 1998). Bu tedavi, bakım ve

rehabilitasyonu sağlanmadan önce, bireylere durum ve risk değerlendirmesi yapılır. Tüm bunların yanı sıra, psikiyatrik danışmanlık da sağlanır. Ancak hedef grubun özellikleri sebebiyle, bu tedaviyi tek başına gerçekleştirmek mümkün değildir. Bu nedenle multidisipliner bir çalışma ile tüm hedefler yerine getirilmeye çalışılır. Her aşamada da muhakkak adliyelerle de işbirliği içerisinde olunur. Bu hastanelerin hedefleri kadar dış ve iç dizaynları ve güvenlik donanımları da oldukça özel ve önemlidir. Bunlar arasında, dış cephelerdeki 3-5 metre yükseklikte erken uyarı sistemi olan elektronik aygıtlı duvarlar, iç güvenlik sistemlerinde elektronik kapılar, alarm sistemleri, güvenlik kameralarını, acil telefon hatlarını ve manyetik kartları bulunmaktadır. Güvenlik sistemleri kadar içeride bulunan masadan pencereye, yataktan koltuğa kadar kullanılan her şeyin üretildiği malzemeler de önemlidir. Kırılmaz camların hemen her alanda kullanılması, yüksek kalite malzemelerle her ortamın döşeli olması, özel pencere sistemlerinin bulunması ve tüm malzemelerde demirden çok ahşap kullanılması verilebilecek en iyi örneklerdir. Ayrıca hastaneden çok hapis hane ambiası yaratan demir parmaklıkların kullanılmaması oldukça önemli ve tedavinin bir parçasıdır. Hasta odalarında ise güvenliğe önem verildiği kadar konfora da yer verilmesi gerekmektedir. Ayrıca odalarda günlük yaşantıya uygun mobilyalara yer verilmesi, hastaların adaptasyonu açısından oldukça önemlidir. Tüm alanların asıya imkan vermeyecek şekilde dizayn edilmesi, malzemelerin bir kısmının bir başkasına veya kendisine zarar verebilecek şekilde kullanılmasına imkan vermeyecek özelliklerde seçilmesi, çalışanların güvenliği açısından alarm sistemlerinin her an onların ulaşabileceği yerlerde bulunması, ortak yaşam alanlarında güvenlik kameralarının bulunması, döşemelerin yamraz özellikte olan vinil kullanılarak yapılması, hemşirelerin her an tüm servise hakim olabilecekleri konumlarda bulunmaları, mobilyaların duvarlara monteli olmaları, koridorların ulaşım sebebiyle kısa olmaları, dış açılan kapıların üzerinde gözlem pencerelerinin bulunması, mümkün olduğunca doğal havalandırmaya ve doğal ışıklandırmaya yer verilmesi gibi örnekler bu hastanelerde bulunmasına önem verilmesi gereken şeylerin başında yer almaktadır (Yanık, 2015). Hastanenin içerisinde birçok özellikli odalar bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi, standardı 16 metrekare olan, klimalı ve havalandırmalı, aynı zamanda özel kilit mekanizmaları ile donatılmış ve hastayı ajitasyon durumlarında hekim önerisi ile alt ve üst ekstremitelerin bağlandığı tespit odasıdır. Bir diğeri ise, yine standardının 16 metrekare olduğu, tek kişilik ve yüksek kontrollü olan, mobilyanın bulunmadığı, duvarların ve zeminin yumuşak materyallerle kaplı olduğu ve hastanın yüksek risk açısından önem arz ettiği durumlarda doktor istemiyle gözlem altında tutulduğu tecrit odasıdır (Yanık, 2015).

Türkiye’de Yüksek Güvenlikli Hastanelerin Durumu

2004 yılında kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 57.maddesinin 1. fıkrasına göre “Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar” denilmektedir. Ayrıca Türk Ceza Kanunun “Akıl hastalığı” ile ilgili 32. Maddesinin 2. Fıkrasında, “Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.” cümlesi yer almaktadır. Ülkemizde ruh sağlığı bozuk suçluların değerlendirilmesi ve takibi Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı işbirliği tarafından yapılmaktadır. Bu aşamada Adli Tıp Kurumunun(ATK) IV. İhtisas Dairesi devreye girmektedir (Yıldız, 2002). Ancak ATK’da raporlanan vakaların beşte birinin adli psikiyatri ile ilgili olması ve bu kurumun sadece İstanbul’da olması, aynı zamanda Türkiye’deki tüm vakalarla tek bir yerin ilgileniyor olması sebebiyle yığılmalar, tedavilerde aksamalar, hatta bazı suç işlemiş ruh sağlığı bozuk bireylerin tutuklevlerinde bekletilmesi gibi durumlarla karşılaşılmasına yol açmaktadır. Ekim 2014 verileri doğrultusunda Türkiye’de yer alan 7356 psikiyatri yatağının sadece 668 tanesi adli psikiyatri yatağı olarak ayrılmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı’nın 2011 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’na göre mevcut adli psikiyatri yatağında %252 oranında artış göstererek, 668 yataktan 2350 yatağa yükseltmeyi planlamaktadır. Bu eylem planı doğrultusunda İstanbul-Bakırköy’de 300, İstanbul-Erenköy, Adana, Ankara, Elazığ, Samsun, Trabzon, Manisa vb. illerde 100 yataklı adli psikiyatri birimlerinin 2015 yılında kurulması hedeflenmiştir. Ancak yine bu plan içerisinde bazı olası engellere de yer verilmiştir. Bunlar; finansal ve kaynak problemleri, diğer sağlık personellerinin bu tür servislere çalışmak istememesi ve burada hizmet verebilecek yeterli uzman sayısının elde edilememesi (TC Sağlık Bakanlığı, 2011). Ülkemizde ilk açılan Yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanesi Nisan 2018 yılında Adana’da açılmıştır. Daha sonra sırası ile Kayseri, Elazığ, Eskişehir ve Ankara’da kapılarını açmıştır.

Dünyada Yüksek Güvenlikli Hastanelerin Durumu

1983 yılında kabul edilen ve en son 2007 yılında revizyonu yapılan Mental Health Act (Ruh Sağlığı Yasası) doğrultusunda dünyadaki bazı bölgelerin yüksek güvenli hastanelerdeki tedavi protokolleri oluşturulmuştur. Buna göre bu hastanelerde kalan hastaların tedavi süreleri revizyondan önce belirlenmemiş durumda iken, revizyondan sonra bu süre 3 ay ile sınırlı tutulmuştur. Ancak bu sürenin uzatılması istendiği durumlarda, ikinci görüş raporu denilen bir rapora ihtiyaç duyulmaktadır. Bu rapor başka bir ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından mahkemeye sunulmak amacı ile düzenlenir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2017). Tedavi ve seyri tamamı ile hekimin sorumluluğundadır, ancak mahkemeye söz konusu olan suçun ağır derecede olması mahkemenin nazarında hastanın yüksek risk teşkil etmesi söz konusu olduğunda izinler ve taburculuklar sadece yargı biriminin sorumluluğundadır ve bireydeki hastalığın seyri ile ilgili tüm değişiklikleri yakından takip etmektedir (Taylor vd., 1998). Dünyada bulunan diğer yüksek güvenli psikiyatri hastanelerinde tedavi özellikleri kadar taburculuklar konusunda da diğer servislerden farklılıklar göstermektedir. Bu hastanelerde iki uçlu taburculuk söz konusudur. Bu uçlardan birini şartlı taburculuk, diğer kısmını ise tam taburculuk oluşturmaktadır. Şartlı taburculukta “Sosyal Şifa Kontrolleri” denilen bir sistem bulunmaktadır. Bu sistem 2 yılda bir olacak şekilde belirlenerek, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) bünyesinde kurulan Ruh Sağlığı Değerlendirme Komisyonu (Mental Health Review Tribunal) tarafından yapılmaktadır. Hastaların takipleri TRSM hemşireleri tarafından yakın ve sık gözlem altında yapılmaktadır. Bu gözlemler neticesinde ise hemşireler değerlendirmelerini komisyona sunarlar. Bu kontrollerin yapılma amacı taburculuk niteliğinin şartlıdan tama çevrilmesidir. Değerlendirmeler olumsuz sonuçlanacak olursa, bireyin tekrardan hastaneye yatışı söz konusu olabilmektedir (Bindman, Maingay & Szmukler, 2003). Ayrıca yüksek güvenli serviste kalan hastaların, bu servislerden çıkartılıp düşük veya orta güvenli servislere de geçirilmesi söz konusudur. Bu geçişler ise kademeli olarak yapılmaktadır. Bu noktada dikkate alınan hususlar ise, risk seviyesinde azalma, tedaviye uyum, tedaviye olumlu yanıt, ruhsal durum ve hastane kurallarına uygun davranışlar olarak sıralandırılabilir (Morissey, Mooney, Hogue, Lindsay & Taylor, 2007).

Hastanelerin günlük işleyişi çeşitli toplantılar ile gerçekleştirilmektedir. Bunlardan bir tanesi, her pazartesi tüm ekibin toplandığı ve hemşirelerin hastaların hafta sonundaki durumları ile ilgili bilgilendirmelerde bulunduğu teslim(handover) toplantılarıdır. Bir diğeri ise tedavi ekibinin hastaların genel durumu ile ilgili görüş ve önerilerde bulundukları rutin vizitlerdir (ward round). Ayrıca 6 ayda bir gerçekleştirilen ve ailelerin de katılmasına izin verilen, konusunun ise uzun süredir serviste bulunan hastaların durumlarının değerlendirildiği, tedavi sürecinin planlandığı ve tüm bunların toplantı sonunda rapora döküldüğü bakım planı yaklaşımı (Care Plan Approach) yapılmaktadır. Hasta bakımı değerlendirilmesi (Patient Care Review) toplantılarında ise hastalarla birebir değerlendirilme yapılarak kendilerine bu konuda bilgilendirilmeler yapılır ve hastaların da talepleri dinlenir. Tüm bu toplantılar sayesinde hastaların durumları ve güvenli gereksinimleri ortaya koyulur ve aynı zamanda ekip içerisindeki iletişime ve bilgilendirmeye de yardımcı olur (Brown & Lloyd, 2008).

Yüksek Güvenlikli Hastane Hemşireliği

Yüksek güvenli hastanelerde, hiç şüphesiz en büyük rolü üstlenen meslek gruplarından bir tanesi de hemşirelerdir. Her uygulama alanında anahtar rolü gören hemşireler, çalıştıkları birimlere göre farklı isimler almaktadır.

Akıl Sağlığında İleri Düzeyde Uygulayıcı Adli Hemşireler

Yüksek güvenli servislere hastalar için oluşturulan terapilerin geliştirilmesi ve yürütülmesi için önderlik ederler. Bilgilerini, deneyimlerini ve yargılarını kullanarak hastaların taburcu edilmesi veya uygun başka kliniklere transfer edilmesine karar verebilirler (Central Mental Hospital Training and Development, 2014).

Madde Bağımlılığı Kliniklerinde Çalışan Uzman Hemşireler

Bu hemşireler, Madde Bağımlılığı Servisleri’nde tedaviyi planlayan ve yürüten bireyler olarak çalışırlar. Bağımlılığın derecesinin belirlenmesinde rol alan yetkililer vardır (Central Mental Hospital Training and Development, 2014).

Aktivite Koordinatörleri

Aktivite koordinatörleri, hastane aktivite programlarını planlama, koordine etme ve dağıtma konusunda sorumludurlar. Eğlence Departmanı’yla temas halinde çalışarak, çeşitli terapötik, sosyal ve eğlenceli aktivite programları dizayn ederler. Böylece hastaları fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan geliştirmede etkili olurlar (Central Mental Hospital Training and Development, 2014).

Birincil Sağlık Bakım Hemşiresi

Hastaların fiziksel rahatsızlıklarının erken teşhis ve tedavisinin yönetimini dış merkezlerle bağlantı kurarak sağlamakla görevlidirler (Central Mental Hospital Training and Development, 2014).

Klinik Lider

Klinik lideri, hastaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde ve bu yöndeki programların tasarlanmasında görev alan bir hemşiredir. Özel eğitim programlarının tasarlanmasında diğer disiplinlerle işbirliği içerisinde çalışır (Central Mental Hospital Training and Development, 2014).

Adli Psikiyatri ve Toplum Hemşiresi

Mahkemelerden veya hapishanelerden hasta gönderildiğinde, buralarla iletişim kurmaya yardımcı olurlar. Hasta geçmiş bilgilerinin toplanmasında ve yerel psikiyatri servislerindeki personellerle veya hasta yakınlarıyla iletişim kurmada önemli rolleri bulunmaktadır. Bir hasta yüksek güvenli bir hastaneye kabul edilmeden önce, Adli Psikiyatri ve Toplum Hemşireleri tarafından hazırlanan kabul öncesi değerlendirme raporunun ışığında ortaya çıkan, hastanın kendisine ve çevresine zarar verme eğilimi, güvenlik riskleri ve geçmişteki ve şimdiki uyumuna göre risk değerlendirmeleri yapılır (Central Mental Hospital Training and Development, 2014).

Sonuç ve Öneriler

Tüm insanların olduğu gibi, suç işlemiş ve ruh sağlığı bozuk bireylerin de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Tüm devletlerin de bu hakkı yerine getirme konusunda yükümlülükleri bulunmaktadır. Dünyada olduğu kadar Türkiye’de de bu konuda oldukça umut verici çalışmalar yapılmaktadır. Dünyada İrlanda ve İngiltere başta olmak üzere, Amerika, Avusturalya gibi ülkelerde hastanelerle ilgili çalışmaların yanı sıra adli psikiyatri hemşirelerinin eğitimleri ve özellikle de görev tanımları ile ilgili de çalışmalar yürütülmektedir. Ülkemizde de birçok yüksek güvenli adli psikiyatri hastanesi açılmaya başlanmış olmasına rağmen, hala bu yerlerde alanında uzmanlaşmış hemşirelerin eğitimleri ve görev tanımları ile ilgili önemli adımlar atılmaya başlanmamıştır (Baysan & Çam, 2011). Bu konuda ivedilikle eğitim programlarının tasarlanması ve bu programlar sayesinde alanında uzman hemşirelerin yetiştirilmesi gerekmektedir. Bu önerilerin yerine getirilmesi ile birlikte, alanında uzman hemşireler sayesinde gerçekleştirilen tedaviyle birlikte tekrarlı yatışların azalması, suç oranlarının düşürülmesi, yatış sürelerinin azaltılması, etkili tedavilerin gerçekleştirilmesi gibi hedefler yerine getirilebilecektir. Aynı zamanda bu uzman hemşirelerin aldıkları eğitimler sayesinde, adalet sistemine de birlikişilik hizmetleri verebilme yeterliliğine erişebileceklerdir (Timmons, 2010).

Kaynaklar

1. Baysan L. A. & Çam M.O. (2011), Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme. Nöropsikiyatri Arşivi, 48,175-83.
2. Bindman J., Maingay S. & Szmukler G. (2003), The Human Rights Act And Mental Health Legislation, British Journal Of Psychiatry, 182, 91-94.
3. Brown, C. S. H., & Lloyd, K. (2008), OPRISK: A Structured Checklist Assessing Security Needs For Mentally Disordered Offenders Referred To High Security Psychiatric Hospital. Criminal Behaviour And Mental Health, 18(3), 190-202.
4. Brunt, D., & Rask, M. (2005), Patient And Staff Perceptions Of The Ward Atmosphere In A Swedish Maximum-Security Forensic Psychiatric Hospital, Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 16(2), 263-276.
5. Central Mental Hospital Training and Development Department (2014), National Forensic Mental Health Service, Dublin.
6. Gunn J. (2000), Future Directions For Treatment In Forensic Psychiatry, British Journal Of Psychiatry, 176, 332-338.
7. Morrissey, C., Mooney, P., Hogue, T. E., Lindsay, W. R., & Taylor, J. L. (2007), Predictive Validity Of The PCL- R For Offenders With Intellectual Disability In A High Security Hospital: Treatment Progress, Journal of Intellectual & Developmental Disability, 32(2), 125-133.
8. Taylor P.J., Leese M., Williams D., Butwell M., Daly R. & Larkin E. (1998), Mental Disorder and Violence: A Special (High Security) Hospital Study, British Journal Psychiatry, 173(03),218-226.
9. TC Sağlık Bakanlığı (2011), Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı/2011-2023, 847 ,Ankara.
10. Timmons D. (2010), Forensic Psychiatric Nursing: A Description Of The Role Of The Psychiatric Nurse In A High Secure Psychiatric Facility In Ireland, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2010, 17, 636-646.

11. Türkiye Psikiyatri Derneği Adli Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi (2010), "Yüksek Güvenlikli Servisler" Hakkında Raporu, www.psikiyatri.org.tr, Erişim Tarihi: 21.10.2019.
12. Türkiye Psikiyatri Derneği (2017), Ruh Sağlığı Yasa Taslağı, <http://www.psikiyatri.org.tr/1800/ruh-sagligi-yasa-taslagi>, Erişim Tarihi: 21.10.2019.
13. Yanık M. (2015), Psikiyatri Hastanelerinde ve Kliniklerinde Mimari Konsept, Psikiyatri Eğitimi Asistan Klavuzu.
14. Yıldız S. (2002), Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Akıl Hastalarının Yargılanması, SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 141-151.

**ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNE İLİŞKİN UYGULAMA
ÖRNEKLERİ: ÜLKELER ARASI KARŞILAŞTIRMA
EXAMPLES OF FORENSIC PSYCHIATRIC NURSING: CROSS-
COUNTRY COMPARISON
Omar BOJANG***

*Tanka Tanka Psychiatric Hospital, Gambia

Abstract

Forensic psychiatric nursing is a subspecialty of psychiatric nursing that provides treatment, care and rehabilitation for psychiatric patients who were involved in crimes and protects their rights. Forensic psychiatric care aims to improve the mental health and reduce the risk of recidivism of mentally disordered offenders, and other patients with similar complex needs. This must be achieved within the least restrictive setting possible, and with a view to eventual community reintegration, whilst simultaneously maintaining a secure treatment environment. Psychiatric nurses provide drug therapy, occupational therapy and assess violence risk, and forensic psychiatric nursing have the additional responsibility of providing patient care in secure environments. Among the scientific disciplines, the concept of forensic nursing differs from the foundations of traditional professional practices and gives a new dimension to the forensic sciences. Forensic psychiatric nurses integrate the philosophy and practice of psychiatric nursing in a socio-cultural context, including the social justice system, to provide comprehensive care to criminals, families, and society with mental disorders. Forensic psychiatric nursing becomes more specialized every day because it clarifies questions regarding nursing practices and the skills that nurses need to deal with antisocial behaviors, which are frequently encountered in facilities ranging from community-based care to high security hospitals. However, forensic psychiatric services and the facilities in which they are provided are defined and governed in different ways across the world: some countries have issued detailed criteria for different levels of secure care, including building design and material specifications whereas in other countries, security is much more loosely defined, and has essentially developed over time along with clinical practices. This is mainly due to variation in the specifics of legislation and the particular ways in which forensic mental health systems are operationalized in different countries, as the underlying clinical issues and principles remain relatively similar across countries.

Keywords: Forensic psychiatry nursing, standart, skills, practice, Cross-Country Comparison

SOSYAL HİZMETTE ONARICI ADALET UYGULAMALARININ ETKİLİLİĞİ EFFECTIVENESS OF RESTORATIVE JUSTICE PRACTICES IN SOCIAL WORK

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN*

*Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü

Özet

İçinde bulunduğumuz çağda bireylerin özgürlüklerini kısıtlayan cezalar yerine alternatif ıslah yöntemlerinin tercih edildiği görülmektedir. Bu noktada suça yönelen bireylerin iyileştirilmesi ve topluma kazandırılması temel olarak hedeflenmektedir.

Ceza adalet sistemi hem suçlu hem de mağdurla etkileşime giren ancak suç/cezadan çok daha fazlasını kapsayan karmaşık süreçlerden oluşmaktadır. Dolayısı ile tüm halkın yaşamını pek çok yönden etkileyen ve düzenleyen bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ceza adalet sistemi üzerinde bazı perspektiflerin etkisi büyüktür. Bu bakış açıları suç yasalarının yürürlüğe girmesini, kanun-politika ve uygulamalarını, mahkeme süreci ve cezalandırma reformlarını etkilemiştir. Bu perspektifler ceza adalet sistemi içindeki politika ve uygulama yaklaşımlarını anlamak için bir çerçeve sunmaktadır. Sosyal hizmet mesleği için en çok ilgi çeken üç bakış açısı: rehabilitasyon, onarıcı adalet ve terapötik hukuk perspektifleridir. Onarıcı adalet mağdurlar, suçlular ve topluluklar arasında uzlaşmaya varmak için kullanılan süreçlerden, onarılmaya uğrayan suça çözüm bulmaya kadar çok çeşitlidir. Onarıcı adalet “öncelikle bir suçun yol açtığı zararı onararak adalete ulaşmaya yönelik her eylem” olarak tanımlanmıştır. Van Wormer (2009) da onarıcı adaleti genellikle” eğitilmiş bir profesyonel tarafından mağdurlara, faille ve topluma adalet sunmak isteyen izlenen olumlu bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır. Onarıcı adalet perspektifi, sosyal hizmet mesleği için de en çok ilgi çeken sosyal hizmet değerleri ve ahlaki ile uyumludur ve ceza adaleti sistemine sosyal hizmet katılımını artırma kapasitesine sahiptir

Son yıllarda onarıcı adalet, geleneksel ceza adalete yönelik tepkilere nispeten yeni bir alternatif olmuştur. Bu konuda daha da yeni bir gelişme ise onarıcı adalet programlarının ya da onarıcı adalet uygulamalarının etkililiğinin değerlendirmesidir. Bu değerlendirmenin içeriği temel olarak geleneksel ceza adaleti sistemine kıyasla onarıcı adalete odaklanarak toplumda suçlular ve suç eyleminden etkilenen diğer kişiler arasında suçun neden olduğu zararı onarmak ve suçluların hesap verebilirliğini teşvik eden etkileşime dayanmaktadır. Bu panelde onarıcı adaleti tanıtmak ve onarıcı adaletin faydaları üzerine deneysel çalışmaların bir özetini sunmak amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Onarıcı adalet, onarıcı adalet uygulamalarının etkililiği, sosyal hizmette onarıcı adalet

SOSYAL YAŞLANMA VE YAŞLI HAKLARI SOCIAL AGING AND ELDERLY RIGHTS

Prof. Dr. Fatma ARPACI

*Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Özet

Yaşlanma, insanın doğumundan ölümüne kadar devam eden doğal ve kaçınılmaz bir süreçtir. Sosyal yaşlanma yaşı ilerlemesiyle, bireyin toplumdaki rolünün değişmesidir. Bireyin yaşlanması nedeniyle toplumdaki görevlerinden ayrılması, aile yönetiminde görevinin değişmesi gibi sosyal etkinliklerdeki rolünün azalması, hem sosyal hem de ruhsal yaşlanmasının etkilenmesidir. Yaşının vatandaşlık hakları, buna bağlı olarak yaşlı hakları ve sosyal hakları sosyal yaşlanmayı önemli bir şekilde etkilemektedir. Vatandaşlık hakları toplumun içinde yaşayan bireylerin toplumla olan ilişkilerinden doğan haklardır. Haklar, adaletin gereğidir. Haklar verilirken, bazı kesimlere yükümlülükler yüklenecektir. İnsan hakları değerleri, yaşlılık alanına uygulanarak, kaynağını insan hakkı ile temel bilgilerden alan insan haklarında, yaşlılık hakkı ortaya çıkaracaktır. Sosyal haklar, toplum yaşamında tüm bireylerin insan onuruna ve değerine yakışan bir biçimde yaşanması için devletin vatandaşlara tanıdığı ve sağladığı haklardır. Bu haklarla devlet, vatandaşının sosyal güvenliğini güvence altına alır. Sosyal yaşlanma ve yaşlıların vatandaşlık hakları, buna bağlı olarak yaşlı hakları ve yaşlıların sosyal hakları sosyal politika bağlamında ele alınabilir, hakların geliştirilmesi, yaşlıların tümüne ulaştırılması ve yaşlıların haklarından yararlanması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Sosyal yaşlanma, Yaşlı hakları, Sosyal haklar

Abstract

Aging is a natural and inevitable process that continues from birth to death. Social aging is the change in the role of the individual in society as the age progresses. Decrease in the role of social activities such as separation from the community due to aging, change in the role of family management and affect both social and mental aging. Citizens' rights of the elderly, the rights of the elderly and their social rights affect social aging significantly. Citizenship rights are the rights arising from the relations of individuals living in society with the society. Rights are the necessity of justice. In granting rights, certain segments will be subject to obligations. Human rights values will be applied to the field of old age and will reveal the right to old age in human rights which derives from human rights and basic information. Social rights are the rights granted and provided to the citizens by the state in order to ensure that all individuals live in dignity and value in society. With these rights, the state guarantees the social security of its citizens. Social aging and citizenship rights of the elderly, the rights of the elderly and the social rights of the elderly can be considered in the context of social policy, rights can be developed, extended to all of the elderly and the rights of the elderly can be ensured.

Key Words: Aging, Social aging, Elderly rights, Social rights

Giriş

Yaşlılık, insan yaşamının son aşaması ve bireyin ileri yaşlanma devresi olarak kabul edilir. Tüm insanlar için geçerli, doğal bir yaşam evresi olan yaşlılığı, Dünya Sağlık Örgütü, “çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneğinin azalması ya da büyük oranda kaybolması” olarak tanımlamaktadır. Yaşlanma ise insanın doğumundan ölümüne kadar devam eden doğal ve kaçınılmaz bir süreçtir. Dolayısıyla bireylerin fiziki ve ruhsal güçlerinin geri dönüşmez bir şekilde kaybolma sürecidir. Yaşlılık bireyin bedensel, psikolojik, sosyal yönlerden bağımsızlığını yitirdiği, yaşam alanında yaygın kayıplar yaşadığı, bu anlamda çocukluktaki gibi yeniden bağımlı duruma geçtiği bir dönemdir (1, 2).

Birey toplumla insan olur, toplumla varlığını sürdürür. İnsan sosyal bir varlıktır. İnsan kendini gerçekleştirmenin, var olmanın bedelini kendini sınırlayarak öder. Bir yanda birey, bir yanda toplum, bu zıtlıkların birliği, sosyal insanı evrenin daha güçlü varlığı yapmıştır. İnsan

kendi kendine kural koyan, normlar ve ölçütler yaratan tek canlıdır. Kurallar koyar, toplum olarak davranış biçimleri oluşturur, ortak simgeler, değerler yaratır. Onları adet, töre, gelenek, ahlak, din, hukuk gibi kurumlar olarak kuşaktan kuşağa aktarır sürekliliğini sağlar (3). “Yaşlı kimdir?”, “Yaşlanma ne zaman başlar?”, “Yaşlılığın belirtileri nelerdir?”. Bu ve bunun gibi sorular tarihin eski zamanlarından günümüze kadar sorulmakta ve araştırılmaktadır. Yaşlı kavramına bu zamana kadar farklı açılardan tanımlamalar getirilmiştir. Aile ve toplumdaki bireylerin yaşlanma ve yaşlılık sürecine bakış açıları, yaşlıya karşı davranış biçimleri, bireyin yaşlanması ve ömür uzunluğunu etkiler (4).

Sosyolojik açıdan “yaş”, biyolojik anlamda ve doğuştan yüklenilen bir statü belirleyicisidir. Doğuştan yüklenildiği için, bireyin biyolojik anlamda kronolojik olarak yaşını değiştirmesi veya kontrol etmesi mümkün değildir. Fiziksel yaşlanma, insan yaşamında doğal bir süreç olarak kabul edilir. Ancak, toplumsal yaşlılık, fiziksel yaşlanmanın başlaması anlamına da gelmeyebilir. Çünkü bu toplumun değerlendirmeleri ve ayrıca bireyin kendisine ilişkin hisleriyle ilgilidir. Bu nedenle, toplumsal yaşlılık fiziksel yaşlanmaya bağlı olarak bireyin günlük yaşamını etkilemeye başlaması ve toplumsal rollerini gereği gibi yerine getirememesinden dolayı çevresinden yaşlı olduğuna dair mesajlar alması durumunu ifade eder. Yaşlı birey dünyanın genci olduğundan yaşlılığı kolay benimsemeyebilir, kabul etmeyebilir. Ancak, toplum o kişiye, yaşlılık statüsüne ilişkin bir anlam atfeder. Bu nedenle konuya bu perspektiften bakıldığında, farklı kültürlerin, farklı dönemlerinde toplumların yaş kategorilerine atfettiği anlamların değiştiği görülür. Toplumdan saygı ve itibar gören, arandılan yaşlılar daha mutlu olmaktadır (3,4,5). Yaşlının vatandaşlık hakları, buna bağlı olarak yaşlı hakları ve sosyal hakları sosyal yaşlanmayı önemli bir şekilde etkilemektedir.

Sosyal Yaşlanma

Yaşlılığın sosyolojik yönü, bireyin içinde yaşadığı toplumdaki yaşla ilgili değer ve normlar, diğer deyişle toplumda belirli bir yaş grubundan beklenen davranışlar ve o toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir. Toplumda yaşayan bireyler ait oldukları grupların kültürel normları çerçevesinde belirli statülerde bulunurlar. Sosyal statülerine bağlanmış olan rolleri oynayarak, sosyal ilişkilerini yapılandırır. Sosyal grup, bir etkileşim ortamı yarattığı gibi bireylerin birbirleriyle iletişim kurmasından kaynaklanan bir sosyal ilişki ağı da oluşturur. Bu şekilde oluşan sosyal ilişki ağı, sosyal yapının biçimlenmesini, organize ve sistematize olmasını sağlayarak davranışları örüntüleştiren, diğer bir ifade ile davranışları kalıplaştırır. Böyle bir ilişki ağı içinde sosyal yapı, toplumun değer ve normlarını davranış beklentileri düzeyinde ortaya çıkarır. Bu demektir ki, toplumda yaşayan ya da bir grup içinde bulunan her bireyin bir statüsü ve buna ilişkin bir rolü vardır. Bu roller bireylerin sosyal bir varlık olarak yaşlanmanın tanımlanmasına, kimlik edinmelerine yol açtığı gibi kendilik algısının da temelini oluşturarak, yaşamını anlamlı kılar. Ayrıca yaşamın çeşitli dönemlerine göre farklı dağılım gösterir, yani her bir sosyal rol yaşamın belli bir dönemine ilişkindir. Sosyal statü ve rollerin yaşamın belli bir dönemine ilişkin olması, yaşlanma ve yaşlılığın da bu kategori içinde yer almasını getirir (3).

Sosyal yaşlanma yaşam ilerlemesiyle, bireyin toplumdaki rolünün değişmesidir. Bireyin yaşlanması nedeniyle toplumdaki görevlerinden ayrılması, aile yönetiminde görevinin değişmesi gibi sosyal etkinliklerdeki rolünün azalması, hem sosyal hem de ruhsal yaşlanmasının etkilenmesidir. Sosyal yaşlanma daha açık bir ifade ile bireyin toplum yaşamında, çalışma ve sosyal işlerinde gücünün veya yeteneğinin azalarak kaybolması, bireyin toplumsal rol, statü ve beklentilerinin değişmesidir. Bir toplumda ya da bir grup içinde sosyal yönden iyi uyum sağlayamama durumudur. Yaşlı artık yetenek ve becerilerini toplumda yerinde kullanamamaktadır. İnsan için kronolojik, biyolojik ve psikolojik yaşlanma, onun sosyal rollerini ve ilişkilerini de değiştirir. Farklı insanlar için önemli bir şekilde değişebilen sosyal bağlam, yaşlanma deneyiminin birey için esas olarak olumlu yoksa olumsuz mu deneyimlenebileceği yaşlılığın anlamını belirler (6).

Yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaş ve üzeri yaş kabul edilir. Dünya nüfusunun %8.9'unu yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla Monako (%32.2), Japonya (%27.9) ve Almanya'dır (%22.1). Türkiye bu sıralamada 167 ülke arasında 66. sıradadır. Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi 78 yıldır. Ülke nüfusunun

%8.5'i ise (6 milyon 895 bin 385 kişi) 65 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunmaktadır (7). Ülkemiz her ne kadar önemli bir genç nüfus potansiyelini içinde barındırsa da, yaşlı nüfusun, genel nüfusa oranının önemli ölçüde artmaya başladığı da unutulmamalıdır. Bu bağlamda, yaşlı nüfusun vatandaşlık hakları içerisinde sosyal hakları ve bu hakların getirdiği uygulamalar sosyal hakların geleceğine dair mevcut tartışma konularından birisini oluşturmaktadır (8).

Vatandaşlık Hakları

Vatandaşlık hakları toplumun içinde yaşayan bireylerin toplumla olan ilişkilerinden doğan haklardır. Toplumun örgütlenmiş temsilcisi devlet olduğu için vatandaşlık hakları bireyin devletle olan ilişkisi sonucu ortaya çıkar. Bu nedenle, bu haklara kamu hakları da denir. Bu haklar sonucunda bireyler toplumda özgür, eşit ve güvenlik içinde yaşarlar. Hukuk devletinde devlet vatandaşlık haklarını tanıır ve korur. Bu haklar sonucunda bireyler devletin gücü karşısında korunmuş olurlar. Fakat demokratik olmayan devletlerde, devlet gücünü sınırlamak istemez. Bu nedenle, demokratik olmayan devletlerde vatandaşlık hakları ya en az düzeyde tanınır ya da hiç tanınmaz.

Demokratik hukuk devletlerinde vatandaşlık hakları anayasa ve yasaların güvencesi altına alınır. Vatandaşlık haklarını kullanan bireyler kendilerini hem maddi hem de manevi bakımdan geliştirebilirler. Bireyler özgür, güvenli, eşit ve olanaklarını geliştirebilecekleri bir ortama ve haklara sahip olarak yaşarlar. Vatandaşlık hakları tanınan ve korunan toplumlarda bireyler mutlu, huzurlu ve barış içinde yaşarlar. Bireyler istedikleri dine, işe, partiye, sivil toplum örgütüne ve sosyal gruba katılırlar. Hak ve özgürlükleri sınırlandığında ve engellendiğinde, haklarını hukuk ilkeleri çerçevesinde arayabilirler, istedikleri kişi ile evlenebilir ve istedikleri yere yerleşebilirler. Bütün bu vatandaşlık haklarımızı sosyal, ekonomik ve siyasal haklar üç grup altında sınıflayabiliriz (9).

Yaşlıların demokratik katılımı sağlanmalıdır. Kamusal bir haklar sistemi, bağlayıcı bir sözleşme temel hakların önceliğidir. Yaşlıların bireysel özgürlüğü, demokratik katılımı ve toplumsal paydaşlığı vazgeçilmezdir. Haklar, olası devlet gücünün keyfi müdahaleleri karşısında korunmak zorundadır. Kamusal hukukun belirlediği kurallar, devletle ilişki, bireylerin birbiri ile etkileşimine dayanan kurallar, kamu hukukuna dayanan ilişkilerin tesis edilip korunmasını sağlamalıdır. Yaşlılık hakları, pozitif hukuk normlarına sokulacak, yerel ve etik olarak bağlayıcı olacaktır. Toplumsal adalet, nesiller arası dayanışma devletleri kapsayan bütüncül bir küresel hukuk düzeyinin oluşturulması ile oluşur. Yaşlılık haklarını güvence altına almaya çalışan kamusal, yasal ve usule yönelik yöntemler bulunacaktır (10).

Hakların uygulanmasına yönelik yapıların oluşturulması, hakların olası ihlalleri ile ilgili görev üstlenen ve hakları koruyan kurumların yaratılması, devamlılığının sağlanması, ihlalin yaşanmasını engelleyecek gerekli mekanizmanın ve adalet sisteminin kurulması önem arz etmektedir. Devlete düşen yükümlülüklerin en önemlisi koruyucu önlemleri sağlama yükümlülüğüdür. Hakkı talep edebilmek, hakka erişebilmek, ailenin korunmasının, dini yükümlülükleri yerine getirebilmenin, kişinin şahsi bilgilerinin mahremiyetinin öncelikli haklar içinde yer alması düşünülmelidir (10).

Yaşlı Hakları

Haklar, adaletin gereğidir. Haklar verilirken, bazı kesimlere yükümlülükler yüklenecektir. İnsan hakları değerleri, yaşlılık alanına uygulanarak, kaynağını insan hakkı ile temel bilgilerden alan insan haklarında, yaşlılık hakkı ortaya çıkaracaktır. Haklar, yaşlının onurunu korumada, haklara ilişkin çerçeve ulusaldan küresel alana genişlemelidir. Uluslararası alanda, devletler ötesi aktörler ortaya çıkmakta, mevcut uluslararası kurumlar içinde daha fazla mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir. Yasal, siyasi ve ekonomik kurumlar oluşturulmalıdır. Yaşlılık hakları ayrımcılık karşıtıdır. İnsan onuruna dayanan ve onu koruyan haklardır. İnsan hakları rejiminin genişletilmesine ihtiyaç duyulduğu alanlardan biri yaşlılıktır (10).

Yaşlı haklarının temelinde onur, adalet, saygı, eşitlik, özerklik gibi ilkeler yatar. Bu ilkelerin yaşlılara sunulacak hizmetlerde, onların bağımsızlığını ve topluma katılmalarını sağlamak için temel esaslar kabul edilmesi gerekir. Yaşlılara çeşitli hak ve yetkiler tanınırken aynı zamanda onları korumaya yönelik mekanizmalar da getirilmelidir. Yaşlılara yönelik yapılacak düzenlemelerin sorumlusu büyük ölçüde devlet/idare olmakla birlikte sunulacak

hizmetlerde özel sektöre yönelik olarak da belirli standartlar getirilmesi gerekir (9). İnsan haklarının evrenselliği göz önünde bulundurulduğunda yalnızca yaşlılara tanınacak hakların insan hakkı olarak kabul edilemeyeceği söylenebilir. Ayrıca yaşlı hakları başlığı altında sayılan bütün haklar da aslında birer insan hakkıdır. Örneğin yaşlı istismarı ve ihmaline karşı korunma hakkı yaşama hakkı ve özel hayata saygı hakkıyla ilgilidir. Yine tedaviyi kabul veya reddetme de özel hayata saygı hakkı ile ilgilidir (9).

Yukarıda da belirtildiği gibi yaşlı hakları aslında insan haklarından başka bir şey değildir. Yaşlı haklarından bir kısmı Anayasa’da temel hak ve hürriyetler olarak bir kısmı ise kanunlarda kamu hürriyetleri olarak düzenlenmiştir. Anayasa’da temel hak ve hürriyetler kişi hak ve ödevleri, sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler ve siyasi haklar ve ödevler başlıkları altında üç kategoriye ayrılmıştır. Birinci grupta yer alan kişi hak ve hürriyetlerinde genel olarak devletin bu haklara müdahale etmemesi yükümlülüğü bulunmakta olup bu nedenle ilk sınıf haklara negatif statü hakları da denir. Siyasi haklar ise vatandaşın devlet yönetimine katılımını konu almakta olup bu grupta yer alan haklara da aktif statü hakları denir. Üçüncü grupta yer alan ve aynı zamanda pozitif statü hakları olarak da ifade edilen sosyal ve ekonomik haklarda ise, bireylerin bu haklardan yararlanması, devletin çeşitli edimlerde bulunmasına bağlıdır. Yaşlı hakları insan hakları olmaları için bu üç tür hak grubuna da dâhildir. Ancak bu noktada özellikle sosyal ve ekonomik haklara tabi olanların kullanılabilmesi, devletin bu konuda gerekli tedbirleri almasına bağlıdır (9).

Sosyal Haklar

Sosyal haklar, toplum yaşamında tüm bireylerin insan onuruna ve değerine yakışan bir biçimde yaşanması için devletin vatandaşlara tanıdığı ve sağladığı haklardır. Bu haklarla devlet, vatandaşının sosyal güvenliğini güvence altına alır. Sosyal hakların başlıcaları şunlardır. Ailenin korunması, sosyal güvenlik hakkı, sağlık hakkı, çevre hakkı, eğitim hakkı, konut hakkı, gençliğin korunması ve spor hakkı (11).

Yaşlılara Tanınan Sosyal Haklar

1989 yılında kabul edilen Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi’ne göre Madde 4 yaşlıların sosyal korunma hakkını ele almaktadır. Ülkemizde 2004 yılında kabul edilen Avrupa Sosyal Şartı’nın Madde 23 yaşlıların sosyal korunma hakkını ele almaktadır. Buna göre yaşlıların sosyal korunma hakkı;

Akit taraflar, yaşlıların sosyal korunma hakkını etkili bir biçimde kullanmalarını sağlamak amacıyla, doğrudan ya da kamusal veya özel örgütlerle işbirliği yaparak, özellikle:

- Yaşlılara,

1. İyi bir yaşam sürmeleri ve kamusal, sosyal ve kültürel yaşama etkin olarak katılmalarına olanak sağlayan yeterli kaynakları;

2. Yaşlılar için var olan hizmetler ve kolaylıklar ve onların bunlardan yararlanma olanakları konusunda bilgi sağlamak yoluyla, yaşlıların olabildiğince uzun bir süre toplumun bütün haklarına sahip üyesi olarak kalabilmelerine olanak sağlamayı;

- Yaşlılara,

1. Gereklerinin ve sağlık durumlarına uygun konutlar ya da konutlarının buna uygun hale getirilmesi için yeterli destek sağlamayı;

2. Durumlarının gerektirdiği sağlık bakım ve hizmetleri yoluyla yaşlıların kendi yaşam biçimlerini özgürce seçmelerine ve alıştıkları çevrede yaşamlarını istedikleri ve yapabildikleri sürece bağımsız olarak sürdürmeye olanak vermeyi;

- Kurumlarda yaşayan yaşlılara, özel yaşamlarına saygı içinde uygun yardım ve bunların kurumdaki yaşam koşullarına ilişkin kararlara katılımlarını sağlamayı amaçlayan önlemler almayı ya da bunları özendirmeyi; taahhüt ederler şeklindedir (12).

“Yaşam Seyri Teorisi”ne göre, gençlik ve orta yaş dönemlerinde sahip oldukları eğitim, sağlık, çalışma, ücret gibi hakların yansımaları, bireylerin 65 yaş üstü dönemdeki yaşamlarına çok büyük etkide bulunmaktadır. Dolayısıyla önemli olan husus, tüm hayatları boyunca sosyal haklardan mahrum kalmış bireylerin, sadece yaşlılık döneminde kendilerine sunulan bazı olanaklardan yararlanmalarıyla rahata kavuşmalarının mümkün olmadığıdır (8). Anayasanın 61. Maddesi; “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” demektedir. 2022 sayılı “65 yaşını doldurmuş

muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkındaki kanun” yaşlıların devlet eliyle korunması için çıkartılmıştır.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 50. Maddesinde; “Fiili işlediği tarihte 65 yaşını bitirmiş bulunanların bir yıl ve daha uzun süreli hapis cezası birinci fıkrada yazılı seçenek ve yaptırımlardan birine çevrilebilir” hükmünü taşır. Bunun gibi 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanunun 110. Maddesinde;

“a) Kadın veya 65 yaşını bitirmiş kişilerin mahkûm oldukları altı ay,

b) Yetmiş yaşını bitirmiş kişilerin mahkûm oldukları bir yıl,

c) Yetmiş beş yaşını bitirmiş kişilerin mahkûm oldukları üç yıl veya daha az süreli hapis cezasının konutunda çektilmesine hüküm veren mahkemece karar verilebilir” deniyor. 1632 sayılı Askeri Ceza Kanununun 47/A maddesinde; “hüküm zamanında yetmiş yaşına girmiş olanların mahkûm oldukları bir seneden az hapis cezaları tecil olunabilir” hükmü getirilmiştir.

Görüldüğü üzere toplumda yaşayan bir değer olarak yaşlı birey, hakları olan ve bu haklardan yararlanması gereken kişidir. Yaşlı hakları, ulusal veya uluslararası düzenlemelerle koruma altına alınmışlardır. Bu hakkın varlığı için bir hukuk kuralının bulunması gereklidir. Toplumda yaşlıya verilen değer arttıkça onun mutluluğunu sağlayacak düzenlemelerin yapılması da önem kazanmaktadır (12).

Yaşlı kesim, devlet tarafından korunma hakkı yanında, insan onuruna yakışır ve yaşlarının getirdiği bazı farklılıklara uyan bir hayata sahip olabilmeleri için sosyal haklarla buluşturulmalıdırlar. Yaşlı bireylerin hâlihazırda karşılaştığı toplumsal sorunları göz önünde bulundurmak önemlidir. Yaşlılarla ilgili en yaygın toplumsal sorunlar; genel yaşam standartlarının yükseltilmesi, yoksulluk ve düşük gelir, sosyal güvenlik politikalarındaki değişiklikler, tek başına yaşayan yaşlı sayısındaki artış, uygun olmayan konut koşulları, aile bakımındaki azalmalar, yaşlı nüfusun yaşlanma belirtileri, yaşlılığa yönelik olumsuz görüşler ve olumlu rolleri kabullenme güçlükleri şeklinde sıralanabilir (8,13).

Yaşlılar aile içi alanda hak ihlaline uğrama riski olan bir gruptur. Yaşlı hukukunu ilgilendiren önemli bir konuda yaşlı istismarıdır. Yaşlı istismarı olgusu ancak son dönemlerde belgelendirilmiştir, otuz yıl öncesine kadar ekseriyetle fark edilmemiş durur. Yaşlı istismarı güven beklenen bir ilişkide yaşlı bireye zarar veren ve sıkıntı yaratan tek ya da ardışık uygunsuz hareketlerdir. Başlıca altı tip yaşlı istismarı vardır. Bunlardan ihmal yaşlı bireyi yiyecek, giysi, ısınma gibi temel ihtiyaçlarından mahrum etmek olarak ifade edilebilir. Hak istismarı mahkemece zihni yetersizlik gösterilmeyen yaşlı bireylerin sivil ve hukuk alanlarını yadsımaktır. Bunların dışında yaşlı istismarı fiziksel, duygusal, ekonomik ya da cinsel olabilir. Sadece fiziksel ya da duygusal zarar yönünden bakılacak bir hak meselesi değil aynı zamanda bireyin mülkiyet ve mali durumuna ilişkin kendi kaderini tayin hakkı meselesidir. Yaşlının mali olarak istismar edilmesi ahlaksız satış temsilcileri, mali müşavirler ve borsacılar tarafından bir suç olarak işlenirken; çoğu ihlali bireyin özel tasarruf, servet veya mülkiyetine ulaşmanın yollarını arayan ya da dolandırıcılık ve hilekarlıkla daha uzun vadede ise kendi isteğini gerçekleştirmesi için yaşlıya baskı uygulama yoluyla yakın aile üyeleri yapar. Muteber ve korunaklı olma hakkına sahip yaşlı insanların haklarının yaşlı haklarını koruyan mevcut yasal mekanizmalarla korunması gerekir. Bununla birlikte çoğu yaşlı insanın, özellikle de herhangi bir demans çeşidinden muzdaripse bağımsız karar verme yetisi zamanla azalır. Buna bağlı olarak yeterli, otonomi (kendi kaderini tayin) ve bağımsızlık azalır. Bu yaşlı bireyin istismar edilmeye karşı daha zayıf olması ve kendi yaşamını kontrol etme yetisinin azalması anlamına gelir. Yaşlı insanın kendi haklarını tarif etme, talep etme ve haklarının farkına varma kapasitesini artırmak yaşlıyı güçlendirecektir (12,14).

Yaşlılar, ayrımcılık, yoksulluk, fiziki, sözlü, cinsel saldırı ve suistimal; ihmal, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşamamak gibi çok çeşitli problemlerle karşılaşabilmektedirler. Bütün bu problemlere rağmen devletler, siyasi istegın yetersizliği ve diğer dezavantajlı gruplara yönelik çalışmaların öncelenmesi nedeniyle yaşlılara ilişkin sorunlara hızlı ve gerekli cevapları verememektedirler. Yaşlıların mevcut haklarının kullanmaları önünde; haklar konusunda yeterli bilgi sahibi olmamaları, korkmaları, hukuki yardımların yetersizliği, istenen sonucun alınmayacağı düşüncesi ve adalete erişimin yetersiz olduğu şeklindeki inanç gibi engeller bulunmaktadır (9).

Genellikle yaşlıları korumak amacına yönelik olmakla birlikte yaşa bağlı bazı düzenlemelerin yaşlıları mağdur etmesi de mümkündür. Örneğin yaşa bağlı zorunlu emeklilik uygulamasında, kanunun belirlediği yaşı dolduran birey, halen çalışabilecek durumda olsa bile görevine devam edemez. Ancak bir hizmetin görülebileceği azami yaşı gösteren kanunların mevcudiyeti, hizmetten yararlananlar için de önem arz eder. Şöyle ki belirli bir yaştan üstündeki bireylerin çalışması, en azından bazı hizmetler için, hizmetin istenen kalitede sunulması önünde engel teşkil edebileceği gibi genç kuşakların iş sahibi olmasını da zorlaştırır. Ayrıca yaşa dayalı düzenlemelerin çalışanlar açısından yararları da yok değildir. Örneğin yaşlı bu düzenlemeler sayesinde ücretsiz sağlık hizmetine veya çalışmadan devletten gelir elde etme hakkına kavuşabilmektedir (9).

SONUÇ

Sosyal yaşlanma ve yaşlıların vatandaşlık hakları, buna bağlı olarak yaşlı hakları ve yaşlıların sosyal hakları sosyal politikanın dar ve geniş anlamları bağlamında ele alınabilir. Dar anlamda sosyal politika içinde yaşlılık, çalışma hayatı bağlamında ele alınmakta “sosyal sigorta”nın içinde “emekli sigortası” olarak değerlendirilmektedir. Geniş anlamda sosyal politika içinde yaşlılık ise çalışma hayatı dışında kalan yaşlılara yönelik “sosyal yardımlar” ve “sosyal hizmetler”i kapsamına almaktadır. Geniş anlamda sosyal politikanın amaçları arasında; toplumun refah seviyesini yükseltmek, muhtaç ve güçsüz kimselerin toplum içinde korunması ve gelir dağılımını adaleti sarsımayacak şekilde gerçekleştirmek bulunmaktadır. İster dar anlamda ister geniş anlamda ele alınsın yaşlılık ve yaşlı insanların toplumun bir parçası olmaları sosyal politikanın en temel konularından bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Zira yaşlı bireyler, şayet herhangi bir sosyal güvenlik sisteminin içine de dâhil değillerse, başta sağlık ve ekonomik durumları söz konusu olmak üzere birçok sosyal sorunla karşılaşabilir ve bunlar karşısında aciz kalabilirler (15).

Yaşlı nüfusun toplumun bütün bireyleriyle entegre bir şekilde yaşaması en basit anlamıyla sosyal içermenin sağlanmasına hizmet edecektir. Bu sebeple öncelikle yaşlı nüfusu toplumsal değerlerden biri olarak kabul edip kapsayıcı nitelikte sosyal politikaların geliştirilmesi gereklidir (16). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar, yaşlılar için her alanda sağlanacak desteğin somut/pratik “sosyal” yönü olarak bilinmektedir. Bu çerçevede, bakım hizmetleri, sosyal hizmetler, sosyal yardımlar ve çeşitli emeklilik sistemleri yolu ile yaşlılara yönelik sosyal politikalar geliştirilmektedir ve uygulanmaktadır (17).

Ülkemizde yaşlılık konusu, gündemde hak ettiği yeri henüz edinememiştir. Halen genç bir nüfusa sahip olması, dikkatlerin yaşlı nüfusun sorunları ve bunun olası toplumsal maliyeti hususlarına odaklanmasını önlemektedir. Oysa hali hazırda Türkiye’deki yaşlı nüfusu, nüfusu yaşanmakta olan küçük bir Avrupa ülkesinin yaşlı nüfusuyla eşit durumdadır. Dolayısıyla, yaşlı nüfusu, aslında Türkiye’de yadsınamayacak kadar büyük bir nüfustur. Maalesef ki bu nüfusun aktif olarak kendi haklarını savunacak kadar güçlü bir yapılanmaya sahip olmaması, kendilerini ülke politikasının içine eklemlendirmelerine engeldir. Yaşlıların sosyal hakları ve bu hakların iyileştirilmesi- genişletilmesi gibi konuların tartışılabilmesi/ gündemi daha çok meşgul edebilmesi için çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Ancak bu sayede, yaşlılar hak talep etme, talep ettikleri haklara kavuşabilme aşamasına yükselebileceklerdir (8).

Kaynaklar

1. Kalinkara, V. (2011). Temel Gerontoloji Yaşlılık Bilimi. (1. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
2. İçli, G. (2016). Sosyal statü ve rol bağlamında yaşlılık. (ed. Harun Ceylan). Yaşlılık Sosyolojisi. (1. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
3. Arpacı, F. (2005). Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Ankara: Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.
4. Arpacı, F. (2016). Geçmişten günümüze yaşlılık. (ed. Harun Ceylan). Yaşlılık Sosyolojisi. (1. baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
5. Saygılı, S. (2011). Yaşlılık Psikolojisi. İstanbul: Elit Kültür Türdav Basım ve Yayımları.
6. Arpacı, F. (2018). Yaşlılığın sosyal boyutu. (Ed. Harun Ceylan). Kırgızistan’da Gençlerin Yaşlılara Yönelik Tutumları. Bışkek: BYR Publishing House.

7. TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu (2018). İstatistiklerle yaşlılar, 2017. 3 Aralık 2018 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595> adresinden erişildi.
8. Dural, B. ve Con, G. (2011). Türkiye’de Sosyal Devlet ve Yaşlı Hakları Üzerine Bir İnceleme. Sosyal Haklar Uluslararası Sempozyumu III Bildiriler. 25-26 Ekim 2011. Kocaeli. Ss. 483-496.
9. Evren, Ç.C. (2018). Hukukta yaşlı ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetlerin idare hukuku açısından değerlendirilmesi. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 22:137-183.
10. Yazıcıoğlu, C.F. (2017). Olaylar ve Kararlarla Yaşlılık Hukuku. Ankara. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Yayını.
11. Çüçen, A.K (2013). İnsan Hakları. (2. Basım). Ankara: Sentez Yayıncılık.
12. Yazıcıoğlu, C.F. (2008). Yaşlılık Hukuku. Ankara. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Yayını.
13. Kalinkara, V., Tezel, H.E. ve Zorlu, T. (2016). Gero(n)teknoloji: Yaşlı ve teknoloji. (ed. Velittin Kalinkara). Yaşlılık Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler 2. Ankara. Odak Yayınları.
14. İfe, J. (2017). İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet. (ed. Durdu Baran Çiftci.). Ankara: Nika Yayınevi.
15. Cengiz, İ. (2018). Türk sosyal güvenlik sistemi içerisinde yaşlılara yönelik sosyal yardım ve sosyal hizmetler. Sosyal Güvenlik Dergisi. 8(2):23-40.
16. Çolak, M. ve Özer, Y.E. (2015). Sosyal politika anlamında aktif yaşlanma politikalarının ulusal ve yerel düzeydeki analizi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 14(55):115-124.
17. Taşçı, F. (2010). Yaşlılara yönelik sosyal politikalar: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya örnekleri. Çalışma ve Toplum. 1:175-202.

YAŞLILIK, YALNIZLIK: YAŞLI AYRIMCILIĞI OLD AGE, LONELINESS AND ELDERLY DISCRIMINATION

Prof. Dr. Ayşe CANATAN*NESRİN ÇOBA

*Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü

Özet

Nüfus yaşlandıkça yalnız yaşayanların sayısı da artmaktadır. Yaşlılar kendilerinden önceki kuşağı ve akranlarını kaybettikçe yalnız kalma duygusu içine düşebilirler. Yalnızlık duygusu görece ve bireysel olmakla birlikte bu duygu yaşlandıkça artabilmektedir. Yalnızlık duygusunun sebebi toplumsal, sonucu ise bireyseldir. Sosyal izolasyon yalnızlığa yol açar, ancak yalnızlık tek başına sosyal izolasyonun zorunlu bir koşulu değildir. Yaşlı ayrımcılığı tamamen sosyo-kültürel bir gerçek olmakla birlikte bireyselleşme arttıkça artma eğilimi göstermektedir. Yaşlı ayrımcılığı, insanların yaşlı oldukları için ayrımcı davranılmasıdır. Yaşlıların olumsuz bir şekilde kategorize edilerek olumsuz önyargı ile yaklaşılmasıdır. Bu yaklaşım yaşçı bir bakış açısı olup olumsuz önyargıya neden olmaktadır. Gençlerin yaşlıları kendilerinden farklı görerek kategorize etmesidir. Yaşlılar ayrımcılık nedeniyle evlerine kapanırlar ve bu durum onlara yalnızlık yaşatır. Yalnızlık kişisel ve duygusal bir deneyim olmasına rağmen yaşlının hayatını sürdürürken yanında bir başka insanın olmaması önemli bir sorundur. Aslında bu sorun “kimsesizlik” olarak değerlendirilebilir. Yaşlılar ayrımcılık nedeniyle toplumdan geri çekilerek izole olmakta ve sonuçta yalnızlaşmaktadır. Bu makalede yaşlılıkta yalnızlık ve yaşlı ayrımcılığı üzerinde durulmakta ve sosyolojik bir değerlendirme yapılmaktadır.

Anahtar kelimeler: yaşlılıkta yalnızlık, yaşlı ayrımcılığı, yaşçı bakış açısı

Absract

As the population ages, the number of people living alone increases. As the elderly lose their generation and peers, they may fall into a sense of being alone. Although the feeling of loneliness is relative and individual, this feeling may increase with age. The reason for loneliness is social and the result is individual. Social isolation leads to loneliness, but loneliness is not a necessary condition of social isolation. Elderly discrimination is a purely socio-cultural fact but tends to increase as individualization increases. Elderly discrimination means that people are discriminated because they are old. It is the approach of the elderly with negative categorization by negative bias. This approach is an ageist perspective and leads to negative bias. Young people categorize the elderly by seeing them differently. Elderly people are confined to their homes because of discrimination and this gives them loneliness. Although loneliness is a personal and emotional experience, it is an important problem that the elderly do not have another person to live with. In fact, this problem can be considered as “orphanage”. The elderly are isolated from society because of ageist discrimination and are isolated and ultimately being lonely. This article focuses on loneliness and ageism in old age and a sociological evaluation is made.

Key words: loneliness in old age, elderly discrimination, old age perspective

Giriş

Dünya nüfusu 20. Yüzyılın başından itibaren endüstrileşmenin getirdiği, tıp ve teknolojiye yeni yaklaşımlar nedeniyle hızla artmaya başlamıştır. Bebek ölümleri azalmış ve yaşam süresi uzamıştır. Sosyal refahın yükselmesiyle nüfus içinde yaşlıların oranı da hızlı bir artış göstermiştir. Dünya nüfusu içinde 60 yaş ve üstündekiler 1980 yılında 350 milyon, 2010 yılında 750 milyon iken 2050 yılında ise 2 milyar olması beklenmektedir. Bu durum yaşlı nüfus açısından oldukça hızlı bir artışa işaret etmektedir(1). Nüfusun içinde yaşlıların oranının artması yaşlılarla ilgili fiziksel, zihinsel, biyolojik, tıbbi, psikolojik ve sosyal bir çok konunun gündeme gelmesine yol açmıştır. Bir başka ifade ile gündelik hayatta yaşlılar tarafından gençlere göre daha fazla deneyimlenen ya da tamamen yaşlılara özgü konuların var olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca yaşlılar üzerine yapılan araştırmalarda bu konulara dikkat çekmektedir. Bu makalede

sosyolojik bir bakışla yaşlıların yalnızlığı ve yaşlı oldukları için ayrımcılığa uğramaları üzerinde durulmuştur.

Yalnızlık

İnsanın toplumsal bir varlık olduğu gerçeğinden yola çıkılırsa yalnızlığın nedeninin toplumsal; sonucunun ise bireysel olduğu söylenebilir. Nüfus yaşlandıkça yalnız yaşayanların sayısı da artmaktadır. Yaşlılar kendilerinden önceki kuşağı ve akrabalarını kaybettikçe yalnız kalma duygusu içine düşebilirler. Yalnızlık duygusu görelî ve bireysel olmakla birlikte bu duygu yaşlandıkça artabilmektedir. Yaşlıların yalnızlığı geleneksel toplumun modern topluma dönüşmesi ile geniş ailenin küçülerek çekirdek aileye evrilmesiyle daha çok konuşulur hale gelmiştir. “Biz” duygusu yerini “ben” duygusuna bıraktıkça ve modern toplumda bireyselleşme arttıkça yaşlıların tek başına evlerinde ölü bulunduğu haberleri de artmaktadır (2). Yaşlılıkta yaşananların öznesi olan “yaşlı”nın birçok özelliği genellenebilirken, bazı özellikleri ise bireysel farklılıklarla açıklanır. Yalnızlık, yaşlıların bireysel farklılıklar gösterdiği, nedeni sosyal ve sonucu bireysel sorunlarından biridir. Yalnızlık kavramı, aile hayatı, sosyal bütünleşme, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu kavramlarıyla yakından ilgilidir. Yalnızlık tanımlanırken, sosya ilişkilerde ortaya çıkan bozulmanın neden olduğu olumsuz veya istenmeyen bir duygu durumundan söz edilir (3). Yalnızlık ilişkisel bir kavram olarak “sosyal etkileşimlerin dışında kalmak” biçiminde tanımlanabilir. Diğer taraftan kişi başkalarının varlığı durumunda da yalnızlık hissedebilir. Lopata (1969) bireyin yanında kimse yokken, özellikle biri yokken, arkadaşları ona isteginden farklı davrandığında veya yabancı ortamlarda bulunduğu duygunun “yalnızlık” olduğunu belirtmiştir (4). Sosyal yalnızlık, içinde bulunulan ya da kabul görülen bir toplum içinde sosyal ağların yokluğu ile ilgilidir. Duygusal yalnızlık ise bir çok insan varken güvenilir bir bağlılık figürünün olmadığı ya da yakın ilişkilerin eksikliğinde ortaya çıkmaktadır (5). Kişiler her yaşta yalnızlık çekebilirler ancak yaşlılıkta yalnızlık hafif düzeyde de olabilir, acı verecek kadar şiddetli de olabilir. Sosyal ve demografik yaklaşımlar, kişileri marjinalleştiren ve izole eden sosyo-demografik pozisyon, maddi imkanlar, sosyal eşitsizlik, sağlık ve yaşam olayları gibi faktörlere odaklanırlar.

Yalnız yaşama yaşlıları etkileyen önemli bir sorun olarak ele alındığında onların fiziksel ve psikolojik sağlığını bozucu bir etken olduğu görülmektedir. Yalnız yaşama olasılığı yaşlılarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir ve çok ileri yaşlarda daha da artmaktadır. Yalnız yaşama kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazladır. Yaşlı kadınlar yaşamalarının üçte birinden çoğunu yalnız yaşarlar. Yalnız yaşama yanlış yaşamaya yol açabilir. Yalnız yaşayan yaşlıların sıklıkla bakımsız oldukları teşhis edilebilir. Yaşlı kadınlar ve erkekler kendilerine her türlü bakımda yetersiz kalabilirler. Bu durum onlarda ağır beslenme bozukluklarına ve hijyen yokluğunda çeşitli enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Yaşlıların yalnız yaşama istekleri ekonomik durumlarıyla oldukça ilgilidir. Eğitim durumu ve ekonomik gelir yükseldikçe bireyselleşme artmakta ve yalnız yaşama oranı da yükselmektedir. Ayrıca yaşlılıkta bekarlık, dulluk ve çocuksuz olmak yalnız yaşama olasılığını artıran etkenlerdir. Yaşlılıkta yalnızlık daha çok kadına ait bir durum olarak kendini gösterir. Aslında yaşlılığın sorunlarla görünen yüzü kadınlaşmıştır. Kadının güçsüzlüğü gibidir yaşlılık. Bunun nedeni kadının doğuştan beklenen ömrünün erkekten yüksek olmasıdır. Eğer yaşlı kadın modern toplumda eğitimsiz ve ekonomik zorluklar içindeyse ilişkilerinden ve bağlarından uzaklaşarak yalnızlaşabilir. Yaşlıların yalnızlaşmasında bir başka önemli neden de güvenlik konusudur. Suçun giderek artması özellikle kentlerde yaşayan yaşlıların çevrelerindeki insanlara güvenmemesine ve daha az ilişki kurmasına neden olmaktadır. Geleneksel toplumun ailesinde tüm üyeler onun kuşatıcı yönü ile sarmalanır ne genci ne de yaşlıyı aile dışında bırakmaz ve çok kuşaklı bir ortamda tüm üyelerin yaşamını sürdürmesini sağlayabilir (6). Fakat günümüzde nostaljik bir öykünme olan bu durum giderek azalmakta hatta imkansız hale gelmektedir. Modern toplum yalnızlık sorununa sosyal politika uygulamalarıyla yeni çözümler üretme yoluna giderek çareler aramaktadır.

Sosyal izolasyon yalnızlığa yol açar, ancak yalnızlık tek başına sosyal izolasyonun zorunlu bir koşulu değildir. Yine kadınlar erkeklere göre daha fazla sosyal izolasyon içinde olabilirler. Düşük ekonomik gelir, bozuk sağlık, hareket edememe hem yalnızlık ve hem de sosyal izolasyona neden olabilen faktörlerdir. Bu faktörler en çok kadınları etkilemektedir. Bunun

yanında erkekler de emeklilik sonrasında kendilerini izolasyon mağduru olarak görebilirler (7). Fakat bu koşullara rağmen doyurucu sosyal ilişkiler sürdürmek ve kurmak eğiliminde pek çok yaşlının bulunduğunu da unutmamak gerekir. Burada önemli olan hayata genel olarak ne anlam yüklediği ve olumlu mu yoksa olumsuz mu bakıldığıdır.

Yaşlı Ayrımcılığı

Yaş ayrımcılığı herhangi bir önyargı veya ayrımcılıkla belli bir yaş grubuna özellikle yaşlılara karşı ya da yanında olmaktır. Bir yaş grubuna karşı olumsuz önyargı olumsuz kalıp düşüncedir. Örneğin; “yaşlıların çoğu bunaktır” ifadesi yaşlılara karşı olumsuz kalıp yargı için örnektir. Yaşlı ayrımcılığı tamamen sosyo-kültürel bir gerçek olmakla birlikte bireyselleşme arttıkça artma eğilimi göstermektedir. Yaşlı ayrımcılığı, insanların yaşlı oldukları için onlara ayrımcı davranılmasıdır. Yaşlıların olumsuz bir şekilde kategorize edilerek olumsuz önyargı ile ya da olumlu yaklaşılmasıdır. Bu yaklaşım yaşçı (ageist) bir bakış açısı olup olumsuz önyargıya neden olmaktadır. Gençlerin yaşlıları kendilerinden farklı görerek kategorize etmesidir. Örneğin; Amerikan toplumunda “yaşlılar çirkindir” önyargısı vardır. O toplumda güzellik gençlikle eşleştirilmiştir. Bunun tersine Japon toplumu için “Gümüş rengi saçlar ve yüzdeki kırışıklıklar ırfan ve olgunluğu göstermektedir” ifadesi yaşlılara olumlu bakıldığını göstermektedir (6). Yaşlı ayrımcılığı toplumdan topluma değişmektedir. Ancak, günümüzde toplumların teknoloji yoluyla hızla küreselleşmesi ve birbirine benzemesi modern toplum özelliklerinin ve bireyselleşmenin, göçün, fırsat eşitsizliklerinin, işsizlik, istihdam, sosyal güvence gibi sosyal sorunların artması çeşitli ayrımcılık konularını da gündeme getirmektedir. Yaşlı nüfusun hızla artması, onların emeklilik maaşları, sağlık harcamaları, bakımları, işgücünde yer almaları toplumda gençler arasında yaşçı bir kalıp yargının gelişmesine yol açmaktadır. Bunun karşısında yaşlılar toplumdan çekilir, evlerine kapanırlar ve bu durum onlara yalnızlık ve izolasyon yaşatır. Özellikle yaşlıların çalışmak için iş arayışında ve mesleki gelişim programlarına katılımda dışlandıkları ve yaşçı tutumla karşılaştıkları bir gerçektir. Ana iş kollarından daha çok gönüllü işlere yönlendirilmektedirler. Böyle bir durumda yaşlılar sadece akranları olan yaşlılarla sosyal ilişkilerini sürdürmekte ve kendilerine önyargılı olan genç kesimden uzak durmaktadırlar (8). Yaşlılar ayrımcılık nedeniyle toplumdan geri çekilerek izole olmakta ve sonuçta yalnızlaşmaktadır.

Tarihsel süreçte yaşlı ayrımcılığının nasıl geliştiğine bakılacak olursa önemli bazı faktörlerden söz etmek gerekir. Birincisi sanayi devrimi ve teknolojik bilginin tecrübi bilginin yerine geçmesi ile kuşaktan kuşağa aktarılan iş yapma bilgi ve becerisinin işe yaramaz hale gelmesidir. İkincisi, bilgi aktarım teknolojisinin çok hızlı değişmesi ve bu değişime yaşlıların ayak uyduramarak dışarda kalmasıdır. Üçüncüsü, kırdan kente göçler nedeniyle yaşlıların kente uyum gösterememesi, dördüncüsü ise yaşlıların tüketim toplumu değerlerini sahip olmaması, yaşlıların medyadaki olumsuz sunuluşları, emekliliğin bir çöküş olarak değerlendirilmesidir. Geleneksel toplumdan modern topluma geçerken yaşlıların değer kaybına uğraması birinci basamak olurken, post modern toplum yaşlılara hem önyargı ile yaklaşmakta hem de zedelenen itibarın güçlendirilmesi çalışmaları yapmaktadır.

Birleşmiş Milletler 1982 yılında Birinci Dünya Yaşlanma Meclisi yaşlı hakları uluslararası platformunda yaşlıların haklarını tartışmış ve yaşlı bireyler için bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme ve itibar ilkeleri benimsenmiştir. Bu beş ilke yaşçı önyargıların ve ayrımcılığın karşısındadır. İkinci Dünya Yaşlanma Meclisi ise 2002 yılında Madrid’ de toplanmış ve üç ana konu üzerinde durulmuştur. Bunlar, yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve refahın sağlanması ve olanaklar sunan destekleyici ortamların sağlanmasıdır. Alınan kararlar ve bu ilkeler uygulandığında yaşçı önyargıların ortadan kalkacağı anlaşılmaktadır(9).

Yaşçı önyargılara bazı örnekler vermek gerekirse;

- Alay edilmek, küçümsenmek,
- Dış görünüşü nedeniyle dışlanmak,
- Kredi kartı verilmemesi,
- İhmal, istismar ve suç mağduru olmak,
- Hizmet sektöründen olması gerekene göre düşük kalitede hizmet almak,

- Sağlık çalışanları tarafından kötü muamele görmek,
- Anlama ve kavrama yeteneklerinin iyi olmadığını varsayılması,

Sonuç olarak, yaşlıların toplumun diğer yetişkin üyeleri gibi algılanmayışı ayrımcı bir durumu ortaya çıkarmıştır. Bu durum yaşlının toplumdan çekilmesine dolayısıyla yalnızlığa ve izolasyona neden olmuştur. Demekki toplumda yaşlıların yalnızlığının nedeni olarak yaşlı önyargıları da göstermek mümkündür. Aslında yaşlıların yalnızlıktan çok kimsesizlikten ızdırap duydukları da bir gerçektir. Avrupa bu soruna “gönüllülük” çalışmalarıyla çözüm bulmaya çalışmaktadır. Hem yaşlılara yönelik gönüllülük faaliyetlerinin, hem de yaşlıların topluma yönelik gönüllülük faaliyetlerine önem vermiştir. Yaşlı için gönüllülük çalışmaları toplumsal katılımı kolaylaştıran bir etki oluşturmaktadır. Bunun yanında izolasyonun ortadan kalkmasına yardım etmektedir. Tüm bu olumlu gelişmeler yaşlının sağlığına da olumlu yansiyarak yaşlı hastalıklarının azalmasına ve sosyal güvenlik sistemine binen maddi yükün daha kolay karşılanmasına neden olmuştur. Ayrıca uyumun kolaylaşması için yaşam boyu öğrenme programlarına yaşlıların katılımının sağlanması toplumsal bütünleşmenin daha kısa sürede sağlanmasına yol açacaktır. Böylece, aktif yaşlanma süreçleri sağlanmış olacaktır.

Geçmişten günümüze ve geleceğe yönelik bir değerlendirme yapmak gerekirse geleneksel toplumun güçlü, iktidarı elinde tutan yaşlısı modern toplumda teknoloji yoluyla güçsüzleştirilmiş ve elinden iktidar alınmıştır. Bu iktidarı alan gençlik gibi görünse de teknolojinin sahibi olan elitlerdir. Teknoloji yoluyla modern toplumda gücünü inkar eden bir elit gücü oluşturulmuştur. Bu güç kitle iletişim araçları yoluyla yaşlıları aşağılayarak güçlenmelerine engel olmuştur. Ancak bu güç kendisine meydan okuyan günümüz gençliği ya da yeni kuantum çağı gençliğini dizginleyebilmek için gençler ve yaşlılar arasında kuşaklar arası dayanışma ruhunu oluşturup epeyce uzaklaştığı kadim bilgilere yeniden sahip olmak niyetinde görülmektedir. Bu süreç ne kadar devam edebilir sorusunun cevabı günümüz orta kuşağının ortadan kalkmasına kadar devam edecek denilebilir.

Kaynaklar

- 1- United Nations Department of Economic and Social Affairs (2011). Current Status of the Social Situation, Well-Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide, s.2.
- 2- Canatan, A. (2018) Yaşlılıkta Yalnızlık, Bilimevi Kadın Dergisi, sayı 7.
- 3-Peplau L.A. and Perlman D. (1982.), Perspectives on Loneliness in LA Peplau & D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy (pp. 54-67). New York: Wiley.
- 4- Lopata, H. (1969) Loneliness: forms and components, Social Problems 17(2):248-261.
- 5- Jylhä M, and Saarenheimo, M. (2010) Loneliness and Ageing: Comparative Perspectives In: The SAGE Handbook of Social Gerontology Edited by: Dale Dannefer & Chris Phillipson, SAGE Publlition Ltd.
- 6- Canatan, A. (2008) Sosyal Yönleriyle Yaşlılık, Palme Yayıncılık.
- 7- Baran, A. (2016) Yaşlılıkta Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık, Edi. H. Ceylan, Yaşlılık Sosyolojisi içinde, Nobel Yayıncılık, sf. 77-97.
- 8- Atchley, R. C. (2000) Social forces and Aging, Wadsworth and Thomson Ltd.p. 427.
- 9- Ocaklı, B. (2018) Yaşlı Hakları, Yaşlı Ayrımcılığı ve Etik, Edi. Emine Özmete, Yaşlılar için sosyal Hizmet içinde. Hedef Yayıncılık.

ÇOCUKLARDA OYUNCAK GÜVENLİĞİ TOY SAFETY IN CHILDREN

Prof. Dr. Yurdagül ERDEM*

*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Özet

Oyuncak, 14 yaşın altındaki çocukların oyun oynaması için geliştirilmiş ürünlerdir. Çocuk oyuncakları çocukların eğlenmesi ve öğrenmesi işlevinin yanında, üretildikleri malzeme, kullanılan boya, elektrikli ya da pilli olma vb özellikleri ve yaşına uygun oyuncak seçimi yapılmaması nedenleri ile tehlikeli duruma gelebilmektedir. Ailelere oyuncak alırken çocuğun yaşına uygun, CE veya UL belgesi olan oyuncakları alması, çocuğa uygun dizayn edilmiş olmasına ve büyük çocuklar için olan oyuncakları küçük çocuklara vermemeleri konusunda uyarılmaları gereklidir. Küçük parça içeren oyuncaklar 3 yaş altı çocuklara uygun olmadığından 0-3 yaşa uygun değildir işareti olan oyuncakları tercih etmeleri konusunda eğitim verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Oyuncak, Güvenlik

Abstract

Toys are products developed for children under the age of 14 to play. Children's toys may become dangerous due to the material they are manufactured, the paint used, the electrical or battery-powered features, and the lack of age-appropriate toys. When buying toys for their children, parents should be warned that they should buy toys that are suitable for the child's age, have CE or UL certification, be designed for the child, and not give toys for older children to young children. Since toys containing small parts are not suitable for children under 3 years of age, they should be trained to choose toys that are not suitable for 0-3 years of age.

Key Words: Children, Toys, Safety

Giriş

Oyuncak, 14 yaşından küçük çocukların oyunlarında kullanması amacıyla tasarlanan ve imal edilen her türlü ürün veya malzeme olarak tanımlanır (1). Oyun çocuğun işidir ve gereksinimidir. Oyun ve oyuncaklar çocuğun duyuşsal, zihinsel, sosyal ve ahlaki olarak gelişimine katkı sağlar. Problem çözme becerisi gelişir. Cinsiyet rollerini öğrenir. Güçlü ve zayıf yönlerini, sınırlarını fark eder (2,3). Çocuklar oyun ve oyuncak oynarlarken dokunurlar, parçalarlar, ağızlarına götürürler, üzerine çıkabilirler. Çocuklar için oyuncaklar eğitici olmalarının yanında çeşitli sağlık riskleri ve tehlikelere neden olabilmektedir.

Çocuklar;

- Oyuncakların üretildikleri malzemeden, kullanılan boya maddesine,
- Elektrikli, pilli, akülü vb çalışma özelliğinden,
- Küçük parçalara ayrılma, delici, kesici olma özelliği,
- İnternet bağlantılı olma durumu,
- Hijyen açısından uygun olmaması,
- Çocuğun yaşına uygun olup olmaması gibi nedenlerle sağlık açısından riskli durumda kalabilmektedir (4).

Oyuncakların Üretim Malzemesine Bağlı Oluşturdıkları Riskler

Maliyet açısından ucuz olması, dökümünün kolay olması, geri dönüşümü olmasına bağlı plastik malzemeden üretilen oyuncaklar ilk sıralarda yer almaya başlamıştır. Plastik oyuncaklar polimerlerine göre termoset ya da termoplastik özelliklere sahiptir. Termoset plastik dayanıklı ve sert yapıda olmakla beraber, tekrar geri dönüşüme uygun değildir. Bu plastikten yapılan oyuncaklar döküme bağlı düzgün olmayan keskin köşeler meydana getirerek kullanım güvenliğini olumsuz etkileyecek durumlar yaratırlar (4). Bu nedenle genellikle daha yumuşak yapıda bulunan termoplastik malzemeler oyuncak yapımında tercih edilmektedir. Tüketici

hangi malzemeden yapıldığını belirleyemediği durumda kötü koku yayan, birleşim yerleri düzgün olmayan, homojen renk dağılımı yakalanamamış plastik oyuncakları almamalıdır ve plastik oyuncakları güneş altında bırakmamalıdır (4).

Metal malzemeden yapılmış oyuncaklar ağır ve sert olmaları nedeniyle küçük yaşta çocuklar için uygun değildir. Ağır metallerden olan kurşun pil yapımında, kumaş boyalarında, duvar boyalarında, baskıda, akülerde yer almakta, solunum ya da sindirim yoluyla alındıklarında kurşun zehirlenmesi yaparak toksisiteye neden olmaktadır. Çocuk oyuncaklarında kullanımı sakınca yaratmaktadır. Kumaştan yapılmış oyuncakların üzerinde alev almaz veya ateş geciktirici kumaştan üretilmiştir etiketi bulunmalı. Boyalı oyuncaklar kurşun içermeyen boya ile boyandıklarına ilişkin açıklama taşımalıdır(4,12).

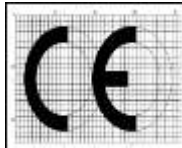
Oyuncak yapımında kullanılan kağıt ise son derece dayanıksızdır. Kesildiğinde toz dağılımı yapmayan kağıt oyuncaklar kullanılmalı, solunum inhalasyonuna dikkat edilmelidir (4). Kumaş boyaları çocuklarda zararlı olmayacak olanlar tercih edilmelidir. Ahşap malzemeden yapılmış oyuncaklar, sert ve pürüzsüz olmalı, aşınarak kıymık oluşturmamalı, reçine bırakmamalıdır (4). Üretim öncesi kurutulularak uygun nemde olması sağlanmalıdır.

Oyuncakların Elektrikli, Pili, Akülü Olma Durumuna Bağlı Riskler

Elektrikli oyuncaklarda UL (Underwriters Laboratories) ve CE işareti olmalıdır. Bu etiket elektrik aksamının güvenlik açısından test edildiğini gösteren bir sertifikadır. CE İşareti ise üzerine iliştirildiği ürünün insan, hayvan ve çevre açısından sağlıklı ve güvenli olduğunu gösteren Avrupa Birliği'nin Yeni Yaklaşım Direktiflerine uygunluk işaretidir (6). Elektrikli çalışma aksamı içeren oyuncaklar, uygulanabilen öteki Avrupa direktiflerinin yanında Oyuncakların Güvenliğine İlişkin Avrupa Direktifinin de gereklerini karşıladığı zaman CE işaretini taşıyabilir. 1 Ocak 1997 tarihinden bu yana oyuncaklara Alçak Gerilim Direktifi esas alınarak CE işareti iliştirmek zorunludur. Elektrikli oyuncaklar;

- a) 24 voltu geçen anma gerilimiyle donatılmamalı ve oyuncağın hiçbir parçası 24 voltu geçmemelidir.
- b) Oyuncağın, kablolarla veya bu kablolarla elektrik ileten diğer iletken maddelerle birlikte elektrik şokuna neden olabilecek elektrik kaynağıyla bağlantılı veya bağlantı kurabilecek parçaları, böyle şok riskini önlemek amacıyla uygun bir şekilde izole edilmeli ve mekanik olarak korunmalıdır.
- c) Elektrikli oyuncaklar, doğrudan temas edilebilecek yüzeylerinin ulaştığı azami sıcaklıklarının dokunulduğunda yanmaya neden olmayacak şekilde tasarlanmalı ve üretilmelidir.

Pil ile çalışan oyuncaklarda çocukların kolayca açamaması için pil yuvasının kapağı vidalı olmalıdır.



<https://tse.org.tr/IcerikDetay?ID=12>



<https://crs.ul.com/en/services/certification-marks/>

CE İşareti gerektiren ürün grupları ile Türkiye'de bu ürün gruplarına ilişkin AB mevzuatının uyumundan sorumlu kuruluşlar aşağıda Tablo 1'de yer almaktadır. Ürünlerin CE işaretli (belgesi) olarak piyasaya sunulmasından, CE işaretinin ürüne iliştirilmesinden üretici sorumludur. Üreticinin bu işareti ürüne iliştirmesi için çeşitli alternatifler sunulmuştur:

- **Düşük riskli ürünler:** Birçok ürün güvenlik açısından düşük riskli ürün gruplarında yer alır. Bu ürünlerde, üretici uygunluk değerlendirmesini yaptıktan sonra bir beyanname yayınlarak; ürünün zorunlu güvenlik, sağlık, çevre ve tüketici koruma standartlarına uyduğunu belirtir.

- **Yüksek riskli ürünler:** Bu ürünler için üreticinin beyannamesi yeterli değildir. Bu ürünlerin, mutlaka, onaylanmış kuruluşlar tarafından test edilmesi, inceleme sonucu CE belgesi gerekir. Avrupa Birliği mevzuatı, CE belgesi taşıması gereken ürünlerden yüksek riskli olanların, piyasaya sunulmadan önce konusunda uzman (Onaylanmış) kuruluş tarafından uygunluk değerlendirmesini şart koşmaktadır. Ülkemizde AB Komisyonu tarafından CE belgesi verme yetkisi onaylanan ilk ve tek kuruluş Türk Standardları Enstitüsü (TSE)' dir (11).

Tablo 1: Ülkemizde Tüketiminde AB Mevzuatı İçinde CE Belgesi Gerektiren Ürünler ve Uyumundan Sorumlu Kuruluşlar

Sıra	Direktifin Kapsadığı Alan	Uyumundan Sorumlu Kuruluş
1	Alçak Gerilim Cihazları	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
2	Basit Baskınlı Kaplar	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
3	Gaz yakan aletler	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
4	Sıcak su kazanları	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
5	Elektromanyetik uyumluluk	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
6	Makinalar	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
7	Sivil kullanım için patlayıcılar	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
8	Otomatik olmayan tartı aletleri	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
9	Patlayıcı ortamlarda kullanılan ekipmanlar	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
10	Asansörler	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
11	Dondurucular	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
12	Baskınlı kaplar	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
13	Açık havada kullanılan ekipmandan çevreye yayılan gürültü	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
14	Floresan lambalarda enerji etkinliği	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı
15	Vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazlar	Sağlık Bakanlığı
16	Tıbbi cihazlar	Sağlık Bakanlığı
17	In vitro tıbbi tanı cihazları	Sağlık Bakanlığı
18	Oyuncaklar	Sağlık Bakanlığı
19	Gezi amaçlı tekneler	Denizcilik Müsteşarlığı
20	İnşaat malzemeleri	Bayındırlık ve İskan Bakanlığı
21	Kişisel korunma donanımları	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
22	Radyo ve telekomünikasyon terminal cihazları	Telekomünikasyon Kurumu
23	Yolcu taşıma amaçlı kablo üzerinde hareket eden araçlar	Sanayi ve Ticaret Bakanlığı

Oyuncaklar direktifi kapsamında bir oyuncak olarak görülmeyen geniş bir ürün listesi yer almaktadır. Burada özellikle spor, hobi ve oyun araçları açıkça kapsam dışı tutulan ürünlerdir. Bunlar:

- Yılbaşı süsleri,
- Yetişkinler ve koleksiyoncular için detaylı model maketler,
- Oyun parklarında topluca kullanılmak üzere tasarımılanan araç ve gereçler,
- Spor malzemeleri,
- Derin sularla kullanılmak üzere tasarımılanan su aletleri,
- Yetişkin koleksiyoncular için folklorik ve dekoratif bebekler ve diğer benzer malzemeler,
- Alışveriş merkezleri ve istasyonlar gibi kamu alanlarına yerleştirilen ticari amaçlı oyuncaklar,
- Uzmanlar için hazırlanmış, 500 parçadan fazla veya resimsiz olan yap bozlar,
- Havalı tabanca ve tüfekler,
- Ateşleme kapsülleri dahil havai fişekler (Mevcut durumdaki daha sıkı mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla oyuncaklarda kullanılan ateşleme kapsülleri hariç),
- Sapan ve benzer oyuncaklar (mancınık gibi),

- Metalik uçlu dart setleri,
- 24 volttan fazla bir anma gerilimi ile çalışan elektrikli fırınlar, ütüler veya diğer işlevsel ürünler,
- Bir öğrenim programı çerçevesinde bir yetişkinin gözetimi altında kullanılmak üzere üretilmiş ısıtıcı parçalar içeren ürünler,
- Yanma motorlu araçlar,
- Oyuncak buharlı motorlar,
- Karayollarında spor yapmak veya seyahat etmek amacıyla tasarlanan bisikletler,
- 24 volttan fazla bir anma gerilimi ile çalışan ve bir video ekranına bağlanan video oyuncakları,
- Bebekler,
- Gerçek ateşli silahların aslına uygun taklitleri,
- Çocuklar için taklit mücevherler (1,11). Bu ürünler oyuncak olarak görülmediklerinden bunlarla ilgili yaşanacak sorunlar önemli görülmelidir.

Küçük Parçalara Ayrılan, Delici Kesici Oyuncaklarla İlişkili Riskler

0-12 aylık bebeklerin oyuncakları ağızlarına alamayacakları büyüklükte, en az 3 cm eninde ve 6 cm boyunda olmalıdır. Oyuncak dartların ucu sivri olmamalıdır. Çocuk kızakları, bir kirişe bağlanan asılı oyuncaklar, çemberler, trapezler, ipler ve benzeri oyuncaklar. Böyle oyuncaklara; kontrolünün ve askı, bağlantı parçaları, demirleme yeri gibi ana parçalarının bakımının belli aralıklarla yapılması gerektiği ve bu kontrollerin yapılmaması durumunda, oyuncağın düşme ve devrilmesi halinde yaratabileceği tehlikelere ilişkin açıklamaları içeren talimatlar iliştilir. Talimatlar, yanlış kurulması halinde tehlike arz edebilecek parçaları belirterek, oyuncağın doğru olarak kurulmasına ilişkin bilgileri de içermektedir. Suda kullanılan oyuncaklar, TS 5217 EN 71-1 ve TS 5218 EN 71-2 sayılı uyumlaştırılmış standardın ilgili kısımlarında belirtilen hususlara uygun uyarı olan "Dikkat: Sadece çocuğun boyunu geçmeyen derinlikteki suda ve gözetim altında kullanılacaktır." ibaresi taşınmalıdır (1).

Çocuğun Yaşına Uygun Olmayan Oyuncakların Oluşturacakları Riskler

Çocuklar 6. aydan itibaren oyuncakla oynamaya ve nesneleri fonksiyonlarına göre kullanmaya başlarlar (12). Çocukların yaşamın ilk iki yılı, tek başına oyun oynama evresidir. Sembolleme başladığından içi dolu bir kutuyu vapur gibi oynayabilir. Oyunlarında top atmak, küplerden kule ve köprüler yapmak önemli yer tutar. Küçük çocuklar için oyuncağın kopan veya küçük parçalarını yutması veya boğulması büyük bir risk oluşturur. 1-3 yaş ve altı çocuklar nesneleri ağızlarına koyarak tanımaya çalışırlar. Tadına bakma ve Delik merakları bulunur. 36 aydan küçük olan bu çocuklar için tehlikeli olabilecek olan oyuncaklar, "36 aydan küçük çocuklar için uygun değildir" veya "üç yaşından küçük çocuklar için uygun değildir" ibaresi taşınmalı ve üzerinde aşağıda Şekil 1'deki işaret yer almalıdır. Oyuncaklar Hakkındaki Yönetmelik (88/368/EEC) gereği uyarı ile birlikte bu önlemin alınmasını gerektiren özel tehlike hakkında kısa bir açıklamaya yer verilmelidir. Şekil 1'de yer alan grafik, sadece "0 ila 3" yaşlarını göstermek için kullanılmalı diğer yaş grupları için kullanılmamalıdır (1). Aktivite oyuncakları için 'Yalnızca evsel kullanım içindir' uyarısı olmalıdır. Kurulum ve kullanma talimatlarına uyulmalıdır. Oyuncağın devrilerek düşmeye neden olabileceği akılda tutulmalıdır. Oyuncağın nasıl bir yüzeye yerleştirilebileceği bilgisi talimatta yer almalıdır. Oyuncak toplama ve saklama kutularına çocuklar içini boşaltıp girebilirler. Hava deliği olan kutu olmalı, kendiliğinden kilitlenme özelliği olmamalıdır (12).



Şekil 1: Oyuncakların 0-3 yaş grubundaki çocuklar için uygun olmadığını belirten işaret

(TS EN 71-6).

<https://statik.tse.org.tr/upload/tr/dosya/icerikyonetimi/3494/13032015164421-2.pdf>.

Binerek kullanılan oyuncaklar için çocuğun desteksiz oturabildiği bir yaşa gelmesine dikkat edilmelidir. Sallanan at veya vagon gibi binek oyuncakların çocukların tutunabilecekleri sabit ipleri olması gerekir.

Okul çağındaki çocuklar için bisiklet, skuter, kayak tahtası ve patenlerin kasksız kullanılmaması, el, bilek ve çene için koruyucuların kullanılması gerekir. Ülkemizde bisiklet sürücülerinin koruyucu başlık ve gözlük kullanımına ilişkin yasal bir düzenleme mevcut değildir. Motosiklet için 2007 yılında zorunlu hale getirilmiştir (13).

Hijyen Açısından Oluşturabileceği Riskler

Oyuncaklar; herhangi bir enfeksiyon, hastalık veya kontaminasyon riskini önlemek amacıyla hijyen ve temizlik gereklerini yerine getirecek şekilde tasarlanmalı ve imal edilmelidir. 0-36 aydan küçük çocuklar tarafından kullanılması amaçlanan bir oyuncak; temizlenebilecek bir şekilde tasarlanmalı ve imal edilmelidir. Kumaş bir oyuncak, oyuncakın suda batırılarak yıkanması halinde hasar görebileceği bir mekanizma içermesinin haricinde yıkanabilir olmalıdır. Pelüş oyuncaklar yıkanabilir işareti taşımalıdır (1). Özellikle bebekler için tüylü oyuncaklar kullanılmamalıdır. Kopan parçalar solunum yoluna kaçabilir. İçi su dolu oyuncaklar küçük bebeklere verilmemelidir. Isırarak içindeki suyu ağızlarına götürebilir enfeksiyon kaynağı olabilirler (12). Kırılmış, bozuk ve yırtılan oyuncaklar çocuğun güvenliği açısından ya tamir edilmeli ya da atılmalıdır. Metal oyuncaklar yağmurda ya da nemli ortamda kaldıklarında paslanabilir. Bu tür oyuncaklar sık kontrol edilmelidir.

İnternet Bağlantılı Çocuk Oyuncakları

Günümüzde çocuk oyuncaklarının artık 12 aylık çocuğun bile kullanabileceği tarzda internet bağlantılı oyuncaklar biçiminde geliştirilmeye hız verildiği bildirilmektedir. Sony firmasının 2011 yılından itibaren ürettiği oyuncakların % 90'ının internete bağlanma yeteneğinin bulunacağını açıkladığı belirtilmiştir (7).

İnternet bağlantılı çocuk oyuncakları (IoT)'ın hackerlar tarafından (siber avcı), fiziksel olarak yollarında olmadan çocuklar hakkında hassas verilere ulaşabileceği, çocukların mikrofonuna uzaktan erişebildiği ve çocukların konuşmalarını kaydedebildikleri 2015 yılında Hello Barbie olayında yaşandığı, IoT oyuncaklarını korumanın önemini açıkça göstermiştir (9). Benzer şekilde Mozilla, Dash adında Bluetooth özellikli bir robotun üçüncü taraflarla çocukların verilerini paylaştığını bulduğu, ayrıca, 3 yaş ve üstü çocuklara pazarlanan popüler bir tablet olan Amazon Fire HD Kids Edition'ın çocuğun verilerini üçüncü şahıslarla paylaştığı ve sakladığı verileri silmediği de tespit edilmiş (9). IoT oyuncakları "Çocukların Çevrimiçi Gizlilik Koruma Yasası (COPPA) ile uyumlu" olmalıdır (10).

Dünya'da çocuk ve ergenlerin en popüler eğlence etkinliklerinden biri Elektronik oyunlardır. Ortalama bir çocuk günde 5,5 saat elektronik oyun oynuyor. Okul öncesi çocuklar, her gün 2 saat çizgi film izleyerek her yıl yaklaşık 10.000 şiddet olayına tanık oluyorlar. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre, çocuklar haftada 28 saat televizyon seyrediyor ve 18 yaşına kadar 16.000 cinayet ve 200.000 şiddet eylemi görmüş oluyor. Video oyunları ve çevrimiçi etkileşimli bilgisayar oyunlarının ortaya çıkmasıyla, daha önce hiç olmadığı kadar çok sayıda çocuk ve ergen, medyada şiddete de maruz kalıyor (14).

Oyuncak Güvenliğinin Sağlanması ve Denetlenmesi

Oyuncak Güvenliği Ülkemizde "Oyuncaklar Hakkındaki Yönetmelik" çerçevesinde Sağlık Bakanlığının ve Ticaret Bakanlığının sorumluluğunda yürütülmekte, üretilen oyuncakların çevre sağlığı ve çocuk sağlığı açısından AB Standartlarına uygunluğunu gösteren CE belgesi, TSE tarafından verilmektedir. Oyuncakların piyasa gözetimi ve denetimi (PGD) faaliyetleri, SB Merkez Teşkilatı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Çevre Sağlığı Daire Başkanlığına bağlı olan Piyasa Gözetimi, Denetimi ve Temizlik Ürünleri Şube Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Güvensiz bulunan ürünler piyasadan geri toplatılmaktadır (15). Tüketici bilinçli olmalıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada oyuncak alanların %78.9'u,

satın alanların %87.8'i oyuncakların çocuk sağlığı ve güvenliği için zararlı olabileceğini düşünmektedir. Oyuncak alıcılarının %54.7'si oyuncak paketlerinin üzerindeki uyarıları okumadığını ifade etmiştir. Oyuncak satın alanların "Oyuncaklar Hakkında Yönetmeliği", etiket üzerinde CE işareti, yaş uygunluğu ibaresi, güvenlik uyarısı, kullanım kılavuzu bulunması gerektiğini satıcılara göre daha az bilmekte, etiket üzerindeki bilgilere daha az baktığı belirlenmiştir (16). Çocukların oyuncak nedenli yaralanmaları ve ailelerin oyuncak güvenliği konusunda bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanan bir diğer çalışmada, 101 ebeveyn ile görüşülmüş, %59.4'ünün yaşa uygunluk ibaresine baktığı, %43.6'sının çocuğun tercihine göre hareket ettiği, 36.6'sının CE işaretine ve kullanım kılavuzuna baktığı görülmüştür. Aynı çalışmada çocukların %24.8'inin oyuncak yüzünden düştüğü, %19.8'inin oyuncak boyasını çiğnediği, %14.9'unun oyuncak parçalarının kestiği, %10.9'unun oyuncak nesne yuttuğu ve elektrik çarptığı bildirilmiştir. Bu çalışmalar, ailelerin çok azının oyuncak çocuğuna uygunluk durumuna baktığını, genellikle çocuğun tercihinin dikkate aldıklarını göstermektedir. Çocukların dörtte biri oyuncaklara bağlı yaralanmıştır. Öğrenim düzeyleri düşük olan anne ve babaların çocuklarının oyuncaklar ile yaralanmaları daha fazla bulunmuştur (17). Bir diğer çalışmada katılımcıların %87,1'inin çocuklarının en az bir kez oyuncaklarla ilgili bir yaralanma yaşadığı, çocukların en az bir kez oyuncaklarının (%80.4) parçalarını parçaladığı ve/veya kulak, buruna bir oyuncak parçası koyduğu (%51.1) belirlenmiştir (18). Görüldüğü gibi oyuncaklara bağlı yaralanma durumları oldukça önemlidir.

Sonuç

Ailelere oyuncak alırken çocuğun yaşına uygun, CE veya UL belgesi olan oyuncakları alması, çocuğa uygun dizayn edilmiş olmasına ve büyük çocuklar için olan oyuncakları küçük çocuklara vermemeleri konusunda uyarılmaları gereklidir. Küçük parça içeren oyuncaklarda çocuklar ağızına alabileceğinden ya da kulağına burnuna sokabileceğinden bu tarz oyuncaklardaki 0-3 yaş çocuklara uygun olmayan oyuncak işareti konusunda eğitim verilmelidir. Oyuncakların kurulum talimatlarına, kullanım özelliklerine uymaları belirtilmelidir. Kötü kokan, sert ve düzensiz kenarlı plastik oyuncakları almamaları konusunda eğitim verilmelidir. Suya veya benzer sıvıya atıldığında büyüyen tarz oyuncakları (slime oyuncakları) almamaları açıklanmalıdır. Elektronik oyunlarda çocuklarını şiddet açısından denetlemeleri, uygunsuz oyunlara erişimlerinin engellenmesi konusunda bilgi verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı Oyuncaklar Hakkında Yönetmelik. 17.05.2002 tarih, 24758 sayılı Resmi Gazete
2. Bekmezci H.,Özkan H. Oyun ve oyuncakın çocuk sağlığına etkisi. Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2015; 5(2):81-87.
3. Durualp E.,Aral N. Oyun temelli sosyal beceri eğitimi. Vize Yayıncılık, 1.Baskı, 2011.
4. Elibol C., Kılıç Y.,Burdurlu E. Okul Öncesi Çocuk Oyuncaklarında Malzeme Kullanımı ve 4-6 Yaş Çocuklarının Renk Tercihleri. Aile ve Toplum, 2006; 3(9): 35-40.
5. ISO 8124-1:2018. Safety of toys — Part 1: Safety aspects related to mechanical and physical properties. <https://www.iso.org/standard/66626.html>. Erişim: 21.10.2019.
6. CE İşareti. <https://tse.org.tr/IcerikDetay?ID=12&ParentID=108>. Erişim: 21.10.2019.
7. Özkan M. Bilişim Teknolojileri ve Oyun Sektörü. STANDARD Dergisi,2010; 49(572):22-23.
8. Gürsu H. Unutulmuş Bir Stratejik Sektör "Oyuncak" STANDARD Dergisi, 2010; 49(572):24.

9. Chu G., Apthorpe N., and Feamster N. Security and Privacy Analyses of Internet of Things Children's Toys. <https://arxiv.org/pdf/1805.02751.pdf>.
10. <https://www.vox.com/the-goods/2018/11/21/18106917/kids-holiday-gifts-connected-toys>.
11. İlhan M. Ülkemizde Oyuncak Güvenliği Mevzuatı ve TSE. STANDARD Dergisi, 2010; 49(572):33-35.
12. Arı M., Işıtan S. Çocuk Gelişiminde Oyun ve Oyuncakların Önemi. STANDARD Dergisi, 2010; 49(572):40-45
13. Koçak S.,Uçar K.,Bayır A.,Ertekin B. Acil servise başvuran motosiklet ve bisiklet kazası olgularının karakteristikleri, Türkiye acil tıp dergisi, 2010 ;10(3):112-118
14. Muscarı, Mary E., Brown MK. (Ed. Margaret Zuccarini). Quick Reference to Child and Adolescent Forensics A Guide for Nurses and Other Health Care Professionals. 2010 Springer Publishing Company. New York, US. ISBN: 978-0-8261-2417-3.
15. Kakillioğlu T.,Ekmekçiğil A.,Kantarıcı C.,Erdoğan S. Sağlık Bakanlığınca Yürütülen Oyuncakların Piyasa Gözetimi ve Denetimi Faaliyetleri Hakkında Bilgi Notu. STANDARD Dergisi,2010; 49(572):50-55.
16. Çamur D., Vaizoğlu S., Akbaş M.,Başaran D., Batman GA.Bilgin E., Bulam MH. Oyuncak alıcı ve satıcılarının oyuncak güvenliği ve yönetmeliği konusundaki bilgi düzeyleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 31-38.
17. Akçay D, Özcebe H. Çocukların oyuncak nedenli yaralanmaları ve ailelerin oyuncak güvenliği konusunda bilgileri. Uluslararası Aile Çocuk Ve Eğitim Dergisi, 2017, 12:1-8. Doi: 10.17359/ACED.2017.2.1
18. Wu, R. S., Chan, J. X., Chong, S. L., Ong, G. Y., NG, K. C. Toy safety in Singapore: Where are We Now?. Singapore medical journal , 2013;54(11), 639-4

ÇOCUKLARDA DİJİTAL OYUN BAĞIMLILIĞI VE ALEKSİTİMİ DIGITAL GAME DEPENDENCE AND ALEXITISM IN CHILDREN

Prof. Dr. Sevinç POLAT*

*Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş

Oyun, çocuğu eğlendiren, zevk veren bir faaliyet olmanın yanı sıra çocuğun dilsel, bilişsel, sosyal ve fiziksel becerilerini geliştirmede önemli bir araçtır (1). Oyun, çocuğun iç dünyasını, sosyal dünya ile birleştirmesine yardım eder (2). Her yaş grubunu cezbeden oyunlar, özellikle çocuğun kendini ifade etmesi için en uygun yollardan biridir (3).

Günümüzde teknolojik gelişmelere bağlı olarak çocukların oyunlarında ve oyun ortamlarında bazı değişiklikler olmuş; geçmişte parklarda ve sokaklarda gerçek arkadaşlarla oynanan oyunlar, bilgisayar başında ev ya da internet kafelerde gerçekleştirilen sanal etkinlikler haline dönüşmüştür (4). Kullanılan teknolojiye bağlı olarak dijital konsol oyunları, bilgisayar oyunları ve çevrimiçi (online) oyunlar olarak sınıflandırılan bu oyunlara talep her geçen gün artmış ve bu durum dijital oyun bağımlılığı kavramı ortaya çıkmıştır (5,6).

Teknolojinin psiko-aktif ilaçlar gibi bağımlılık yaratan etkisinden söz edilmektedir. Oyun oynama ile ilgili uyumsuz ve inatçı davranış olarak tanımlanan dijital oyun bağımlılığı, bir tür teknoloji bağımlılığı türü olarak kabul edilmekte ve internet bağımlılığı alt kategorisinde değerlendirilmektedir (7,8). Dijital oyun bağımlılığı ya da DSM 5'te (Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5), son 12 ay içinde "oyun oynama ile ilgili şekilde gözlemlenen kontrol kaybı, tolerans gelişimi ve madde kullanım bozukluğundakine benzer şekilde yoksunluk belirtilerinin dâhil olduğu bilişsel ve davranışsal semptomların bir arada gözlemlendiği aşırı ve uzun süreli internet oyun oynama davranışı" şeklinde tanımlanmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2018) "Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması" (International Classification of Diseases-ICD) el kitabının 11. baskısında, "dijital" ya da "video" oyun oynama bozukluğunu, "bireyin oyun oynama üzerinde kontrol yetisinin bozulması, oyun oynamanın artan şekilde bireyin diğer ilgileri ve günlük aktivitelerinin yerini alması, olumsuz sonuçlarına rağmen oyun oynamaya devam etme ve oyun oynamada artış ile karakterize olan bir davranış örüntüsü" şeklinde tanımlanmaktadır (10).

Günümüzde çocukların en önemli eğlence araçları haline gelmiş olan dijital oyunlar, dikkatle incelenmesi gereken büyük bir sektör haline dönüşmüştür (11). Dijital oyunların özellikle bağımlılığa dönüştüğünde olumsuz etkilerinin arttığı vurgulanmaktadır (4). Dijital oyun bağımlılığının çocuklarda, anksiyete, agresif tutum sergileme, depresyon, asosyalleşme ve aile içi iletişimde azalma gibi ruhsal sorunlara; omurga, omuz el-el bileği gibi vücut bölümleri ile kas iskelet sisteminde çeşitli problemlere, gözlerde kuruluk, ağrı-kızarıklık ve uyku kalitesinde bozulma gibi fiziksel sağlık sorunlarına neden olabileceği bildirilmektedir (12). Bu boyutları ile dijital oyun bağımlılığı, son yirmi yıldır özellikle çocuklar ve gençler için tüm dünyada hızla yaygınlaşan bir halk sağlığı sorunu halini almıştır (13,14).

Dijital oyunlar, dünya çapında yaygın olarak oynanmakta özellikle çocuk ve ergenler arasında dijital oyun bağımlılığına (DOB) eğilimi her geçen gün artmaktadır (15,16). Ergenler arasında DOB oranları; Avrupa ülkelerinde %0.6 -1.6, Uzak Doğu ülkelerinde %10-15, Batı ülkeleri genelinde %1-10, Güney Amerika ve Afrika ülkelerinde %1-9 olarak belirlenmiştir (17).

Ülkemizde "Bilgisayar Oyunları ve Bağımlılık" konusunda 435 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen bir araştırmada; her 5 öğrenciden 1'inin oyun bağımlılığı tehdidi altında olduğu, oyun için yapılan harcama ve şiddet içerikli oyunlara duyulan ilginin ve oyun oynama sürelerinin kontrol edilememesinin bağımlılık riskini arttırdığı bulunmuştur (18). Oyun Amaçlı Problemlerle İnternet Kullanımı üzerine 2017 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada İstanbul ili genelinde 12-19 yaş arası gençlerde problemlerle dijital oyun oynama davranışı oranı %8.5 olarak

tespit edilmiştir (19). Oral ve Arabacıoğlu (2019) tarafından Denizli’de altı ilkokulda 4. sınıf öğrencilerinin dijital oyun bağımlılıklarının incelendiği başka bir çalışmada; öğrencilerin %92.1’inin medya araçlarını oyun oynamak amacıyla kullandığı ve %13.9’unun dijital oyun bağımlısı olduğu belirlenmiştir (20). Okul Öncesi Eğitim Alan Çocukların ve Ailelerinin Bilgisayar Oyunu Oynama Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bir başka araştırmada, 60-72 ay arasındaki çocukların %73.1’inin bilgisayar oyunu oynadığı saptanmıştır (21). Bu veriler ülkemizde de çocukların erken yaşlardan itibaren bilgisayar oyunları ile tanıştığı ve DOB’nın, çocuk ve ergenler arasında ciddi boyutlarda olduğunu göstermektedir.

Aleksitimi, duyguları belirleme ve ifade etmede, dışa dönük, bilişsel özelliklerde ve sınırlı hayal gücünde zorluk ile karakterize bir kişilik özelliğidir (22). Literatürde aleksitimik bireylerin duyguları deneyimlemelerine rağmen anlamlandırmada, bedensel ve duygusal hislerini ayırt etmede, bir duyguyu diğer kişilere açıklamada güçlük çektikleri (23,24). duyguya uygun hayal gücü yoksunluğu, duygusal işlevlerde kısıtlılık ve kişilerarası ilişkilerde zorluk yaşadığı belirtilmektedir (25). Aleksitimi, Dereboy (1990) tarafından “duygular için söz yokluğu” olarak Türkçeye çevrilmiştir (26). Aleksitimik bireyler sadece duygularını ifade etmede ve düzenlemede sıkıntı yaşamazlar aynı zamanda duygusal sıkıntılarını diğer insanlara ifade etmede ve onlardan yardım almada da sıkıntı yaşarlar (27).

Aleksitimik bireylerin sahip olduğu bu özellikler, sosyal ilişkilerinde problem yaşamalarına ve duygulardan arınık, tamamen mekanik bir iletişim ve eğlence alanı olan sanal dünyaya yönelmelerine yol açabilmektedir. Ayrıca aleksitimik bireylerin empati eksikliği nedeniyle, kişilerarası ilişkilerde ve sosyal etkileşimde sorun yaşayabildiği ve bu bireylerde sosyal izolasyon riskinin arttığı bildirilmektedir (28). Aleksitimi kişilik özelliklerine sahip bireylerin duygudurum ve kaygı bozuklukları (29), obsesif ve kompulsif bozukluk (30), davranış bağımlılığı ve dürtü kontrol sorunları (31) ile saldırgan davranış kalıpları (32) gösterdiği rapor edilmiştir. Bu tür kısıtlamalar nedeniyle, aleksitimik bireyler arkadaşlık ilişkileri kurmada ciddi güçlükler yaşarlar ve genellikle sosyal işlevleri düşüktür (33,34).

Son yıllarda aleksitimik özellikler ile bağımlılık davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar artmıştır (35, 36, 37, 38). Aleksitimik kişilik özelliğinin; internet, teknoloji ve oyun bağımlılığı ile ilişkili psikolojik bir faktör olduğu düşünülmektedir (39,40). Günümüzde aleksitimi kavramı, problemli internet kullanımına yol açan bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır(40). Bu konu ile ilgili yapılan bazı araştırmalarda duygu düzenleme güçlüğü olan bireylerin, olumsuz duygularından kaçmak, yeniden regüle etmek ya da olumsuz ruh halinden kurtulmak için bağımlılık davranışlarına başvurabildiği gösterilmiştir (35,41,42,43). Taylor ve arkadaşları (1991) aleksitimik bireylerin duygularını düzenlemek amacıyla kompulsif davranışlara yöneldiğini iddia etmektedir (44). Speranza ve arkadaşları (2004) aleksitimik bireylerin iç görü ve kendilik bilgisi yoksunluğu yüzünden bağımlı davranışlar sergilediklerini öne sürmüşlerdir (36). Yavuz ve ark. (2018) çalışmalarında aleksitimik kişilik özelliklerinin DOB gelişme riskini arttırdığı tespit etmiştir (45). Konu ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda aleksitiminin internet bağımlılığı (40,46), aşırı internet kullanımı (47), video oyunları (48) ve akıllı telefon bağımlılığı (49), ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Bireyin günlük yaşamında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmasında duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkilerinin bir bütün olarak işlev gördüğü bilinen bir gerçektir. Bu bütünlüğün bozulması sosyal varlık olarak denge ve uyum arayışında olan insan için bir tehdit oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmadaki bütünlüğü sağlayan en önemli unsurlardan birisi belki de en önemlisi iç dünyamızın aynası olan duygularımızdır. Bu nedenle kişinin duygularının ve düşüncelerinin farkında olması ve davranışlarını kontrol edebilmesi ruh sağlığı açısından son derece önemlidir (50).

Sonuç olarak;

Duyguların sözlü, sözsüz ya da davranışsal ifadesini etkileyen aleksitimi, kişiler arası ilişkileri olumsuz etkilemektedir. Sosyal beceri yoksunluğu nedeniyle gerçek hayatta ilişki kuramayan çocuk ve ergenler sanal dünyada kendilerini daha özgür bir şekilde ifade edebilmek için gerçek hayatta alamadıkları onayı sanal dünyada almayı istemektedirler(51). Bu özellikler, sosyal beceri yoksunluğu yaşayan bireyler için interneti vazgeçilmez bir kaynak haline

getirmektedir. Dijital oyunlar; sosyal iletişimi sağlamak için kullanılan internet uygulamalarındandır. Gerçek hayatta sosyal açıdan problem yaşayan çocuklar ve ergenler, dijital oyunları sosyal beceri yoksunlukları ile baş etmek için kullanabilmektedirler. Ancak bu durum başka bir sorunu da beraberinde getirmektedir. İlk başlarda sosyalleşme ve eğlence ihtiyacına hizmet eden dijital oyunlar, zaman ilerledikçe sosyal hayatta zaten problem yaşayan bireyler için, bir bağımlılığa dönüşebilmektedir. Bu da bizlere aleksitiminin, oyun bağımlılığında önemli bir yere sahip olabileceğini göstermektedir (52). Bu bulgular ışığında; çocuk/ergenler ile ebeveynlerin teknoloji okuryazarlığı, dijital oyun bağımlılığı ve aleksitimi konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir (53).

Kaynaklar

1. Egemen A, Yılmaz Ö, Akil İ. Oyun, Oyuncak ve Çocuk. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004;5: 39-42.
2. Başal HA. Geçmiş yıllarda Türkiye'de Çocuklar Tarafından Oynanan Çocuk Oyunları. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007;20: 243-266.
3. Yavuzer H. Doğum Öncesinden Ergenlik Sonuna Kadar Çocuk Psikolojisi, 20. Baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2001;176-85.
4. Horzum MB. İlköğretim Öğrencilerinin Bilgisayar Oyunu Bağımlılık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Eğitim ve Bilim, 2011; 36(159): 56-68.
5. Çetin E. Temel Tanımlar ve Kavramlar. Mehmet Akif Ocak (Ed.), Eğitsel dijital oyunlar kuram, tasarım ve uygulama. içinde. Ankara: Pegem, 2013; 2-6.
6. Bird J, Edwards S. Children Learning to Use Technologies Through Play: A Digital Play Framework. Br J Educ Technol, 2015;46(6):1149-60.
7. King DL, Delfabbro PH & Griffiths MD. Principles of Addiction. Principles of Addiction. (doi:10.1016/B978-0-12-398336-7.00082-6), Elsevier; 819-825.
8. Gökçearslan Ş & Durakoğlu A. Ortaokul Öğrencilerinin Bilgisayar Oyunu Bağımlılık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014; (23):419-435.
9. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™ (5th ed.). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc..http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.
10. Arıca OT, Dinç M, Yay M, & Griffiths MD. İnternet Oyun Oynama Bozukluğu Ölçeği Kısa Formu'nun (İOOBÖ9-KF) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2018; 5(4): 615-636.
11. Çakır H. Bilgisayar Oyunlarına İlişkin Ailelerin Görüşleri ve Öğrenci Üzerindeki Etkilerin Belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Ağustos 2013; 9(2):138-150.
12. Mustafaoglu R, Yasacı Z. Dijital Oyun Oynamanın Çocukların Ruhsal ve Fiziksel Sağlığı Üzerine Olumsuz Etkileri. Bağımlılık Dergisi, 2018; 19(3):51-58.
13. Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Brockmyer JF, Cash H, Coyne SM, Markle T. Internet Gaming Disorder in Children and Adolescents. (Supplement 2), Pediatrics, 2017; 140; 81-85.
14. Wu AM, Chen JH, Tong KK, Yu S & Lau JT. Prevalence and Associated Factors of Internet Gaming Disorder Among Community Dwelling Adults in Macao, China. Journal of Behavioral Addictions, 2018; 7(1):62-69.
15. Albrecht U, Kirschner NE, Grüsser SM. Diagnostic Instruments for Behavioral Addiction: An Overview. PsychoSoc Med, 2007; 4:1-11.
16. Yang CK. Sociopsychiatric Characteristics of Adolescents Who Use Computers to Excess. Acta Psychiatr Scand, 2001;104: 217-222.
17. Saunders JB, Hao W, Long J, King DL, Mann K, Fauth-Bühler M & Chan E. Gaming Disorder: Its Delineation as an Important Condition for Diagnosis, Management, and Prevention. Journal of Behavioral Addictions, 2017; 6(3):271-279.

18. Çavuş S, Ayhan B, Tuncer M. Bilgisayar Oyunları ve Bağımlılık: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Alan Araştırması. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 2016;43:265-289.
19. Yeşilay. Problemlı İnternet Kullanımına Etki Eden Çevresel Etkenler: Oyun Amaçlı Kullanım. Yayınlanmamış Araştırma Raporu, İstanbul, 2018.
20. Oral HA, Arabacıoğlu T. İlkokul 4. Sınıf Öğrencilerinin Dijital Oyun Bağımlılıklarının İncelenmesi. Trakya Eğitim Dergisi, 2019;9 (1): 44-60.
21. Akçay D, Özcebe H. Okul Öncesi Eğitim Alan Çocukların ve Ailelerinin Bilgisayar Oyunu Oynama Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Çocuk Dergisi, 2012;12 (2):66-71.
22. Grynberg D, Luminet O, Corneille O, Grèzes J, Berthoz S. Alexithymia in the Interpersonal Domain: A General Deficit Of Empathy? Pers Indiv Differ 2010;49(8):845-850.
23. Leahy RL. Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. Cognitive and Behavioral Practice, 2007;14(1): 36-45.
24. Saariaho AS, Saariaho TH, Mattila AK, Karukivi M & Joukamaa MI. Alexithymia and Early Maladaptive Schemas in chronic pain patients. Scandinavian Journal of Psychology, 2015; 56(4), 428-437.
25. Moriguchi Y, Decety J, Ohnishi T, Maeda M, Mori T, Nemoto K, Komaki G. Empathy and Judging Other's Pain: An Fmri Study Of Alexithymia. Cerebral Cortex, 2006;17(9):2223-2234.
26. Tunçel E. Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları ve Aleksitimi İlişkisinde Prefrontal İşlevlerin, Empatinin ve Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü (Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2019.
27. Epözdemir H. Aleksitimi: Psikolojik Bir Semptom mu, Yoksa Bir Kişilik Özelliği mi? Türk Psikoloji Yazıları, 2012;15:25-33.
28. Jeong EJ, Kim DH. Social Activities, Self-Efficacy, Game Attitudes, and Game Addiction. Cyberpsychol Behav Soc Netw, 2011; 14: 213-21.
29. Hazar Z, Hazar M. Çocuklar İçin Dijital Oyun Bağımlılığı Ölçeği. Journal of Human Sciences, 2017;14: 203-16.
30. Bolat N, Yavuz M, Eliaçık K, Zorlu A, Evren C, Köse S. Psychometric Properties Of The 20-Item Toronto Alexithymia Scale in A Turkish Adolescent Sample. Anadolu Psikiyatri Derg, 2017;18:362-68.
31. Bacow TL, Pincus DB, Ehrenreich JT, Brody LR. The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and Validation in A Clinical Sample of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. J Anxiety Disord, 2009; 23:727-36.
32. Irak M. Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe Standardizasyonu, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. Türk Psikiyatri Derg, 2012;23:47-54.
33. Honkalampi K, Tolmunen T, Hintikka J, Rissanen ML, Kylmä J, Laukkanen E. The Prevalence of Alexithymia and Its Relationship with Youth Self-Report Problem Scales Among Finnish Adolescents. Compr Psychiatry, 2009;50:263-68.
34. Yavuz M, Nurullayeva N, Arslanogdu S, Cimendag A, Gunduz M & Yavuz BG. The Relationships Between the Digital Game Addiction, Alexithymia and Metacognitive Problems in Adolescents. Turkish J Clinical Psychiatry, 2019; 22. DOI: 10.5505/kpd.2019.16769.
35. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997) Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. (Paperback edition 1999), New York Cambridge University Press.
36. Speranza M, Corcos M, Stephan P ve ark. Alexithymia, Depressive Experiences and Dependency in Addictive Disorders. Subst Use Misuse, 2004;39:551-79.

37. Evren C, Kose S, Sayar K ve ark. Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2008;62:371-8.
38. Dalbudak E, Evren C, Aldemir S ve ark. Relationship of İnternet Addiction Severity with Depression, Anxiety and Alexithymia, Temperament and Character in University Students. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 2013; 16:272-278.
39. Taş İ, Eker H, Anlı G. Ortaöğretim Öğrencilerinin İnternet ve Oyun Bağımlılık Düzeylerinin İncelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying* 2014;1:37-57.
40. Arcan K, Yüce ÇB. İnternet bağımlılığı ve ilişkili psikososyal değişkenler: Aleksitimi açısından bir değerlendirme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2016;31:46-56.
41. Tice DM, Bratslavsky E, Baumeister RF. Emotional Distress Regulation Takes Precedence Over İmpulse Control: İf You Feel Bad, Do İt!, *J Pers Soc Psychol*, 2001;80:53-67.
42. Ricketts T, Macaskill A. Gambling as Emotion Management: Developing A Grounded Theory of Problem Gambling. *Addict Res Theory*, 2003;11:383-400.
43. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation Strategies Across Psychopathology: A Meta-Analytic. Review. *Clin Psychol Rev*, 2010; 30:217-37.
44. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The Alexithymia Construct: A Potantial Fpr Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 1991; 32:153-64.
45. Yavuz M, Kır S, Özen E, Gündüz M, Akdeniz B, Kadak MT. Examination of the Associations between Digital Game Addiction, Abilities of Reading Mind in the Eyes and Alexithymia: An Adolescent Sample from Ordu Province. *Yeni Symposium*, 2018;56(4): 2-6.
46. Scimeca G, Bruno A, Cava L, Pandolfo G, Muscatello MRA, Zoccali R. The Relationship Between Alexithymia, Anxiety, Depression, and İnternet Addiction Severity in A Sample of Italian High School Students. *Scientific World Journal*, 2014;20:1-8.
47. Kandri TA, Bonotis KS, Floros GD, Zafiropoulou MM. Alexithymia Components in Excessive İnternet Users: A Multifactorial Analysis. *Psychiatry Research* 2014;220:348-355.
48. Gaetan S, Bréjard V, Bonnet A. Video Games in Adolescence and Emotional Functioning: Emotion Regulation, Emotion İntensity, Emotion Expression, and Alexithymia. *Computers in Human Behavior*, 2016;61:344-349.
49. Özen S, Topcu M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı İle Depresyon, Obsesyon-Kompulsiyon, Dürtüsellik, Aleksitimi Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*, 2017;18:16-24.
50. Koçak R. Aleksitmi Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniv. Eğitim Bilimleri Fak. Dergisi*, 2002; 35:1-2:183-212.
51. Taş İ & Güneş Z. 8-12 Yaş Arası Çocuklarda Bilgisayar Oyun Bağımlılığı, Aleksitimi, Sosyal Anksiyete, Yaş ve Cinsiyetin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2019;22:83-92.
52. Mercan ÇS, Yavuzer H. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımla Bütünleştirilmiş Sosyal Beceri Eğitiminin Ergenlerin Sosyal Kaygı Düzeyine Etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2017;16:1187-1202.
53. Akbulut Y. Çocuk ve Ergenlerde Bilgisayar ve İnternet Kullanımının Gelişimsel Sonuçları, *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013;3(2):53-68.

TOPIC: SOCIAL WORK AND JUVENILE DELINQUENCY

Msc. Ramadhan SHABANI

Abstract

For centuries the phenomenon of children in conflict with the law is a problem that affect the justice systems of different countries in the world. This situation does not spare other important social institutions surrounding human life such as the communities and families from which the offending children are born.

The purpose of this document is to make the community aware of the major role that the social worker practice plays in the field of juvenile delinquency.Until 2016, the world counted a total of 1.1 million children incarcerated under conditions that do not respond to the well-being of children (UNICEF 2016, p. 26).

Indeed, social workers intervene in the prevention of juvenile delinquency at the individual, family and community level. While taking into account the situation of the juvenile implicated by the justice system, the social workers in collaboration with other personnel in charge of the legal case of a child in contact with the existing law intervene during the trial processes, in placement centers (Rehabilitation processes) of the child offenders to ensure that the dignity and the well-being of the child is preserved, in another words the best interest of the child is taken into consideration.

In society, the task of dealing with severe difficult situations that children face is the role of the social worker, who defines the well-being of the child in a more specific and meaningful way. Knowing that the well-being of the child is integral to one of the fields of intervention of the Social work practice in a broader sense (Kadushin 1974, p. 1-2). Social workers operating in the juvenile justice system are involved in social interventions aimed at restoring the personality of juvenile offenders in order to rebuild their future and facilitating their reintegration into families and communities in a more effective way.

Key Words: Child Offenders, Rehabilitation, Child Welfare, Social Work.

Introduction

Until the twenty-first century, the management of children in conflict with the law continues to remain a complex issue, because some countries have not yet practically integrated the juvenile justice system into their internal system of justice; therefore, children accused of crimes punishable by law are held in adult prisons in conditions that are unfavorable to their social welfare. Coyle (2002) finds that the incarceration of a young child has obviously a detrimental impact on his process of development because the climate of the prison is indecent (p.135).

The United Nations have under article 13 referring to the Administration of Juvenile Justice called upon the signatory countries to adopt measures favorable to juveniles in detention by keeping them separately from adult criminals, and above all to prioritize the placement in a family or in an educational institution or home. This type of treatment of children in conflict with the law aims to take care of young offenders in an environment that responds to their situation of children in distress and who need to be re-educated and then rehabilitated into the community. Moreover, any child deprived of their liberty has the same needs as other children in the community, as for care, education and health services, and for cultural and recreational opportunities.

1. Juvenile Offenders Categories

Talking about juvenile delinquency refers directly to the need to get an idea of who really are those children treated by the law as child offenders. In a brief way, this part of the study focuses on the categories of children in conflict with the existing law.

Within the framework of the policy and practice on the delinquency there are two major classes of juvenile delinquents of which respectively the minors who exceeds the criminal

law and those who engage in the acts punishable by the law or “an ordinance designed to regulate their behaviors because of their age or status”(Zastrow 2008, p. 287).

The group of those who violate the criminal statutes is subdivided into two small groups of juvenile delinquents. Those who indulge in acts like murder, forcible rape, robbery, and aggravated assaults. These crimes are called “violent crime” and the second subcategory is composed of delinquents who participate in acts of larceny-theft, burglary, motor vehicle theft, embezzlement, receiving or possessing stolen property, arson, fraud, activity related to drugs, sexual offenses, and no aggravated assault. These crimes are known as “property crime”(Zastrow 2008, p. 287).

The second important group is that of status offense which consists of acts of truancy from home, truancy from school, the non-submission to the parental authority or the tutor, no respect to the curfew. Acts committed in this category are known to be criminal acts if only the perpetrators are those recognized by law to be juvenile (Whitehead and Lab. 2013). Downs, Moore, Mc Fadden, Michaud, and Costin (2004), note that these juveniles are “children in need of supervision, persons in need of services, status offenders, and or wayward minors”(Ibid. p. 412). The commonalities that all these two major categories of children in contact with the law are the risk factors that push them to move to unconventional acts. These factors are often present in the child's social environment, such as the family, the school and the group of friends of the child. The child offenders from all the above categories are generally arrested by the police for various reasons. In most of the cases juvenile delinquents are accused of disorderly conduct, disruptive behavior, fights; and crimes such as property offenses related to theft, robbery in an association and aggravated theft.

Throughout this document, the terms: child offenders, children in conflict with the law, children in contact with the justice system, and delinquent children have been used to signify the same thing.

1. The Role of Social workers in Caring for Delinquent Children

Since youth services, child protection services, human rights, and probation, as well as criminal justice services are areas of social work intervention (Miley et al., 2013). Thus Social workers play an important role in the care of children in conflict with the existing law in prisons and placement centers. In placement centers and prisons, social workers first identify children based on their lived experiences in order to understand their status and then plan a treatment related to the problems faced by the juvenile offenders. Social workers operating within the juvenile justice system are involved in social interventions aimed at restoring the personality of juveniles in contact with the existing law in order to rebuild the future of these child offenders in order to facilitate their reintegration into their families and communities in a way more positive. These measures consider working on behalf of children with respect to what enhances their best interests and are conducive to their reintegration into an environment of socialization (Family, community, and school) in which the child is supposed to benefit from well-being. The well-being of the child is the set of elements that respond to educational, ethics, emotional of society needs, Kadushin (1988). This definition of ‘well-being’ does not exclude children in difficult situations and especially those who have broken the law and who are socially marginalized.

Children’s Rights Knowledge Center (2014), citing the UNHCR (2008), shows that there is no difference between the best interests and the well-being of the children since their rights and well-being are integral part to their childhood and their youth-hood (p. 13).

In considering the measures mentioned above it is automatically clear that they meet the values and purpose of social work practitioners which is none other than those of “to enhance human well-being and help meet the needs of all people, with particular attention to the needs and empowerment of people who are vulnerable, oppressed, and living in poverty” (Miley et al., 2013). In society, the task of intervening in the severe

difficult situations that children face is the task of the social worker, who defines the well-being of the child in a more specific and meaningful way. The well-being of the child is integral to one of the fields of intervention of the Social work practice in a broader sense (Kadushin 1974, p. 1-2).

The importance of social service in the fight against juvenile delinquency is manifested by the establishment of a juvenile justice system that avoids a punitive method that does not provide for the treatment or preparation of the child offender for effective community reintegration. The integration of social services into the juvenile justice system aims to ensure the fair treatment of the most vulnerable members of society, namely children. While creating a climate conducive to the behavioral change of juvenile delinquents, social workers make sure that children in conflict with the law are treated with measures corresponding to their status as children in difficulty. This is fits in the preamble of the Convention on Human Rights, which states that "the child, because of his physical and intellectual maturity, needs special care and protection, including appropriate legal framework, before and after birth" (ONU 1966).

2. Social Work Intervention in Juvenile Delinquency

The intervention of social work generally incites to take the whole in a system that surrounds the person who requires treatment from a social worker. In fact, in the case of the phenomenon of juvenile delinquency, this approach of not being limited only to taking care of the person in need of assistance helps to identify probable elements that are direct and indirect causes of antisocial behavior that displays a delinquent child in society. Generalist social workers view problems in context, combine practice techniques to fit the situation, and implement skills to intervene at multiple system levels (Miley et al., 2013).

3. 1 Microlevel System Interventions

At this level of intervention, social work assistance focuses primarily on the delinquent child. The social worker traces the past of the delinquent child in order to know his background, his personality, his category of belonging, and then He plans the treatment mode and specific solutions to the child offender's problems and needs.

The other stage of intervention at the micro-level is that of collaboration between the social worker and the family, but also if possible with the small groups of belonging of the delinquent child. At this stage, the social worker is in charge of supporting behavioral treatment processes aimed at changing the child's antisocial behavior in the social placement structure (Rehabilitation Center for children in contact with the justice system) and in some cases in the children's prison. Moreover, the intervention also focuses on settling and/or finding solutions to relational problems within the child's family outside the placement center. At the family level, the social worker practices family therapy because this approach is effective in dealing with various issues such as substance abuse, conduct disorder, aggression and delinquency that affect young children. In addition, family therapy for the treatment of conduct-related disorders or antisocial behavior in children has shown positive results (Woolfenden, William, & Peat, 2002; Ronan, & Borduin, 2004 as cited in Nichols, P. M, 2014, p. 284).

In summary, the social work practitioners provide child offenders with education end counseling that meet their ages. First, the offender's care and reinsertion process must be perfect to meet his physical and mental conditions (Whitehead & Lab 2013, p.51).

3. 2 Mezzolevel System Interventions

At Mezzolevel interventions, social workers collaborate with the organizations in charge of care for children in conflict with the existing law. These structures may be dungeons of the police, children's prisons or re-education centers. This last one is specialized in reintegrating delinquent children into the community.

Social worker works with the institutions to uphold the application of respect for the rights of the child. He accompanies other professionals such as the Juvenile

judge, juvenile lawyer, educator, police officers, doctor, nurse, psychologist, and educators in the consideration of the best interests of the child and his well-being during the re-education process, in accordance with Article 40 of the Convention on the Rights of the Child of 20 November 1989 adopted by the United Nations General Assembly that prioritizes the best interests of the child in this term: “Any child in contact with the justice system indisputably entitled to legal assistance and necessarily to a treatment that enhances their dignity within the competent judicial institutions in the field of the Rights of the Child” (CRC, 1989).

3.3 Macrolevel System Interventions

The role of social service at the Macrolevel is to make the communities and societies aware of the growth of the juvenile delinquency phenomenon and its dangers. The social work practitioners target at encouraging positive change in the social environment of the child and in institutions that are in direct contact with the child. At this stage, the social worker plays a crucial role for the future of the child because it is at this phase that the social worker enters into direct contact with the members of the host community of the delinquent child in order to prepare together the child returns in a more legitimate way.

Conclusion

The phenomenon of juvenile delinquency is a major social problem that continues to disturb states, families and the entire society. The only and more complex of the tasks related to this social phenomenon is the management of young delinquents by the state institutions in charge. The authorities of many nations had taken the initiative to root out delinquent children in their country's prisons and to place them in social structures adapted to the care of juveniles in conflict with the law. The main mission of placing delinquent children in social institutions is to treat them in human conditions and re-educate them in order to provide social reintegration. Thus, re-education and community reintegration of child offenders is a direct reflection of the type of staff that can meet the criteria for doing this difficult task.

Child offenders' reintegration practice is a positive policy because delinquent children are separated from adult detainees. Moreover, in rehabilitation structures, juvenile delinquents benefit from different social services related to their ages provided by social-social worker practitioners. The main objective of including social workers in the administration of children in contact with the existing law is to ensure that these socially marginalized young people are cared for in conditions that favor their best interests and the respect of their dignity. In addition, the services provided by social workers involve the whole community in the treatment processes of child offenders. In other words, the child and his social environment are taken into consideration in order to facilitate a positive re-education and successful community reintegration.

Finally, the role of the social worker in combating the phenomenon of juvenile delinquency phenomenon is to raise awareness about the responsibility of governments, civil society, the community, and families since all these social institutions should work together to strengthen the social policies of reintegration of children in conflict with the law and the fight against the probable causes that are behind juvenile delinquency phenomenon in the world.

References

- Children's Rights Knowledge Center. (2014 August). Children's best interests between theory and practice: A discussion of comments encountered tensions and possible solutions based on International best interest practices and policy strategies since 2014. From [www.keki_report_best interest of child.pdf](http://www.keki_report_best_interest_of_child.pdf). Accessed on 29.10.2019.
- Coyle, Andrew. (2002). *Gérer les prisons dans les souci du respect des droits de l'homme*. (3ème. Ed.). Paris: Dalloz.
- Downs, S.W., Moore, E., McFadden, E. J., Michaud, S. M., & Costin, L. B. (2004). *Child Welfare and Family Services: Policies and Practice*. (7th. ed.). Boston : Person

Education, Inc.

Kadushin, A. (1974). *Child Welfare Services*. (2nd. Ed.), NewYork: Mcmillan.

Kadushin, A. (1988). *Child Welfare Services*. (3rd. Ed.), NewYork: Macmillan.

Nichols, M. P. (2014). *The Essentials of Family Therapy*. (6th. Ed.), Boston: Pearson Education, Inc.

Miley, K. K., O'Melia, M.W., & DuBois, B. (20013). *Generalist Social Work Practice: An Empowerment Approach*. (8th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.

O.N.U. (1966). Ensemble des règles minima des Nations Unies concernant L'administration de la Justice pour Mineurs. Suisse: Genève.

The Convention on the Rights of the Child (CRC). (1989). New York, 20 November 1989.Retrievedon28.10.2019.Form

<https://treaties.un.org/doc/Publication/MTDSG/Volume%20I/Chapter%20IV/IV-11.en.pdf>.

UNICEF. (2016). Burundi Humanitarian Situation. Retrieved on 28 October 2019 from https://www.unicef.org/Burundi_Humanitarian_SitRep_31_May_2016.pdf.

Whitehead, John. T., & Lab, S. P. (2013). *Juvenile Justice: An Introduction*. (7th. Ed.). NewYork: Elsevier, Inc.

Woolfenden, S., William, K., and Peat, J. (2002). Family Therapy and parenting Interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Diseases in Childhood*. 86(4): 251-256 Cited in Nichols, M. P. (2014). *The Essentials of Family Therapy*. (6th. Ed.), Boston: Pearson Education, Inc.

Zastrow, Charles. (2008). *Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People*. (9th. Ed.). Belmont: Thomson Brooks/Cole.

YAŞLILARDAKİ İLETİŞİM BOZUKLUKLARININ HAYAT KALİTESİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF COMMUNICATION DISORDERS IN ELDERLY ON QUALITY OF LIFE

Prof. Dr. Selma ELYILDIRIM*

*Ankara Hacı Bayram veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümü

Özet

Son yıllarda artan yaşam kalitesine bağlı olarak bireylerin yaşam süresi uzamış ve buna koşut bir şekilde dünya üzerindeki yaşlı nüfusta artış görülmüştür. Yapılan hesaplamalara göre, günümüzde 600 milyon civarında olan bu popülasyonun önümüzdeki otuz yıl içerisinde 1.5 milyara çıkması beklenmektedir. Bu durum 50'li yaşlardan, özellikle de 65 yaşından sonra ortaya çıkan ve içinde Alzheimer, Parkinson, afazi gibi sağlık sorunlarını da barındıran demans (bunama) oranının da artan yaşlı nüfusuyla birlikte hızla yükselişe geçmesi anlamına gelmektedir. Bu hastalık kişinin fiziksel yetilerinin azalmasının yanı sıra zihinsel ve dilsel yeteneklerinin azalmasına da etki ettiğinden çevresi ile iletişimin bozulmasına sebep olmaktadır. Hastalığın başında yaşamsal etkinlikleri sınırlı bir seviyede etkilenen hastalar demansın ilerlemesi ile birlikte başkalarının gözetiminde yaşamaya ve 7/24 bakım ve özen gösterilmeye ihtiyaç duyar. Bu çalışmada demansın zihinsel etkinlikler üzerine etkisi dil ve iletişim bozuklukları açısından ele alınıp hastalara bakım uygulayan kişilerin ve hasta yakınlarının göz önünde tutması gereken noktalar vurgulanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Dil bozuklukları, demans, Alzheimer, Parkinson hastalığı, afazi

Abstract

Due to the increasing quality of life in recent years, the life expectancy of individuals has prolonged and an increase has been observed in the elderly population in the world. According to calculations, this population, which is around 600 million today, is expected to increase to 1.5 billion in the next thirty years. This means that the rate of dementia, which occurs after the age of 50, especially after the age of 65, and includes health problems such as Alzheimer's, Parkinson's, and aphasia, increases rapidly with the increasing elderly population. This disease causes a disruption of communication as it has an influence on the decrease of the mental and linguistic abilities besides giving way to physical capacities. At the beginning of the disease, the patient whose life activities are affected at a certain level need to live under the supervision of others with the progression of dementia and need 7/24 care. In this study, the effect of dementia on mental activities is discussed in terms of language and communication disorders and the points that should be taken into consideration by the caregivers and patients' relatives are emphasized.

Key words: Language disorders, dementia, Alzheimer disease, Parkinson disease, aphasia

Giriş

Gelişen teknoloji ve iyileştirilen yaşam koşulları sayesinde ortalama insan ömrü uzamış, bu gelişme de beraberinde yaşlı nüfus sayısının artmasına yol açmıştır. Günümüzde 600 milyon civarında olan yaşlı nüfusun 2050 yılında 1,5 milyara ulaşması beklenmektedir (1). Bu da yaşa bağlı psikopatolojik sorunlar ve Alzheimer, Parkinson hastalığı ve afazi gibi demans hastalıklarının artması anlamına gelmektedir. Zaten hali hazırda 35 - 44 milyon arasında olduğu belirtilen Alzheimer hastalarının sayısının önümüzdeki on yıl içerisinde 66 milyona (2), 2050 yılında ise katlanıp artarak 115 - 135 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (2) (1).

Çoğunlukla insanları hayatlarının ikinci yarısında 65 yaşından sonra etkilemeye başlayan demans (bunama) halk sağlığının önemli sorunlarından birini oluşturur. Yaşlı nüfusun yüzde 5 ile 10'luk bir dilimini etkileyen bu hastalık kişileri normal hayat işlevlerini yerine getirmekten alıkoymaktadır. Günümüzde tedavisi olmayan demans kronik, işlevleri kısıtlayan ve ikinci derecede nörodejeneratif bir hastalıktır. Beyinde meydana gelen fiziksel değişiklikler sonucunda ortaya çıkan hastalığın belirtileri arasında dil bozuklukları yer almaktadır (2). Diğer

insanlarla iletişim kurmak amacıyla kullanılan dil kişilerin düşünce, duygu ve fikirlerini ifade etme aracı olup karşılıklı görüş alış verişinde etkin olarak kullanılan bir yetidir. Ancak, demans hastaları hastalıklarının seyrine bağlı olarak bu yetiyi zaman içinde kaybetmektedir.

Yaşlılıkta iletişim değişiklikleri yaşandığı daha önceki çalışmalarda da belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi bakım sigortası ile sağlık hizmeti alan altmış beş yaş ve üzeri 12,000 kişinin yüzde 42'sinde işitme, yüzde 26'sında yazma ve yüzde 7'sinde de telefon kullanmada sorun olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan istatistiksel hesaplamalar sonucunda ise bu sisteme dahil 16 milyon kişinin iletişim değişikliklerine maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu hastaların dağılımı ise bir düzlem üzerinde gösterildiğinde bir uçta iletişim bozukluğu yaşamamaya gayret gösteren iyi durumdaki yaşlılar, orta kısımda kendi başlarına hayatlarını devam ettirmeye çalışan güçsüz ve kaygılı yaşlılar ve diğer uçta sözcükleri söylemede güçlük çeken, afazi ve işitme kaybı yaşayan kişilerin olduğu anlaşılmıştır (3).

Kişilerin yaşı ilerledikçe felç, tümör, yüksek tansiyon vb. nedenlerden ortaya çıkan afazi, demans, Parkinson vb hastalıkların yanı sıra orta yaşlarda görülen MS gibi kronik, ilerleyici nörolojik durumlar ve merkezi sinir sisteminde gelişen çoklu lezyonlar yaşam kalitesini etkileyerek bilişsel ve konuşma bozukluklarına yol açar. Bu da iletişimin bozulması ya da sosyalleşmekten kaçınma gibi durumlarla son bulur. MS'in gözle görülmeyen belirtileri arasında yer alan yorgunluk ve depresyon oldukça sıkıntılı ve sosyal hayatı kesintiye uğratan bir süreç olarak görülür. Aynı yaştaki yaşlılarına göre MS hastaları daha fazla yardıma ihtiyaç duydukları için özgürlük alanları sınırlıdır. Sosyal etkinliklerini azaltarak çoğunlukla evde zaman geçirirler ve sosyal iletişimlerini telefonla sağlarlar (3).

Alzheimer hastalığında sürekli ve ilerleyen bilişsel işlev eksikliğiyle birlikte unutkanlık ve episodik hafızada azalma gözlenir. Yeni şeyleri öğrenme güçleşirken dilbilimsel kusurlar ortaya çıkar. Bunların başında da objeleri ve kişileri adlandırmada yaşanan bozukluklar gelir. Hastalığın başında adlandırmada yaşanan sözcük bulma sorunları ilerleyen safhalarda sesbilgisel ve anlamsal hatırlama zorluklarına dönüşürken kavramsal bilgide de değişiklikler görülür (4), (6). Beynin sol yarımküresinde görülen tümörler, bu bölgeye alınan darbeler ve felç sonucunda gelişen afazide zaman zaman dil yitimi görülebildiği gibi, *dilbilgisel afazi* (Broca afazisi) olarak adlandırılan cümlelerden dilbilgisi sözcüklerini çıkarıp içerik sözcükleri ile oluşturulan mesajlar ya da *akıcı afazi* (Wernicke afazisi) olarak adlandırılan peş peşe sıralan sözcüklerden oluşan hızlı fakat kendi içinde anlamsal bütünlüğü olmayan dil kullanımı görülmektedir (5), (6). Afazi gelişen yaşlılarda, yaşlıları sağlıklı kişilere kıyasla telefon konuşması, okuma, yazma ve iş etkinlikleri bakımından sıklık açısından fark olduğu belirlenmiştir (3).

Yaşlılarda Demansa Bağlı İletişim Bozuklukları

Birçok alanda yaşanan bilişsel bozukluklarla bağlantılı olarak kötüye giden, bozulan beyin işlevlerini anlatmak için kullanılan demansın en çarpıcı özelliği hafıza bozukluğu, özellikle de yeni bilgilerin öğrenilmesindeki sorunlardır. İçinde Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, damarsal (vasküler) demans, fronto temporal demans, afazi, Lewy cisimli demans, anlamsal demans vb gibi hastalıklar yer alır. Bu hastalıklarda görülen dil ve iletişim bozuklukları ise Klimova ve Semradova (1) tarafından aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi özetlenmiştir:

1. Tablo Demansın ana türlerinde anahtar dil bozuklukları

Demans türü	Demansın ilk evrelerinde anahtar dil bozuklukları
Alzheimer hastalığı	nesneler için doğru sözcüğü bulma nesneleri isimlendirmek kelime anlama yüksek ses
Vasküler (Damarsal) demans	nesneler için doğru sözcüğü bulma nesneleri isimlendirmek kelime anlama anlaşılmaz konuşma azalan karmaşıklık
Lewy cisimli demans	hem AD hem de PDD belirtilerini içeren dil bozuklukları
Parkinson hastalığı demansı	boğumsuz konuşma sözel akıcılık kaybı dilbilgisel olmayan cümleler yavaş konuşma yumuşak ses
Fronto temporal demans Progresif akıcı olmayan afazi	yavaş ve tereddütlü konuşma dilbilgisel hatalar karmaşık cümlelerin anlaşılmasının kötüleşmesi nesneler için doğru sözcüğü bulma okuma ve yazma gibi okuryazarlık becerilerinin kaybı
Anlamsal demans	nesneler için doğru sözcüğü bulma nesneleri isimlendirmek kelime anlama kelime eksikliği okuryazarlık becerilerinin yüzeysel kayıbı
Karışık demans	AD, vasküler demans ve DLB, veya her ikisinin birleşimi belirtileri içeren dil bozuklukları

Bilişsel yetilerin kademeli bir şekilde bozulduğu demansın ilk evrelerinde kişiler önce isimler ve objeleri unutar; sözcükleri bulmada zorluk çekerler (anomia), soyut mantık ve dikkatte eksiklik, dili kullanmada zorlanma ve uzama dair bilişsel zorluklar yaşarlar. Hastalık ilerlemeye başladığında hafıza, dil kullanımı, yargı oluşturma yeteneğinde fark edilir bozulma görülür ve günlük yaşam sekteye uğrar. Bu evrede bir yardımcı ya da bakıcıya ihtiyaç duyulmaya başlanır. Son evreye gelindiğinde ise anlamsız seslerin üretimi ya da tamamen sessizliğe gömülme şeklinde dil yitimi, aile üyelerini ve kendini tanıma, halüsinasyonlar görme, tekrar etmeye ek olarak garip davranışlar sergilenir. Bu evrede kişiler tamamen başkalarına bağımlı hale gelip 7/24 bakıma muhtaç hale gelirler (3).

İletişim Bozukluklarında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Yaşlı kişilerde görülen dil bozuklukları bir sağlık sorunu olan demansla birlikte daha derin bir boyuta ulaşmakta, bu da kişilerin hayat kalitesini etkilemektedir. Hastalığın ilerleyen evrelerinde genellikle yakınlarının veya uzman kişilerin bakımına ihtiyaç duyan bu kişilerle iletişimde göz önünde tutulması gereken bazı hususlar bulunmaktadır. Dikkat, anlama ve iletişimi artırmaya yönelik stratejiler sunan bu hususlar demans hastalarına daha iyi bir bakım

sağlanmasını kolaylaştırır. Sağlık çalışanları, demanslı hastaların bakımı ile ilgilenen kişi ve aile üyelerinin bu konuda eğitimi oldukça önemlidir.

Bu bağlamda, Alzheimer Derneği Sugden-Best'in önerileri dikkate değerdir. Bu önerilerde, öncelikle bu kişilere önden yaklaşılması gerektiği vurgulanıp konuşurken kişiye bakılmasının öneminin altı çizilir. Konuşmaya başlamadan önce dokunarak ya da kişinin ismini kullanarak bir işaret verilmesi istenir. İletişim kurulan çevrenin sakin ve rahatsız edici herhangi bir şey içermeyen bir ortam olmasına özen gösterilmesinin üzerinde durulur. Basit dil ve yavaş konuşmanın önemi belirtilip kısa cümleler oluşturulması istenir. Demanslı kişiyle bir yetişkin gibi konuşulması ve kişinin bulunduğu ortamda o yokmuş gibi konuşulmaması konusunda uyarıda bulunulur. Demanslı kişiye sunulan bilginin işlenmesi ve cevaplanması için zaman verilmesi gerektiği belirtilir. Bu kişilerin düşüncelerini tamamlayıp cümlelerini oluştururken kullanacakları sözcükleri seçmesine izin verilmesi söylenir. Söylemek istedikleri şeyleri tahmin etmeye çalışmamak gerektiğine değinilir. Kişinin ifade etmek istediği sözcüğün yazılması, resimlerle gösterilmesi konusunda teşvik edilmesinin yanında "İhtiyaç duyduğum", "İstedğim" gibi ifadeleri gösterilen bir resme uygun olarak doldurmaları istenebilir. Uygun yüz ifadelerinin oluşturulması yoluyla iletişim kurulması konusuna dikkat çekilir.

Bu arada yapılmaması gereken şeyler için de kısa bir liste sunulur. Bunlar arasında hata yaptıklarında düzeltilmemeleri, cevap vermeleri konusunda stres oluşturulmaması, çatışma ve zıtlasma oluşturulmaması yer alır. Demanslı bireyin iletişimde kendini rahat hissettiği yazma, el kol hareketlerinin kullanımı gibi her kanalın açık tutulmasının öneminden bahsedilir. Kişinin konsantrasyonunu artırmak için dokunma, farklı bir iletişim yolunun seçilmesi, kendini güvende hissetmesinin sağlanması gibi yöntemler kullanılabileceği eklenir (2).

Sonuç

Bu çalışmada ilerleyen yaşla ortaya çıkan demans sonucu gelişen bilişsel bozukluklar ve bu bozukluklar nedeniyle yaşanan iletişim sorunları ele alınmıştır. Özellikle, demansın en yaygın şekli olan Alzheimer, MS, afazi, Parkinson hastalıklarında zamanla kişi tamamen kendisine bakan kişilere bağımlı hale geldiği için bu tür hastalarla iletişimde göz önünde tutulması gereken noktalara dikkat çekilerek yapılması gereken şeylerin yanı sıra yapılmaması gereken ve hata olarak değerlendirilen davranışlar belirtilmiştir.

Kaynaklar

- 1) Klimova, B. & Semradova, I. (2016). Cognitive Decline in Dementia with Special focus on Language Impairments. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences (EpSBS): CPSYC 2016: 4th International Congress on Clinical and Counselling Psychology*. Future Academy, ss. 86- 90.
- 2) Banovic, S., Zunic, L. J. & Sinanovic, O. (2018). Communication Difficulties as a Result of Dementia. *Parental Occupational Exposures and Risk of Childhood Acute Leukemia*, ss. 221-224. DOI: 19.5455/msm.2018.20.221-224
- 3) Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S. & Baylor, C. R. (2010). Communication and Aging, *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 21(2), ss. 309-319. Doi:10.1016/j.pmr.2009.12.011
- 4) Salehi, M., Reisi, M. & Ghasisin, L. (2017). Lexical Retrieval or Semantic Knowledge? Which One Causes Naming Errors in Patients with Mild and Moderate Alzheimer's Disease? *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 7, ss. 419-429. Doi: 10.1159/000484137.
- 5) Aitchinson, J. (1992). *Linguistics*. Teach Yourself Books.
- 6) Kempler, D. & Goral, M. (2008). Language and Dementia: Neuropsychological Aspects, *Annual Review of Applied Linguistics*, 28, ss. 73-90. Doi:10.1017/S0267190508080045.

YAŞLILIK VE YABANCILAŞMA

AGING AND ALIENATION

Prof. Dr. Nurten GÖKALP *

*Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölüm

Özet

Yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ileriki döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olarak tanımlanan yaşlılıkta insanın biyolojik psikolojik ve sosyal değişimler ortaya çıkmaktadır. Bu değişimlere bağlı olarak bilişsel, duygusal ve kişilik değişimleri de bu dönemin özelliklerindendir. Yaşlılıkta önemli bir olgu olan yabancılaşma özgün anlamında bir şeyi ya da kimseyi başka bir şeyden ya da kimseden uzaklaştıran, başka bir şeye ya da kimseye yabancı hâle getiren eylem ya da gelişme olarak tanımlanabilir. Felsefede yabancılaşma, şeylerin, nesnelerin bilinç için yabancı, uzak ve ilgisiz görünmesi, daha önceden ilgi duyulan şeylere, dostluk ilişkisi içinde bulunulan insanlara karşı kayıtsız kalma, ilgi duymama, hatta bıkkınlık ya da tiksinti duyma anlamına gelir. Yabancılaşma daha özel olarak ve bene yabancılaşma anlamında, benin kendi özünden uzaklaşmasıyla, kendisine ve eylemlerine bir nesneye bakarcasına yaklaşmasıyla belirlenen bilinç hâline karşılık gelir. Modern dönemlerin önemli bir problemi olan yabancılaşmanın üç türünden bahsedilmektedir. Bunlar insanın kendine yabancılaşması, başkalarına yabancılaşması ve dünyaya yabancılaşmasıdır. Bu üç tip yabancılaşma da birbiri ile bağlantılıdır. Yaşlılık sürecinde yabancılaşmanın bu üç biçimi de kendini gösterebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, yabancılaşma, felsefe, empati, suç

Abstract

Aging as an extension of adulthood has biological psychological and social changes, Depending on these changes, cognitive, emotional and personality changes are also characteristic of this period. Alienation, which is an important phenomenon in the aging, can be defined as an action or development that, in its original sense, removes one person or another from another or from another and makes it alien to another or to anyone. In philosophy, alienation means that things, objects appear alien, distant and unrelated to consciousness, being indifferent to things that were previously of interest, to people with friendship not being interested, or even feeling boredom or disgust. Alienation refers to the state of consciousness, which is more specifically and in the sense of alienation to me, defined by the self moving away from its essence, approaching itself and its actions as if looking at an object. Three types of alienation, which is an important problem of modern times, are mentioned. These are alienation of oneself, alienation from others and alienation from the world. These three types of alienation are also linked. All three forms of alienation can manifest themselves in the aging process.

Key words: aging, alienation, philosophy, empathy, crime

Giriş

Döllenme ile başlayan ve yaşam boyu devam eden bir süreç olan yaşlanmanın ortaya çıkardığı bir dönem olan yaşlılık yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ileriki döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık döneminde insanda biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler ortaya çıkmaktadır. Bedendeki işlevlerin ve yapıların değişmesine paralel olarak bilişsel, duygusal ve kişilikle ilgili değişimler bu dönemin özelliklerindendir. İnsanın iki boyutundaki bu değişimlerin toplumsal yaşantıya yansması ile şekillenen sosyal değişimler de bu dönemdedir.

Aslında doğal bir süreç olan yaşlanma insanın yaş alması ile gerçekleşmektedir. Organizmasının ve organlarının işlevlerinin zamanla bozulması ve yetersiz kalması insanın biyolojik olarak yaşlanmasıdır. Biyolojik yaşlanmaya bağlı olarak insanın duyumlamasında algılamasında ve zihinsel işlevlerinde de değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kişinin uyum ve basetme mekanizmaları ile ruhsal durumlarında farklılıklar oluşmaktadır. İnsanın biyolojik ve psikolojik yaşlanmasının sosyal yansımalarının olması yaşlılığın farklı boyutlarının dikkate alınarak değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Yaşlılıkta önemli bir olgu olan yabancılaşma bu bağlamda ele alınması farklı boyutlarıyla tahlil edilmesi gereken bir konudur. Yabancılaşma, özgün anlamında bir şeyi ya da kimseyi başka bir şeyden ya da kimseden uzaklaştıran, başka bir şeye ya da kimseye yabancı hâle getiren eylem ya da gelişme olarak tanımlanabilir. Daha özel olarak psikiyatride, normalden sapmaya; çağdaş psikoloji ve sosyolojide kişinin kendisine, içinde yaşadığı topluma, doğaya ve başka insanlara karşı duyduğu yabancılık hissine işaret etmektedir.

Felsefede yabancılaşma, şeylerin, nesnelerin bilinç için yabancı, uzak ve ilgisiz görünmesi, daha önceden ilgi duyulan şeylere, dostluk ilişkisi içinde bulunulan insanlara karşı kayıtsız kalma, ilgi duymama, hatta bıkkınlık ya da tiksinti duyma anlamına gelir. Yabancılaşma, kontrol altına alınamayan içgüdüler, tutkular ve yerleşik alışkanlıklar nedeniyle, insanın kendisine, kendi gerçek özüne yabancı hâle gelmesi durumunu, insana özgü özellikleri, İnsani ilişki ve eylemleri, insandan bağımsız olan ve insanın yaşamını yöneten şeylerin, cansız nesnelerin özellikleri, ilişkileri ve eylemlerine dönüştürme hareketi ya da sürecini tanımlar.

Yabancılaşma daha özel olarak ve bene yabancılaşma anlamında, benin kendi özünden uzaklaşmasıyla, kendisine ve eylemlerine nesnel bir biçimde sanki bir ustanın elinden çıkmış bir nesneye bakarcasına yaklaşmasıyla belirlenen bilinç hâline karşılık gelir. Buna göre, yabancılaşma, kişinin kendi beniyile ya da zihin hâlleriyile, kendisi arasında duygusal bakımdan mesafe bırakması durumunu, kişinin gerçek beniyile olan içsel temasını yitirdiğini anlamasının sonucu olan kendinden kopması hâlini ifade eder.

Modern dönemlerin önemli bir problemi olan yabancılaşmanın üç türünden bahsedilmektedir. Bunlar insanın kendine yabancılaşması, başkalarına yabancılaşması ve dünyaya yabancılaşmasıdır. Bu üç tip yabancılaşma da birbiri ile bağlantılıdır. Yaşlılık sürecinde yabancılaşmanın bu üç biçimi de kendini gösterebilmektedir. Yabancılaşmanın birinci türü olan insanın kendine yabancılaşması süreci öncelikle yaşla birlikte bedene ortaya çıkan biyolojik yetersizlikler ve değişimlerle bağlantılıdır. Yaşlılık döneminde, derinin incilmesi ve esnekliğini yitirmesi, boyun kısalması, kas kuvvetinin azalması, kemiklerde kalsiyum kaybına bağlı olarak kemik yoğunluğunun azalması, görme ve işitmede problemler gibi genellikle de kronolojik yaşa bağlı olarak ortaya çıkan çok sayıda fizyolojik değişim gözlenmektedir. Yaşlılıkta görülen bu tür fizyolojik değişikliklere “fizyolojik yaşlılık” veya “biyolojik yaşlılık” da denmektedir.

Biyolojik ya da fizyolojik yaşlılıkla birlikte insan, daha önceki dönemlerde fazla farkına varmadığı bir düşünce ile yani bedeniyle zihninin birbirlerinden farklılaşmaya başladığı düşüncesiyle yüzleşmeye başlamaktadır. Bedenin gücünün azalması ile evvelce daha kolay yapılan bedensel eylemlerin kişi için zorlaşması ve bunun idraki neticesi zihin beden hakkında düşünmeye başlamaktadır. Kişinin kendi bedeni ile ruhunun birbirinden ayrı iki farklı boyut olduğu düşüncesi felsefi anlamda yalnızca bireysel bir düşünce olarak değil bir zihniyete bağlı olarak türetilmiş bir düşünce olarak değerlendirilebilir. Felsefede ruh ile bedenin ontolojik olarak farklı olduğuna yönelik düşüncenin kaynağı Grek düşüncesindeki insan anlayışına dayanmaktadır.

Bu konudaki öncü filozoflardan Platon, ayırıcı özelliği düşünebilmek olan, ölümsüz olan ruh ile ölümlü olan bedenden oluşan bir insan doktrini oluşturmuştur. O, ölümlü olan beden ile ölümsüz olan ruhun zorunlu beraberliğine dikkat çekmekte ve insanı bu iki kısım arasındaki mücadelede anlamlandırmaktadır. Ruh insanın en değerli parçasıdır. Ancak beden ile ilişkisi de inkâr edilemez. Bu ilişki de esas belirleyici olan ruh idealara daha yakın olandır. Platon’a göre insanda her şey ruha, ruhun kendisi de akla bağlıdır. Bunsuz ruhun iyi olmasına olanak yoktur. (1) Ruh ile beden ilişkisinde ruha komutanlık ve efendilik, bedene ise kölelik ve boyun eğme verilmiştir. (2) Ruhun en önemli özelliği olan akla bu kadar önem verilmesine bağlı olarak akli olan ile akli olmayan birbirinden ayırt edilmiş, önce insanın akli olan ile olmayan yönleri ayrılmış sonra düşüncenin tamamına yayılmıştır. Akli olmayan özellikler uzaklaşması gereken nitelikler olarak görülmeye başlamıştır. Bu niteliklerin kontrolsüzlüğüne dikkat

çekilerek akıl bir kontrol aracı olarak hayata hâkim tek unsur olarak belirlenmiştir. Aklını kullanmak ve yaşamı akla uygun biçimlendirmek temel bir amaç olarak konulmuştur.

Grek felsefesinde Platon’la başlayan bu parçalanma, Modern felsefede Descartes’de ruh ile bedenın keskin bir ayırımı tabii tutulmasıyla devam etmiştir. Ruh ve bedeni ontolojik olarak ayıran Descartes’in birbirinden farklı ancak aralarında bir çalışma ilişkisi olduğuna inandığı ruh ile bedenin birlikteliğini ikisinin bütünleşmesi olarak değil de iki ayrı şeyin bir arada çalışması ve birbirini etkilemesi olarak anlamıştır. O, bu tutumu ile yani insanı iki ayrı ve birbiri ile uyumsuz unsura ayırıp ve bir bütün olarak anlaşılmasını engelleyerek insanın parçalanmasına en büyük katkıyı sağlayan düşünür olmaktadır. Descartes’den sonra insanın bütünlüğü kaybolmuş, insanın ruhu ve bedeni birbirine yabancılaşmıştır. Bu durum biyolojik yaşlılıkla ilgili yabancılaşmanın yani insanın zihni ve bedeninin yabancılaşmasının Batı zihniyetiyle ilişkilendirilmiş düşünsel temeli olarak anlaşılabilir.

Yaşlılıktaki bu ontolojik ve psikolojik yabancılaşma sosyolojik bir yabancılaşmayı da beraberinde getirmektedir. İnsanın fizyolojik çevreden sosyal çevreye hatta doğaya yabancılaşmasına kaynaklık etmektedir. İnsan yaşadığı toplumdaki diğer insanlardan, toplumun ürettiği değerlerden hem bedensel olarak hem de düşünsel olarak uzaklaşmakta toplumda kendini yalıtılmış ve sınırlı bir çevrede bulmaktadır. Modern yaşam koşullarının da pekiştirdiği bu durum tarihsel zihniyet olarak Rönesans ve Aydınlanma hareketine dayalı olarak açıklanabilir. Bu dönemlerde akla ve insanın rasyonelliğine duyulan inanç ile bilginin ve toplumun, insan doğasına ve hümanizmin değerlerine göre düzenlenmesi gerektiği savunulmuştur. Tamamen bireysel bir doğaya sahip kabul edilen insan, doğadan ve toplumdan ayrı bağımsız bir varlık olarak kabul edilir. Bu insan kendi de dâhil olmak üzere her şeye yabancıdır. Kendinden, toplumdan ayrı ve farklı, kendisine, değerlere ve topluma yabancı bir bireydir. Bu yabancılaşmanın doğal sonucu olarak da kendinden başka birinin varlığını kabul etmekte zorlanan, kendi dışındakileri ötekileştiren ben merkezli bir insan modeli oluşmuş ve pekiştirilmiştir.

Bu özelliklere sahip insan hem kendisi ile hem de diğer insanlarla iletişimini sınırlamakta ve ben-merkezci bir yaklaşım sergilemektedir. Zihinsel ben-merkezcilik denilen ve yaşanan toplumdan sosyalleşme yoluyla kazanılan bu zihniyette alınan bilginin yorumlanması önceden saptanmış görüşler ve algısal kalıplarla yapılmaktadır. Olaylar ve insanlar bu algısal kalıplara göre sınıflandırılmakta, önyargılar oluşturulmaktadır. İnsan iradesini kullanmaktan uzaklaşmakta özüne yabancılaşmaktadır. Diğer yandan bencil ve benmerkezci bir ruh haline sahip olmaktadırlar. Olayları karşısındakinin bakış açısı ile değil, kendi ben merkezli bakış açısı ile algıladığından empati de kuramamaktadır (3). Modern toplumlarda her yaştaki bireyin karşı karşıya kaldığı bu durum yaşlılıktaki yalnızlaşma sonucu yaşlı ile çevresindekilerin iletişiminde sorun yaratmaktadır.

Psikolojide empati bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması olarak tanımlanmaktadır. Buna göre empatinin hem bilişsel hem de duygusal boyutu vardır. İnsan hem kendisini hem de çevresini kendine özgü bir biçimde algılamaktadır. Karşımızdaki insanı anlamak onun rolüne girmek, dünyaya ve olaylara onun gözünden bakmaktır. Empati kurmak karşımızdaki insanın düşüncelerini anlamamızın yanında, onun ne hissettiğini de anlamamızı gerektirir. Buna da duygusal rol alma denmektedir (4).

Yaşlılık döneminde kişinin yalnızlaşıp yabancılaşmasına paralel olarak insanlarla iletişim ve empati süreci de farklılaşmaktadır. Bu dönemde empatide amaç olan empatik anlayışın karşıdaki kişiye iletilmesi zorlaşmaktadır. Yani empatik anlayış azaldıkça iletişim azalıp yalnızlaşma ve yabancılaşma artmakta, yabancılaşma arttıkça empatik anlayış da azalmaktadır. Bu durum karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Empati eksikliği ve yabancılaşma sadece yaşlının çevreye yabancılaşması olarak değil çevrenin yaşlıya yabancılaşması anlamında da alınmalıdır. Bu durum yaşlının suç eğiliminin artmasını artırıcı

bir faktör olabilir mi? Soru ilk bakışta komik bir soru gibi algılsa da biraz dikkatli değerlendirildiğinde iyi irdelenmesi gereken bir duruma işaret etmektedir. Örneğin intihar bir suç ise yaşlılıkta intiharların son yıllarda sayıca arttığı tespit edilmiştir. 65 yaş üzeri grupta intihar oranı (TÜİK, 2015a): - 2000 yılında % 7.83 iken, - 2007 yılında %9,5'e ulaşmıştır, - 2010'da %11'e, - 2015'te ise %11,7'ye ulaşmıştır (5). Bu tespitin farklı sebepleri olmakla birlikte yaşlılıktaki yalnızlaşma ve yabancılaşmanın önemli bir faktör olduğu da belirtilebilir.

Öte yandan yaşlılıktaki suç olgusunun farklı bir boyutu da bir gazete haberinde karşımıza çıkmaktadır. Bu habere göre Japonya'da yaşlılar maddi yetersizlik ve yalnızlık nedeniyle cezaevine girebilmek için basit suçlar işlemektedir. Ülkede son 20 yılda hapse giren yaşlı sayısı dört kat yükselmiştir. İstatistikler son 20 yılda hapse giren yaşlıların sayısının dört kat arttığını ve cezaevine giren yaşlıların tahliye olduktan sonra 24 ay içerisinde tekrar suç işlediğini göstermektedir (6). Görülüyor ki her ne kadar yaşlılık ve suç yan yana getiremediğimiz iki farklı şey gibi algılanıyorsa da farklı biçimlerde de olsa suç bütün insanlarda olduğu yaşlılarda da incelenmesi gereken bir olgudur. Yaşlılık suç ilişkisinde de yabancılaşma ve yalnızlaşma etkisi göz ardı edilmeyecek faktörlerdir.

Kaynaklar

1. Platon, Menon, Çev. A. Cemgil, Diyaloglar, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1988:89a
2. Platon, Phaidon, Çev. S.K. Yetkin, H.R. Atademir, MEB, İstanbul, 1980:52
3. Dökmen Üstün, Küçük Şeyler, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 2005:42-43
4. Dökmen Üstün, İletişim Çatışmaları ve Empati, Sistem Yayıncılık, İstanbul 2000:135-137
5. Güler, 2017: s.186) Güler Zuhal, "Yaşlılık ve İntihar" Sosyoloji Konferansları No: 55 (2017-1)
6. ntv.com.tr. 23.03.2018

MOBBİNG VE SOSYAL DIŞLANMA
MOBBING AND SOCIAL EXCLUSION
Dr. Öğretim Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Giriş

Günümüzde şiddet olgusunun çeşitli biçimleri ile sıklıkla karşılaşmakta ve gerek bireysel, gerekse toplumsal boyutta şiddetin etkilerine maruz kalınmaktadır. İnsanlık tarihi kadar eski bir olgu olan şiddet, bireysel ve toplumsal unsurları içeren oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir (1). Teknolojik gelişmelerin her alanda yaygınlaşması özellikle kitle iletişim araçlarının etkisi, kentleşme, endüstrileşme, iç ve dış göçler, hızlı nüfus artışı gibi faktörler hem makro düzeyde toplumsal sistemleri etkileyerek kurumların yapısında ve fonksiyonlarında hem de mikro düzeyde bireyler arasında değişimler meydana getirmiştir. Bu değişimler her alanda olumlu sonuçlar getirmemiş, bazı sosyal problemlerin ortaya çıkmasına ve daha önce var olan sosyal problemlerin de daha da büyük boyutlara ulaşmasına sebep olmuştur. Bu sosyal problemler arasında hızlı sosyal değişmeye paralel olarak şiddetin görülüş sıklığı ve çeşidi artmış, toplumda gruplar ve kurumlar arasında var olan organizasyonu bozmuş ve gruplar arası dayanışma bağıni koparmıştır (2). Bu bağlamda, toplumun genel yapısının küçük birer temsilcisi olan işyerlerinde de şiddet olayları çeşitli biçimlerde yaşanmaktadır.

Özen'in (3) bildirdiğine göre, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Çalışma İstatistikleri Bürosu'nun, ölümcül mesleki yaralanma raporuna göre, 2001'de işyeri şiddeti sonucu toplam 8786 ağır yaralanma olayı görülmüş ve 639 işyeri cinayeti işlenmiştir. *"İş ile ilgili durumlarda, çalışanların güvenliklerine, huzur ve sağlıklarına açık ya da üstü kapalı meydan okuyan suiistimal, tehdit ve saldırı olayları"* (4) olarak tanımlanan işyeri şiddetinin hem fiziksel hem de psikolojik boyutu vardır. Mobbing olgusu; işyeri şiddetinin psikolojik şiddet boyutunda ele alınan bir kavramdır ve çalışma hayatının önemli sorunlarından biridir.

Türkçede, duygusal taciz, psiko-terör, psiko-şiddet, yıldırma, psikolojik taciz, duygusal saldırı, zorbalık, işyerinde psikolojik yıldırma, psikolojik şiddet, psikolojik baskı olarak da geçen "mobbing" kelimesini ilk olarak 1960'lı yıllarda; hayvan davranışlarını inceleyen Avusturyalı bilim adamı Konrad Lorenz, hayvanların davranışlarını tanımlamak için kullanmıştır. Daha sonraları İsveçli Sosyolog Peter-Paul Heinemann tarafından 1970'li yıllarda çocukların "küçük bir grubun tek bir çocuğa karşı olan çok yıkıcı davranışlarını" ifade etmek amacı ile kullanılan kavram 1980'li yıllarda ise, benzer davranışları çalışanlar arasında gözlemleyen Heinz Leymann, Mobbing terimini işyerinde yetişkinler arasındaki grup şiddetini tanımlamak için kullanmıştır (5,6).

Dr.Heinz Leymann (7, s5) mobbingi;

"Bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak, düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik terördür" olarak tanımlamıştır. Tınaz'ın bildirdiğine göre Leymann, mobbing'e maruz kalanlarla ilgili de çok sade ve sezgiye dayalı bir betimleme yapmış ve mağdurlar için *"Kurban, kendisinin kurban olduğunu hissedendir"* ifadesini kullanmıştır (8).

İşyerlerinde düşmanca tutumların sergilendiği bu süreci tanımlamada kullanılan sözcük, Batı yazınında ülkeden ülkeye göre değişmektedir. Örneğin İngiltere ve Avustralya'da bu olgu için "bullying" terimi tercih edilmiştir. Avrupa ve ABD'de benzer davranışları tanımlarken okul örgütlerinde "bullying", işyerlerindeki davranışlar için "mobbing" kullanılmıştır. Terminolojideki karışıklığın giderilmesi için Leymann, "bullying" terimini okul örgütleri için, "mobbing" terimini de işyerleri için önermektedir (8). Bu olguya yönelik batı yazınında terminoloji sorunu, Türkçe yazın için de geçerli olup; konu ile ilgili olan uzmanlar, "yıldırma" (9) ve "bezdiri" (10) kelimelerini önermektedirler.

ABD’de işyerlerindeki yıldırma eylemlerine karşı internet üzerinde 1998 Ocak ayında başlatılan bir kampanya kapsamında yapılan araştırma sonuçlarına göre, iş yerlerinde en çok uygulanan on yıldırma davranışı aşağıdaki gibi saptanmıştır (11).

- 1-Yapılan yanlışlıklardan sorumlu tutulma,
- 2- Mantıksız görevler verilmesi,
- 3-Yeteneğin eleştirilmesi,
- 4-Birbiriyle çelişkili kurallara itaat ettirilme,
- 5-Görevin kaybettirileceğine ilişkin tehditler,
- 6-Küçük düşürülme ve hakarete uğrama,
- 7-Başarının olduğundan az gösterilmesi,
- 8-İşten çıkarılma (ayağın kaydırılması)
- 9- Bağırılması,
- 10- Şerefın lekelenmesi.

Dr. Heinz LEYMANN’ın çalışmasında, 45 ayrı mobbing davranışı tanımlanmıştır. Bunları beş ana başlık altında toplamak mümkündür : (5)

1. Çalışanın kendini göstermesi ve iletişimi engellenir
2. Kişinin sosyal ilişkilerine saldırılır
3. Kişinin itibarına saldırılır
4. Kişinin mesleki konumuna saldırılır
5. Kişinin sağlığı tehdit edilir.

Davenport ve diğerlerinin (6) belirttiğine göre Leymann yıldırma davranışlarının anlaşmazlık ile başladığını, saldırgan davranışlarla devam ettiğini, yönetimin katılımı ile yanlış yakıştırma ve damgalanmanın gerçekleştiğini son olarak da çalışanın işine son verme eyleminin gerçekleştiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda, yıldırma davranışının işyerinde yaşanan kişilerarası çatışmalardan ya da günlük yaşamın sıradan olumsuz etkileşimlerinden farklı olduğu bilinmelidir. Yıldırma davranışlarını uygulayan kişinin esas amacı, sinsice yönelttiği düşmanca davranışlarla işyerinde kendisi için bir engel ya da rakip olarak gördüğü bir çalışanın işyerinden ayrılmasını sağlamaktır. Bu, kimi zaman işveren veya işveren vekili için kıdem tazminatı ve diğer sosyal haklarını ödemededen bir çalışandan kurtulmak; kimi zaman da aynı statü için rekabet edilen güçlü bir rakibi saf dışı bırakmak için yapabilir. Bu bakımdan yıldırma (12);

- Yavaş yavaş gelişen ve etkileri her aşamada yoğunlaşan bir süreçtir.
- Tekrarlanan, uzun süre varlığını ve etkisini sürdüren olumsuz

davranışlardan oluşur.

- Taraflar arasındaki eşitsiz güç ilişkisine dayanır.
- Dolaylı ya da dolaysız duygusal saldırılardan oluşur.
- Çalışanın kendini çaresiz ve savunmasız bir durumda algılamasına, depresyon ve psikosomatik şikâyetlerle, hem ruhsal sağlığının bozulmasına, hem de işini kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalmasına neden olur.

Yukarıda da belirtildiği gibi yıldırmanın belirleyici özellikleri arasında; kasıtlı olarak yapılması, sistematik olarak tekrarlanması ve uzun süre devam etmesi yer almaktadır. Bir davranışın yıldırma sayılabilmesi için en kısa yıldırma süresinin en az 6-10 ay olduğu saptanmıştır. Yıldırma sürecinde mağduru en fazla etkileyen yıldırmanın sıklığı, tekrarı ve süresidir (8).

Mobbing davranışı dikey veya yatay olarak gerçekleşmektedir. Dikey veya hiyerarşik mobbing’de üstler astlarına veya astlar üstlerine psikolojik şiddet uygular iken, yatay veya fonksiyonel mobbing’de kurmay fonksiyonel ilişkilerin olduğu durumlarda meydana gelmektedir. Dikey mobbing, genellikle sosyal imajın tehdit edilmesi, yaş farkı, kayırma ve politik nedenlerden dolayı gerçekleşmektedir. Yatay mobbing ise, aynı düzeyde çalışanların birbirlerine kıskançlık, yarışma ve çekemezlilik gibi sebeplerden dolayı mobbing uygulamasıdır. Aynı düzeyde çalışan kişiler kendi pozisyonlarını garantiye alma amaçlı, diğer çalışma arkadaşları üzerinde psikolojik baskı kurmaktadır (13). Yıldırma davranışı kurumda birçok nedenden dolayı ortaya çıkabilir. Bu nedenler kısaca şöyle özetlenebilir:

Yıldırma davranışını uygulayan kişinin (zorba) bir takım özellikleri bu davranışın oluşum ve gelişim aşamalarında rol oynar. Kıskançlık, kötü kişilikli insanlar, aşırı ırkçılık, aşırı dini taassup, dini karışıklığı, cinsiyet ayrımcılığı, bölgecilik, hemşericilik, kabilecilik, önyargılı kişilik, itaate zorlamak, işine aşırı bağlılık, donanımlı personele saldırı, gözcü bir güzellik veya yakışıklılık, kurbanın sevilmeden insana benzetilmesi, kişinin beğenmediği bir huyunu başkasında görmesi, abartılı ahlak savunuculuğu, kişilik bozuklukları (paranoid, obsesif, narsistik ve antisosyal kişilik bozukluğu), bilmeden mobbing yapabilir, dil veya aksan farklılığı, yaş farklılığı, sonradan bozulan ilişkiler (8,11,14).

Organizasyon kültüründen kaynaklanan nedenler de yıldırma davranışına neden olabilmektedir. Yönetimsel zayıflık, aşırı rekabetçi ortam, yoğun işyeri stresi, işyerindeki küçülme ve yeniden yapılanma faaliyetleri, yıldırmanın örgüt içi disiplini sağlanmasında araç olarak kullanılması, ekonomik kriz, kurumsallaşmamış kurumlar, kurumdaki radikal değişiklikler, duygusal zekâdan yoksunluk, emekliliğe zorlama yolu, kötü yönetim, hiyerarşik yapının fazlalığı, iletişim kanallarının zayıflığı yıldırma davranışının ortaya çıkmasında etkilidir (8,11,14). Ayrıca mağduru yalnız, diğerlerinden farklı, başarılı ve yeni gelen kişi olması, yüksek duygusal zekaya, parlak bir akademik kariyere sahip olması ve haksızlıklara boyun eğmemesi yıldırma davranışı için hazırlayıcı faktörler olarak ele alınmaktadır (8,11,14).

Leymann mobbing sürecinde beş aşama ve beş farklı boyut belirlemiştir. Mobbing süreçlerinde genelde aşamalar aşağıdaki gibi gelişmektedir (15):

1.Kritik olaylar: Genelde tetikleyici unsur bir çatışmadır. Ancak çatışmayı mobbinge çeviren unsurun ne olduğu araştırmalarca kesin olarak belirlenememiştir.

2.Saldırgan eylemler: Tek başlarına ya da bir kereye mahsus yapılmış olan olumsuz hareketler her zaman mobbing anlamına gelmeyebilir. Ancak bu psikolojik saldırılar sık ve düzenli hale geldiği zaman ve bir kişiyi psikolojik anlamda ele geçirmeye ve yıldırmaya yönelik olduğu zaman mobbing aktif olarak başlamış demektir.

3.Yönetimin devreye girmesi: Daha önceki aşamalarda konuya dahil olmayan yönetim bu aşamada devreye girer. Ancak kişiyi yönetimin de yanlış algılaması çok muhtemel ve kolaydır. Genelde yönetim zorbalığın tarafında olur ve konuyu negatif yönden ele alır. Bu da çözümü daha da zorlaştırır.

4.Dışlama, Damgalama: Bu aşamada mobbinge maruz kalan kişi profesyonel yardım almaya başlar. Bu aşama aynı zamanda hastalık izinlerinin ve ilaç kullanımının da başladığı aşamadır. Örgüt içinde bu duyulduğu zaman kişi hakkında ‘zor insan’, ‘paranoyak kişilik’ veya ‘akıl hastası’ gibi tanımlamalar fıslanmaya başlanır. Bu süreç çok büyük çoğunlukla istifa ya da işten çıkarılma ile sonuçlanır.

5.İşine son verilme: İşyerinden uzaklaştırıldıktan sonra kişiye inanılmaması, başka bir deyişle, kişinin iş yaşamından uzaklaşmasına neden olan olayları önlemekle ilgili herhangi bir çaba gösterilmemesi sonucunda, kişinin yaşadığı duygusal gerilim ve onu izleyen psikosomatik hastalıklar devam eder, hatta yoğunlaşır.

Mobbing sonucunda sadece o kişi değil, onun çevresi, ailesi, kurum ve hatta sosyal yaşam zarar görür.

Mobbing; kurban seçilmiş birey üzerinde, çalışanlar arası ilişkilerde, örgütlerde ve örgütün yer aldığı tüm çevrelerde önemli ve çoğu kez uzun dönemli zararlara neden olmaktadır. İşyeri terörünün doğrudan maliyeti, çalışanların katlanmak zorunda oldukları iş kaybı ve güvenlik boyutu ile birlikte, ruhsal ve fiziksel sağlıklarıyla ödemek zorunda kaldıkları ağır bedeldir. Bu olgunun dolaylı maliyetini ise, işveren ve toplumun katlanmak zorunda kaldığı düşük verim ve üretim, ürün kalitesinin bozulması, firma saygınlığının yitirilmesi ve müşteri sayısında azalma şeklinde ifade etmek mümkündür. Ayrıca mutsuz bireyler ve ailelerin yer aldığı ve çalışma barışının bulunmadığı bir işyaşamı da mobbingin ortaya çıkardığı büyük bir toplumsal problem olarak düşünülebilir. Mobbing kurbanı bir bireyin doktor muayeneleri, tahliller, tedaviler gibi sağlık harcamaları, işveren yanında devlete de ekonomik bir yük getirmektedir (8).

Mobbing olgusunun, birey üzerinde olduğu kadar örgüt üzerinde de tahrip edici sonuçları vardır. Mobbingin örgüt açısından yarattığı hasarlar, öncelikle ekonomik niteliktedir. Hastalık izinleri, yeni işe alınanların eğitim ve iş masrafları, hukuki süreçte harcanan zaman ve

maddi kayıp, firma adının lekelenmesi, kilit insan kaybı, işgücü ve devir oranının artması, iş doyumunda azalma, kurumdan kopmalar gibi... (8).

Mobbing süreci içinde en büyük zararı gören kurbandır.

Davenport (6) toplum, kurum, aile ve bireysel olarak mobbingin etkilerini ele aldığı tasarımıda bireysel etkilerde; stress- duygusal ve fiziksel rahatsızlıklar- kazalar ve sakatlıklar- mesleki kimlik kaybı- ayrılık acıları- sosyal izolasyaon – tecrit ve intihara değinmiştir. Yine mobbingin bireysel etkilerine değinen Leymann (16) bu etkileri; sosyal (sosyalleşememe, gönüllü işsizlik), sosyo -psikolojik (sosyal statü kaybı dolayısıyla yaşanan etkiler), psikolojik (depresyon, çaresizlik ve yalnızlık hissi), psikosomatik (fiziksel rahatsızlıklar), psikiyatrik (depresyon ve sonucunda cinayet, intihar ve akıl sağlığının bozulması gibi sonuçlar) etkiler olarak kategorilendirmiştir.

Bireyin uğradığı sosyal zararlar farklı açılardan ele alındığında, öncelikle sosyal imajının zedelendiği gözlenir (17). Bir insanın sosyal ilişkiler içinde bulunması kişinin yaşamını sağlıklı sürdürmesini sağlayan önemli bir iletişim kaynağıdır. Grup içinde umursanmak, yer edinmek ve değerli olduğunu hissetmek kişinin en temel ihtiyaçları arasında yer almaktadır (18). İşyerinde dışlanmış ve mesleki kimliğini yitirmiş birey, zamanla sosyal çevre ve aile çevresindeki yerini de yitirmektedir. İşyerinde yaşadığı dışlanma sonrasında sosyal çevresinde de benzer davranışlara maruz kalması sonucunda, olan bitenlerle ilgili kendi kendine bir açıklama getiremez ve her şeyin suçunu kendinde arar. Daha sonra kendini tam bir yalnızlık içinde bulur (17).

Mobbing mağdurunun olası özelliklerinden biri olma özeliği olan “yalnız biri” olma özeliğini taşıyan bir mağdursa sosyal dışlanmayı daha yoğun yaşar. Aksoy’un (19) mobbingin sağlık çalışanlarına etkisinin belirlemek üzere 412 sağlık personeli ile yaptığı çalışmasında belirttiğine göre, mobbinge uğrayan sağlık personelinin % 19,6’sı “Diğer çalışanlar ya da çalışma grupları tarafından aktivitelerden dışlanmak” sorusuna şimdi/bazen ve haftalık/günlük olarak evet yanıtı vermişlerdir. Yine aynı çalışmada aynı soruya boşanan/ayrılanlarda “şimdi/bazen” evet cevap oranı %38,9 olarak diğer gruplardan daha yüksek gözlenmiştir (19).

Tüm bu olumsuzluklarla birlikte mobbing aynı zamanda hem sosyal kaygı hem de sosyal fobinin meydana gelmesinde tetikleyici bir etki meydana getirebilmektedir. Mobbing bir dışlama ve sistemli bir psikolojik baskılama olduğundan birey kendinin dışlanacağı endişesi ile kaygı geliştirir. Hali hazırda var olan mobbing faktörleri ile bu algıyı ve hissi besleyen birey yaşadığı olumsuzlukların kronikleşmesi ile sosyal kaygılı fobik bir kişiliğe bürünebilir. Bireyler, içinde bulundukları her sosyal grupta başkaları tarafından kabul görülmek ve içinde bulundukları sosyal grubun değerli bir parçası olduklarını hissetmek istemektedirler. Mobbing ile reddedilme ve grup tarafından dışlanma durumu, insanları en çok rahatsız eden durumlardan biridir. Bu durum, “ait olma ihtiyacı” olarak nitelendirmektedirler. Çünkü mobbing kabul görmemenin en büyük işareti ayrıca kişinin devamlılığının ya da gruptaki statüsünün de durumunu göstermektedir. Yani kişini ne kadar dikkate alındığını göstermektedir. Sosyal kaygı yaşayan bireyler, özellikle iyi bir izlenim bırakmak için verdikleri izlenimin kötü olmasını sağlamak için “kendini sunma stratejisi” geliştirirler ya da kendini sunmada daha iyi olan kişilerden uzak durmayı tercih ederler. Başkaları tarafından beğenilmediğine inanan yani mobbinge maruz kalan bireyler ise savunucu kendini sunma strateji biçimini benimserler. Bu kişiler daha kapalı ve daha az arkadaş canlısı haline gelirler. Sosyal kaygı yaşayan bireylerde kendileriyle ilgili olumsuz düşüncelerin var olması, kendilerine olan güvenlerinin düşük olmasıyla ilişkilidir (20).

Konuyu daha iyi anlamak bakımından bir mağdurun kendi ağzından aktardığı şu kısa öyküye göz atmakta fayda olabilir. Örnek olay (14)

Mağdur diyor ki; “Ruh gibiydim, kendimi dermansız takatsiz hissediyordum. Değersiz ve önemsiz olduğumu düşünüyordum.

Ben her sabah şefim tarafından sebepsiz yere önce fırçalanırdım. Beni azarlayarak şu işler iki saate kadar yetiyecek diyerek talimatını verirdi, ben peki derdim, iki saat içinde o iş yetiyezmezdi, çünkü ben hep hata yapıyordum, dikkatim çok dağınıktı, yazıyı şefe götürdüğümde iki saati çoktan geçmiş oluyordu. Şef yine bana alaycı bir yüz ifadesiyle bağırırdı, ben suçluyordum. Çünkü yazıyı geç getirirdim, şef yazıyı alır okur ama yazı hatalarla dolu olurdu.

Şef yeter diye bağırdı ve yazıyı yere fırlattı, sonra bana o gün iş vermezdi. Benim yapmam gereken işleri diğer personele verirdi. Ertesi günde iş vermezdi, ben bomboş oturdum, bizim odaya her geldiğinde istediğin hep böyle bomboş oturmak değil mi? Çok mutlu görünüyorsun diyerek bana laf atardı. Birkaç gün sonra yine bana iş verir ama ben yine işi tam olarak yapamazdım, aynı şeyler yine olurdu, ben konuşmak istesem şef yine bağırdı, ben mecburen yine susardım. Odada bulunan arkadaşlar şefin beni paylamasından sonra birbirlerine bakarak gülerler, sonra hiçbiri benimle konuşmaz, selamımı almazlar, yüzüme karşı dolaylı yoldan imalı cümleler kurarak beni aşağılardı. Ben anlardım beni kastettiklerini ama soramazdım. Beni mi kastediyorsanız diye sorsam bu sefer de beni alingan olarak damgalamalarından korkardım. Ne işyerinde ne de evde huzurum kalmamıştı. Müdür bey ile konuştum. “Bana senden başka şefi ile sorunu olan var mı diye sordu? Ben de hayır yok dedim, bana “öyleyse kendini sorgula dedi.

Bu öykü mağdurun işyerindeki arkadaşlarına sorulmuştur. Onlar da mağdur hakkında olumsuz konuşarak mağduru suçlamışlardır (14).

Bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerinde oluşan zararlar, sosyal sonuçların oluşturduğu tablodan çok daha trajiktir. Sistemli uygulanan psikolojik terörün, kurbanın sağlığı üzerinde yapmış olduğu etkilerin acımasız sonuçları, zamanla kendini gösterir: Depresyon, panik atak krizleri şeklinde ortaya çıkan anlamsız korkular ve heyecanlar, yüksek tansiyon, taşikardi, dikkati toplayamama, ellerin terlemesi ve titremesi, yersiz sıcak basma veya üşüme duygusu, titreme, boğazda düğüm veya hava açlığı hissetme, baş ağrıları, başta ağırlık hissetme, sırt ağrıları, bağırsıklık sisteminde düşüş, mide-bağırsak rahatsızlıkları, terkedilmişlik duygusu, iştahsızlık, zayıflama, deri üzerinde döküntüler ve kaşıntılar, vb. Daha az sıklıkta rastlanan ve daha ağır olgularda ise, mağdur bireylerde bir çeşit “travma sonrası stres bozukluğu” ortaya çıkabilir. Stres yapıcı olgunun ortadan kalkmasına rağmen, bireyin duygusal dünyasında, özel yaşamında hissedilen bozuklukla birlikte, bireyde izlenen rahatsızlıkların kronikleştiği görülür. Bu rahatsızlığın en ağır sonucu, bireyin öz güvenini yitirmesidir. Kendisine yardım eden bir başka kişinin bulunmaması halinde, yaşamının devamı için gerekli etkinlikleri yapamaz hale gelir. Alışverişe çıkamaz, bankaya gidemez, bir yerden bir yere gitmek için taşıta binemez; kısaca tek başına adeta sokağa çıkamaz hale gelir. Mobbing mağduru, bir süre sonra, yaşadığı bu panik atak krizlerini, işyerinde kendisine uygulanan tacizkar davranışlarla, saldırılarla açıklamaya çalışır. Tükenir ve acı çeker. Bir süre sonra her şeyin sebebinin kendisinde olduğu kararına varır ve kaybolan öz güveninin yanında, öz saygısını da yitirir. Böyle bir durumda bulunan bireyin kesinlikle iyi bir psikoterapiye ve hatta uygun ilaç tedavisine gereksinimi vardır. Ayrıca bireyin, işyerinde kurban seçilerek kendisine uygulanan psikolojik taciz sonucunda düşürülmüş olduğu bu durumun, hukuki açıdan da incelenmesi ve konunun uzmanı hukukçular tarafından, gerekli girişimlerin yapılarak kurbanın haklarını koruyucu çözümlerin bulunması gerekmektedir (17).

Kaynaklar

- 1.Kocacık F. Şiddet Olgusu Üzerine. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2001;2(1):1-9.
- 2.Savrun M.,Balcıoğlu İ. Kentleşme Kadın ve Şiddet. Yeni Symposium, 1999;37(1-2): 16-22.
3. Özen S. Çalışma Yaşamında İşyeri Şiddeti Sorunu ve AB Ülkelerinde Durum. T. Uzun & S. Özen (Ed.). Avrupa Birliği Sürecinde Türkiye 2004; 289-306. Ankara; Seçkin
- 4.Wyne R., Clarkin N., Cox T.,Griffiths A. Guidance on the Prevention of Violence at Work. Luxembourg: European Commission,1997
- 5.Leymann H. The Content and Developement of Mobbing at Work. European Jounal of Work and Organizational Psychology, 1996;5(2):165-184.
- 6.Davenport N., Schwartz R.,Elliot G. Mobbing İşyerinde Duygusal Taciz. İstanbul, Sistem Yayıncılık. 2003
- 7.Leymann H. Bullying; Whistleblowing.”Introduction to the Concept of Mobbing, The Mobbing Encyclopepaedia Mayıs, 2016, Ağ Sitesi: <http://www.leymann.se/English/11110E.htm>
- 8.Tınaz P. İş Yerinde Psikolojik Taciz (Mobbing). İstanbul, Beta Basım. 2006

- 9.Eser O. Mobbing Kavramının Türkçe Serüveni Ocak, 2009, Ağ Sitesi: www.turkoloji.cu.edu.tr/YENI%20TURK%20DILI/oktay_eser_mobbing_kavrami_pdf
10. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=bezdiri> Erişim tarihi: Ekim 2019.
- 11.Çobanoğlu Ş. Mobbing İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri. İstanbul; Timaş Yayınları. 2005
- 12.Çöl S. İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Çalışma ve Toplum, 2008;(4):107-134.
13. Yiğit B. Mobbing Kavramı: Kavramsal Bir Çerçeve, Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD), 2018;(5):1; 32-42
14. Gün H., Çalışma Ortamında Psikolojik Taciz, Lazer Yayıncılık, Ankara, 2010
15. Altuntaş C. “Mobbing Kavramıve Örnekleri Üzerine Uygulamalı Bir Çalışma”, Journal Of Yaşar University, 2010;18(5): 2995- 3015
16. Leymann, H, Mobbing and Psychological Terror at Workplaces, Springer Publishing Company, Violence and Victims, 1990;5(2):119-126.
17. Tınaz P. Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz, Çalışma ve Toplum, 2006;3:1-12
- 18.Björkqvist, Kaj. Sex Differences in Physical, Verbal, and Indirect Aggression: A Review of Recent Research. Sex Roles, 1994;30(4):177-188.
- 19.Aksoy F, Psikolojik Şiddet'in (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008
20. Ongun Y, Okullarda Uygulanan Mobbingin Personel Üzerindeki Etkisi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetim Teftişi, Planlaması ve Ekonomisi Tezsiz Yüksek Lisans Projesi,2017

HEMŞİRELİKTE İLAÇ UYGULAMA HATALARI VE MALPRAKTİS MEDICINE ERRORS AND MALPRACTICE IN NURSING

Dr. Öğr. Üyesi Ebru EREK KAZAN*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

Özet

İlaç hataları, tıbbi hataların başında gelen ve yaygın olarak karşılaşılan hatalardır. İlaç uygulama hataları multidisipliner bir süreç olmakla birlikte; hemşirelerin ilaç hatalarındaki rolleri oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ilaç uygulama hataları ile sıklıkla karşılaştıkları ve bu hataların genellikle, hemşirelerin iş yükünün fazla olması, yorgunluk, deneyimsizlik, bilgisizlik nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmektedir. Malpraktis tıpta hatalı uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin malpraktis risklerini artıran durumları bilmesi ve gerekli önlemleri alması önemlidir. Yasaları bilmeden yapılan bazı girişimler hemşireyi yasalar önünde suçlu duruma düşürmektedir. Bu çalışma ilaç uygulama hataları ve malpraktis konusunda hemşirelere bilgi vermek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, ilaç hataları, malpraktis.

Abstract

Drug errors are the most common medical errors. Drug administration errors are a multidisciplinary process and the role of nurses in drug errors is very important. It is stated in the studies that nurses frequently encounter with drug application errors and these errors generally arise due to the high workload of nurses, fatigue, inexperience and ignorance. Malpractice is defined as wrong practices in medicine. It is important for nurses to know the situations that increase malpractice risks and to take necessary precautions. Some interventions without knowing the laws may make nurses guilty in front of laws. This study was conducted to inform nurses about drug administration errors and malpractice and to offer solution suggestions.

Key Words: Nursing, Drug Errors, Malpractice

Giriş

Sağlık bakım hizmetinin her evresinde ortaya çıkma olasılığı bulunan tıbbi hatalar, genel olarak; ilaç hataları, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliklerine bağlı hatalar ve diğer hatalar olmak üzere beş başlık altında toplanmaktadır (1,2). Tıbbi hataların başında gelen ve yaygın olarak karşılaşılan tıbbi hata türü ise ilaç hatalarıdır. İlaç hataları, morbidite, mortalite ve artan sağlık bakım maliyetlerine katkıda bulunan, sağlık profesyonelinin kontrolünde olan ve hasta güvenliğini teşvik etmede kilit rolü olan, önenebilir bir olay olarak tanımlanmaktadır (2). Bu çalışma ilaç uygulama hataları ve malpraktis konusunda hemşirelere bilgi vermek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılmıştır.

İlaç Uygulama Hataları

İlaç uygulama hataları genel olarak hekimden kaynaklı, hastadan kaynaklı ve hemşireden kaynaklı hatalar olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılabilir (3). Hekim kaynaklı ilaç uygulama hataları, hekimin uygun ilacı belirleme ve bunu istem ya da reçete etme aşamalarından oluşmaktadır. Hasta bireyden kaynaklı hatalar, ilaç doğru reçetelendiği ve bireye bilgi verildiği halde yapılan hatalardır. Hemşire kaynaklı ilaç uygulama hataları ise; istem olmaksızın ilaç verilmesi, yanlış ilaç verilmesi, ilacın yanlış dozda, yanlış yolla, yanlış hızda ya da yanlış zamanda verilmesi, ilaç kutusu ve prospektüsü içindeki uyarılara dikkat edilmemesi, ilacın yanlış hastaya verilmesi, ilacın hiç verilmemesi, uygulanan ilacın kayıt edilmemesi, uygulanan ilacın etkisinin gözlenmemesi olarak sıralanabilir (3-6). İlaç uygulama hataları multidisipliner bir süreç olmakla birlikte; hemşireler, ilaç uygulamalarının son noktasında ve hastaların tedavi sürecini yönetmede sorumlu olduklarından ilaç hatalarındaki rolleri oldukça önemlidir (2).

İlaç hataları, tedavi sürecinin etkin bir şekilde yürütülmesi ve ilaç uygulama ilkelerine

uyulması ile önlenebilmektedir. Fakat tedavi sürecinin etkin yürütülememesi, ilkelere uyulmaması, tükenmişlik, etik bir yaklaşım sergilenmemesi gibi birçok faktörün etkisi ile hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinden kaynaklı ilaç hataları kaçınılmazdır (2).

Björkstén ve arkadaşlarının (7) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en çok yaptıkları hatalar arasında yanlış doz (%41), yanlış hasta (%13) ve ilacın unutulmasının (%12) yer aldığı belirtilmektedir. Kırşan ve arkadaşlarının (2) hemşirelerin ilaç uygulamalarında yaptıkları ilaç hataları ile ilgili olarak yayımlanmış çalışmaları sistematik olarak inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin ilaç uygulamalarında yaptıkları en yaygın ilaç hata türlerinin; yanlış dozda ilaç uygulama, ilaç dozunun ihmal edilmesi/doz atlanması, hekim istemine göre önerilen zamanda ilacın uygulanmaması/yanlış zaman, yanlış ilaç uygulaması, yanlış hastaya ilaç uygulama, ilacın yanlış yoldan uygulanması, ilaç-ilaç etkileşimlerine dikkat edilmemesi, hekim istemi olmadan ilaç uygulama, özel dikkat gerektiren ilaçlara yönelik gerekli önlemlerin alınmaması, infüzyon şeklinde uygulanan ilaçlarda hesaplama-hız hataları olduğu belirtilmiştir.

Şahin ve Özdemir'in (8) hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hemşirelerinin %67.0'sinin tıbbi hata ile karşılaştığı, yarısından fazlasının (%58.2) arkadaşlarının hatalarına şahit olduklarını ifade ettikleri, en fazla yapılan tıbbi hata türünün (%56.1) ilaç hatası olduğu belirtilmiştir. Korhan ve arkadaşlarının (9) hemşirelerin tıbbi hatalardaki tutumlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, araştırmaya katılan hemşirelerin (n=151) % 13.9'unun tıbbi hata başvurusunda bulundukları ve bu başvuruların % 4.6'sının yanlış dozda ilaç uygulaması olduğu belirtilmiştir.

Hemşirelerden kaynaklanabilecek ilaç uygulama hatalarının olası nedenleri; iş yükünün fazla olması, işe yoğunlaşamama, yorgunluk, deneyimsizlik, hasta bireyin yeni olması, ilacın yeni olması, görev ya da nöbet değişimi sırasında hastaların tanıtılmaması olması, istem yapan ile iletişimin yetersiz olması, istemin okunaksız olması, istemlerin kaybolması, istemin yazılı yapılmaması, ilaç uygulamaları ile ilgili bilgi yetersizliği olarak belirtilmektedir (3,4,10). İlaç uygulama hataları, hemşirelerin özgüvenini azaltmakta, yanlış ilaç tedavisi yapan kişi olarak etiketlenmek ve anılmaktan korkmakta ve hemşireler; cezalandırma, işten çıkarılma ve dava açılma korkusu ile ilaç hatalarını rapor etmekten çekinmektedirler (11,12). İlaç uygulama hatalarının azaltılması için hekimlere, hemşirelere ve kurumlara büyük görevler düşmektedir.

Tıpta Hatalı Uygulamalar (Malpraktis)

Malpraktis, tıpta hatalı uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Tıpta hatalı uygulamalar, sağlık çalışanının kasıt veya ihmali ile bakım ve tedavi yapmaması, bilgi ve beceri eksikliği, hatalı tedavi uygulaması veya hastaya zarar meydana getiren fiil veya durumlar olarak kabul edilmektedir (13).

Dünya Tabipleri Birliği'nin 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu'nda tıbbi uygulama hataları *"hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar"* olarak tanımlanmış, malpraktisin tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (14-17).

TBMM'ye 2002 yılında sunulan ancak kanunlaşamayan "Tıbbi Hizmetlerin Kötu Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı" ve daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Tıbbi Yanlış Uygulama (Tıbbi Malpraktis) Yasa Tasarısı" metinlerinde, tıbbi hata, tüm tıp mesleği mensuplarını kapsar şekilde tanımlanmıştır. Kanun tasarısında, 2. maddede; *"Bu Kanun, kamuya ve özel hukuk gerçek veya tüzel kişilerine ait ve her ne ad altında olursa olsun hastalıktan korunma, tıbbi teşhis, tedavi ve müdahale ile bu maksatlara yönelik yardımcı faaliyetlerde bulunan yerlerde, fiili olarak çalışan hekim, dış hekimi, biyolog, eczacı, psikolog, veteriner hekim, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık memuru, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, dış teknisyeni, hemşire, ebe, çocuk gelişimci, protezci, optisyen ve diğer sağlık personelinin tıbbi amaçlı müdahale ve uygulamaları ile bu işlemlerden doğabilecek hukuki ve cezai sorumluluğu kapsar."* şeklinde belirtilmiştir (18). Tasarısı'nın 3. maddesinde ise; "Tıbbi Kötu Uygulama" kavramı kullanılmış ve bu kavram; "sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya

tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durum olarak tanımlanmıştır” (15). Kanun Tasarısı’nın hukuksal olarak en önemli yeniliği “zorunlu mesleki sorumluluk sigortası” öngörmesidir. Tasarı’nın 32. maddesinde “Sağlık personeli ve özel hukuk kişilerine ait sağlık kurum ve kuruluşları, tıbbi kötü uygulama sebebi ile verebilecekleri zararı karşılamak üzere zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırırlar” hükmü öngörülmüştür (18). Ancak 2010 yılında “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları” yayınlanmış ve sigorta poliçesinin yalnızca serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanları kapsadığı belirtilmiştir (19).

Tıbbi hatalar, hastaların iyileşme sürecinin gecikmesine neden olabilmekte hatta hastaların ölümüne yol açabilmektedir (2). Ülkemizde tıbbi hataların nedenleri incelendiğinde; eğitim kurumlarının nitelsiz sağlık personeli yetiştirmesi, sağlık personelinin sayıca yetersiz olması, aşırı çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, iletişim eksikliği, motivasyon eksikliği, meslekten memnun olmama, stres, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekandan kaynaklanan problemler, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktörün tıbbi hatalara yol açtığı belirtilmektedir (13,15).

Tıbbi hataların azaltılmasında sağlık çalışanlarının yasal sorumluluklarını bilmesi önemlidir. Ancak büyük çoğunluğu kendileri ile ilgili yasa, tüzük ve yönetmelikleri bilmemektedir. Oysa Türk Ceza Kanunu (TCK)’nın 4. maddesine göre kanunu bilmemek mazeret sayılmaz (13,20). TCK’nın 21. maddesinde kast; “Suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir. Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemi halinde olası kast vardır.” şeklinde belirtilmiştir. Taksir, TCK’nın 22. maddesinde; “dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir” şeklinde tanımlanmıştır. Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir (20).

Hatalı tıbbi uygulama sonucunda hekimler ya da sağlık personeli iki tür dava şekliyle karşı karşıya kalabilir. Bunlar, ortaya çıkan maddi ve manevi zararların tazmini için açılan tazminat davaları ve eylemin Türk Ceza Kanunu anlamında suç kabul edildiği durumlarda açılan ceza davalarıdır (16). Konuyla ilgili olarak sağlık meslek mensuplarını ilgilendiren, karşılaşımla ihtimali yüksek olan TCK’da düzenlenen suçlar; TCK md. 83: Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi, TCK md. 85: Taksirle öldürme, TCK md. 88: Kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi, TCK md. 89: Taksirle yaralama, TCK md. 90: İnsan üzerinde deney, TCK md. 91: Organ veya doku ticareti, TCK md. 99: Çocuk düşürme, TCK md. 101: Kısırlaştırma, TCK md. 136, 137: Verileri hukuka aykırı olarak verme/ele geçirme, TCK md. 190: Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma, TCK md. 204: Resmi belgede sahtecilik, TCK md. 205: Resmi belgeyi bozmak, yok etmek veya gizlemek, TCK md. 210: Sağlık mensubunun gerçeğe aykırı belge düzenlemesi, TCK md. 258: Göreve ilişkin sırın açıklanması, TCK md. 280: Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi olarak sıralanabilir (20,21).

Hemşirelikte Malpraktis

Hemşirelik bakımı sırasında standart uygulamayı yapmama, bilgi ve beceri eksikliği/acemilik, tedbirsizlik, hastaya bakım vermeme gibi durumlar hemşirelikte malpraktis olarak adlandırılır (1). Hemşirelik Kanunu’nda “Hemşireler; tabip tarafından yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçları belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli sağlık personelidir” şeklinde tanımlanmaktadır (22). Kanun kapsamında hemşirelerin uyguladıkları ilaçların endikasyonları, komplikasyonları, kontrendikasyonları...vb. farmakolojik bilgileri bilmesi gerekir (1). Yasalar hemşirelerin uyguladıkları herhangi bir ilaçla ilgili temel bilgiye sahip olduğunu varsayar ve tedaviyi istem edildiği şekilde uygulamasını bekler (1,13). Hemşirelerin istemleri yerine getirirken istemlerin prosedüre uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekir (1).

Hemşirelik kanunu kapsamında hazırlanan 08 Mart 2010 tarihli, 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinin 6. maddesinin d bendinde; hemşirenin görev ve sorumlulukları arasında “*Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalananlara zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdahale hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular*” denilmektedir. Bu madde hukuksal açıdan tartışmalı bulunmaktadır. Eğer istemde hata varsa hemşire hekime danışarak düzeltirmeli ve hekim ısrar ediyorsa ve yapılması hastaya zarar verecekse hemşire bunu yapmamalı ve durumu bir üst makama iletmelidir (1,23,24). Hastanın yaralanmasına, sakatlanmasına, kötüleşmesine veya ölümüne neden olabilecek bir müdahalenin talebi “suç” teşkil ettiği için, bu durum yazılı isteme rağmen, uygulayan hemşirenin de sorumlu tutulmasına yol açacaktır. Anayasanın 137. maddesinde “Konusu suç teşkil eden emir”in hiçbir şekilde uygulanamayacağı ve TCK’nın 24/3. maddesinde belirtilmektedir (20,23). Ayrıca TCK’nın 20. maddesinde cezaların şahsiliği ilkesi gereği hastaya gelecek zarardan öncelikle hemşire sorumlu olacaktır (20).

Hemşireler açısından tıbbi uygulamanın hukuka uygunluğu için; diplomalı bir hemşire tarafından yapılması, hastanın tüm hemşirelik uygulamalarında aydınlatılması ve rızasının alınması, müdahalenin hemşireliğin gerektirdiği şekilde (standartlara uygun) ve özenli bir biçimde uygulanması, komplikasyon durumunda da gerekli yönetimin yapılması, müdahalenin yapılabilmesi açısından bir endikasyonun bulunması (Bu şart çoğunlukla hekim açısından geçerli olup, hemşireler açısından daha sınırlıdır) gerekmektedir (21,23). Hemşirenin bu anlamda cezai sorumluluğu, hukuki (tazminat) sorumluluğu ve disiplin sorumluluğu bulunmaktadır (21).

Ülkemizde son yıllarda hemşirelere karşı açılan malpraktis davalarında artış olduğu bildirilmekle beraber diğer ülkelerle karşılaştırıldığında bu sayı oldukça azdır. Bunun nedeni olarak, bize özgü malpraktis yasamızın bulunmaması, hastaların hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olunmaması, hemşirelik yasasındaki eksikliklere bağlı olarak hemşirenin bağımsız hareket edememesi gibi faktörler gösterilmektedir (13).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; hemşirelerin, hastanın ve ailesinin zarar görmesini önlemek ve yasalar karşısında kendisini korumak için malpraktis risklerini artıran durumları bilmesi, gerekli önlemleri alması ve yasalar hakkında bilgi sahibi olması önemlidir (13). İlaç uygulamalarında malpraktisi önlemek için; lisans ve lisansüstü eğitim almış nitelikli hemşire yetiştirilmesi, yeterli insan gücünün sağlanması, rol ve sorumlulukların tanımlanması, yasal düzenlemelerin yapılması, sürekli eğitimin sağlanması, bilişim teknolojilerinin kullanılması, fiziksel altyapı yetersizliklerinin giderilmesi, ekip anlayışının benimsenmesi, etkili iletişim, kalite güvenliği-bakım standartlarının geliştirilmesi, tedavi protokollerinin oluşturulması, kayıt sistemlerinin geliştirilmesi ve yapılan hataların kayıt altına alınması hususunda tüm sağlık çalışanlarının cesaretlendirilmesi, bireyin/toplulun bilinçlendirilmesi ve sorumluluk almasının sağlanması önerilmektedir (1,13).

Kaynaklar

1. Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ ve ark. Hemşirelikte Malpraktis:Olgu Sunumları. Adli Tıp Bülteni 2014; 19 (2): 100-104.
2. Kırşan M, Korhan EA, Şimşek S ve ark. Hemşirelik Uygulamalarında İlaç Hataları: Bir Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2019; 11(1): 35-51.
3. Uzun Ş ve Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(2): 217-22.
4. Aygün, D ve Cengiz, H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011; 45 (3): 110-114.
5. Aşti AT ve Karadağ A, Editörler. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Adana: Nobel Kitabevi, 2011: 629.
6. Aşti AT ve Karadağ, A, Editörler. Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilim ve Sanatı. İstanbul: Akademi Yayıncılık, 2012:731-732.

7. Björkstén KS, Bergqvist M, Karlsson EA et al. Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. BMC Health Services Research 2016; 16: 431.
8. Şahin ZA ve Özdemir FK. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015; 12(3): 210-214.
9. Korhan EA, Dilemek H, Mercan S, Yılmaz DU. Determination of Attitudes of Nurses in Medical Errors and Related Factors. International Journal of Caring Sciences 2017; 10(2): 794-801.
10. Petrova E, Donia B, Martin C. Nurses' perceptions of medication errors in Malta. Nursing Standard 2010; 24(33): 41-48.
11. Ayık G, Altuğ ÖS ve Çetinkaya A. Hemşirelik Öğrencilerinin İlaç Uygulama Hataları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2010; 18(3): 136-43.
12. İntepeler SŞ ve Dursun M. Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15 (2): 129-135.
13. Kuşuoğlu S, Çöven Ç, Tanır MK, Aktaş A. İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2): 86-93.
14. Polat O ve Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 2 (3): 119-125.
15. Caymaz M. Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015; 2(4): 1-14.
16. Değdaş UC. Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Hukuk Fakültesi Dergisi 2018; 1(6): 41-65.
17. Kuzgun Ü. Komplikasyon mu? Malpraktis mi? TOTBİD Dergisi 2019; 18: 98 –101.
18. Ersoy Y. Tıbbi Hatanın Hukuki ve Cezai Sonuçları. TBB Dergisi 2004; 53: 161-189.
19. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, <https://www.tsb.org.tr/tibbi-kotu-uygulamaya-iliskin-zorunlu-mali-sorumluluk-sigortasi.aspx?pageID=521> Erişim: 06 Ekim 2019
20. Türk Ceza Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> Erişim: 04 Ekim 2019
21. Özkaya N. Hemşirelik Mesleğinde Tıbbi Uygulamalardan Doğan Sorumluluklar <http://www.saglikcalisanisagligi.org/sunumlar/avnesrin.pdf> Erişim: 04 Ekim 2019.
22. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> Erişim: 18 Ekim 2019.
23. Terzioğlu F. ve Şahan FU. Hemşirelerin Tıbbi Müdahalede Karar Verme Yetkisi ve Konumu. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2017; 4(3): 136-142.
24. Hemşirelik Yönetmeliği, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> Erişim: 18 Ekim 2019.

YAŞLILARDA BİYOKİMYASAL PARAMETRELER BIOCHEMICAL PARAMETERS IN THE ELDERLY

Prof.Dr.Muhammet Fevzi POLAT*

*Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri

Giriş

“Yaşlılık bilimi” anlamına gelen “Geriatrı” yaşlı bireylerin sağlık durumlarını, fizyolojik, patolojik, psikolojik ve sosyoekonomik problemlerini inceleyen ve değerlendiren bir bilim dalıdır (1). Yaşlılık ve yaşlanma kavramları tek bir tanımla yapılamamaktadır. Yani yaşlanmayı tanımlayacak genel kabul görmüş bir tanımlama yoktur. Yaşlanma asla durmayan ve devam eden oldukça karmaşık biyolojik bir süreçtir. Diğer bir ifadeyle doğal yaşın (kronolojik yaş) ilerlemesi anlaşılmaktadır. Nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır. Yaşlanmanın mekanizmasını açıklayacak tek ve kesin bir teori yoktur (2,3). Olgunluk sonrasında ifade eden yaşlılık azalmış homeostazis ve artmış hassasiyet anlamına gelirken, biyolojik yaşlılık ise latince “senesens” kelimesi ile ifade edilmekte ve olgunlaşmadan ölüme kadar geçen süreci ifade etmektedir (4).

Somatik mutasyonlar ve DNA tamir mekanizmalarının bozulması, proteinlerde meydana gelen fonksiyonel ve yapısal (oksidasyon, glikozilasyon) değişiklik, serbest radikallerin artışı ve buna bağlı mitokondriyal DNA hasarı gibi etkenleri içeren ve rastlantısal (Stokastik, dış etkenler) olarak ifade edilen teori yanında hücresel yaşlılık teorisini, yaşlanmanın metabolik teorisini (kalori kısıtlaması teorisini), nöroendokrin teorisini, immünolojik teorisini, uzun yaşam genlerini (Longevity genes) ve ivmelenmiş yaşlılık sendromlarını (yaşlanmanın bütün fenotip özelliklerini kısa sürede gösteren Werner sendromu, Down sendromu, Hutchinson Gilford Progeri sendromu) içeren ve rastlantısal olmayan (Gelişimsel-kalıtımsal, iç etkenler) teoriler olarak sınıflandırma yapılmıştır (4).

Son yıllarda yaşlanmanın nedenlerinden biri olduğu kabul edilen “telomer kaybı hipotezi” ayrıntılı bir biçimde ele alınmaya başlanmıştır. Her hücre bölünmesinin ardından telomerler [kromozomların uç kısımlarını oluşturan spesifik DNA dizi tekrarları (TTAGGG)] kısalmır ve kritik bir kısalığa ulaştığı zaman yaşlanmayla ilgili mekanizmaların tetiklenmiş olduğu kabul edilir. Bu hücrelerin telomerlerinin daha kısa oluşu veya boyutlarının korunamaması insan somatik hücrelerinde telomeraz enzim (telomer boyunun kontrolünden sorumlu ters transkriptaz enzimi) aktivitesinin tespit edilememesine bağlanmıştır. Özetle yaşla birlikte gelişen telomer kısalması, hücrelerin büyüme potansiyelleri (senesens) için kurulu bir düzenek gibidir (5,6).

Bireyler arasında farklılık göstermekle birlikte genel olarak 50 yaşından sonra bir çok insanın bedensel fonksiyonlarında azalma, adaptasyon kaybı, travma ve enfeksiyonlara karşı hassasiyette artma görülmekte ve bu durum yaşlanma (biyolojik yaş) olarak tanımlanabilmektedir. Fiziksel aktivitede azalış ve kronik hastalıkların arttığı bir yaşam periyodu olarak değerlendirilmektedir(1,3,4). Yaşın ilerlemesine organ ve sistem seviyesinde eşlik eden fizyolojik değişiklikler insan yaşamının kalitesini bozacak şekilde aleyhine gelişmekte, homeostazisinin etkinliği azalmaktadır (1,3,4).

Görme ve işitme kalitesinin azalması gibi bazıları belirgin iken, böbrek fonksiyonlarının azalması gibi bazılarının fark edilmesi oldukça zordur. Bu değişiklikler, bireylerin algılama biçimine ve süresine göre değişmekle birlikte, bir kısım organ ve sistemlerde yaşlanmaya belirgin olarak işaret etmekte ve evrensellik arz etmektedir. Ancak yaşlanmaya işaret eden bir kısım fizyolojik değişikliklerin hızı ve şiddeti bir hastalık durumunun göstergesi olması noktasında daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (4,6,7).

Yaşın ilerlemesine eşlik eden ve geri dönüşümsüz kabul edilen fizyolojik değişiklikler bir kısım klinik laboratuvar testlerine de yansiyacaktır. Ancak her bir biyokimyasal parametre için referans aralıkların standart bir değer olarak belirlenmesi ve yorumlanması daha çok yaşlıların bireysel özellikleri yani cinsiyeti, kas ve yağ kitlesi, beslenme biçimleri ve yetersiz beslenme durumları, psikososyal durumları, zamanla ilerleyen farklı adaptasyon kayıpları, travma ve enfeksiyonlara karşı hassasiyetleri, sigara ve alkol gibi

alışkanlıkları, eşlik eden kronik ya da subklinik hastalıklar, ve kullandıkları ilaçlar dikkate alınarak yapılmalıdır. Bu faktörlerin bir kısmı veya daha fazlası coğrafi farklılıklar dikkate alınarak değerlendirildiğinde referans aralıkların belirlenmesi daha zor olacaktır. Yaşlılarda analiz sonuçlarını etkileyen önemli faktörlerden birisi olan preanalitik faktör, kontrol edilemeyen biyolojik ve kronolojik yaşın örtüşmemesidir (1,7-10). Ayrıca yaşlı bireylerden numune alım zamanı, yaşlı bireyin postürü, turnike uygulanma süresi uygulanan metoda göre değişmesi de diğer kısıtlayıcı faktör olarak değerlendirilmektedir(1). Dünya Sağlık Örgütü psikogeriatrik yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini ise çok yaşlı olarak tanımlamıştır. Gerontolojistler ise farklı bir yaklaşımla 65-74 yaş arasını genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ileri yaş evresi olarak tanımlamışlardır. Ancak yaşam süresinin artması, teknik gelişmeler, tedavide ilerlemeler, kaliteli yaşam girişimleri, hijyenik çevre, yaşa uygun beslenme ve bedensel ve zihinsel aktivite programları gibi durumlar bu sınırları ve değerlendirmeleri zaman içerisinde yeniden yorumlamaya zorlayabilir (10-12).

Yaşlılarda biyokimyasal parametreleri değerlendirme işlemi yukarıda sayılan bireysel, genetik, sosyal ve diğer faktörler dikkate alınarak yaşın ilerlemesine eşlik eden fizyolojik değişiklikler ve organ seviyesinde fark edilebilen fonksiyonel kayıplara paralel olmak üzere yapılmasının daha sağlıklı olacağı anlaşılmaktadır. Şüphesiz bu noktada organ sistemlerinde meydana gelen değişikliklerin ne zaman fizyolojik ne zaman hastalık olduğunun ayrt edilebilmesi önem arz etmektedir (4,7-10, 13).

Yaşlılık ile birlikte eritrosit ve hemoglobin yapımı azalır. Bu durum, demir (midede HCl azalışına bağlı) ve B₁₂ vitamini absorpsiyonlarındaki değişiklikler (kronik atrofik gastrit, HCl eksikliği ve intrinsik faktör eksikliği, barsak bakterilerinin çoğalması), kan kaybı, kemik iliğinin proliferasyon kabiliyetinin azalması, eritrosit üretimindeki bozukluklar ve eritrosit yıkımındaki artışa bağlı nedenler veya bu durumların çeşitli oranlardaki kombinasyonları ile olabilir. İleri yaşlarda lökosit ve trombositlerdeki hafif bir azalma görülebilir, T hücrelerinin infeksiyona yanıtı zayıflamaktadır. Kan hacmi hafif azalır. Eritrosit sedimentasyon hızının (ESR) 20 yaşından itibaren yılda ortalama 0,22 mm/saat artmaktadır (1,8,9,13,14).

Çok sayıdaki çalışmalarda serum elektrolit değerlerinin geriatrik popülasyonda fazla değişmediği rapor edilmiştir, ancak potasyum seviyesinin 60 yaştan 90 yaşa kadar artış gösterdiği yani hafif bir artışın söz konusu olduğu ifade edilmektedir (1,8,9,13).

Elastik akciğer yapılarının sertleşmesi, fonksiyonel alveol sayısının azalması ve diyafram gücünün azalması gibi nedenler respiratuar fonksiyonel kapasitenin azalmasına yol açar, diğer bir ifadeyle akciğer vital kapasite yaşla birlikte azalır. Bu azalış parsiyel oksijen basıncında (PaO₂) azalmaya neden olur. Arteriyel PaO₂, 30 yaştan itibaren yaşlanma ile birlikte azalırken parsiyel karbondioksit (PaCO₂) basıncı 50 yaştan itibaren her 10 yılda yaklaşık % 2'lik bir artışın buna eşlik ettiği belirlenmiştir (1,8,9,13).

LDL, IDL ve LDL'nin yapısal proteini ve LDL resaptör ligandı olan Apo B, yaş ile progresif olarak artış göstermektedir. Bu durum LDL seviyesinin artışı ile ilgilidir. Ortalama yüksek yoğunlu lipoproteinlerin (HDL) seviyeleri 30 ile 80 yaş arası erkeklerde %30 artarken kadınlarda azalır, bu yaşlar arasında trigliserid düzeyleri erkeklerde %30, kadınlarda %50 artar (1,8,9,13).

Plazma kolesterol düzeyinin yaş artışı ile birlikte 90 yaşına kadar, artış gösterdiği ancak bu yaşın üzerinde ise azalabildiği rapor edilmiştir. Kolesterol seviyelerinin 65-80 yaş arası erkeklerde koroner arter hastalığı ile ilişkili olduğunu ancak 80 yaş üzeri erkeklerde ve 65 yaş üzeri kadınlarda total kolesterol seviyelerinin bu hastalıkla ilişkili olmadığı ifade edilmiştir. Serum kolesterol seviyesindeki artışın erkeklerde 60 yaşa kadar ve bayanlarda ise 55 yaşa kadar en fazla 40 mg/dL arttığı rapor edilmiştir (1,7).

Plazma total protein konsantrasyonunun yaşlanma ile birlikte çok küçük miktarlarda değişmesine karşılık, hem erkek ve hem de kadında albümin düzeylerinin azaldığını buna karşılık alfa-1 antitripsin, alfa-1 asit glikoprotein ve gama globülin düzeylerinde artma olduğu ve haptogloblin düzeylerinde ise bir değişme olmadığı anlaşılmıştır (1,8,9,13)

Yaşlanma ile karaciğer kan akımı, hacmi ve rejenerasyon kapasitesi azalır, bu durum bazı ilaçların birikimine ve toksisite riskine neden olur. Karaciğer laboratuvar testlerinden gama

glutamil transferaz (GGT), serum aspartat transferaz (AST, SGOT) ve alkalen fosfataz (ALP) etkilenmektedir. GGT yaşlanmayla yükselir (1,8,9,13).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte nefronların aşamalı kaybı sonucu renal dokuda ve glomerüler filtrasyon hızında azalma görülür. Ayrıca tubuler hücrelerin enzimatik ve metabolik aktivitesinin azalması ve ateroskleroz gibi patolojik olaylara sıkça rastlanır. Kreatinin klirensi, glomeruler filtrasyon hızı ve renal plazma akımı 40 yaşından sonra her yıl için yaklaşık 1 mm/dakika azalır. Ürik asit, kan üre azotu (BUN) ve inorganik gibi analitler kanda artar (1,8,9,13,15).

Yağsız vücut ağırlığında yani kas kitlesinde azalma yaşlılarda yaygın görülen bir durumdur. Bunun sonucu olarak protein yıkımı ve nitrojen yan ürünlerinin üretimi azalır, azalmış böbrek kapasitesine rağmen azalmış kas kitlesi sonucu kreatinin düzeyleri normal olabilir. Bu yüzden yaşlılarda üriner kreatinin atılımı dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli klirens mutlaka hesaplanmalıdır. Serum kreatinini azalmış glomerüler filtrasyon ve vücut kitlesinden etkilenirken, üriner kreatinin atılımı yalnızca glomerüler filtrasyondan etkilenmektedir. Böbrekten eritropoietin serbestleşmesi, doku kaybı nedeniyle düşmektedir (1,8,9,13).

Yaşlanma ile karbohidrat metabolizması bozulur ve glukoz intoleransı gelişir. Yaşlılar için serum glukoz referans aralığı 70-120 mg/dL gibi geniş bir aralıktır. Açlık kan şekeri (AKŞ) seviyeleri her 10 yılda bir yaklaşık olarak 1-2 mg/dL ve postprandiyal glukoz değeri 4-5 mg/dL yükselir (1,8,9,13).

Kısıtlı güneş ışığına maruz kalma ve/veya kalsiyum içeren besinlerin yetersiz alımı, deride D vitamin sentez kapasitesinin, barsaktan D vitamini emilim kapasitesinin ve D vitamin reseptör sayısının azalmasına bağlı olarak yaşlılarda D vitamin eksikliği görülmektedir. Böbrek fonksiyonlarının yaşla birlikte bozulmasına bağlı olarak renal 1-alfa hidroksilaz aktivitesinin azalması görülebilir ve bu durumda 1,25-Dihidroksi kolekalsiferol (aktif D vitamini) yetmezliği gelişebilir. Parathormon değeri ise ya artmıştır ya da referans değerinin üst sınırındadır (1,8,9,13).

Kadınlarda menopoz döneminde östrojen seviyeleri düşüşü ve buna cevap olarak LH ve FSH artışı söz konusudur. Andropoz dönemindeki erkeklerde de testosteron düzeylerinde azalış başlar, fakat bu azalış çok az seviyede olmaktadır. Adrenal kortekste zona retikularisin fonksiyonlarındaki azalmaya bağlı olarak her iki cinste de dehidroepiandrosteron ve dehidroepiandrosteron sülfat düzeylerinde düşüşler görülür (1,8,9,13).

Yaşlanma ile birlikte tiroid dokusunda fibrozis ve nodularite gelişimine sık görülür. Tiroid fonksiyon testlerindeki yaşlanma nedenli değişiklikler ile hastalık değişikliklerini ayırt etmek oldukça güçtür. 70 yaş üzerindeki genel popülasyonun %2-6'sında hipotiroidizm bulunmaktadır. Serbest tiroksin (sT₄, fT₄) seviyeleri yaşla ilerleyen bir artış sergiler. Triiyodotironin (T₃) 30-80 yaş arasında önemli düşüş gösterir. Yaşlılarda T₃ değerinde %20'lik bir değişim söz konusudur (1,8,9,13).

Büyüme hormonu düzeyleri yaşlanma ile azalır ve 20'li yaşlardaki düzeyi 70'li yaşlara göre yaklaşık 4 kat yüksek olduğu bulunmuştur. Kortizol düzeylerinde yaşlanma ile değişiklik gözlenmezken insülin büyüme faktörü-1 düzeyleri de çoğu yaşlılarda normalin altında olarak rapor edilmiştir (1,8,9,13).

Özetle yaşlılıkta total kolesterol, trigliserid, glukoz, ürik asit, BUN, gama glutamil transferaz, alkalen fosfataz, aspartat transaminaz ve amilaz değerlerinde artış; potasyum, pCO₂, TSH, kreatin kinaz, LDH, gama globülin ve eritrosit sedimentasyon hızında hafif yükselişler görülür.

Yaşlılıkta total protein, albümin, büyüme hormonu, PO₂, östrojen, testosteron, aldosteron, kreatinin klirensi, bilirubin, 1,25-dihidroksikolekalsiferol, dehidroepiandrosteron ve T₃ seviyelerinde azalmalar görülür.

Kaynaklar

1. Döventaş A, Döventaş YE. Yaşlılarda Laboratuvar Testlerinin Yorumlanması. Turk J Biochem, 2010; 35(4): 350-355.
2. Tekin ÇS, Kara F. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırma Dergisi, 2018; 3(1) :219-229.
3. Tarakçıoğlu M, Dilek İ, Şekeroğlu MR, Dülger H, Erkoç R, Avcı E, Aksoy H. Van Yöresinde Yaşayan Sağlıklı Yaşlı Bireylerde Serum Protein Düzeyleri. Van Tıp Dergisi, 2002; 9(1): 19-23.
4. Nalbant S. Yaşlanmanın Biyolojisi. Türk Fiz Rehab Derg. 2006; 52 (Özel ek A): A12-A17.
5. Atlı K, Bozcuk AN. Telomer ve Hücrel Yaşlanma. Turkish Journal of Geriatrics, 2002; 5(3): 111-114.
6. Munoz Lorente MA, Cano-Martin AC, Blasco MA. Mice with Hyper-Long Telomeres Show Less Metabolic Aging and Longer Lifespans. Nat Commun 2019; 10(1) :1-14.
7. Nalbant S. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. Nobel Medicus II. 2008; 4(2): 4-11.
8. Özbek Z, Öner P. Geriatrik, Fizyolojik ve Biyokimyasal Değişiklikler. Türk Klin Biyokimya Dergis, 2008; 6(2):73-80.
9. Özbazazı YG, Yıldırım S, Durmuşcan M, Sucu V. Yaşlılık ve Laboratuvar. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2013; 29(2): 49-52.
10. Beğzer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim, 2012; 25:1-3.
11. WHO (1972) Psychogeriatric, Report of a WHO Scientific Group, Technical Reports Series 507 Geneva Cited in Davise AM. Epidemiology, 185; 14(1):9-21.
12. WHO (1984) The Use Of Epidemiology in The Study Of Elderly. WHO Technical Report Series 706, Geneva: 8-9.
13. Murray RK, Bender DA, Botham KM, Kennelly PJ, Rodwell VW, Weil PA. Yaşlanmanın Biyokimyası. Kennel PJ. Harper’in Biyokimyası. 29. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2015; 683-696.
14. Kara İH, Kandış H, Baçebaşı T, Köylü OK, Sayın S, Demirin H, Memişoğulları R. Check-up Polikliniğine Başvuran 50 Yaş Üzeri Bireylerin Folat, B12 Vitamin Düzeyleri ve Anemi Yönünden Değerlendirilmesi. Turk J Biochem, 2010; 35(4) :350-355
15. Back LH. Changes in Renal Function with Aging. Clin Geriatr Med, 1998; 14(2): 199-209.

ÇOCUKLARDA BEDEN GÜVENLİĞİ BODY SAFETY IN CHILDREN Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA*

*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Özet

Cinsel istismar yaşayanlarda derin izler bırakan, yaşantılarını çok köklü ve geri dönülmez bir şekilde değiştiren travmatik bir deneyimdir. Çocuk cinsel istismarı çocuğa yönelik cinsel eylem ya da davranış ortaya çıktığı zaman söz konusudur. Tahmin edilenden çok fazla yaygın olan bu sosyal sorun karşısında mağdurların büyük bir çoğunluğu hiç konuşmamakta ve kimseyle paylaşmamaktadır. İnancın, otoritenin ve gücün suistimalini içeren cinsel istismar eylemi; sosyo-ekonomik sınıf, etnik köken, coğrafik yerleşim gözetmeksizin tüm kız ve erkek çocuklarını etkilemektedir. Cinsel istismara karşı alınabilecek en iyi önlem, çocukların çok küçük yaştan itibaren güvenlik, güvenli olmayan insanlar ve güvenli olmayan temaslar konusunda bilgilendirmek ve gerekli eğitim programlarının düzenlenmesini sağlamaktır. Bu eğitim programlarının içerisinde “Çocuklarda Beden Güvenliği” yer almaktadır. Çocuklarda Beden Güvenliği Eğitimi “çocukların cinsel organlarının doğru isimlerini kullanmasına, bedenlerinin onlara özel olduğunun açıklanmasına, güvenli olmayan temas biçimleri hakkında açık konuşulmasına, sezgilerini dinlemeyi öğretmenin önemine, ebeveyn ile çocuk arasında bir parola oluşturulmasına, güvenlik kurallarının herkes için geçerli olduğuna ve söyledikleri için başının derde girmeyeceğine yönelik bilgilendirmeleri içermektedir. Ayrıca gıdıklandırma ya da güzel hissettiren temasın yine de kötü olduğunun, vücudun ve özel bölgelerin fotoğraflarının çekilmesinin ya da gösterilmesinin hiçbir zaman uygun olmadığı, sırlara izin verilmemesinin gerekliliği de vurgulanmaktadır. Hemşirelerin çocuğun sağlığını koruma ve geliştirme rolleri içinde çocuk cinsel istismarını önlemede işlevsel rol alması kaçınılmazdır. Türkiye’de bilimsel temelli olarak çocuğa verilecek olan Beden Güvenliği Eğitimi (Body Safety Training) programı “Cinsel Suistimale Karşı Çocukların Korunmasına Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi” ve “Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi” kararlarının yerine getirilmesi açısından da önemli olduğu göz önüne alınırsa bu konuda eğitim programlarını düzenlenmesi gereklidir.

Anahtar kelimeler: çocuk, beden güvenliği, eğitim programı.

Abstract

Sexual abuse is a traumatic experience leaving deep traces and making changes in their lives in a very deep and irreversible way. Child sexual abuse occurs when sexual activity or behavior towards the child takes place. In the face of this widespread social problem, the vast majority of victims do not come out and share it with anyone. The act of sexual abuse, including exploitation of faith, authority and power affects all girls and boys regardless of socio-economic class, ethnicity or geographical location. The best precaution against sexual abuse is to inform children from a very young age on safety, unsafe people and unsafe contacts, and to arrange the necessary training programs. Among these training programs, Body Safety Training play a big role. Body Safety Training in Children aims to encourage the children to use the correct names of their sexual organs, to explain their bodies are special to them, to talk frankly about unsafe contact forms, to listen to their intuition, to create a password between the child and the parents, to understand that the safety rules apply to everyone and they will not get into trouble when they open up. It is also emphasized that the contact that tickles or feels good is still bad, that it is never appropriate to photograph or show the body and private body parts, and that secrets should not be allowed. It is inevitable that nurses will have a functional role in preventing child sexual abuse within the roles of protecting and improving the health of the child. Given that Body Safety Training to be given to the child as a scientifically-based program is very important for the fulfillment of the purposes of "Council of Europe Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse" and those of "United Nations Children's Rights Charter", it is necessary to schedule training programs on.

Keywords: child, body safety, training program.

NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR VE SUÇ NEUROCOGNITIVE DISORDERS AND CRIME

Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ*

*Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Özet

Yaşlı yetişkinler genel nüfus içinde genellikle 65 yaş ve üstü olarak kabul edilirken, cezaevlerindeki bu kategori 50 yaşında başlamaktadır. Mahkumlar arasında demans yaygınlık tahminleri %1 ile %30 arasındadır. Cezaevlerinde adli psikiyatrik muayeneye gönderilen 60 yaş ve üzerindeki mahkumların oranı %3'ün altındadır. Demans hastalarının işlediği suçlar, önceden planlananlara göre çoğunlukla dürtüseldir, saldırganlık içerir ve genellikle alkolün etkisinde birden fazla şiddet suçu işlemektedirler. Frontotemporal demans'ın suç davranışlarına yatkınlığı tanımlanmıştır. Mahkumlar arasında daha yüksek travmatik beyin hasarları, düşük eğitim durumu ve madde kötüye kullanımı öyküsü, Alzheimer tipi demans (AD) için yüksek risk faktörleridir. AD'li mahkumlarda günlük yaşam aktivitelerini tamamlayamamak, hastalık belirtisi olabileceğinden klinisyenlerin demansı erken bir aşamada doğru bir şekilde tanımlayabilmeleri için, uygun şekilde eğitilmesi gerekmektedir. Yaşlı mahkumlarla tepkisel değil, proaktif yaklaşım, bilişsel bozukluğun erken tespit edilmesini kolaylaştırabilir. Demansı olan mahkumlar, diğer mahkumlar tarafından zorbalık ve mağduriyete karşı da savunmasızdırlar. Demans hastalarının işledikleri suçlara karşı ceza sorumluluğu bulunmamaktadır.

Anahtar kelimeler: Bunama, demans, Alzheimer, bilişsel bozukluklar, suç

Abstract

Elderly adults are generally considered 65 years and over in the general population, while this category in prisons begins at age 50. Estimates of prevalence of dementia among prisoners are between 1% and 30%. The proportion of prisoners aged 60 years and over who are sent to forensic psychiatric examination in prisons is below 3%. The crimes committed by dementia patients are often impulsive, aggressive, and often commit more than one crime under the influence of alcohol. The susceptibility of frontotemporal dementia to criminal behavior has been described. Among the prisoners, higher traumatic brain injuries, lower educational status and a history of substance abuse are high risk factors for Alzheimer's dementia (AD). Inability to complete daily living activities in prisoners with AD may be a symptom of the disease, so clinicians need to be properly trained to accurately identify dementia at an early stage. A proactive approach, not reactive with older prisoners, may facilitate early detection of cognitive impairment. Prisoners with dementia are also vulnerable to abusing and victimization by other prisoners. Dementia patients do not have criminal responsibility for the crimes they commit.

Key words: Dementia, Alzheimer, cognitive disorders, crime

Giriş

“Demans, deliryum, amnestik ve diğer bilişsel bozukluklar” DSM-5’de, “Nörobilişsel bozukluklar” olarak adlandırılmaktadır. Değişik nörobilişsel bozukluklar için tanı ölçütleri, tanımlanan bilişsel alana göre değişmektedir. Demans, herhangi bir psikiyatrik bozukluk veya deliryum ile açıklanamayan, başlangıçtan itibaren işlev düzeyinin azalması ile iş veya normal aktiviteleri etkileyen bilişsel veya nöropsikiyatrik belirtilerin görüldüğü bir yetersizlik durumudur. Doğrudan doğruya bir hastalık tanısı değildir, çok farklı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. En önemli özelliği bellek bozukluğudur. Bellek; kayıt, depolama ve geri çağırma özellikleri zayıfladığı için yeni bilgileri öğrenememekte ya da daha önceden öğrenilen bilgileri unutmaktadır. Frontal lob yürütücü işlevleri sıklıkla bozulur. Bazı demans hastaları, ceza adalet sistemiyle karşı karşıya gelebilecek ciddi davranışsal ve psikolojik belirtilere sahiptir. Öte yandan davranışsal ve psikososyal işlev bozuklukları şiddetli demans ile ilişkilidir (Cipriani, Danti, Carlesı ve Di Fiorino, 2017). Alzheimer Tipi Demans; demans nedenleri

arasında en yaygın olanıdır ve bütün bunamaların %60'ını oluşturur. Bellek ve bütün bilişsel işlevlerde ilerleyici bozulma, yıkım görülür (Özden, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2008, s.485).

Demans-Suç İlişkisi

Dünyanın nüfusu yaşlamaktadır. 2050 yılına gelindiğinde, dünyada 60 yaş ve üzerinde 2.1 milyar civarında insanın olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi olmuştur. Bu çerçevede yaşlı nüfus oranı Türkiye'de son beş yılda %16 artmıştır (www.alomaliye.com). Nüfus projeksiyonlarına göre tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfusun 2023 yılında genel nüfusun %10.6'sını, 2040 yılında %16.3'ünü oluşturacağı tahmin edilmektedir (Varışlı, 2017; www.ntv.com.tr).

Cezaevlerinde mahkumları genç ve yaşlı olarak ayırt etme yaşı 50'dir. Elli yaş ve üstündeki suçlulara "yaşlı tutuklu/ mahkum" denilmektedir (Stocković, 2007). Cezaevlerindeki 55 yaşındaki bir mahkumun bir toplumda yaşayan 65 yaşındaki bireyin fiziksel akranı olduğu düşünülmektedir. Mahkumların toplumda yaşayan akranlarından ortalama 10 yıl daha hızlı yaşlandığı belirtilmekte ve bu durum *cezaevinde hızlandırılmış yaşlanma teorisi* olarak adlandırılmaktadır (Cipriani, Danti, Carlesi ve Fiorino, 2017). Yaşlı mahkumlar cezaevi nüfusunun en hızlı büyüyen grubudur ve hızlandırılmış yaşlanma süreci ile demans gelişimi için yüksek risk altındadırlar (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018; Di Lorito, Vollm ve Dening, 2018). Suç niteliği gösteren davranışlar genellikle genç yaşta başlamaktadır, ancak adli psikiyatri veya adli psikolojide demansın etkisini anlamaya yönelik çalışmalar ile yaşlı mahkumlarla ilgili çalışmalar sınırlıdır. Demanslı yaşlılar bilişsel bozulmalar veya psikiyatrik bozukluklar nedeniyle mahkum edilirken, bazıları da cezaevinde böyle bozukluk tanılarını alabilmektedirler (Cipriani vd., 2017).

Nörobilişsel bozukluklarda suç yaygınlığı

Demans yaşlanma ile ilgili olan, ancak yaşlanmanın doğal bir parçası olmayan bir sendromdur. Demans riski genel popülasyonda 65 yaşından itibaren her beş yılda bir ikiye katlanır. Cezaevi popülasyonlarında demansın görülme sıklığı ve yaygınlığı, bu konuda yapılan çalışmalar sınırlı olduğundan bilinmemektedir (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018; Maschi, Kwak, Ko ve Morrissey, 2012). Yaygınlık tahminleri %1 ile % 18.8 arasındadır ve küçük örneklem büyüklüğü, farklı mahkum gruplarında çalışılması, örneklemi seçmede yanlılık ve standardize edilmemiş değerlendirme araçlarının kullanılması nedeniyle elde edilen bilgiler sınırlıdır. Örneğin; Kısa Kognitif Muayene Değerlendirme aracı kullanılarak bilişsel değerlendirmede bilişsel bozukluk olduğu belirtilenlerin %2'si demans tanısı almıştır. Avrupadaki yaşlı mahkumlarda demans yaygınlığı %2.3 oranındadır (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018; Di Lorito, Vollm ve Dening, 2018).

Daha yeni çalışmalar cezaevlerinde bilişsel bozulma ve demansın sıklığını ve yaygınlığını doğru bir şekilde tanımlamak için belirli bilişsel tarama araçlarının uygulanması gerektiğini vurgulamaktadır. Çeşitli çalışmalarda yaşlı mahkumlarda (≥ 60 yaş) demans %7.5 ile %18.8 arasında değişmektedir (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018; Ekstöm, Lindholm, Majlesi ve Samuelsson, 2017; Fazel ve Grann, 2002; Lewis, Fields ve Rainey, 2006). Yaşlı mahkumlar arasında psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı üzerine yapılan bir derlemede demans yaygınlığı %3.3, bilişsel bozulma %11.8 olarak bildirilmiştir. Bu bulguların toplumda bildirilen oranlara benzer olduğu aktarılmaktadır. Cezaevindeki mahkumlar toplumla karşılaştırıldığında bilişsel bozulma açısından iki kat risk taşımaktadırlar (Di Lorito, Vollm ve Dening, 2018). Ceza infaz kurumlarının ikilemi, demans hastalarının ceza evinde tutularak yasal ihlale yol açmasıdır. Demansın cezaevi nüfusundaki yaygınlığını bilmek; mahkuma cezaevi personeli ve cezaevi hizmetiyle destek sağlamak için esastır (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018).

Nörobilişsel bozuklukları olanların işledikleri suçların özellikleri

Demans hastalarının işlediği suçlar, önceden planlananlara göre çoğunlukla dürtüseldir ve saldırganlık içerir. Prefrontal hasar, saldırgan davranışın alt tipi dürtüsellelikle ilişkilidir ve şiddet suçları için artan risk taşımaktadır (Liljegren vd., 2015). Suç işleyen demans ve diğer bilişsel bozukluklarda alkol kötüye kullanımının yaygın olduğu belirlenmiştir (Ekstöm vd., 2017). Demans hastalarında daha çok teşhircilik, küçük kız ve erkek çocuklarına sataşma,

yangın çıkarma, hırsızlık, müstehcen ve adaba aykırı davranışlarda bulunma görülür. Eş zamanlı psikotik bozukluk yada majör depresyonlu ağır demans olgularında yaralama ya da adam öldürme gibi ağır suçlarda işlenir (Özden, 2015). İşledikleri suçları tuhaf ve anlamsızdır, hastanın yaşı, toplumsal statüsü ile uygun olmadığı gibi kişi bu durumun da farkında değildir. Demans hastalarının suç davranışları; şiddet içeren ve şiddet içermeyen suçlara göre sınıflandırılabilir. Demansı olan hastaların çoğunluğu şiddet içeren eylemlerde bulunmaz, ancak yaklaşık üçte biri saldırgan davranışlarda bulunup ceza adalet sistemiyle karşı karşıya gelebilmektedir (Cipriani vd., 2017). Demans hastaları nadiren adam öldürme suçu işlemektedirler. Bellekte bozulma, yürütücü işlevlerde azalma, yargılama güçlüğü ve konuşma zorlukları gibi nörobilişsel belirtiler bunamanın göstergesidir. Belirtiler, ayrı veya birlikte suç davranışına ve eylemlerine etki edebilmektedir. Bu hastalar ceza gerektiren suçlardan çok alım-satım, evlenme, mal bağışlama gibi hukuki nedenlerle adli psikiyatri alanına girerler (Özden, 2015). Frontotemporal demans (FTD) hastaları pedofili, hırsızlık, cinsel tacizde bulunma ve trafik ihlalleri suçlarını işledikleri bildirilmektedir (Cipriani vd., 2017).

Alzheimer hastalarının yaygın olan yürütme işlevlerinde bozulma nedeniyle suçu organize etme veya planlama olasılığı düşüktür. Bu hastalar hırsızlık suçu işleyebilmektedirler (Ekstöm vd., 2017). Alzheimer tipi Demansı olan hastaları ile diğer demans hastaları bakım verenlere karşı fiziksel saldırganlık gösterebilmektedirler. Ciddi travmatik beyin hasarları, düşük eğitim durumu ve madde kötüye kullanımı öyküsü, AD için ek yüksek risk faktörleridir (Barnes vd., 2009; Simmons vd., 2011; Williams vd., 2012). Adli psikiyatrik muayenelerde çok az hastaya demans tanısı konmaktadır (Ekstöm vd., 2017). Demanslı kişiler suça karıştığı pek çok durumu tam olarak anlamamaktadır. Genellikle de pek çok dava mahkemeye çıkmamaktadır.

Demanslı yaşlı mahkumlar şiddet mağduru olma riski de taşımaktadırlar. Özellikle diğer mahkumlar tarafından cinsel taciz ve zorbalık için risk altındadırlar (Treacy, Haggith, Wickramasinghe ve Bortel, 2019). Bu durum bu popülasyonda erken tanı ve acil müdahaleyi gerektirmektedir (Barnes vd., 2009; Simmons, Hartmann ve De Joseph, 2011).

Nörobilişsel bozukluğu olan mahkumların cezaevlerinde değerlendirilmesi

Toplumda AD ve diğer bunamalara ilişkin farkındalık yüksek iken cezaevlerinde demans yaygınlığı konusunda çok az farkındalık vardır. Yaşlı mahkumlar toplumdaki yaşlı insanlara benzer oranlarda olmasına rağmen, toplumda yaşayan demans hastaları için var olan sağlık hizmetleri ve sosyal hizmet girişimlerinin karşılaştırıldığında ihmal edildiği söylenebilir (Di Lorito, Vollm ve Dening, 2018). Bu durum cezaevlerinde bakım yükü oluşturacak bunama hastalarının artacağı anlamına gelmektedir (Maschi vd., 2012).

Ceza infaz kurumları, sağlık hizmetleri vermek için gerekli donanımına sahip personel dahil gerekli tıbbi cihazlardan yoksun yerlerdir. Bu nedenle cezaevinde demansın erken teşhisi neredeyse imkansızdır. Ceza infaz kurumlarındaki sağlık ve sosyal bakım hizmeti mahkumların ruhsal ve fiziksel sağlığına odaklanmıştır (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018). Ancak hiçbirinin demansın erken belirtileri tanımak için yeterli eğitimleri yoktur. Bu açıdan ceza infaz kurumları, sağlık hizmetleri vermek için gerekli donanımına sahip personel dahil gerekli tıbbi cihazlardan yoksun yerlerdir ve cezaevinde demansın erken teşhisi neredeyse imkansızdır. Özellikle mahkumun uzun süreli rutin yaşamı, erken belirtileri maskeleyebilir. AD'nın genellikle erken evrelerinde günlük aktivitelerinde bozulma görülür. Alışveriş yapma, yemek pişirme, para harcama ve araba kullanma gibi günlük aktivitelerden söz edilmektedir. Cezaevlerindeki mahkumlar için “*günlük yaşam aktiviteleri*” 1) alarm çaldığında yere eğilmek; 2) sayımlarda ayakta durmak; 3) yemek için yemekhane salonuna gitmek; 4) cezaevi personelinin emirlerini dinlemek ve 5) üst ranzadan aşağı yukarı inip çıkmak olarak tanımlanmaktadır (Williams vd., 2006). Korunmasız mahkumların tespit edilmesinin önemi, istenmeyen disiplin cezalarını ve mağduriyeti önlemektir Demanslı mahkumlar için disiplin cezaları, kontrollerde ve / veya cezaevi rutinine uymamanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018). Bu açıdan günlük yaşam aktivitelerini tamamlayamamak, nörobilişsel bozuklukların belirtisi olabileceğinden cezaevi sağlık personelinin demansı erken bir aşamada doğru bir şekilde tanımlayabilmeleri ve belirtileri doğru tanımları açısından eğitilmesi gerekmektedir. Ayrıca nörolog ve psikiyatristler için geliştirilen klinik demans

protokollü yaşlı mahkumlarda demansı tanılama ve tedavisine yardımcı olacaktır (Feczko, 2014).

Demanstan şüphelenilen bir hastayı değerlendirirken, hastadan ve bir aile üyesi veya bakıcı gibi güvenilir bir bilgi kaynağından bilgi toplanmalıdır. Ayrıca infaz koruma memurlarından, mahkumların hücre arkadaşlarından, avukatlarından veya mahkumun düzenli olarak etkileşimde bulunduğu herhangi birinden de bilgi edinilebilir (Maschi vd., 2012). Başlangıcı, ilerleme hızı ve mahkumların günlük aktiviteleri, bozukluğunun kapsamı gibi eldeki bilişsel bozukluklara odaklanılmalıdır. Hastanın başlangıçtaki nörobilişsel bozukluğunun tam olarak anlaşılması, klinisyenin önemli değişiklikleri fark etme yeteneği çok önemlidir (Cipriani vd., 2017). Dürtü kontrolünde güçlük frontotemporal demansı düşündürmelidir (Simmons vd., 2011). Görsel varsanılarla ilgili herhangi bir durum, Lewy cisimcikli deması düşünmeye itmelidir, ancak cezaevi ortamında yalnız olmakta bu belirtilere yol açabileceği unutulmamalıdır (Grassian, 2008).

Tüm 50 yaşın üzerindeki mahkumların sağlık kontrollerinde bilişsel bozukluklar mutlaka bilişsel testlerle değerlendirilmelidir. Eğitim düzeyi ve kullandığı ana dilinin bilişsel test sonuçlarını etkilediği akıldaki tutulmalıdır. Bilişsel bozukluğu değerlendirmek için genellikle Mini Mental Durum Muayenesi veya Montreal Bilişsel Değerlendirmesi gibi çeşitli geçerli ve güvenilir tarama araçlarından yararlanılmaktadır (McKhann vd., 2011; Williams vd., 2012). Cezaevlerde bulunmak psikolojik iyi oluşu olumsuz etkilediği için mahkumlar depresyon riski de taşımaktadırlar (Gibbs, 1991). Bu nedenle bilişsel bozukluğun değerlendirilmesine ilaveten depresyon taranması da yapılmalıdır (Simmons vd., 2011). Bunların yanı sıra klinisyenler hastaları fiziksel, psikiyatrik ve nörolojik (hipotiroidizm, depresyon veya diğer psikiyatrik bozukluklar, felç, parkinson hastalığı gibi aktif nörolojik hastalıklar ve psikoaktif madde kullanım öyküsü) açıdan çok yönlü değerlendirmelidir (Cipriani vd., 2017; McKhann vd., 2011; Simmons vd., 2011). Tüm şüpheli demans hastalarının rutin başlangıç değerlendirmesinde; başın bilgisayarlı tomografisi veya manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) önerilmektedir. Bu tür testlerin yapılması çoğunlukla cezaevinde mümkün olmadığından cezaevi dışında hastanelere gönderilmektedir (Felczko, 2014).

Tedavide farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımlar kullanılmaktadır. Demans için farmakolojik tedavi sınırlıdır. Donepezilin, demansın tüm evreleri için uygun olduğu bildirilmektedir (Felczko, 2014). Farmakolojik tedaviye yanı sıra çoklu farmakolojik olmayan müdahalelerden olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Davranışı şekillendirme; planlı tualete gitme, idrar kaçırma etkin bir şekilde azaltılabilir. Bulunulan ortamının düşük aydınlatılması, müzik ve taklit edilmiş doğa sesleri aracılığıyla düzenlenmesi ajitasyonu azaltmada etkilidir (Doody vd., 2003). Mahkumların günlük aktiviteleri için cezaevlerinin demans hastalarına uygun hale getirilmesi çok önemlidir. Sağlık personeli diğer personellerle işbirliği yapmalıdırlar. Cezaevi personeli ile sağlık hizmetleri arasında iletişim eksikliği olduğunda, yaşlı mahkumların tedavi ve bakıma erişmesi gecikmektedir. Ayrıca mahkumların günlük aktivitelerinde zorlanmaları karşısında cezaevinde işitme ve görme bozukluğu olanlar için uygun ışıklandırmanın ve büyük harfli işaretlerin yerleştirilmesi, mahkumlara verilen yönergelerin düzenlenmesi, kural ve yönetmelikler hakkındaki bilgi sahibi olmalarına yardımcı olabilir. Yanı sıra erişilebilir duşların yerleştirilmesi, mahkumların yardım olmadan güvenli bir biçimde banyo yapmalarını kolaylaştırır (Felczko, 2014).

Ceza adalet sisteminde mahkumların rehabilitasyonuna odaklanmasına karşılık, demanslı yaşlı mahkumlara yönelik farklı sağlık hizmetlerine de yer verilmelidir. Yaşlanan mahkumların çeşitli ihtiyaçlarına odaklanmış yenilikçi programlar geliştirilmelidir. Örneğin; Kaliforniya'da bir cezaevinde bir akran destek modeli geliştirilerek kendi bunama hastalarını korumaktadırlar. Alzheimer Derneği, erken demans belirtilerini tanımak ve AD hastalığında hastalığın ilerledikçe temel bakımı sağlaması için iyi davranış gösteren az sayıda mahkuma eğitim vererek "Altın çeket" ünvanını vermişlerdir (Belluck, 2012). Bu programın mahkumların ajitasyon ve davranış sorunlarını azalttığı belirlenmiştir (Felczko, 2014).

Hem demansın hem de ömür boyu mahkumiyetin yüksek yaygınlığı göz önüne alındığında, demans kaçınılmaz olarak cezaevleri içindeki binlerce erkek ve kadın mahkum için ölüm sebebi olacaktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde Eski Mahkumlar Projesi (EMP), 55

yaşından büyükler için hapis cezası, şartlı tahliye veya alternatif hapis biçimleri elde etmek için çalışılmaktadır (Maschi vd., 2012). Mahkumlara kalifiye hemşirelik hizmetleri EMP gibi programlar ile verilmelidir. Demanslı yaşlı mahkumların serbest bırakılmadan önce toplumda bakımının kesintisiz devam etmesi sağlanmalıdır. Mahkumları gerekli destek olmaksızın topluma geri bırakan aceleci yaklaşımların önlenmesi gereklidir (Williams vd., 2012).

Nörobilişsel Bozukluklarda Ceza Sorumluluğu

Nörobilişsel bozuklukların en önemli belirtisi bellek bozukluğu olduğu için genellikle işledikleri suçları sonrasında inkar ederler. Türk Ceza Kanununun 32.'inci maddesinde; "akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarının algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azaldığı için kişiye ceza verilmez" hükmüne göre demans hastalarının işledikleri suçlara karşı ceza sorumluluğu bulunmamaktadır. Ancak Türk Ceza Kanununun (TCK) 57. Maddesine göre haklarında akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri uygulanır. Yüksek güvenlikli hastanelerde tedavi ve korumaya alınırlar. Bir hastaya demans tanısı konmuş ise sorun yoktur, ancak demansın başlangıç aşamasında ceza sorumluluğunun belirlenmesi güç olmaktadır. Bu açıdan dosya kayıtları, klinik değerlendirme ve psikometrik değerlendirmeden yararlanılır. Kişiye cezasını çekerken demans tanısı konmuş ise cezasını ertelenmesine gidilir. Bu kişi TCK'nun 57. Maddesine göre bir akıl hastanesinde tedavi altına alınır. Hastanede kaldığı süre cezasından indirilir (Özden, 2015). Bu hastalar gözetim altında tutulmalı ve cezaevi yerine bakım uygulamalarına yönlendirilmelidir (Ekstöm vd., 2017).

Sonuç olarak artan sayıda yaşlı mahkum, bilişsel bozulma, demans ve bunama açısından risk grubudur. Cezaevi ortamında demanslı insanlar için tarama, düzenli değerlendirme ve sağlığı koruma faaliyetleri için programlar geliştirmeye ve uygulamaya için acil ihtiyaç vardır. Bu cezaevi, sağlık ve sosyal bakım personeli, bilişsel bozukluğu tanımak ve çok disiplinli takım içinde ortaklaşa çalışmak için gerekli becerilere sahipse etkili olacaktır. Demansın cezaevi nüfusu üzerindeki etkisi büyük ölçüde açıklanamadan ve keşfedilmemiş olarak kalmaktadır (Brooke, Diaz-Gil ve Jackson, 2018). Demans hastaları, hastalıkları farkedilmeden yıllarca ceza evinde kalabilmektedir. Bu açıdan cezaevleri demansı olan onlarca yaşlı yetişkin için istem dışı olarak bakıcı konumundadır (Cipriani vd., 2017; Treacy, Haggith, Wickramasinghe ve Bortel, 2019).

Kaynaklar

- Barnes, D. E., Covinsky, K. E., Whitmer, R. A., Kuller, L. H., Lopez, O. L., & Yaffe, K. (2009). Predicting risk of dementia in older adults: The late-life dementia risk index. *Neurology*, 73(3), 173-179. doi:10.1212/wnl.0b013e3181a81636
- Belluck, P. (2012). Life with dementia. The New York Times. <http://www.nytimes.com>
- Brooke, J., Diaz-Gil, A., & Jackson, D. (2018). The impact of dementia in the prison setting: A systematic review. *Dementia*, 147130121880171. doi: 10.1177/1471301218801715
- Cipriani, G., Danti, S., Carlesi, C., & Fiorino, M. (2017). Old and dangerous: Prison and dementia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 51, 40-44. doi:10.1016/j.jflm.2017.07.004.
- Di Lorito, C., Vollm, B., & Denning, T. (2018). Psychiatric disorders among older prisoners: A systematic review and comparison study against older people in the community. *Aging and Mental Health*, 22(1), 1-10.
- Doody, R. S., Stevens, J.C., Beck, C. Dubinsky, R.M., Kaye, J.A., Gwyther, L., & Cummings, J.L. (2003). Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review): Report of the quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1154-1166. doi:10.1212/WNL.56.9.1154
- Ekström, A., Kristiansson, M., & Björkstén, K.S. (2017). Dementia and cognitive disorder identified at a forensic psychiatric examination - a study from Sweden. *BMC Geriatrics*, 17,219. doi:10.1186/s12877-017-0614-1
- Fazel, S., & Grann, M. (2002). Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 907-913. doi: 10.1002/gps.715

- Felczko, A. (2014). Dementia in the incarcerated elderly adult: Innovative solutions to promote quality care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26, 640–648. doi:10.1002/2327-6924.12189
- Gibbs, J. J. (1991). Environmental Congruence and Symptoms of Psychopathology. *Criminal Justice and Behavior*, 18(3), 351-374. doi:10.1177/0093854891018003007
- Grassian, S. (2008). Neuropsychiatric effects of solitary confinement. In A. E. Ojeda (Ed.), *The trauma of psychological torture* (pp. 113–126). Westport, CT: Praeger/Greenwood Publishing Group.
- Lewis, C.F., Fields, C., & Rainey, E. (2006). A study of geriatric forensic evaluatees: Who are the violent elderly? *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(3), 324–332.
- Maschi, T., Kwak, J., Ko, E., & Morrissey, M.B. (2012). Forget me not: Dementia in prison. *Gerontologist*, 52(4), 441–451. doi:10.1093/geront/gnr131
- McKhann, G.M., Knopman, D.S., Chertkow, H., Hyman, B.T., Jack, C.R., Kawas, C.H., & Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dementia*, 7(3), 263–269. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005
- Özden, S.Y. (2015). *Adli Psikiyatri. Gözden Geçirilmiş 2. Basım*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* . 14. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık, s. 485.
- Simmons, B., Hartmann, B., & DeJoseph, D. (2011). Evaluation of suspected dementia. *American Family Physician*, 84(8), 895–902.
- Stojkovic, S. (2007). Elderly prisoners: a growing and forgotten group within correctional systems vulnerable to elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 19(3-4), 97-117, doi:10.1300/J084v19n03_06
- Treacy, S., Haggith, A., Wickramasinghe, N. D., & Bortel, T. V. (2019). Dementia-friendly prisons: a mixed-methods evaluation of the application of dementia-friendly community principles to two prisons in England. *BMJ Open*, 9(8). doi: 10.1136/bmjopen-2019-030087
- Varışlı, B. (2017). Türkiye’de yaşlanma ve demografi. *Gerontoloji* (Ed. İ. Turan ve M. Durak)Ankara: Nobel yayın, 27-35.
- Williams, B. A., Stern, M. F., Mellow, J., Safer, M., & Greifinger, R. B. (2012). Aging in Correctional Custody: Setting a Policy Agenda for Older Prisoner Health Care. *American Journal of Public Health*, 102(8), 1475-1481. doi:10.2105/ajph.2012.300704
- www.alomaliye.com/2019/03/18/2018-istatistiklerle-yasli-lar/(Erişim Tarihi: 29.10.2019)

SOSYAL HİZMET EĞİTİMİNDE ADLİ BİLİMLERİN ÖNEMİ Prof.Dr. Eda PURUTÇUOĞLU*

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Özet

Sosyal hizmet mesleğinin doğuşundan itibaren sosyal hizmet uzmanları, toplumda sıklıkla ihmal edilen grupların sosyal koşullarını iyileştirmek ve yasal savunuculuklarını yapmak üzere çalışmaktadırlar. Bu durumda, sosyal hizmet, çoğu zaman bir insan hakları mesleği olarak da adlandırılır. Mesleğin temel örgütlenme ilke ve uygulamaları, “her insanın kendine özgü değerini onurlandırmak” gibi insan hakları felsefesi ile uyumludur. Aynı zamanda insanın gelişimini ve güvenliğini sağlayan, eşitlikçi sosyal yapıları destekleyen bireysel ve kolektif eylemleri de kullanır. Dünyada sosyal hizmet eğitiminin verilmeye başlamasından bu yana “adli bilimler”in mesleğin ve disiplinin içinde yer aldığı ancak bir bölümünü oluşturduğu söylenebilir. Sosyal hizmet eğitim programlarında adli bilimlere ilişkin kısıtlı dersler verilmekte ve çok az sayıda kurs programı kapsamlı olarak ceza adaletine/adli bilimlere odaklanmaktadır. Dolayısıyla sosyal hizmet eğitiminin sosyal hizmet öğrencilerini adli sosyal hizmet uygulamaları ile ilgili her türlü konuda bilgilendirmeyi içermesi ve bu anlamda rol alması gereği açıkça ortadadır. Sosyal Hizmet Eğitimi Konseyi’nin (CSWE) 2008 Eğitim Politikası, sosyal hizmet uzmanlarının adli sosyal hizmetin hedefleri ile tutarlı olan beşeri, sosyal ve ekonomik adaleti sağlama konularında tam yetkin olmalarını beklemektedir. Bu noktada, adli sosyal hizmet eğitiminin tam donanımlı olabilmesi için saha temelli eğitim ve araştırma ile sıkı bir akademik temelli eğitime ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adli sosyal hizmet, adli bilim, sosyal hizmet eğitimi.

Abstract

Since the birth of the social work profession, social workers have been working to improve the social conditions and try to make the legal advocacy of the neglected groups in society. In this case, social work is often referred to as a human rights profession. The basic organizational principles and practices of the profession is compatible with human rights philosophy such as “honoring the unique value of each person”. At the same time, it uses individual and collective actions promoting the human development and the security, and supporting the egalitarian social structures. Since the beginning of social work education in the world, it can be said that forensic sciences have been included in the profession and discipline, but it is a small part of it. There are limited courses in forensic sciences in social work education programs, and very few courses focus extensively on criminal justice / forensic sciences. Therefore, it is evident that social work education should include and inform social work students about all kinds of issues related to forensic social work practices. The 2008 Education Policy of the Council for Social Work Education expects social workers to be fully competent in ensuring human, social and economic justice consistent with the objectives of forensic social work. At this point, For forensic social work education to be fully equipped, field-based education and research, and strict academic-based education are needed.

Key Words: Forensic social work, forensic science, social work education

ADLİ SOSYAL HİZMETİN ÇALIŞMA ALANLARI WORKING FIELDS OF FORENSIC SOCIAL WORK

Prof.Dr. Zeynep TEZEL*

*Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Özet

Sosyal Çalışma, temel insan hakları ve sosyal adalet prensipleri üzerine kurulu olan; bireysel, kurumsal, sosyal ve kültürel düzeylerde değişim sağlanmasını kolaylaştırmak için kuramlara başvuran, mesleki prensiplerinin kolektif sorumluluk ve farklılıklara saygı prensiplerine bağlı kalarak bireylerle ve kurumlarla çalışan, problem çözme yerine “sosyal uyum” kavramını benimseyen bir disiplindir. Adli sosyal hizmet; adli alanda planlanan ve yürütülen sosyal hizmet ile sosyal hizmet alanlarında ortaya çıkan adli olgularla ilgili yapılan çalışmalardır. Adli sosyal çalışma kapsamında çocuklar, aileler, tutuklu ve hükümlüler, mağdurlar ve bu grupların sosyal çevreleri yer almaktadır. Bu çalışmada adli sosyal hizmet alanında uygulamalara ilişkin düzenlemelerin yapıldığı mevzuat kapsamında; Aile Mahkemesi, Çocuk Mahkemesi, Denetimli Serbestlik ve Ceza İnfaz Kurumları’nda gerçekleştirilen adli sosyal hizmet uygulamalarına ve sahada çalışma yapan sosyal çalışmacıların görev ve sorumlulukları tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: adli sosyal hizmet, sosyal çalışmacı, adli sosyal hizmet uygulamaları

Abstract

Social Work is based on basic human rights and social justice principles. It applies to theories to facilitate change at the individual, institutional, social and cultural levels and works with individuals and institutions adhering to professional principles, ethical principles and values, and adopts the concept of social adaptation. Forensic social work; It is planned and carried out in the forensic field and carries out studies on forensic cases that occur in the fields of social work. Forensic social work includes children, families, detainees and convicts, victims and the social environment of these groups. In this study, within the scope of the legislation on the regulations related to the applications in the field of judicial social work; Forensic social work practices in Family Court, Juvenile Court, Probation and Prison Institutions and duties and responsibilities of social workers working in the field will be discussed.

Key words: forensic social work, social worker, forensic social work practices

YAŞLILARA YÖNELİK BİR AYRIMCILIK ALANI OLARAK GÖRSEL MEDYA VISUAL MEDIA AS A DISCRIMINATION AREA FOR THE ELDERLY

Doç. Dr. Aysel GÜNİNDİ ERSÖZ*

* Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

Özet

65 yaş üstü nüfus yaşı olarak kabul edilmekte ve toplam nüfus içindeki oranları hızla artış göstermektedir. Bireyler yaşlarının artmasıyla birlikte psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişimlere uğramakta, bu değişimler onlara yönelik ayrımcılıkların nedenini oluşturmaktadır. Yaşlılara yönelik ayrımcılık yapan ve ön yargıları besleyen kurumlardan birisi de medyadır. Medya hem yaşlıları yeterince temsil etmemekte, hem de olumsuz temsil etmektedir. Bu yönüyle medya yaşlılara yönelik ayrımcılık ve ön yargıları hem pekiştirmekte hemde sürdürüp gitmesine katkıda bulunmaktadır. Haberlerde daha çok mağdur olduklarında yer bulabilen yaşlı nüfus, reklamlarda sınırlı sayıda ürünün reklamında yer almakta, dizi filmlerde ise, işe yaramaz, sakar, cimri vb. ön yargılarla temsil edilmektedir. Çalışmada görsel medya unsurlarından olan televizyonda yaşlıların sunulma biçimi üzerine teorik bir tartışma yapılmakta ve öneriler geliştirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaş ayrımcılığı, medya, medyada yaş ayrımcılığı

Abstract

Population over 65 years of age is considered to be elderly and their proportion within the total population is increasing rapidly. Individuals undergo psychological, physiological and social changes with increasing age, and these changes constitute the cause of discrimination against them. One of the institutions that discriminate against older people and feed prejudices is the media. The media does not only adequately represent the elderly, but also represents them in a negative way. In this respect, the media both reinforces discrimination and prejudices against the elderly and it contributes to the perpetuation of the negative dimensions. The elderly population can find a place then mostly as victims, and the elderly are included in a limited number of advertisements. In the soap operas the elderly are again approached with prejudice as they are represented as idle, clumsy, and ungenerous. In this study, a theoretical discussion is made about the way the elderly are presented on television, which is one of the visual media elements, and suggestions are developed.

KeyWords: Aging, agediscrimination, media, agediscrimination in media

Giriş

Biyolojik, kronolojik ve sosyal yönden ele alınarak tanımlanan yaşlılık, insan yaşamının bir dönemi olarak değerlendirilmektedir. Demografik veriler toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun oranının gittikçe artmakta olduğunu ve daha da artacağını göstermektedir. Kültürel anlamlarla yüklü olan yaşlılık algısı toplumlar arasında farklılık göstermektedir. Yaşlılık yaşamın sonuna daha fazla yaklaşıldığı bir dönem olarak ifade edilmekte, bu da yaşlı bireylerin sosyal yaşamdan elini ayağını çekmesi beklentisini yaratmaktadır. Bizim kültürümüzün işine yerleşik olan “yaş yetmiş iş bitmiş” atasözü aslında bireylerin yaşlılara bakışının bir özeti gibidir. Bu algının bir sonucu olarak, gündelik hayatta yaşlılar çeşitli ayrımcılık ve ön yargılarla karşılaşmaktadırlar. Sosyal dışlanma üzerine yapılan çalışmalar da yaşlıların sosyal dışlanma konusunda dezavantajlı gruplardan olduklarını göstermektedir. Yaşlı bireyler, sosyal ilişkilerden, kültürel ve toplumsal faaliyetlerden, temel hizmetlere erişimden ve yakın çevreden dışlanma yaşamaktadırlar. Yaşlılık döneminin temel özellikleri arasında yer alan, düşük yaşam standardı; güvenlik eksikliği, diğerleri tarafından değerli kabul edilen faaliyetlerin içinde yer alamama, karar verme gücünde eksiklik, aile, arkadaş ve daha geniş toplum ile temas eksikliği vb. nedenlerden ötürü sosyal dışlanma yaşamakta, ayrımcılık ve ön yargılara maruz kalmaktadırlar.

Yaşlı nüfusun ayrımcılık yaşadığı ve ön yargılarla karşılaştığı alanlardan birisi de kitle iletişim araçları, özellikle de görsel medyadır. Yapılan çalışmalar toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusun oransal olarak oldukça az yer bulduğunu göstermektedir. Yaşlılar medya da temsil edildiğinde ise olumsuz, eksik veya yanlış temsil edilmektedir. Genç ve yakışıklı/güzel bedenleri ürünü daha yüksek bir oranda sattırabildiği için yaşlı ve artık güzelliğini/yakışıklılığını kaybetmiş belki de deforme olmuş bedenler özellikle reklamlarda yer bulmamaktadır. Reklamlarda yaşlılar zengin ve gençleri anlamayan kişiler olarak sunulmaktadır. Yine, komedi dizilerinde yaşlılar bir köşede oturan hiçbir işe yaramayan, sakarlıklarıyla, anlayışsızlıklarıyla yeni nesli anlamayan kişiler olarak gösterilmektedirler. Haber programlarında yaşlılar genellikle mağdur kimlikleri ile habere konu olmaktadır. Yaşlılara ilişkin haberler verilirken, çoğunlukla yaşlılar, “zamanı öldürürken” yani kahvehanede, parklarda veya tavla oynarken gösterilmektedir. Bu kapsamda çalışmanın amacı; yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı kavramları üzerinden televizyonlarda yaşlıların sunulma biçimi üzerine bir değerlendirme yapmaktır.

1.Yaşlı Ve Yaşlılık Kavramları

İrk, etnisite ve cinsiyet gibi yaş da sosyal bir sıralama ölçütüdür. Yaşa göre tabakalaşma ise zenginlik, güç ve ayrıcalıkların, yaşam döngüsünün farklı aşamasındaki insanlar arasında eşit olarak dağılmadığı anlamına gelmektedir. Tüm dünyada ortalama yaşam beklentisi yükselmekte, buna paralel olarak toplam nüfus içinde yaşlıların oranı artmaktadır. Yaşlı nüfus sayısı da artınca beraberinde birçok tartışmayı gündeme getirmektedir. Bu temel tartışmalar arasında yaşlı tanımı da yani kimin yaşlı olarak tanımlanacağı konusu da bulunmaktadır.

Yaşlanma tanımlanırken; kronolojik, biyolojik, sosyal/toplumsal ve psikolojik yaşlanma olarak ele alınmaktadır. Kronolojik yaşlanma tanımına göre yaşlılığın başlangıcı 65 yaş olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütünce 65-75 yaş arasındaki bireyler “genç yaşlı”, 75-85 yaş aralığındaki bireyler “yaşlı” ve 85 yaşın üstündeki bireylerde “ihtiyar yaşlı” olarak sınıflandırılmaktadır. Biyolojik/fizyolojik yaşlanma vücut organlarındaki (duyu kayıpları) ve vücut sistemindeki yapısal ve işlevsel değişimler olduğu anlamına gelir. Psikolojik yaşlılık kişinin kronolojik yaşının ilerlemesi sonucu bellek, zekâ, becerisi ve öğrenme alanlarında yaşanan zorluklar üzerinden tanımlanmaktadır. Yaşlılık dönemiyle duyu motor koordinasyon becerilerinde düşüş yaşanmakta, öğrenme ve hızlı düşünme becerilerinde düşmeler olmaktadır. Sosyal yaşlanma ise statü ve rol kayıplarının bir sonucu olarak yaşamdan geri çekilme ve çevresindekilerin onun yaşlı olduğunu fark ettirecek şekilde davranmaları ile oluşmaktadır (Görgün Baran, 2005: 27-28). Yaşlanmanın sosyolojik anlamı insanların kronolojik yaşları arttıkça onları etkileyen biyolojik, psikolojik ve toplumsal süreçlerin birleşiminden oluşmasıdır. Özellikle sosyal olanda normlar, değerler ve rol beklentilerinde değişiklikler olmaktadır. Rol beklentileri, bireyin kişisel kimliğinin temel bir kaynağı olduğu için rol kayıpları kendine güvenin kaybına ve kendini toplumdan izole etmeye yol açabilmektedir.

Yaşlı nüfusun artmasına paralel ise bununla ilgili bir bilim dalı olarak gerontoloji ortaya çıkmıştır. Gerontoloji yaşlanmanın ve yaşlılığın bedensel, psikik, sosyal, tarihsel ve kültürel yönlerinin tanımı, açıklaması ve modifikasyonu ile ilgilenmektedir. Çok farklı disiplinlerin birlikteliğinden doğan bilim dalı başta aktif yaşlanma, başarılı yaşlanma, yaratıcılık ve yaşlılıkta gündelik yaşamdaki düzen konularında çalışmaktadır (Canatan, 2008: 18).

Yaş ayrımcılığı da aynen ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi bir ayrımcılık türü olup, sadece daha yaşlı oldukları için insanları sistemli ayrıma tabi tutma ve kalıplara sokma sürecidir. Yaş ayrımcılığı; yaşlıların bağımlı ve bakıma muhtaç olarak algılanması, yaşlıların muhatap kabul edilmemesi, yaşlıların söz ve kararlarının dikkate alınmaması, sosyal hayattan dışlanmaları ve istismar edilmeleri gibi birçok sonuca yol açmaktadır (Buz, 2015: 270-271).

Yaş ayrımcılığının gündelik dildeki karşılığı; yaşlılara alıngan, unutkan, kinci, cimri, muhafazakâr, bunak, moruk, yavaş, pasif, çocuklaşmış, işe yaramaz vb. yaftalar yapıştırma. Yaşlılar bu nedenle cinsel, fiziksel ve ekonomik istismara uğramakta, sosyal hayattan dışlanmaktadır.

II. Medya Ve Yaşlılık

Yaş ayrımcılığı herhangi bir ön yargı veya ayrımcılıkla belli bir yaş grubuna özellikle yaşlılara karşı ya da yanında yer almayı ifade eder(Canatan,2008:129). Yaş ayrımcılığının en bariz yaşandığı alanlardan birisi televizyonlardır. Televizyonlarda yaşlılar nerdeyse hiç görünmezler. Yaşlılık tanımı ise oldukça gelenekseldir. Örneğin “57 yaşındaki yaşlı kadın çocukları tarafından sokağa terk edildi veya çocukları ihmal ediyor” gibi haberler verilirken, yaşlılık kronolojik olarak tanımlanmakta ve yaşlılık başlangıcı aşağıya çekilmektedir. Yaşlılık çoğunlukla pasif, hatta işe yaramaz olmak anlamına gelmektedir. Görsel medya’nınyaşlı tanımı, yaşlıların mağdur kimlikleri ile yer almasına zemin hazırlamaktadır.

Örneğin, Mizah dergilerinde yaşlıların sunulma biçimleri üzerine yapılan bir çalışmanın bulgularına göre, bir yıl içerisinde sadece 94 karikatürde yer alması yaşlıların yetersiz temsil edildiğinin göstergesi olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre; karikatürlerde yaşlıların çoğunlukla olumsuz temsil edildiği ortaya çıkmıştır. Mizah yoluyla yaşlıların“eski, yalnız, yoksul, sağlıksız, mağdur, dindar, verimsiz, muhtaç, bunak, iktidarsız” olduklarına yönelik mitlerin pekiştirdiği görülmüştür. Yaşlıların bakım, sağlık ve ekonomik sorunlarına ise karikatürlerde hiç değinilmemiştir(Demir,2017:71).

Türk sineması üzerine yapılan çalışmalarda benzer bir şekilde yaşlıların görmezden gelindiğini göstermektedir. Türk sinemasındayaşlıların nasıl yer bulduğuna ilişkin yapılan tarihsel karşılaştırmalı bir çalışmada,1990 öncesi Türk sinemasında yaşlılarındaha çok yardımcı rollerde ve şerefli aile babası, adaletli hâkim, kötü kayıvalide ve kurnaz bakkal gibi kimliklerle var olabildikleri bulgusuna ulaşılmıştır. 1990 sonrası sinema filmlerinde ise ağırlıklı olarak;bilge yaşlı, olumsuz yaşlı, huysuz yaşlı, muhtaç yaşlı ve muhafazakâr yaşlı tipleri yer almıştır.İncelenen filmlerin genelinde yaşlı karakterlerin sağlık durumları kötüye gitmekte, bazıları ölürken, diğerleri yaşamlarına hasta olarak devam etmektedir. Söz konusu karakterler fizyolojik olarak değişime uğramış olup, hareketleri ise yavaşlamıştır. Aile bireyleri ve yakın çevreleriyle sorun yaşayan yaşlı karakterler, yalnızlığa mahkûm bir şekilde ya da kendi yaş grubundan oluşan yaşlılarla bir alt kültür grubu oluşturarak varlıklarını korumaya çalışmaktadırlar(Kuruoğlu ve Salman,2017:20-21).

Türkiye, Rusya ve Kırgızistan gazetelerinde yaşlılarla ilgili haberlerin nasıl sunulduğu ve yaşlılığın nasıl temsil edildiği sorusuna yanıt aranan bir araştırma kapsamında elde edilen bulguların bütünü açısından bakıldığında da, yaşlılığın daha çok bir sorun alanı olarak algılandığı ve yaşlıların çeşitli sorunlarıyla temsil edildiği görülmektedir. Yaşlılara yönelik gazete haberlerinde sosyal hizmet ve emeklilik konuları öne çıkmaktadır. Yaşlılar, aktif sosyal yaşamdan geri çekilmiş, yardıma muhtaç, toplumdan izole, hasta ve yalnız insanlar olarak temsil edilmişlerdir. Haberlerde, yaşlılara yönelik ayrımcılık ve ön yargılar konusuna hiç değinilmemiştir. Sonuçta, yaşlı insanların bağımlı, yoksul, fiziksel ve zihinsel olarak zayıf düşmüş insanlar olarak temsil edildiği bunun da olumsuz stereotipleri pekiştirme riskine dikkat çekilmiştir.(Yoğurtcu,2019:1062-1063).

Kısaca medya yaşlılık dönemini bir sorun olarak algılamakta, yaşlılığın yaşam standardında bir düşüş, çöküntü, zayıflık, çaresizlik, yalnızlık ve bağımlılık demek olduğu yolundaki ön yargılar haberler, mizah, reklamlar, sinema ve dizi filmler vb.kültürel ürünler aracılığıyla pekiştirilmektedir.

2.1. Haberlerde Yaşlılık

Yaşlı sorunları televizyon programlarında yer bulmadığı gibi yaşlıların televizyonlarda yer alabilmesi için mağdur olması(örneğin parasının ve kimlik bilgilerinin çalınması, çocukları tarafından ihmal ve istismar edilmesi, vb.), yani, yaşadıkları ekonomik zorluklar konusunda haber programlarının ilgisini çekebilmektedirler. Bu tür haberler sunulurken haberin arka planında yaşlılar parklarda, kahvehanelerde boş boş otururken veya tavla oynarken gösterilmektedir. Bu yolla televizyonlar yaşlı nüfusun üretmediğini, yaşamın bu aşamasının aylıklık olduğu yargısını pekiştirmekte ve ayrımcılığı ve ön yargıları güçlendirmektedir. Oysa tüm dünya ile birlikte ülkemizde de tartışılan ve “ yaşlı nüfusun yaşam kalitesini yükseltmek için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarının en faydalı hale getirilmesi yani aktif yaşlanma konusu ise haber olarak değeri bulmamaktadır.

2.2 Dizi Filmlerde Yaşlıların sunumu

Televizyon dizilerinde yaşlılar hem oransal olarak daha az temsil edilmekte hem de olumsuz biçimde sunulmaktadır. “İnatçı ihtiyar, cimri moruk, varyemez ihtiyar, çocuklaşmış yaşlı gibi temsil örnekleri bulunmaktadır.

Dizi filmlerde yaşlı karakterlerin nasıl yer aldığını ortaya çıkarmak amacıyla yapılan bir çalışmada 26 dizideki toplam 99 yaşlı karakter üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırmanın bulguları arasında; yaşlı karakterlerin görünürlüğünün az olduğu, yaşlı karakterlerin daha küçük rollerde yer aldığı, yaşlı kadın karakterlerin erkek yaşlı karakterlerden sayıca az olduğu, yaşlı karakterlerin çoğunlukla aile kurumu içinde sunulduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmanın bulgularında yaşlılar; fiziksel, bilişsel ve duygusal güçsüzlük, hastalık, engellilik, depresyon, yalnızlık ve huysuzluk ile tanımlandıkları bulgusuna ulaşılmıştır (Kılınç&Uztuğ,2016:500-501).

2.3. Reklamlarda Yaşlılık

Güzellik, cinsellik, ekonomik verimlilik, üreticilik ve genç bedenlerin norm olarak kurulması, cinsel ve fiziksel cazibenin yitimi, üretkenliğin azalmasını temsil eden “yaşlılığın” öteki olarak kurulmasına yol açmaktadır. Bu durumda, genellikle güzellik, çekicilik, yakışıklılık gibi kavramlar gençlik ile ilişkilendirildiği için reklamlarda çoğunlukla gençler kullanılmaktadır. Bireylerin zihinlerinde bir ürünün reklamında yer alabilmek için genç, güzel/yakışıklı olmak gerekmektedir. Bu yaşlılara yönelik ürünlerde bile genç veya orta yaşlıların sunulması anlamına gelmektedir. Örneğin 50+ anti ageing ürünlerinin reklamında bile gençler kullanılmaktadır.

“Reklamlarda Sosyal Temsil Alanı Olarak Yaşlı Kuşağın Sunumu” adlı bir doktora tez çalışmasında yaşlıların yarıdan fazlasının (yaklaşık %55) reklamlarda olumsuz özellikler ile yer aldığı görülmüştür. Yaşlı karakterlerin en çok bahçe, park, sokak gibi dış mekânlarda gösterildiği bunu sırasıyla, ev, işyeri, hastane, eğlence mekânlarının takip ettiği tespit edilmiştir.Yine, aynı çalışmada reklamlarda rol alan yaşlıların % 38,4’ü arka planda yer almaktadır, yani sadece görüntüde sessiz bir şekilde var olmaktadır. Yaşlı karakterlerin ise, % 31,5’i yardımcı roldedir(Çolakoğlu,2011:312).

Reklamlarda yaşlıların sunulma biçimleri üzerine yapılan çalışmaların bulgularından yola çıkarak şu saptamaları yapmak mümkündür. Öncelikle nüfus içindeki oranlarına ve artışa paralel temsil oranı yetersizdir denilebilir. Yaşlıların negatif stereotiplerle temsil edilmekte ve sınırlı sayıda ürünün(Örneğin Correga, güçsüz fiziksel çöküntü, diş kayıpları) reklamında yer almaktadır. Hatta bazı ürün kategorilerinde hiç temsil edilmedikleri, fiziksel çekiciliklerini yitirmiş olarak temsilleri ve kozmetik reklamlarında yaşlılığın çirkinlikle eş anlamlı olarak ele alınması özellikle kozmetik ürünlerin reklamlarından yaşlı nüfusun uzak tutulmasına yol açmaktadır(Karabacak,2016:533).

Songünlerde televizyonlarda gösterilen “AllianzSigortanın” reklamı üzerine sosyal medya paylaşımlarında reklam duygusal yönü ağır bastığı için oldukça takdir toplasa da “yaşlılar bakıma muhtaçtır” algısını güçlendirmektedir. Özellikle, erkek evlâdın babasını yıkaması, tekerlekli sandalye ile gezdirmesi, bunun onun çocukluğunda babanın yaptıklarının bir karşılığı olarak sunulması aslında yaşlıların “pasif” ve “bakıma muhtaç” oldukları, kendi başlarına öz bakımlarını dahi yapamayacakları anlayışını pekiştirmektedir. Diğer taraftan bebeğin yaşamın başlangıcını, yaşlılığın ise sonunu temsil ettiği algısı bir olumsuzluk yaratmaktadır.

Özetle, yaşlıların reklamlarda temsil biçimine bakıldığında; yaşlıların reklamlarda görünür olmadığını, daha çok yardımcı rollerde yer aldığını, sınırlı sayıda ürünün reklamında temsil edildiğini, güçsüzlük, engellilik ile eşdeğer tutulduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

III. Sonuç Ve Öneriler

Medyanın yaşlılara karşı ayrımcı ve önyargılı olduğu, yaşlılık tanımlarının geleneksel bir özellik gösterdiği ve yaşlılık tanımı yapılırken onların, tecrübelerinin, özverilerinin, uzlaşmacı ve yapıcı özelliklerinin ve kuşaklararası kültür aktarımındaki işlevinin görmezden gelindiği görülmektedir. Yaşlılık dönemi bir sorun olarak algılanmakta, yaşlılık güçsüzlük, bağımlılık, hastalık, engellilik gibi birçok olumsuz özellik bir araya getirilerek

tanımlanmaktadır. Yaşlılara yönelik ön yargılar ve ayrımcılığın medya yoluyla üretilmesi ve sürdürülmesi ise yaşlı nüfusun aktif, başarılı bir yaşam sürmesini engellemekte ve sosyal yaşamın dışında kalarak yalnızlaşmalarına neden olmaktadır. Bu yaşlılığın ve yaş ayrımcılığının sonuçlarının hem toplumun geneli hem de kitile iletişim araçlarıncı tam anlamıyla anlaşılmadığını gösteren bir ipucu olmaktadır.

Konuyla ilgili geliştirilebilecek öneriler olarak; medya yaşlı temsillerine daha fazla yer vermeli, yaşlı insanlara karşı daha olumlu bir bakış açısı geliştirerek, aktif yaşlanmayı özendirici sunumlar yapmalıdır. Yaşlıların toplumun dışında, güçsüz, hasta, bakıma muhtaç, kendi kararlarını veremeyen, kendi öz bakımını yapamayan, cimri, hoşgörüsüz, çocuklaşmış, gibi ön yargılarla sunulmaması yönünde önlemler alınmalıdır. Örneğin televizyon programlarındaki “iyi yaşlı temsillerine” yer veren programlar ve kanallar ödüllendirilmeli ve aktif yaşlanma örnekleri sunulmalıdır. Yaşlıların sadece tüketen bir alt kültür grubu olarak algılanmasının önüne geçilmesi, yaşlıların heterojen bir grup olduğu halen üretebileceği ve bir zamanlar üretim hayatında olduğu bilgisi televizyon programları aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılmalıdır. Yaşlı ve yaşlılık konusunda zihniyet dönüşümü sağlamak için eğitim kurumundan yararlanmalıdır. Nüfusun hızla yaşlanmakta olduğu ve yaşlı nüfusun oransal artışı göz önüne alınarak eğitim müfredatında ve televizyon programlarında bu gerçeğe vurgu yapılmalıdır.

Kaynaklar

- Buz, S.(2015). Bireylere Yönelik Yaş Ayrımcılığı, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Bahar-2015 Cilt:14 Sayı:53,s268-278.
- Canatan, A.(2008). Sosyal Yönleriyle Yaşlılık, Ankara: Palme Yayıncılık
- Çolakoglu, B.E.(2011) Reklamlarda Sosyal Temsil Alanı Olarak Yaşlı Kuşağın Sunumu, (Yayımlanmamış doktora tezi), İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Demir, I. (2017). Mizah Dergilerinde Yaş Ayrımcılığının Yeniden Üretimi. Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi, 1, S.57-75
- Görgün Baran, A.(2005). Yaşlı ve Aile İlişkileri Ankara Örneği, Ankara: Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları
- Karabacak,İ.Z.(2016). Postmodern Toplumda Reklamlar Ve Yaşlıların Temsili, Uluslararası Hakemli İletişim Ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi Ocak / Şubat / Mart- Kış Dönemi Sayı: 10 Yıl:2016
- Kılınç, Ö. & Ferruh Uztuğ (2016). Televizyon Dizilerinde Yaşlılığın Temsili, Sosyoloji Dergisi, Aralık 2016, 477-506.
- Kuruoğlu,H& Semih Salman(2017). Medyada Yaşlılık Ve Türk Sinemasında Yaşlılık Temsili, Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi (Akar), Cilt 2, Sayı 3, 1-23.
- Macionis, J.J.(2013). Sosyoloji, Çeviri Editörü Vildan Akan, Ankara: Nobel Yayıncılık
- Yoğurtçu, G. (2019). Yaşlılık Olgusu Ve Yaşlılığın Medyada Temsili: Türkiye, Rusya Ve Kırgızistan Gazeteleri Örneği. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23 (3) , 1049-1066.

SİBER SAHANLIKTA ÇOCUK KORUMA CHILD PROTECTION IN CYBER SHEL

Av. Alp ASLAN*

*Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Uzmanı

Özet

Çocuklar giderek daha erken yaşlarda sanal ortamda etkinlik göstermeye başlamaktadırlar. Bilgiye erişim, eğitim, çevrimiçi oyun, sosyal medya gibi mecralarda çocukların etkinliği her geçen gün daha da artmaktadır. Tahminlere göre dünyadaki internet kullanıcılarının yaklaşık üçte birini 18 yaşın altındaki bireyler oluşturmaktadır. Çocuklar, örneğin interaktif oyunlara katılırken, eğitici faaliyetlerde bulunurken ya da sosyal medya hesaplarını yönetirken, geçek dünya ile uyumlu ya da uyum göstermeyen bir sanal kimlik oluşturmak ve bir sanal dünya kişiliği betimlemek zorunda kalmaktadırlar. Çocukların, bu sanal kimlikleri üzerinden yürüttükleri sanal ortam faaliyetlerinde, özel nitelikli biyometrik kişisel veriler de dahil olmak üzere son derece yoğun kişisel veri taleplerine cevap vermeleri beklenmekte, sanal ortamdaki davranışları takip edilmekte ve yönlendirilmektedir. Çoğu zaman çocukların açık rızaları alınmadan yoğun biçimde derlenen bu veriler, daha sonra büyük veri işlemlerine tabi tutulmaktadır. Aynı zamanda çocukların kullandığı akıllı cihazlar da gittikçe artan oranda IoT ("Şeylerin İnterneti") özelliği kazanmaktadır. Bu yolar ile elde edilen büyük veriler, karmaşık işlemlere tabi tutularak, başta ticari kullanım olmak üzere çok çeşitli alanlarda kullanılmaktadır. Benzer şekillerde sanal ortamın aktif ya da pasif süjesi olan çocuk, fiziki varlığından ayrı olarak vatandaş olduğu devletin kara, hava ve deniz sahanlıklarından oluşan fiziki ülkesinden ayrı bir ortamda, "siber sahanlık"ta başıboş kalabilmektedir. Günümüzde devletin ülke unsurunun dördüncü boyutu olarak sayılabilecek duruma gelmiş olan ve literatürde ilk defa tarafımızdan kullanılan "siber sahanlık" boyutunda varlık gösteren ve toplumumuzun gelecek nesilleri olan çocukların durumunun, Adli Bilimler bakış açısıyla incelenmesi gereği vardır. Çocukların siber sahanlıkta maruz bırakıldığı ya da maruz kaldığı eylem ve işlemlerin Adli Bilimler bakış açısıyla yeniden nitelenmesine çalışılmalı ve mevcut kavramların yetersiz kaldığı alanlarda da "çocukların sanal istismarı", "sanal çocuk işçiliği" gibi yeni kavramlar üzerinden hareket edilmelidir. Siber sahanlıkta çocukların korunması için Türkiye'de mevcut çocuk hakları koruma haritası yenilenerek, devletimizin siber sahanlık alanında yeni bir çocuk koruma modeli geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Siber Sahanlık, Çocuk Koruma, Sanal Çocuk İstismarı, Sanal Çocuk İşçiliği, Siber Güvenlik

Abstract

Children have started to display activity on the Internet at relatively earlier ages. Activity of children on the environments such as access to information, education, online games and social media is increasing day by day. According to the estimations, approximately one third of the worldwide Internet users are the individuals under the age of 18. Children need to create a virtual identity and define a virtual world personality that is or not in compatible with the real world while, for example, joining interactive games, educational activities and while managing the social media accounts. Children are expected to respond to quite intensive personal data inquiries including the special biometric personal data during the online activities performed through these virtual identities and their online behaviours are followed up and guided. Mostly, such data that are compiled intensively without taking explicit consent of the children are subsequently subjected to large data processing. At the same time, the smart devices used by children are increasing getting the character of IoT ("Internet of Things). Large data that are derived through these ways are subjected to complicated processes and are used in very diversified fields including for the business purposes. Likewise, a child who is an active or passive subject of the virtual environment can be alone in the middle of "cyber platform" in an environment that is separate from the physical country that comprises the land, air and sea platforms of a state. Nowadays, it is essential to study in the viewpoint of Judicial Sciences on the status of children who have found themselves in the situation that can be deemed as the fourth dimension of the country factor of the state and who exist in the dimension of "cyber territory" that has been used by us in the literature for the first time and who are the next generations of our society. It is important to re-describe the acts and actions that the children have been subjected or exposed in

the viewpoint of Judicial Sciences and new concepts such as "virtual abuse of children", "virtual child labour" etc. are put forward in the fields where the existing concepts do not suffice. A model is suggested as a complementary item to the existing child protection system in order to protect the children on the cyber platform. For this purpose, a new child protection model is suggested in the field of cyber territory of our state by also benefiting from the previous studies such as the existing child rights protection map in Turkey.

Keywords: Cyber Territory, Child Protection, Virtual Child Abuse, Virtual Child Labor, Cyber Security

Giriş

Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre 6-15 yaş grubu çocuklarda bilgisayar kullanımı %60, internet kullanımı ise %50 civarında olarak açıklanmıştır. TÜİK tarafından 2004-2018 dönemi için 16-24 yaş grubu verisi 2018’de ilan edilmiş olup, 6-15 yaş grubu verisine 2018’de yer verilmiştir (1). 2004 yılından sonraki dönemde bilgi teknolojileri alanındaki sıçrama ve özellikle çocukların bundan en önemli ölçüde etkilendiği gözlemlendiğinde nerede ise anne kucağındaki çocukların bile akıllı telefon kullandığı bir gerçek olup, değil 6-15 yaş istatistiklerinin açıklanmaması, risklere en açık 1-5 yaş grubu çocukların dahi en öncelikle araştırılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün çocukların ekran başında geçirdiği zamana ilişkin ilk defa yayımladığı kılavuzda, 2-4 yaş çocukların ise ekran başında günde 1 saatten fazla vakit geçirmemesi için aileler uyarılırken, bir yaşından küçük bebeklerin ise herhangi bir şekilde elektronik ekranlara maruz bırakılmaması tavsiye edilmektedir. (2)

Aralık 2013’de Avrupa Birliği tarafından finanse edilerek, Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu, Türkiye Adalet Akademisi ve UNICEF Türkiye tarafından hazırlanarak yürürlüğe konulan “Çocuk Koruma Hizmetlerinde Koordinasyon Stratejisi Belgesi”nde “Çocuk Koruma Hizmetleri Koordinasyonunda Türkiye Modeli” ortaya konulmuştur. Bu belgede “Çocukluk döneminde sağlıklı gelişimi olumsuz etkileyen risklere maruz kalmak, gelişimde geri dönülemeyecek etkiler bırakmaktadır. Özellikle karşı karşıya kalınan riskler yüzünden kaçırılan olumlu gelişim fırsatları (ör. Eğitimini tamamlama gibi) bir daha yakalanamayacağı için çocuğun hem bugününü hem de yarınlarını olumsuz etkiler. Kişinin gelişimsel yönünü değiştiren bu riskler önceden öngörülebiliyorsa, alınacak tedbirler sayesinde engellenebilir... “Çocukların esenliklerini desteklemek”, bir yandan onların gelişimini yaralayabilecek her türlü riskten uzak büyümelerini sağlamayı, diğer yandan da gelişimi destekleyecek her türlü hizmetin nitelik ve nicelik açısından güçlendirilmesini içermektedir. Dolayısıyla, bu ülkelerde özellikle çocuklara yönelik riskleri önceden fark edebilecek ve gerekli adımları atabilecek mekanizmalar kurulmuştur. Ortak amaç, başta ihmal ve istismar olmak üzere, karşı karşıya kalabilecekleri her türlü riske yönelik kapsamlı önleme mekanizmalarıyla çocukların gelişimine olumsuz etki yapabilecek durumları engellemektir.” İbarelerine yer verilmiştir. Belgede, “Erken Uyarı Alanı” tanımlanarak: “Yeni Çocuk Koruma Modelinin ilk adımı çocukların yaşamlarındaki risklerin gerçekleşmesine neden olan olumsuz koşulların taranmasını ve tarama sonucunun etkin olarak değerlendirilmesini içermektedir. Risk koşullarını tarama çalışmalarının, gebelik döneminden başlayarak 18 yaşına kadar devam etmesi hedeflenmektedir.” ibaresine yer verilmekte ve yine “Hedef 9.2: İlgili bakanlıkların bilgi işlem ve çocuk koruma mekanizmasından sorumlu birimlerinden oluşan bir çalışma ekibinin kurulması ve halihazırdaki veri toplama ve değerlendirme sisteminin eksiklikleri ile alanda çalışanların kayıt altına alma ve paylaşma ihtiyacı duydukları bilgilerin tespiti; Adalet Bakanlığı Kanunlar Genel Müdürlüğünce, kişisel verilerin kaydı ve paylaşılması ile ilgili mevzuatın ihtiyaca uygun olup olmadığı konusunda bir rapor hazırlanması; ihtiyaç duyulan mevzuatın hazırlanarak, yürürlüğe sokulması için sürecin başlatılması; çocuk koruma sistemini ilgilendiren alanlarda istatistiklerin tüm sistemin işleyişini bir bütün olarak görmeyi sağlayacak biçimde derlenmesi ve analiz edilmesi için veri toplama ve değerlendirme kriterlerini belirleyecek, ilgili kurum temsilcilerinden bir çalışma grubu oluşturulması; yapılan ihtiyaç analizi ve belirlenen kriterler doğrultusunda veri toplama ve analiz biçiminin revize edilmesi; çocuk koruma istatistiklerinin Resmi İstatistik Programında (RİP) kapsanması” faaliyet hedefi olarak belirlenmiştir.” hedefi belirlenmektedir. (3) Bu belgede, kişisel verilerin korunması haricinde, çocukların maruz kaldığı siber risk alanlarına dair herhangi bir atf ve kurumsal koordinasyon tanımlanmadığı gözlenmiştir.

Bernard Van Leer Vakfı tarafından hazırlanan “Türkiye’de çocuk koruma ve önleme sistemleri” haritası ve kitabı incelendiğinde: “Çocuğa yönelik şiddetin önlenmesiyle doğrudan görevlendirilmiş sadece iki kurum bulunmaktadır. Diğer kurumlar da önlemeye yönelik hizmetler sunmaktadır ancak doğrudan bu konuda görevlendirilmemişlerdir. Çocuğa karşı şiddetin önlenmesine yönelik okullarda uygulanmakta olan bazı projeler bulunmaktadır. Ancak önlemeye yönelik kapsamlı, sistematik ve standart bir uygulama bulunmamaktadır. Çeşitli kurumlar tarafından ailelere yönelik eğitim ve destek hizmetleri sunulmaktadır. Ancak bu hizmetlere erişim kısıtlıdır. Türkiye’de yaklaşık 25 milyon çocuk olduğu düşünüldüğünde bu hizmetin oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.” ibarelerine yer verilmektedir. (4) Türkiye’de mevcut çocuk koruma haritası incelendiğinde, “Siber Sahanlıkta Çocukların Korunması” temasına ilişkin herhangi bir mecra tanımlanmadığı görülmektedir.

30 Eylül 2017 tarihli “Devletin Ülke Unsurunun Dördüncü Boyutu: Siber Sahanlık” başlıklı internet makalemizde: “Ülkemizde ve dünyada “siber sahanlık” kavramının bugüne kadar bilinçli veya bilinçsiz olarak ortaya atılmamış olması; devleti oluşturan diğer unsurların siber alandaki faaliyetlerle bütüncül olarak düzenlenememesi sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu çerçevede Türkiye de özellikle topluma zararlı ve devlete yönelik yıkıcı faaliyetleri önlemek amacıyla; 21. yüzyılın gerekliliği olan, sağlıklı bir siber topluma ulaşma noktasında çeşitli aksaklıklar yaşamaktadır. Nitekim ülkemizde siber sahanlığı düzenleme yolunda atılan adımların güdusel, günü kurtarma amaçlı, parçalı ve gecikmeli olması, ele alınan hukuki düzenlemelerin bütünsellikten uzak yapısı; büyük kaynak israfını ortaya çıkarmıştır... Bu gelişmeler ışığında gelecek nesillerin haklarını korumak ve mevcut dağınlığı gidermek amacıyla, ülkemiz “Türk Siber Sahanlık Kanunu” veya “Türk Siber Kanunu” olarak, siber sahanlığının askeri, hukuki ve cezai esas ve sınırları ortaya koyacak siber alanda da genel bir hukuki düzenlemeye ihtiyaç duymaktadır. Deyim yerinde ise ülkemizin “Siber Kabotaj Hakları” güvence altına alınmalıdır.” ibarelerine yer verilmiştir. (5) Yine aynı kapsamda 20-22 Ekim 2017 tarihleri arasında düzenlenen 14. Anadolu Adli Bilimler Kongresi’nde de “Devletin Ülke Unsurunun Dördüncü Boyutu: Siber Sahanlık” başlıklı Sözlü Bildiri tarafımızdan sunulmuştur. (6) 12-13 Nisan 2018 tarihleri arasında düzenlenen “5. Adli Psikoloji-1.Adli Felsefe-1.Adli Sosyoloji Kongresi”nde de tarafımızdan “Sosyal Medyada Çocukların Kişisel Verilerinin Korunması” başlıklı tebliğ sunulmuş olup bu tebliğde: “Çocukların kişisel verilerinin istismarı, çocukların ileriki yaşamlarında unutulma hakkı için çabalamak da dahil olmak üzere, örneğin bir çocukluk fotoğrafı nedeniyle ayrımcılığa uğrama tehlikesi gibi tehditleri de ortaya çıkarabilmektedir. Ülkemizde 2016 yılında yürürlüğe giren 6698 s. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 25 Mayıs 2018 tarihi itibarıyla yürürlükten kalkacak olan, 1995 tarihli 95/46/AT sayılı Avrupa Birliği Veri Koruma Direktifi’nden esinlenmiş olmakla, çocukların kişisel verilerinin korunması bağlamında özel bir düzenleme yoluna gitmemiştir. Bu hususta 2016’da kabul edilerek 25 Mayıs 2018 tarihinden itibaren yürürlüğe girecek olan Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Regülasyonu’nun 8. maddesi, Avrupa Birliği’nde bu eksikliği gidermiş ve çocukların kişisel verilerinin korunması düzenlenmiştir. ABD’de ise Çocukların Çevrimiçi Gizliliklerinin Korunması Kanunu, 1998’den beri yürürlüktedir. Ülkemizdeki mevcut durumda, çocukların kişisel verileri, Anayasa, Türk Ceza Kanunu ve Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme kapsamındaki genel hükümlere göre yorum yapılarak korunabilmektedir. Çocukların kişisel verilerinin uygun düzeyde hukuken korunabilmesi, ancak 6698 s. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Regülasyonu 8. maddesi kapsamında revize edilmesi ile mümkün olabilecektir. Devletimizin, kara, deniz ve hava ülkesi gibi yeni bir ülke unsuru olan siber sahanlığımı da yakından ilgilendiren bu hukuki eksiklik giderilinceye kadar, çocuklarımızın yasal temsilcilerinin daha dikkatli ve özenli davranması beklenmelidir.” ibarelerine yer verilmiştir. (7)

Sanal ortamın en önemli risklerinden biri de duygusal, fiziksel ve cinsel saldırdır. Çocuklar sosyal paylaşım siteleri, sohbet odaları, akıllı telefon uygulamaları, sosyal ağlar gibi çevrim içi alanlarda tanıştıkları kişilerle yüz yüze buluşma sonucu cinsel taciz, fiziksel şiddet, psikolojik sorunlar, depresyon, kaçırılma hatta ölümlerle sonuçlanan durumlara maruz kalabilmektedirler Çocukların çevrim içi tacizinin tanınması için özgün belirtiler yoktur. Cinsel ya da fiziksel istismarda olduğu gibi fizik muayenede bulgu elde edilememektedir. Tanınması çok daha zor, rehabilitasyonu güçtür. Bu duruma maruz kalan çocuklar travma sonrası stres bozukluğu veya duygu durum bozukluğu bulguları ile kliniklere başvurmaktadır.” (8) İnternet ortamı ya da aracılığı ile oluşan “sanal cinsel istismar”da da diğer suçlarda olduğu gibi kolluk kuvvetleri, siber suçlar daire başkanlığı

ve savcılık bildirimlerinin yapılması gerekir iken bu durum ihmal edilmektedir. Siber güvenlik şirketi McAfee tarafından yapılan bir araştırmaya göre, çocukların siber risklere karşı yeterince korunmadığı; çocukların yaz döneminde günde 2 saatten fazla zaman ayırdıkları online oyunların, uygunsuz içeriklerle karşılaşma ya da kişisel bilgileri paylaşma risklerini beraberinde getirdiği; ebeveynlerin neredeyse tamamının (yüzde 95), çocuklarının online oyunlar sırasında maruz kaldıkları risklerden endişe duyduğu; bununla birlikte risklerin farkında olunsu bile online oyunlar için verilen sürelerin hiç de azımsanmayacak oranda olduğu; ebeveynlerin yüzde 92'sinin çocuklarına her gün en az 1 saatlik oyun süresi tanırken, yüzde 8'inin ise 5 saatten fazlasına izin verdikleri; ortalamalara bakıldığında ise çocukların günde 2 saatten fazla bir süreyi bilgisayar ya da mobil cihazların başında geçirdiği; çocukların yüzde 62'sinin diğer oyuncularla etkileşime girdiği, uygunsuz içerikle karşılaşma ya da hassas kişisel verilerin paylaşılmasının istendiği oyunları tercih ettikleri; ebeveynlerin yüzde 89'unun bu durumun farkında olduğu ve ebeveynlerin yüzde 71'lik bir kesiminin çocuğun kişisel bilgilerinin paylaşılmasından, yüzde 77'sinin cinsel içerikli görüntülerden, yine yüzde 71'inin şiddet temalı içeriklerden, yüzde 68'i ise uyuşturucu kullanımını teşvik eden tanıtımlardan endişe ettiği ortaya çıkmıştır. (9)

Aynı şekilde çocukların sanal ortama erişmek için kullandığı tablet, akıllı telefon, akıllı saat, akıllı oyuncak vb. cihazların “şeylerin interneti - IoT” aracı olarak tehdiye açık olduğu, çocukların yoğun ve bilinçsiz kullandığı bu cihazların siber tehditlere karşı daha korumasız olduğu aşikardır. Bu şekilde çocukların “sanal ekonomik istismar”ından da söz edilebilir. Çocuklar, uzun süre internette kalmakla, örneğin video izlemekle, ev ekonomilerinden siber ekonomiye büyük gelirin transferine de alet edilmektedirler. Kullandıkları cihazlara virüs bulaşması halinde işlem kapasiteleri “botnet” ağları tarafından dijital para madenciliğinde kullanılabilmektedir. Siber ekonomi, tabiri caizse bir koyundan yaklaşık 15 post çıkarabilmekte, yani basit bir internet oyunu oynamak ya da internet videosu izlemek, gözlemlerimize göre en az 15 farklı gelir üretmektedir. Çalışmada bu süreçle ilişkin bir ilişki ağıda ortaya çıkarılmaktadır. İnternet düzenleyici otoriteleri tarafından getirilen engeller ile gittikçe gelir getirmesi zorlaşan cinsel içerikli internet yayıncılarının, kolay hedef olarak çocuklara yönelik mecralar geliştirdiği tespit edilmiştir. (10)

Devlet Kurumlarımız ve Ailelerimiz siber sahanlıkta oynayan çocuklarını koruyamamaktadır. Aynı şekilde çocuklarımızın sanal oyunlar oynarken verdiği reaksiyonlar ve yaptığı tercihler de arka planda çok katmanlı bir siber ekonomiye ve onlarca iş planına hizmet etmektedir. Çocuklarımız sanal ortamda birer “sanal çocuk işçi” gibi kullanılabilmektedir. Çocuklarımız, onları koruyamadığımız, hükümlerimizi ilan edemediğimiz başka devletlerce istila edilmiş siber sahanlıklarda, birer “Mekanik Türk” durumuna düşürülmemelidir.

Kaynaklar

1. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028#
2. <https://www.trthaber.com/haber/dunya/dunya-saglik-orgutunden-ebeveynlere-ekran-uyarisi-413065.html>
3. http://www.magdur.adalet.gov.tr/images/cocuk_koruma_strateji_belgesi.pdf
4. <http://cocukkorumaharitasi.info/>
5. <https://ankasam.org/devletin-ulke-unsurunun-dorduncu-boyutu-siber-sahanlik/>
6. <http://docplayer.biz.tr/63055169-14-anadolu-adli-bilimler-kongresi.html>
7. <http://gazi.edu.tr/posts/view/title/5.-adli-psikoloji---1.-adli-felsefe---1.-adli-sosyoloji-kongresi-203160>
8. <https://kocatepetipdergisi.aku.edu.tr/wp-content/uploads/2018/03/6-Seda-Topc%cc%a7u.pdf>
9. <https://siberbulten.com/siber-guvenlik/cocuklar-online-oyunlarin-siber-risklerinden-habersiz/>
10. https://portal.research.lu.se/ws/files/19637631/e_spik_version_carolina.pdf

ADLI VAKALARDA POZİTİF GRUP PSİKOTERAPİ UYGULAMALARI THE POSITIVE GROUP PSYCHOTHERAPY APPLICATIONS FOR FORENSIC CASES

Öğr. Gör. Sevgi GÜNEY, MAPS

* Ankara Üniversitesi Beyazıt Meslek Yüksekokulu Psikolojik Danışma ve Gelişim Birimi

Özet

Psikolojik müdahale tekniklerinin temelinde yer alan varsayım 2000 li yıllardan başlayarak Martin EP Seligman ve arkadaşları tarafından değiştirildi. Bozuk, eksik, işlemeyeni değiştirmeye yönelik bakış açısının yerini var olanı fark ettirme, işlevselleştirme ve geliştirmeye bıraktı. Psikolojinin aydınlık yüzü olarak da adlandırılan bu bakış açısı Pozitif Psikoloji yaklaşımıdır. Klinik uygulamalarda ve klinik olmayan ancak davranış bozuklukları gösteren popülasyonlarda uygulanan müdahale yöntemleri pozitif psikoterapi ve pozitif group terapi olarak adlandırılmaktadır. Burada Pozitif Grup Terapinin adli vakalarda uygulanma süreçlerine değinilmiştir. Bu bölümde önce grup terapi yaklaşımının ne olduğu, sonra bu yaklaşımın pozitif grup terapilerinde nasıl işlevselleştirilebileceğine yönelik bilgiler sunulmuştur. Pozitif grup terapi yöntemi ceza infaz kurumlarında, ve diğer adli kurumlarda kullanılması, uygulamalarının yaygınlaşmasını teşvik etmek amacıyla kısaltılmış el kitabı formunda anlatılmıştır.

Anahtar kelimeler: Suç Davranışı, Pozitif grup terapi, adli vakalar, grup terapi, pozitif terapi, müdahale

Abstract

The assumption underlying psychological intervention techniques has been changed by Martin EP Seligman et al. since 2000. The understanding of changing the distorted, inadequate, non-functioning has been replaced by the recognition, functionalization and development of the existing. This understanding, called the bright side of psychology, is the Positive Psychology approach. Although there are lots of positive intervention techniques, The intervention methods used in clinical practice and in non-clinical are the positive psychotherapy and the positive group therapy. Here, the process of applying Positive Group Therapy in forensic cases is mentioned. Firstly, what is the group therapy approach and then how it can be functionalized in positive group therapies are presented. The positive group therapy is described in the form of an abbreviated Professional manual to encourage the spread of it's practice in penitentiary institutions and other judicial institutions. Some recommendations also have been presented for the future research.

Key words: Positive Psychology, Psychotherapy, Positive Group Psychotherapy, Forensic Positive Therapy

Giriş

Suç davranışlarının altında sapma davranışı yatmaktadır. Normalden sapmış davranışların oluşumunda gerek klasik gerekse neo klasik ekole göre, hedonizm, rasyonalizm ve pragmatizm yatmaktadır. Güncel suç teorileri bu bileşenlere bir de psiko-sosyal yetersizlik ve/veya eksiklik faktörünü eklemiştir. Bireyin başa çıkma yollarındaki yetersizlik ya da eksiklik beraberinde problemi çözerken kendine zarar verme davranışlarına yol açar (Güney, 2017). Patolojik başa çıkma yollarının yarattığı olumsuz duygu ve düşünce durumu problemi çözmek üzere harekete geçen bireyi daha farklı ve bazen daha zorlayıcı ve güç durumlara sokar. Kuşkusuz her normalden sapmış davranış suç davranışı değildir. Bununla birlikte psikososyal gelişim dönemlerinde yaşam olayları etkisi ya da etkileriyle sekteye uğrayan bireysel gelişim, ilgili alana karşılık geldiğinde suç davranışlarına zemin hazırlayabilmektedir. Normalden sapmış her davranış suç olarak nitelendirilmez. Suç davranışı olarak ele alınması için suçun unsurlarının oluşması, aklı başında (iradi) bir insan davranışının olması, vebu davranışın da tipe uygun, hukuka aykırı ve kusurlu olması gerekir. Bu bileşenlerin varlığına rağmen, suç

davranışını yapan fail hakkında kamu davası açılabilmesi ve failin cezalandırılabilmesi için başka koşulların bulunması gerekir. Bu koşullar ise objektif cezalandırılabilme şartları, ceza muhakemesi şartları yani, dava açılmasının şartları ve yargılama şartlarının oluşması gerekmektedir. En genel anlamda suç ve suç davranışının oluşması için 4 aşamanın sırasıyla deneyimlenmesi gerekir. Bunlar 1. Suç fikrinin ortaya çıkması, 2. Hazırlık hareketlerinin olması, 3. İcra hareketlerinin olması ve 4. Suçun ve suç davranışının tamamlanması' dır. Bu aşamalardan da anlaşılacağı suç, mutlaka hareket içermesi gerekir. Bu düşünce suçu diye bir kavramın olmadığı anlamına gelmektedir. Her normalden sapma davranışının suç davranışı olmayacağı, her suç davranışlarının da yukarıda belirtilen şartlar oluşmadan cezalandırılması gereken davranışlar olmayacağı bugün halen gerek suç teorisyenleri gerekse alanda çalışan uygulama profesyonelleri tarafından tartışılmaktadır. Okuyucu olarak sizin bu konudaki görüşünüzü şöyle bir anekdot ile test edebilirsiniz; "Avrupa da az rastlanan bir kanser türünden ölmek üzere olan bir kadın' ın kocası, bulunduğu kent' te 1 eczacının tedavi ilacı keşfettiğini duyar ve satın almak üzere gider. Ücreti çok yüksektir. Eczacı indirim yapmaz. Bunun üzerine para toplamaya çalışır. Ancak ederin sadece yarısına ulaşır. Karısının öleceği düşüncesine katlanamaz ve eczaneye girerek, ilacı çalar. Sizce bu koca suç işlemiş midir? Yaptığı suç mudur? Cezalandırılmalı mıdır? Size göre ne yapmalıydı?" Bu sorulara vereceğiniz yanıtlar aynı zaman da suç davranışlarının önlenmesiyle de ilgilidir.

Suçun iyileştirme ve önleme çalışmalarında psiko-sosyal müdahaleleri dikkate alacak olursak, ilk dikkate alınması gereken gelişim teorileri Kohlberg (1973) ve Piaget'nin (2015) gelişim dönemleri teorileridir. Piaget psikososyal gelişim, Kohlberg ahlak gelişim teorisiyle suç davranışlarının iyileştirilme ve önleme çalışmalarına kritik önemde katkılar sunmuşlardır zira bu teoriler suça yakınlığın yordanabilirliğine de katkıda bulunmaktadır.

Kohlberg ve Piaget ile başlayan kanıta dayalı suç davranış analizleri sayesinde, bireylerin kendilerini zora sokacak, kanunlarla başlarının derde girmesine yol açacak faktörleri, tek başına bireye endeksli açıklamadan ziyade toplumsal düzeyde kendini gösteren çöküşlerinde bireylerde suç davranışlarına eğilimi arttırdığını vurgulaması açısından büyük önem taşır.

Suç davranışlarının iyileştirilmesinde grup müdahale yöntemleri etkili iyileştirme yöntemleri arasındadır. Grup terapi yöntemleri iyileştirme de etkili yöntemler arasında ilk sıradadır. Bu konuda kavramlaştırmanın temellerini atmak için kuş bakışı bilgi vermek yararlı olacaktır.

Grup terapilerinin operasyonel tanımı:

Grup terapileri kişiler arası ilişki, iletişim problemleri ve sosyal beceri eksiklikleri, yetersizlikleri, depresyon, anksiyete duygu durumlarını da içine alarak geniş ranja dağılan ruh sağlığı sorunlarını rehabilite etmek için kullanılan bir sağaltım yöntemidir.

Grup terapilerin sınıflaması

Ruh sağlığı alanında gerek klinik ortamlarda gerekse sosyal kurumlarda uygulanan çok çeşitli grup terapiler vardır. Bu çok çeşitliliğin altında ise kabaca 2 temel yaklaşım yatar. Bu yaklaşımlar, Psiko-eğitim yaklaşımli grup terapileri ve süreç oryantasyonlu grup terapiler' dir.

Grup Terapi oturumlarında dinamikler nedir?

Grup terapi seansları gerçekte aynı sorun ya da problemlere sahip olan grup üyeleri arasındaki işbirliği çalışmasıdır. Bu işbirliği formasyonunun nasıl ve hangi zamanlarda ne şekilde işletileceğinin sorumlusu bu grup oturumlarını yürüten, bu alanda eğitim görmüş terapist' tir.

Grup terapilerinin evreleri nelerdir?

Yaklaşımı ve türü ne olursa olsun, tüm grup çalışmalarında 5 temel evre vardır. Bu 5 temel evre grubu yürüten terapist tarafından adım adım işlevselleştirilir. Bu evreleri kısaca şöyle açıklayabiliriz;

Oryantasyon evresi – Grubun oluşturulması (1. Evre)

Güç dengelerinin belirlenmesi - fikir fırtınaları (2. Evre)

İşbirliği ve bütünleşme – Normların oluşması ve işletilmesi (3. Evre)

Sinerji – hedeflenenlerin sırasıyla yapılması (4. Evre)

Closure – adjourning (5. Evre)

Tüm Gruplarda Sağaltıcı Faktörler Nelerdir?

Irwin Yalom' a göre grup terapilerinde 11 temel sağaltım faktörü işlevseldir. Bunlar, umudun yeşertilmesi, kendini ifade etme, evrensellik, kazandırıcı bilgilendirme, altruizm (diğerkamlık),

düzeltilici yeniden tekrarlama, sosyalleşme tekniklerinin gelişmesi, sağlıklı davranışların taklit edilmesini teşvik etme, kişilerarası öğrenme, grup bağlılığı, gizil duygu durumlarının açığa çıkartılarak normalleştirilmesi, ve varoluşsal faktörler' dir. Bu faktörlerin her biri bağımsızdır. Grup seanslarındaki grup dinamiklerinde sırasıyla oluşması beklenmez. Bazıları hiç deneyimlenemeyebilir. Başka bir deyişle evrensellik ilkesi, örneğin, grup oturumlarında grup üyelerinin deneyimlemesini sağlarken, kazandırıcı bilgilendirmenin gelecek ilgili durumlarda da kullanılabilir olmasını sağlamak için davranış repertuarına konumlandırılama sağlanamayabilir. Bu 11 faktörün başarıyla grup üyelerine deneyimlendirilmesinin olduğu tüm grup uygulamalarında grup terapi amaçları tek tek gerçekleştirilmiş olur.

Suç davranışlarının iyileştirilmesine yönelik olarak pozitif grup terapi uygulamaları ile ilgili çalışma olmasına rağmen, kronik ağrı sendromları (Graham ve ark., 2008), depresyon (Sin ve ark., 2009; ve intihar (Huffman ve ark., 2014; Kleiman ve ark., 2013a; Kleiman ve ark., 2013b), kafa travmaları, beyin hasarları (Evans, 2011; Andrewes ve ark., 2014), psikolojik travma (Peterson ve rk.,2008; Peterson ve Seligman 2008), alkol ve madde kötüye kullanımı (Krentzman, 2013; Akhtar & Boniwell, 2010) ve kronik ruh sağlığı hastalıklarından şizofreni (Meyers ve ark., 2012; Andresen ve ark.,2003) hastalarına uygulanan pozitif psikoterapinin etkililiğine ve işlevselliğine ilişkin bir çok çalışma yapılmıştır (Güney, 2011; 2015;Schueller, 2010; Schwartz ve ark., 2002; Pirnia, 2015).

Bu derleme makalesinin amacı pozitif grup psikoterapi uygulamalarının adli ortamlarda, adli vakalarla uygulanmasını teşvik etmek, çalışmaların oluşmasını sağlamak, özellikle ceza tevkif evlerinde uygulana gelen iyileştirme çalışmalarında kullanılabilir hale gelmesini sağlamaktır. Son tahlilde 2000 li yıllardan başlayarak Martin E. P. Seligman arkadaşlarını da yanına alarak (2000;2002) Pozitif Psikoloji yaklaşımını gerek klinik gerekse klinik olmayan ortamlarda işlevsel kılmak için ortaya atılmasıyla, yaklaşımın müdahale tekniklerinden Pozitif Psikoterapi (Rashid & Seligman, 2013; Rashid, 2008; 2009), Müdahale teknikleri (Seligman ve ark., 2005) ve Pozitif Grup Terapi (Seligman ve ark., 2006) uygulamalarını da ruh sağlığı pratiğine dahil etmiştir.

Pozitif Grup Psikoterapisinde terapi formu ve seansların süresi

Bütüncül bir terapi yöntemi olan Pozitif grup terapi pozitif psikolojik yaklaşımın tüm ilkelerinin uygulandığı, bilişsel davranışçı, hümanistik, sistemik bir terapötik modeldir. Tüm seanslar psiko-eğitim seansları düzleminde gerçekleştirilir. Her seansın ilk 10dk. sı bir önceki seansın özeti ve grup üyelerinin son seanstan bu yana yaptıklarını konuşmalarına ayrılır. Her seans sonunda bir sonraki seansın ev ödevi verilir. Üyeler bir sonra ki seansa hazırlanarak gelirler. Her grup oturumu 90 – 120 dk. arasında değişmekle birlikte, ortalama 90 dk. sürmektedir. Toplam seans sayısı 8 dir. Bazı durumlarda terapistin tercihi ile +1 seans grup dışı aktivite şeklinde yapılabilmektedir. Klinik olmayan ortamlarda yapılan pozitif grup terapi oturumlarında +1 dış aktivite seansının, öğrenilen yeni bilgilerin korunması ve davranış bilgi dağarcığında yerinin konumlandırılması için etkili olduğu bildirilmektedir (Güney, 2011; Pirnia, 2015). Bu tek seanslık dış aktiviteye altüstistik bir yaklaşımla grup üyeleri, terapistle birlikte karar verebilmektedir.

Grup Oturumlarının Konusu

Toplam sekiz seanslık grup oturumlarında, her seansın tartışma konuları ayrı ayrı işlenir, ev ödevleriyle pekiştirilir. Bu konular sırasıyla birinci seansta; güçlü yanların ortaya konarak işlevselleştirilip, kullanılmasının teşvik edilmesi, ikinci seansta; 3 olumlu “şey”, üçüncü seansta; minnettarlık, dördüncü seansta; savoring; tadını çıkarmak, beşinci seansta; aktif - yapıcı davranım, altıncı seansta; bulunulan noktaya nasıl geldiği- yaşamsal başarılar, yedinci seansta; öznel mutluluk tanımlamaları/anlamı, sekizinci seansta; pozitif destek ve yardımlar – kazanımların ileride kullanılmak üzere davranış repertuarına entegre edilmesi olarak belirlenmiştir.

İyileştirme çalışmalarına ivme kazandıran etkileri nelerdir?

Tüm pozitif psikoterapi eksersiz ve ev ödevleri negatif ve olası travmatik deneyimlerden kaynaklanan beklentiler, yüklemlemeler, anılar ve ilgileri yeniden eğitime amaçlanır. Olumsuz deneyimler ve anılar ile ilgili izlerin grup oturumları yoluyla üzenlenmesi ve düzeltilmesi yoluyla yeniden yapılandırılması amaçlanır. Grup tartışmaları bu yönde yürütülür. Ev ödevleri

ve kompozisyonlarla bu yeniden öğrenme ve düzeltme durumu arttırılır, desteklenir, geliştirilmesi yoluyla iyileştirme çalışmalarına ivme kazandırılır. Suç davranışlarının altında yatan psiko-sosyal gelişimsel deneyim zinciri yeniden düzeltilerek düzenlenir.

Sonuç olarak Pozitif Grup Terapi uygulamaları bilimsel ve kanıta dayalı hale getirilebilmesi açısından kritik bir önem taşımaktadır. Yaklaşımın sunduğu objektif değerlendirme araçları ile grup terapi başlangıcında ve son seansta yapılacak ön-son test uygulamaları ile pozitif grup terapi oturumlarının sonuçları, Pozitif Psikoterapi Envanteri ve Pozitif İlerleme Ölçeği (Güney, baskıda); Flourishing Envanteri kullanılarak kanıta dayalı düzleme getirilip, değerlendirilir.

Tartışma Ve Sonuç

Suç davranışlarının oluşma zemini dikkate alındığında, grup terapi oturumları yoluyla görerek ve taklit ederek sağlıklı davranış kalıplarının öğretilmesi ve davranış repertuarlarına kazandırılması mümkün hale getirilebilmektedir.

Adli ortamlarda henüz uygulanmamakla birlikte uygulanmasının başlaması amaçlanmıştır. Yetişkin ceza infaz kurumlarında her hangi bir çalışma yapılamasa da, çocuk ve ergen eğitim merkezi eğitim profesyoneline, bu yöntemin eğitimi verilmiş ve uygulanması teşvik edilmiştir. Suç davranışlarının iyileştirme çalışmalarında 13 -15 yaşlarında uzman görüşü istendiği hatırlanacak olursa, suça sürüklenmiş çocuk ve ergenlerin hareketlerini ve sonuçlarını kavrayabilme ve bu doğrultuda davranışlarını yönlendirebilme yeteneğine sahip ise, eylem cezalandırılır, değilse güvenlik tedbirleri uygulandığı dikkate alındığından, Pozitif Grup Terapi yönteminin çocuk ve ergenlerde de oldukça etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

Akhtar M, Boniwell I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing: A group intervention. *Groupwork* 20(3):7-23.

Andrewes HE, Walker V, O'Neill B (2014). Exploring the use of positive psychology interventions in brain injury survivors with challenging behavior. *Brain Injury*, 28(7):965-71.

Evans J (2011). Positive psychology and brain injury rehabilitation. *Brain impairment*, 12(2): 117-27.

Huffman JC, DuBois CM, Healy BC, Boehm, JK, Kashdan TB, Celano CM, et al.(2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*, 36(1):88-94.

Graham JE, Lobel M, Glass P, Lokshina I (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: Making meaning from pain. *J Behav Med*, 31(3):201-212.

Güney S (2011). The group positive psychotherapy applications in Turkey, 46th *APS Annual Conference*, sözel bildiri, 4 – 8 Ekim, Canberra – Australia.

Güney S (2015). Pozitif Psikoterapi: Ruh sağlığına yeni bir bakış açısı, Türkiye Klinikleri/Journal of Psychiatry-Special Topics, 8 (2), 50 – 55.

Güney S (Baskıda). The Turkish version of Flourishing Inventory: A reliability and validity study.

Kleiman EM & Beaver JK (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Res*, 210(3): 934 - 939.

Kleiman EM, Adams LM, Kashdan TB, Riskind JH (2013a). Grateful individuals are not suicidal: buffering risks associated with hopelessness and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 55(5):595 - 599.

Kleiman EM, Adams LM, Kashdan TB, Riskind JH (2013b). Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: Evidence for a mediated moderation model. *J Res Personality*, 47(5): 539-546.

Krentzman AR. (2013). Review of the application of positive psychology to substance abuse use, addiction and recovery research. *Psychol Addict Behav*. 27(1):151-65.

Kohlberg, L. (1973). Continuities in Childhood and Adult Moral Development Revisited. P. B. Baltes & K. W. Schaie (ed.). Life-span Developmental Psychology: Personality and Socialization içinde. New York: Academic Press, 187-196.

Meyers PS, Johnson DP, Parks AC, Iwanski C, Penn DL (2012). Positive living: A pilot study of group psychotherapy for people with schizophrenia. *J Posit Psychol*, 7(3):239-48.

- Pawelski, J. Explains and demonstrates positive psychotherapy. <http://www.nj-act.org/pawelski.html>. Erişim tarihi: 23.04.2007.
- Peterson C, Park N, Pole N, D'Andrea W, Seligman MEP (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *J Trauma Stress*, 21(2):214-7.
- Peterson C, Seligman ME (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychol Sci*, 14(4):381-4.
- Piaget, J. (2015). Çocuğun Ahlaki Yargısı. İ. Dünder (çev.), İstanbul: Pinhan Yayınları.
- Pirnia Bijan (2015). The effectiveness of group positive therapy(PPT) and well-being therapy (WBT) on attitude towards drug abuse inpatients under methadone maintenance therapy, *World Journal of Medical Sciences*, 12 (4): 354 – 360.
- DOI: 10.5829/idosi.wjms.2015.12.4.95248
- Rashid T & Seligman MEP (2018). Positive Psychotherapy: Clinician Manual. Oxford University Press. DOI: 10.1093/med-psych/9780195325386.003.0007
- Rashid T & Ostermann RF (2009). Strength – based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 488 – 498.
- Rashid T & Seligman MEP (2013). *Positive Psychotherapy in Current Psychotherapies*, (10th Edition) by R. J. Corsini & D. Wedding, Belmont, CA: Cengage.
- Schwartz RM, Reynolds CF, III, Thase ME, Frank E, Fasiczka AL, & Haaga DAF (2002). Optimal and normal affect balance in psychotherapy of major depression: Evaluation of the balanced states of mind model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 439–450.
- Seligman, MEP (2002). Positive psychology, positive intervention and positive therapy. In C.R. Snyder and S. Lopez (eds.) *Handbook of positive psychology* (pp. 3 -9). New York, Oxford University Press.
- Seligman MEP, Rashid T and Parks AC (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774 – 788.
- Seligman, MEP, Steen TA, Park N & Peterson C (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist* (60), 5, 410-421.
- Sin NL, Lyubomirsky S (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practicefriendly meta-analysis. *J Clin Psychol*, 65(5):467-87.

GLUTEAL ENJEKSİYON KAYNAKLI KOMPLİKASYONLAR BİR OLGU SUNUMU COMPLICATIONS OF GLUTEAL INJECTION A CASE REPORT

Ar.Gör.Zehra ARSLAN ÇEVİK*

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Özet

İntramuskuler enjeksiyon günlük pratikte kliniklerde en sık uygulanan tıbbi işlemlerden biridir. Enjeksiyon için standart uygulama yerleri ve uygulama şekilleri bulunmaktadır. Enjeksiyon yapılırken unutulmaması gereken doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru yanıt kurallarına riayet edilmesidir. Hastanın yaşı, klinik durumu, uygulanacak ilaç ve ilaç miktarı dikkate alınarak uygun olan enjeksiyon bölgesi seçilir. Uygulama yerleri klasik olarak 4 bölgedir; dorsogluteal, ventrogluteal, deltoid ve vastus lateralis (laterofemoral). Standart kurallara uygun olarak doğru yere ve doğru şekilde enjeksiyon yapılsa bile her tıbbi işlem gibi enjeksiyon işlemlerinin de komplikasyonları görülebilmektedir. Bu komplikasyonlar işlem bölgesinde eritem, apse, enfeksiyon, atrofi gibi lokal etkili olabileceği gibi siyatik sinire ilacın direkt veya bölgede oluşturduğu etkiler nedeniyle dolaylı olarak zarar verebileceği bilinmektedir. İşlemin kurallarına uygun yapıldığı durumlarda bile varyatif seyri olabilen siyatik sinir zarar görebilmekte, çalışan personelin gluteal enjeksiyonlarda bu ihtimal hiçbir zaman unutmaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: enjeksiyon, siyatik, düşük ayak

Abstract

Intramuscular injection which is one of the most preferred medical procedure of Daily routine in clinics. Gluteal enjections has standard area and standard method. There must not be forgotten is obey these rules; right patient, right medicine, right dosage, right way, right time, right record and right response. The right injection side chooses with paying attention to patient age, clinical situation, medicine and medicine dose. Injections side are four area in human body classicaly; dorsogluteal, ventrogluteal, deltoid and vastus lateralis (laterofemoral). Complications of injection procedures can be observed even if the standard rules are met and the right place and the right injection are performed like other medical procedure. It is known that these complications may be locally effective at the treatment site, such as erythema, abscess, infection, atrophy or direct or indirect injury to siatic nerve by medicine. The sciatic nerve which has anatomical variation could be injured by the injection which is doing the right way. The hospital worker should pay attention to this situation and never forget this possibility

Giriş

Günümüzde medikal uygulamalar sırasında birçok problem karşımıza çıkmaktadır. Bu problemleri ortadan kaldırarak verilen hizmetin en iyi seviyeye çıkarılması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmet sektöründe çalışan her bireyin bu sorunları ve sorunlar hakkındaki çözümleri bilmesi bu amaca yönelik olarak atılacak her adıma katkı sağlayacaktır.

Tıbbi girişimler sırasında veya sonrasında ortaya çıkan sorunların hukuki sonuçları da olabileceğinden komplikasyon ve tıbbi malpraktis ayrımının yapılması önem taşımaktadır. Komplikasyon tanımı izin verilen risk, tüm tıbbi girişimlerde var olan bir ihtimal olarak belirtilebilir. Tıbbın izah ettiği ölçüler çerçevesinde ortaya çıkması beklenen, ortaya çıktığı zaman hekime veya sağlık personeline tanımlanan sınırlarda hareket ettiği sürece sorumluluk yüklenilemeyecek olaylar bütünüdür (1). Malpraktis ise herhangi bir meslek grubunda o mesleğin uygulaması esnasında ortaya çıkan kusurlu uygulamadır. Malpraktis sağlık alanında çalışan doktor gibi sağlık personeli tarafından gerçekleştirildiğinde buna “tıbbi malpraktis” denmektedir (2). Komplikasyon ortaya çıkması hekimin veya sağlık personelinin tamamıyla sorumluluk altında kalmayacağı anlamına gelmez. Komplikasyon gelişmemesi için gerekli önlemler alınıp alınmadığı, komplikasyon esnasında veya sonrasında gerekli tedavi ve bakımın yapılıp yapılmadığı da önemli bir husus oluşturmakta, belirlenen çerçeve dışında hareket edilmesi tıbbi malpraktisi gündeme getirmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl kişi başı 2 enjeksiyon yapıldığı, yapılan bu enjeksiyonların %75'inin gereksiz %50'sinin ise yanlış şekillerde yapıldığı görülmüştür. (3, 4). Intramusküler enjeksiyon sağlık kurumlarında gün içinde en sık yapılan tıbbi işlemlerden biridir. Intramusküler enjeksiyon için standart uygulama yerleri ve uygulama şekilleri bulunmaktadır. Dorsogluteal, ventrogluteal, deltoid ve vastus lateralis bölgeleri intramusküler enjeksiyon için belirlenmiş bölgelerdir. Yapılan çalışmalar içerdiği kas ve sinir yapıları, komplikasyon olasılığının yüksek olması nedeniyle dorsogluteal bölgeyi intramusküler enjeksiyon için önermemektedir (5, 6). Bölge seçiminin yanı sıra kullanılacak materyal de kişinin özelliklerine göre değişmelidir. İğne uzunluğunun kas içine girecek; ancak kemiğe değmeyecek uzunlukta olmasına özen gösterilmelidir. Verilecek ilaç miktarı konusunda ise ne kadar miktarda enjeksiyonun güvenilir aralıkta olduğu kesin olmamakla ve kişiye göre değişmekle birlikte 1-2 ml ile 4 ml arasında ilaç verilmesi gerektiği bilinmektedir (7, 8). Tüm standartizasyon çabalarına rağmen yapılan çalışmalar göstermiştir ki intramusküler enjeksiyon yapılan bir olguda komplikasyon çıkma ihtimali %0,4-%19,3 arasındadır (9, 10). Bu komplikasyonlar abse, nekroz, hematoma, doku tahrişi, kontraktür, akut veya kronik ağrı, periostit, damar ve kemik yaralanmaları olabileceği gibi, kliniği komplet paralizi ile ufak duyuşal veya motor hasar arasında değişen siyatik nöropatiye de neden olabilmektedir (11-13). Bu nörolojik komplikasyon siyatik sinir hasarına bağlı olarak gelişir, sonucunda ise eklem hareket açıklıklarının kaybı, kronik ağrı, ilgili dermatomlarda duyu kaybı ve düşüş ayak görülebilir (3, 14). Yapılan çalışmalar siyatik sinir ve dallarındaki hasar sonucu oluşan bu komplikasyonlarda motor işlev kaybının diğer komplikasyonlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (15, 16). Bu tür ufak bir işlemin ortaya çıkardığı sonuçlar göz önüne alındığında gluteal enjeksiyon odak haline gelmektedir.

Siyatik sinir hasarı birçok nedenle gelişebilir. Kas içine verilen ilacın özellikleri, enjeksiyon yapılan kişinin bebek veya yaşlı gibi kas ve yağ dokusu az kişiler olması, oluşabilecek nedbe ve hematoma gibi baskı özelliği bulunan lezyonların oluşması gibi bir çok nedenle de siyatik sinir hasarı görülebilmektedir. Aynı zamanda varyatif seyri nedeniyle de gluteal bölgenin üst dış kadrana yapılmasına rağmen hasarı görülebildiği, sinir dışında verilen bazı ilaçların yine de hasar yapabildiği bildirilmiştir (14, 17).

Çalışmamızda olgu olarak sunulan gluteal enjeksiyon kaynaklı siyatik nöropati yaşayan hastanın dava süreci ve tıbbi durumu ele alınmıştır. Bu tip vaka örneklerinin sağlık uygulayıcılarının komplikasyon ve malpraktis konusunda bilinçlenmesi için yardımcı olacağını düşünüyoruz.

Olgu

2016 yılında Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'mıza mahkeme tarafından gönderilen, incelenerek kanaat bildirilmesi istenen dosyada şahsın sağlık ocağında yaptırdığı enjeksiyon (sağ kalçasından) sonucu sağ ayağının sakat kaldığı iddiasında bulunulduğundan, dosyadaki hastane raporları ve tıbbi kayıtlar ile dosyada yer alan diğer bilgi ve belgeler ve taraf iddiaları da dikkate alınarak, davacıya yapılan enjeksiyonda davalı idareye zafere edilebilecek bir hizmet kusurunun (davalı idare görevlilerinin kusurunun) bulunup bulunmadığı hususunun açıklanması, şayet yapılan bu enjeksiyonda idareye atfedilebilecek bir hizmet kusurunun olduğu kanaatine varılırsa davacının vücudundaki bu eksilme nedeniyle bir iş gücü kaybının söz konusu olup olmayacağı, var ise bu iş gücü kaybı oranının ne kadar olduğunu gösteren ayrıntılı raporunun istenilmesi üzerine dosya tarafımızca tetkik edilmiştir.

Enjeksiyonu yapan hemşirenin ifadesinde; enjeksiyonu (Dicloron+Muscoril) sağ kalçasına uyguladığını, uygulamadan sonra hastanın 5 dakika kadar yürüdüğü, sonrasında dizden aşağısını hissetmediğini belirttiği, doktorun muayenesini yaptıktan sonra sinire denk gelmiş olabileceğini belirttiğini, enjeksiyonu tıbbi tekniklere uygun olarak yaptığını, 9 yıllık meslek hayatında hiç böyle bir olayla karşılaşmadığını belirtmiştir.

Enjeksiyon sonrası düşük ayak geliştiğini iddia eden şahsın ifadesinde; sağlık ocağına gittiğini, iğneyi yapıldığını, masadan kalkmadığını, hemşirenin iğneyi yaptığını, hemşirenin 5 dakika beklemesini söylediğini, 10 dakika beklediğini, ayağa kalkmadığını, hemşirenin doktoru çağırdığını, felç olmuş dediğini, ambulans çağırdıklarını, muayene edildikten sonra "sinir damarına denk gelmiş" dediklerini, "zamanla belki geçer belki geçmez" dediklerini, 1 ay

sonra bölge hastanesinde film çektiklerini, EMG yapıldığını, birkaç gün sonra başka bir hastaneye gittiğini, MR çektiklerini, sonuçlarını doktora gösterdiklerini sinirde hasar olduğu ve hep bu şekilde kalabileceğinin söylendiği, iğne yapıldıktan sonra hiç ayağa kalkmadığını belirtmiştir.

Tıbbi belgelerin incelemesinde 2014 yılının Temmuz ayında bir tıp merkezi tarafından düzenlenen epikriz raporunda; mekanik vasıfta bel ağrısı nedeniyle acil servise başvuran hastanın istirahatle azalan, hareketle artan bel ağrısı tariflediği, acil durumların anlatıldığı, reçete verildiği, bel ağrısı hakkında bilgilendirildiği, olası komplikasyonlara karşı uyarılarak taburcu edildiği belirtilmiştir. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin 2014 yılı Eylül ayında düzenlediği EMG raporunda ise “sağ peroneal sinir motor iletimi kaydedilemediği, sağ sural duysal yanıt DSAP amplitüdü normal sınırlarda olmakla birlikte sola göre hafif düşük olduğu, diğer ileti incelemelerinin normal olduğu, iğne EMG çalışmasında incelenen kaslardan sağ peroneal sinir tarafından innerve edilen sağ peroneus longus ve sağ tibialis anterior kaslarında kronik nörojen MÜP’ler elde edildiği, incelenen diğer kasların normal olduğu, sonuç olarak elektrofizyolojik bulguların, sağ peroneal sinirin kronik dönem aksonal hasarı ile uyumlu olduğu” belirtilmiştir.

2015 tarihli ve bir Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı tarafından dosya üzerinden incelenerek düzenlenen raporda; bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan EMG’ sinde sağ bacadaki peroneal sinirde kronik dönem hasarı olduğu saptandığı, kalça bölgesine yapılan kas içi enjeksiyonlarında siyatik sinirin yaralanabileceği, bu yaralanmanın enjeksiyonun doğrudan sinirin içine ya da bitişğine yapılması sonucunda oluşabileceği gibi, siyatik sinirin içinden geçtiği çanak yapısındaki kasların arasına ilacın göllenmesine bağlı nörit sonucunda da olabileceği, kalçaya yapılan enjeksiyon sonrası siyatik sinir yaralanmasının bir tıbbi komplikasyon olup tıbbi literatürde bu vakalarla sık olarak karşılaşıldığı, hastanın sağ peroneal sinirdeki kronik dönem hasarının söz konusu tarihte yapılan enjeksiyon ile ilişkili olup olmadığı EMG raporu ile beraber Nöroloji uzmanlık alanı tarafından değerlendirilmesi kanaatine varıldığı belirtilmiştir.

2015 yılında yine bir Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı tarafından dosya üzerinden incelenerek düzenlenen raporda intramusküler enjeksiyona bağlı gelişebilecek en önemli komplikasyonun siyatik sinir yaralanması olduğu ve özellikle dorsagluteal bölgeye yapılan enjeksiyonlar nedeniyle ortaya çıktığı, enjeksiyon sonrası sinir hasarlanmasının yapılan işlem sonrası sağlık personelinin hatasına bağlı olarak meydana gelip gelmediğinin tam olarak karar verilemeyeceği belirtilmiştir.

2015 tarihli ve bir Nöroloji uzmanınca şahsın muayenesi sonrası düzenlenen raporda; sağ siyatik sinirin peroneal divizyonunun subakut-kronik total aksonal hasarı tespit edildiği, hastanın fizik tedavi polikliniğine gitmediği, fizik tedavi olmadığı, 6 ay önce yapılan gluteal enjeksiyona bağlı olarak hastanın yarımsız mobilize olduğu, fakat yürürken sağda düşük ayak olduğu, EMG de sağ siyatik sinirde peroneal divizyonunda total aksonal hasar olduğu, hastanın fizik tedaviden fayda görebileceği belirtilmiştir.

İncelenen tıbbi belgeler ve ifadeler sonucunda uygulanan ilaç, uygulanma gerekçesi ve uygulayan kişi dikkate alındığında enjeksiyon sonrası oluşan sinir hasarının daha önceden öngörülemez ve önlenemez; herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, dolayısıyla enjeksiyonu uygulayan hemşire ve davalı idareye izafe edilebilecek bir hizmet kusurunun (davalı idare görevlilerinin kusurunun) olmadığı, yapılan enjeksiyonla idareye atfedilebilecek bir hizmet kusuru olmamakla birlikte, davanın mevcut arıza nedeniyle vücut genel çalışma gücünden %32,2 (otuzikivirgülek) oranında kaybettiği ve 6 (altı) ay süre ile iş göremezlik halinde kaldığı tarafımızca tespit edilmiştir.

Tartışma

Sağlık alanında parenteral (kas içi, damar içi, cilt altı vb.) ilaç uygulamaları hızlı etki görülmesi, uzun süre etki sağlanabilmesi ve düşük doz ilaç gereksinimi gibi nedenlerle sıklıkla tercih edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yılda 12 milyar enjeksiyon uygulanmaktadır. Bu uygulamalar tedavi edici olabildiği gibi destekleyici amaçlarla da yapılabilmektedir (17, 18).

İncelediğimiz olguda enjeksiyon sonrası yapılan EMG tetkiklerinde sağ peroneal sinir motor iletişi kaydedilemediği belirtilmiştir. Literatürde de enjeksiyon sonrası gelişen sinir arazının peroneal sinirden çok tibial sinirde görüldüğü belirtilmiştir (16, 19, 20). Nöroloji uzmanınca yapılan muayenesinde fizik tedavi almadığı, yardımsız mobilize olduğu ve düşük ayağı olduğu belirtilmiştir. Düşük ayak; siyatik sinir hasarı, alt lomber radikülopati gibi nörolojik sebeplerle ortaya çıkan, ayak bileğinin dorsofleksiyonunu sağlayan kasların çalışmaması veya zayıflamasıdır. Siyatik sinir hasarının klinik prezentasyonunun en sık düşük ayak olduğu literatürde diğer çalışmalarda da belirtilmiştir (21, 22).

İncelenen tıbbi belgelerde enjeksiyonun nereye ve nasıl uygulandığına, enjeksiyon uygulanan kişinin aydınlatılıp aydınlatılmadığına dair bir bilgiye rastlanılmamıştır. Enjeksiyonu uygulayan sağlık personeli ifadesinde enjeksiyonun tıbbi kurallara uygun olduğunu belirtmiştir. Yapılan tıbbi işlemin diğer tüm tıbbi işlemlerde olması gerektiği gibi nasıl ve nereye yapıldığının tıbbi kaydının net ve açık olarak yapılması, doğru bölgeye doğru şekillerde yapılan enjeksiyonlarda bile ortaya çıkabilecek bu komplikasyonun, malpraktis iddiası durumunda mahkeme önünde komplikasyon olduğunun ispatlanmasında büyük yarar sağlayacaktır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 70.maddesinde "Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlere ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası verilir." hükmü yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2019/11 sayılı Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge'sinde enjeksiyon uygulamalarının büyük cerrahi ameliyat sayılmadığı, bu nedenle sözel bilgilendirmenin yapılarak reçete edilmiş güncel tedavisinin yetkili kişi tarafından yapılmasının uygun olduğu, bu işlemlerde yazılı onam alınma zorunluluğu bulunmadığı belirtilmiştir.

Sonuç olarak gluteal enjeksiyon bölgesi seçiminde dorsogluteal bölgenin yaratabileceği komplikasyonlar nedeniyle tercih edilirken dikkat edilmesi gerektiği, işlem öncesi yazılı onam gerekmesi de, kişinin sözel olarak aydınlatıldığının yazılı olarak kaydedilmesinin sağlık personelinin yararına olacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. Malpraktis ÇGT. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi'kitabı içinde Çetin G, Yorulmaz Ç Eds. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2006(48):31-42.
2. Keskinbora KH. Malpraktis Nedir? Komplikasyon Nedir? Önlemek İçin Neler Bilinmelidir? Türkiye Klinikleri Forensic Medicine-Special Topics. 2019;5(2):30-44.
3. Kenan K, Çekin N. Enjeksiyon Sonrası Gelişen Nöropati: Komplikasyon/Malpraktis Ayırımında İnce Bir Çizgi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2018;13(2):63-6.
4. Organization WH. Unsafe injection practices and transmission of blood borne pathogens. WHO Bull. 1999;77:787-99.
5. Nurten K, Turan N, Palloş AÖ. Dorsogluteal Bölge İntramusküler Enjeksiyon Uygulamak Amacıyla Kullanılmamalı Mı? Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2012;20(2):146-53.
6. Bobak I, Lowdermilk D, Jensen M, Perry S. Maternity nursing. Mosby-Year Book. Inc; 2005.

7. Hunter J. Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard*. 2008;22(24).
8. Korkmaz E, Karagözoğlu Ş, Çerik BK, Yıldırım G. Hemşirelerin İntramusküler Enjeksiyon Alanları Hakkında Bilgi Durumları ve Uygulama Tercihleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2018;20(1).
9. Hay J. Complications at site of injection of depot neuroleptics. *Bmj*. 1995;311(7002):421.
10. Mayrink M, Mendonça AC, da Costa PR. Soft-tissue sarcoma arising from a tissue necrosis caused by an intramuscular injection of diclofenac. *Plastic and reconstructive surgery*. 2003;112(7):1970-1.
11. Yaralanması SS, Kadioğlu H. İlaç Enjeksiyonuna Bağlı Siyatik Sinir Yaralanması: Bir Komplikasyon Mudur?
12. Karadağ A, Aşti T. Hemşirelik esasları “Hemşirelik bilim ve sanatı”. Baskı İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2012.
13. Uslusoy EÇ, Duran ET, Korkmaz M. Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;3(2):50-7.
14. Bulut Y, Ülger Z, Bulut S, Egemen A. Gluteal intramusküler ilaç enjeksiyonu sonrası gelişen düşük ayak: Bir vaka takdimi. *Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi*. 2007;50:193-8.
15. Physiotherapy FN. A three year review of sciatic nerve injection palsy in the physiotherapy department of a Nigerian Specialist Hospital. *Afr J Med Med Sci*. 2008;37:389-93.
16. Villarejo FJ, Pascual AM. Injection injury of the sciatic nerve (370 cases). *Child's nervous system*. 1993;9(4):229-32.
17. Ahuja B. Post injection sciatic nerve injury. *Indian pediatrics*. 2003;40(4):368.
18. Alsheikh MMF. Sciatic nerve injury following gluteal intramuscular injection. *Annals of the College of Medicine Mosul*. 2011;37(1&2):87-92.
19. Geyik S, Geyik M, Yigiter R, Kuzudisli S, Sağlam S, Elci MA, et al. Preventing Sciatic Nerve Injury due to Intramuscular Injection: Ten-Year Single-Center Experience and Literature Review. *Turk Neurosurg [Internet]*. 2016:1-5.
20. Karslı PB, Karaahmet ÖZ, Ünlü E, Gürçay E, Çakıcı FA. Siyatik sinir yaralanmalarında etiyolojik faktörler ile elektrofizyolojik bulguların değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2017;56(3):124-7.
21. Mayer M, Romain O. Sciatic paralysis after a buttock intramuscular injection in children: an ongoing risk factor. *Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie*. 2001;8(3):321-3.
22. Sobel E, Huang E, Wieting C. Drop foot as a complication of acupuncture injury and intragluteal injection. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 1997;87(2):52-9.

SHAHR-İ SUKTHEH (BURNT CITY) VE İLK YAPAY GÖZ SHAHR-İ SUKTHEH (BURNT CITY) AND THE FIRST ARTİFİCİAL EYE

Dr. Leila SHAHVİRDİ*
Dr. Daryoush SHAREGHİ**
Av. Elham SHAHVİRDİ***

*Antropolog, **Veteriner

Özet

Shahr-i Sukhte (Burnt City) anlamına gelen, İran platosunu geçen Tunç Çağı ticaret yollarının kavşağında bulunmaktadır. Kerpiçten oluşan kentin kalıntıları İran'ın doğusundaki ilk yerleşik toplumların ortaya çıkışının hakkında bilgi sağlamaktadır. M.Ö 3200'de kurulmuş ve M.Ö. 1800'e kadar dört ana dönem boyunca ikamet edilen şehirde bu süre zarfında şehir içinde birkaç farklı alan geliştirilmiştir: Anıtların yapıldığı yerler ve konut alanları, mezar ve imalat alanları. İklim değişikliği kentin ilk binyılın başlarında terk edilmesine neden olmuştur. Ortaya çıkarılan yapılar, mezarlıklar ve çöl iklimi içinde iyi korunmuş olan çok sayıda önemli eserler, bu bölgeyi, M.Ö. 3. binyılda karmaşık toplumların ortaya çıkması ve aralarındaki temaslar hakkında zengin bir bilgi kaynağı haline getirmektedir. Yerli ve yabancı bilim insanlarının ilgisini çeken ve zengin bulgulara sahip olan bu kentte çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Shahr-i Sukhte (Burnt City) 210 bin metre kare alana sahiptir ve tunç çağının en büyük mezarlıklardan biri sayılmaktadır. Yaklaşık %75 insana ait olan bulgular zarar görmedikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelime: Shahr-i Sukhte (Burnt City), Yapay Göz, En Eski Medeniyet

Abstract

Shahr-i Sukhte (Burnt 9999City), which is located at the crossroads of the Bronze Age trade routes crossing the Iranian plateau. The remains of the mudbrick city provide information about the emergence of the first settled communities in eastern Iran. It was founded in 3200 B.C. In the city, which had been inhabited for four main periods until 1800, several different areas were developed in the city during this period: monuments and residential areas, graves and manufacturing areas. Climate change caused the city to be abandoned at the beginning of the first millennium.

Uncovered structures, cemeteries and numerous important artifacts that are well preserved in the desert climate, this region, BC. It makes it a rich source of information about the emergence of complex societies in the third millennium and the contacts between them. Various researches have been made in this city which attracts the attention of local and foreign scientists and has rich findings. Shahr-i Sukhte (Burnt City) has an area of 210,000 square meters and is considered one of the largest cemeteries of the Bronze Age. Approximately 75% of human findings were found to be undamaged.

Key Words: Shahr-i Sukhte (Burnt City), Artificial Eye, Oldest Civilization

Giriş

Shahr-i Sukhte (Burnt City)'nin kalıntıları, Umman Körfezi'nden Güney'e yaklaşık 400 mil içeridedir. Bu topluluk görünüşe göre yaklaşık 5200 yıl önce (M.Ö 3200) büyük bir medeniyet merkezi olarak bilinmekteydi ve bu durum yaklaşık 1100 yıl (M.Ö 2100'e kadar) sürmüştür. Ayrıca Asya'nın doğusu ile batısı arasında büyük bir kültürel yol olarak sayılmaktadır. Bu şehir terk edilmeden önce en az üç kez yakıldı, bu nedenle, "Yanan Şehir" adını almıştır (Assoc. Press, 2007; Nastaran Zafar, 2007).

Afganistan sınırına yakın, Zabol kentinden çok uzak olmayan (yaklaşık 56 km) ve İran-Pakistan sınırının kuzeyindeki, oldukça gizemli, eski ve tanınmayan harabe büyük bir antik kent ve medeniyet merkezi olarak bulunmaktadır. Jay M. Amerikalı bir bilim insanının Journal of Optometry History'de açıklamasına göre "Kentsel çağın şafağındaki en büyük şehirlerden biri sayılmaktadır". "The Burnt City " (Şekil 1, (siyah nokta) olarak gösterilmiştir) (Jay M. Enoch, 2007).

Zaman zaman bu kente farklı isimler verilmiştir, örneğin Shahr-i rey, yanmış, Sokhteh (veya Soukhteh, Sookhteh, Sukhteh veya Sakha) olarak görünmektedir. The Burnt City" kelimesinin tam anlamıyla yanmış şehir olarak adlandırılmıştır. Bu alan aynı zamanda "Hirmand Nehri bölgesinin uygarlığı" olarak da bilinmektedir (Nastaran Zafar, 2007; Nastaran Zafar, 2001).

Şekil 1. Bu, resim oldukça eski bir İran haritasının (1969) büyütülmüş bir bölümüdür. "The Burnt City" bölgesini içerir. (Jay M. Enoch, 2007)' tarafından küçük siyah bir nokta işaret olarak eklendi. Harita p. 67, The Hammond Medallion World Atlas, Hammond, Inc., Maplewood, NJ, p. 67, 1969, Library of Congress Catalog Number Map 66-31' den alınmıştır.



Materyal ve Metot

Materyal

Araştırma İran'da var olan Shahr-i Sukhteh üzerinde yapılan çalışmaları inceleyip ve değerlendirmektedir. İlk yapay gözün yapılması bu şehre aittir. Bölgenin kalıntılarında ilginç keşifler bu tartışmanın konusudur. Bu çalışmada literatür üzerinde çalışılmıştır. Shahr-i Sukhteh arkeolojik çalışma alanı, 1915'ten bu yana arkeologlar tarafından araştırılmakta ve ilk kez İngiliz arkeolog Sir Aurel Stein tarafından incelenmiştir (http://www.iranian.ws/cgi-bin/iran_news).

Kültür hakkında konuşurken, insan gruplarının davranış ve inançlarını kastediyoruz. Bunlar, arkeologların bulduğu fiziksel kalıntıları, maddi kültürü etkilemesine rağmen, doğrudan kazılamaz. Bu kalıntılar taş aletlerden binalara ve yazılı kayıtlara kadar uzanmaktadır.

Özellikler taşınamayan kalıntılardır (büyük binalar, direkler), eserler daha küçük, taşınabilir nesnelerdir. Bu kapsamda Shehr-i Sukhte de yapılan çalışma sayısı oldukça fazladır, ve özellikle İran, İngiliz ve İtalyan bilim insanlarının yapmış oldukları araştırmalarda yer almaktadır. Tüm çalışmaları değerlendirmek için mekaleler yapıldığı yıllarına göre sıralanmıştır.

Metot

Araştırma kapsamında yer alan konu İran'da var olan Shahr-i Sukhteh (Burnt City) ve ilk yapay göz üzerinde olan çalışmaları incelemektir. Bu çalışmada ayrıca İran'da diğer yabancı bilim insanlarının yaptıkları çalışmalar karşılaştırılması da kapsamaktadır. Bu çalışma literatür tarama şeklinde yapılmıştır. Günümüze kadar yapılan çalışmaları inceleyerek antropometrik, arkeolojik açıdan irdelenmiştir. Bu çalışma ilk yapay göz ve literatür çalışmalar üzerinde hedeflenmiştir. Bu kapsamda Shahr-i Sukhteh'de yapılan diğer araştırmalarda yer almaktadır.

Bulgular

Bu topluluk 3200 yıl (M.Ö) başlamış ve 2000 yıl (M.Ö) kuzey ve güney doğrultusunda devam etmiştir. Şehir terkedildiğinde bu eski toplumun sayısız insanına ne olduğu hakkında kesin bir bilgi yoktur ve ne zamandan beri geldiklerini bilinememektedir. Araştırmalara göre, Hirmand/ Helmand Nehri bu bölgede kurduğundan dolayı önemli ölçüde değişime uğramıştır (Wikipedia, 2007).

Shahr-i Sukhteh'nin muazzam ve çeşitli çok sayıda mezar bulunmuştur ve içinde bulunan eşyalar sayesinde birçok şey öğrenilmiştir. En ilginç olan bulgu orada yaşam beklentisi oldukça kısaydı. Yani erkekler 26-53 yaş, kadınlar 26-46 yaş arasında yaşam süresi olarak saptanmıştır (Nastaran Zafar, A. 2007 & Nastaran Zafar, A. 2001).

Bu alanda çok sayıda yerli ve yabancı bilim insanı araştırma yapmıştır. Günümüzde Shahr-i Sukhteh bölgesinde çalışmalar ve araştırmalar devam etmektedir. Bu aşamada yıl sırası ile araştırmaları sunmaktayım. Shahr-i Sukhteh'ye ait olan en eski rapor 1872 İngiltereli kaptan Owen Smith tarafından yapılmıştır. Bilimsel çalışma 1928 yılında Macar arkeolog Orwell Stein Shahr-i Sukhteh'de ilk çalışmaları yapmıştır (Foruzanfar, 2007).

Daha sonra 1930 yılında Philadelphia müzesinden Henry Field, İran'ın orta ve batı yaylalarında kendisi bulguların toplamış ve araştırma yapmıştır (Foruzanfar, 2007). 1960 yılında akademik ve modern antropolog Prof. Egami Tokyo Üniversitesinden Gilan ve Dilman bölgesinde çalışma yapmıştır (Foruzanfar, 2007). 1962 yılında İtalyan antropologlar bu kentte araştırma yapmış (Foruzanfar, 2007).

1999 yılında Farzad Foruzanfar tarafından çalışmalar bu kentte devam etmiş ve bu yıllarda diğer İran'lı bilim insanları bu ekibe dahil olmuş ve ilginç buluşlara imza atmışlardır (Foruzanfar, 2007). Son yıllarda bu alandaki genel araştırmalara İran Grubundan Prof. Mansour Sayyed Sajjadi ve İtalyan Grubundan Prof. Lorenzo Costantini tarafından mercek altına alınmış ve incelenmiştir .

Shahr-i Sukhteh (Burnt City) 'deki kazılarda, iskelet kalıntıları arasında 25-30 yaş arasında bir kadın daha uzun boya sahip (yaklaşık 180 cm arasında) olduğu saptanmıştır (Jay M. Enoch, 2007). Kafatasında sol gözün soketinde yapay bir göz bulunmuştur (Şekil. 2). Kalıntıları MÖ 2900-2800 arasında (neredeyse 5000 yıl) tarihlene aittir. Bu kalıntılar Shahr-i Sukhteh (Burnt City) mezarlığının 6705 numaralı mezarında bulundu. Ayrıca bu mezarda iskelet kalıntılarının yanında kaliteli bir el aynasının bulunduğu da bulgular arasında yer almaktadır (Jay M. Enoch, 2007).



Şekil
yapay göz
City'deki

ipliklerin veya orbitin kenar kemik yapısında olduğu şekilde görünmektedir. Şu gerçek ki, bu yapay gözün bu kadın tarafından uzun bir süre kullanıldığını göstermektedir (Jay M. Enoch, 2007). Yapay gözün yapılışı bir tür hayvansal yağ ile bitümden karıştırılmış gibi gözükmektedir (Kaynakça: (<http://www.shahr-i-sokhta.ir/images/cheshm>)). kadının boy ve fizyolojisi nedeniyle melez (siyah-beyaz) olabileceği varsayılmaktadır. Yapay gözün yüzeyi, altınla kaplanmış (Sadigh, S. 2007), radyal ve diğer çizgilerden oluşan bir desen çizilmiştir (kalıntıları yapay göz üzerinde bulunmuştur) (Şekil 3).

Şekil 3. En Eski Yapay Göz (<http://www.shahr-i-sokhta.ir/images/cheshm>).



Bitüm üzerindeki oluklar kolayca görülebilir. Orijinal belgede, altın kaplama, beyaz (skleral) boya kaplama ve kazıma alanlarına uygulanan altın kalıntıları vardır (Jay M. Enoch, 2007). Ayrıca, yapay göze sahip olan kadının sol yörüngesindeki pozisyonunu güvence altına almak için kullanılan ve başının etrafına sarılmış olan ipliği (altın ve / veya fiber) tutan jantın yanındaki delikleri de görünmektedir. Göz yapısı Şekil 3'teki konumundan yaklaşık 90 derece döndürülür (<http://www.shahr-i-sokhta.ir/images/cheshm>).

İskelet kalıntılarına yanında süslü bir bronz el aynası bulundu ve görünüşe göre kadın şaşırtan görünüşünü görmek için o aynayı kullanıyormuş (Owen, R. 2007).

Bulgulara göre bu kadın zengin, belki de güçlü ve yüksek statülü biri olduğunu düşündürdü (Owen, R. 2007). Prof. Costantini, gözün gerçek bir gözü taklit etmediğini, ancak özel bir amacı olduğunu söyledi. Muhteşem bir şekilde parıldadığını ve kadına gizemli bir şekilde hitap ettiğini ve doğaüstü bakışlar kattığını var sayılmaktadır (Owen, R. 2007).

Yapay gözün bir kahin olabileceği öne sürülmektedir. Daha önce yapay bir göz yapısına ait bir kayıt yoktur. Bu ilk yapay göz olarak saptanmıştır. Şekil 5'te Yapay gözün bulunduğu nokta harita üzerinde gösterilmektedir (Iran's Burnt City - Iran Review. www.iranreview.org).

İlk bilinen lensler (M.Ö 2575-2551 yıllarında Mısır'da bulundu, yani, Eski Krallık Dördüncü Hanedanlığının başlangıcında, Snefru), biçimsel olarak çok ince ve çok karmaşık olduğu saptanmıştır (Enoch JM, 2007). Bu benzetilmiş yapay göz yapısı ilkel bir tasarım olmadığı, daha ziyade zarif bir yapıdır. Yörüngede bulunan genişletilmiş ve kullanım kanıtı göz önüne alındığında başarıyla kullanılmış olması gösterilmektedir (Assoc. Press. 2007). Yapay gözün nerde yapıldığı sorusuna Prof. Sajjadi şöyle yat veriyor: (yapay göze sahip olan kadın İran'ın güney eyaletlerinden birinden veya belki de Arabistan'dan göç etmiş olabilir) ve Prof. Sajjadi, göz yapısının yerel olarak yapıldığını şiddetle savunmaktadır. Şekil 4'te İran antropolog, paleoantropolog ve arkeologlar incelemektedirler.

Şekil 4. İran'lı Antropologlar Yapay Gözü İncelemektedirler (<http://www.shahr-i-sokhta.ir/images/cheshm>).

Şekil 5. Yapay gözün İran Haritasında Bulunduğu Bölge (Iran's Burnt City - Iran Review.



www.iranreview.org).

Tartışma ve Sonuç Araştırma İran'ın Shahr-i Sukhteh üzerinde yapılan çalışmaları inceleyip ve değerlendirmektedir. Çoğu bilim İnsanlarının araştırmalarına göre ilk yapay gözün yapılması bu şehre aittir. Bu kentin kalıntılarını incelemek arkeoloji, sosyoloji, ticaret, uluslararası ticaret ve gibi İran platosundaki farklı bilim ve tekniklerin gelişimini, tarih öncesi ve tarihi dönemlerde dinlerin gelişimini, yerleşim tarihini yansıtmaktadır(Foruzanfar, 2007). Ayrıca kentleşme, mimarlığın evrimi, geleneksel sanat ve tekniklerin evrimi, yazının başlama tarihi, tıp tarihi ve ilgili bilimlerin tarihi, zooloji, beslenme, tarım, hayvancılık,



entomoloji, botanik, jeoloji, metal işleme, mücevher, örme ve metal işleri, takı ve mücevher işlemleri, örme ve oyma, Shahr-i Sukhteh (Burnt City)'deki kalıntılarında incelenen sanat ve el sanatlarının bir parçasıdır (Foruzanfar, 2007).

En eski cerrahi örnekler, mevcut tekstillerin en eski örnekleri, mozaik çalışmalarının en eski örnekleri ve en son bulunan kimyon, kişniş ve yabani fıstık örnekleri, Shahr-i Sukhteh (Burnt City)'de elde edilen bilgiler ve veriler arasındadır. Shahr-i Sukhteh (Burnt City)'de ilk kez, dört bin 800 yıl geçmişi olan yapay bir göz keşfedildi: Bu yapay göz, kafatasındaki yanmış mezarlardan birine gömülmüş ve genç bir kadına ait olduğu saptanmıştır. Bu kadının sol gözünde bulunan yapay göz implante edildiği ve zamanın geçmesine rağmen sağlıklı kaldı öne sürülmektedir (Wikipedia, 2017).

İskelet kalıntılarının yanında bir bronz el aynası bulundu ve görünüşe göre kadın farklı ve sıra dışı görünüşünü görmek için el aynasını kullanıyormuş (Owen, R. 2007). Ancak Türkiye'de Anadolu'da Çatal Höyük'de (6000-5000 M.Ö) bilinen en eski aynaların tanıtılması saptanmıştır (Enoch JM, 2007). Kadının varlığı oldukça önemli olduğu ve çok büyük bir sansasyon yaratmalıydı! Bu göz yapısının ilk mercekten daha erken olması oldukça ilginçtir.

Eski toplumların sağlık durumlarının ve hastalıklarının ortaya çıkarılmasında iskelet üzerindeki patolojik izler büyük önem taşımaktadır (Çırak, A., 2002). Shahr-i Sukhteh (Burnt City)'de elde edilen bilgiler ve veriler bu toplumun bilimsel açıdan ne kadar önemli ve zamanına göre ne kadar gelişmiş olduğunu göstermektedir. 34. UNESCO Zirvesi'nde 2014 yılında Burnt City, UNESCO Dünya Mirası Alanı olarak tescil edildi. Bu arkeolojik alan, 5.000 yıllık bir geçmişi olan, dünyanın en gelişmiş antik kentlerinden biri olarak bilinen UNESCO listesinde İran'ın 17. tarihi eserlerinden sayılmaktadır. bu toplum hakkında daha fazla bilgi elde edilebilecektir (<https://www.irna.ir/news/2019>).

Kaynaklar

- Foruzanfar, F., (1997-2008), Excanvation at Shahr-e Sokhta, Tehran: (CHN) İran.
- Jay M. Enoch, O.D. (2007), History is the Light on the Path to (the) Future: The Burnt City, and the First Known Artificial Eye: Hindsight Journal of Optometry History, vVol. 38, number 3, ss. 57-67
- Assoc. Press, (2007), 5000-year-old artificial eye found on the Iran-Afghan border. Cites The Times of London as source, Feb 20, http://www.foxnews.com/pri nter _friendly_story/3,3566.
- Nastaran Zafar, A, (1998-2007), The Burnt City, a great civilization in a small desert. (CAIS) The Circle of Ancient Iranian Studies. Copyright <http://www.cais-soas.com/CAIS/Archaeology/PreHistory/burntcity/htm>.
- Nastaran Zafar, A,(2001), The Burnt City, a great civilization in a small desert. Hamshahri (Morning Daily), Vol.9, No. 2441. This item is very similar to #12, but does not contain key illustrations. <http://imp.lss.wisc.edu/-aoliai/historypage/theburntcity.htm>.
- CHN. (2005), Culture: Burnt City mysterious past revealing one by one. Persian Journal, Copyright, Iranian. http://www.iranian.ws/cgi bin/iran_news/exec/view.
- Çırak, A., (2001-2002), Van – Karagündüz ve Mersin – Kelenderis Toplumlarında Seksüel Dimorfizm. A. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Fizik ve Paleoantropoloji Anabilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Shahr-i Sokhta, (20017), Wikipedia Foundation, links. http://en.wikipedia.org/wiki/Shahr-i_Sohhta
- Sadigh, S., (2007), Hidden Mysteries: The ancient girl with the golden eye. March 4, a key source: <http://hiddenmysteries.net/geeklog/article.php?story=20070602015636790>. See also same URL but numbered as follows: 20070221210206579. There is also reference to <http://www.dailymail.co.uk>
- <http://www.shahr-i-sokhta.ir/images/cheshm/ch1.gif> a key source: Figure 2&3 is reproduced from a photograph is this picture was obtained by one of the two fine archaeological teams at the Burnt City.
- Owen, R. 5000 Year-old golden eye sees the light. The Times of London, Wednesday, February 21, 2007, News Section, p.11. A key source.
- Enoch JM. Archaeological optics: The very first known mirrors and lenses. J. Modern Optics 54(9): 1221-1239, 2007.
- Iran's Burnt City - Iran Review. www.iranreview.org.
- <https://www.irna.ir/news/2019>

GÖÇMENLERE KARŞI İNSAN HAKLARI İHLALLERİ: KÖRFEZ ÜLKELERİNDE ETİYOPYALI KADIN GÖÇMENLERİN DURUMU HUMAN RIGHTS VIOLATIONS AGAINST MIGRANTS: THE CASE OF ETHIOPIAN WOMEN MIGRANTS IN THE GULF STATES

Blm. Uzm. Nawal Mohammed HUSSEİN*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Sosyal Hizmet Bölümü

Özet

Bu çalışma, Etiyopyalı kadın göçmenlerin Körfez ülkelerinde yaşadıkları insan hakları ihlallerini değerlendirmeyi amaçladı. Veriler ikincil yöntemlerle toplandı ve tematik olarak analiz edildi. Körfez ülkelerinde Etiyopyalı kadın göçmenlerin suistimal edildiğine dair çok sayıda olaylar bildirilmesine rağmen, Etiyopyalılar Körfez ülkelere göç etmeye devam etmiştir. Bu çalışmanın bulguları, kadın göçmenlerin yolculuk sırasında ve varış ülkesinde ciddi fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğradıklarını göstermektedir. Bu araştırmanın bulgusu, tüm paydaşların kapsamlı müdahalesine duyulan ihtiyacı uyarmaktadır.

Abstract

This study aimed to assess the human right violations experienced by Ethiopian women migrants in the Gulf states. The data was collected by secondary methods and analyzed thematically. Despite numerous reports of abuses on Ethiopian women migrants in Gulf States, Ethiopians have continued to migrate to the Gulf States. The finding of this study shows women migrants experience serious physical, emotional and sexual abuses during journey and in the country of destination. The finding alerts the need for comprehensive intervention from all stakeholders.

Giriş

Göç, mültecilerin, ekonomik sebeplerle göçmenlerin ve yerlerinden edilmiş kişiler gibi farklı nedenlerden dolayı, ülke içinde veya bir ülkeden başka bir ülkeye yapılan halk hareketidir (Uluslararası Göç Örgütü, 2011). Birleşmiş Milletlere (2015) göre, uluslararası göçmenlerin sayısı zaman zaman artmaya devam etti. 2000’de 173 milyon, 2005’te 191 milyon, 2010’da 222 milyon ve 2015 yılında 244 milyon olmuştur. Bugün dünyadaki göçmenlerin neredeyse yarısı kadındır. Kadın göçmenlerin payı 2015 yılında yüzde 48 idi (Birleşmiş Milletler, 2015 ve Uluslararası Çalışma Örgütü, 2015). Uluslararası işçi örgütüne (2015) göre, 2013 yılında küresel olarak yaklaşık 150.30 milyon göçmen işçi vardı. Bunların 11.5 milyonu göçmen ev işçileriydi. Tüm göçmen işçilerin yaklaşık yüzde 44,3’ü kadın, yüzde 55,7’si erkekti (ILO 2015).

Afrika Boynuzu, Afrika’da mülteci ve göçmen gönderen bölge olarak dünyada tanınmıştır. Afrika boynuzundaki en kalabalık ülke olan Etiyopya, tarihi boyunca göç akımları yaşamıştır. Etiyopya, Afrika’daki en büyük göçmen kaynağıdır ve Afrika’daki en büyük göçmen üreticilerinden biri olarak biliniyordu (Fransen & Kuschminder, 2009).1970’lerde ve 1980’lerde, özellikle savaş, politik baskı ve zulüm nedeniyle 1974 devriminden sonra Etiyopya’dan gelen en büyük mülteci ve göçmen akışı vardı (Alkarib 2016; Fransen & Kuschminder, 2009).

Ayrıca, artan sayıda Etiyopyalı yerli işçiler Orta Doğu ve Körfez Ülkelerine göç etmektedir.1990’lardan bu yana Körfez ülkeleri Etiyopyalı işçi göçmenlerin hedefi oldu. Özellikle kadın işçilere (Alkarib 2016; Faiz & Anwar, 2015; Fernandez 2013). Etiyopya göçmenlerinin en büyük payını alan ülkeler yıllar geçtikçe değişmiştir. 2008 ve 2009’da, Suudi Arabistan ve Kuveyt, Etiyopyalı kadın yerli işçilerin sırasıyla% 61 ve% 33’ünü alan ülke oldu (Fernandez, 2010). Daha sonra, Bahreyn ve Birleşik Arap Emirlikleri önde gelen ülkeler olarak takip edildi (Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, 2013). Öte yandan, MOLSA 2013 verilerine göre, Eylül 2008 ile Ağustos 2013 arasında yaklaşık 460.000 Etiyopyalı, yasal olarak Ortadoğu’ya başta Suudi Arabistan, Kuveyt ve Dubai’ye göç etmişlerdir. Ayrıca, MOLSA (2013), Orta Doğu’ya göç eden Etiyopyalı kadınların yüzde 93’ünün 20-30 yaş arasında kadın

olduğunu ve çocuklar ve yaşlılar için temizlik, yemek pişirme ve bakım gibi ev işlerine katıldığını bildirdi

Etiyopyalı kadınlar farklı nedenlerden dolayı Körfez ülkelerine göç ediyor. Ayrımcı politik, ekonomik ve sosyal hakları reddi edildi (Ayferam, 2015). Erken evlilik nedeniyle eğitimsizlik ve maddi sorunlar göçmenlerin kendi ülkelerinden akışını sağlamıştır. Etiyopya'daki kızlar örgün eğitimden yoksundur. Her ne kadar kızların ilköğretim oranları artmış olsa da çoğunluğu ortaokul ve yüksek okula gidemiyor. Etiyopya'daki kız öğrencilerin sadece%30'u üniversitelere kaydolmaktadır (Ayferam, 2015). Ayrıca, etnik cinsiyet iş bölümleri ve Etiyopyalı toplumun ataerkil doğası kadınların işsiz kalmasına sebep olan diğer nedenlerdir (Ayferam, 2015). Yukarıda belirtilen faktörler nedeniyle Etiyopya'da kadınlar ülkelerinden göç etmek zorunda kalıyorlar.

Etiyopyalı göçmenler Körfez Devletlerine girmek için hem yasal hem de yasa dışı yolları kullanıyorlar. İnsan Ticareti İzleme ve Mücadele Ofisi (2014), Raporları'na göre, 1500'den fazla Etiyopyalı yasal yollardan günlük göç etti. Ancak bu oran, göç edenlerin sadece yüzde 30 ila 40'ını temsil ediyor. Yaklaşık yüzde 60 ila 70'i yasadışı insanlar tarafından kaçak olarak sokuluyorlar (Fernandez, 2013; İnsan Ticareti İzleme ve Mücadele Ofisi, 2017). Ayrıca raporda, insan ticareti mağduru kadınların sayısının bilinmemesine rağmen, Körfez Ülkelerinde 130.000 Etiyopyalı kadının ve çocuğun olduğu tahmin ediliyor (Fernandez, 2013; İnsan Ticareti İzleme ve Mücadele Ofisi, 2017). Her ne kadar Suudi Arabistan'a düzensiz yollarla giden Etiyopyalı göçmenlerin çoğunluğu erkek olsada, kadınlar da karadan ve denizden düzensiz yoldan geçmektedir (Fernandez, 2017; İnsan Ticareti İzleme ve Mücadele Dairesi, 2017). Etiyopya hükümeti 2013'ten bu yana Körfez Ülkeleri ve Orta Doğu'ya tüm göçü yasaklamış olsa da Afrika Boynuzu'ndan Yemen'e kadar Suudi Arabistan'a düzensiz göçmenlerin akışı 2014 yılında%40 oranında artmış ve bu göçmenlerin yaklaşık% 80'i Etiyopyalı ve en fazla Bunlardan bazıları sınır dışı edildikten sonra geri dönenlerdir (Fernandez, 2017).

Kadın Göçmenlerin Yaşadıkları İnsan Hakları İhlali

Kadınlar göçmenler, erkeklerle karşılaştırıldığında farklı zorluklarla karşılaşmakta ve göçten etkilenmektedir. Hem göçmen hem de kadın olmaları nedeniyle ayrımcılığa maruz kalıyorlar. İstismara, fiziksel saldırıya, zorluğa karşı savunmasızlar ve ayrıca erkek ve yerli kadınlardan daha az kazanıyorlar (Martin,2014). Yolculuk sırasında ve göç ettikleri ülkelerde insan hakları ihlalleriyle karşılaşır. (Girmay, 2015; Martin, 2014).

Yolculuk Sırasında İnsan Hakları İhlalleri

Yukarıda belirtildiği gibi Etiyopya göçmenleri, Körfez ülkelerine göç etmek için hem düzenli hem de düzensiz yollar kullanıyorlar. Bu bölümde açıklanan zorluklar ve insan hakları ihlalleri, düzensiz yollardan göç edenlerin deneyimleridir. Göç için kullanılan ulaştırma araçları, kadın göçmenleri yolculukları boyunca çeşitli insan hakları ihlaline maruz bırakmıştır (Martin, 2014).

Düzensiz yoldan göç eden kadınlar, yürüyerek tehlikeli bir yolculuk geçiriyorlar ve hedeflerine ulaşmak için Kızıldeniz'i geçmelidirler (Asia News Monitor, 2019; Berhe Fesseha, 2013). Sonuç olarak, onlar kaçakçılardan, çeteden, güvenlik görevlilerinden sömürü, işkence, istismar görüyorlar. Deniz yolculuğu, yiyecek ve su olmadan Yemen'e ulaşmak için 24 saatten fazla sürüyor. Çoğu durumda, aşırı kalabalık gemiler denizde batıyor ve Etiyopyalı göçmenlerin ölümüne neden oluyor (Asia News Monitor, 2019). Kaçakçılar yiyecek ve su isteyen göçmenleri, hatta oturdukları yerden hareket etmeye çalışanlara bile denize atarlar (Girmay, 2015).

Cinsel ve duygusal istismarlar, göçmen kadınların yaşadığı diğer insan hakları ihlalleridir. Kaçakçılar, çeteler ve diğer gezginler tarafından dövülmek ve tecavüze uğramak yaygındır. Ancak, hiç kimse onları bu tür istismarlardan koruyamaz. Eşleriyle seyahat edenler bile, kocalarının önünde tecavüze uğramaktadır (Girmay, 2015) Ayrıca soygun, sakatlık, hastalık, yorgunluk, açlık, boğulma ve fiziksel şiddet nedeniyle ölümle karşılaşmaktadırlar (Berhe, 2013).

Yemen'e vardıklarında suç çeteleri göçmenleri yakalayıp işkence ediyorlar. Göçmenleri serbest bırakmak için aile üyelerini ve arkadaşlarını fidye vermeye zorluyorlar. (Girmay, 2015). Pek çok durumda, akrabalar çetelerin istediği fidye parasını ödemek için ev

veya arazi gibi varlıklarını satmışlardır (Asia News Monitor, 2019). Ayrıca, kaçakçılar veya çeteler, göçmenleri organ ticareti ve cinsel sömürü için kaçırmaktadır (Berhe, 2013). Tüm bu zorlu yolculuklardan sonra bile, bazı göçmenler gidecekleri yerlere ulaşamıyorlar. Bazıları Yemen'de gözaltına alınıp fiziksel şiddet maruz kalıyor. Sınırı geçerken polis veya sınır muhafızları tarafından vurulabiliyorlar. Sınırı geçenler, sınır muhafızları tarafından yakalanabilir, alıkonulabilir ve Etiyopya'ya sınır dışı edilebilirler. (Berhe, 2013).

Göç Edilen Ülkedeki İnsan Hakları İhlalleri

Kadın göçmen ev işçileri, Körfez Ülkelerinde insan hakları ihlaliyle karşı karşıya kalmaktadır. Bunun nedeni, Körfez ülkelerinde çalışan ev işçilerinin *kafala* / sponsorlarının kontrolü altında yaşadıklarıdır. Körfez ülkeleri tarafından kullanılan *kafala* sistemi, ev işçilerini istismar eden birkaç şekilde insan hakları ihlaline neden olmaktadır. Örneğin, pasaportlara el konulması ve işçilerin ödemelerinin tutulması yoluyla işverenin işçiler üzerinde kontrolüne neden olmaktadır (Faiz ve Anwar 2015). Buna ek olarak sistem, işverenlere, onları acenteye iade etme veya sözleşmeyi feshetme ve ciddi sebepleri olmadan ülkelere geri gönderme hakkını verir (Faiz ve Anwar 2015). Sonuç olarak, Körfez ülkelerindeki Etiyopyalı kadın ev işçileri, yetersiz dinlenme ve kısıtlı yaşam koşulları, maaşın ödenmemesi ve uykusuzluk gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Yemisrach, 2015). Özellikle özel evlerde hizmetçi olarak çalışan kadınlar, cinsel taciz, fiziksel istismar ve tecavüz gibi problemlerle uğraşmaktadırlar. (Oishi, 2002).

Cinsel İstismar

Körfez Ülkelerinde çalışan Etiyopyalı kadın göçmenler tecavüz ve seks kaçakçılığı da dahil olmak üzere cinsel istismara maruz kalıyor (İnsan kaçakçılığını izleme ve mücadele ofisi, 2014). Aynı anda ikiden fazla erkek tarafından tecavüz edilmenin kurbanı oldular (Girmay, 2015). İstenmeyen gebeliklere karşı savunmasız hale geldiler ve tecavüzden kaynaklı cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalandılar (Alkarib, 2016). Örneğin, Suudi Arabistan'dan sınır dışı edilen kadınlarla yapılan çalışma, sekiz katılımcı arasından beşinin işverenleri ya da işverenlerin arkadaşları ve akrabaları tarafından tecavüz edildiğini gösteriyor. Sonuç olarak, bunlardan 3'ü hamile kaldı ve işverenlerinden ölüm tehdidi aldı (Yemisrach, 2015)

Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet, göçmen kadın ev işçilerinin yaşadığı bir başka istismardır. Sırt ağrısı ve bacak ağrısı, kas-iskelet sistemi gerilmesi ve ağır ekipmanların kaldırılmasından kaynaklanan yaralanmalar, yanıklar, göz yaralanmaları ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma, kadın göçmenlerin yaşadığı fiziksel sağlık sorunları arasındadır (WHO, 2017). Etiyopyalı göçmen kadınlarla ilgili araştırmalar, yerli işçilerin yaşadığı çeşitli fiziksel şiddeti göstermektedir. Örneğin, Yemisrach 2013 ve Alkarib 2016'ya göre, göçmen kadın ev işçileri, işverenleri tarafından dövülüyor, işkenceler nedeniyle kemikleri kırılıyor. Ayrıca yanıklar, diş kaybı ve kulak zarının delinmesi gibi fiziksel istismarlarla karşılaşılıyorlar.

Fazla Çalışma

Kadın göçmenlerin en büyük zorluklarından biri ise aşırı çalışmaları. İşverenler, çalışanlarına aileleri ve arkadaşları için ek ücret ödmeden çalışmalarını emrediyorlar (Faiz ve Anwar, 2015 ve Fernandez, 2010). Ailelerin çoğu, Arap ülkesindeki ailelerin geniş aile doğası nedeniyle 10 aile üyesinden daha fazlasına sahiptir. Sonuç olarak, çalışan haftada 78 ila 100 saat arasında değişen uzun saatler boyunca çalışmaktadır (Faiz ve Anwar, 2015; Fernandez, 2010). Ayrıca, bazı işverenlerin hiç yorulmayacaklarını söyleyerek ara verdiklerini inkar ediyorlar (Akarib, 2016). İşlerini bitirmelerine rağmen, işverenler ikinci kez temizlemelerini emrediyorlar (Fernandez, 2010).

Duygusal Taciz

Hakaret, haksız eleştiri ve saldırı tehdidi gibi farklı şekillerde duygusal istismar yaygındır (Abebaw, 2012; Yemisrach, 2015). Fernandez'e göre, (2010), Kadın göçmen ev işçileri, Etiyopya dahil olmak üzere Afrika ülkelerinden, ırkçı hakaretler ve yemekleri ayırma gibi ayrımcı davranışlarla karşı karşıya geldi. Öte yandan, kadınların ev çalışanının Stres, işin doğası ve yaşadıkları travmatik deneyim nedeniyle ruh sağlığı sorunları yaşadığına dair kanıtlar da bulunmaktadır (Meseret ve Abebaw, 2017). Ayrıca, karşılaştıkları hakaret ve haksız eleştiriler de dahil olmak üzere kötü muamele, duygusal istismar, ırk ve sınıf ayrımcılığı tipik

olarak çok sayıda göçmen ev işçisinde ruhsal hastalığına neden olmaktadır (Meseret ve Ababew, 2017 ve Yemisrach, 2015). Benzer şekilde, Meseret ve Ababew (2017), Orta Doğu'dan geri dönen Etiyopya kadınlarının ve Göç Sürecindeki Kadınların Ruh Sağlığı Durumuna İlişkin Raporda şu sonuçları belirtti: Orta Doğu'dan dönen araştırmaya katılanların% 81'inin nevrotik semptomları gösterdiği ve bu katılımcıların% 63'ünün psikotik semptomlar yaşadığı görülmektedir. Göç sürecindekilerle ilgili olarak, katılımcıların% 39'u nevrotik semptomlar göstermekte ve bu katılımcıların sadece% 21'i psikotik semptomlar yaşamıştır.

İnsan Hakları İhlaline Karşı Yasalar

Düzensiz yoldan göç eden kadınlar, varış ülkesine seyahatleri sırasında insan hakları ihlalleri yaşamışlardır. Bu göçmenler, kaçakçılardan, güvenlik görevlilerinden ve çetelerden karşılaştıkları insan hakları ihlallerini koruma gücüne sahip değildiler. Kaçakçıların göçmenlerin isteklerini yerine getirme konusunda mutlak güçleri vardı.

İnsan kaçakçılığı bir insan hakkı sorunudur ve devletler bu hakları korumanın sorumluluğundadır. Etiyopya'nın insan ticaretini tanımlayan kapsamlı ulusal yasal çerçeveye sahip olmasada, anayasa insan ticaretini ve göçmen kaçakçılığı da dahil olmak üzere diğer benzeri faaliyetleri yasakladı (Elias, 2013). Buna göre, Federal Demokratik Etiyopya Cumhuriyeti (FDRE) anayasasının 18. maddesi "Hiç kimse kölelik veya hizmette bulunamaz. Herhangi bir amaç için insan ticareti yasaktır" (FDRE constitution,1994). Ayrıca, ceza hukuku, 597 ve 598 sayılı Maddelerde insan ticaretini aşağıdaki şekilde suçlaştırmaktadır: (1) Bir kadın veya çocuğu kontrol altında tutan kişiye şiddet, tehdit, aldatma, sahtekarlık, kaçırılma veya para ya da başka bir avantaj vererek zorla çalıştırma amacıyla bir kadını veya bir çocuğu işe almak, almak, gizlemek, taşımak, ihraç etmek veya ithal etmek, beş yıldan yirmi yıla kadar ağır hapis cezası ile cezalandırılır ve elli bin Birr'i (Etiyopya'nın parası) geçmemekle cezalandırılır. (2) (1) bendinde yer alan mağdur kalan kara yoluyla, deniz veya hava yoluyla bilerek yapan veya taşıyan kimseyi, burada belirtilen amaç veya bu tür trafiğe yardımcı olmak veya bu tür yardımlara, yukarıda (1) fıkra uyarınca öngörülen para cezası ile yükümlüdür.

Madde 59.- Etiyopyalıların Yurtdışındaki İşlere Yasa Dışı Gönderilmesi. Herhangi bir lisansı almadan veya herhangi bir yasadışı yolla, Etiyopyalı bir kadını yurtdışına çalışmak için gönderen, beş yıldan on yıla kadar ağır hapis cezası ile cezalandırılır ve yirmi beş bin Birr'i geçmemekle cezalandırılır. (2) Etiyopyalı kadının yurtdışına gönderdiği, yukarıda belirtilen davranış nedeniyle insan haklarına veya onun yaşamına, bedenine veya psikolojik yapısına zarar vermesi durumunda, gönderen, beş yıldan yirmiyeye kadar ağır hapis cezası ile cezalandırılır. Ve para cezası elli bin Birr'dir. (3) Bu madde hükümleri, Etiyopyalıları karşı benzer eylemlerin geçerli olduğu durumlarda uygulanacaktır (Etiyopya Federal Demokratik Cumhuriyetinin ceza kanunu, 2004). Bu nedenle, Etiyopyalı hükümeti, vatandaşlarını zorunlu göç ve İnsan hakları ihlallerinden korumaktan sorumludur.

Kadın göçmenler seyahat sırasında ve varış ülkesinde cinsel istismara uğramaktadır. İnsan ticareti yapanlar, çeteler ve güvenlik görevlileri tarafından yolculuk sırasında ve göç ettikleri ülkedeki işverenler tarafından Aynı anda ikiden fazla erkek tarafından bir kıza tecavüz edildiğinin mağduru oldular. Tecavüz ciddi bir insan hakkı ihhalidir. Madde 620 Etiyopyalı ceza hukuku, tecavüzü aşağıdaki gibi suçlu kılar: (1) Bir kadını evlilik dışı cinsel ilişkiye girmeye zorlayan ister şiddet isterse şiddetten korkutma ister bilinçsiz veya direnişsiz hale getirdikten sonra, Beş yıldan on beş yıla kadar ağır hapis cezası ile cezalandırılır. Ayrıca, Uluslararası Ceza Mahkemesi Roma Statüsü Madde 7 (1) (g) 'de, "yaygınlaştırılmış bir parçası olarak işlenen "tecavüz, Cinsel Kölelik, zorla fuhuş, ... veya diğer benzer yerçekimi şiddet türlerini" sınıflandırır. Veya herhangi bir sivil topluma yönelik sistematik saldırı" olarak insanlığa karşı suç olarak. Sınıflandırıldı.

Göçmenler emek sömürsünü yaşadılar. Dinlenmeden uzun saatler boyunca çalışırlar. İşverenler tatillerde bile ara vermeyi reddettiler. Bu insan hakkının ihhalidir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde Madde 24 de açıkça belirtildiği gibi "Herkes dinlenmeye hakkına sahiptir, Çalışma saatlerinin makul şekilde sınırlandırılması ve resmi tatiller de dahil". Dahası, göçmenler dövmek, vücudun parçalarını yakmak, dişlerini kaybetmek, tokatlamak, işkence gibi fiziksel şiddete maruz kalmışlar. Bu, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

Maddesinde belirtildiği gibi insan haklarının ihlal edildiğini gösterir. Madde 5 “Hiç kimse işkenceye veya zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezaya maruz bırakılamaz”.

Uluslararası insan hakları enstrümanları ile ilgili olarak yukarıda belirtilen uluslararası insan hakları enstrümanlarının tümü Etiyopya tarafından onaylanmış ve FDRE Anayasası'nın 9 (4) maddesine göre, “Etiyopya tarafından onaylanan tüm uluslararası anlaşmalar toprak hukukunun ayrılmaz bir parçasıdır”

Sonuç

Kadın göçmenler sayısız insan hakları ihlali yaşadılar. Düzensiz yollarla göç edenler çöl ve deniz yolculuğu boyunca insan hakları ihlaliyle karşı karşıya kalmıştır. Tecavüz, dayak, açlık ve susuzluk yaşıdılar. Körfez ülkelerinde kaldıkları süre boyunca fiziksel şiddet, cinsel ve duygusal istismar ve işçi sömürüsü yaşamışlardır. Sonuç olarak, kadın göçmenler, kaçakçılardan, çetelerden ve işverenlerden kaynaklanan çeşitli insan hakları ihlalleriyle karşılaşmışlardır.

Bu nedenle göçmenlerin haklarını korumak amacıyla. Etiyopya hükümeti, Körfez Ülkeleri ile ikili ve çok taraflı anlaşmaları güçlendirerek göçmenlerin hedef ülkelerdeki haklarını korumak için diplomatik ilişki kurmaya ihtiyaç duyuyor. Ayrıca, düzensiz göçü engellemek ve mağdurları desteklemek için, devletin, sivil toplum kuruluşları ve diğer paydaşlarla iş birliği içinde çalışması gerekir.

Kaynaklar

- Abebeaw, M. (2012). Trafficked to the Gulf States: The Experiences of Ethiopian Returnee Women. *Journal of Community Practice*, 20:112–133. Taylor & Francis Group.
- Alkarib, H. (2016). Ethiopia: Escaping the Heat Into the Fire - Migration of Ethiopian Women Domestic Workers to the Gulf Countries. Retrieved from <http://allafrica.com/stories/201606171106.html>
- Asia News Monitor. 16 Aug 2019. World: Ethiopians Abused on Gulf Migration Route. Bangkok
- Ayferam, G. (2015). Assessment of the Roles and Constraints of Women in Economic Development of Ethiopia: The Case of Ambo Town Since 1991. *J Pol Sci Pub Aff* 3: 148. doi:10.4172/2332-0761.1000148
- Berhe, F. (2013). Youths on Perilous Journeys: Irregular Migrants from Təgray, Northern Ethiopia, to the Gulf Region. In: *Annales d'Ethiopie*. Volume 28, pp. 345-361;
- Criminal code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia. Proclamation No. 414 of 2004.
- Elias, A. (2013). Trafficking of Ethiopian Women and Girls to the Middle East: Central European University, Budapest, Hungary. (Unpublished Masters Thesis).
- Ethiopian Ministry of Labor and Social Affairs (2013). Nine month report. Addis Ababa.
- Faiz, M. J., & Jamie & Anwar, T. H. (2015). Ethiopian female labor migration to the Gulf states: the case of Kuwait, African and Black Diaspora: An International Journal, DOI: 10.1080/17528631.2015.1083183.
- Federal Democratic Republic of Ethiopia. (1994). Constitution of Federal Democratic Republic of Ethiopia.
- Fernandez, B. (2017). Irregular Migration from Ethiopia to the Gulf States. In Fargues, P and Shah, N.M (ed.) *Skilful Survivals: Irregular Migration to the Gulf*. European University Institute and Gulf Research Center, Cambridge.
- Fernandez, B. (2011). Household Help? Ethiopian Women Domestic Workers' Labor Migration to the Gulf Countries. *Asian and Pacific Migration Journal*, Vol. 20, Nos.3.
- Fernandez, B. (2010). 'Cheap and disposable? The impact of the global economic crisis on the migration of Ethiopian women domestic workers to the Gulf, Gender & Development, 18: 2, 249 — 262
- Fransen, S. and Kuschminder, K. (2009). Migration in Ethiopia: History, current trends and future prospects. Paper series: Migration and development country profiles. Maastricht Graduate School of Governance
- Girmay, A.T. (2015). A Critical Assessment of the Violations of Rights of Girls During

- Irregular Migration: The Case of Woreda Sa"Esı"E Tsa"Edamba in Eastern Zone of Tigray. Addis Ababa University, Ethiopia. (Unpublished Masters Thesis).
- ILO. (2015). Promoting Decent Work For Migrant Workers: United Nations Secretariat, New York.
- IOM. (2011). Migration aspirations and experiences of Egyptian youth: Publisher- International Organization for Migration.
- Martin, D. M. (2015), Ethiopia and Horn of Africa Migration: Push or Pull?.Retrived From <http://www.madote.com/2015/05/ethiopia-and-horn-of-africa-migration.html>.
- Meseret, A. & Abebaw, M. (2017).Mental Health Status of Returnee Ethiopian Women from the Middle East Vis -A- Vis Women in the Process of Migration: Implication for Intervention". EC Psychology and Psychiatry 2,4: 139-149.
- Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons. (2017), Trafficking in Persons 2014 Report, Ethiopia. Retrieved from <https://www.state.gov/j/tip/rls/tiprpt/countries/2014/226721.htm>
- Oishi,N. (2002). Gender and Migration: An Integrative Approach. The Center for Comparative Immigration Studies University of California, San Diego.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). International Migration Report 2015: Highlights (ST/ESA/SER.A/375).
- UN General Assembly. (1948). Universal declaration of human rights (217 [III] A). Paris.
- UN General Assembly, Rome Statute of the International Criminal Court (last amended 2010), 17 July 1998, ISBN No. 92-9227-227-6.

ADAM ÖLDÜREN KADIN SUÇLU MU KURBAN MI? WOMAN WHO KILLED A MAN IS GUILTY OR A VICTIM?

Dr.Öğr. Üyesi. Rumeysa AKGÜN

*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Özet

Adam öldürme suçundan cezaevinde olan kadınlar ile ilgili yapılan pek çok çalışmada kadınların büyük oranda eşlerini, sevgililerini ve kendilerine tecavüz eden kişileri öldürdükleri görülmüştür. Bu durum kadınların adam öldürme suçunu büyük ölçüde birinci dereceden tanıklarına karşı işledikleri görüşünü destekler. Yine bu kadınların öldürme nedenlerine bakıldığında büyük bir kısmının eşlerinden şiddet gördükleri için bu eylemi gerçekleştirdikleri görülmektedir. Kadınların verdikleri ifadelerde ailelerine, polise, mahkemeye başvurdıkları fakat her seferinde eşleri ile barıştırılıp geri gönderildikleri görülmüştür. Bu noktada akıllara bu kadar şiddete maruz kalıp ardından bir noktada dayanamayıp karşısındaki kişiyi kendisini savunma amaçlı öldüren kadın suçlu mu yoksa kurban mı? Sorusu gelmektedir. Her gün eşleri, sevgilileri tarafından şiddet görüp, sokaklarda öldürülen, yine sadece boşanmak istedikleri için sonu ölümle biten bu hayatta kalma savaşında insan olarak kadın nerede durmaktadır? Bu durumda kadın şiddete boyun eğip ömrünün sonuna kadar şiddetçisinin insafını mı beklemeli yoksa dayanamadığı bir noktada şiddetçisine şiddet gösterip onu öldürdükten sonra zaten kötü olan hayatına çocuklarından ayrı cezaevinde mi devam etmeli? Erkeklerin eşlerini öldürmelerini engellemek için gerek aile hayatında gerekse toplum içinde belki pek çok düzenleme gerekebilir fakat kadınların eşlerini öldürmelerini engellemek için kadınlara uygulanan şiddetin ve yaşamlarındaki erkek egemen yapılanmanın ortadan kalkması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adam öldüren kadın, Kurban, Suç, Şiddet

Abstract

Many studies of women imprisoned for manslaughter show that women largely kill their wives, girlfriends and people who raped them. This supports the view that women are guilty of first-degree acquaintance with the crime of manslaughter. When the reasons of killing of these women are examined, it is seen that most of them perform this action because they are subjected to violence from their spouses. According to the statements made by the women, they applied to their families, the police and the court, but each time they reconciled with their spouses and were sent back. At this point, the woman who was exposed to such violence and then could not stand at one point and killed the other person for self-defense is the criminal or the victim? The question is. Where does a woman stand as a human being in this war of survival, which is killed every day by their spouses, their beloved and killed in the streets and ends up with death just because they want a divorce? In this case, should the woman succumb to violence and wait for the mercy of the violent person until the end of her life or should she continue to live in a prison separate from her children after violent and murdering her violent person at a point she cannot resist? In order to prevent men from killing their husbands, many arrangements may be required both in family life and in society, but the violence against women and the male-dominated structure in their lives must be eliminated to prevent women from killing their husbands.

Key Words: Murder, Victim, Crime, Violence

YAPAY ZEKÂ SUÇLARI Fatma Zehra Nur POLAT*

*Yozgat Özel Çözüm Koleji, Fen Lisesi 12.Sınıf Öğrencisi

Giriş

Yapay zekâ, insanlık tarihinin en büyük mühendislik projesidir (1,2). Yapay zekânın amacı, insanın zekâsını bilgisayar aracılığı ile taklit etmek ve bu anlamda bilgisayarlara öğrenme yeteneği kazandırabilmektir (3). Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Bilim ve Teknoloji Konseyi'nin 2016 yılında yayımladığı raporda, yapay zekâyâ ilişkin iki yaygın tanımdan bahsedilmiştir. İlk tanım yapay zekâyı, zekâ gerektiren davranışları sergileyen bilgisayar sistemi olarak tanımlarken, diğer tanım kompleks problemleri mantıksal bir yöntemle çözen ve gerçek dünyada karşılaşılan durumlara uygun olarak aksiyonlar almak suretiyle amacına erişen sistem olarak tanımlamaktadır (4).

Dünyada toplumsal ve kültürel olarak gerçekleşen çok yönlü değişimlerden biri, yapay zekâ uygulamalarının günlük hayatımıza girmesidir. Yurt dışında bazı ülkelerde kullanılmakta olan sürücüsüz arabalardan, sağlık hizmetlerini geliştirmek için kullanılan makine öğrenimlerine, finansal sistemlerden, almamız gereken ürünlerle ilgili bize tavsiye veren çevirim içi alışveriş sitelerine kadar, hayatımızın her alanında yapay zekâ karşımıza çıkmaktadır (5).

Yapay zekâ ile çalışan insansı robotlar, bir insanı birebir taklit edebilme özelliğine sahiptir. Bu nedenle yapay zekânın, gelecekteki suç eylemlerinde giderek daha önemli bir rol oynayacağı varsayılmaktadır. Bu sistemler başlangıçta tamamen insanlığın yararı gözetilerek oluşturulmuş sistemlerdir(1). Bununla birlikte günümüzde geline bu noktada yapay zekâ tarafından işlenebilecek suçlar tartışılmaya başlanmıştır. Bilgisayarların hayatımıza giderek daha fazla girmesi ile insanın düşünme niteliği dahil olmak üzere iş yapma becerilerini devretmesine ilişkin kaygılar başlamıştır. Bunun yanı sıra iyi/kötü ya da doğru/yanlış arasında ayırım yapmayı sağlayan muhakeme niteliği ve akılla vicdanı birleştirerek karar verme niteliğinin, yapay zekâda olabilme durumu sorgulanmaktadır. Aynı zamanda bilişim toplumunda etik sorunlar olarak; Yapay zekâlar sorumluluk taşıyabilir mi? Hesap verebilir mi? Yükümlülükleri olabilir mi? Bu sorulara verilecek yanıtlar ışığında, yapay zekânın artan gücü; yapay zekâyâ hangi yetkilerin devredilebileceği sorusuyla birlikte insanın kimliğini ve varlığını da tehdit edebilecek önemli bir sorun olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (5). Yapay zekânın insan beyninin düşünme, tepki verme ve etkileşim gibi özelliklerine benzetilip benzetilemeyeceği halen tartışılıyorsa da, günümüz yazılım ve donanımlarının giderek insan anlayışına daha da yakınlaştığı söylenebilir (1).

Suç, evrenin kuruluşuyla başlayan ve artarak devam eden evrensel bir olaydır (6). Yapay zekânın, gelecekte suç işlemede giderek daha önemli bir rol oynayabileceği varsayılmaktadır. Günümüzde bir yandan yapay zekânın insanların uğraşmak istemeyeceği ama zekâ gerektiren işlere yoğunlaşıp insanlara yardımcı edeceği düşünüldükten, bir yandan da yapay zekânın gelişimi ile robotların kontrolden çıkacağı, tamamen bağımsız varlıklar olarak hareket edeceği, insanlara zarar verme potansiyelinin artacağı, insanları işsiz bırakacağı ve dolayısıyla insanlığın sonu olacağı şeklinde endişeler dile getirilmektedir (1).

Yapay zekâyâ sahip robotların suçu işleme şekline ilişkin farklı varsayımlarda bulunmaktadır. Bazıları yapay zekâyâ sahip robotların, herhangi bir suçun işlenmesinde bir araç olarak kullanılabileceğini ileri sürmektedir. Bir robotun araç olarak, bir tamir aleti, araba veya telefon olarak kullanılacağı süreçte, robotu programlayan kişinin programlamadaki bir hatasından dolayı söz konusu robotun bir suç işleyebileceği ifade edilmektedir (7). Ancak eğer robot, programcısının belirlediği şekilde değil de başka bir şekilde hareket ederse, yani bir anlamda “kendi zekâsını” kullanarak kendine yeni bir yol çizerse, programcını sorumlu tutmanın güçleşebileceği ve bu durumda, yapay zekâyâ sahip robotun, suçun işlenmesi sürecine dahil edileceği ileri sürmektedirler (8). Robotların araç olarak kullanılmasında ikinci olasılık, kullanıcının sorumlu olma durumudur. Kullanıcının sorumluluğu özellikle yapay zekânın bir

silah olarak kullanılmasında söz konusu olabilecektir. Bu husus ile ilgili olarak “otonom silah sistemleri” dikkat çekicidir. Katil robotlar ya da katil silahlar olarak da bilinen ve tam anlamıyla otonom hareket eden bu silahlar, insan müdahalesi olmaksızın hedef belirleyip bunlara saldırma özelliğine sahiptir. Bu silahların yaşam hakkı da dahil birçok temel hakkı ihlal edebileceği düşünülmektedir (9). Bir başka olasılık ise robotun ortaya çıkan hukuka aykırılıktan sorumlu tutulamayacağı hallerin oluşması durumudur. Yani bu örnekte yapay zekâ, tam akıl hastası ya da çocuk gibi kusur yeteneği ortadan kalkmış insanlara benzetilerek varsayımda bulunulmuştur. Burada suçtan, suçu işleyen kişi sorumlu tutulacaktır. Unutulmaması gereken husus, yapay zekâyâ sahip robotların suç işleyebileceğine ilişkin bu varsayımlar tümü şimdilik olasılıktan ibarettir (10).

İleride yapay zekâ tarafından işlenebileceği varsayılan suçları bir iki örnekle açıklamak mümkündür. Bu varsayımlardan biri Ming-Chun Huang tarafından ileri sürülmüştür. Huang, günümüz insanları arasında popülaritesi artan, birbirleriyle ve internetle bağlantılı eğlence sistemleri, güvenlik kameraları, aydınlatma, ısınma ve soğutma sistemlerini içeren çeşitli elektronik aygıtlarla donatılmış ve tüm sistemin erişim ve kontrolü akıllı telefonlar aracılığı ile uzaktan gerçekleştirilen akıllı evler vasıtasıyla içerideki insanları dinleyebilecek bir bina tasarlandığını belirtmektedir (11). Bir diğer varsayım ise medikal donanımların fidye yazılımların tehdidi altında olduğu ile ilgilidir. MR makineleri gibi tıbbi aygıtların kritik doğasından ötürü, Kaspersky Laboratuvarından Denis Makrushin siber suçluların bu makineleri hedef almak üzere tasarlanmış fidye yazılımlar geliştirmesinin an meselesi olduğunu ifade etmiştir (12). Bu konu ile ilgili farklı alanları kapsayan varsayımlar bulunmakla birlikte yapay zekâ suçları; interdisipliner boyuta sahip, kısıtlı literatürün olduğu yeni bir alandır ve gelecekte bu konuda neler olacağına ilişkin çok az bilgi bulunmaktadır (13). Bu hususla ilgili olarak, kimi konularda yapay zekâ teknolojisinin insanüstü bir seviyeye ulaştığına ilişkin haberler, bazı insanlarda kaygıya neden olmaktadır. Bununla birlikte bu konuda iyimser düşünenler, özellikle kötü niyet aşılınmamış “süper” sıfatını hak edecek kadar gelişmiş bir yapay zekânın bu konuda bir yanlış yapmayacağına inanmaktadır. Ancak kötü niyetlerle donatılmış, zarar verme ve suç işleme eğilimi olanlar için durumun tekrar gözden geçirilmesini tavsiye edilmektedir (1).

Bu örneklerde de görüldüğü gibi yapay zekâyâ sahip robotların sayısız yararlarının yanı sıra gelecekte dünyada bazı sorunlara/zararlara neden olabilecekleri de dikkate alınmalıdır. Gelişen teknolojinin gün geçtikçe robotları günlük hayatın içerisine dahil etmesi ve önemli birtakım faaliyetlerin robotlar tarafından görülmesi sonucunda, özel hukuk bakımından robotlar ve yapay zekâ ile ilgili birçok bilimsel görüş ileri sürülmüş ve robotlarla ilgili hukuki düzenlemelerin yapılması ihtiyacından bahsedilmiştir. Böylece ileride bu konuda yapılacak düzenlemeler ile yapay zekâyâ sahip bir robot yaptığı bir hareketle herhangi bir suç işlerse, bu ceza hukuku bakımından dikkate alınabilecek ve yapay zekâyâ sahip robotun bir fiili işlediği ileri sürülebilecektir. Çünkü ortaya konan bu davranış özellikleri iletişim, içsel bilgi, dışsal bilgi, amaçlılık ve yaratıcılıkla açıklanmaktadır (10,14).

Kısaca; Kuantum bilgisayarların, insansız hava araçlarının, nesnelerin interneti ve yapay zekânın hayatımıza hızla girmesi ve dijitalleşmenin, sanallıkla gerçekliği entegre etmiş olmasıyla gelecekte öngörülenin ötesinde pek çok farklı alanda, bilindik şeylerin dışına çıkıp hayallerimizin ötesinde tüm hayatımızı etkileyen farklı suçların işlenebileceği bir gerçektir. Bu husustan hareketle; gelecekte daha güvenli bir dünyada yaşamak ve tüm bu korkuların önüne geçmek için hem insanlar hem de yapay zekâyâ sahip robotlar için suç konusunun kapsamlı olarak incelenmesi ve bu konuda gerekli düzenlemelerin yapılması tavsiye edilmektedir (14).

Kaynaklar

1. Say C. 50 Soruda Yapay Zekâ. Bilim ve Gelecek Kitaplığı-59, Berdan Matbaası, 17. Baskı, İstanbul, 2018.
2. Moe MC, Westerlund U, Varghese M, Berg-Johnsen J, Svensson M, Langmoen IA. Development of Neuronal Networks from Single Stem Cells Harvested from The Adult Human Brain. Neurosurgery, 2005; 56(6):1182-90.
3. Serhatlıoğlu S, Hardalaç F. (). Yapay Zekâ Teknikleri ve Radyolojiye Uygulanması. Fırat Tıp Dergisi, 2009;14(1):1-6. Retrieved from [https://dergipark.org.tr/tr/pub/firattip/ issue/6359/84863](https://dergipark.org.tr/tr/pub/firattip/issue/6359/84863).

4. Executive Office of the President National Science and Technology Council Committee on Technology, Preparing for the Future of Artificial Intelligence. https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/whitehouse_files/microsites/ostp/NSTC/preparing_for_the_future_of_ai.pdf.
5. Zorluoel M. Yapay Zekâ ve Telif Hakkı. TBB Dergisi, 2019; (142):305-356.
6. Dedeoğlu G. Bilişim Toplumunda Etik Sorunlar. II. Uygulamalı Etik Kongresi, 18-20 Ekim 2006, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
7. Sparrow R. Killer Robots. Journal of Applied Philosophy, 2007; 24 (1):62 .
8. Hallevy G. The Criminal Liability of Artificial Intelligence Entities – From Science Fiction to Legal Social Control, Akron Intellectual Property Journal, 2010; 4:171-172.
9. Docherty B. The Human Rights Implications of Killer Robots, www.hrw.org/news/2014/06/10/human-rights-implications-killer-robots (Erişimtarihi: 05.10.2019).
10. Robotlar, Yapay Zekâ ve Ceza Hukuku. Available from: [https://www.researchgate336406393_net/publication/ ,Robotic Legal › wp-content › uploads › 2019/05 › YAPAY-ZEKALI-ROB](https://www.researchgate336406393_net/publication/Robotic%20Legal%20wp-content%20uploads%202019%2005%20YAPAY-ZEKALI-ROB).
11. Popular Science Türkiye, <https://popsci.com.tr/popular-science-aralik> 2018.
12. Popular Science Türkiye, <https://popsci.com.tr/tag/popular-science-aralik> 2017.
13. King TC, Aggarwal N, Taddeo M, Floridi L. Artificial Intelligence Crime: An Interdisciplinary Analysis of Foreseeable Threats and Solutions. Science and Engineering Ethics, 2019, <https://doi.org/10.1007/s11948-018-00081-0>.
14. Yavuz Ö, Tecim V. CBS Tabanlı Suç Önleme Çalışmalarında Yapay Sinir Ağları Kullanılarak Mekânsal Karar Sistemi Oluşturulması. Suç Önleme Sempozyumu Bildiri Kitabı, Ed: Sekine Bozdemir, Uğur Argun, 7 - 8 Ekim 2011, Bursa.

ADLİ EKOLOJİ Fatma Ela Nur POLAT*

*Yozgat Özel Çözüm Koleji, Anadolu-Fen Lisesi 9.Sınıf Öğrencisi

Giriş

İklim, belirli süre içerisinde belirli bir alandaki hava koşullarının ve atmosfer bileşenlerine ilişkin gözlemlenen sayısal değerlerin istatistiksel olarak nitelendirilmesidir(1). Doğal döngü çerçevesinde, yeryüzünün var oluşundan bu güne iklimde çeşitli değişiklikler yaşanmaktadır. Gözlenen bu değişimler, “İklim Değişikliği” olarak adlandırılmaktadır (2). İklim Değişikliği, Birleşmiş Milletler ‘Çerçeve Sözleşmesi’nde (İDÇS), karşılaştırılabilir bir zaman periyodunda gözlenen doğal iklim değişikliğine ek olarak, doğrudan ya da dolaylı olarak küresel atmosferin bileşimini bozan insan etkinlikleri sonucunda iklimde oluşan bir değişiklik biçiminde tanımlanmıştır (3).

Günümüzde iklim değişiklikleri oldukça ciddi boyutlara ulaşmıştır. Fosil yakıtların fazla kullanımı, aşırı sanayi kirliliği, arazi kullanımındaki değişiklikler, ormanlık alanların azalması vb. insan etkinlikleri sonucunda, atmosferdeki birikimleri önemli düzeyde artan karbondioksit, metan ve diazotmonoksit gibi sera gazları, doğal sera etkisini kuvvetlendirerek, yerkürenin ısıtım dengesini bozmuştur(1). İklim değişikliğindeki en büyük payın fosil yakıtlara ait olduğu belirtilmektedir. Dünyadaki toplam enerji talebinin % 29’unu karşılayan kömürün ise karbon emisyonlarının %44’ünden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Sıcaklıklarda bugün itibarıyla meydana gelen 0,9 derecelik artışın, eğer herhangi bir önlem alınmaz ise 2060 yılında 4 dereceyi bulacağı ifade edilmektedir (4). Küresel ısınma ile ilgili güvenli sınırı belirlemeye çalışan bilim insanları, dünyanın kaldırabileceği ısı artışının en fazla 1,5-2 santigrat derece olduğu, hatta bu ısı artışı 1 derecenin altında tutulamazsa ısınmaya paralel olarak 2050 yılından itibaren yaşamı bütünüyle tehdit edecek ekolojik kriz senaryolarının yaşanacağını dile getirmektedir. Küresel ısınmanın; buz ve kar stoklarının azalması, iklim olaylarının şiddetinin ve sıklığının artması (kasırgalar, aşırı sıcaklar), su kaynaklarının azalması, tarım ürünlerinde verim kaybı, deniz seviyesinin yükselmesi, kıyılarda yaşayan nüfusun taşkınlara maruz kalması, bazı canlı türlerinin yok olması, kuraklaşma ve çölleşme gibi hali hazırda görülmekte olan ekolojik risk faktörlerini ortaya çıkaracağı bildirilmektedir (1-3,5-7).

Yaşanan bu iklim değişikliklerinin doğal kaynaklı olmasından çok insan kaynaklı nedenlere dayandığı görüşünün ağırlık kazanmasından sonra bu konuyu tartışan ve çözüm arayan uluslararası girişimlerin sayısında artış gözlenmiştir(8,9). Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC) verileri doğrultusunda küresel ısınmanın etkisiyle içinde bulunduğumuz yüzyılda insanlık için; sağlık, çevre ve ekonomiyle ilgili olmak üzere çok büyük olumsuzluklar öngörülmekte, ısınmanın özellikle türler üzerindeki etkisinin son derece büyük olduğuna dikkat çekilmektedir. İklim değişikliği, nedenleri ve sonuçlarıyla birlikte hem iklim bilimi, meteoroloji, biyoloji, çevre mühendisliği, kimya gibi fen bilimleri alanlarının hem de siyaset bilimi, sosyoloji, iktisat gibi sosyal bilim alanlarının konusu haline gelmiştir. Çünkü sorunun doğal yaşamda meydana gelen kalıcı etkilerinin(sel felaketleri ve çölleşme) yanı sıra bu etkilerin neden olduğu iklim göçü ve iklim göçmenleri/mültecileri gibi toplumsal sonuçları da bulunmaktadır. Küresel ısınmanın ve daha genel olarak küresel iklim değişikliğinin yol açabileceği ekolojik felaketlerle ilgili senaryoların gerçeğe dönüşmeye başladığı anda insanlığın karşılaşacağı ilk somut sorun yeni göç hareketleriyle birlikte dünyanın nüfus dengesinin bozulması olacaktır. Artık somut olarak görülmeye başlanan bu durum, yaşanan ekolojik krizle birlikte ciddi bir toplumsal krizi, siyasi krizi ve nihayetinde insanlık krizini de beraberinde getirecektir (2,10).

Peki bu süreç durdurulmaz mı? Başta Birleşmiş Milletler olmak üzere küresel kurumlar, çevre toplulukları; Avrupa Birliği gibi bölgesel birlikler, hatta son zamanlarda Dünya Bankası gibi küresel kapitalist kuruluşlar ve küresel şirketler bu sorunu gündemlerine almışlardır. Küresel ısınmanın artış seviyesi ile ilgili ortaya çıkan felaket senaryolarının kısa

sayılabilecek bir dönem içerisinde gerçekleşmemesi için herkes çözüme ilişkin etkili bir eylem planının uygulanması gerektiğini düşünmektedir (2).

İklim değişikliği ile ilgili kabul gören düşünce, acil olarak bir şeylerin yapılması gerektiğidir. Bu husus en son 2015 Paris İklim Zirvesi'nde deklere edilmiş ve neredeyse dünyanın bütün ülkeleri tarafından teyit edilmiştir. Böyle bir gerçeklik ortada iken yapılması gereken öncelikli şey, “karbon ayak izi” adıyla karbon salımının ölçülmesi ve ekolojik durumun sorumlularıyla birlikte belirlenmesidir. Aynı zamanda karbondioksit salımı en az olan yeni iktisadi yaklaşımların ve teknolojik sistemlerin geliştirilmesidir. Karbon ayak izi, tüm bireylerin, toplumların, hükümetlerin, firmaların, örgütlerin, süreçlerin, endüstriyel sektörlerin, yani herkesin dahil edildiği faaliyetleri içine alan ve bütün bu unsurların küresel ısınmadaki payını, etki derecesini gösteren bir ölçümlemedir (2). Karbon ayak izi, bir kişinin bir yılda doğaya saldığı toplam karbondioksit miktarının ölçülmesi ile hesaplanmaktadır. Bu ölçümler; genelde kaç kilometre araç kullanıldığı, uçağa ne kadar binildiği, yerel ürünlerin tüketip tüketilmediği, ısınmak için ne tür ve ne kadar enerji kullanıldığına yönelik değişkenleri içermektedir (11). Ülkemizde Çevre ve Kamulaştırma Daire Başkanlığı'nın 2017 yılı verilerine göre karbon ayak izinin %43,2 artış gösterdiği saptanmış, elektrik tüketiminin %54, doğalgaz tüketiminin ise %33 ile Karbon Ayak İzimizi en çok etkileyen parametreler olduğu belirlenmiştir(12).

Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC) çerçevesinde yapılan iklim sistemi inceleme raporlarına göre; dünya atmosferinde bulunan karbondioksit, metan ve diazotmonoksit oranları sanayi devriminin başlangıç dönemi olarak kabul edilebilecek 1750 yılından itibaren insan faaliyetlerinin yoğunluğuna, toplumsal-ekonomik gelişiminin hızına paralel olarak artmaya başlamış ve binlerce yıllık geçmişi olan buz çekirdekleri incelenerek ortaya konulan tespitlere göre bu artış günümüzde sanayi öncesi değerlerini fazlasıyla aşmıştır(10). Küresel ısınma ile sürdürülebilir kalkınmanın üç ana unsuru olan ekonomi, sosyal ve çevresel sürdürülebilirlik kavramları arasında yakın bir ilişki söz konusudur. İktisadi kalkınma ile insanların refah ve mutluluğunun artırılması hedeflenirken küresel ısınma ve küresel iklim değişikliği bu refah öngörüsünü tehdit etmektedir. 1990'lı yıllardan bu yana ülkelerin temel politikaları üzerinde az ya da çok etkili olan “sürdürülebilir kalkınma”, hem halkların refahı için gerekli olduğu düşünülen ekonomik büyümeyi sağlama almak hem de tehdit altında olduğu giderek daha da fazla anlaşılan ekolojik dengeyi sağlamak işlevi ile yüklenmiş bir kavram olarak gündemde sürekli yer edinmiştir. Ancak ekonomiyi de ekolojiyi de dikkate alma hedefi üzerinden geliştirilen sürdürülebilir kalkınma politikalarında ibrenin çoğunlukla ekonomiden yana olduğunu, ekonomik hedeflerin ön plana çıktığını söylemek mümkündür(2). Bu konu ile ilgili olarak gelişmiş kapitalist ülkeler ve küresel şirketler, ekonomik büyümeyi durduracak kapitalist sistemden geri dönüşmemesini savunuyor iken, kalkınmakta olan ülkeler; henüz büyüme evresine girdikleri için küresel ısınmanın esas sorumlusu olan gelişmiş kapitalist ülkeler ile kendi ülkeleri arasındaki iktisadi eşitsizliğin öncelikli olarak ortadan kaldırılması gerektiğini ifade etmektedirler. Çevreciler ise sürekli büyüme, hızlı kalkınma politikalarından derhal vazgeçilmesi gerektiğini söylemektedirler (1,2).

Sonuç olarak; küresel ısınma ve iklim değişikliği ile ilgili olarak herkesin daha duyarlı davranması ve üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmesi daha yaşanılır bir dünya ve gelecek için önemlidir.

Kaynaklar

1. Sayman RÜ, Baş D, Odabaş G, Akpulat O. İklim Değişikliği CEO Algı Araştırması “Türk İş Dünyası Liderlerinin İklim Değişikliğine Yanıtı” ISBN: 978-975-6180-48-8, 2016, Bölgesel Çevre Merkezi - REC Türkiye.
2. Satır Reyhan A, Reyhan H. Küresel Isınmanın Nedenleri, Sonuçları, Çözümleri Üzerine Yeni Değerlendirmeler. Memleket Siyaset Yönetim, 2016; 11(26): 1-24.
3. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı İklim Değişikliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu <http://ekutup.dpt.gov.tr/cevre/oik548.pdf>.
4. National Geographic, Türkiye İklim Değişikliği Özel Sayısı, Kasım 2015:68.

5. WL Hare. İklim İçin Güvenli Bir İniş, The Worldwatch Institute Dünyanın Durumu 2009 Raporu: Isınmakta Olan Bir Dünyaya Bakış, (Çev. Ayşe Başçı), İstanbul, İş Kültür Yayınları, 2009;29-32.
6. Hook P. Çevre Terimlerinin Küçük Kitabı,(Çev. Bahtiyar Kurt), TÜBİTAK Popüler Bilim Kitapları (722), Ankara, 2015;48.
7. Cangir C, Poyraz D. İklim Değişikliği ve Çölleşme veya Toprak /Arazi Bozulumunun Türkiye'deki Boyutları ve Çölleşme ile Mücadele. Terkirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi, 2008 ; 5(2):170.
8. Pamukçu K. Küresel Isınmaya Karşı Küresel İşbirliği, Uluslararası İlişkiler Dergisi, 2006;3(10):173-207.
9. WWF, İklim Değişikliğinin Türler Üzerindeki Etkisi, Çev. Onur Akgül, ISBN 978-605-9903-06-06, 2015,s.15.
10. WWF, Hükümetlerarası İklim Değişikliği Paneli (IPCC)- 5. Değerlendirme Raporu, s.3. <http://www.wwf.org.tr/?2340>.
11. Ergin D. İklim Değişikliği, Kuraklaşma ve Çölleşme İle Savaşımın Önemi ve Bazı Örnekler. TMMOB Su Politikaları Kongresi (Bildiriler Kitabı), Ankara, 2006, s.213.
- 12.Çevre ve Kamulaştırma Daire Başkanlığı EÜAŞ Genel Müdürlüğü. Karbon Ayak İzi, 2017.

ADLİ ÇOCUK" GÖZÜYLE ÇEVİRİMİÇİ ÇELDIRİCİLER Sıtkı Eren ASLAN

*Efe Koleji 7. Sınıf Öğrencisi

Özet

Bilgisayar ve bazı taşınabilir çoklu ortam aygıtları ile bir ya da birden fazla kişinin genel ağa bağlanarak, birlikte veya yalnız başına bilgisayar oyunları oynamasına ve oyun sırasındaki paylaşımlarına "çevrimiçi oyun" denir. Çevrimiçi Oyunlar, Taktik –Strateji, Rol, Yap-Boz, Spor, Aksiyon, Simülasyon vb. türlere ayrılmışlardır. Bu oyunların tümünde çevrimiçi çeldiriciler yer almaktadır.

Çevrimiçi çeldiricilerin en yaygın olanı, çevrimiçi oyunda tutma tuzaklarıdır. Çevrimiçi oyunda tutma tuzakları, çevrimiçi kullanıcıları, ruhsal ve bedensel olarak oyun oynamaya veya oyunda kalmaya zorlayan hilelerdir. Bu hilelerin başlıcaları: "Efsane" - "Nadir"tuzağı, "Oyun dışı bırakma"cezası, "Az daha"- "Az kalmıştı"- "Neredeyse"tuzağı, "Çok şanslıyım"tuzağı, "Parasız" - "İndirim" - "Kampanya"tuzağı, "Çok yakında"tuzağı, "Yeni versiyon"tuzağı ve "Sadık oyuncu"tuzağıdır. Çevrimiçi oyunlar, kullanıcılar üzerinizden en çok gelir elde etmek amacıyla tasarlanmıştır. Kullanıcılar, oyunda kaldıkları sürece bağlantı zamanı ve oyun için satın almalar ile paraharcamak zorunda bırakılmaktadırlar. Çevrimiçi oyunlar, çevrim içi çeldiriciler üzerinden kullanıcıların davranışlarını, sohbetlerini ve hatta ses ve görüntülerini de kaydederek, oyuncularını türlü hileler ile tanımakta ve büyük veri kütüphaneleri oluşturmaktadır.

Çevrimiçi oyunların en önemli özelliklerinden diğeri birisi de "sosyal çeldirici" olmalarıdır. Çevrimiçi oyunlar, kullanıcıların arkadaşları ile arasına girerek, dostluk üzerinden gelir elde etmeyi amaçlamaktadır. Çevrimiçi oyunlardaki "sosyal çeldirici" özellikler, kullanıcıların arkadaşları ile fiziki olarak buluşup, sohbet etmesine, gerçek oyunlar oynamasına engel olmaktadır. Kullanıcılar, sesli ve görüntülü şekilde, sanal olarak bir araya gelmeye zorlanmaktadır. Çevrimiçi çeldiriciler, kullanıcılardan en fazla faydayı sağlamak üzere geliştirilmişlerdir. Çevrimiçi oyunları icat edenler için en eğlenceli oyunun, kullanıcılardan en fazla geliri etmek olduğu unutulmamalıdır.

Her konuda olduğu gibi, ifrat ve tefrite kaçmadan,"Tamam", "Yeter", "Bitti", "Kalkıyorum", "Kapatıyorum", "Hayır" demeyi öğrenmeli, aklımızın karıştığı durumlarda Büküklerimize ve Öğretmenlerimize danışmaktan, yardım istemekten çekinmemeliyiz.

Anahtar Kelimeler: Çevrimiçi Çeldirici, Çevrimiçi Oyunda Tutma Tuzağı.

YAŞLILARDA İLAÇ KULLANIMI VE ADLİ ECZACILIK GAMZE ÖĞÜTÜCÜ*

Özet

Doku ve organların işlevi ve yapısında azalan yönde ölçülebilen değişiklik yapan progresif ve genel fizyolojik süreçte yaşlılık denir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlanmaya getirdiği kronolojik sınır 65 yaş idi uzayan yaşam süreleriyle yeni sınır 80 oldu. Yaşam süresinin artması yanında yaşlılık ile gelen birçok hastalığı getiriyor. Huzur evlerinde yapılan, ortalama yaşı 75 olduğu bir çalışmada; Hastaların %70 den fazlasının 2'den fazla ilaç kullandığı, en çok kullanılan ilaçlar analjezikler ve steroid olmayan antienflamatuvarlar olduğu, polifarmasi ve yan etkiler arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüş.

Yaşlılarda İstenmeyen İlaç Olaylarının Nedenleri

1-Polifarmasi

Hastanın ihtiyacı olduğundan fazla miktarda ilaç kullanmasına denir. İlaç yan etki riski de polifarmasi ile birlikte artar. Ayrıca kilo kaybı, düşme ve fonksiyonel ve bilişsel durumda zayıflama gibi spesifik olmayan sendromların riskini de artırır. Yaşlılarda mevcut ilaç rejimin öngörülmemeyen bir etkisini telafi etmek için yeni bir ilacın yazılması durumuna "reçete kaskadı" denir. Bu durumda polifarmasi etkilerini artırabilir.

2-İlaçların İstenmeyen Yan Etkileri

2 tip ilaç yan etki mekanizması vardır.A tipi reaksiyonlar öngörülebilir ve önenebilirlerdir. Warfarin ve kanama, steroid olmayan antienflamatuvarlar ve gastrointestinal kanama gibi. B tipi reaksiyonlar ise beklenmeyen ve önlenemeyen reaksiyonlardır.Anaflaksi buna örnek verilebilir.

3-Yaşlanma İle Birlikte Oluşan Değişiklikler

Yaşlanma ile vücudumuzda birçok değişiklik meydana gelir. Kronik hastalıklar vücut metabolizmasını değiştirir, renal fonksiyonlar ve karaciğer fonksiyonları azalır. Vücutta meydana gelen değişimler ilacın farmakokinetiğini değiştirir.

4-İlaç-İlaç, İlaç-Besin Ve İlaç-Hastalık Etkileşimleri

İlaçlar birbirleriyle,besinlerle,kronik hastalıklarla etkileşime geçebilir. Bu etkileşimleri bilmek ve hastalara bu bilgiler ışığında yardımcı olmak istenmeyen ilaç olaylarını azaltabilir. Peptid ülser hastasına steroid olmayan antienflamatuvar vermenin mide kanamasına yol açması, ginkgo yaprağının tiazid diüretikleriyle kullanıldığında hipertansiyon riski olması gibi örnekler verilebilir.

Eczacının Yasal Sorumlulukları

Reçeteye tâbi olan, olmayan ilaçların ve sağlığa ilişkin tüm ürünlerin hastanın gereksinimlerine uygun, güvenli ve akılcı bir şekilde tedarikini sağlar. İlaç ve ilaca bağlı sorunlar hakkında bilgi vererek bireyin sağlıklı halini ve yaşam kalitesini arttırmaya çalışır. Bir sorun olduğunda bunun bildiriminde bulunur. Hastanın özel hayatını korur. Türk Ceza Kanununa göre; Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde bozulmuş, değiştirilmiş her tür yenilecek veya içilecek şeyleri veya ilaçları satan, tedarik eden, bulunduran kimseye bir yıldan beş yıla kadar hapis ve adli para cezası verilir. Bu kişi eğer eczacı ise ceza üçte bir oranında artabilir. Gelen reçetede hata var ise bunu saptayamamak,yanlış ilaç vermek ve hastayı yeterince bilgilendirmemek ihmal suçu doğurur.

Adli eczacı ise,Yaşlılıkta ilaç kullanımına bağlı intoksikasyonun analizle belirlenmesi,bu sonuçların değerlendirilmesi,eczacının reçete karşılama ve medikasyondaki sorumluluklarını yerine getirip getirmediğinin değerlendirilmesi, malpraktis olup olmadığının değerlendirilmesinde rol oynar. Danışmalık hizmeti verir, vakayı değerlendirir ve rapor sunar.

K9 KÖPEK EĞİTİMİNDE ÖNEMLİ UNSURLAR

Çınar Toprak GÜLBAĞ

Arama Kurtarma Köpekleri

Personel Seçimi

Köpek eğitimi konusunda yetenekli, köpeklerden korkmayan, seven, bakimi ve eğitimiyle ilgili bilgisi olan şahısların seçimi...

K-9 Eğitimine Uygun Olabilecek Köpeklerin Seçimi

-Burnunu koku almada çok iyi kullanabilen

-Sağlık sorunu olmayan

-Oyun oynama güdüsü yüksek olan herhangi bir oyuncakçı benimseyip, onunla oyun oynamayı seven ve çok isteyen

-Derinlik,karanlık,yükseklik ve gürültüden korkmayan aynı zamanda sosyal olan

Köpeklerden seçilir.Köpeklerin branşlarına göre eğitim süreleri belirlenir ve ona göre programa dahil edilirler...

Arama Köpeklerinde Üç Branş Belirlenir

1.Canlı insan arama köpekleri

2.Dogada kayıp insan arama köpekleri

3.Ceset arama köpekleri

Köpeklerin Oyuncakla Bağ Kurması

Köpeğin sürekli aynı oyuncakla oynatılıp onu sevmesi sağlanır.O oyuncakla mutluluğu yakalaması,özlemesi en önemlisi onu çok arzu edip istemesi sağlanır.

Daha sonraki aşamalarda ikinci üçüncü şahıslarla oynaması sağlanır ve onlardanda havlayarak oyuncakçı istemesi sağlanır.

Sonraki aşamalarda diğer şahısların köpeğin oyuncakçısını alıp kaçarak bir yerlere saklanması sonucu köpeğin onların kokusundan nerede olduğunu anlaması ve köpeğin havlayarak oyuncakçı istenmesi sağlanır bu durumda bizde şahsın yerini belirlemiş oluruz.

Sonra şahıslar dolap,kapalı kutu ve depo gibi yerlerde tamamen gizlenerek köpeğin onların kokusundan yerlerinin belirlenmesi sağlanır bu aşamada köpek havlayarak yerlerini bize gösterir.

Son aşamada kişilerin çöküntü enkaz gibi yerlere saklanarak köpeğin bulması sağlanır...

Ceset Arama Köpekleri

Köpek sadece ceset,kan ve kemik kokusuna şartlandırılır.Daha önceden personeli ve köpeği belirlenmiş ekipin köpeğinin ceset kokusu verebilecek materyallerle bir kutu içerisine yan yana koyarak oyuncakçısını bulması sağlanır.

Burada köpek sürekli ceset,kan ve kemik kokusunu aldığı için oyuncakçının hep bu tür kokuların yanında olduğunu düşünmesi sağlanır.Ve son olarak köpek oyuncakçı in yerini göstermek için kazıyarak ve havlayarak yerini gösterir...

Ceset köpeği çalıştırılırken gerçek ceset parçaları olmasına gerek yoktur yapay benzer kokularla çalıştırılır...

ADLİ HEMŞİRELİK SÖZEL BİLDİRİLER

Sözel 01 (TAM METİN)

**NÖROŞİRURJİ YOĞUN BAKIMDA ADLİ OLGULARDA ADLİ
HEMŞİRELİK SÜRECİ**

Forensic Nursing Process In Forensic Cases In Intensive Care In Neurosurgery

Songül BOZTAS*, Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER**

*Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği,

** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Bu makale; nöroşirurji yoğun bakım hemşireliğinde adli hemşirelik süreci için yol haritası çizmeye çalışmak amacıyla yazılmıştır. Yoğun bakım üniteleri (YBÜ)'nde karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastalar bulunmaktadır. Özellikle Nöroşirurji YBÜ'lerinde her türlü adli olgularla sık karşılaşmaktadır. Adli olgularda bireyi ilk gören, ailesi ya da yakınlarıyla ilk iletişime geçen, muayene sırasında eşyalarına dokunan ve bireyden alınan laboratuvar örnekleriyle ilk temas eden genellikle hemşirelerdir. Adli olguların tıbbi müdahalesi esnasında özellikle acil koşullarda YBÜ'lere kabul edilmek zorunda kalan hastalarda durumun ciddiyeti ve aciliyeti; hemşirenin deneyimsizliği ve adli olgu konusundaki eğitiminin yetersizliği; var olan kanıtların kaybına neden olabilir.

Adli hemşirelik, hukuk ile hemşirelik arasındaki bağlantı halkasıdır. Adli hemşire; klinik adli araştırma ve soruşturma sürecinde tamamen delilere dayanan yaklaşımla anatomi ve fizyoloji bilgisi, davranış ve tavır tanımlamalarını kullanarak, adli olayların temel özelliklerine etki eden konuları incelerken, aynı zamanda da adli hemşirelik uygulamalarının gereksinimi olan etik mesleki standartları korur. Adli hemşirelik süreci ise tanılama, planlama, girişim ve değerlendirme basamaklarını içeren sistematik bir yöntemdir. Yoğun bakım hemşirelerin adli hemşirelik sürecini kullanmaları; suçun fark edilmesi, önlenmesi, aydınlatılması, suçlu ve mağdurun profesyonel bakım almalarını sağlayacaktır. Dolayısıyla nöroşirurji gibi özellikli YBÜ'lerindeki mağdurun daha az travmatize olmasını sağlayacak, sağlıklı gözlem ve kayıt tutulması ile kanıtların toplanmasını kolaylaştıracak, araştıran, sorgulayan, güven ortamında empati kuran hemşirelere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Adli olgu, nöroşirurji yoğun bakım ünitesi, adli hemşirelik, adli hemşirelik süreci

ABSTRACT

This article; It was written to try to draw a pathway for forensic nursing process in neurosurgery intensive care nursing.

Intensive care units (ICUs) have patients with complex and life-threatening problems. All kinds of forensic cases are frequently encountered, especially in Neurosurgery ICU in forensic cases, it is very important that nurses who first see the individual, first contact with their family or relatives, touch their belongings during the examination and first contact with the laboratory samples taken from the individual. It is extremely important for healthcare professionals to recognize the forensic case. the severity and urgency of the situation during the medical intervention of the patients, especially in patients who had to be admitted to the ICU in emergency conditions; the inexperience of the nurse and the inadequate training of the forensic case; loss of existing evidence.

Forensic Nursing is the link ring between law and nursing. Forensic nurse; In the clinical forensic research and investigation process, using the definitions based on anatomy and physiology knowledge, behavior and attitude with a purely evidential approach, while examining the issues that affect the basic characteristics of forensic events, it also maintains the ethical professional standards required by forensic nursing practices. Forensic nursing process is a systematic method including diagnosis, planning, intervention and evaluation steps. Informing about forensic nursing will ensure that many crime is recognized, prevented, enlightened, and that the offender and victim receive professional care. There is a need for nurses who can empathize in a trust environment, make the victim less traumatized, facilitate the collection of evidence through healthy observation and record keeping, investigate, question and provide empathy.

Keywords: Forensic case, neurosurgical intensive care unit forensic nursing, forensic nursing process.

Giriş

Yoğun bakım hizmetleri bir ekip çalışmasıdır. Sağlık hizmetinin kalitesi ekibin yeterliliği ve kalitesiyle orantılıdır (1). Yoğun bakım hemşiresi, yaşamı tehdit edici sorunları olan hastaların tanımlanmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık profesyoneli (2). Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ)'nde ekibinin önemli bir parçası olan hemşirelerin mesleki görev, yetki ve sorumlulukları 08 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği ve 19 Nisan 2011 tarihli yayımlanan düzenleme ile çalışılan birim, ünite, servis ve alanlara göre tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre hastanın yoğun bakım ünitesine kabulünde, veri toplamada, sağlık bakım ekibiyle birlikte ortak bakım girişimlerinin uygulanmasında ve ilk/acil girişimlerin tümünün yapılmasına hazırlıkta hemşireler görevlidir (3). Sağlık kuruluşlarında tüm sağlık çalışanları adli vakalarla karşılaşabilmektedir. Bir başkasının kasıtlı ya da tedbirsiz dikkatsiz davranışı sonucu oluşan yaralanmalar, meslekte ve sanatta acemilik ya da düzenleme, yönerge ve emirlere uymama sonucu yaralanmalar, zehirlenme şüphesi olan yaralanmalar ve orijini intihar olan tüm yaralanmalar adli olgu/vaka olarak tanımlanır ve oluş nedeni doğrulana kadar travmayı kapsayan tüm kazalar olası adli olgu/vaka olarak değerlendirilir (4).

Nöroşirurji Yoğun Bakımın Adli Yönü

YBÜ'lerde karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastalar bulunmaktadır. Bu alanlar; yaşamı tehdit altında olan bireylere, olabilecek en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla kullanılan çok sayıda yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, disiplinler arası ekip yaklaşımının zorunlu olduğu bakım merkezi olarak tanımlanmaktadır (5).

Adli Tıp Kurumu tarafından Haziran 2005'de yapılan Türk Ceza Kanunu'nda "Yaralanma Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi" yapılmış olup; yaşamı tehlikeye sokan bir duruma yol açan yaralanmalar aşağıda sıralanmıştır: Kafatası kırıkları, ilk üç servikalvertebrakırığı, kafa içi kanama, kontüzyon, laserasyon, klinik bulgu veren beyin ödemi ve başlangıç Glasgow Koma Skoru'nun 8 ve altında olduğu bilinç kapallığıdır (6).

Aydın (7) tarafından yapılan 2014 yılında gerçekleştirilen çalışmada beyin omurilik ve periferik sinirlerle kafa kemikleri ve omurga yaralanmalarının büyük bir bölümü motorlu araç kazaları sonucu gelişirken; spor yaralanmaları, düşmeler, fiziksel şiddete maruz kalma ve çocuk istismarı gibi etkenler de yaralanma nedenleri arasındadır. Beyin omurilik ve periferik sinirlerle kafa kemikleri ve omurga yaralanmaları hayati tehlike taşıyabildiği gibi adli olarak 'Basit Tıbbi Müdahale ile Giderilemez' (BTM) olarak tanımlanmaktadır.

Kafa içi değişimler, iç tabulayı da kapsayan kafatası kırıkları, yaşamı tehlikeye sokan bir duruma yol açan yaralanmalar, izole dış tabulayı ilgilendiren kafatası yaralanmaları, tüm kafa içi yapılarıdaki travmatik değişimler (kontüzyon, pnömosefali, klinik bulgu veren beyin ödemi vb.), kranial sinir yaralanmaları, Glasgow Koma Skoru 9-13 arası belirlenmiş 5 dakikadan uzun süren bilinç kaybı olanlar, travma sonrası bilinç kaybı olmamakla birlikte fokal nörolojik defisiti (kranial sinir, hissi- motor belirtiler) olanlar, travma sonrası 24 saatten uzun amnezisi olan vakalar BTM ile giderilemez. Bu durum da Nöroşirurji açıdan adli vakaların önemine işaret etmektedir (6).

Çetin ve ark.'nın (8) çalışmasında da belirttiği gibi acil servise baş vuran adli vakalarda konsültasyon istenen branşlardan birinci sırada Nöroşirurji olduğu saptanmıştır. Seviner ve ark.'nın (9) yaptığı çalışmada adli olgularda yaralanan bölge oranlarına bakıldığında %22 oranıyla baş, boyun ve yüz ilk sırada yer almaktadır. Kurucu ve ark.'nın (10) yaptığı çalışmada da yoğun bakıma kabulü yapılan hastaların başvuru şikayetlerini;

araç içi trafik kazası (%32.3), araç dışı trafik kazası(%10.2),yüksekten düşme-düşme (%15.7) ve darp (%2.4)olarak belirlemişlerdir.

Bu çalışmalar Nöroşirürji yoğun bakım hemşirelerin adli olguları ile karşılaşma sıklıkları ve nedenleriyle ilgili bilgi vermektedir. Hastaların acil servis, ameliyathane ve klinikten yoğun bakım ünitelerine kabulü yapılmakta ve yoğun bakım günlük rutin işlemleri yapılırken ve yaşamla ölüm arasındaki çizgide hastaya müdahale edilirken özellikle de adli vaka kaydı yoksa hasta ile ilgili adli vaka süreci uygun şekilde sürdürülmemektedir. Dolayısıyla bu durum, kanıtların zarar görmesine, kovuşturmanın sonuçsuz kalmasına hatta yanlış karar verilmesine, özetle suçun ve suçlunun istenmeden olsa da kayırılmasına neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının ve özellikle hemşirelerin adli vaka sürecinin uygun bir şekilde yönetilebilmesi için alacakları özel eğitimler ile sadece mağdurun yaralarının tedavisini değil aynı zamanda mağdur haklarının korunmasında ve adalete katkı sağlanmasında da daha etkin olacaktır. Elde edilecek bilgiler adli makamlarca olay-suç ilişkisinin aydınlanmasında kullanılacaktır(6). Özellikle adli değerlendirmede hemşirelerin kayıtları çok önemlidir. Hemşirelerin kayıtları çok daha fazla detay içermektedir (11).Fiziksel travma veya ifade ve davranışların çelişkiler içermesi, olayın adli bir vaka olduğunun fark edilmesi durumunda, mağdurun kendini güvende hissetmesini sağlamak hemşirenin görevleri arasındadır (4). Adli hemşirelik prensip ve uygulamaları yoğun bakım hemşirelerinin klinik uygulamalarında da uygulanabilir (12).

Adli Hemşirelik Süreci

Adli Hemşirelik, hukuk ile hemşirelik arasındaki bağlantı halkasıdır. Bir adli hemşirenin amacı gerçeği aramaktır. Uluslararası Adli Hemşireler Birliği'nin (International Association of Forensic Nurses_IAFN) tanımına göre; adli hemşirelik; sağlık ve adli sistemlerin kesiştiği genel hemşirelik uygulamalarıdır (13). Adli hemşire,adli davaların soruşturulması ve yargılanmasındagünümüzde çok daha önemli bir rol oynamaktadır(14).Adli hemşirenin görevleri dört başlıkta incelenebilir; Şiddetin meydana geldiğinde şüphelenmek, yaranmaların tanımlanması ve bakımı, delil toplamak ve krize müdahale etmektir (14,15).

Adli hemşire; sağlık ve adalet sistemi için yenilikçi bir kaynak sunmaktadır (16). Bu sorumluluğunu yerine getirirken adli hemşire; klinik adli araştırma ve soruşturma sürecinde tamamen delilere dayanan yaklaşımla anatomi ve fizyoloji bilgisi, adli olayların temel özelliklerine etki eden hususları incelerken, aynı zamanda da adli hemşirelik uygulamalarının gereksinimi olan etik mesleki standartları korumakla yükümlüdür (3).

Hemşirelik Kanunu'nda (Kanun no:5634RG:2.5.2007/26510-4.Madde);hemşireler her ortamda bireyin, ailenin, toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılaşabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Adli hemşire bu kanun kapsamında *Adli Hemşirelik Sürecini* kullanarak adli hastanın bakım ve tedavisini gerçekleştirmekte ve adli sürecin hemşirelik boyutunda adli ekiple iş birliği çerçevesinde görev yapabilmektedir (17). Adli olaylar karşısında öncelikle her şeyin kanıt olabileceği konusunda şüpheli olunmalıdır. Meydana gelen suçunaydınlatılması ve suç sanıklarınınintespitine yarayan, her türlü ispat vasıtasına 'kanıt' denir (18). Hemşireler tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz olarak yapılması, çeşitli suçlarda gerek mağdur gerekse failden uygun bir şekilde biyolojik kanıtların toplanması sürecinde görev almalıdırlar (7). Hemşirelik sürecini yasal olarak kullanması gerekliliği, hemşirelik sürecinin amacı ve bireye bağlı ihtiyaçların belirlenmesi gerektiği vurgulanmakta, belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlaması, uygulaması, değerlendirmesi ve denetlemesi üzerinde durulmaktadır (19). Bu sürecin multidisipliner bir yaklaşım içerisinde olması gerektiği asla unutulmamalıdır (20).

Örnek hemşirelik tanıları(22);

-Etkisiz korunma	-Acı çekme
-Riskli sağlık davranışı	-Etkisiz baş etme
-Kendini ihmal etme	-Etkisiz toplumsal baş etme
-Uyku yoksunluğu	-Etkisiz inkar
-Sözel iletişimde bozulma	-Post-travma sendromu
-İletişimde güçlenmeye hazır oluş	-Tecavüz-travma sendromu
-Durumsal düşük benlik saygısı	-Stres yüklenmesi
-Beden imajında bozulma	-Karar vermede çatışma
-Bireysel kimlik tanımında bozulma	-Uyumsuzluk
-İnsan onurunu tehlikeye girme riski	-İntihar riski
-Disfonksiyonel aile süreçleri	-Sosyal izolasyon
-Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	-Travma riski
-Anksiyete	-Başkalarına karşı yönelik şiddet riski
-Kronik keder	-Kendine yönelik şiddet riski

Nöroşirürji Yoğun Bakımda Adli Hemşirelik Süreci

Yoğun bakım hastasının bakımı aşağıda, yaşam modelini temel alan hemşirelik modeli doğrultusunda bireye özgü ele alınarak hemşirelik sürecinin aşamalarına göre açıklanmıştır (5). Buna paralel olarak *Adli Hemşirelik Süreci* yürütülmektedir. *Adli Hemşirelik Süreci*, hemşirelik sürecinin tanılama, planlama, girişim ve değerlendirme basamaklarını içeren sistematik bir yöntemdir (18). Nöroşirürji yoğun bakımdaki adli olguların, bakım ihtiyaçları birinci planda gözetilmekle beraber; izlenen süreç adli hemşirelik sürecinin yansımasıdır ve hemşirelik süreci basamakları doğrultusunda şekillenir.

Tanılama: Adli durumun ve potansiyel mağdurların belirlenmesi amacıyla yapılır. Hastaya ilişkin verileri sistematik olarak toplamayı içerir (16,21).

Subjektif veriler: Adli vakalarda genel hemşirelik öyküsüne ek olarak; olayın ne, nerede, ne zaman olduğu soruları ile başladıktan sonra, hastanın şikayeti dinlenmelidir (4,5).

Objektif veriler: Elde edilen veriler yaşam aktiviteleri kapsamında değerlendirilmektedir (5). *Fiziksel muayene;* ‘Ceza Muhakeme Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti’ hakkındaki yönetmelik gereğince; şüpheli ve sanık üzerinde iç beden ve dış beden muayenesi tabip tarafından yapılabilir. Ancak hemşirelik tanılama süreci kapsamında hastanın durumuna ilişkin veri toplama yöntemlerinden biri fiziksel muayenedir. Hemşire sistematik ve kapsamlı bir şekilde fiziksel muayene yaparak kanıtları toplamalıdır (4). Tanılama aşamasında adli hemşire adli olaylarla ilgili kişileri dinlerken ve kanıtları inceleyip ayrıntıları analiz ederken en küçük detayı bile kaçırmamalı ve dikkatli davranmalıdır (22).

Alanlara göre 2012-2014 Uluslararası NANDA (NANDA-1) sınıflandırması temel alınarak *yoğun bakımdaki* adli vaka ve yakınlarının gereksinimlerine ve tepkilerine uygun olarak aşağıdaki örnek hemşirelik tanıları seçilebilir (21)

Planlama: Adli olaylarla ilgili dinamik bir araştırma sürecini kapsar (22).

Hasta kayıt sisteminin sürekli bir parçası olan ve bakım planını kullanan sağlık çalışanlarının, hastanın gereksinimleriyle ilgili bilgi sahibi olduğu bakım planı oluşturulur. Adli hemşire kanıt dayalı uygulamalar yaparken, olaylarla ilgili delileri ortaya çıkararak, süreci desteklemeyi amaçlamaktadır (16,20).

Kanıtların Tanımlanması; Adli kanıtın toplanması ve saklanması ilk adım kanıtın toplanmasıdır. Hemşire hastanın ve ailesinin birbirinden tutarız ifadeleri, hastanın ses tonu ve vücut dilinden yola çıkarak adli vakanın tanımlanmasını sağlayabilir (4).

Kanıtın Toplanması; Fiziksel kanıtlar, kurşun, giysi, saç, iplik, debris, tükürük, meni, ısırma izleridir. Fiziksel olmayan kanıtlar ise psiko-sosyal öykü alma sırasında, intihar girişimi, şiddet, suiistimal, kendine zarar verme gibi travma eğiliminin değerlendirilmesidir. Hemşirelik tanılama süreci kapsamında fiziksel muayene, öykü alma ve hemşirelik bakımı sırasında hemşire mevcut kanıtları toplamak durumundadır (4).

Girişim: yoğun bakım hastasının öncelikleri, gereksinimleri ve sorunları değiştiğinde, bakım hedefleri ve planlama girişim öncesi güncellenmeli ve bakımı planlamada esnek olunmalıdır (21).

Kanıtın kayıt edilmesi; Başlangıçta adli vaka olarak tanımlanmadan yoğun bakıma kabul edilen vakalar olabilir. Fotoğraf, çizim, vücut haritaları ve şemalar çok kıymetli görsel kayıtlardır. Bu kayıtlar hastanın klinik durumu izin verirse tedaviye başlamadan önce, bakım ve tedaviyi engellemeyecek şekilde yapılmalıdır. Hastadan onam alınmalıdır. Eğer hasta bilinçsiz veya onam alınamıyorsa sanık olduğunda şüphe edilmeyen yakınından izin alınmalıdır (4).Paket ve zarf üzerine kişinin ad-soyadı, doğum tarihi, örneğin ne olduğu, nereden ve ne zaman alındığı, protokol numarası yazılmalı, delileri toplayan sağlık personelinin ad-soyadı, unvanı, kurum adı ve bölümü yazıp mühürlendikten sonra, kayıt altına alınmalı ve düzenlenen rapor eşliğinde ilgili birime teslim edilmelidir (4).

Kanıtın saklanması; Islak/nemli tüm kanıtlar paketlere yerleştirilmeden önce kurumasına izin verilmelidir. Paketlemek için, kâğıt, plastik ya da camdan çok daha iyidir (4).

Kanıt koruma zincirinin sağlanması; Hemşire kanıt zincirinin doğru olarak sağlanması için gözlem yapmakta ya da örnekleri almada ve kanıtların uygun koşullarda paketlenmesinde görev almaktadır(4).

Değerlendirme: Değerlendirmesürecini, hemşirenin kendi algı ve değerleri etkilemektedir. Hemşire adli vaka ile karşılaştığında, zihninde taşıdığı inançlara bağlı olarak hastaya yönelik önyargılı düşünceler, rahatsızlık, öfke, kızgınlık ve korku yaşayabilmektedir. Hemşirenin kendi duygularının farkına varması, duygularını kontrol etmesi, objektif olması, duygularını uygulamalara karıştırmaması gerekmektedir (4). Değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıçtır. Değerlendirme sonucu olumsuzsa, çözülmemeyen problemler yeniden gözden geçirilerek plan yapılır. İşte bu yüzden süreç dinamiktir (23).

Sonuç Ve Öneriler

Özellikle Nöroşirürji YBÜ'lerde her türlü ateşli silah, patlayıcı madde, kesici-delici-ezici alet yaralanmaları, trafik kazaları, düşmeler, darp olguları, iş kazaları, ihmal gibi adli olgularla sık karşılaşmaktadır. Adli olgularda bireyi ilk gören, ailesi ya da yakınlarıyla ilk iletişime giren, muayene sırasında eşyalarına dokunan ve bireyden alınan laboratuvar örnekleriyle ilk temas eden genellikle hemşirelerdir. Tanıklık durumu dışında adli olguların tıbbi müdahalesi esnasında özellikle acil koşullarda YBÜ'lerine kabul edilmek zorunda kalınan hastalarda durumun ciddiyeti ve aciliyeti; hemşirenin deneyimsizliği ve adli olgu konusundaki eğitiminin yetersizliği; var olan kanıtların kaybına neden olabilir.Nöroşirürji yoğun bakım hemşiresi, duyarlılığı ve adli hemşirelik bilgisiyle, hasta ve ailesine yapacağı hemşirelik bakımını hemşirelik süreci çerçevesinde

gerçekleştirerek bireylerin profesyonel bakım alabilmelerini ve adli olayların çözümünde büyük katkı sağlayacağı açıktır.

Nöroşirurjiyoğun bakım ünitelerinde, adli olgularla karşılaşma sıklığının fazla olması nedeniyleburada çalışan hemşirelerin adli eğitim almış, adli sorumluluklarının bilincinde olan hemşireler olması önerilmektedir.

Kaynaklar

- 1-Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoglu Y. Adli Hemşirelik. STED 2004; 13(5):169-171
- 2-Akbal EY, Demir H, Sağnak N. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev Tanımları ile İlgili Çalışma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi Ocak 2007;11(2):102-113
- 3-Köprülü AŞ, Haspolat A. Hemşirelerin Adli Sorumluluğu; Yoğun Bakım Ünitesi ile Çözüm Örneği. Kalfaoğlu E.A, Köprülü A.Ş, Hamzaoglu N , Editörler. Adli Hemşirelik.II.basım. Ankara, 2019:17-41
- 4-Özden D, Yıldırım N. Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009; 73-81
- 5- Terzi B, Kaya N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi2011;1:21-25
- 6- Güzel S, Balcı Y, Çetin G. Editörler. Gündoğmuş Ü.N, Balcı Y, Akın M, güncelleme editörleri: Türkiye Cumhuriyeti Adli Tıp Kurumu, Türk Ceza Kanunu’da Tanımlanan Yaralanma Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Haziran 2013 www.atk.gov.tr. Erişim Tarihi: 17 Ağustos 2019.
- 7- Aydın V. Birinci Basamakta Adli Açından Nöroşirurji Vakaları. Türkiye Klinikleri T FamMed-Special Topics. 2014;5 (1):38-42
- 8- Erdoğan Ç, Teyin A, Birben B, Çetin B, Şahiner GG, Hamamcı M. Acil Servislerde Adli Raporların Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Dergisi 2018;8(4):34/40
- 9- SevinerM, Kozancı N, Ay M.O, Açıkalin A, Çökük A, Gülen M, Ecehan S, Genç KM, Satar MS. Acil Tıp Kliniğine Başvuran Adli Vakaların Geriye Dönük Analizi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi2013; 38 (2):250-260
- 10- Kurucu N.M, Efil S, Eser O, Aslan A, Karabekir H.S. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Resrospektif Olarak Değerlendirilmesi, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi Ağustos 2013;2(2)
- 11-Granacher R.P. Traumatic Brain İnjury, Methohds For Clinical And Forensic Neuropsychiatric Assesment. 2003 ;388
- 12- Akgöz ÇS, Başer M. Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;21(2):143-152
- 13-FıratS ,Ünal S, Geleş ÇY. Hemşirelikte Yeni Bir Alan; Adli Hemşirelik. Adli Tıp Bülteni 2016;21(1) 39-42
- 14-Robinson D, Kettles A editors. ForensicNurseandMultidisciplinaryCare of theMentallyDisorderedoffernder. Philadelphia 2000 page;263
- 15-Murkey P.N, Tirpude BH, Alope M, Sandeep B, Suken SP. ForensicNursing:ASubject of NeedandDemand-A Survey. IndianJournal of ForensicMedicineandPathology, Jan. 2009;2(1):9-12
- 16-Sheila E, North AmericansEvolvingNursingSpecialty .TheJournal Of Legal NurseConsulting . Winter 2016; 27(4)
- 17- Kurucu N.M, Efil S, Eser O, Aslan A, Karabekir H.S. Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Resrospektif Olarak Değerlendirilmesi, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi Ağustos 2013;2(2)
- 18- Saral S. TSK Hastaneleri Acil Servis Hemşirelerinin Adli Olgulara İlişkin Yaklaşımları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2009
- 19- Terzioğlu F, Uslu ŞF. Hemşirelerin Tıbbi Müdahalede Karar Verme Yetkisi ve Konumu. Sağlık ve Hemşirelikte Yönetim Dergisi 2017; 3 (4):136-142
- 20- Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik Sürecinin Gelişimi Evrimsel Süreci. Lokman Hekim Dergisi 2017;7(1):1-5
- 21- Williams L, Wilkins A, editörler. Çiçek HS, ÖZEMİR çeviri editörleri. Hemşirelik Bakımını Planlama. 2. Basım. Ankara, Eylül 2016:272-274
- 22- Sözen Ş, Tüzün B, Erdoğan DD. Klinik Adli Tıp Hizmetlerinde Adli Hemşirelik. İçerik: Kalfaoğlu EA, Köprülü AŞ, Hamzaoglu N, editörler. Adli Hemşirelik. Ankara, 2019:43-48
- 23- Yıldırım B, Özkahraman KŞ. Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecine Uygulama. Electronic Journal of VacotionalColleges- Aralık 2013:29-35

özel 02 (TAM METİN)

Çocuklarda Korozif Madde Tehlikesi

Danger of Corrosive Substances in Children

Selen ÖZAKAR AKÇA*, Esmanur CİNAR, Gülay Öztaş Sarı****

* Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

** Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Öğrencisi

ÖZET

Korozif maddeler, asidik ya da alkali yapıdadırlar. Bu nedenle mukoza ile temas ettiğinde histolojik ve fonksiyonel olarak zarar verebilmektedirler. Asidik maddeler, koagülasyon nekrozu yapıp, daha yüzeysel yanıklara neden olurlar. Bu maddeler tükrükle nötralize olduğundan özefagusa daha az etki gösterirler fakat viskozitesi düşük olduğundan daha hızlı mideye geçip, mide asitleriyle birleşirler ve tüm mide bölümlerinde yanıklara neden olabilirler. Bu maddeler; kireç çözücüler, tuvalet temizleyicilerdir. Alkali maddeler ise likefaksiyon nekrozu yapar ve derin yanıklara neden olurlar. Buyağ çözücüler, lavabo açıcılar, çamaşır suyu, standart pillerin sıvı içeriği vb.'dir.

Ülkemizde özellikle denetimsiz şekilde üretilen temizlik malzemelerinin çocuklar açısından kolay ulaşılabilir ambalajlarda satılması, aileler tarafından saklanma koşullarında yeterli güvenlik önlemlerinin alınmamış olması, çocuğa ait davranışsal ve kognitif sorunlar, ailenin çocuk üzerindeki ilgi ve denetiminin kısıtlı olması bu tür maddelere istemsiz temas riskini artırmaktadır. Gerek asidik gerekse alkali maddelerin yanlışlıkla içilmesi çocukluk döneminde sık karşılaşılan bir sorun olduğu düşünüldüğünde çocuk hemşirelerinin çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki önemi göz önüne alındığında çocukların korozif maddelere karşı korunmasına yönelik bilinçlendirilmenin önemi dikkat çekmektedir. Bu doğrultuda çocuk hemşireleri, açıkta satılan ürünlerin alınmaması, bu ürünlerin içecek ve yiyecek kaplarına konmaması, uygun alanlarda ve kilitli olarak saklanması, korozif madde içilmesi durumunda çocukların kusturulmaması ve en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması konusunda aileleri eğitmelidir.

Anahtar Kelimeler: Korozif madde, çocuk, hemşire, asidik, alkali.

ABSTRACT

Corrosive substances, which are acidic or alkaline, can therefore cause histological and functional damage when contacted with the mucosa. Acidic substances cause coagulation necrosis and cause more superficial burns. Since these substances are neutralized by saliva, they have less effect on the esophagus, but because of their low viscosity, they migrate to the stomach faster and combine with gastric acids and cause burns in all parts of the stomach. These are descaling agents and toilet cleaners. Alkali substances cause liquefaction necrosis and cause deep burns. These are degreasers, sink openers, bleach, liquid content of Standard batteries, and so on.

In our country, the fact that uncontrolled production of cleaning materials are sold in easily accessible packaging for children, the lack of adequate safety measures in hiding conditions, behavioral and cognitive problems of the child, the family's limited interest in the child and the control of these substances increases the risk of involuntary contact. Given that accidental drinking of acidic and alkaline substances is a common problem in childhood and the importance of pediatric nurses in the protection and improvement of child health, the importance of awareness raising for the protection of children against corrosive substances is remarkable. In this respect, pediatric nurses should educate the families about not to buy unpacked product in bulk, not to put these products in drink and food containers, to keep them in suitable areas, to prevent children from vomiting in case of intake of corrosive substances and to apply to the nearest health institution.

Keywords: Corrosive substance, child, nurse, acidic, alkaline.

Giriş

Korozif madde içilmesi çocuklarda sık karşılaşılan bir durumdur. Ev kazaları içerisinde önemli bir yeri olmakla birlikte ülkemizde de önemli bir halk sağlığı problemini oluşturmaktadır. Korozif madde içilmesi konusunda birçok çalışma yapılmış olmasına karşın korozif madde içilmesine bağlı kazalarda yeteri kadar azalma sağlanamamıştır.

Korozif maddelerin içilmesinin artarak devam ettiği,^{1,2} çocuk hemşirelerinin eğitici, çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki önemi göz önüne alındığında; sunulan bu çalışma ile çocuk hemşirelerinin çocukların korozif maddelere karşı korunmasına yönelik bilinçlendirilmesi amaçlanmış derleme çalışmasıdır.

Çocuklarda Korozif Madde Tehlikesi

Korozif kelimesinin anlamı, aşındırıcı, yakıcı ve çürütücü madde anlamındadır.³ Korozif maddeler, asidik ya da alkali yapıda olduklarından mukoza ile temas ettiğinde histolojik ve fonksiyonel olarak zarar verebilmektedirler.⁴ Korozif hasar, korozif maddelerin içilmesi sonucu oluşur ve yaygın bir pediatrik sorundur.¹

Korozif maddenin kaza ile içilmesi genel olarak 1 ile 5 yaş arasındaki çocuklarda daha sık görülmekte,⁴ iki yaşındaki çocuklarda pik yapmaktadır.^{1,2} Korozif madde içen bu yaş grubu çocuklarda oranın yüksek olmasının nedeni olarak; bu çocukların henüz otonomilerini tam olarak kazanamamalarından, neden-sonuç ilişkisi kuramamalarından ve oldukça meraklı olmalarından kaynaklandığı bir dönemde bulunmaları sonucu olduğu bildirilmektedir.¹

Korozif maddenin içilmesi ile ağızdan başlayıp mideye kadar olan bölgelerde önemli derece zarara sebep olmaktadır.⁵ Asit ve alkali korozif maddelerin zarar verme şekilleri farklılık gösterse de dudak, oral kavite, farenks, larenks, özofagus ve midede histolojik zarar sonucu disfaji, perforasyon, ses kaybı ya da mortalite ile sonuçlanabilir. İçilen korozif maddenin alkali ya da asit olması, miktarı, yoğunluğu vb. özellikleri zararın derecesini, korozif maddenin içilmesi sonrasında gastroözefagual reflü (GER) oluşması da iyileşme süresine etki etmektedir.⁶

Korozif madde içilmesi sonucunda tedavinin temel amacı iyileşmeyi sağlamak, perforasyonu, hızlı fibrozis gelişmesini ve strüktür gelişimini azaltmaya dayalı önlemler almaktır. İlk değerlendirme aşamasında korozif madde içen çocukta korozif ajanı saptama ve çocukta oluşan hasarın yaygınlığının belirlenmesi olmalıdır. Bu nedenle korozif madde içen olgularda korozif maddenin bulunduğu kabın görülmesi sağlanarak korozif maddenin içeriği konusunda bilgi sahibi olunmalıdır. Böylece çocuğun tedavi ve bakımının planlanmasının süreci belirlenmiş olur.⁷

Korozif madde içen bir çocuk hemen hastaneye yatırılmalı, ilk müdahalenin doğru bir şekilde yapılabilmesi için çocuğun başvurduğu sağlık kuruluşunun acil servisinde iyi bir anamnez alınması sağlanmalı, yaşam bulguları stabilize edilmelidir. Korozif madde içerek acil servise başvuruda bulunan çocukta ilk yapılması gereken, yeterli bir solunum yolu sağlama, solunum desteği ve kardiyovasküler stabiliteyi koruma şeklinde olmalıdır. Solunum ve hemodinamik stabilite sağlandıktan sonra; korozif maddenin bileşenleri, konsantrasyonu ve yutma koşulları incelenmelidir.^{8,9} Eğer çocuğun solunum yolunun açılması gerekirse; çocuğun başına pozisyon verilmeli, ağız içi ve farengeal aspirasyon yapılmalıdır. Bazı solunum sıkıntısının olduğu durumlarda entübasyon veya trakeostomi gerekebilir. Bununla birlikte eş zamanlı olarak damar yolunun açılması sağlanarak korozif madde alan çocuğun oral alımı kapatılmalıdır.⁷

Korozif madde yanlışlıkla içildiğinden, çocuk genel olarak bu maddeyi az miktarda içmiştir çünkü ağıza alınan ilk anda olay fark edilerek ağızdan atılmaya çalışılmaktadır.¹⁰ Korozif madde içildikten sonraki ilk 48 saat enflamasyonun çok şiddetli olduğu bir dönemdir ve çocuklar tükürüklerini bile yutamayabilirler. Böyle bir durumda farenkste, travmaya dikkat edilerek, aspire edilmeli, kusma ile birlikte midedeki korozif madde özofagus ile tekrar temas edeceğinden emetik maddelerin kontrendike olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle korozif madde içen çocuk kusma, aspirasyon ve obstrüksiyon olasılıklarına karşı gözlemlenmeli ve hazırlıklı bulunulmalıdır.⁷ Anamnez ve fizik muayenenin özofageal yaralanma açısından tam güvenilir olmaması nedeniyle, orofarinks ve özofagusun endoskopik muayenesinin yapılması tedavinin belirlenmesi

açısından önemlidir. Özellikle 24-48 saat sonra yapılan endoskopi hem güvenli hem de kesin bilgi sağlamaktadır.¹¹

Asidik korozyif maddelerin $pH < 7$ 'dir.¹² Asidik maddeler, koagülasyon nekrozu yapıp, daha yüzeysel yanıklara neden olurlar. Bu maddeler tükürükle nötralize olduğundan özefagusa daha az etki gösterirler fakat viskozitesi düşük olduğundan daha hızlı mideye geçip, mide asitleriyle birleşirler ve tüm mide bölümlerinde yanıklara neden olabilirler.⁴ Bu maddelere örnek kireç çözücüler, tuvalet temizleyicilerdir. Alkali korozyif maddelerin ise $pH > 7$ 'nin üzerindedir.¹² Alkali maddeler ise likefaksiyon nekrozu yapar ve derin yanıklara neden olurlar.⁴ Bu maddeler; yağ çözücüler, lavabo açıcılar, çamaşır suyu, standart pillerin sıvı içeriği vb.'dir.

Korozyif madde içilmesine bağlı oluşan yanıklar çocuklarda uzun dönemde darlık ve yutma güçlüğüne sebep olabileceğinden özellikle kuvvetli alkali korozyif madde içilmesi sonrası oluşan likefaksiyon nekrozu ile özofagusun kas tabakasına doğru yanık ilerler ve iyileşme sırasında kas tabakasında fibrozis oluşumuna neden olur.^{8,11} Kaslarda oluşan fibrozis motor fonksiyon bozukluğuna sebep olur. Çocuklarda oluşan yutma güçlüğünün önemi özefagus lümenindeki darlıktan çok özefagus motilitesindeki bozukluğun derecesi ile yakından ilişkilidir.⁷ Ayrıca literatürde korozyif madde içilmesi sonucu oluşan ciddi korozyif özofagus yanığı olan ve altı aydan daha fazla bir süre dilatasyon programı gereksinimi gösteren korozyif madde içmiş çocuklarda darlık oluşmasının yanında gastroözefagual reflü (%41) ve gecikmiş özofagus klirensinin olduğu da belirtilmiştir.¹³

Başka bir korozyif maddeler de alkali pillerdir. Alkali piller sindirim sisteminde obstrüksiyon sonucu öncelikle elektriksel, ambalajı açıldıktan sonra ise kimyasal yanıklara sebep olurlar. Dolu pillerin negatif elektrotlarının temas ettiği histolojik yapılarda hidroliz sebebiyle daha fazla zarar meydana gelmekte, ağır metal içeren yapılarıyla dokulara yaptığı basınç nedeniyle histolojik zarara sebep olmaktadır. Alkali piller dolu ya da boş olması fark edilemezsiniz pillerin yutulmaması konusunda dikkatli olunması gerekmektedir.⁴

Korozyif maddelerin temizlikte kullanılmasının gittikçe fazlaşması, alenen pazarlanan ve pet şişelere ya da içecek kutularına konularak saklanan ve saydam renkte olan bu maddelerin çocukların elde edebileceği ortamlarda bulundurulması korozyif madde içilmesinin artmasının önemli bir sebebidir.¹⁴ Yine tezgah ve masa üzerinde bardakta unutulmuş veya pet şişesine konularak buzdolabında saklanan korozyif maddeler su veya meşrubat olduğu düşünülerek içildiğinden birçok çocuğun mortalite sebebidir.¹⁵ Ülkemizde özellikle denetimsiz şekilde üretilen temizlik malzemelerinin çocuklar açısından kolay ulaşılabilir ambalajlarda satılması, aileler tarafından saklanma koşullarında yeterli güvenlik önlemlerinin alınmamış olması, çocuğa ait davranışsal ve kognitif sorunlar, ailenin çocuk üzerindeki ilgi ve denetiminin kısıtlı olması bu tür maddelere istemsiz temas riskini artırmaktadır.³ Çamaşır suyu ya da ozon olarak bilinen sodyum hipoklorit ($NaOCl$) de çocuklar tarafından kaza ile en sık içilen korozyif maddeler arasındadır.⁷ Çelikkaya ve arkadaşlarının 2014-2017 yılları arasında korozyif madde içilmesi tanısıyla izledikleri 125 çocuk ile yaptıkları retrospektif çalışmada, çocukların %48'inin çamaşır suyu içtiği belirlenmiş, bunun nedeni olarak bu maddenin yapımının kolay olması sebebi ile yetkisz kişiler tarafından üretilebilir olmasından, mahalle aralarında açık ve denetimsiz olarak satılabilir ve kolay elde edilebilir olmasının yanında temizlik işlerinde yaygın kullanılmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.⁴

Çocuk yaş grubunda görülen korozyif madde içilmesi bazen geri dönüşü olmayan, bazen uzun süreli olabilen, çoğunlukla yaşam boyu ruhsal ve fiziksel zararlara sebep olabilen, çocuk ve ailesinde sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar oluşturabilen bir durumdur.⁷ Bu nedenle korozyif madde içtiği belirlenen ya da şüphelenilen çocuk bir an önce vakit kaybetmeden bir sağlık kuruluşuna getirilmelidir. Bu durum çocuğa uygulanacak tedavi ve bakımın gidişatını önemli derecede etkilemektedir. Küçük ve Balcı (2011) tarafından

korozif madde içen 1-6 yaş grubu çocukların özellikleri ve ailelerinin yaptığı ilk uygulamaları inceleyen çalışmada çocuğun korozif madde içtikten sonra bir sağlık kuruluşuna getirilme süresini ortalama 2 saat ve üzerinde bulmuşlardır.⁶ Bu süreci etkileyen durumlar arasında; korozif madde içen çocuğun evinin sağlık kuruluşuna olan uzaklığı, sosyo-ekonomik durum, ailenin eğitim düzeyi, trafik durumu, ailenin bilgisi ve çocuğun korozif maddeyi içtiğini fark etme zamanının olabileceği vurgulanmıştır.^{16,17}

Korozif madde içen çocuğun tedavi ve bakımı uzun ve maliyetli bir süreç olduğundan çocuğun korozif madde içmesini engellemek için koruyucu önlemler alınmalı ve en iyi önlemin “eğitim” olduğu belirtilmektedir.⁶ Ailelerin eğitimsiz ve dikkatsiz olması çocuklarda korozif madde içilmesini arttıran faktörler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda korozif madde içen ve hastaneye başvuruda bulunan çocukların ebeveynlerinin eğitim düzeyinin düşük olduğu, annelerin büyük bir kısmının iş sahibi olmadığı, %92’sinin gerekli önlemleri almaması sonucu bu maddeyi içtiği belirlenmiştir.^{1,7} Ülkemizde, kadınların eğitim seviyeleri düşüktür. Bunun sonucunda bilinçsiz anne, sağlıksız bir toplumu beraberinde getirmektedir. Çok önemli bir toplumsal sorunumuz olan düşük eğitim seviyesi, korozif madde içilmesine bağlı sağlık problemlerinin üzerinde de oldukça olumsuz etkilere sahiptir ve bu problemin tek çözümünün ise ülkemizde genel eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerektiği oldukça açıktır.^{7,10}

Korozif madde içilmesinin üzerinde durulmayan başka bir yönü ise adli boyutudur. Korozif madde içen çocuğun adli olgu olarak ihbarı kamuda veya özel bir sağlık kuruluşunda çalışan sağlık çalışanları Türk Ceza Kanunu (TCK)’nın 280. maddesinin yüklediği sorumluluk ile herhangi bir suç işlendiği yönünde bilgi ve bulgu ile karşılaştığında durumu yetkili mercilere bildirmekle sorumludur.¹² TCK Madde 280’ göre; “(1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir bilgi ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.” ibaresi yer almaktadır.¹⁸

Korozif madde içmiş olan adli olgunun yetkili mercilere bildirilmesi, sağlık kuruluşunda polis var ise polise, yoksa kolluk merkezlerine (polis veya jandarma karakollarına) veya kolluk kuvvetlerine ulaşılamaması durumlarında adli olgu bildirilmesi direkt olarak cumhuriyet savcısı yollarıyla yapılabilir. Adli olgu bildirimini sözlü veya telefon ile de olmakla beraber ispat yükümlülüğü yönünden de yazılı olarak da yapılabilir. TCK 280. maddede yer alan “bu hususta gecikme gösteren”¹⁸ ifadesi çok net olmamakla birlikte yaşama hakkının ve organ korunmasının sağlanması ve sonrasında korozif madde içen çocuğun durumunun tıbbi açıdan stabil hale gelmesinden sonra adli olgu bildiriminin yapılmasının daha uygun olduğu söylenebilmektedir.¹² Yine korozif madde içilmesi çocuğun yaralanmasına sebep olmuşsa olay sırasında çocuğa bakmakla yükümlü olan ebeveynler ya da kişiler, TCK’ nin 89. (taksirle yaralama), ölümüne sebep olmuşsa 85. maddesine (taksirle öldürme) göre taksirli eylem sebebiyle soruşturma geçirmektedir. Fakat, taksirle yaralama şikayete bağlı olduğu için, çocuğa bakmakla yükümlü diğer ebeveyn ya da kişi şikayette bulunmadığı sürece savcılık tarafından dava açılmaz ve konu takipsizlikle sonuçlanır.¹⁹

Gerek asidik gerekse alkali maddelerin yanlışlıkla içilmesi çocukluk döneminde sık karşılaşılan bir sorun olduğu düşünüldüğünde çocuk hemşirelerinin çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki önemi göz önüne alındığında çocukların korozif maddelere karşı korunmasına yönelik bilinçlendirilmenin önemi dikkat çekmektedir. Bu doğrultuda çocuk hemşireleri, açıkta satılan ürünlerin alınmaması, bu ürünlerin içecek ve yiyecek kaplarına konmaması, uygun alanlarda ve kilitli olarak saklanması, korozif madde içilmesi durumunda çocukların kusturulmaması ve en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması konusunda aileleri eğitmelidir.²⁰

Kaynakça

1. Peker N, Urgancı N, Kımıl H. Korozif madde içimi sonrası özefagus striktür gelişimi olgu sunumu. Journal of Academic Research in Medicine 2019; 6(1): 59-61.
2. Şengül AT. Koroziv madde içimi ve tedavisi. Toraks Cerrahi Bülteni 2011; 2(4): 323-326.
3. Gökalp G, Anıl M, Berksoy E, Bardak Ş, Demir G, Demir, Ş. Birden çok sistemi etkileyen kostik yanığı. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2019; 6: 35-37.
4. Çelikkaya M E, Atıcı A, El Ç, Akçora, B. Yaygın bir halk sağlığı sorunu: Çocuklarda koroziv madde içimi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2018; 8(3): 184-188.
5. Chibishev A, Simonovska N, Shikole A. Post-corrosive injuries of upper gastrointestinal tract. Prilozi 2010; 31(1): 297- 316.
6. Küçük F, Balcı S. Korozif madde içen 1-6 yaş grubu çocukların özellikleri ve ailelerin ilk uygulamalar. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14 (3): 32-39.
7. Doruk D. Çocuklarda korozif madde içimi sonucu oluşan özefagus yanıklarında, etken madde ve ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin yanık derecesi üzerine etkisinin incelenmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar. 2008.
8. Numanoğlu A, Rode H. Caustic strictures of the esophagus. In Grosfeld JL, O' Neill JA, Fonkalsrud EW, Coran AG, ed. Pediatric Surgery, vol 1, 6th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006:1082-92.
9. Mutfak O. Pediatrik dönemde özofagus tıkanıklıkları. Yüksel M, Kaptanoğlu M, ed: Pediatrik Göğüs Cerrahisi, 1. Basım, İstanbul, 2004
10. Doruk D, Nancı A, Korkmaz M, Koltuksuz U, Özkaraca E. Korozif madde cinsinin ve hasta yaşının özofagus yanığı derecesi üzerine etkisi. Kocatepe Tıp Dergisi 2007; 8(3): 9-14.
11. Özcan C. Çocuklarda özofagus hastalıkları ve yaklaşımlar. Toraks Cerrahi Bülteni 2012; 3(4): 259-278.
12. Güngör A. 2013-2017 yılları arasında korozif madde alımı nedeniyle acil servise başvuran olguların adli tıp açısından değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Samsun. 2018.
13. Tiryaki T, Mambet E, Şenel E, Akbiyık F, Livanelioğlu Z, Atayurt, H. Çocuklarda korozif madde içimi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2009; 3(2): 10-14.
14. Kondolot M, Akyıldız B, Görözen F, Kurtoğlu S, Patiroğlu, T. Çocuk acil servisine getirilen zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52 (2): 68-4.
15. Tekerek NÜ, Dursun A, Akyıldız BN. Çocuk yoğun bakım ünitesinde takip edilen zehirlenme olgularının geriye dönük değerlendirilmesi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2016; 3: 21-26.
16. Ceylan Ö. Korozif madde içen süt çocuklarında sosyal, demografik ve endoskopik bulguların değerlendirilmesi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul 2008.
17. Conk Z, Bal Yılmaz H, Şen D, Erdoğan M. Korozif madde içen çocukların değerlendirilmesi ve ailelerinin hastaneye başvuru kadar uyguladıkları yöntemlerin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 20(2): 1-9.
18. Türk Ceza Kanunu. Madde 280. <http://www.turkhukuk sitesi.com/mevzuat.php?mid=5229>
19. Çördük N, Sarıoğlu Büke A, Bağcı Ş, Acar K, Herek Ö, Koltuksuz U. Çocuklarda koroziv madde içiminin ekonomik etkisi ve adli takibi. Çocuk Cerrahisi Dergisi 2009; 23(3): 114-119.
20. Kandemir E, Bostan H, Kantarcı MN. Ölümle sonuçlanan zehirlenmelerde tıbbi yaklaşım ve yoğun bakım sürecinin analizi. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2016; 56 (3): 168-174.

Sözel 03 (TAM METİN)

ADLI PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTALARA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

Evaluation Of Attitudes Of Nurses Working In Forensic Psychiatric Clinics Patients: A Qualitative Study

Maral KARGIN*, İbrahim KURAN, Hüseyin ÇELEBİ*****

* Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

** Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Öğrenci

*** Fırat Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Özet

Giriş: Adli psikiyatri, bir şekilde adli sisteme dahil olmuş ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi gereken olgularla ilgili olarak yargıya birliktirlik boyutunda yardımcı olan bir bilim dalıdır. Adli psikiyatri hemşireliği (APH) ise suça karışan psikiyatri hastalarının tedavi, bakım, rehabilitasyonunun sağlanması ve haklarının korunması ile ilgilenen psikiyatri hemşireliği alt uzmanlık alanıdır.

Amaç: Bu çalışma adli psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hastalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Kliniği'nde (YGAP) görev yapmakta olan 19 hemşire ile yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler ses kaydı ile kaydedilip sonrasında transkript edilmiştir. Verilerin analizinde içerik analizi tekniğinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Verilerin analizi sonucunda; “adli psikiyatri hastası”, “adli psikiyatri hastasına bakımda zorluklar”, “bakımın hemşireye yansması” ve “adli psikiyatri hastasına bakımda öneriler” olmak üzere dört ana tema saptanmıştır. Adli psikiyatri hastası teması “suç işleme, psikiyatrik tanı, anksiyete”, adli psikiyatri hastasına bakımda zorluklar teması “güvenlik, tedaviye direnç, iletişim sorunu”, bakımın hemşireye yansması teması “mesleki doyum, tecrübe, kendini tanıma, şüphecilik”, adli psikiyatri hastasına bakımda öneriler “hastaya değer verme, adli psikiyatri eğitimi, terapötik iletişim eğitimi” alt temalarından oluşmuştur.

Sonuç: Veriler; adli psikiyatri hastasını, psikiyatrik tanı ve tedaviyi, adli psikiyatryi ilgilendiren yasaları ve terapötik iletişimi bilmenin adli psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire için önemli olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda araştırma sonuçlarının adli psikiyatri hastalarına bakım veren hemşireler için gerekli eğitimlerin tespit edilerek planlanmasında yol gösterici nitelikte olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Adli psikiyatri, hemşirelik, niteliksel araştırma

Abstract

Introduction: Forensic psychiatry is a branch of science that helps the judiciary with regard to the facts that are somehow included in the forensic system and that should be evaluated from a psychiatric point of view. Forensic psychiatric nursing (FPN) is a sub-specialty of psychiatric nursing that deals with the treatment, care, rehabilitation and protection of the rights of psychiatric patients involved in crime.

Aims : This study was conducted to evaluate the attitudes of nurses working in forensic psychiatry clinics towards patients.

Method : Semi-structured interviews were conducted with 19 nurses working in Elazığ Fethi Sekin City Hospital High Security Forensic Psychiatry Clinic (YGAP). Interviews were recorded with audio recording and then transcribed. Content analysis technique was used in data analysis.

Results: As a result of the analysis of the data obtained from semi-structured interviews; “forensic psychiatry patient”, “difficulties in forensic psychiatric care”, “reflection of care to nurse” and “recommendations in forensic psychiatric care” four main themes were identified. The theme of forensic psychiatric patients is “committing crime, psychiatric diagnosis, anxiety”, difficulties in care for forensic psychiatric patients “safety, resistance to treatment, communication problem”, theme of reflection of care to nurse “professional satisfaction, experience, self-recognition, skepticism”, forensic The recommendations in the care of psychiatric patients consisted of sub-themes of caring for the patient, forensic psychiatry training, therapeutic communication training”.

Conclusions: Data; forensic psychiatric patient, psychiatric recognition and treatment, forensic psychiatry laws and therapeutic environmental science forensic psychiatry. In this respect, it can be said that the research results are guiding in determining and planning the necessary trainings

for nurses who care for forensic psychiatric patients.
Key Words: Forensic psychiatry,nursing, qualitative study

Giriş

Adli psikiyatri hemşireliği, hemşireliğin bir alt uzmanlık dalı olmakla beraber hukuki konularda psikiyatri hemşiresinin uzmanlığına başvurulana, hukukun ve psikiyatri ihtisas alanlarının uygulamada birleştiği, birbirleriyle karşılıklı fikir alışverişi ve iletişimde bulunan bilgi ve uygulama alanıdır(1).İlk olarak 1863 yılında İngiltere’de BroadmoorHospital’de deneyimlenmiş olmasına karşın psikiyatri hemşireliğinin alt uzmanlık dalı olarak yeni gelişim göstermektedir(1).Ülkemizde ise adli psikiyatri hemşireliği henüz psikiyatri hemşireliğinin bir alt dalı olarak kabul edilmediği için gelişimini tamamlayamamaktadır. Ancak son açılan Şehir Hastaneleri’nin içinde yer almaya başlayan Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Klinikleri(YGAP) ile bu alanda gelişim hızlanmaktadır(2).

Ülkemizde Şehir Hastaneleri modeline geçilmeden önce adli psikiyatri hastalarının bakımı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi(RSHH)’nde yürütülmekteydi ancak Türk Ceza Kanunu(TCK)’nda yapılan değişikliklerle adli psikiyatri hastalarının yüksek güvenlikli hastanelerde yatırılma zorunluluğu ortaya çıkmıştır(3).Yaşanan son gelişmeler adli psikiyatri hemşireliği için katkı sağlamaktadır.Adli psikiyatri hemşireliği (APH) tüm bu gelişmeler doğrultusunda suça karışan psikiyatri hastalarının tedavisi, bakımı, rehabilitasyonu ve haklarının korunması ile ilgilenen psikiyatri hemşireliği alt uzmanlık dalı olarak tanımlanmaktadır (4,5).Toplum merkezli bakımdan yüksek güvenlikli hastanelere doğru giden rotada sıklıkla antisosyal kişilik tipi olan kişilerin davranışları karşısında nasıl bir yol izleneceği, nasıl bir hemşirelik girişimi uygulanacağı ve sahip olunması gereken becerilerin neler olması gerektiğine ilişkin soru işaretlerine açıklık getirmesi bakımından psikiyatri hemşireliğinin gün geçtikçe daha da özelleşen bir alanı haline gelmektedir(6).Adli psikiyatri birimlerinde çalışan hemşireler ise her ne kadar yasal sorumluluklar ve mesleki bilgi birikim olarak yeterli düzeyde olsalar bile hasta bakımı, yasal sorumluluklar ve güvenlik konusunda güçlükler yaşayabilmektedirler(7).Ruhsal hastalıklara bakım verme konusunda damgalama sağlık bakım profesyoneli olan hemşirelerin özellikle adli psikiyatri biriminde çalışırken hastaların işlemiş olduğu suça bakarak onlara yeteri kadar bakım vermede isteksizlik göstermesine ve olumsuz tutumlar takınmasına neden olabilmektedir(8,9).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bölge ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastalarını tehlikeli olarak gördüğü, onlara güvenmediği ve sosyal olarak mesafeli davranma eğilimi gösterirken; bu hastaların bakımını yürütme konusunda orta düzeyde istekli olduğu saptanmıştır(10).Özellikle işlenen suç, cinayet, cinsel istismar ya da çocuk istismarı olduğunda sağlık personelleri bakımı dahi reddedebilmektedir(9).Bunun sebebi bazen hemşirenin içinde bulunduğu toplumsal değerler doğrultusunda hissettiği vicdani sorumluluk, bazen de yaşanan psikolojik aktarım karşıt aktarımlar olabilmektedir(4,11).

Ülkemizde bu konuyla yapılan çalışmalar bulunmakla beraber sadece adli psikiyatri hastalarının yatmış olduğu Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Kliniği’nde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu nedenle adli psikiyatride çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem

Araştırma, adli psikiyatri kliniğinde çalışmakta olan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla fenomenolojik yaklaşım biçimi kullanılarak nitel araştırma tipinde tasarlandı. Elazığ ilinde yer alan bir şehir hastanesinin

adli psikiyatri kliniğinde çalışmakta olan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturdu. Çalışmanın amacı okunduktan sonra çalışmayı kabul ediyor olma, araştırmacılar ile işbirliğine açık olma, adli psikiyatri hastasına bakım ve tedavi vermiş olma araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak belirlendi. Bu kriterleri taşıyan 19 hemşire araştırmanın örneklemi oluşturdu.

Veri Toplama: Araştırmada veriler, literatür doğrultusunda oluşturulan Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılarak toplandı. Araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyan 19 hemşireye Mayıs-Haziran 2019 arasında yüz yüze derinlemesine görüşme yöntemiyle veri toplama araçları uygulandı. Görüşme esnasında görüşmeyi bırakan herhangi bir katılımcı olmadı.

a)Tanıtıcı Bilgiler Formu: Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, adli psikiyatri hastalarına bakım vermeden önce nereden bilgi aldıklarını, adli psikiyatri hastalarına bakım verirken ki kanuni sorumluluklarını bilme düzeylerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

b)Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:Adli psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla, araştırmacının yarı yapılandırılmış görüşmelerde kullanacağı soruları içermektedir (**Tablo-1**).

Tablo 1.Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Adli psikiyatri hastası denildiğinde aklınıza ne geliyor?2. Sizce adli psikiyatri hastalarının ortak özellikleri nelerdir?3. Adli psikiyatri hastasına bakım verirken hangi durumlarda zorlandığınızı düşünüyorsunuz?4. Sizce bir hemşirenin adli psikiyatri hastasına bakım verirken nelere dikkat etmesi gerekiyor?5. Adli psikiyatri hastalarına bakım veren bir hemşire olarak bu hastalarla sosyal yaşamınızda karşılaştığınızda tutumunuz nasıl olur?6. Sizce adli psikiyatri hastalarına bakım vermenin hemşireye olumlu olumsuz etkileri neler olur?7. Adli psikiyatri kliniğine yeni başlayacak olan bir hemşireye önerileriniz neler olur? |
|---|

Veri Analizi

Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanan verilerin analizi için içerik analizi tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmanın ana kavram, tema ve sorunlarıyla ilgili en ince detayına kadar bilgilere veri yoluyla ulaşılma amaçlanmış, temalar tekrarlanıp verilerin doyum noktasına ulaştığı görülünce yapılan görüşmelere son verilmiştir(12). Veri toplama süreci bitince tüm veriler araştırmacı tarafından eksiksiz bir biçimde yazılmış, katılımcıların görüşme transkriptleri numaralandırılmış, her bir katılımcıya en ilk görüşme yapılan kişiden başlanarak K19' den K19' a kadar numaralar verilmiştir. Metinler birkaç defa okunarak, anlamlı sözcükler, paragraflar, cümleler ayrılarak uygun kodlamalar yapılmıştır. Ardından ana kavramla alakalı kodlar toplanarak uygun tema başlıkları belirlenmiş ve bu başlıklar kapsamında çözümleme ve değerlendirmeler yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi amacıyla gerekli kurum izinleri ve Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı(10-01.2019/16-15). Veri toplam formları uygulanmadan önce hemşirelere araştırma ile ilgili bilgi verildi ve araştırmaya katılmaya kabul edenlerden sözlü ve yazılı onamlar alındı.

Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin %57,9'u kadın olup, yaş ortalamaları 31,97±6,79; %84,2'si lisans mezunu; %57,9'u bekar; %78,9 u şehirde yaşamakta ve %89,5'i servis hemşiresi olarak çalışmakta;%52,6'sı hayatlarının hiçbir döneminde adli psikiyatri hemşireliği hizmet içi eğitimi almamış olup %73,7'si eğitim hayatı boyunca adli psikiyatri hemşireliğine yönelik görmüş olduğu eğitimi yetersiz bulmakta;%57,9'u Türk Hukuk Sistemi içinde adli psikiyatri ile ilgili kanunları bilmemekte ve %78,9'u adli psikiyatri kliniğinde hemşire çalışmasını istemektedir (**Tablo-2**).

Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen sonuçlara göre temalar ve alt temalar belirlenmiştir. Ana temalarda “adli psikiyatri hastası”, “adli psikiyatri hastasına bakımda zorluklar”, “bakımın hemşireye yansımaları” ve “adli psikiyatri hastasına bakımda öneriler” olmak üzere dört ana tema saptanmıştır. Adli psikiyatri hastası teması “suç işleme, psikiyatrik tanı ve anksiyete”, adli psikiyatri hastasına bakımda zorluklar teması “güvenlik, tedaviye direnç ve iletişim sorunu”, bakımın hemşireye yansımaları teması “mesleki doyum, tecrübe, kendini tanıma ve şüphencilik”, adli psikiyatri hastasına bakımda öneriler “hastaya değer verme, adli psikiyatri eğitimi ve terapötik iletişim eğitimi” alt temalarından oluşmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımı

Demografik özellikler	Sayı	%
Yaş	Ort.SS ± 31,97±6,79	Min-Max.Değeri 21-45
Cinsiyet		
Erkek	11	42.1
Kadın	8	57.9
Medeni Durum		
Evlü	11	57.9
Bekar	7	36.8
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	1	5.3
Mesleki Pozisyon		
Sorumlu Hemşire	2	10.5
Servis Hemşiresi	17	89.5
Eğitim Durumu		
Ortaöğretim Mezunu	1	5.3
Ön Lisans Mezunu	2	10.5
Lisans Mezunu	16	84.2
Yerleşim Birimi		
Köy	2	10.5
İlçe	2	10.5
Şehir	15	78.9
Yasal Sorumlulukları Bilme		
Evet	17	89.5
Hayır	2	10.5
Hizmet İçi Eğitim Alma		
Evet	9	47.4
Hayır	10	52.6
Hemşirelikte Eğitim Yeterliliği		
Evet	5	26.3
Hayır	14	73.7
Adli Psikiyatri Kanunu Bilgi Durumu		
Evet	8	42.1
Hayır	11	57.9
Hemşire Çalışma Durumu		
Evet	15	78.9
Hayır	4	21.1

Adli Psikiyatri Hastası Teması

Gerçekleştirilen bireysel araştırmalardan elde edilen veriler doğrultusunda adli psikiyatri hastası tanımlanırken bu tanımlarda “suç işleme”, “psikiyatrik tanı” ve “anksiyete” kavramlarını ifade ettikleri görülmüştür.

a) Suç İşleme Alt Teması

Adli psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere adli psikiyatri hastasını tanımlamaları istendiğinde daha çok suç işlemiş hasta olarak ifade etmişlerdir.

“Adli psikiyatri hastaları suç işleyen hastalardır bununla beraber bu hastaların psikolojik bozukluğu da var.”**K16**

“Adli psikiyatri hastası denince yani aklıma suç işleyen ve aynı zamanda psikiyatrik bozukluğu olan hastalar geliyor. Bu hastalar genellikle böyle olan hastalardır yani.”K1
“Adli psikiyatri hastası kanunların suç saydığı şeyleri yapan aynı zamanda mahkemece psikiyatrik bozukluğu var mı yok mu diye hastaneye yatırılan kişidir.”K18

b) Psikiyatrik Temas Alt Teması

Hemşireler adli psikiyatri hastalarının ruhsal açıdan problemleri olduğunu ve hastaneye yatırılma nedenlerinden birinin de bu olduğunu ifade etmişlerdir.

“Suç işlemiş ve daha önce adli psikiyatrik rahatsızlığı bulunan aynı zamanda cezai ehliyetinin olup olmadığına bakılan hastalar geliyor aklıma.”K2

“Psikiyatrik sorunu olan kişilerin suça karışması. Bundan dolayı da buraya yatırılıp tedavi ve bakımı yapılan hastalar diyebilirim.”K4

c) Anksiyete Alt Teması

Araştırmaya katılan hemşireler hastaların aile ve çevreden gelen bir belirsizlik nedeniyle anksiyete yaşadığını belirtmişlerdir.

Adli Psikiyatri Hastasına Bakımda Zorluklar

Araştırmada gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda adli psikiyatri hastasına bakımda verilen zorluklar tanımlanırken “güvenlik”, “tedaviye direnç” ve “iletişim sorunları” alt temaları ortaya çıkmıştır.

a) Güvenlik Alt Teması

Hemşireler adli psikiyatri hastasına bakım verirken hemşirenin kendi güvenliğinin tehlike altında olduğunu ve bu duruma dikkat edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

“Onlara çok fazla yanaşamıyoruz. Güvenlik konusunda dikkat etmemiz gerekiyor.”K2

“Hastalarla birebir temas halindeyiz kendi güvenliğimiz konusunda zorlanıyoruz.”K3

“Burada hastalara bakım verirken bana karşı fiziksel saldırıda bulunmalarından çok korkuyorum. O yüzden onlara çok fazla yaklaşmam, temas etmem ve kendimi bu şekilde korurum. Güvenlik konusunda zorlanıyorum.”K4

b) Tedaviye Direnç Alt Teması

Araştırmaya katılan hemşireler adli psikiyatri hastasına bakım verirken en zorlandıkları konulardan birinin hastaların tedaviye direnç göstermesi olarak ifade etmişlerdir.

“Hastaları hangi konu olursa olsun ikna etmek çok zor. Tedaviye uyum göstermiyorlar. İlaçlarını kusuyorlar ya da almayı tamamen reddediyorlar.”K9

“Biz hastalara karşı tedavi yaparken çok zorlanıyoruz. Özellikle enjeksiyon yapılacaksa bayağı bir tehdit ve hakaret olabiliyor. Durumu çok ajite olan hastaları tepite almaya çalıştığımız zamanda hastalar bize çok zorluk gösterebiliyor.”K12

“Hastaları hemen her konuda ikna etmekte çok zorlanıyorum. İlaç tedavisine ikna olmuyorlar.”K14

c)İletişim Sorunları Alt Teması

Hemşirelerin tedavi ile ilgili bakım ve zorluklarından birinin ise hastalara bakım verirken iletişim sorunları ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

“Hastalara kendimizi net ifade edememede zorlanıyoruz. Ne biz onlara kendimizi net ifade edebiliyoruz ne onlar bize tam kendini ifade edebiliyorlar. Bazı hastalar çok içine kapanık iletişimi kurmak zor bazıları çok ajite onlarla da iletişim çok zor.”K11

“Çevre illerden geldikleri için dilde bilmiyorlar. Türkçe anlamayan hastalar var.”K1

“Hastalar sürekli dediklerimizi tekrar edip duruyorlar ya da bize sürekli taburculuklarını soruyorlar biz asıl anlatmak istediğimizi onlara anlatamıyoruz. Yani iletişimde zorluklar çekiyoruz.”K10

Bakımın Hemşireye Yansıması Teması

Bireysel görüşmeler sonucunda elde edilen veriler sonucunda hemşirelerin bakımına yansımaması vardır. Bu bakıma yansımının “mesleki doyum”, “tecrübe”, “kendini tanıma”, “şüphecilik” şeklinde dört alt teması vardır.

a)Mesleki Doyum Alt Teması

Adli psikiyatri hastasına bakım veren hemşireler mesleki doyumlarının arttığını ifade etmişlerdir. İlgili ifadeler şöyledir;

“Hastaya bakım verirken iletişim ve bakımın benim tarafımdan yapılması hastayı daha da rahatlatıyor. Hemşire-hasta güven ilişkisi oluşuyor. Böyle de benim mesleki doyumum artıyor.”K12

“Buradaki hastaya bakım verirken hastaya sürekli bir şey bunu yapma demek yerine hadi beraber yapalım dediğimiz zaman daha fazla zevk alıyoruz işimizden. Bu da bizi olumlu yönden etkiliyor.”K7

“Hastanın tedavi olduğunu görebilmek onun iyiye gittiğini görmek bizim için en iyi sonuç oluyor. O anlamda olumlu bir etkisi var diyebilirim. Mesleki olarak iyi hissediyorum yani. İlaç tedavisi sonrası çoğunun iyileştiğini görüyorum o bizim için işimizin meyvesi oluyor.”K6

b)Tecrübe Alt Teması

Hemşireler adli psikiyatri hastası ile çalışmanın onlar için bir tecrübe olduğunu söylemişlerdir. İlgili ifadeler aşağıda belirtilmiştir.

“Hemşireliğe olumlu etkisi olarak adli hastalarla çalışmanın tecrübesini ediniyorum.”K1

“Hemşire olarak bize olumlu etkisi daha farklı vakalar ve hastalıklar görüyoruz. Bu bizim mesleki deneyimlerimiz için gayet güzel oluyor. Daha fazla tecrübe kazanmış oluyoruz.”K10

“Farklı vakaların getirmiş olduğu acı tecrübeler var bu da olumlu etkisi derim. Bu vakalar bana tecrübede kazandırdı.”K13

c)Kendini Tanıma Alt Teması

Çalışmaya katılan hemşireler tarafından elde edilen bulgulara göre adli psikiyatri hastasına bakım vermenin kendini tanıma konusunda önemli bir yeri olduğunu ifade etmişlerdir.

“Hastaların işlediği suçları, toplum içinden düştüğü durumu görerek kendi hayatımda bende bunları yaparsam demek böyle olacak diye düşünüyorum ve kendimi o suçlardan korumuş oluyorum...”K11

“Olumsuz olarak görülen etki biraz ilginç olacak ama hastanın davranışlarını kendimde görüyorum...Çok soru sorma, ikna olamamayı kendimde de görüyorum”K16

“Burada hastalara bakım verirken empati yeteneğim ve sabırlı olmam daha da güçlendi...”K8

d)Şüphencilik Alt Teması

Hemşirelerle yapılan bu çalışma sonucuna göre hastaya bakım verirken şüphencilik kavramının üzerinden durmuşlardır.

“...psikiyatri hastaları ile çalışırken insan sürekli kendi akıl sağlığını sorguluyor...Bende mi akıl hastası oldum diye düşünüyorum”K18

“...güvenlik konusunda yaşadığımız sıkıntılardan dolayı artık çok tereddütlü, her şeyden şüphelenen insanlar olabiliyoruz.”K4

“...hastaların aldığı tanıları evde çok düşünüyorum yani en başlarda çok fazla kafamdaydı. Sürekli acaba bütün insanlar mı böyle diye düşünürdüm.”K11

Adli Psikiyatri Hastasına Bakımda Öneriler

Çalışma sonucunda hemşirelerle yapılan görüşmelerde adli psikiyatri hastasına bakımda öneriler kısmında ortaya çıkan öneriler “hastaya değer verme”, “adli psikiyatri eğitimi” ve “terapötik iletişim eğitimi” şeklinde dört alt tema ortaya çıkmıştır.

a)Hastaya Değer Verme

Hastaya bakım veren hemşirelere bakımda öneriler kısmında ortaya çıkan bulgulardan biri de hastaya değer vermedir.

“Aşağılayıcı onlara karşı önyargılı davranıldığını hastalar hissettiği zaman gerçekten hoş olmuyor...Hastaları sanki kendi yakınıymış gibi görüp merhamet edebilirler. Sosyal aktivitelere, resimlere birlikte çıkabilirler.”K6

“Hastalarla çok dalga geçmeyecek. Yalan söylemeyecek.”K7

b)Adli Psikiyatri Eğitimi

Hemşirelerle yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen bilgilere göre bakımda öneriler bulgusu adli psikiyatri eğitimi ile desteklenmektedir.

“Hastaneye gelmeden önce psikiyatri hastalarına yönelik eğitim almaları gerekiyor. Bu hastaların tanıları, tedavileri bu hastalarda adli süreçler nasıl işliyor bunları bilmeleri gerekiyor.”**K10**

“Kanunların tamamını bilemezler ama en azından bizle alakalı olanlara bir baksınlar.”**K18**
“... hemşireler hastalıkları, tedavilerini çok iyi bilmeleri gerekiyor. Birde adli süreçleri çok iyi bilmesi lazım kanunları, hemşirenin görevlerini, sorumluluklarını...”**K5**

c)Terapötik İletişim Eğitimi

Çalışmada elde edilen alt temalardan biri ise hemşirelik bakımında öneriler kısmına dayanarak terapötik iletişim eğitimidir.

“Hemşireler hastayla empati yapabilmeli”**K19**

“...hemşireler iyi bilmeli ki normal bir hemşire gibi değil adeta bir iletişim uzmanı ve psikolojik danışman gibi hastaya yaklaşmalı... Bizim işimiz iletişim o yüzden iletişim açısından kendini geliştirmeli.”**K13**

Tartışma

Adli psikiyatri hastasına bakım veren hemşirelerle yapılan görüşmelerde adli psikiyatri hastasının suç işleme davranışı gösterdiği, psikiyatrik tanılara sahip olduğu ve anksiyetelerinin olduğu ifade edilmiştir. Hemşireler görüşmelerde bu hastaların işledikleri suça göre gösterdiği belirtilerde de farklılık olabileceğini ifade edilmiştir. Suç kavramı; toplumsal düzenin devamı açısından korunması gereken hukuki değerlerin ihlali niteliğini taşıyan, haksızlık teşkil eden insan davranışdır(13).Suç işleme davranışı kişiye zarar verebilmekte ve kişinin olumsuz etkilere maruz kalmasına neden olabilmektedir.

Araştırma da adli psikiyatri hastasına bakım vermeyle ilgili güçlükler sorgulandığında güvenlik alt teması ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin hastalara bakım verirken mesafeyi koruma ve hastayla birebir temastan kaçındıkları görülmüştür. Flannery ve arkadaşları 20 yıllık bir sürede hasta saldırılarına maruz kalan personelin özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarında, mağdurların daha genç, eğitim düzeylerinin daha düşük, daha az tecrübeli, ruh sağlığı alanında daha az eğitilmiş kişilerden oluştuğunu bildirmiştir (14).Diğer yapılan çalışmada ise hemşirelerin son bir yıl içinde güvenliklerinin tehdit edilme oranlarının yükseldiği görülmektedir(15).Çalışma bulgularından biri olan tedaviye direnç psikiyatrik bozukluklarda önemli bir sorun olarak yer almaktadır. Uyum tedavide başarının en önemli unsurlardan olup, değişen kavramlara kişinin kendini adapte edebilmesi olarak tanımlanır(16,17).

Tedaviye uyumsuzluk çok sık karşılaşılan bir durum olmakla beraber hastanın tekrar yatışına neden olabilen bir problem olarak görülmektedir(18,19). İçgörü eksikliği ile tedavi uyumsuzluğu yaygın bir şekilde birliktelik gösterir ve sıklıkla hastalığın kötü sonuçlanmasına sebep olur. Bazı çalışmalarda bu ilaç uyumsuzluğunun en fazla içgörü eksikliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(20,21). Olfson ve ark. yaptıkları bir çalışmada ise ilaç uyumsuzluğu olan hastaların hastanede yatışları süresince tedavi ekibiyle uyumlarının zayıf olduğunu ve yatarak tedavi görmelerinin aileleri tarafından reddedildiğini göstermiştir(22). Çalışmada hemşireler hastalara ilaç tedavisi uygulamaları zaman hastayı ikna etmede güçlük çektiklerini ve hastanın tedaviye uyumlarının az olduğunu belirterek uyum sorunun psikiyatri hastalarından görülen en önemli problemlerden biri olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Araştırmada elde edilen hastaya bakım verme temasının alt temalarından biri ise hemşirelerin hasta ile yaşadığı iletişim sorunlarıdır. Hemşireler hastaların yaşadıkları bölgeden dolayı bazı dil problemleri yaşadığı ve bu durumun hasta-hemşire iletişimini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Tanı, tedavi ve bakım sürecinde hasta ile iletişimde aynı dili konuşmak hemşirelik bakımında önem taşımaktadır(23). Diğer bir çalışmada ise

farklı kültürden hastaya bakım veren hemşirelerin çoğunluğunun dil yetersizliği nedeniyle iletişim güçlüğü yaşadığı görülmektedir(24).Bu bulgular ise bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmada hemşirelerin hastalara bakım vermede mesleki doyumlarının hasta ile olan uyumla doğru orantılı olduğu gözlenmiştir. Çalışmalar hemşirelik bakımına ilişkin hasta memnuniyeti ile hastane hizmetlerine ilişkin genel hasta memnuniyeti arasında güçlü bir ilişkinin varlığını; hemşire iş doyumunun, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti üzerine etkili olduğunu göstermektedir(24,25). Öte yandan iyi hasta bakımı verebilmek hemşire iş doyumunu belirleyen önemli diğer bir unsurdur(26). Çalışma sonuçları bu çalışma ile uyumlu olarak hasta bakımındaki uyumun ve kalitenin hemşirede mesleki doyumu artırdığını desteklemektedir.

Araştırmada hemşirenin hastaya bakım verirken kendini tanıması bulgusu “empati yeteneğim ve sabrımın güçlendiğini gördüm, çok soru soruyorum, ikna olmuyorum” ifadelerinden elde edilmiştir. Hemşirelik mesleğinde kendini tanıma hemşirenin kendi sınırlarını çizebilmesi ve hastanın mahremiyetini ne kadar girebileceğini belirler. Kendini tanımayan hemşireler mesleki iletişim ve ilişkilerde sıkıntılar yaşayabilmektedir. Hatta bazen sorununun kaynağını kendisinde görebilmektedir(28). Yaptığımız çalışmada bende bazen hastalar gibi hissediyorum ifadesi bulgularımızın literatürle paralellik gösterdiği sonucunu ortaya koymaktadır.Hemşirelerle yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen verilerden biri de terapötik iletişim eğitimi bulgusudur.Hemşire-hasta ilişkisinin özelliği, davranışların, düşüncelerin ve duyguların paylaşılmasıdır(27). Sherko ve ark. tarafından yapılan çalışmada terapötik iletişimin hastalar üzerindeki etkisi incelenmiş ve bu iletişim türü ile birlikte hastaların endişe ve ihtiyaçlarının daha iyi belirlendiği gözlemlenmiştir. Ayrıca bu iletişim türünde hemşirelerin doktorlara göre daha iyi olduğu da vurgulanmıştır(28). Diğer bir çalışmada hemşirenin hastaya daha kibar,samimi ve sevecen davranmasının hastanın tedavisi üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır(29).Bu çalışmada da hastaya daha empatik yaklaşım,saygı gösteriminin faydalı olacağı düşünülp literatürle paralellik göstermektedir.

Sonuçlar

Bireylerin adli bir vakaya karışmış olmaları ve bunun psikiyatrik bir nedene bağlı olduğu düşüncesi ve tanılanmanın gecikmesi hemşireler için tedavi ve bakım vermede baş edilmesi ve yönetilmesi oldukça güç bir durum olarak ortaya çıkar. Hastalara bakım vermede aldatıcı beyanların ve güvenliğin yetersizliği de ifade edilmiştir. Çalışmada veriler adli psikiyatri hastasını, psikiyatrik tanı ve tedaviyi, adli psikiyatriyi ilgilendiren yasaları bilmenin adli psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire için önemli olduğunu göstermiştir. Veriler bakımın terapötik iletişim sağlanarak daha kaliteli yapılabileceğini ve bu alanda çalışmak isteyenlerin serinkanlı, iletişim becerisi yüksek, empati yeteneği olan bireyler olması gerektirdiğini göstermiştir.

Adli psikiyatri hastalarının sosyal yaşama kazandırılmaları ve herhangi bir vatandaş gibi muamele görmelerinin sağlanması ifadeleri de beyan edilmiştir.

Ayrıca veriler hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına bakım vermekle kendilerini sosyal yaşamda avantajlı olarak görmelerinin yanı sıra ileride aynı duruma düşme korkularının olduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda araştırma sonuçlarının adli psikiyatri hastalarına bakım veren veya verecek olan hemşireler için hastaya tedavi ve bakım vermede gerekli eğitimlerin tespit edilerek planlanmasında bir rehber olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- 1.Çam O,Ergin E.Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.İstanbul Medikal Yayıncılık.2014 and its role and potential application in forensic mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs 2013;20:631–40:873-878.
- 2.Sercan M.Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu(1.Baskı).Türkiye Psikiyatri Demeği Yayınları.Ankara Tuna Matbaacılık.2007:13-50.

- 3.Resmi Gazete 12 Ekim 2004 Tarihli Yeni Türk Ceza Kanunu
<http://resmigazetegov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm> Erişim Tarihi 08.08.2019
- 4.Baysan Arabacı L,Çam O.Adli Psikiyatri Hastaları ile İlgili Yasal Düzenlemeler ve Hemşirelerin Yasal Sorumlulukları.Adli Bilimler Dergisi.2010;(9)55-64.
- 5.Akköz Çevik S,Başer M.Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları.Sağlık Bilimleri Dergisi.2012;(21):143-52
6. Doyle M, Jones P. Hodges' Health Career Model
- 7.Dikeç G,Baysan Arabacı L,Taş G.Adli Psikiyatri Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları:Sistematiik Derleme.2017;8(3):157-164.
- 8.Baysan Arabacı L,Çam O.Sağlık Çalışanlarının Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler.Adli Bilim Dergisi.2010;(9):17-43.
- 9.Kutlu Y,Bilgin H.Adli Psikiyatri Servislerinde Hemşirelik:Roller ve Yaşanan Güçlükler.Türkiye Klinikleri.J Psychiatry-Special Top 2011;4:67-72.
10. Baysan-Arabacı L, Cam O. Türkiye'de Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Turk Psikiyatr Derg 2013; 24:253-9.
11. Baysan-Arabacı L, Cam O. Türkiye'de Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Turk Psikiyatr Derg 2013; 24:253-9.
- 12.Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma.2012.İstanbul Bağlar Yayıncılık:235.syf
- 13.Göktürk N,Özgenç İ,Üzülmez İ.Suç:Toplumsal Düzenin Davranışı Açısından.T.C. Anadolu Üniversitesi Ceza Hukukuna Giriş.Ed.Özgenç İ,Üzülmez İ.2012;1.Baskı:4-7.
- 14.Flannery RB,Levitte U,Rega S,Walker AP.Charecectrics of staff victims of psychiatric patent assosts:20-years analysis of the assulted staff Program.Psychiatry Q.2011;82:11-21.
- 15.Ayrancı U,Yenilmez Ç,Kaptanoğlu Ç.Identificatcion of violence in Turkish Health care settress.J Interpers Violence 2006;21:276-296.
- 16.Potter PA,Perry AG,Basic Nursing Theory and Practice,3th.Ed:St.Lous:Musley Year Book:1995.
- 17.Luckman J,Sorensa KC.Basic Nursing A psychiopyhsiologic Approach.Second Edition.Philadelphia:W.B.Suunders Company.1986.
- 18.Çakır F,İlhem Ç,Yener F.Kronik Psikiyatrik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum.Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.2010;23-509.
- 19.Çobanoğlu ZSÜ,Aker T,Çobanoğlu N.Psikiyatrik Bozukluğu Olan Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum Sorunları.Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.2003116:211-8.
20. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV (2002) Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry, 63:892-909.
21. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ (2000) Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv, 51:216-222.
22. . Taşçı S. Sağlık ve hastalığı etkileyen kültürel faktörler. İçinde Kültürlerarası Hemşirelik, 1. Baskı, İstanbul, Türkiye: İstanbul Tıp Kitabevleri.2012:19-44.
23. Yaman Yeşim A,Uğur Gök H,Sevcan O.Hemşirelerin Kültürlerarası Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi.Ulusallararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.2016.8.Baskı
24. Özata, M, Aslan, Ş, Arslaner Ş. Kamu ve özel sektöre ait hastanelerde çalışan hemşirelerin iş doyumunun değerlendirilmesi. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bilimsel Kitabı: 2007:77-81.Antalya.
25. Türkistanlı, E,Dönmez, Z, Sarı Şahin, E. SSK Ege Doğumevi ve Sağlık Bakanlığı İzmir doğumevinde çalışan hemşire ve ebelerin çalışma koşullarından memnuniyetleri. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı: 1999:273-279, Erzurum.
26. Karaca S,Hemşireler İçin Vazgeçilmez Bir Kavram:Kendini Tanıma.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi.Cilt.3.Sayı.1.2010.
- 27.Üstün B, Akgün E, Partlak N.Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. İzmir: Okullar Yayınevi.2005.
28. Sherko, E., Sotiri, E. and Lika, E.Therapeutic Communication, JAHR, 2015:4(7), 457-466
29. Kourkouta, L. and Papatthanasious, L.V.Communication in Nursing Practice, Mater Sociomed, 2014:26(1), 65-67

Sözel 04 (TAM METİN)

AMELİYATHANE HEMŞİRELERİNİN ADLİ VAKALARA YAKLAŞIMLARI

Approaches Of Operating Room Nurses To Forensic Cases

Süle OLGUN*

*İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü

Özet

Bu çalışma literatürde acil servislere ve yoğun bakımlarda adli vakalarla karşılaşan hemşirelere sıkça değinilmiş olmasına karşın, ameliyathane hemşirelerinin adli vakalarla karşılaşması durumunda görev, yetki ve sorumluluklarına daha az denilmiş olması sebebiyle; ameliyathane hemşirelerini adli vakayla ilgili yaklaşımlarını derlemek amacıyla yapılmıştır. Bir ameliyathane hemşiresinin ameliyathaneye kabul edilen adli vakanın ya da adli vaka olabileceğinden şüphe edilen cerrahi hastasının yasal süreç için kesin delillerini toplamalı ve ayrıca mahkemede kabul edilebilir nitelikte olabilmesi için delil zincirini koruması gerekmektedir. Eğer bir ameliyathane hemşiresi adli vakalarla ilgili yasal süreci bilirse ve çalıştığı kurumun prosedür ve talimatlarına göre müdahalede bulunursa adli sürecin sağlıklı işlemesine katkıda bulunmuş olur. Adli hemşirelik konusunda eğitim alan bir ameliyathane hemşiresinin kabul edilen herhangi bir cerrahi hastasında bile eğer şüpheli bir durumla karşılaşarsa bu durumu bildirebilecek ve gerekli kanıtları toplayabilecek bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bir ameliyathane hemşiresinin adli vakayı fark edebilmesi, kanıtı tanımlayıp, toplayabilmesi, saklayabilmesi ve kayıt edebilmesi için yeterli bilgi, anlayış ve beceriye sahip olması uygun yaklaşımda oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, adli vaka, hemşirelik

Abstract

Although this study is frequently mentioned in the literature, nurses who encounter forensic cases in emergency departments and intensive care unit are frequently mentioned. The aim of this study was to compile the approaches of operating room nurses about forensic cases. An operating room nurse must collect the evidence for the legal process of the forensic case admitted to the operating room, or the suspected surgical patient, and also maintain the chain of evidence to be acceptable in court. If an operating room nurse knows the legal process for forensic cases and intervenes in accordance with the procedures and instructions of the institution in which it works, it contributes to the healthy functioning of the judicial process. An operating room nurse, who is trained in forensic nursing, should have the knowledge to report this situation and to collect the necessary evidence, even if any surgical patient is admitted, if it encounters a suspicious situation. It is very important for an operating room nurse to have sufficient knowledge, understanding and skills to be able to recognize the forensic case, identify, collect, store and record evidence.

Keywords: Operating room, forensic case, nursing

Giriş

Suç ve şiddet olaylarının arttığı günümüzde hem mağdurların hem de failerin ilk karşılaştıkları sağlık ekibi üyesi hemşirelerdir. Hemşirelerin adli vakalarla karşılaşmaları yeni bir durum olmamasına rağmen, yeterli bilgi ve birikime sahip olmamaları nedeniyle doğru ve gerekli yaklaşımı sergileyemedikleri bilinmektedir (1). Hastanelerin ameliyathane birimlerinde en az bir ameliyathane hemşiresinin adli tıp hemşireliği konusunda eğitim almış olması ve bu sebeple de adli vakalara yaklaşım konusunda bilinçli olması gerektiği düşünülmektedir. Böylelikle adli hemşirelik konusunda eğitim almış hemşireler ameliyathanelerde yaygın olarak yer alacak, mesleki ve etik sorunların çözümüne katkı sağlanabilecektir.

Gelişme

Uluslararası Adli Hemşireler Birliği (1997) adli hemşireliği kendi içinde özelleşen birçok alt uzmanlık alanlarından oluştuğunu belirtmiştir (2,3). Bir adli hemşirenin görevi; adli durumu ve potansiyel mağduru belirleme (tanılama), adli olayları araştırma (planlama), adli vaka ile ilgili belge ve kayıt toplama, elde ettiği veriler

doğrultusunda uygun bakımı sağlama (girişim), uygulamalarını rapor etme (kayıt) ve girişimlerini tekrar gözden geçirme (değerlendirme) olarak sıralanabilir (2,4).

Çelişkili ifade ve davranışların, fiziksel travmanın olması veya karşılaşılan ya da anlatılan olayın adli bir vaka olduğunun fark edilmesi durumunda mağdura kendini güvende hissettirecek sağlık personeli, hastane içerisinde hastalarla en yakın ve sık ilişki içerisine giren sağlık çalışanı olması sebebiyle öncelikle hemşirelerdir (5). Özellikle ameliyathane hemşireleri ameliyathanede sıklıkla adli vaka olarak kabul edilmiş ve birçok farklı sebeplerle ameliyat edilmesi gereken hastalarla karşılaşmaktadırlar. Eğer bir ameliyathane hemşiresi adli vakalarla ilgili yasal süreci bilirse ve çalıştığı kurumun prosedür ve talimatlarına göre müdahalede bulunursa adli sürecin sağlıklı işlemesine katkıda bulunmuş olur (6).

Bir ameliyathane hemşiresinin ameliyathaneye kabul edilen adli vakanın ya da adli vaka olabileceği şüphe edilen cerrahi hastasının yasal süreç için kesin delillerini toplamalı ve ayrıca mahkemede kabul edilebilir nitelikte olabilmesi için delil zincirini koruması gereklidir. Resmi kayıtların yanı sıra ameliyathaneye kabul edilen hastadan resmi olmayan kanıtlar da elde edilebilir. Resmi olmayan kanıtlar; hastanın gözlemlenmesi, davranışlarının, görünümünün değerlendirilmesi ve kaydedilmesi aşamalarını içerir (7). Sağlık personeli TCK 280'e göre; görevi sırasında bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşır ve bu durumu yetkili makamlara bildirmez, bu hususta gecikme gösterirse, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (8). Bu nedenle adli kanıtların tanımlanması, toplanması, saklanması ve kayıt edilmesinde hemşireye önemli görevler düşmektedir (3). Elbette hemşire tüm görevleri yaparken, adli tıp uzmanı ya da polisin yerine geçmemekte ve adli inceleme yapmamaktadır. Sadece aynı vakanın hemşirelik bilgi ve becerisini kullanarak farklı yönünü incelemekte ve söz konusu disiplinlerle ortak çalışma yürütmektedir (5). Bir adli vaka değerlendirmesi; öykü alma, fiziksel muayene, kanıtın tanımlanması, toplanması, saklanması, kanıt koruma zincirinin sağlanması, kanıtın kayıt edilmesi, krize müdahale öğelerinden oluşur (9).

Adli vaka olduğu düşünülen hastadan öykü alan hemşire deneyimli olmalı, sorularıyla hastayı yönlendirmemeli, soruları açık ve anlaşılır bir dille sormalıdır. Hastanın fizik muayene öncesinde giysilerini değiştirmesi ve banyo yapması engellenmelidir ve hemşire muayene sırasında kanıtı kontamine etmemek için eldiven giymelidir (10). Kanıtın tanımlanmasında da hemşireye önemli görevler düşmektedir. Örneğin; hastanın eğer aile içi şiddet mağduru olduğundan şüpheleniliyorsa; hastanın ve ailesinin birbirinden tutarsız ifadelerinden, hastanın ses tonu ve vücut dilinden yola çıkılarak adli vakanın tanımlanması yapılabilir (3, 11, 12,13).

Hastanın giysisi; üzerinde kan, seminal mai, iplik, toprak, saç, barut, cam, bitki parçalarını içerebileceği veya üzerinde sanığın parmak izinin olabileceği gerekçesiyle önemlidir (13). Giysilere az dokunulmalı, dokunurken mutlaka eldiven giyilmeli, hasta kıyafetlerini beyaz ya da kahverengi bir kağıt üzerinde çıkarmalı, hasta kıyafetlerini çıkarırken odadan çıkılmamalı, kişinin ayakkabılarını da çıkarılması istenmeli ve tüm bu eşyalar silklenmemelidir. Örneğin ameliyathaneye acil bir bıçaklanma ya da kurşunlanma vakası geldiyse kıyafetler asla el gücü kullanılarak kesilmemeli ve mutlaka kesme işi gerekiyorsa yaralı alandan uzak ve giysi dikişleri boyunca yapılmalıdır. Hasta sedyede örtü üzerinde geldiyse bu örtüde kanıt olarak muhafaza edilmelidir. Çıkan tüm tekstil malzemeleri kağıt paketlere yerleştirilmeli ve kesilen kıyafet varsa içerisine “giysiler kesildi” yazısı bulunan bir kart konmalı ve dosyaya kaydedilmelidir (2, 13, 14). Hastadan kıl örneği alınacaksa elle değil pens veya penset ile alınmalıdır.

Hastanın varsa yarası; tipi, yeri, alanı, büyüklüğü ve genel görünüşü kaydedilmelidir. Silah yarası, barut ya da is örnekleri için yapışkan kağıt bant kullanılmalıdır. İlk pansuman materyalleri kanıt olarak saklanmalıdır. Hastadan çıkarılan mermi, cam, metal kırıklar ya da başka materyal varsa kağıt zarf içine kanıt olarak

yerleştirilmelidir. Her bir kanıt ayrı bir kağıt zarfa yerleştirilmelidir. Kanıtlar bant ile kapatılmalı ve mühürlenmelidir. Kanıtı alan kişi adını, unvanını, kliniğini, topladığı kanıtlarını tek tek yazmalıdır (13,14). Bu arada adli vaka olarak değerlendirilen hastanın ruhsal durumu da gözardı edilmemeli, hastanın korku, endişe, düşük benlik saygısı, regresif davranışlar, alkol ve madde kullanımı, depresyon, intihar girişimi belirtileri varsa gözlenmeli ve gerekiyorsa psikolojik desteğin sağlanması için diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişim sağlanmalıdır (15). Kasıtlı ya da tedbrsiz/dikkatsiz davranışlar sonucu oluşan yaralanmalar, meslekte ya da sanatta acemilik, önerge ve emirlere uymama sonucu yaralanma, intihar sonucu gelişen yaralanmalar, zehirlenme şüphesi olan yaralanmalar adli vaka olarak tanımlanmaktadır (16). Adli vaka kabul edilen ya da şüphesi olan ve bu tarz yaralanması olan cerrahi hastaların karşılanması, deliller varsa üzerinde toplanması ve muhafazası, ilgili birime sevki ameliyathane hemşirelerinin görevlerindendir (17). Adli hemşirelik konusunda eğitim alan bir ameliyathane hemşiresinin kabul edilen herhangi bir cerrahi hastasında bile eğer şüpheli bir durumla karşılaşsa bu durumu bildirebilecek ve gerekli kanıtları toplayabilecek bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bildirilmeyen vakaların bildirilmesi, bilinen vakalara müdahalede bulunmak kadar önemlidir ve bunun içinde eğitim alınmış olması gerekmektedir (12,13).

Sonuç

Bir ameliyathane hemşiresinin adli vakayı fark edebilmesi, kanıtı tanımlayıp, toplayabilmesi, saklayabilmesi ve kayıt edebilmesi için yeterli bilgi, anlayış ve beceriye sahip olması uygun yaklaşımda oldukça önemlidir. Bu bilgi ve becerinin; hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin ders müfredatlarına seçmeli ya da zorunlu olarak “adli hemşirelik” derslerinin konulması, mezun olan hemşirelerin sertifikalı kurslara katılmalarının sağlanması ve bu yönde desteklenmesi, lisansüstü eğitim programlarıyla adli hemşireliğin yaygınlaştırılması ile mümkün olacağı belirtilmektedir (9).

Kaynaklar

1. Yelken N, Tunali N, Gültekin G. Adli hemşireliğin Türkiye’deki durumu. *Sted* 2004;13:171-72.
2. Lynch VA. *Forensicnursingscience*.http://samples.jbpub.com/9780763792008/92008_CH01.
3. McGillivray B. The role of Victorianemergencynurses in thecollectionandpreservation of forensicevidence: a review of theliterature. *AccidentandEmergency Nursing* 2005; 13:95-100.
4. Kent-Wilkinson, A. *Forensicnursingeducationaldevelopment: An integratedreview of theliterature*. *J PsychiatrMentalHealthNurs* 2011;18:236-46.
5. Gökdoğan MR,Altunçul H. Adli Hemşirelik:Kapsam ve Görevi.Hemşirelik Forumu 2002;5(5): 16-2
6. İnancır İ, Pamir A. N, Kaya Z. Ameliyathanede Adli Vakalar Ve Ameliyathane Hemşiresinin Rollerinin Belirlenmesi. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 3-6 Mayıs 2009.
7. Muro GA, Easter CR. “ClinicalForensicForPerioperativeNurses” *AORN J*. 1994 Oct.; 60 (4): 585-91, 593.
8. Yeni Türk Ceza Kanunu ve ilgili mevzuat, Ankara: Adalet Yayınevi; 2004. s.130
9. Özden D, Yıldırım N, Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2009) 73-81
10. Çolak B, İnancıcı MA, Yaycı N. Çocukta cinsel istismar ve adli hemşirelik. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2003; 6(6):7-13.
11. Stevens S. *Crackingthecase: your role in forensicnursing*. *Nursing* 2004; 34(11):54-56
12. Goll-McGee B. The role of theclinicalforensicnurse in criticalcare. *Crit. CareNurs Q*. 1999; 22(1):8-18.
13. Evans MM, Stagner PA. *Maintainingthechain of custodyevidencehandling in forensiccases*. *AORN Journal* 2003;78(4):563-569.
14. Johnson D. *Forensicevidencepreservationtheemergencynurses’ role*. URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B7XMK-4H234TD-D&_user=1390981&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000052541&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1390981&md5=6c956bc1442cb6818f12201a7884ffca.
15. Onat Bayram GÖ, Beji Kızılkaya B. Sağlık çalışanlarının cinsel şiddet mağduru kadına yaklaşımı. *İstanbul Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi* 2009; 17(1):41-47.
16. Stevens S. *Crackingthecase: your role in forensicnursing*. *Nursing* 2004; 34(11):54-56
17. Lynch VA. *Forensicnursingscience: Global strategies in healthandjustice*. *EgyptianJournal of ForensicSciences* 2011;1:69-76.

Sözel 05 (TAM METİN)

HASTANEDE YATARAK TEDAVİ GÖREN ÇOCUKLARDA DÜŞME RİSKİNİN BELİRLENMESİ

Determination Of Children's Falling Risk Having In-Patient Treatment

Zeynep KİSEÇİK SENGÜL,* Prof. Dr. Yurdağül ERDEM*

*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Özet

Giriş: Düşmeler çocukluk çağı yaralanmalarının önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışma hastanede yatarak tedavi gören çocukların düşme riskinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Materyal Ve Metot: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemi bir Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesinin çocuk servislerinde 08.04.2019-08.06.2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 63 çocuk ve ebeveynleri oluşturmuştur. Veriler "Çocuk ve Ebeveyn Tanımlayıcı Özellikler Formu" ve "Harizmi Düşme Riski Ölçeği" ile toplanmıştır. Veriler, yüzdelik, Kruskal Wallis Testi, Mann Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması $6,11 \pm 5,57$ olup %61,9'u (n=39) erkektir. Çocukların %22,2'si (n=14) solunum sistemi hastalığı ile yatmaktadır. 6 aylık bir bebeğin hasta odasında düşme olayı yaşadığı, 17 çocuğun (n=%27) hastane dışında kaza ve yaralanma yaşadığı belirlenmiştir. Çocukların Harizmi Düşme Riski Ölçek puan ortalaması $11,9 \pm 7,48$ olup, %47,6'sında ölçek toplam puanı 15 ve belirlenmiştir. Çocukların %50,8'inin yaşına uygun yatakta yatırılmadığı ve %49,2'sinin oksijenlenme değişikliğine bağlı düşme riski saptanmıştır. Çocukların düşme riski puanı ile hastalık tanısı ve yatış süresi arasında anlamlı ilişki olduğugörölmüştür (p<0.05).

Sonuçlar: Hastanede yatarak tedavi gören çocuklarınyaklaşık yarısında yüksek düşme riskinin olduğu ve yaşına uygun yatakta yatmadıkları belirlenmiştir. Hastanelerde düşmeye bağlı yaralanma ve ölümlerin önlenilmesi için düşmeye yönelik güvenlik önlemlerinin artırılması ve eğitim önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, düşme riski, hastane, yatış.

Abstract

Introduction: Falls are among the leading causes of childhood injuries. This study was carried out as a cross-sectional study to determine the fall risk of hospitalized children.

Materials And Methods: The sample of this descriptive study consists of 63 children, who were hospitalized between 08.04.2019 and 08.06.2019 in the pediatric wards of a university hospital, and their parents. The data of the study were collected by using the "Descriptive Characteristics Form for Children and Parents" and the "Khwarizmi Fall Risk Scale." Percentage, Kruskal-Wallis Test and Mann-Whitney U Test were used to evaluate the data.

Findings: The mean age of the children included in the study was 6.11 ± 5.57 years, and 61.9% (n = 39) of them were males. 22.2% (n = 14) of the children were hospitalized due to respiratory system diseases. It was found out that one child experienced falls in the patient room, and 17 children (n = 27%) suffered accidents and injuries outside the hospital. The mean score of children is 11.9 ± 7.48 in the "Khwarizmi Fall Risk Scale." It was found out that the total score was 15 and above for approximately half (47.6%) of them, and that they had a high fall risk. It was found out that 50.8% of the children were not hospitalized in beds appropriate for their age, and 49.2% of them had fall risk due to changes in oxygenation. There was a significant correlation between the fall risk score, and disease diagnosis and hospital stay of children (p < 0.05).

Conclusion: It was found out that about half of the inpatients had a high risk of falling and were not hospitalized in beds appropriate for their age. It is recommended that education and safety measures for falls should be increased in order to prevent fall injuries and deaths.

Key Words: Child, fall risk, hospital, hospitalization.

Düşmeler, hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların başında yer almakta ve büyük çoğunluğu hasta odasında ve transfer sırasında görülmektedir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) 2016 verilerine göre her yıl yaklaşık üç milyon çocuk düşmeye bağlı yaralanmaktadır¹. ABD’de Düşmeye yönelik Hemşirelik Kalite Göstergeleri Veri Tabanı (NDNQI), düşmeyi en yaygın olarak ‘hastanın istemsiz olarak aniden, yaralanma ile ya da yaralanma olmaksızın yerde, başka yüzeyde, başka bir kişi ya da cisim üzerinde bulunması’ olarak tanımlamıştır².Düşme riski bulunan hastalar Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme formunun doldurulması ile belirlenir². Çocukluk çağındaki düşmeler genellikle tesadüfi, beklenen fizyolojik, beklenmeyen fizyolojik ve gelişimsel olarak dört tipte sınıflandırılır³.

Çocuklarda kazalardan kaynaklanan en yaygın yaralanma nedeni olan düşmeler hastanelerde yatan çocuklarda yaşanan önemli sorunlar arasında yer alır^{4,5}. Hastane ortamında ev ortamından farklı olarak değişik fizyo-patolojik faktörler, ilaçlar, tedavi ekipmanları, uygunsuz yataklar ve hasta transferleri düşmeler için risk oluşturmaktadır⁶. Hastanede düşmeler hastalığın varlığı ya da çevredeki tehlikelere bağlı olarak gelişebilir. Dolayısıyla her hastaya özel içsel ve dışsal risk faktörleri belirlenmelidir. Hastanın fiziksel, bilişsel, psikolojik durumu, tıbbi tanısı ve kullandığı ilaçlar düşme riskinin belirlenmesinde önemlidir⁷. Talimatlara uyulmaması, hastane çevresine uyum sağlayamamak, yürüyüş sorunları, kas gücünde zayıflama, görme sorunları, beden kitle indeksinin düşük ya da fazla olması, anemi, diyabet, postural hipotansiyon, subduralhematom, kırıklar, D vitamini eksikliği, dört veya daha fazla ilaç kullanımı, antiepileptik, antihipertansif ilaçların kullanımı, çevresel tehlikeler, uygunsuz ayakkabı, tekerlekli sandalye kullanımı gibi nedenler hasta düşmelerinin risk faktörleridir⁷. Hastanın beş gün ve üzeri hastanede yatması, ortopedik tanı ile takip, fiziksel terapi ihtiyacı, intravenöz tedavi durumu düşmeye neden olan diğer risk faktörleridir⁸. Hastanede düşme olayları yaşamı tehdit edici boyutta olabildiği gibi⁹, gereksiz yatış süresinin uzamasına, iş gücü kaybına neden olarak yatak işgaline ve maliyetin artmasına neden olmaktadır. Düşmeler sağlık bakım maliyetlerini artırmakta, her yıl ölümcül olmayan düşmelerde yaklaşık 50 milyar dolar, ölümcül düşmelerde ise yaklaşık 754 milyon dolar maliyet artmaktadır¹⁰.

Çalışmalar hemşirelerin hasta düşmeleriyle sık karşılaştıklarını göstermektedir¹¹. Çocuk hastaların düşme risklerinin belirlenmesi için hastanelerde ulusal ve uluslararası geliştirilmiş ölçekler kullanılmaktadır^{12,13}. Hemşirelerin bu ölçeklerle çocukların düşme riski puanlarını belirleyerek uygun önlemler alması beklenmektedir. Yatan hasta düşmelerinin önlenmesi hasta bakım kalite göstergeleri arasındadır⁶.Düşmeler önlenabilir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir⁷. Ancak yapılan gözlemlerde çoğu hastanede çocukların yaşına uygun yataklarda yatırılmadıkları, annelere ayrı refakatçi yatağı kullanılmadığı, çocukların anneleriyle birlikte büyük yataklarda yattıkları, düşme riski konusunda bilgilendirme yapılmadığı biçimindedir. Bu ve benzeri durumlar çocukların düşme riskini artırmaktadır. Düşme olayları adli olaylar olup, düşme sonrası olay bildirim formu doldurulması zorunludur.

Materyal Ve Metot

Bu çalışma hastanede yatarak tedavi gören çocukların düşme riskinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bir üniversitenin Tıp Fakültesi Hastanesinin çocuk servislerinde 08.04.2019-08.06.2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 63 çocuk ve ebeveynleri oluşturmuştur. Araştırma verileri "Çocuk ve Ebeveyn Tanımlayıcı Özellikler Formu" ve çocuk hastalar için kullanılan"Harizmi Düşme Riski Ölçeği" kullanılarak araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Çocuk ve Ebeveyn Tanımlayıcı Özellikler Formu

Literatür doğrultusunda^{12,13}araştırmacılar tarafından hazırlanan formda çocuk ve ebeveynlerin yaşları, eğitim durumları, ev yaşantıları ile ilgili 14 soru, çocuğun kaza geçirme durumuna yönelik 6 soru olmak üzere toplam 20 soru bulunmaktadır.

Harizmi Düşme Riski Ölçeği: Çocuk hastaların düşme riskinin belirlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ölçek 9 maddeden oluşmaktadır. Toplam puanı 15 ve üzeri olan hastalar düşme açısından yüksek riskli kabul edilmektedir¹⁴.

Dokuz madde; Nörolojik hastalığı/semptomu var; oksijenlenme değişikliği var; düşme riski açısından özellikli hastalığı var; hasta uygun yatakta yatırılmıyor; görme engeli var; hastaya bağlı 3 ve üzerinde ekipman var; ayakta/ yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği vb) ihtiyacı var; post-op ilk 48 saatte; riskli ilaç kullanımı var biçiminde her biri 5 puan verilerek puanlanmakta, ancak tek başına düşme riski olan özellikli hastalığı (Cam Kemik Hastalığı, Hemofili, Trombositopeni, İTP) olması 15 puan almaktadır. Hastanede toplam puanı 15 ve üstü olan hastalara, Dört Yapraklı Yonca sembolü verilir. Yoğun bakımdaki tüm çocuklar yüksek riskli kabul edilir.

Veriler SPSS 22 Programında, yüzdelik, Kruskal Wallis Testi, Mann Whitney U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma için Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (03.04.2019/19-07) ve hastaneden yazılı izin, ebeveynlerden sözlü onam alınmıştır.

Bulgular

Çocukların yaş ortalaması 6,11±5,57 olup, %61,9'u (n=39) erkektir. Çocukların %88,9'u (n=56) pediatrik dahiliye servisinde değerlendirilmiştir. Çocukların %22,2'si solunum sistemi hastalığından, %74,6'sı 1-3 gündür hastanede yatmaktadır. 6 aylık olan bir bebeğin hasta odasında 8-16 çalışma saatinde yataktan düştüğü tespit edilmiştir. Çocukların %27'sinin (n=17) hastane dışında kaza geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 1). Bu çocuklar (%82,3, n=14) düşme sorunu yaşamış, %35,3'ü (n=6) alt ekstremitesi etkilenmiştir.

Tablo 1. Çocukların Tanımlayıcı Özellikleri (n=63)

Tanımlayıcı özellikler	M ± SD	Min-Mak
Yaş	6,11±5,57	2 ay-18 yaş
	n	%
Cinsiyet		
Kız	24	38,1
Erkek	39	61,9
Yatış yapılan servis		
Pediatric servisi	56	88,9
Çocuk cerrahi servisi	4	6,3
Diğer*	3	4,8
Tanı		
Solunum sistemi hastalığı	14	22,2
Hematoloji hastalığı	12	19,1
Nöroloji hastalığı	8	12,7
Kas iskelet sistemi hastalığı	7	11,1
Akut gastroenterit	7	11,1
Diğer**	15	23,8
Yatış süresi		
1-3 gün	47	74,6
4-7 gün	14	22,2
8-14 gün	2	3,2
Hastanede düşme durumu		
Hayır	62	98,8
Evet	1	1,2
Hastane dışı kaza geçirme durumu		

Var	17	27
Yok	46	73

* Ortopedi servisi (n=1), Palyatif Bakım (n=1), Kulak Burun Boğaz (n=1)

**Kardiyovasküler sistem hastalığı (n=1), Genetik ve metabolizma hastalığı (n=6), Cerrahi girişim (n=5), Tetkik işlemi (n=3)

Çocukların Harizmi Düşme Riski Ölçek puan ortalaması $11,9 \pm 7,48$ olup %47,6'sının (n=30) ölçek toplam puanı 15 ve üstü olup, yüksek düşme riski olduğu belirlenmiştir. Çocukların %50,8'inin uygun yatakta yatırılmadığı ve %49,2'sinin oksijenlenme değişikliğinden (solunum sistemi hastası, dehidratasyon vb.) dolayı düşme riski tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Harizmi Düşme Riski Ölçeği Risk Faktörleri Dağılımı (n=63)

Risk Faktörleri	n	%
1. Nörolojik Hastalığı/semtomu var	14	22,2
2. Oksijenlenme değişikliği var	31	49,2
3. Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semtomu	11	17,5
4. Hasta uygun yatakta yatırılmıyor	32	50,8
5. Görme engeli var	1	1,6
6. Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var	7	11,1
7. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var	11	17,5
8. Hasta post-op ilk 48 saatlik dönemde	5	7,9
9. Riskli ilaç kullanımı var	17	27

Çocukların düşme riski puanı ile hastalık tanısı ve yatış süresi arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğubelirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3). Farkın, nöroloji sorunu olan çocuklar ve 4 gün ve üzeri yatan çocuklardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Harizmi düşme riski ölçeği puanını etkileyen özellikler (n=63)

Özellik	n	$\bar{x} \pm SS$	P
Cinsiyet			
Kız	24	11,87±7,49	0,983*
Erkek	39	11,92±7,57	
Tanı			
Solunum sistemi hastalığı	14	13,21±6,96	0,001**
Hematoloji hastalığı	12	9,16±6,33	
Nöroloji hastalığı	8	19,37±5,62	
Kas iskelet sistemi hastalığı	7	2,85±5,66	
Akut gastroenterit	7	12,85±5,66	
Diğer	15	12,66±6,77	
Yatış yapılan servis			
Pediyatri servisi	56	11,51±7,56	0,398**
Çocuk cerrahi servisi	4	16,25±2,5	
Diğer	3	13,33±10,4	

Yatış süresi

1-3 gün	47	10,31±7,1	
4-7 gün	14	16,07±6,84	0,013**
8-14 gün	2	20±7,07	

* Mann-Whitney U testi. **Kruskal-Wallis testi.

Tartışma

Düşmeler hastanede yatarak tedavi gören çocuklarda önemli bir sorun olarak kendini göstermektedir. DiGerolamo ve ark. (2017) son çalışma raporlarının hastane ortamında pediatrik düşme sıklığını 1000 hasta başına 0.51 ile 1.0 olduğunu bildirmiştir³. Önlenbilir olaylar olan düşmeler hastanelerde gerçekleşen tıbbi hataların ise yaklaşık %21-40'ını oluşturmaktadır¹⁵.

Hastane yatışlarındaki düşmeler yaşa, cinsiyete, hastanın bulunduğu kliniğe, hastalık tanısına göre değişmektedir¹⁶. Çocuklarda düşme oranları erişkinlerden düşük olmasına rağmen düşmeye bağlı yaralanma oranlarının daha fazla olduğu görülmüştür¹⁶. Araştırmaya katılan çocuklardan bir tanesinin hastane yatışı sırasında düştüğü ve %47,6'sının (n=30) düşme açısından yüksek riskli olduğu görülmüştür. Çalışmalar nörolojik hastalığı olan çocuklarda düşme riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir^{17,18}. Bu çalışmada çocukların %22,2'sinin nörolojik hastalığı/semptomu olduğu görülmüştür (Tablo 2). Nöroloji hastalığı olan çocukların düşme riski ölçek puan ortalaması(19,37±5,62) yüksektir (Tablo 3).Literatürde düşme oranlarının erkek çocuklarında kız çocuklara göre daha fazla olduğu bildirmiştir^{16,19}. Bu çalışmada cinsiyet açısından fark anlamlı bulunmamıştır(p> 0.05) (Tablo 3). Çocukların yatış süresi 4 gün ve üzerinde düşme riski ölçek puanı yüksek bulunmuştur. Yatış süresi uzayan çocuklar genellikle kronik hastalığa sahip ve karışık ilaç tedavisi alan çocuklardır. Yatış süresi artan çocuklarda düşmeye yönelik önlemlerin artırılması gerekir. Literatürde de benzer çalışmalar bulunmaktadır^{20,21}.

Sonuç Ve Öneriler

Hastanede yatan çocukların yarıya yakını düşme riskinde bulunmuştur. Buna yönelik düşme önleme programları uygulanmalıdır. Çocukların düşme risklerinin azaltılması için yaşına uygun yatakta yatırılması, yatak seviyesinin en alt düzeye ayarlanması, çocuk ve ailelerin güvenlik önlemleri ile ilgili bilgilendirilmesi, hasta odası, koridorlar, tuvalet ve banyonun zemin ve ekipmanlar açısından güvenli hale getirilmesi, çağrı ziliniçocuk ve ebeveynin ulaşabileceği noktada bulunması, odalarda hasta sayısının azaltılması önemlidir. Yirmi dört saat görev yapan hemşirelerin çocuklardaki düşme riskini doğru bir şekilde tanımlaması, düşme riski yüksek olançocuklarda dört yapraklı yonca sembolünü kullanması, tüm çalışanlara düşmeye yönelik eğitim verilmesi önerilir.

Kaynaklar

1. CentersforDisease Control andPrevention.Protecttheonesyoulove: Child injuriesarepreventable, 2016, <http://www.cdc.gov/safecchild/falls>. (Erişim: 01.03.2019).
2. AmericanNursesAssociation (ANA), NDNQI Guidelinesfor Data Collection andSubmission on PatientFalls, 2013, <http://www.nursingquality.org/Content/Documents/NQF-Data-Collection-Guidelines.pdf>. (Erişim: 01.03.2019).
3. DiGerolamo K, Davis KF. An integrativereview of pediatricfall risk assessmenttools. JPediatricNursing 2017; 34: 23-28.
4. Powell EC, Tanz RR.Adjustingourview of injury risk: theburden of nonfatalinjuries in infancy. Pediatrics 2002;110: 792-6.
5. Lee YLG, Yip WK, Goh BW, Chiam EPJ, Ng HPC. Fall preventionamongchildren in the presence of caregivers in a paediatricward: a bestpracticeimplementation. International Journal of Evidence- Based Healthcare 2013; 11(1): 33-38.
6. Child Health Corporation of AmericaNursingFallsStudyTask Force. Pediatricfalls: state of thescience. Pediatr Nurs 2009; 35: 227-31.

7. Currie L. Chapter 10: Fall andinjury prevention. PatientSafetyandQuality: An Evidence-BasedHandbookforNurses. Rockville: Agencyfor Healthcare ResearchandQuality, 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2653>. (Erişim: 01.03.2019).
8. Graf E. Identifyingpredictorvariablesassociatedwithpediatricinpatientfall risk assessments. Proceedingsfromthe 5th National Conference on Evidence-Based Fall Prevention, Clearwater, FL, March 2004.
9. Levene S, Bonfield G. Accidents on hospitalwards. Archives of Disease in Childhood 1991; 66: 1047–1049.
10. Florence CS, Bergen G,Atherly A., et al.Medicalcosts of fatalandnonfatalfalls in olderadults. J AmericanGeriatricsSociety 2018; 66(4): 693-698.
11. Thurston G. Fatalhospitalfalls. BMJ, 1957; 16(51): 396-397.
12. Hill-Rodriguez D, Messmer PR, Williams PD.TheHumptyDumptyFallsScale: a case-controlstudy. J Spec Pediatr Nurs 2009; 14(1):22-32.
13. Yöntem S, Gök D, Yıldırım Sarı H, Aydınlık Güntürkün F. BUÇH II Çocuk hastalarda düşme riski skoru: Harizmi ve BUÇH ölçekleri karşılaştırılması. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi 2017; 7(2): 105-112.
14. SB Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Başk.Harizmi Düşme Riski Ölçeği. <http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,13485/harizmi-dusme-riski-olcegi.html>. (Erişim:01.03.2019).
15. Ang E, Mordiffi SZ, Wong HB. Evaluatingtheuse of a targetedmultipleinterventionstrategy in reducingpatientfalls in an acutecarehospital: A randomizedcontrolledtrial. Journal of Advanced Nursing 2011; 67(9): 1984-92.
16. Williams T, Szekendi M, Thomas S. An analysis of patientfallsandfallpreventionprogramsacrossacademicmedicalcenters. Journal of nursingcarequality 2014; 29(1): 19-29.
17. Hitcho EB, Krauss MJ, Birge S, ClaiborneDunagan W,Fischer I. et al.Characteristicsandcircumstances of falls in a hospitalsetting: a prospectiveanalysis. Journal of general internalmedicine 2004; 19(7): 732-739.
18. Oliver D, Healey F, Haines TP. Preventingfallsandfall-relatedinjuries in hospitals.Clinics in geriatricmedicine 2010; 26(4): 645-692.
19. Schaffer PL, Daraiseh NM, Daum L et all. Pediatricinpatientfallsandinjuries: A descriptiveanalysis of risk factors. Journalforspecialists in pediatricnursing, 2012; 17(1): 10-18.
20. Dunne TJ, GabouryI, Ashe M.C. Falls in hospitalincreaselength of stayregardless of degree of harm. Journal of Evaluation in ClinicalPractice 2014; 20(4): 396-400.
21. Karani Barış V,Seren İntepeler Ş. Hasta Düşmelerinin Önlenmesinde Teknoloji Kullanımı. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2017; 1(4): 29-33.

Sözel 06 (TAM METİN)

**ÇOCUK OYUN ALANLARINDAKİ EKİPMANLARA BAĞLI
YARALANMALARIN EPİDEMİYOLOJİK İNCELENMESİ: SİSTEMATİK
GÖZDEN GEÇİRME**

**Epidemiological Research Of Injuries Related To Equipments In Children's
Playground: Systematic Review**

Yasemin GÜMÜŞ YILMAZ* Zeynep KİSECİK ŞENGÜL**

Prof. Dr. Yurdagül ERDEM**

*Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

**Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Özet

Amaç: Çocuk oyun alanlarında yer alan ekipmanlara bağlı yaralanmaların bazı epidemiyolojik özelliklerine ilişkin son beş yılda (Ocak 2015-Eylül 2019) yapılan araştırmaların gözden geçirilmesi ve elde edilen verilerin sistematik olarak analiz edilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Son 5 yılda “oyun alanı, güvenlik, çocuk ve yaralanma, playground, security, childandinjury” anahtar kelimeleri kullanılarak 271 uluslararası yayına ulaşılmıştır. Araştırmaya dâhil edilme ölçütlerine uyan beş yayın çalışma kapsamında ele alınarak incelenmiştir.

Bulgular: Bu çalışmalarda okul ve evlerin bahçesi gibi alanlarda yer alan çocuk oyun ekipmanlarına bağlı gelişen yaralanma nedeniyle hastaneye başvuran çocukların büyük grubunu 5-9 yaş arası çocukların oluşturduğu, yarılan fazlasının erkek çocuklar olduğu, sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde daha fazla karşılaştığı belirlenmiştir. Çocukların oyun alanında yaralanmaları sıklık sırasına göre kaydıraaktan düşme, tırmanma araçları, trambolin ve salıncak yaralanmaları sonucu oluşmuştur. Kazalarda çocuklarda en fazla el-bilek kırığı, kafa travmaları olduğu görülmüştür. Acil servislerin yoğunluğunu artırmakta, maliyeti yükseltmektedir. Adli açıdan rapor kaydı gerektiren olgulardır.

Sonuç: Oyun alanı güvenlik standart ve kurallarına uygun önlemler alınmasına rağmen ülke ve bölgelere göre değişmekle birlikte yaralanma oranlarında artış görülmektedir. Yaralanmaların nedenleri, tipi ve oranları dikkate alınarak çocuk oyun alanlarındaki ekipmanların standartlara uygunluğu hem çocukların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi hem de maliyetlerin azaltılması açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Oyun alanı güvenliği, yaralanma, çocuk

Abstract

Aim: Study is to review the last five years researches (January 2015-September 2019) about epidemiological characteristics of equipment related injuries in playgrounds and analyze the obtained data systematically

Materials and Methods: In the last 5 years, 271 international publications have been reached using the keywords “playground, security, child and injury”. Five publications which meet the criteria for inclusion in the study have been investigated within the scope of the study

Findings: These studies show that 5-9 age group constitutes most children who went to hospital due to injuries caused by playground equipment in areas like the school gardens and houses. More than half of these children were boys and injuries were more frequently encountered in low socio-economic areas. In order of rate, injuries of children in the playground were caused by falling down slides, climbing vehicles, trampoline and swing injuries. The most common injuries were hand-wrist fractures and head injuries. These injuries not only cause more crowded emergency services but also increase the costs related to them. They are forensic cases which require report recording.

Conclusion: Although measures have been taken in accordance with the safety standards and rules of the playground, the rate of injury increases and varies depending on the country and region. Considering the causes, types and proportions of injuries, the compliance of the equipment in the playgrounds with the standards is important both for improving the quality of life of the children and reducing the costs.

Key Words: Playground safety, injury, children.

Giriş

Çocukların hayatında büyük yer tutan oyun dönemi; becerileri, akademik performansı ve benlik saygısını geliştirmenin yanı sıra fiziksel aktivite, iletişim becerileri, paylaşma, yardımlaşma, kurallara uyma gibi yetileri kazandırır. Çocuklar hayallerini oyun oynayarak gerçeğe yansıtırlar sağlıklı davranışları teşvik ederek çocuk gelişimi için önemli bir fırsat sunar(1,2,3).Çocuk gelişimi için oyun seçimlerinde mekân, oyun alanı özellikleri, araçlar gibi faktörler önem taşır. Dış mekânlarda oynanan oyunlar hem çocukların fiziksel aktivitesini artırır hem de güneş ışığından yararlanmalarını sağlayarak çocukların sağlığını güçlendirir(4,5).Çocuklar için oyun oynamak bu kadar önemli iken güvenlik ve oyun alanlarının yetersizliği yüzünden aileleri tarafından evlere kapatılmakta ve sanal ortamlara mahkûm bırakılmaktadır. Bu nedenle oyun alanları, çocuk gelişimi ve sağlığı üzerindeki etkileri göz önüne alınarak planlanmalı ve değerlendirilmelidir (1,4).

Birleşmiş Milletler Kongresi tarafından 1989’da yayınlanan “Çocuk Hakları Bildirgesi”nin 31. maddesinde “çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşına uygun etkinliklerinde bulunma ve kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakları” vurgulanmıştır (6). Çocuk hakları açısından oyun alanlarında kullanılan zemin malzemeleri, çevre güvenliği, oyuncak plastikleri, oyun alanlarının konum ve ekipmanların büyüklük ölçüleri çocuk sağlığı için tehdit oluşturmaktadır (7). Sağlıklı nesillerin yetişmesi için barınma, beslenme, eğitim hakkı kadar sevgi ve oyun oynama hakkı da önemlidir. Yapılan çalışmalarda çocukların oyun oynarken fiziksel, zihinsel ve ruhsal ihtiyaçlarını karşıladığı buna karşın yaşanan kazaların arttığı, yaralanmalara ve sakatlıklara neden olarak sağlıklarını tehdit ettiği görülmüştür (3,8,9,10,11). Bu bağlamda, bu sistematik gözden geçirme çalışmasındaçocuk oyun alanlarında ekipmanlara bağlı yaralanmaların epidemiyolojik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışma 20-27 Eylül tarihlerindebir üniversite internet erişim ağı üzerinden “oyun alanı, güvenlik, çocuk ve yaralanma, playground, security, childandinjury” anahtar kelimeleri ilePubMed, Wiley Online Library ve Web of Science veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Son 5 yıldaki (Ocak 2015–Eylül 2019) 271 yayın arasından çalışmaya alınma ölçütlerine uyan yayınlarincelenmiştir. Bu sistematik derleme oyun parkı ekipmanlarından yaralanan çocukları kapsamaktadır.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

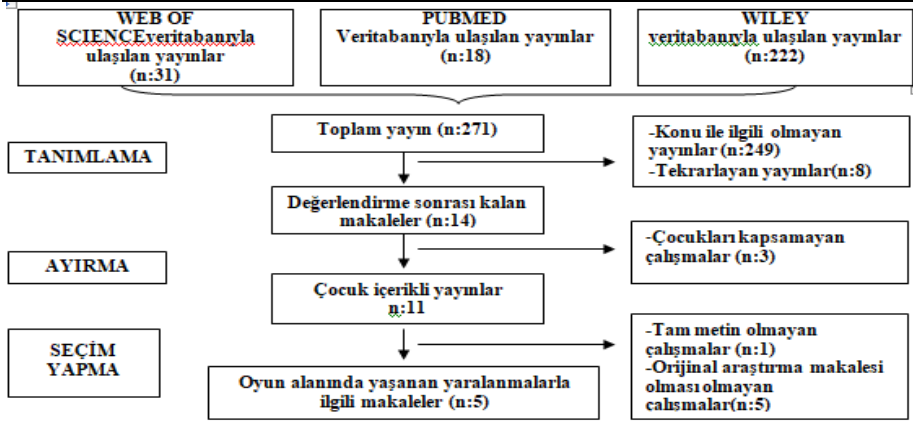
1. Ulusal/ uluslararası dergilerde son 5 yılda (Ocak 2015 – Eylül 2019) yayınlar
2. Orijinal araştırma makalesi olması,
3. Pediatrik vakaların olması,
4. Yaralanmaların oyun parkında gerçekleşmiş olması olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Kalitatif türdeki çalışmalar,
2. Sistematik derlemeler,
3. Tez çalışmaları ve
4. Kongre bildirileri dâhil edilmemiştir.

Veri Toplama Yöntemi

Üç veri tabanından yapılan literatür taramasında 271 yayın (Web of Science (n=31), Pubmed (n=18) ve Wiley (n=222)) belirlenmiştir. Bu yayınlardan 249’u konu ile ilgili olmadığı için, 8’i tekrarlı yayın olduğu için, 3’ü çocukları kapsamadığı için, 1’i tam metni olmadığı ve 5’i araştırma makalesi olmadığı için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan 5 yayın araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın akış şeması Şekil 1 de gösterilmiştir.



Bulgular

Çocuk oyun alanlarındaki ekipmanlara bağlı yaralanmalara yönelik yapılan sistematik incelemede beş araştırma makalesine ulaşılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulgular “Örneklem Büyüklüğü, Yöntem, Bulgular ve Sonuçlar” başlıkları altında gruplandırılarak Tablo 1’de sunulmuştur. Tabloda yer verilemeyen önemli bulgular ise başlıklar halinde aşağıda verilmiştir.

Yaş Grupları ve Cinsiyet

Adelson ve ark.(2018) yapmış olduğu çalışmada oyun alanıyla ilişkili yaralanan hastaların %53,7’si erkektir. Yaralanmalarının çoğunluğu 5-12 yaşındaki çocuklarda (%68,6) görülürken, 4 yaş altı çocuklarda %27,9 ve 13-17 yaşındaki çocuklar yaralanmaların %3,5’ini oluşturmuştur. Ona ve ark. (2019) çalışmasında ortalama yaş grubu 3 olarak bulunmuştur. Oyun alanıyla ilgili yaralanmaların çoğunluğunu erkek çocuklar oluşturmaktadır.

Bierbaum ve ark. (2018) yapmış olduğu 4 yıllık geriye dönük 7795 hastane acilinde oyun alanı ekipmanlarından kaynaklanan düşmeye bağlı yaralanmalar nedeniyle yatan hastaların 5-9 yaş arası çocuklarda yüksek olduğu, yarıdan fazlasının erkek çocuklarından oluştuğu (%55,1) belirlenmiştir. Tuckel ve ark.(2018) çalışmasında oyun alanı ekipmanlarından düşme ile ilgili yıllık yaralanmaların %58,5’ini 5-9 yaş arası çocuklar oluştururken, %23’ünü 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmuştur. Erkek çocukların (%52,8) kız çocuklara oranı (%47,2)daha fazladır.Yüksel ve Koçak’ın (2016) yapmış olduğu çalışmada çocukların yaş grupları ve cinsiyet verilerine rastlanmamıştır.

Yaralanma Nedeni

Adelson ve ark. (2018) yapmış olduğu çalışmada yaralanma ekipmanı olarak tırmanma ekipmanları, salıncak, kaydırak ve tahterevalli yer almaktadır. Genel olarak, tırmanma ekipmanı ile ilgili yaralanmaların %5,6’sı, salıncakla ilgili yaralanmaların %3,6’sı ve kayma ile ilgili yaralanmaların %3,7’si hastaneye yatma ile sonuçlanmıştır. Tüm oyun ekipmanlarında en yaygın yaralanma nedeni düşme olarak görülmüştür. Düşme yaralanmalarının en sık tahterevalli kaynaklı olduğu(%58,7) görülürken, salıncakta en sık çarpma yaralanmaları görülmüştür.Ono ve ark.(2019) çalışmasında oyun alanı ekipmanlarında kafa yaralanmalarının %47,6’sı kaymadan, %26,2’si salıncakta, %11,9’u tırmanma oyunlarında, %2,4’ü maymun bar, %2,4’ü demir çubuk, %2,4’ü trambolin ve %7,1’i diğer oyuncaklarda oluşmuştur. Ekipmanların kurulduğu zemin çoğunlukla sert toprak ya da betondur. Düşme yükseklikleri 1.78 cm olarak belirlenmiştir.

Bierbaum ve ark.(2018) çalışmasında trambolinler (%34,3) ve tırmanma tertibatı (%28,2), çocukların düştüğü en yaygın bildirilen ekipman türleridir. 0-4 ve 10-14 yaşlarında, yaralanmaların çoğu trambolinlerden (%40,8) , 5-9 yaşları için tırmanma aparatlarından (%38,9) meydana gelmiştir. Tuckel ve ark. (2018) çalışmasında en çok düşme sayısı maymun çubuklarıyla (%51,9), bunu takiben sallanmalarla (%20,5) ve kaydıraklarda (%18,3) görülmektedir. 5-9 yaş arasında, maymun çubuklarından, 15 ve üzeri yaş grubunda ise salıncaktan düşme daha yaygın görülmüştür.Yüksel ve Koçak’ın (2016) yapmış olduğu çalışmada kazaların %39,3’ü salıncakta, %29,3’ü kaydırakta, %5,7’si tahterevalli, %1,4’ü ise dönemde gerçekleşmiştir.Ayrıca kaza nedenleri %21 materyallerin yanlış kullanımı, %17 çocuğun ya da annenin dikkatsizliği, %15 materyallerin konumlandırma hatası, %6 parkın caddeye-yola yakın olması, oyun alanı zemin kaplamasının uygunsuz oluşu şeklinde sıralanabilir.

Yaralanma Tipi

Adelson ve ark.(2018) çalışmasında en sık yaralanan vücut bölgeleri; %42,9 ile üst ekstremiteler, %35,8 ile baş ve boyun ve %13,6 ile alt ekstremiteler yaralanmalarıdır. En sık görülen tanı kırık (%34,1), yumuşak doku yaralanması (%20,7) ve yırtılma (%20,5) olarak bulunmuştur. Üst ekstremiteler yaralanmalarının çoğunluğu kırık (%69,0) vakalarıdır. Hastaneye yatışla sonuçlanan yaralanmalar arasında, %68,0'ı üst ekstremiteler kırıkları, %8,5'i sarsıntı, %8,1'i alt ekstremiteler kırığıdır. Ono ve ark.(2019) çalışmasında kafa travmalarının detayları; kafatası kırıkları (15), akut epidural hematom (12), akut subdural hematom (2) ve sarsıntı (3) olarak belirlenmiştir.

Bierbaum ve ark. (2018) çalışmasında dirsek ve ön kol yaralanmaları (%55,6), omuz ve üst kol yaralanmaları (%23,5) ve kafa travması (%8,8) düşmeden kaynaklı oluşmuştur. Yaralanmalarda çocukların çoğu (%80,8) bir gün hastanede kalırken, %98,5'i dört gün ve üzeri hastanede yatırılmıştır. Turker ve ark.(2018) çalışmasında acil polikliniğinde oyun ekipmanları kaynaklı düşmelerde en sık %43,1 ile üst ekstremiteler kırığıdır. En sık ikinci yaralanma tipi %13,1 ile yüzeysel yaralanma, %9,3 ile burkulma, %9,2 ile açık yaralar gelmektedir. Yüksel ve Koçak'ın (2016) yapmış olduğu araştırmada kazaların tipi hakkında bulguya rastlanmamıştır.

Tartışma

Bu sistematik derleme, oyun alanı ekipmanları kaynaklı yaralanan çocukların, yaş gruplarını, yaralanma nedenlerini, yaralanma tiplerini ve yaralanma sonrası ebeveyn tutumlarını ve hastanede kalma durumlarını ele almaktadır. Bu derleme; Amerika, Avustralya, Japonya ve Türkiye'deki çalışmaları içermiştir. İnceleme sonunda ele alınan tüm makalelerde çocukların çoğunun parklarda oyun sırasında düşerek yaralandıkları ve en fazla üst ekstremiteler kırıkları ve kafa travması ile karşılaştığı görülmüştür (3,8,9,10,11).

Yayınlar, oyun parklarının yaralanmalar açısından önemli bir sorun olduğunu göstermektedir. Oyun alanı yüzey standartlarının uygulanması kafa yaralanmalarının görülme sıklığını azaltmış olmakla beraber hala oyun alanı düşüşleri çocuklarda yaygın bir yaralanma nedenidir (3,5,9,11). Yüksel ve Koçak (2016)'ın Türkiye'deki çalışmasında düşme nedeniyle yaralanmalarda ilk sırada kaydırak, ikinci sırada tahterevalliler ve salıncak yer almıştır.

Yaralanma nedenlerinin uluslararası çalışmalarda benzerlik gösterdiği saptanmıştır. En yüksek oranlarda saptanan yaralanma nedenleri; düşme ve çarpma durumlarıdır. Yaralanma sonrası hastaneye başvuran çocukların sıklıkla üst ekstremiteler kırığı, baş boyun yaralanması ve yumuşak doku zedelenmesi yaşadığı görülmektedir (3,9,12). Türkiye'de yapılan çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak erişkinlerin kaza anındaki tutumları incelenmiş olup, kaza sonrası ailelerin çok azının (%16) çocuklara ilk yardım uygulamaları yaptığı belirtilmiştir (11).

Sonuç

Bu sistematik derleme oyun alanlarındaki yaralanmaların daha çok 5-9 yaş arası çocuklarda görülüp, erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha fazla karşılaştığı ve oyun alanlarının çocuk sağlığı açısından güvenlik sorununun uluslararası bir sorun olduğunu göstermektedir. Çocukların oyun alanlarında genellikle üst ekstremiteler kırıklarına maruz kaldığı, bir grubunda hastane yatışı gerektirdiğini göstermiştir.

Bu çalışmalar değerlendirildiğinde, oyun parklarında çevre güvenliği yerel yönetimlerce sağlanmakta olup, daha fazla denetim gerektiğini göstermektedir. Oyun alanlarında parkın hangi yaş grubu için uygun olduğunu, ekipmanların kullanımını ve oluşabilecek riskleri belirten oyun alanı talimatları bulundurulmalıdır.

Çocuklar için güvenli bir çevre oluşturulması kaza kontrolünde en etkin yaklaşımdır. Dünya genelinde bu konuda yapılan araştırmaların yetersiz olduğu ve daha fazla çalışmalara gereksinim olduğu görülmüştür. Çocukların yaralanmalardan korunması konusunda ulusal bir program oluşturulması hem bu türlü yaralanmaların sıklığını hem de ciddi yaralanmaları azaltabilir.

Tablo 1: Dâhil edilen çalışmalara genel bakış						
Yazar ve Yılı	Ülke	Amaç	Ornelem Grubu	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Ono ve ark. 2019	Japonya	Oyun alanı ekipmanları ile ilgili kafa travmalarının araştırılmasıdır.	Kafa travması nedeniyle hastaneye yatan 15 yaş altı çocuklar	Kafa travmalarını belirlemeye yönelik anket formu	-Yaş ortalaması 5, toplam 42 çocuk kafa travması nedeniyle tedavi edilmiştir. -% 47,6'sı kaydırak, %26,2'si salıncak, %11,9'u tırmanma oyuncak, %2,4'ü maymun barlarıdır. -% 2,4'ü demir çubuk, % 2,4'ü trampolin ve % 7,1 diğer ekipmanlarla yaralanmıştır. -Hiçbir vaka ameliyat gerektirmemiştir. -Düşme yüksekliği 1,2 ile 2,5 m arasında değişmektedir. -Düşmelerin yaklaşık %85,7'si sert toprakta veya betonda meydana gelmiştir.	Oyun alanı ekipmanları nedeniyle kafa travması geçirmiş birçok çocuk iyi durumda sahip olsa da dikkatli gözlem gereklidir. Oyun alanı ekipmanları, yaralanmalarının önlenmesine yardımcı olmak için daha fazla çalışma gerekmektedir. Oyun alanı ekipmanlarının neden olduğu travmaları önlemek için güvenlik tedbirleri alınmalıdır.
Adelson ve ark. 2018	Amerika	Amerika'da acil servislere tedavi edilen çocuklar arasında oyun alanıyla ilişkili yaralanmaların epidemiyolojik özelliklerini saptamak.	1990-2012 yılları arasında ABD acil servislere tedavi edilen 18 yaş altı çocuklar	Geriyeye dönük arşiv incelemesi	-5 ila 12 yaşındaki çocuklar yaralanmalarının çoğunluğunu oluşturmaktadır (% 68,6). -Yaralanmalar en fazla tırmanma ekipmanları (% 35,2), bunu takiben salıncaklar (% 29,3) ve kaymalar (% 21,0) ile ilişkilendirilmiştir. -Tüm yaralanmaların % 76,7'si ve üst ekstremitelerde yaralanmalarının % 87,7'si düşmelerden kaynaklanmaktadır. -Vakaların %69'u kırıklarla, %22,1'i yumuşak doku yaralanmalarını oluşturmaktadır. -Yaralanmaların % 4,3'ü hastaneye yatışla sonuçlandı. Hastaneye yatışla sonuçlanan yaralanmalar arasında, % 68,0'ı üst ekstremitelerde kırıklar, % 8,5'i sırt ve % 8,1'i alt ekstremitelerde kırıklar idi.	Mevcut oyun alanı güvenlik standartlarına ve kurallarına rağmen, oyun alanıyla ilgili çok sayıda yaralanma meydana gelmeye devam ediyor. Oyun alanı yüzey kaplama malzemeleri için revize edilmiş standartlar, düşmeyle ilişkili üst ekstremitelerde kırıkların önlenmesi için uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.

Tablo 1: Devam						
Yazar ve Yılı	Ülke	Amaç	Ornelem Grubu	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Ono ve ark. 2018	Avustralya Yeni Güney Galler	Yeni Güney Galler eyaletinde oyun alanı araçlarından düşüp yaralanarak hastaneye yatan 0-14 yaş arası çocukların epidemiyolojik profilini ve maliyetini saptamak.	1 Ocak 2010 - 30 Haziran 2014 tarihleri arasında oyun alanında düşme nedeniyle New South Wales hastaneye yatan 0-14 yaş arası çocuklar	Geriyeye dönük arşiv incelemesi	-4 yıllık geriyeye dönük incelemede oyun alanı düşme yaralanmaları nedeniyle çocukların 7995 hastaneye yatışı yapıldı. En yüksek hastaneye yatış oranı 5-9 yaşları arasında (100.000 popülasyonda 220,2) ve erkeklerde kadınlardan daha yüksek (sırasıyla 100.000 popülasyonda 234,2 ve 206,3). Bu yaralanmaların çoğunluğu okullarda (% 17,1) ve evlerde (% 14,6) meydana gelmiş. En çoktrambolinlerden (% 34,3) ve tırmanma aparatlarından (% 28,2) düşme sonucu gerçekleşmiş. Oyun alanlarının yarından fazlası direk ve el bileği kırıklarla (% 54,2) neden olmuş. Toplam oyun alanı düşmesiyle ilgili yaralanmaların maliyeti 18 milyon dolar olarak belirlenmiştir.	Avustralya'da ulusal oyun alanı güvenlik standartları uygulanması rağmen, çocukların oyun alanı düşme yaralanmaları nedeniyle hastaneye yatış oranları yüksek kalmaya devam etmektedir. Yaralanmaların inşaat ve yükünü azaltmak hedeflenerek müdahale edilmesi gerekir.
Tuğral ve ark. 2018	Amerika New York	Amaç, oyun alanıyla ilgili düşmelere bağlı yaralanma insidansını güncellemek. -Yaralanma ve yatan hasta profilini saptamak. -Yaralanma türlerini belirlemek. -Son on yılda oyun alanıyla ilgili düşmelerde tıbbi tedavi için ödeme kaynaklarını saptamak.	2004-2014 yılları arası New York Eyaletinde bulunan bir hastaneye başvuran hastalar	Geriyeye dönük arşiv incelemesi	-Sosyoekonomik durumu düşük olan bölgelerde yaralanma oranları daha yüksektir. 5-9 yaş çocuklar, erkek çocuklarında oran daha yüksektir. -Yaralanmaların % 43,1'i üst ekstremitelerde, % 13,1 yüzeyel yaralanma, %9,5' u burkulmalar ve % 9,2 'si baş, boyun ve gövde de oluşan açık yaralardır. -5-9 yaş hastalarda üst ekstremitelerde kırık, 10-24 yaşta burkulma, 5 yaş ve altında baş/boyun/gövde açık yara. -Son 8 yılda özel sigorta ile ödeme yapan hasta % 57'den % 43'e düşmüş, tıbbi harcamaları Medicaid tarafından karşılanan hasta yüzdesi % 31'den % 47,8'e artmış. Sigortasız hasta yüzdesi % 8'den % 6'ya düşmüştür.	Oyun alanıyla ilgili yaralanmaların inşaat ve yükünü azaltmak için hükümet ve sivil toplum kuruluşlarının yürüttüğü çabalar sonucu son on yıl boyunca, oyun alanı ekipmanlarından düşüp yaralanarak acil serviste tedavi edilen bireylerin sayısında önemli bir düşüş olmuştur.

Tablo 1: Devam						
Yazar ve Yılı	Ülke	Amaç	Örneklem Grubu	Yöntem	Bulgular	Sonuç
Yüksel ve Koçak 2016	Türkiye	Çocuk parklarında yaşanan kazalar, kaza sonrası yapılan uygulamalar ile kaza nedenlerinin belirlenmesi	Ankara il merkezindeki 88 çocuk parkına çocuklarını getiren erişkenler	Geriyeye dönük arşiv incelemesi	- Kaydırak kazalarının %43,9'u merdivenden düşme, %19,5'i hızlı kayma sonucu düşme, zemine çarpma, %12,2'si ters kayarken çıkarken düşme, %9,8'i kayarken arkadaşları ile çarpışma ve düşme şeklinde gerçekleştiği söylenebilir. - Salıncakta karşılaşılan kazaların, %41'8'i arkasından ya da önünden geçen salıncakın çocuğa çarpması, %38,2'si çocuğun salıncaktan düşmesi, %5,5'i salıncak sallanırken atlayınca düşme olarak belirtilir. - Katılımcıların kaza ile karşılaştıklarında yaptıkları uygulamaların %49,5'i ilk yardım dışı uygulamaları, %16'sı ilk yardım uygulamaları, %16'sı sağlık kuruluşuna götürme şeklinde olduğu belirtilmiştir.	Çocukların yaşadığı çevrelerde, oyun parklarında güvenlik için gerekli düzenlemeler yapılmalı, güvenliği sağlamak için yaş gruplarına uygun güvenli oyun materyalleri kullanılmalıdır. Çocuk parklarında doğru yerleşime ve temizliğe dikkat edilmelidir. Erişkinler ilkyardım eğitimi alarak doğru müdahalede bulunmalıdır.

Kaynakça

1. Koçan N. Çocuk Oyun Alanlarının Yeterliliği Üzerine Bir Araştırma: Uşak Kenti Kemalöz Mahallesi Örneği. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*2012; 28(4): 315-321
2. Duman G, Koçak N. Çocuk Oyun Alanlarının Biçimsel Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi (Konya İli Örneği). *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2013; 11(1):64-81
3. Adelson SL, Chounthirath T, Hodges NL, Collins CL, Smith GA. Pediatric Playgraund Related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments in the United States. *Clinical Pediatrics* 2018; 57(5):584-592
4. Ulutaş İ, Şimşek İ. Ebeveynlerin Çocuk Oyun Alanlarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. *TSA* 2014; 18(3):413-424
5. Özaslan H, Gültekin Akduman G. Çocuk Oyun Parklarının Güvenliğinin İncelenmesi: Ankara ve Samsun İlleri Örneği. *Electronic Turkish Studies*2018; 13(19): 1313-1329
6. UNİCEF (2004), Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. Erişim: [https://www.unicef.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarınaDairSözleşme.pdf] Erişim Tarihi: 21.09.2019
7. Küçükali H, Küçükali İ, Taşdemir M. Sağlığın Yeşil Belirleyicileri. *Parklar SD Dergisi* 2016; 38(2) :40-45
8. Ono H, Sase T, Takasuna H, Tanaka Y. Playground Equipment-Related Head Injuries Requiring Hospitalization in Children. *Pediatrics International*2019; 61,293-297
9. Bierbaum M, Curtis K, Mitchell R. Incidence and Cost of Hospitalisation of Children with Injuries From Playground Equipment Falls in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*2018; 54: 556-562
10. Tuckel P, Milczarski W, Silverman DG. Injuries Caused by Falls From Playground Equipment in the United States. *Clinical Pediatrics*2018; 57(5): 563-573
11. Yüksel S, Koçak N. Çocuk Parklarında Karşılaşılan Kazalar, Nedenleri ve Çözüm Önerileri. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*.2016; 1(3):184-193
12. Özgen Y, Özgüç İM. Çocuk oyun bahçelerinde tasarım sorunları. *İstanbul Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi* 1994; 44(1-2):101-10

Sözel 07 (TAM METİN)

CEZAEVİ HEMŞİRELİĞİ VE TÜRKİYE'DEKİ DURUM

Prison Nursing And Situation In Turkey

Ayşegül AKCA*, Esmâ KABASAKAL*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü.

ÖZET

Cezaevleri, bireylerin çevresinde bulunan kişileri ve koşulları seçemediği, yaşamlarını tüm yönleriyle geçirdikleri ve çoğunlukla önemli sağlık sorunlarının eşlik ettiği toplu yaşam alanlarıdır. Topluma göre daha fazla sağlık bakımı gereksinimi olan grupların yer aldığı cezaevlerinde etkili sağlık hizmeti sunulması, sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olurken sağlık eşitsizliklerinin azaltılması bakımından önemli bir fırsat sunmaktadır. Cezaevi nüfusunun ihtiyaç duyduğu bakım, bu alanda uzmanlaşan bir ekip ile işbirliği ve multidisipliner bir yaklaşıma dayalı sürdürülebilir. Bu ekip içerisinde cezaevi hemşireleri genellikle sağlık gereksinimi olan mahkumların ulaşabileceği ilk sağlık uzmanıdır. Cezaevi hemşireleri mahkumların sağlığı, davranışı ve refahını geliştirmede önemli bir etkiye sahiptir. Bununla birlikte acil bakım, kronik hastalık yönetimi, bağımlılıkla mücadele, özel bakım gereksinimi olan gruplara yönelik sağlık bakımını planlama ve uygulama, spirüel bakım gibi çok çeşitli konularda mahkumlar ve cezaevi personeline hizmet sunmaktadır. Türkiye’de cezaevlerinde bulunan bireylerin beden ve ruh sağlığının korunması, muayene, tedavi sağlık hizmetlerinin sunulması devletin ve cezaevi idaresinin sorumluluğu olarak bildirilmiştir. 2011 Hemşirelik Yönetmeliği’nde Halk Sağlığı Hemşireliği alt dalı olarak ele alınan ceza ve tutukevi hemşireliğinin görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Cezaevi ortamı desteklenmesi gereken özel bir alan olması nedeniyle sağlığı geliştirici müdahale programlarının düzenlenmesi ve ihtiyaca özgü stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu makalede cezaevi hemşireliğinin önemi ve ülkemizdeki durumu hakkında okuyucuya bilgi verilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cezaevi, Hemşirelik, Halk Sağlığı

ABSTRACT

Convicts are living in prisons collectively and they can not choose conditions around them, They spend their lives in all aspects, and often accompanied by important health problems. It is more important to provide effective health services compared to the society in terms of reducing health inequalities and prevent to health problems. The care needed by the prison population can be sustained based on a multidisciplinary approach and collaboration with a team of experts in this field. In this team, prison nurses are usually the first healthcare professionals available for convicts. In addition, nurses services to convicts and prison staff on a wide range of topics including emergency care, chronic disease management, combating addiction, planning and implementing health care for groups in need of special care, and spiritual care. In Turkey protection of physical and mental health of individuals within prisons, inspection, delivery of health care treatment and was reported to be the responsibility of the state's prison administration. The 2011 Nursing Regulation defines the duties and responsibilities of prison nursing, which is considered as a department of Public Health Nursing. The prison environment is a special area that needs to be supported, health promotion intervention programs including organized and specific strategies. In this article, the importance of prison nursing and the situation in our country is given to the reader.

Key Words: Prison, Nursing, Public Health

Giriş

Cezaevleri bireylerin çevresinde bulunan kişileri ve koşulları seçemediği, yaşamlarını tüm yönleriyle geçirdikleri kısıtlı bir yaşam alanı olarak, çoğunlukla önemli

sağlık sorunu ve kişisel sorunların yaşandığı alanlardır (1).Cezaevlerindeki çoğu insan topluma geri dönerek yaşamına toplumun bir parçası olarak devam etmektedir. Bu nedenle cezaevi toplumunun sağlığı, kendi içinde önemli olmasının yanı sıra toplumun tamamı için de önem taşımaktadır (2,3).

Cezaevlerinde genellikle daha önce düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayan bireylerin, madde bağımlılığı, psikiyatrik hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar, tüberküloz, hepatit C, HIV ve diğer bulaşıcı hastalıklar dahil olmak üzere çok çeşitli ve karmaşık sağlık sorunları yaşadıkları bilinmektedir (2,3).DSÖ (2019) verilerine göre Avrupa ve Orta Asya'daki çoğu ülkede, mahkûmlar arasında HIV enfeksiyonu ve tüberküloz oranının dış nüfusa göre çok daha yüksek olduğu cezaevi nüfusunun%10-15'inin şizofreni, bipolar bozukluk ve otizm bozuklukları gibi şiddetli ve kalıcı akıl hastalıklarından muzdarip olduğu görülmektedir(4).

Cezaevlerinde farklı aile ve kültür özelliklerine sahip, sağlıkla ilgili uygun olmayan inanç ve davranışlara sahip kadınlar, erkekler ve gençlerden oluşan mahkûmlar bulunmaktadır(5). Dünya çapında cezaevi nüfusunun ortalama %2-9'unu oluşturan mahkûmkadınlar, menstruasyon, hamilelik ve menopoz gibi üreme sağlığı sorunlarına yönelik özel ihtiyaçları bulunduğundan yeterli beslenme ve kişisel bakım ürünlerine daha fazla ihtiyaç duyabilmektedir. Ayrıca anneleri nedeniyle cezaevlerinde kalan 6 yaş altı çocuklar dezavantajlı bir diğer önemli gruptur (4-7).Genç suçlular 15-21 yaş dönemini kapsayangereksinimlere özgüsağlık bakımı, eğitim vedanışmanlık hizmetlerine erişim, suça götüren çevreden uzaklaşabilmede gibi rehabilitasyon alanları olarak görülmektedir (5).Cezaevlerindeki yaşlı bireylerde, yaşlanma sürecinin doğal bir parçası olarak görülen alzheimer, demans gibi kronik hastalık veya sakatlık oranlarının gençlere kıyasla daha yüksek olduğu bilinmektedir (8,9). Ayrıca, destekleyici olmayan veya hastaların ihtiyaçlarını karşılayamayan fiziksel ve sosyal bir ortam, genellikle demans nedeniyle kişilik değişikliklerini ve sınırlı tepkileri daha da kötüleştirilmektedir (9).

Cezaevinde Sağlık Hizmetleri

Cezaevlerinde etkili sağlık hizmeti sunulması, sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olurken sağlık eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir fırsat sunmaktadır (2,3). Cezaevindeki bireylerin toplumda bulunan bireylerden daha fazla sağlık bakım hizmeti gereksinimi olduğu bilinmektedir.Şehirlerde bulunan cezaevleri, uluslararası cezaevleri, çocuk işahlevleri, askeri cezaevleri, göçmen büroları, nezarethaneler gibi çok çeşitli yerlerde pek çok insan sağlık hizmetine gereksinim duyabilmektedir (10). Cezaevlerinde sunulan sağlık hizmetleri mahkûmları ve personelleri kapsayacak şekilde bütüncül olarak ele alınmalıdır.

Cezaevi toplumu için sağlık bakımı için asgari standart toplumda sunulan sağlık hizmetlerine eşdeğer olması yönündedir. Cezaevlerinde, genel sağlık hizmetleri, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri, bağımlılıkla mücadele, cinsel sağlık, bulaşıcı hastalık yönetimi, kronik hastalık yönetimi, diş ve eczane hizmetleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, çevre düzenlemesi konularında hizmet verilmektedir (11).Cezaevlerindeki sağlığı geliştirme faaliyetlerinin amacı, cezaevindeki bireylere yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmaya dair eğitim ve danışmanlık yolu ile sağlık hizmeti sunarken, cezaevi ortamının mahkûm ve çalışanlar için sağlıklı destekleyici çevre oluşturmaktır (5).

Cezaevlerinde sunulan sağlık hizmetlerinin mortalite, risk davranışlarını ve madde kullanımına bağlı gelişen sağlık sorunlarını azalttığı, koşullara bağlı olumsuz etkileri en aza indirmede önemli olduğu ifade edilmektedir (3,12). Brinkley v. (2018) çalışmasında cezaevinde bağımlılığa yönelik tedavi alan bireylerin serbest bırakılma sonrası tekrar madde kullanım süresinin daha uzun olduğu ve ölümcül doz alımının olmadığını belirtmiştir (12). Bağımlılıkla mücadelede cezaevi hemşireleri ilaç tedavisini

sürdürme, salıverildikten sonra bakımı koordine etme ve bağımlı bireylerin tedavisi ve uzun süreli bakımı için planlamalar yapmalıdır (13).

Cezaevlerinde düzenli farmakolojik, psikoterapötik ve mesleki terapi programlarının yürütülmesini sağlayabilecek şekilde sağlık personelinin bulunması gerektiği belirtilmektedir (14).Cezaevi nüfusunun ihtiyaç duyduğu bakımın ancak cezaevi memurları arasında işbirliği ve multidisipliner bir yaklaşım şeklinde sürdürülebileceği ifade edilirken, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde ve madde bağımlılığının azaltılması için stratejilerin benimsenmesi ve eğitimlerin düzenlenmesi zorunlu olarak görülmektedir (11,15). Cezaevi hemşiresi, sağlık eğitimi ve danışmanlık bakımından oldukça önemli rol ve sorumluluklara sahiptir.

Cezaevi Hemşireliği

Cezaevi hemşireleri gözetiminde tutulma sırasında, nakil sürecinde, cezaevinde ve sonrasında bireylerin sağlık ihtiyaçları doğrultusunda bakımın sürekliliğini sağlayabilecek profesyonel olarak mahkûmların ulaşabileceği birincil sağlık uzmanıdır (3,8,11,16). Cezaevi hemşireleri, kuruma yeni gelen mahkûmları alkol ve madde kullanım durumu, intihar eğilimi, travma riski, zihinsel sağlık düzeyi, bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalık ve ilaç kullanım durumu yönüyle ilk sağlık değerlendirmesini yapar. Cezaevi hemşirelerinin kapsamlı değerlendirmesi, bireylerin bakım gereksinimlerinin belirlenmesine olanak sağlar (16). Cezaevi hemşireleri mahkûmların sağlığı, davranışı ve refahı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (11).

Cezaevinde bulunan bireylerin toplumdan daha farklı sağlık hizmeti ihtiyacı olması cezaevi hemşiresinin uygulamalarını bireylerin özel ihtiyaçlarına özgü uyarlamasını zorunlu kılar (14). Cezaevi ortamı kaynakların kısıtlı olması, güvenlik önceliği bulunması gibi nedenlerle hemşirelerin diğer hizmet alanlarına göre nispeten daha fazla yaratıcılık becerilerine sahip olmaları gerekir (16).

Cezaevi hemşireleri, hipertansiyon, astım ve artrit gibi kronik hastalıkların yönetiminde ve bulaşıcı hastalıklar, hamilelik gibi düzenli takip gerektiren durumlarda bakımın planlanması ve yürütülmesindeki temel sorumlu meslek profesyonelidir (16).

Cezaevindeki birey, toplumsal hizmetlere, normal sosyal ilişkilere ve aile üyelerine erişimden mahrumdur. Bu durum korunmasız durumda olan mahkûmlar için çoğu zaman parçalanmış yaşamlarına değerli bir yapı kazandıran spirüel bakım gereksinimini artırmaktadır (17).Hemşireler tarafından sunulan spirüel bakım, bireyin kendisine değer vermeye başlaması, sağlıklı bir özgüven geliştirerek sağlıklı bir kimlik oluşturabilme fırsatı sunması bakımından önem taşımaktadır (8,17).Cezaevi hemşirelerinin terapötik iletişim, yargılayıcı olmayan dinleme ve empati kurabilme, temel hemşirelik becerilerini sürdürürken yardımcı faktör olması bakımından çok önemlidir (18).Cezaevi hemşiresi tarafından çalışanlara yönelik yapılan çalışmada, mahkûmlara yönelik geliştirilen olumlu duyguların etkileşime girmeye yardımcı olurken damgalamada bulunmanın iletişimde önleyici unsur olabildiği görülmüştür (19).

Türkiye’de Cezaevi Hemşireliği

Türkiye’de 2018 yılı itibarıyla Ceza İnfaz Kurumları’nda bulunan kişi sayısının %15,7 artarak 232 bin 340 kişi olduğu belirtilmektedir Bu nüfusun %95,7’sini erkekler, %4,3’ünü kadınlar oluşturmaktadır. Ceza infaz kurumuna hükümlü statüsünde 12-17 yaş grubu çocuk sayısı 2 bin 56, suç işlediği andaki yaşı çocuk yaşı olanların sayısı 11 bin 805 olarak belirlenmiştir (20). Bir suçtan mahkûm olan bireyleri barındıran cezaevleri, suçun niteliğine göre farklı şekillerde isimlendirilebilmektedir. Cezaevleri çocuk ve genç suçlular için özel alanlar oluşturulurken yetişkinler için genellikle standardize edilmiştir (16).

DSÖ, 38 Avrupa ülkesinin katılımıyla cezaevlerinin sağlık koşullarını tanımlamaya yönelik çeşitli değişkenlerin ele alındığı veri tabanı oluşturmuştur. Bu veriler doğrultusunda cezaevlerinde sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerine yönelik

planlamalar yapılabilmektedir (2). Ülkemizde cezaevlerinin sağlık koşullarının belirlenmesi, sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetlerinin planlanması için kapsamlı ve çok boyutlu çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Cezaevlerinde bulunan bireylerin ruh ve beden sağlığının korunması, muayene, tedavi sağlık hizmetlerinin sunulması devletin ve cezaevi idaresinin sorumluluğu olarak bildirilmiştir. Cezaevlerinde birinci basamak, muayene ve tedavi işlemleri;1000 ve üzeri mahkûm olan kurumlarda tam zamanlı kurum hekimi ve 1000'in altında mahkûm olan kurumlarda gezici sağlık ekibi tarafından aile hekimliği sistemi ile kurum revirlerinde yürütülmektedir. Ceza infaz kurumuna gelen kişilerin kabul muayeneleri yapılmakta ve kurumda bulunduğu süre içinde yapılan sağlık takipleri bireysel sağlık dosyalarına kayıt edilmektedir. Cezaevinde gerekli durumlarda ileri tetkik ve rehabilitasyon için hastaların hastanelere sevkı yapılmaktadır (21).

Cezaevi yönetimi tanınmış tek sağlık uzmanı olarak hekimleri görme eğilimindedir (14). Adalet Bakanlığı güncel verilerine göre Türkiye’de cezaevlerinde, 8 hekim, 65 diş hekimi, 3 diyetisyen, 448’i sağlık memuru olmak üzere 548 diğer sağlık personeli ve 1 eğitim uzmanı bulunmaktadır. Sözleşmeli veya kadrolu statüde çalışan cezaevi hemşiresinin bulunmaması dikkat çekicidir (22).

2011 Hemşirelik Yönetmeliği’nde Halk Sağlığı Hemşireliği alt dalı olarak ele alınan ceza ve tutukevi hemşireliğinin; hemşirelerin genel görevlerinin yanı sıra, çalışma ortamıyla ilgili sorunların saptanması, sağlıklı ve güvenli çevre oluşturulması, tutuklu, hükümlü, çalışan ve ailelere yönelik sağlık gereksinimlerinin belirlenerek sağlık bakımının sunulması, periyodik muayeneleri yürütme, cezaevinde kazaların önlenmesi, bağımlılık durumunun belirlenmesi ve tedavisinin sağlanması, kronik hastalık yönetimi, ilkyardım faaliyetleri yürütme ve sağlık eğitim verme gibi önemli pek çok görev ve sorumluluk tanımlanmıştır (23).

Dünya’da gelişimine devam eden cezaevi hemşireliği, gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde uygulama alanlarının kısıtlı olması nedeniyle sınırlı hizmet alanı olarak sayılmaktadır (6). Türkiye’de cezaevinde çalışacak hemşirelere yönelik aktif eğitim programları bulunmamaktadır. Cezaevi hemşireliği, hemşirelik okullarında ya hiç ele alınmamakta ya da halk sağlığı hemşireliği dersi kapsamında kısa süreli ders olarak yer alır. Bu nedenle hemşireler cezaevi hemşireliği gibi özel yetkinlik gerektiren bir alana genellikle hakim değillerdir (3,6). Cezaevi, hemşirelerin hastalarına uygun bakımı sağlamak için kendilerini geliştirmeleri ve güçlenmeleri gereken bir alandır (14,24).Mezun hemşireler genel hemşirelik bilgi ve becerileri üzerinde etkili olsa da cezaevi hemşireliğinin özerk doğası, deneyime sahip olmanın ötesinde özellikle acil ve ruh sağlığı alanında yetkin olmayı gerektirir. Cezaevi hemşireliği alanında uzun süreli eğitim programlarına gereksinim duyulurken sınırlı sayıda düzenlenen sertifika programları alana özgü yeterliliklerin kazandırılmasında önemlidir (16).

Sonuç

Türkiye’de cezaevi sağlığının kapsamlı olarak ele alınabilmesi için koşulların iyileştirilmesi, iyi ülke örnekleri ele alınarak ilgilikurumların gerekli sağlık politikalarını oluşturması, uluslararası standartlara uygun, cezaevi koşullarında sürdürülebilir özellikle hemşirelik bakım imkanlarının sağlanması gereklidir. Bu doğrultuda ulusal düzeyde sağlık bakım rehberleri oluşturularak cezaevi toplumuna sunulacak bakımın kalitesi artırılmalıdır.Cezaevi nüfusunun artışıyla artan maliyetler, sınırlı sayıda eğitilmiş profesyonel ile kapsamlı bir hizmet sunma konusunda yaşanan problemler ve bu sistem içinde profesyonel sağlık gereksinimlerinin bulunması, etkili ve verimli bir bakım sağlamak için gerekli eğitim, uzmanlık, liderlik, organizasyon becerileri ve politika anlayışına sahip cezaevi hemşirelerinin görevlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.Sağlığı geliştirme faaliyetlerin temel yürütücüsü olan hemşirelere, cezaevi koşullarında profesyonel faaliyetlerini sürdürebilecekleri ‘cezaevi hemşiresi’ istihdam

olanakları sağlanmalıdır. Önümüzdeki yıllarda bu gereksinimi karşılayacak girişimler ve çalışmalara olan ilginin artacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Quinn S, Doyle S, Emerson C. Female Prisoners' Problems Living in an Irish Prison: An Exploratory Study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 2019: 1-19.
2. World Health Organization (WHO). Health in prisons: fact sheets for 38 European countries, 2019. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/397915/Health_in_prisons_report_online.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 29.08.2019.
3. Sánchez-Roig M, Coll-Cámara A. Prison nursing and its training. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 2016: 18, 110-118.
4. World Health Organization (WHO). (). WHO Regional Office for Europe. Report on Prison and Health, 2019. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/healthdeterminants/prisons-and-health/data-and-statistics> Erişim tarihi: 04.09.2019.
5. Bulduk S, Ardic E. Cezaevi Popülasyonunun Sağlığını Geliştirmede Hemşirelerin Rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences*, 2011: 8(2), 92-97.
6. Dash S K, Patel S, Chavali K. Forensic nursing—Global scenario and Indian perspective. *Journal of forensic and legal medicine*, 2016: 42, 88-91.
7. Baldwin A, Sobolewska A, Capper T. Pregnant in prison: An integrative literature review. *Women and Birth*. 2018: 10.
8. Bagnasco A, Aleo G, Delogu B, Catania G, Sasso L. Holistic nursing of forensic patients: A focus on spiritual care. *Religions*, 2016: 7(3), 31.
9. Cipriani G, Danti S, Carlesi C, Di Fiorino M. Old and dangerous: Prison and dementia. *Journal of forensic and legal medicine*, 2017: 51, 40-44.
10. Holwick A. Correctional Nursing: Caring for the Least of These. *Journal of Christian Nursing*, 2018: 35(1), 44-45.
11. La Cerra C, Sorrentino M, Franconi I, Notarnicola I, Petrucci C, Lancia L. Primary Care Program in Prison: A Review of the Literature. *Journal of Correctional Health Care*, 2017: 23(2), 147-156.
12. Brinkley-Rubinstein L, McKenzie M, Macmadu A, Larney S, Zaller N, Dauria E, Rich J. A randomized, open label trial of methadone continuation versus forced withdrawal in a combined US prison and jail: Findings at 12 months post-release. *Drug and alcohol dependence*, 2018: 184, 57-63.
13. McIntyre, J L. Combatting the Opioid Crisis From Prison: Initiating Opioid Agonist Therapy. *Journal of forensic nursing*, 2018: 14(4), 248-252.
14. Sasso L, Delogu B, Carrozzino R, Aleo G, Bagnasco A. Ethical issues of prison nursing: A qualitative study in Northern Italy. *Nursing ethics*, 2018: 25(3), 393-409.
15. Telisinghe L, Charalambous S, Topp S M, Herce M E, Hoffmann C J, Barron P, Schouten E J, Jahn A, Zachariah R, Harries A D, Beyrer C, Amon J J. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 2016: 388(10050), 1215-1227.
16. International Association of Forensic Nursing. *Correctional Nursing*. 2019 <https://www.forensicnurses.org/page/CorrectionalNursing> Erişim Tarihi: 11.09.2019.
17. Micklethwaite D, Winder B. Religion and prison. 2019. http://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/35936/1/13400_Micklethwaite.pdf Erişim: 29.08.2019
18. Goomany A, Dickinson T. The influence of prison climate on the mental health of adult prisoners: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015: 22(6), 413-422.
19. Melnikov S, Elyan- Antar T, Schor R, Kigli- Shemesh R, Kagan I. Nurses teaching prison officers: a workshop to reduce the stigmatization of prison inmates with mental illness. *Perspectives in psychiatric care*, 2017: 53(4), 251-258.
20. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri 2017. 2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27610> Erişim 29.08.2019.
21. Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu. Ceza İnfaz Kurumlarında Hükümlü ve Tutuklulara Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında İnceleme Raporu. 2015. https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/docs/2015/saglik_hizmetleri_hakkinda.pdf Erişim Tarihi: 29.08.2019.
22. Adalet Bakanlığı, Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü. Ceza ve Tevkif evleri Genel Müdürlüğü Kadro Durumu. 2019. http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/teskilat/cte_personel.asp Erişim Tarihi: 10.09.2019.
23. Resmi Gazete (RG). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı : 27910.
24. Choudhry K, Armstrong D, Dregan A. Prison nursing: Formation of a stable professional identity. *Journal of forensic nurs*

Sözel 08 (TAM METİN)

ENJEKSİYON NÖROPATİSİ VE AYDINLATILMIŞ ONAM

Injection Neuropathy and Informed Consent

Erdem Hösükler*, Zehra Zerrin Erkol*, Gamze Dincer*

*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bolu

ÖZET

Kalçadan yapılan intramusküler enjeksiyonlar, siyatik sinir ve dallarına zarar verme riski taşımaktadır. Öngörülen yaralanma mekanizmaları arasında doğrudan iğne travması, skarla sekonder daralma ve enjekte edilen ajanda nörotoksik kimyasallar tarafından doğrudan sinir lifi hasarı bulunmaktadır. Enjeksiyonun yanlış bölgeye uygulanması halinde sağlık çalışanı hakkında kusurdan bahsedilmektedir. Komplikasyon olması halinde ise enjeksiyonu yapan hekim veya hemşireye herhangi bir kusur atfedilmemektedir. Bununla birlikte son dönemlerde enjeksiyon uygulamalarında aydınlatılmış onam alınması gerekip gerekmediği hususu ciddi anlamda tartışılmaktadır. Çalışmamızda enjeksiyon nöropatisi uygulamalarında malpraktis iddiaları ve aydınlatılmış onam konusunun Yargıtay Kararı eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Enjeksiyon nöropatisi; Komplikasyon; Aydınlatılmış onam; Yargıtay Kararı.

ABSTRACT

Intramuscular injections from the hip are at risk of damaging the sciatic nerve and its branches. The postulated mechanisms of injury include direct needle trauma, secondary constriction by scar, and direct nerve fiber damage by neurotoxic chemicals in the injected agent. If the injection is applied to the wrong site, negligence is mentioned about the health worker. In the case of complications, no negligence is attributed to the physician or nurse who made the injection. However, it has been debated in recent times whether or not informed consent should be obtained in injection applications. In this study, we aimed to discuss malpractice allegations and informed consent in injection neuropathy applications with the Supreme Court Decision.

Key words: Injection neuropathy; Complication; Informed consent; Supreme Court Decision.

Giriş

Kalçadan yapılan intramusküler enjeksiyonlar, siyatik sinir ve dallarına zarar verme riski taşımaktadır(1). İntramusküler girişimde; enjektörün dokuya giriş açısının 90 derece olmasına dikkat edilerek sinir, damar ve kemik yapılardan uzak bir bölge seçilmekte, kural olarak gluteal enjeksiyon, gluteal bölge krista iliaka, gluteal kıvrım ve spinal orta hat arasındaki alan yatay ve dikey çizgilerle dört eşit alana bölündüğünde üst dış alanın merkezine uygulanmaktadır (2).Siyatik sinirin öngörülen yaralanma mekanizmaları arasında; doğrudan iğne travması, skarla sekonder daralma ve enjekte edilen ajandaki nörotoksik kimyasalların neden olduğu doğrudan sinir lifi hasarı bulunmaktadır (3). Nörotoksik ajanların enjeksiyonu sonrasında sinirde noktasal kanamalar, şişlik ve solukluk görülebildiği, histopatolojik olarak myelin ve aksonda bölünme, aksoplazmin yoğunlaşması, mitokondrial şişme, myelin kılıf total hasarı gibi aksonal değişimler tespit edilebilmektedir (4).Enjeksiyon nöropatisinin en sık nedenleri arasında gereksiz enjeksiyon, hatalı uygulanan teknikler, eğitimsiz veya yetersiz personel tarafından uygulanma sayılabilir (5). Doruk Analan, enjeksiyon sonrası siyatik sinir hasarı ile başvuran 68 hastayı içeren çalışmada, ENMG sonuçlarına göre peroneal dalın, tibial sinire göre daha fazla etkilendiğini, duyu liflerinin motor liflerine göre daha fazla etkilendiğini ve hastaların önemli bir kısmında aksonal etkilenme olduğunu bildirmiştir (6).Hatalı enjeksiyondan kaynaklanan siyatik sinir yaralanmaları hastalarda morbidite ve kalıcı sakatlığa neden olmakla kalmaz, aynı zamanda hemşire malpraktis davalarına da neden olabilir (7).Enjeksiyonun yanlış bölgeye uygulanması halinde uygulayıcı hakkında kusurdan bahsedilmektedir. Ancak, doğru bölgeye uygulanan enjeksiyon sonrası nöropati ilacı

nörotoksik etkisine bağlı olarak da görülebilmekte, bu durumda komplikasyon olarak değerlendirilmektedir(5). Komplikasyon olması halinde ise enjeksiyonu yapan hekim veya hemşireye herhangi bir kusur atfedilmemektedir. Bununla birlikte son dönemlerde enjeksiyon uygulamalarında aydınlatılmış onam alınması gerekip gerekmediği hususu ciddi anlamda tartışılmaktadır. Çalışmamızda enjeksiyon nöropatisi uygulamalarında malpraktis iddiaları ve aydınlatılmış onam konusunun, Yargıtay Kararı eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 2015/30631 esas, 2016/7474 karar no'lu, 10.03.2016 tarihli karar metninde: “Davacı, 25/07/2012 tarihinde davalı ... acil bölümüne baş ve diş ağrısı şikayetiyle giriş yaptığını, osırada görev yapmakta olan hemşire tarafından sol bacağına enjeksiyon yapıldığını, bu enjeksiyonun sol bacadaki sinirlerine denk geldiğini, Tibialis Anterior ve Gastrocnemius kaslarının etkilendiğini ve güç kaybına neden olduğunu, sol bacağındaki ağrılarının ve güç kaybından dolayı 23/08/2012 tarihinde ... Devlet Hastanesi fizik tedavi birimine de giderek ağrı ve güç kaybının giderileceğini düşündüğünü, ancak dava tarihi itibarıyla ağrıları ve güç kaybının hale devam ettiğini, ... Devlet Hastanesi tarafından da ... eğitim araştırma hastanesi fizik tedavi birimine sevk edilmiş olduğunu, ancak ailevi durumlardan ötürü gidemediğini, şuan ...'te fizik tedavi gördüğünü, 25/01/1990 doğumlu olduğunu, enjeksiyon yapılanana kadar sağlığı yerinde bir genç olduğunu, ancak iğneden sonra git gide sol bacağında güç kaybı yaşadığını, bu durumun çalışmasına engel olduğunu ve ekonomik sıkıntılar çekmesine sebep olduğunu, bu nedenle fazlaya ilişkin hakları saklı kalmak üzere şimdilik 1.000,00 TL maddi tazminatın ve 20.000,00 TL manevi tazminatın yasal faiziyle hesaplanarak davalıdan tahsiline karar verilmesini talep etmiştir.Davalı; davanın reddini dilemiştir. Mahkemece, Davanın REDDİNE, karar verilmiş; hüküm, davacı tarafca temyiz edilmiştir. Davacı, davalı hastanede yapılan enjeksiyon nedeniyle sol bacağında güç kaybı olduğunu ileri sürerek, davalının kusuru nedeni ile maddi ve manevi zararının tahsili istemi ile eldeki davayı açmıştır. Davalı hiçbir kusurunun bulunmadığını savunmuştur. Borçlar Kanunu'nun vekâlet akdini düzenleyen 386 ve devamı maddeleri uyarınca “Davanın temeli vekillik sözleşmesi olup, özen borcuna aykırılığa dayandırılmıştır. Vekil vekâlet görevine konu işi görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değil ise de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın yaptığı işlemlerin, eylemlerin ve davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan dolayı sorumludur. Vekilin sorumluluğu, genel olarak işçinin sorumluluğuna ilişkin kurallara bağlıdır. Vekil işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, en hafif kusurunda bile sorumludur. (BK.nun 321/1 md.) O nedenle, doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları, hafif de olsa, sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Doktor hastasının zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Asgari düzeyde dahi olsa, bir tereddüt doğuran durumlarda bu tereddüdünü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapıyorken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmak, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınılması ve en emin yol seçilmelidir. Gerçekten de müvekkil (hasta) mesleki bir iş gören doktor olan vekilden tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemek hakkına sahiptir. Gereken özeni göstermeyen vekil, BK.nun 394/1. maddesi hükmü uyarınca vekaleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır. Tıbbın gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise doktor sorumlu tutulmamalıdır. Önemli bir diğer düzenleme de "Avrupa Biyotıp Sözleşmesi"dir. Bu sözleşme 9.12.2003 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşmenin "Amaç" başlıklı 1. maddesinde; "Bu sözleşmenin

tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almakla yükümlüdürler.” Sözleşmenin 4. maddesinde ise, “Meslek Kurallarına Uyuma” başlığı altında; “Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.” denilmektedir. Sözleşme iç hukukumuzun bir parçası haline gelmiştir. Bu durumda, her türlü tıbbi müdahalenin mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olması benimsenmiştir. Diğer yandan, Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde “Rıza” konusu düzenlenmiş ve “Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatını her zaman serbestçe geri alabilecektir.” düzenlemesiyle rızanın kapsamı belirlenmiş ve Dairemizin yerleşik uygulamalarına paralel düzenlemeler getirilmiştir. Salt ameliyata rıza göstermek yeterli değildir. Ayrıca, komplikasyonların da izah edilmesi gerekmektedir. Ancak bu rızanın da az yukarıda vurgulandığı üzere aydınlatılmış rıza olması gerekir. Nitekim Hekim Etiği Yönetmeliği'nin 26. maddesinde düzenleme yapılmış ve "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Bu düzenlemelerde aydınlatmanın ne şekilde yapılacağı açıklanmıştır. Aydınlatılmış onamda ise ispat külfeti hekim ya da hastanededir. Yukarıda izah edilen açıklamalar ışığında somut olaya bakılacak olursa; davacının baş ve diş ağrısı nedeniyle davalı hastanede enjeksiyon yapıldığı ve hükme esas alınan Adli Tıp Kurumu 2.İhtisas Kurulu'nun 25.11.2013 tarihli raporuna göre de; davacının sol gluteal bölgeden intramuskuler enjeksiyon yapıldığının anlaşıldığı, enjekte edilen ilaçların doku içi yayılımı ile sinir hasarına neden olabileceklerinin tıbben bilindiği, bu durumun enjeksiyonların tekniğine uygun yapılması durumunda da daha önceden öngörülemeyecek ve önlenemeyecek arazlara sebep olabildiği, bu durumun her türlü özene rağmen oluşabilecek herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, enjeksiyonun yapılış tekniği ve uygulanan bölgenin uyumsuzluğu yönünden tıbbi bir delil de tanımlanmadığından, tüm bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde, enjeksiyonu uygulayan sağlık personeline ve enjeksiyon yapılma talimatı veren ilgili hekime herhangi bir kusur ızafe edilemediği açıklanmıştır. Davacıya imzalatılan rıza formunun ise, davalı tarafından dosyaya sunulmadığı görülmüştür. Öncelikle davalı taraftan davacıya imzalatılan rıza formunun celbedilmesi gerekmektedir. Mahkemenin bu yönleri göz ardı ederek, eksik incelemeyle yazılı şekilde hüküm kurmuş olması usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.” şeklinde karar verilmiştir(8).

Tartışma

Komplikasyon; bir hastalığın seyri veya tedavisi sırasında ortaya çıkan, hastalığın kendinden veya tıbbi müdahaleden kaynaklanan, ortaya çıkabileceği o konu

ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş olan ve kabul edilen, diğer hastalıklar veya bozukluklardır.

Hekimin tıbbi müdahale öncesinde komplikasyonlar hakkında hastasını bilgilendirmesi ve iznini alması önemlidir(9-12). Ancak hasta açısından öngörülebilir komplikasyonlara yönelik tedbir alınmamışsa ve komplikasyon iyi yönetilmemişse hekim sorumlu tutulabilir (11).Ünal ve ark, Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nda enjeksiyon nöropatisi açısından değerlendirilen 121 olgunun %38,8'inde diklofenak sodyum kullanıldığını, %60,3'ünde ağır sekel kaldığını, 61 olguda peroneal sinir, 12 olguda tibial sinir ve 16 olguda hem tibial hem de peroneal sinirin etkilendiğini bildirmiştir (5). Bu 121 olgudan sadece birinde yapılan enjeksiyon uygulamasının “yanlış uygulama nedeniyle tıp kurallarına uygun yapılmamış olduğu” yönünde karar bildirilmiş olup, 119 vakada enjeksiyon nöropatisi komplikasyon olarak değerlendirilmiştir.

Aydınlatılmış onam; bireyin kendi bedenine yapılacak olan her türlü tıbbi uygulamayı bilme ve belirleme hakkına sahip olduğu görüşünü temel alan bir kavramdır (13). Toplumdaki sosyo – kültürel düzey, eğitim ve birçok etkene bağlı olarak anlayış farklılıkları ortaya çıkabilmektedir. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 26. maddesine göre doktor tedavisini yapacağı hastayı, anlayabileceği bir şekil ve düzeyde aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmek zorundadır. Yine Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18. maddesine göre aydınlatılma sırasında hastanın durumuna uygun, tıbbi terimlerden olabildiğince kaçınılarak, tereddüt ve şüpheye yer vermeyecek şekilde nazik bir dil kullanılmalıdır.

Onam belgesi; hastanın sağlık durumu, konulan tanı, önerilen tedavi yöntemi, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanışı, olası yan etkileri, hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekler ve riskleri içermelidir (14).Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 14. maddesinde hastanın maneviyatı üzerine kötü bir etki yaparak hastalığın artmasına neden olmayacak ise alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi gerektiği bildirilmektedir. Ancak prognozun çok kötü olduğu durumlarda, kişinin ruhsal yönden etkilenmemesi için karar doktora bırakılmaktadır (15).

Hastanın aydınlatılmayı istemediği durumlarda (Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 27), kan, idrar alma, ultrasonografik ya da basit radyolojik incelemeler gibi tehlike olasılığının az olduğu ve aydınlatma işleminin boşuna zaman ve enerji kaybına sebep olacağı rutin işlemlerde aydınlatma yükümlülüğü ortadan kalkmaktadır (16). Ancak Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 2015/30631 esas, 2016/7474 karar no'lu 10.03.2016 tarihli kararı ile intramusküler enjeksiyon öncesi oluşabilecek komplikasyonları da içeren aydınlatılmış onam alınması gerektiği, enjeksiyon nöropatisinin komplikasyon olarak değerlendirilmesi halinde bile (nitekim Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu 25.11.2013 tarihli raporunda komplikasyon olduğunu belirtmiş) eğer onam alınmamış ise hukuki olarak sorumluluk doğacağı bildirilmiştir. Nitekim Danıştay 15. Dairesi'nin 2013/12134 esas no, 2018/3308 karar no'lu, 03.04.2018 tarihli içtihat metninde “Adli Tıp Raporunda davacıların çocuğunda gelişen arazın enjeksiyon uygulamalarının komplikasyonu olarak kabul edilmesi ve enjeksiyonun hatalı bölgeye uygulandığına dair dosya içeriğinde delil bulunmaması durumu karşısında, idari eylemle zarar arasında nedensellik bağı kurulamadığından maddi tazminata hükmedilmesinin koşulları oluşmamakla birlikte, enjeksiyon uygulamasından önce risklerin anlatılıp davacıdan yazılı onamın alınmamış olması durumunda, yukarıda aktarılan mevzuat hükümleri uyarınca davacının aydınlatılma ve onay verme hakkının elinden alınmış olacağı ve yürütülen sağlık hizmetinin gereği gibi işletilmediği konusunda davacıda endişe ve üzüntüye yol açacağından davacıların manevi tazminat talebinin, manevi tazminatın zenginleşme aracı olamayacağı ilkesi de

gözetilerek değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu durumda, mahkemece davalı idare tarafından davacılar enjeksiyonun sonuçları ve olası komplikasyonlarının anlatıldığına ve davacıların bu işleme rıza gösterdiklerine dair yazılı ve imzalı aydınlatılmış onamin alınıp alınmadığı araştırılarak sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, bu durum araştırılmadan eksik inceleme ile manevi tazminat talebinin reddi yönünde verilen kararda hukuka uyarlık görülmemiştir.” şeklinde görüş bildirilmiş (17) ve Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin verdiği karar desteklenmiştir.

Bu kararlara karşın, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 10.06.2019 tarihli, 2019/11 no’lu Enjeksiyon Uygulamaları Hakkında Genelge’sinde “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 1. maddesi “Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır” hükmü ile 70. maddesinde “Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir)” hükmü yer almaktadır.

Kanun maddesinden de anlaşılacağı üzere, tıbbi müdahalelerde hastanın muvafakatının alınması gereklidir. Ancak, büyük cerrahi işlemler için bu muvafakatın yazılı olması zorunlu olup mevzuatımızda bunun dışında yazılı rıza alınması gereken bir işlem öngörülmemiştir. Enjeksiyon uygulamaları büyük ameliyat cerrahiye olmadığı için hastaların sözel olarak bilgilendirilmesinin gerekli ve yeterli olduğu, müdavi hekim tarafından reçete edilmiş güncel tedavisinin yetkili sağlık meslek mensupları tarafından hastanın reçetesi görülerek yapılması halinde yazılı onam alınması zorunluluğu bulunmadığı hususunda” bilgilendirme yapılmıştır. Bu Genelge’nin ilk bakışta sağlık çalışanları üzerindeki hukuki baskıyı azaltabileceği düşünülebilir. Ancak 13. Hukuk Dairesi’nin 2015/30631 esas, 2016/7474 karar no’lu, 10.03.2016 tarihli karar metnindemilletlerarası bir sözleşme olan Biyotıp Sözleşmesini dayanak gösterdiği de dikkate alındığında, genelgenin içeriği sağlık çalışanının hukuki sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının kendilerini olası malpraktis davalarından korumak amacıyla, enjeksiyon öncesinde hastayı meydana gelebilecek komplikasyonlar yönünden sözlü olarak aydınlatmaları veyazılı olarak da aydınlatılmış onam almalarının faydalı olacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar:

1. Ramtahal J, Ramlakhan S, Singh K. Sciatic nerve injury following intramuscular injection: a case report and review of the literature. J Neuroscience Nursing 2006; 38(4):238.
2. Bulut Y, Ülger Z, Bulut S, Egemen A. Gluteal intramusküler ilaç enjeksiyonu sonrası gelişen düşük ayak: Bir vaka takdimi. Çocuk Sağlığı Hastalıkları Derg 2007;50:193-198.
3. Villarejo FJ, Pascual AM. Injection injury of the sciatic nerve (370 cases). Child’s Nervous System 1993;9(4):229-232.
4. Kim HJ, Park SH. Sciatic nerve injection injury. Journal of International Medical Research. 2014;42(4):887-897.
5. Unal V, Unal EO, Emir A, Ozer Y, Cagdır S. Medicolegal Approach to Post-Injection Neuropthy Cases. Bull Leg Med 2015;20(1):14-20.
6. Doruk Analan P. Electroneuromyographic Results of Our Sciatic Neuropathy Patients Secondary to Injection: A Retrospective Evaluation. J PMR Sci 2017;20(1):9-15.
7. Small SP. Preventing sciatic nerve injury from intramuscular injections: literature review. JAN 2004;47(3):287-296.
8. Yargıtay 13. Hukuk DairesiYargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 2015/30631 esas, 2016/7474 karar nolu 10.03.2016 tarihli karar metni. Erişim adresi: <https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/> Erişim tarihi: 14.10.2019.
9. Polat O, Pakiş I, Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg, 2011;2(3):119-125.

10. Gülşen R, Hekimin Malpraktisten Kaynaklanan Cezai Sorumluluğu, Tıp Hukuku Dergisi, 2012;1(1):43-67.
11. Hakeri H, Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayırımı, Toraks Cerrahisi Bülteni, 2014;5(1):23-28.
12. Ersoy LV, Tıbbi Malpraktis, Toraks Cerrahi Bülteni, 2014;5(1):29-32.
13. Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. Ulusal Cerrahi Derg 2011;27(4):191-197.
14. Özaslan A, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, Aydınlatılmış Onam, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 48, 2006, İstanbul, sf:43-54.
15. Özkara E, Hancı İ, Türkiye’de Nöroşirürjiyenin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunları, Türk Nöroşirürji Derg, 2013;13:2013-2020.
16. Koç S. Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. Toraks Cerrahi Bülteni, 2014;5(1):14-22.
17. Danıştay 15. Dairesi’nin 2013/12134 esas no, 2018/3308 karar nolu, 03.04.2018 tarihli içtihat metni. Erişim adresi: <http://emsal.danistay.uyap.gov.tr/BilgiBankasiIstemciWeb/GelismisDokumanAraServlet>. Erişim tarihi:14.10.2019.

Sözel 09 (TAM METİN)

ÇOCUKLARIN OYUNCAKLARA BAĞLI YARALANMA DURUMLARININ MEDYAYA YANSIMASI

Reflection Of Children's Injuries Due To Toys To The Media Mustafa Volkan DÜZGÜN*, Prof. Dr. Yurdağül ERDEM**

*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

**Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Giriş: Oyuncaklar zararsız görülmesine rağmen yaralama riski yüksektir. Bu çalışmada çocukların oyuncaklara bağlı yaralanma durumlarının medyaya yansımalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın verileri 1.1.2016-15.09.2019 tarihleri arasında tiraja göre ilk üç sırada yer alan gazetelerde “oyuncak, yaralanma, çocuk” anahtar kelimeleri ile geriye dönük arşiv incelemesi ile toplanmıştır. Yapılan tarama sonucu 7534 haberin içinden konuyla ilgili bulunan 24oyuncaklara bağlı kaza veya yaralanma olayı incelenmiştir. Haberler yıl, cinsiyet, olay, olayın geçtiği yer ve sonuç olarak gruplanarak ele alınmıştır. Veriler SPSS 24 programında yüzdelik ve frekans dağılımları ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: İncelenen haberlerde çocukların %79.1'i (n=19) erkek, %20.9'u (n=5) kız çocuğudur. Çocukların yaş ortalaması 7.92±3.91'dir. Yaşanılan olayların %33.3'ü oyuncak sanılan gerçek silah, %8.3'ü ise oyuncak silah olayıdır. %16.7'si park ve lunaparklarda yer alan dönme dolap, oyuncak helikopter, oyuncak vagon kazalarına bağlı yaralanma ya da ölüm olaylarıdır. Yaralanmaların %45.8'i (n=11) evde gerçekleşmiştir. Olayların %54.2'si ölümlerle sonuçlanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Medyaya yansıyan olaylar daha çok büyük şehirlerde, evde gerçekleşmiş, en çok silahla yaralanma olduğu belirlenmiştir. Medyaya yansıyan haberlerin az olması konuya medyanın az ilgi göstermesine bağlı olabilir. Bu çalışmanın, konunun medyada sınırlı ele alınması nedeniyle hastane acillerine başvuran vakalarda yapılması önerilebilir. Medyanın konuya daha duyarlı olması, silahların evde bulundurulmaması ve koruyucu önleyici önlemlerin artırılması konusunda ailelerin bilinçlendirilmesi konusu ele alınabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, oyuncak, yaralanma, gazete

ABSTRACT

Introduction: Although the toys appear harmless, the risk of injury is high. The aim of this study was to investigate the reflections of children's injuries related to toys to the media.

Materials and Methods: The data of the study was collected by using the key words “toys, injuries, children” in the first three newspapers between 1.1.2016 and 15.09.2019. As a result of the screening, accident and injury related to 24 toys found in 7534 news were examined. The news were grouped as year, gender, event, place and result. The data were evaluated with percentage and frequency distributions in SPSS 24 program.

Findings: 79.1% of the children (n = 19) were boys and 20.9% (n = 5) were girls. The mean age of the children was 7.92 ± 3.91. 33.3% of the incidents were real guns and 8.3% were toy guns. 16.7% of the main injuries or deaths due to ferris wheel, toy helicopter, toy wagon accidents in parks and amusement parks. 45.8% (n = 11) of the injuries occurred at home. 54.2% of the events resulted in death.

Conclusion and Suggestion: The incidents reflected in the media were mostly at home in the big cities and it was determined that the guns hot injuries were the most. Lack of news reflected in the media may be due to the media's slow interest in the subject. It may be suggested that this study should be performed in cases that apply to hospital emergencies due to the limited coverage of the issue in the media. The issue of raising the awareness of the families about the sensitivity of the media to the issue, not keeping the weapons at home and increasing protective and preventive measures can be handled.

Keywords: Child, Toys, Injury, Newspaper

Giriş

Oyun; bir amaca yönelik olan, kurallı ya da kurlsız, çocukların isteyerek ve hoşlanarak yer aldığı, fiziksel, bilişsel, dilsel, duygusal ve toplumsal gelişimin temeli olan, gerçek yaşamın bir parçası ve en etkin öğrenme aracıdır (1). Oyunlarda kullanılmak

üzere tasarlanan ve üretilen her türlü ürün ve araç gerece oyuncak denilmektedir. Yüzyıllar boyunca oyuncaklar, ebeveynlerin ve bakıcıların, çocuklarını büyütecekleri teşvik edici bir ortam yaratmalarına yardımcı olmuştur (2). Oyuncaklar zararsız görülmesine rağmen, yaralama riski yüksektir. Amerika Tüketici Ürün Güvenliği Komisyonu (2011), Amerika’da acil servislere, 15 yaşından küçük 193200 çocuğun oyuncığa bağlı yaralanma nedeniyle tedavi edildiğini bildirmiştir (3). Oyuncak ile ilgili yaralanmalar yabancı cisim aspirasyonu (4), travma, çarpışma (5) motorsuz araçlar ve oyuncak silahlar nedeniyle olmaktadır (2). Oyuncaklarla ilgili yaralanmalar, önemli sayıda çocukluk çağı yaralanmasından sorumludur ve bu yaralanmaların önlenmesi denetleyici kurumlar ve üreticiler için bir hedef olmaya devam etmektedir (3). Oyuncak yaralanmaları konusunda farkındalığı artırma için medyada konunun ne kadar ele alındığı konusunda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çocukların oyuncaklara bağlı yaralanma veya ölüm olaylarının medyaya yansımalarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu çalışmada veriler 1.1.2016-15.09.2019 tarihleri arasında tiraja göre ilk üç sırada yer alan gazetelerde yapılan “oyuncak, yaralanma, çocuk” anahtar kelimeleri ile geriye dönük arşiv incelemesi ile toplanmıştır. Yapılan tarama sonucu 7534 haberin içinden konuyla ilgili bulunan 24 oyuncığa bağlı kaza ve yaralanma olayı incelenmiştir. Haberler yıl, cinsiyet, olay, olayın geçtiği yer, sonuç olarak gruplanarak değerlendirilmiştir. SPSS 24 programına girilen verilerde yüzdelik ve frekans dağılımları ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Medyada oyuncak yaralanmalarıyla ilgili haberlerde çocukların yaş ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Belirtilen tarihler arasında incelenen haberlerde çocukların yaş ortalamaları 7.92 ± 3.91 olup, %54.2’si 6-12 yaş arasında, %79.1’i (n=19) erkek çocuklarından oluşmuştur.

Tablo 1. Medyada Oyuncak Yaralanmalarıyla İlgili Haberlerde Çocukların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımları

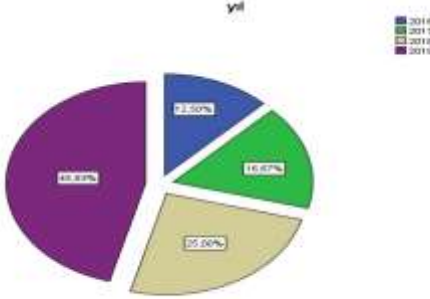
Yaş Grupları		Cinsiyet		Total
		Erkek	Kadın	
0-5 yaş	n	5	4	9
	%	20.8	16.7	37.5
6-12 yaş	n	12	1	13
	%	50.0	4.2	54.2
13 yaş ve üzeri	n	2	0	2
	%	8.3	0	8.3
Total	n	19	5	24
	%	79.1	20.9	100.0

İncelenen haberlerde yaşanan olayların 33.3’ü (n=8) gerçek silahların oyuncak silah zannedilmesi, %20.8’i (n=5) çeşitli oyuncaklar nedeniyle yaralanma (oyuncak almak için yüksekte düşme, oyuncak altında kalma, v.b), %8.3’ü oyuncak pili yutma ve %8.3’ü ise oyuncak silah sonucu yaralanma ya da başkalarına zarar verme olaylarıdır (5 yaş bir çocuk babasını, 10 yaş çocuk babaannesini yaralamıştır). Bilgisayar üzerinden

oynanan oyunlar nedeniyle ise 2 çocuk yaralanmıştır. %16.7 ise park ve lunaparklarda yer alan dönme dolap, oyuncak helikopter, oyuncak vagon kazalarına bağlı yaralanma ya da ölümle sonuçlanan olaylardır. Yaralanmaların büyük şehirlerde ve %45.8'i (n=11) evde gerçekleşmiştir. Olayların %54.2'si ölümle sonuçlanmıştır.

İncelenen haberlerin yıllara göre dağılımları Grafik 1'de gösterilmiştir. Grafik 1 incelendiğinde son yıllarda medyanın ilgisi artmış, daha fazla olay medyaya yansımıştır.

Grafik 1. Olayların Yıllara Göre Dağılımları



Tartışma

Oyuncaklar çocukların yaşamında önemli bir rol oynar ve oyuncak güvenliği önemli bir konudur (2). Bu çalışmada oyuncak ile ilgili yaralanmaların medyaya yansması incelenmiş ve en çok yaralanma türünün silahlar sonucunda olduğu görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) merkezlerin çoğu pediatrik yaralanmaların %10-20'sinin ateşli silah yaralanmaları olduğunu bildirmişlerdir. Ateşli silah yaralanmaları, delici nitelikteki yaralanmaların çok büyük bir bölümünden sorumludur ve yaralanma mekanizması olarak da yüksek ölüm oranıyla büyük bir öneme sahiptir (6,7). Ayrıca oyuncak silahlarla oluşan travmalar, ciddi yaralanmalarla veya ölümlerle sonuçlanabilir (8,9). Gerçek silahların oyuncak zannedilmesi veya oyuncak silahlar sonucunda yaralanmaların en çok haberlere yansıdığı belirlenmiştir. Abraham ve arkadaşlarınca (2015) yapılan bir çalışmada erkek popülasyonda silahla yaralanmanın kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (2). Bu medya çalışmasında da erkek çocuk popülasyonu kız çocuklarına göre daha fazladır.

Yine Abraham ve arkadaşlarının çalışmasında binilebilir oyuncaklar ve eğlence için olan oyuncaklarla yaralanmalar ikinci sırada (%34.9) yer almaktadır. Bu medya çalışmasında lunapark ve park benzeri yerlerde meydana gelen kazalar %16.7 ile üçüncü sırada yer almıştır. Aynı çalışmada oyuncak ile ilgili yaralanmalarda düşmeler (%45.5) en sık yaralanma çeşidi olarak belirlenmiştir (2). Medyada yer alan oyuncak nedeniyle yaralanmalarda düşme v.b olaylar ikinci sırada (%20.8) yer almaktadır. Olayların sıralaması değişse de Abraham ve ark. çalışmasınabenzar özellik görülmektedir. Ülkemizde Akçay ve Özcebeci (2017)'nin 101 aile ile oyuncaklar konusunda yaptıkları çalışmada çocuklarının %24.8'inin oyuncak yüzünden düştüğü, %19.8'inin oyuncakın boyasını çiğnediği, %14.9'unun oyuncak parçalarının kestiği, %10.9'unun oyuncak nesne yuttuğu ve elektrik çarptığını bildirdikleri görülmüştür(11). Oyuncaklara bağlı yaralanmalar sık karşılaşılsa da medyaya daha çok sonu ölümle sonuçlanan olayların yansıdığı düşünülmektedir.

Yabancı cisim aspirasyonları çocuklarda tehlikeli yaralanmalardır (10). Medyada oyuncak pilini yutma nedeniyle yabancı cisim aspirasyonu vakaları yer

almıştır. Yine 5 yaş altında oyuncak yaralanmalarında yabancı cisim yutmaları önemli bir sorun olarak görülmektedir (2). Medyaya yansıyan haberlerde bilgisayar oyunları nedeniyle iki çocuğun yaralandığı tespit edilmiştir. Literatürde bu konu ile ilgili herhangi bir yayına ulaşılamamıştır. Literatürde yaralanmaların genellikle evde meydana geldiği (%80,3) belirtilmiştir (2). Ayrıca olayların yıllara göre artış gösterdiği bildirilmiştir (2).

Sonuç ve Öneriler

Oyuncak ile yaralanma olayları erkek çocuklarında daha sık görülmüştür. Yaralanmalar genellikle büyük şehirlerde ve evde gerçekleşmiş, en çok yaralanma türünü ateşli silahlar oluşturmuştur. Gerçek silahları çocukların oyuncak silaha benzetmesi yaralanmaların en büyük nedeni olmuştur. Sonuç olarak ciddi yaralanmalara hatta ölüme neden olabilen silahların; ülkemizde kolay sağlanabilmesini engelleyen yasal düzenlemelerin yapılması; ebeveynler başta olmak üzere toplumun tüm yaş grubunun silahların potansiyel tehlikeleri hakkında farkındalıklarının artırılması gereklidir. Medyaya yansıyan haberlerin az olması konuya medyanın az ilgi göstermesine bağlı olabilir. Bu çalışmanın hastane acillerine başvuran vakalarda yapılması, ne tür oyuncak yaralanmalarının daha sık olduğu konusunda bilgi sağlayacaktır. Medyanın konuya daha duyarlı olması, silahların evde bulundurulmaması ve koruyucu önleyici önlemlerin artırılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Esen, M. A. (2008). Geleneksel çocuk oyunlarının eğitimsel değeri ve unutulmaya yüz tutmuş Ahıska oyunları. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(2): 357-367.
2. Abraham, V. M., Gaw, C. E., Chounthirath, T., & Smith, G. A. (2015). Toy-related injuries among children treated in US emergency departments, 1990-2011. *Clinical Pediatrics*, 54(2): 127-137.
3. Tu, Y. (2013). Toy-Related Deaths and Injuries Calendar Year 2012. *US Consumer Product Safety Commission*.
4. Dorfman, A., Pauze, D., & Tilney, P. (2011). A near fatality in a 6-month-old boy from an aspirated toy. *Air Medical Journal*, 30(2): 64-67.
5. Alphonse, V. D., Kemper, A. R., Rowson, S., & Duma, S. M. (2012). Eye injury risk associated with remote control toy helicopter blades. *Biomedical Sciences Instrumentation*, 48, 20-26.
6. Muhammet, C. A. N., Çakar, A., Gözen, A., & Türközü, T. (2017). Ortopedi Kliniğinde Tedavi Edilen Çocuk Ateşli Silah Yaralanmaları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 97-102.
7. Cotton, B. A., & Nance, M. L. (2004). Penetrating trauma in children. In *Seminars in pediatric surgery*, 13(2): 87-97.
8. Nepesov, M. İ., Dinleyici, M. A., & Kılıç, Ö. (2017). Oyuncak Silah Mermisiyle Oluşan Künt Travmaya Sekonder Yumuşak Doku Apsesi; Olgu Sunumu. *J Pediatr Inf*. Doi: 10.5578/ced.64025.
9. Chapman, A. R., Wilkie, S., & Regan, L. (2012). Not just a toy: accidental cardiac injury from an air rifle. *Eur J Cardiothorac Surg*, 42, 750.
10. Abbas, M. I., Oliva-Hemker, M., Choi, J., Lustik, M., Gilger, M. A., Noel, R. A., & Nylund, C. M. (2013). Magnet ingestions in children presenting to US emergency departments, 2002-2011. *J pediatric gastroenterology and nutrition*, 57(1), 18-22.
11. Akçay D., Özcebe H (2017). Çocukların Oyuncak Nedenli Yaralanmaları Ve Ailelerin Oyuncak Güvenliği Konusunda Bilgileri. *Uluslararası Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi*, 17(12): 1-8.

Sözel 10 (TAM METİN)

GÜNLÜK GAZETELERDE TIBBİ UYGULAMA HATASI (MALPRAKTİS) HABERLERİNİN İNCELENMESİ

Investigation of Medical Malpractice News in Daily Newspapers

Hilal SEKİ ÖZ*, Mirac Gülfırat**

*Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

**Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, gazete haberlerine konu olmuş tıbbi uygulama hatalarının bazı parametrelere göre dağılımlarını belirlemektir. Tanımlayıcı ve retrospektif özellikte olan bu araştırma Ağustos-Eylül 2019 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. İnternet ortamında arşivine ulaşılabilen en yüksek tiraja sahip 6 gazete incelenerek, “hemşire, doktor, sağlıkçı” anahtar kelimeleri yazılarak Ağustos 2012 - Ağustos 2019 yılları arasındaki konu ile ilgili gazetelerin internet arşivlerine kayıtlı tüm haberlere ulaşılmıştır. Araştırmanın evreni 2356 haber oluşturmakta, bu haberlerden tekrarlı yayımlananlar çıkarıldıktan sonra 49 adet malpraktis uygulama haberi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Çalışmada uygulama hatalarının %53’ü devlet hastanelerinde, %51’inin hemşireler tarafından yapıldığı, %51’inin yanlış uygulamalardan kaynaklandığı sonucu bulunmuştur. Yapılan uygulama hatalarının %57.1’i ölüm ile sonuçlanmış olup %93.9’unda adli sürecin varolduğu görülmüştür. Sonuç olarak, tıbbi uygulama hataları sadece sağlık personelinin değil aynı zamanda sağlık hizmet politikaların da yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Olası hataları ortadan kaldırmak için eğitim ve sistem düzenlemeleri önerilir.

Anahtar Kelimeler: hekim, hemşire, malpraktis, haberler

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the distribution of medical malpractice subject to news in newspapers according to some parameters. This descriptive and retrospective study was conducted between August and September 2019. The 6 newspapers with the highest circulation were accessed via internet, and the keywords “nurse, doctor, health worker” were written and all the news published in the internet archives of the newspapers between August 2012 and August 2019 were reached. The universe of the research consists of 2356 news items and 49 malpractice application news after the repeated publication of these news items are included in the research sample. In the study, it was found that 53% of the application errors were done in public hospitals, 51% were made by nurses and 51% were caused by wrong applications. 57.1% of the application errors resulted in death and 93.9% of them were found to have a judicial process. As a result, medical malpractices are caused not only by the health personnel but also by the inadequate health care policies. Training and system arrangements are recommended to eliminate potential errors.

Key Words: physician, nurse, malpractice, news

Giriş

Bilgiye ulaşmak, onu elde etmek toplum için hayatı nitelikte öneme sahiptir. Bilgiye ulaşmak için ise iletişim özellikle kitle iletişim araçları ve internet günümüz toplum yapısının vazgeçilmezleri arasında sayılmaktadır (1). Bu kitle iletişim araçlarından gazete, güncel olaylar hakkında halkı bilgilendirmek amacıyla içerisinde haber, bilgi ve reklam bulunan, günlük olarak basılan ve dağıtılan yayımlardır. Sadece genel ve güncel konularda yayımlananların yanı sıra özel bir konu üzerinde de yayımlanan ve genellikle haftalık ya da aylık olarak çıkarılan gazeteler, içerdikleri mesajlarla okuyucuların bilgilendirilmesini kolaylaştıran maliyeti düşük ve bilgilendirici kitle iletişim araçlarıdır. Bu nedenle gazeteler matbaa makinelerinin gelişiminde bugüne dek kamuoyunu bilgilendirmek amacıyla kullanılan önemli iletişim aracı olma görevini üstlenmiştir (2, 3).

Tıbbi uygulama hataları (malpraktis) sağlık personelinin kasıt ya da ihmal ile standart tıbbi uygulamayı yapmaması, yanlış tedaviyi uygulaması veya hastaya tedaviyi vermemesi ile oluşan kişide zarar meydana getiren fiil ve durum olarak tanımlanmaktadır (4). Yanlış teşhis koyma, yanlış tedavi uygulama, yanlış ilaç uygulama yöntemini seçme ya da yanlış ilacı verme gibi malpraktis örneklerine ek olarak; yanlış kan transfüzyonu yapma, yanlış hastaya işlemlerin yapılması, bebek kaçırılması vb. gibi ihmal durumlarını da ekleyebiliriz (5).

Malpraktis ile ilgili son yıllarda yayımlanan haberler, daha önceki yıllara göre azalmış olsa da hala azımsanamayacak oranlarda gündeme gelmektedir. Haberlere konu olan malpraktisler, toplumun davranışlarını belirlemede ve insanların sağlık hizmetlerine ve bu hizmeti veren sağlık profesyonellerine yaklaşımlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Toplumun sağlık hizmetinden duyduğu tedirginliğin artmasına ve bu konuda hassaslaşmasına neden olan bu tür haberler, malpraktise maruz kalan bireylerin hasta hakları çerçevesinde hakkını aramak için model olmakta ve cesaretlendirebilmektedir.

Sağlık ekibi içinde gerçekleşen malpraktis uygulamalar en çok hekimler ve hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. Hekimler tanı ve tedavi sürecinde hastaya yönelik tüm girişimlerden sorumlu olmaktadır. Hemşireler ise hasta ile 7/24, aralıksız etkileşimde olmakta ve hekim tarafından önerilen girişimlerin uygulayıcısı durumundadırlar. Sağlık ekibi ile ilgili malpraktisleri, bakım uygulamalarındaki yanlışlıklar ve yetersizlikler, hasta takibi ve iletişimdeki hatalar, ihmal ve yetersizlikler, değerlendirmedeki yetersizlikler, hasta güvenliğini sağlamadaki ihmal ve yetersizlikler vb. gibi başlıklar halinde sıralayabiliriz (6, 7). Bunlara ek olarak uzun çalışma saatleri, yetersiz sağlık çalışanı, artmış iş yükü, sözel order verilmesi ve mobbing gibi nedenler sayılabilir. Bu nedenlerin hepsinin önlenebilirdenler olması dikkat çekicidir.

Malpraktis uygulamaların önlenmesi hatalardan kaynaklanması nedeniyle çözüm yollarının üretilmesi için iyi tanımlanması gerekmektedir. Literatür incelendiğinde bu kapsamda gazete haberlerinin incelendiği güncel bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışma ile gazetede haberi yapılan malpraktis uygulamalarının incelenerek, tanımlanması amaçlanmıştır.

Amaç, Gereç Ve Yöntem

Bu çalışmanın amacı, gazete haberlerine konu olmuş tıbbi uygulama hatalarının bazı parametrelere göre dağılımlarını belirlemektir.

Tanımlayıcı ve retrospektif özellikte olan bu araştırma Ağustos-Eylül 2019 tarihlerinde gerçekleştirilmiş olup, internet ortamında arşivine ulaşılabilen en yüksek tiraja sahip 6 gazete incelenerek, “hemşire, doktor, sağlıkçı” anahtar kelimeleri yazılıp Ağustos 2012- Ağustos 2019 yılları arasındaki konu ile ilgili gazetelerin internet arşivlerine kayıtlı tüm haberlere ulaşılmıştır. Araştırmanın evreni 2356 haberoğurturmakta, bu haberlerden tekrarlı yayımlananlar çıkarıldıktan sonra 49 adet malpraktis uygulama haberi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Malpraktis ile ilgili ulaşılan haberler, haberin yılı, malpraktisin kim tarafından, hangi bölgede, hangi hastanede yapıldığı, kasıtlı olup olmadığı, hatalı uygulamanın türü, sonucu ve adli süreç olup olmadığı başlıkları altında incelenmiş olup, sayı ve yüzdeler şeklinde analiz edilmiştir.

Bulgular Ve Tartışma

Araştırma sonucunda 16-25 Eylül 2019 tarihleri arasında internet aracılığıyla arşivlerine erişilebilen en yüksek tirajlı 6 gazetenin 2012-2019 yıl aralığında yayımlanmış haberlerinden malpraktis ile ilgili 49 haber saptanmış ve incelenmiştir. Kırtısoğlu'nun 2018 yılında yaptığı çalışmada yargıya intikal eden 508 davanın olması tüm malpraktis uygulamalarının gazete haberlerine yansımadağını göstermektedir (8). Bu yıllar arasında

49 haberin bulunması, tıbbi uygulama hatalarının bu kadar olduğu anlamına gelmemektedir.

Araştırmada örneklem dahilindeki 49 malpraktis haberinin %71.4'ünün yurtiçinde görüldüğü saptanmıştır. Yıllara göre dağılımına bakıldığında ise 2016-2018 yılları arasında gazete haberlerine yansıyan tıbbi uygulama hataları tüm örneklem %81.6'sını oluşturmaktadır. 2016 yılı öncesindeki malpraktis haberlerinin çok az sayıda olmasının nedeni gazete arşivlerinin internet ortamından kaldırılmasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür. Uygulama hatasının yapıldığı hastaneleri %53 ile devlet hastaneleri, %32.7 ile özel hastaneler ve %14.3'lük kalan dilim ile üniversite hastaneleri oluşturmaktadır (Tablo 1).

Çalışma kapsamındaki gazetelerde yayımlanan malpraktis haberlerinde tıbbi hataları yapan kişilerin %51'lik kısmını hemşireler oluşturmaktadır. Tıbbi hataları yapan kişilerin hekim olduğu haberler tüm örneklem %18.4'ünü oluştururken %22.4'ünden hekimler ve hemşireler beraber, %4.2'sinden sağlık ekibi (hekim, hemşire, ebe, anesteziist) sorumlu tutulmuştur. Ertem ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları retrospektif çalışmaya göre tıbbi hataların %65.2'sinden hekimler sorumlu tutulurken %12.2'sinden hemşireler sorumlu tutulmuştur. Bunun nedeni hemşirelik lisans program sayılarının ve öğrenci kontenjanlarının, mevcut akademisyen sayılarına orantısız olarak artmasıyla verilen eğitimin kalitesinin düşmesi, verilen eğitimlerin standardize olmaması, hizmet içi eğitimlerin yetersizliği olabilir (6,9). Kırtışoğlu'nun 2018 yılında yaptığı değerlendirmede, 2010-2017 yılları arasında yargıya intikal eden 508 malpraktis davası incelenmiş ve açılan davaların %81'inin hekimlere açıldığı sonucuna ulaşılmıştır (8). Bu veriler ile gazetelere yansıyan haberler kıyaslandığında hekimlerin yaptığı malpraktis uygulamalarının basım-yayın organlarında çok fazla haber yapılmadığı sonucuna ulaşılabilir.

Tablo 1. 2012-2019 yılları arasında en yüksek tirajlı 6 gazetede yayımlanmış malpraktis haberlerinin genel özellikleri.

	Sayı	%
Haberlerin yıllara göre dağılımı		
2012	2	4,1
2013	1	2,0
2014	1	2,0
2015	4	8,2
2016	12	24,5
2017	18	36,7
2018	10	20,4
2019	1	2,0
Hatalı uygulamanın sorumlusu		
Doktor	9	18,4
Hemşire	25	51,0
Doktor ve Hemşire	11	22,4
Sağlık Ekibi	2	4,2
Anesteziist	1	2,0
Diğer personel	1	2,0
Hatalı uygulamanın uygulandığı bölge		
Yurtiçi	35	71,4
Yurtdışı	14	28,6
Hatalı uygulamanın uygulandığı hastane		
Devlet	26	53,0
Özel	16	32,7
Üniversite	7	14,3
Hatalı uygulamada kasıt varlığı		
Kasıt Var	9	18,4
Kasıt Yok	40	81,6
Hatalı uygulamanın sonucu		

Ölüm	28	57,1
Sakatlık	5	10,2
Hastalık	15	30,6
Kaçırılma	1	2,1
Hatalı uygulamasonrası adli süreç varlığı		
Adli Süreç Var	46	93,9
Adli Süreç Yok	3	6,1

Hesaplanan istatistiksel bulgulara malpraktislerin, %51'i yanlış uygulama, %20.4'ü yanlış ilaç uygulamaları, %14.3'ü yanlış tedavi, %8.2'si yanlış kan transfüzyonu, %4.1'i de yanlış hastaya uygulama yapılması sonucu oluşmuştur (Grafik 1). Yapılan hataların çoğu yoğun çalışma mesaisi sonucu dikkatsizlikten meydana gelmiş olabilir. Nitelikli sağlık personelinin sayısı ve hizmet içi eğitimler yokluğu da bu sonuca yol açmış olabilir.



Grafik 1. 2012-2019 yılları arasında yayınlanan gazetelere konu olmuş malpraktislerin türlerine göre dağılımı

Tıbbi uygulama hatasının hastada bıraktığı sonuca bakıldığında yapılan hataların, %57.1'i ölüm ile, %30.6'sı hastalık, komplikasyon ve uzayan tedavi ile, %10.2'si sakatlık ile sonuçlanmıştır. Bu durum malpraktise maruz kalan hastanın bedelini çok ağır ödediğini göstermektedir. Malpraktis uygulamalar sağlık çalışanları kaynaklı iken araştırma sonuçları ile sonucuyla hastaların yüzleştğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Malpraktis ile ilgili haberlerde ihmal sonucu 1 adet bebek kaçırılma haberi bulunmuştur. Yapılan uygulama hatalarının %93.9'u adli sürece taşınmıştır. Ertem ve arkadaşlarının yaptığı yine aynı araştırmada malpraktislerin %68'lik kısmının yargıya intikal ettiği saptanmış (6).Yaptığımız çalışmadaki malpraktislerin büyük kısmının adli sürece taşınması, geçmişte yapılan hatalı uygulamalara açılan davaların sonucunun topluma yol gösterici olmasının ve cesaretlendirmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Örneklemdaki haberlerin %18.4'ünde yapılan hatanın kasıtlı olarak yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.Yapılan malpraktislerdeki kasıtlar uygulamayı yapan sorumlunu ruhsal durumundan kaynaklanabilmektedir.

Sonuç Ve Öneriler

Sonuç olarak yapılan uygulama hatalarının büyük kısmını oluşturan yanlış uygulamaların çoğu, yoğun mesai saatlerinden ve mesleki doyumun olmamasından kaynaklanmaktadır. Düzenlenecek olan hizmet içi eğitimler ile sağlık hizmetinin kalitesi yükseltilebilir. Sağlık personeli mesleki gelişim eğitimlerine katılmaya teşvik edilerek hem personelin mesleki doyumunu hem de bilgi düzeyleri artırılabilir. Malpraktislere neden olan diğer bir faktör ise sözel order verilmesidir. Hemşirelerin ve diğer sağlık

çalışanlarının, hekimlerden sözel order almaması ve yazılı order istemesi oluşabilecek anlaşmazlıkları ortadan kaldıracaktır. Mesleki yetersizlikleri ortadan kaldırmak ve nitelikli sağlık personeli yetiştirmek için sağlık eğitimlerinin kalitesi artırıldığında da malpraktislerin azaldığı görülebilir.

Çalışmada en yüksek tirajlı 6 gazetenin incelenmesi, yapılan uygulama hatalarının gazete haberlerine yansımaması bu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

KAYNAKÇA

1. Arklan, Ü . Bilgi toplumu ve iletişim: bilginin yayılması sürecinde kitle iletişim araçları ve internet. Selçuk İletişim 2013, 5 (3) , 67-80 .
2. Erefe İ, Bolat C. Türkiye’de yayınlanan beş gazetede hemşireliğin yansıtılışını belirleyen değişkenlerin incelenmesi. I. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1985.
3. Cengiz M, Özsoy SA. Türkiye’de yayınlanan tirajı en yüksek 6 gazetede hemşire ve hemşirelik ile ilgili haberlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Mezuniyet Tezi. İzmir, 2005.
4. Günaydın S. Hasta hakları ve tıbbi uygulama hataları. Anestezi Dergisi 2003; 11(4):242-248.
5. Turla A, Karaarslan, Ş. E., Köprülü, H. Tıbbi uygulama hataları (malpraktis). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi 2016; 7(3): 223-229.
6. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009; 84: 1-10.
7. Büken Ö, Büken E. Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History, 11(2), 140-147, 2003
8. Kırtışoğlu M. Yargıtay’da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2018.
9. Şahin D, Faikoğlu R, Şahin İ, Gökdoğan MR, Yaşar S, Alparslan N, Dereli E, Faikoğlu G. Hemşirelikte malpraktis: olgu sunumları. Adli Tıp Bülteni 2014; 19(2): 100-104.

Sözeli 11 (TAM METİN)

DNA VERİ BANKALARININ ULUSLARARASI VE ULUSAL DURUMU

International And National Status Of DNA Data Banks

Prof. Dr. Yurdağül ERDEM*, Prof.Dr. Fulya TEKŞEN**

*Kırıkkale Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ABD

ÖZET

DNA teknolojisindeki gelişmeler, kriminal soruşturma amacıyla bireylerin DNA veri tabanlarının oluşturulmasına, depolanmasına izin vermiştir. Bir DNA veri bankası, tek merkezde DNA profillerinin, olay yeri örneklerinin ve kişisel profillerin sistematik olarak karşılaştırılması ve otomatik eşleşmesini sağlamak amacıyla kurulan merkezlerdir. Ülkemizde bu amaçla Adalet Bakanlığınca DNA Verileri ve Türkiye Milli DNA Veri Bankası Kanunu Tasarısı oluşturulmuş olup, halen tartışılmaya devam etmektedir. Avrupa’da 1995 yılından başlayarak 22 ülkede bu tür veri bankaları kurulmuş olup, ABD’de ise 49 eyalette söz konusu Merkezler yer almaktadır. Günümüzde ABD’de 9 milyon, İngiltere’de 6 milyon kişiye ait DNA veri tabanı yer almaktadır.

Ülkemizde halen Ankara, İstanbul, Adana, İzmir gibi şehirlerde Kriminal Polis ve Jandarma laboratuvarlarında, Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarında ve Adli Tıp Enstitülerinde kriminal amaçlı DNA analizleri yapılmaktadır. Bu derleme, makalede Ülkemizde DNA veri bankasına olan gereksinimin ortaya konulması, sağlık çalışanlarının konuya farkındalıklarının artırılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: DNA, Kriminal Analiz, Veri Bankası

ABSTRACT

Advances in DNA technology have allowed the creation and storage of individuals' DNA data bases for criminal investigation purposes. A DNA database is a center established to provide systematic comparison and automatic matching of DNA profiles, crime scenesamples and personalprofiles in a singlecenter. In our country this purpose the Ministry of Justice and the DNA Data Bank of Turkey's National DNA Data DraftLaw was created, it continues to be debated. Startingfrom 1995 in Europe, such data banks have been established in 22 countries and arelocated in 49 states in the United States. Today there is a DNA database of 9 million people in the USA and 6 million people in the UK. In this review article, it is aim edto reveal the need for DNA database in our country and to increase awareness of health workers on thesubject.

Keywords: DNA, Criminal Analysis, Data Bank

DNA Veri Bankası Nedir?

DNA teknolojisindeki gelişmeler, kriminal soruşturma amacıyla bireylerin DNA veri tabanlarının oluşturulmasına, bilgisayar sistemlerinin gelişmesi ise depolanmasına izin vermiştir (1). Böylece masum vatandaşları serbest bırakmak ve ciddi suçlardan sorumlu kişiyi ortaya çıkarmak olası olmuştur. Günümüzde olay yerinde eser miktarda bulunan biyolojik materyallerin hızlı bir şekilde ve bozulmaya uğramadan yenimetotların kullanımı ile analizi yapılabilmektedir (2). Elde edilen veriler Adli DNA veri bankalarının oluşmasını sağlamıştır.

Bir veri bankası, DNA profillerinin merkezi ve bilgisayarlı depolanması, olay yeri örneklerinin ve kişisel profillerin sistematik olarak karşılaştırılması ve otomatik eşleşmesini sağlamaktadır (3). Genellikle bu DNA profillerinin iki farklı kaynağı vardır: olay yeri DNA örnekleri ve KişiselDNA örnekleri. Adli kovuşturmalarda depolanan

DNA veri tabanlarının kullanılması, bir kişinin kimliğinin DNA profili ile olay yeri DNA profili arasında bir eşleşme olduğunda suçlunun bulunmasını kolaylaştırır (3,4,5).Avrupa’da 22 ülkede DNA veri tabanı adli çözümlemelerde kullanılmak üzere kurulmuştur (6).

DNA Veri Bankasının Yararları

DNA, suçun olduğu olay yerinde kalmasının yanı sıra diğer bölgelerde de bulunabilmektedir..Locard’ın deyiimiyle “her temas iz bırakıyor”. O nedenleDNA ve parmak izlerinin bir bireyin veri tabanında tutulması, nerede olduklarını belirlemeye çalışmak için kullanılabilecek bir çeşit “biyolojik etiketleme” veya "biyolojik izleme" sağlamaktadır (7).Olay yerinden alınan DNA profillerinin kalitesi, DNA’nın kaynağına, zaman içinde bozulup bozulmadığına ve DNA’nın bir karışım olup olmadığına göre değişebilir.

DNA veri bankasına kayıtlı veriler sayesinde (2,4);

- Suçlunun en kısa sürede belirlenmesi, zaman ve ekonomik kayıpların önlenmesine,
- Suçun caydırıcılığına,
- Küçük suçlarla büyük suçlar arasında bağ kurulmasına,
- Felaket kurbanlarının kimliklendirilmesine,
- Kimliği bilinmeyen cesetlerin kimliklendirilmesine,
- Kişinin suçsuzluğunun belirlenmesine,
- Akrabalıklarının tespitine yarar sağlar.

Dünyada Adli DNA Veri Bankasının Gelişimi

Adli DNA veribankaları dünyada pek çok ülkede yer bulunmaktadır. İlk veribankası, 1995 yılında İngiltere’de ve ardından Yeni Zelanda’da kurulmuştur (7). Fransa’da, 1998 yılında ulusal genetik veri bankası sistemi (FichierNationalAutomatisé des Empreintes Génétique-FNAEG) oluşturulmuştur. ABD’de FBI tarafından, (Combined DNA Index System -CODIS) DNA veribankası önce cinsel suçlara yönelik olarak, ardından tüm suçlara genişletilerek uygulanmaktadır (6,7). ABD’de Idaho eyaleti dışında, kırk dokuz eyalette şiddet uygulayanların ve suç şüphelilerinin DNA profilleri depolanmaktadır. FBI’nın2011 yılında veri tabanında 9 milyon (7), aynı yıllarda İngiltere’de 6 milyon kişiye ait DNA veri tabanı oluşmuştur. Ancak veri tabanının büyüklüğü ve büyüme hızı, İngiltere toplumundaözgürlüklerini kısıtladığı gerekçesiyle endişe yaratmıştır. İngiltere’de emniyet güçlerinin, örnek alma ve kişiler beraat etse bile verileri elinde tutma konusunda geniş çapta yetkileri bulunmaktadır. İngiltere’ye benzer şekilde Galler’de de suç şüphesi ile tutuklanan herkesin DNA’sı kalıcı olarak kayıt altına alınmaktadır (7).

Portekiz hükümeti 2005 yılında, Portekiz nüfusunun tamamı için bir DNA veri tabanı oluşturmayı amaçlamış ancak Portekiz Etik Konseyi’nin görüşleri sonrası, veri tabanı sadece suçluları içerecek şekilde revize edilmiştir (7).İskoçya’da yasalar, beraat eden çoğu insanın DNA profillerinin veritabanından çıkarılmasını gerektirmektedir. İsveç’te, yalnızca iki yıldan fazla bir süre hapiste kalmış olan suçluların DNA profilleri saklanmaktadır. Norveç ve Almanya’da, mahkeme kararları zorunludur ve yalnızca ağırsuçlardan ve mahkum olan kişiler ya da yeniden dava açılması muhtemel olaylar için DNA profillerinin saklanması uygulaması yapılmaktadır (6,7). Halen, ABD’de 21 eyalette, DNA’nın tutukludan alınması ve sabıka kaydının olup olmadığına veya

çözülmemiş suçlarla bağlantılı olup olmadığını görmek için eyaletin CODIS DNA veri tabanına girilmesine izin veren bir yasa yer almaktadır (7).

Ülkemizde Adli DNA Analizlerinin Durumu Ve Yasal Mevzuat

Ülkemizde fail ya da mağdurun beden muayenesi ve vücudundan örnek alınması, 04/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)'nın 75, 76 ve 77'nci maddeleri ile aynı kanunun dayanağı ile hazırlanan "Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğinin Tespiti Hakkında Yönetmeliğinin 8. Maddesi ile düzenlenmiştir (8). Bu Yönetmeliğin amacı bir suça ilişkin iz, eser, emare ve delillerin elde edilmesi; ayrıca, maddî gerçeğin ortaya çıkartılması bakımından şüpheli, sanık, mağdur ve diğer kişilerin beden muayenelerinin yapılması, tıbbî incelemelerde bulunmak üzere vücuttan, kan veya benzeri biyolojik örneklerle, saç, tükürük, tırnak gibi örneklerin alınması, moleküler genetik incelemeler ile şüpheli ve sanığın kimliğinin tespiti için gerekli fizikî özelliklerin tespitine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir(8).

DNA analizi, Ceza Muhakemesi Kanununda belirlenen esas ve usuller çerçevesinde yapılır ve bu analiz örnekleri;

- a) Vücuttan,
- b) Bir suç sebebiyle olay yerinden,
- c) Kim olduğunu tespit etmek amacıyla, hukukî ve fiilî sebeplerle kimliği tespit edilemeyen kişiler ile vücut parçalarından ve ölmüş kişilerden,
- ç) Görevleri sebebiyle hayati risk taşıyanlardan,
- d) Gönüllü kişilerden alınır (5,8,9).

Yukarıda adı geçen yönetmelik çerçevesinde bedenden biyolojik örnek, kişinin sağlığını açıkça ve öngörülebilir şekilde tehlikeye düşürmemek ve cerrahî bir müdahalede bulunmamak koşuluyla; Cumhuriyet savcısının istemiyle ya da re'sen hâkim veya mahkeme, gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde Cumhuriyet savcısı tarafından verilen karar doğrultusunda alınabilmektedir (8). Aynı yönetmeliğin Madde 14'e göre moleküler genetik inceleme sonuçlarının gizliliği hüküm altına alınmış olup, yapılan inceleme sonuçları, kişisel veri niteliğindedir ve başka bir amaçla kullanılamaz (8). Elde edilen veriler beraat veya ceza verilmesine yer olmadığı kararı verilip kesinleşmesi hâllerinde Cumhuriyet savcısının huzurunda ve uygun göreceği usullerle yok edilir (8,9).

Ülkemizde adli amaçlı DNA analizi yapmaya Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarında Adli DNA Laboratuvarları, Adli Tıp Kurumu, Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı ve Emniyet Genel Müdürlüğü Kriminal Polis Laboratuvarları Dairesi Başkanlığı yetkilidir (10). JandarmaKriminal Laboratuvarları; Ankara, İstanbul, Van ve Aydın da, Polis Kriminal Laboratuvarlar ise Ankara, Adana, Antalya, Bursa, Diyarbakır, İzmir, Kayseri, Samsun gibi illerde faaliyet göstermektedir. Örneğin Ankara Üniversitesi Adli DNA Araştırma Laboratuvarı 2002 yılında hizmete açılmıştır. Mahkemelerden, savcılıklardan ve diğer kurumlardan gelen isteklere cevap vermekte, soy bağı belirleme, kimliği belirsiz cesetlerin genetik olarak kimliklendirilmesi, serolojikttestler, suç olaylarında biyolojik örneklerden genetik kimliklendirme, arkeolojik kazılarda çıkarılan biyolojik kalıntılardan DNA analizi, bilirkişilik hizmetleri, olay yeri inceleme, biyolojik delil toplama ve değerlendirme, dosya inceleme hizmetleri vermektedir (13). Benzer şekilde İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Adli Bilimler Laboratuvarı, soy bağı ilişkileri,kişiy e ait DNA Profillemesi, Olay yerinden toplanan biyolojik delillerin kimliklendirilmesi,adli moleküler genetiği kapsayan incelemeler ile ilgili özel veya resmi dosya tetkiki ve raporlama hizmeti sunmaktadır(14).Adli Tıp Kurumları içinde de,

İhtisas Dairelerinin Biyoloji Laboratuvarlarında DNA Analizleri gerçekleştirilmektedir. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Laboratuvarı 2010 yılında cinsel suçlar merkezi olarak kurulmuş, bugün biyolojik delil inceleme merkezi olarak geliştirilmiştir(15). Yine geçmişte Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinden alınan biyolojik deliller İstanbul ve Ankara'ya gönderilirken, 2008 yılında Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi Adli Tıp Anabilim Dalı DNA laboratuvarı kurulması ileDoğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin ilk DNA laboratuvarı olarak hizmet vermektedir. Görüldüğü gibi Ülkemizde çok sayıda Üniversitede Adli Tıp Anabilim Dalları bünyesinde Adli DNA laboratuvarları yer almaktadır (16).

Ülkemizde 2007 yılından itibaren DNA analizleri yapan kurumların elindeki verilerin tek merkezde toplanarak suçla mücadelede etkin olarak kullanılması için DNA bankasının kurulması istenmektedir (11), bu amaçla Adalet Bakanlığınca DNA Verileri ve Türkiye Milli DNA Veri Bankası Kanunu Tasarısı oluşturulmuştur (12). Bu tasarıya göre DNA analizi bir suçun ortaya çıkarılması için mahkeme kararı veya cumhuriyet savcısının talimatı ile yapılabilecek.Toplanan analiz örnekleri yasa ile kurulacak DNA Veri Bankasında saklanacak. Örneklerin kime ait olduğu, yetkililer dışında bilinmeyecek ve kod numarası ile arşivlenecek, mahkeme kararı ile incelenebilecektir (12).

Sonuç

Bir DNA veri tabanının hazırlanmasında birçok etik ve yasal sorunortaya çıkmaktadır. Suçla ilgisi olan kişilerin DNA verilerinin suçlu olduğu kanıtlanmadan mağdur olarak sisteme kayıtlanması haksız yere mağduriyete neden olacaktır. DNA örneklerinin genetik bozuklukları ve hastalığa yatkınlıkları ile ilgili verileri içeriyor olması özellikle sigorta sektörü gibi alanlarda art niyetli kullanımının mümkün olması etik sorunlar doğuracaktır. Bu nedenle Ülkemizde DNA Veri Bankası Kurulması Kanun Tasarısı taslağı bir süredir tartışılmaktadır. Bu taslakta DNA Veri Bankasında görev yapan personel, sır saklamakla yükümlü olacaktır. Yasada öngörülen gizlilik kuralına uymayanlar hapisle cezalandırılmasına yer verilmektedir (12).Her şeye rağmen Ülkemizde tüm merkezlerden gelecek verilerin depolanacağı bir adli DNA veri bankasının kurulmasına gereksinim bulunmaktadır. Böylece suçla suçlunun eşleştirilmesi sağlanabilecek, olaylar daha hızlı ve ekonomik olarak aydınlatılabilecektir. Bu tür bankaların varlığı suç işlemekten kişileri caydırıcı rol de görebilecektir.

Kaynaklar

1. Guillen M.,Lareu MV.,Pestoni C.,Salas A., Carracedo A. Ethical-legal problems of DNA databases in criminalinvestigation. J MedEthics. 2000 Aug;26(4):266-71.
2. Karadayı B.,Karadayı Ş., Sezgin N. Biyolojik Delillerin Tespitinde Kullanılan Tarama ve Doğrulama Testleri ve Bu Konudaki Son Gelişmeler. Türkiye Klinikleri J ForenSciLegMed. 2018;15(2):80-92.
3. Jakovski Z.,JankovaAjanovska R., Poposka V., Bitoljanu N., Belakaposka V. Thepower of forensic DNA data bases in solvingcrimemcases. ForensicScience International: Genetics Supplement Series 6 (2017) e275–e276.
4. Alakoç Doğan Y. Adli Bilimlerde DNA Analizleri. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2010; 9 (2): 2-8.
5. Doğan R. Ceza Muhakemesi Hukukunda Beden Muayenesi Ve Vücuttan Örnek Alma. TBB Dergisi 2019 (142):90-98.
6. SantosF.,MachadoH., SilvaS. Forensic DNA databases in Europeancountries: is size linkedtoperformance? Life Sciences, SocietyandPolicy 2013 2013, 9:12.
7. Kumar S.,VermaAK.,SinghP.,Singh R. Currentscenario of forensic DNA databasesin oroutsideIndiaandtheirrelative risk. EgyptJournal of ForensicSciences 2016, 6:1-6.
8. Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler Ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik.

- https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_cmukbedenmuayenesivege-netik.pdf
9. 5271 Kanun nosu, 4.12.2004 tarihli Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK), Resmi Gazete 25673 Sayılı, 17.12.2004 Tarih. Tertip 5, Cilt 44.
 10. Yavuz MF. DNA İncelemelerinde Adli Tıp Uzmanının Rolü. Türkiye Klinikleri J ForenMed. 2012;9(2):94-101.
 11. Tuğ A. Adli DNA Bankalarına Toplumun Yaklaşımı. Adli Tıp Dergisi 2007; 21(2): 1-10.
 12. Türkiye Milli DNA Veri Bankası. <https://www.dunyabulteni.net/arsiv/turkiye-milli-dna-veri-bankasi-h7453.html>. Erişim Tarihi: 14.10.2019.
 13. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.<http://adlitip.medicine.ankara.edu.tr/hakkinda/>
 14. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü Adli Bilimler Laboratuvarı https://adlitip.istanbulc.edu.tr/tr/_
 15. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Laboratuvarı.<https://adlitip.yeniuyuzil.edu.tr/>
 16. Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi Adli Tıp Anabilim Dalı DNA laboratuvarı <https://www.haberler.com/firat-universitesi-nde-dna-laboratuvari-haberi/>

Sözel 12 (TAM METİN)

**BİR TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ŞİZOFRENİ
HASTALARININ ÖZELLİKLERİ**

**Characteristics Of Schizophrenia Patients Registered To A Community
Mental Health Center**

Hilal SEKİ ÖZ*, Ayla ÜNSAL*, Miraç GÜLFIRAT**

*Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

**Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı,

ÖZET

Bu araştırma, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların kişisel ve hastalığa ait bazı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma örneklemini, Kırşehir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 201 kesin tanı almış Şizofreni hastasından oluşmaktadır. Verileri toplamada araştırmacılar tarafından literatür incelenerek geliştirilen, 26 sorudan oluşan kişisel ve hastalığa ilişkin bilgileri içeren veri toplama formu kullanılmıştır. Verilerin sunumunda sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Araştırmada hastaların %62.2'si erkek, %51.9'u 31-50 yaş aralığında (45,38±12,66), %41.8'inin ilköğretim mezunu, %71.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %45.8'inin bekar olduğu, %57.2'sinin çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %66.2'sinin son on yıl içerisinde tanı (12,98±9,65) aldığı, %20.9'unun 3 yıldır TRSM'ye kayıtlı (4,92±2,04) olduğu, %48.8'inin sigara kullandığı, %19.4'ünün geçmişte intihar girişimi olduğu ve %2.5'inin adli bir dava süreci içinde olduğu saptanmıştır. Araştırma ile TRSM'ye kayıtlı hastaların sıklıkla erkek, bekar, ilköğretim mezunu, üretken yaş aralığında olmasına rağmen çalışmadığı, ailesi ile birlikte yaşadığı ve yarısına yakınının sigara kullandığı saptanmıştır. Hastaların TRSM'den aldıkları hizmet sonucu ile adli olarak daha az suç işledikleri ve daha az intihar girişiminde bulundukları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM), şizofreni, kişisel özellik, hastalık profili

ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive study in order to determine some personal and disease characteristics of patients registered to community mental health center. The study sample consisted of 201 definite diagnosed schizophrenia patients registered in Kırşehir Community Mental Health Center. The data collection form, which consists of 26 questions including personal and disease information, was used to collect data. Number, percentage, arithmetic mean and Standard deviation were used in the presentation of the data. It was determined that 62.2% of the patients were male, 51.9% were between the ages of 31-50 (45.38 ± 12.66), 41.8% were primary school graduates, 71.6% were not employed in any job, 45.8% were single and 57.2% did not have children in the study. In addition, it was found that 66.2% of the patients were diagnosed in the last ten years (12.98 ± 9.65), 20.9% were registered with TRSM for 3 years (4.92 ± 2.04), and 48.8% were smoking, 19.4% had attempted suicide in the past and 2.5% was in the process of forensic proceedings. According to the research, it was found that the patients registered to TRSM were mostly male, single, primary school graduate, productive age group, did not work, lived with their family and nearly half of them smoked. As a result of the service they receive from TRSM, it can be said that they committed crimes and attempted suicide less.

Key Words: community mental health center (TRSM), schizophrenia, personal trait, disease profile

Giriş

Şizofreni, sıklıkla gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanışı bireyden bireye farklılık gösterebilen, büyük ölçüde yeti yitimine sebep olan, pozitif (varsanılar, yanılsamalar, düşünce ve hareket bozuklukları) ve negatif (duygusal tepki vermeme, heyecan duymama, anhedoni, sosyal etkileşim kurmama, planlı aktiviteleri sürdürmede zorlanma) belirtiler gösteren bir ruhsal bozukluktur(1). Hastalıkta ortaya çıkan bilişsel

ve işlevsel kayıplar nedeniyle kendine bakımda, eğitim ve çalışma yaşamında ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalar yıllar geçtikçe artmakta, hastaların yaşam kalitesi de düşmektedir(2). Kronik hastalıklarda hastalık süreci sonlanmadığı için hastalıkla uyumlu yaşamının ve rehabilitasyonun devamlılığı önem kazanmaktadır. Bu nedenle hastalığın erken dönemde tanınması, etkili tedavi edilmesi kadar rehabilitasyonun sağlanması da hastalığın prognozunda belirleyici olabilmektedir.

Şizofreni hastalarının rehabilitasyon sürecinde 2012 yılından itibaren hizmet sunmaya başlayan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) önemli bir yeri vardır ve şizofreni gibi ağır ruh sağlığı sorunu olan bireylerin toplumsal yaşamdan kopmadan rehabilitasyonunu hedeflemektedir(3). Klinikte yatarak tedavi gören ve akut psikotikdönemi yatışan şizofreni hastalarının takibinin yapılması ve iyilik halinin desteklenmesinde TRSM'ler oldukça önemlidir(4). TRSM'lerde yürütülen iyileştirim, uyumlandırma programlarının ve ruhsal toplumsal beceri eğitiminin şizofreni tanılı hastalarda psikososyal becerileri, mesleki işlevselliği ve yaşam kalitesini artırma, hastalığa yönelik içgörü kazandırma, yeti yitimini azaltma açısından etkili sonuçlarının olduğu söylenebilir(2,4). Bu sayede hastalar hem toplum içinde var olmakta hem de sosyal yaşam için gerekli becerileri ve desteği kazanmaktadır.

TRSM'ye kabul edilen bireylerde aranan özellikler şu şekilde sıralanmıştır: 'kısa süre önce hastaneden taburcu olmuş veya hastaneye yatırılma riski olan ve psikoz veya diğer ağır ruhsal bozukluklar nedeniyle tedavi ve psikososyal desteğe ihtiyaç duyan ya da ağır bir ruhsal bozukluk nedeniyle işlevselliği ciddi düzeyde azalmış bireyler tedavi amacıyla TRSM tarafından kabul edilebilir'(5). Hastaneye sık yatış geçmişi ve eğilimi olan bireyler, bu merkezde sunulan psikososyal desteğe daha fazla ihtiyaç duydukları için öncelikli olarak ele alınmaktadır.

Merkezzdemultidisipliner ekip anlayışı çerçevesinde hastalara yönelik çeşitli etkinlikler düzenlenmektedir. Bu etkinlikler çeşitli bireysel görüşmeler, danışmanlık, psikoeğitimler, tedavi takip ve kontrolleri, egzersiz ve spor programları, yağlı boya resim, ahşap boyama uğraş eğitimleri olup, düzenli devam eden programlarla hastaların yaşamla bağları yeniden kurulup, gelişmekte ve sosyalleşebilmektedirler (4).

TRSM'yekayıtlı olanve merkeze devam eden hastaların özelliklerinin bilinmesi ve hastalıktan kaynaklı kayıplar nedeniyle bu hastaların önemle incelenmesi bu hastalara sunulacak rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında faydalı olacaktır. Bu araştırma ileTRSM'ye kayıtlı hastaların kişisel bilgilerinin ve hastalığa yönelik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal Ve Metod

Araştırmanın Türü: Araştırma belge tarama yöntemi ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Örneklem: Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Ağustos 2019-Eylül 2019 tarihleri arasında merkezde kayıtlı hastaların dosyalarının incelenmesi ile yapılmıştır. Merkezde hakkında kapsamlı değerlendirme yapılmış tüm hasta dosyaları araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma için etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Merkeze kayıtlı hasta sayısı 600'dür, fakat kayıtlı hastaların tamamı merkeze gelmemektedir. Merkezdten günlük uğraş eğitimlerine katılan ve ev ziyareti gerçekleştirilen hastaların dosyaları üzerinden inceleme yapılmış olup örneklem seçimi bilgilerin güncel ve eksiksiz olması nedeniyle bu hastalarla sınırlı tutulmuştur, bu kapsamda 201 dosya incelemeye alınmıştır.

Verilerin Toplanması ve Analizi:Verileri toplamada araştırmacılar tarafından literatür incelenerek geliştirilen, 26 sorudan oluşan kişisel ve hastalığa ilişkin bilgileri içeren veri toplama formu kullanılmıştır. Verilerin sunumunda sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Bulgular Ve Tartışma

Araştırma kapsamına alınan hastaların kişisel bilgileri incelendiğinde hastaların %62.2'si erkek ve yaş ortalamasının $45,38 \pm 12,66$ olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların kişisel özellikleri

Yaş	n	%
18-30	26	12.9
31-50	104	51.8
51-70	66	32.8
71+	5	2.5
Cinsiyet	n	%
Kadın	76	37.8
Erkek	125	62.2
Eğitim Durumu	n	%
Okur-Yazar Değil	4	2.0
Okur-Yazar	2	1.0
İlkokul	84	41.8
Ortaokul	32	15.9
Lise	60	29.9
Üniversite	19	9.5
Çalışma Durumu	n	%
Çalışıyor	14	7.0
Çalışmıyor	152	75.6
Emekli	35	17.4
Medeni Durum	n	%
Evli	79	39.3
Bekar	92	45.8
Dul	30	14.9
Ekonomik Durum	n	%
Düşük	55	27.4
Orta	144	71.6
Yüksek	2	1.0
Çocuk Sayısı	n	%
0	115	57.2
1	16	8.0
2+	70	34.8
Kaçıncı Çocuk	n	%
1.	74	36.8
2.	51	25.4
3.	41	20.4
4+.	35	17.4
Kiminle Yaşıyor	n	%
Yalnız	17	8.5
Anne veya Baba ile	33	16.5
Aile	141	70.1
Diğer(çocuk,kardeş,akraba)	10	5.0
Toplam	201	100

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde hastaların %41.8 düzeyinde ilkökul mezunu, %29.9 düzeyinde lise mezunu iken, okur yazar olmayan hastasadece %2 düzeyindedir. Hastaların çalışma durumuna bakıldığında çalışmayan hasta %75.6 iken, çalışan hasta ise %7 düzeyinde bulunmuştur. Ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istenmiş ve hastaların çoğunluğu (%71.6) orta düzeyde ekonomik durumu tanımlamıştır. Hastaların %39.8'i evli olup, %45.8'i bekar ve %14.9'u ise boşanmış durumdadır. Hastaların çocuk sayıları incelendiğinde 57.8'inin çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Kardeş sırası değerlendirdiğinde hastaların %36.8 düzeyinde ilk çocuk oldukları, %70.1 düzeyinde ailesi ile, %8.5 düzeyinde yalnız yaşadıkları saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumuna bakıldığında merkeze kayıtlı hastaların sadece %2 düzeyinde okuryazar olmadığı, 41.8'inin ilkökul mezunu olduğu görülmüştür. Antalya TRSM'de hizmet alan hastaların incelendiği bir çalışmada hastaların eğitim durumu incelendiğinde %8'inin okuryazar olmadığı, %32,2'sinin ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır(6). Kırşehir ili 2019/LGS sonuçlarına göre 6. sırada iken, Antalya ili aynı sıralamada 24.dür. Bu fark Kırşehir halkının eğitime değer verilmesi ve ebeveynlerin çocuklarının okuması için istekli olmasına bağlanabilir(7).

Hastaların çalışma durumuna bakıldığında çalışmayan hasta %75.6 düzeyinde bulunmuş, çalışan hasta oranı ise sadece %7'dir. Çalışma kapmasındaki hastaların yaş ortalaması 45,38±12,66 olduğu da düşünüldüğünde üretken dönemdeki hastaların çalışmadığı ortaya çıkmaktadır. Doğanavşargil'in (2009) yaptığı bir çalışmada şizofrenilerin %53,5'inin çalıştığı, çalışanların ise %74,4'ünün düşük maaşlarla çalıştıkları saptanmıştır (8).Saruç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık sonrasında ise tamamına yakınının (%91,5) çalışmadığı saptanmıştır(6). Şizofreni hastalığının doğası, hastalık nedeniyle ortaya çıkan bilişsel, motor ve işlevsel kayıpların çalışma yaşamını olumsuz etkilediği, damgalama nedeniyle iş bulmada güçlük çektikleri ve şizofreni tanısı almış bireylerin üretken yaşlarda çalış-a-madığı söylenebilir. Hastaların çoğunluğunun çalışmıyor olmaları ve bekar veya boşanmış olmaları da bu sonucu desteklemekte, hastalığın çalışma yaşamın kadar evlenme/boşanma durumlarında da etkili olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların doğum sırası değerlendirildiğinde %36.7 ile ilk çocuk oldukları görülmüştür.Saruç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 32,1'i birinci çocuk olduğu saptanmıştır (6). Doğum sırasının aile içindeki sorumluluk ve beklentiler açısından farklılık yarattığı bilinmektedir. İlk çocukların aile içinde 'kahraman' çocuklar olduğu, abi/abla olmaları nedeniyle yüksek düzeyde sorumluluk ve beklenti ile yetiştirildikleri, yüksek beklentiler ile hata yapma olasılıklarının diğer kardeşlere göre daha az olduğunu hissettikleri ve bu durumun stres yükünü artırdığı söylenebilir.

Hastaların hastalığa ilişkin bilgileri değerlendirildiğinde tanı yılı ortalaması 12,98±9,65 olup, TRSM'ye kayıtlı olduğu süre 4,92±2,04yıldır. Hastaların %2.5'inde adli bir süreç işlemektedir. Hastaların intihar deneyimleri incelendiğinde %19.4'ünde intihar girişimi olmuştur. Hastaların bağımlılık durumları da incelenmiştir. En çok düzeyde (%48.8) sigara kullandıkları, %7.5 düzeyinde alkol kullandıkları ve %1.5 düzeyde madde bağımlısı oldukları belirlenmiştir. Araştırmada incelenen hastaların adli bir dava süreci içinde olma durumları incelenmiş ve bu oran % 2,5 olarak bulunmuştur. 15 yıl boyunca polis kayıtlarından takip edilen 644 şizofreni tanılı hastanın, genel popülasyona oranla dört kat daha fazla şiddet davranışı sergilediği saptanmıştır (11).

Tablo 2. Hastaların hastalığına ilişkin özellikleri

Kaç Yıldır Hasta	n	%
1-10	133	66.2
11-20	35	17.4
21-30	21	10.4
31-40	7	3.5
41-50	5	2.5
Kaç Yıldır TRSM'ye Kayıtlı	n	%
1-2	26	13
3-4	56	27.9
5-6	61	30.3
7-8+	58	28.9
Adli Vaka	n	%
Var	5	2.5
Yok	196	97.5
İntihar Deneyimi	n	%
Var	39	19.4
Yok	162	80.6
Sigara	n	%
Var	98	48.8
Yok	103	51.2
Alkol	n	%
Var	15	7.5
Yok	186	92.5
Madde	n	%
Var	3	1.5
Yok	198	98.5

Şizofreni hastalığı hastaların şiddet riskini ve doğru orantılı olarak suç işleme riskini de arttırmaktadır. Swanson ve arkadaşları tarafından 10.059 bireyin değerlendirildiği, Amerika'da epidemiyolojik olarak yapılmış Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasında şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışının bir yıllık prevalansı %8.4 iken, herhangi bir hastalığı bulunmayan kişilerde bu oran %2.1 olarak bildirilmiştir; madde kötüye kullanımı birlikteliği bu oranı %30'lara yükseltmiştir (12). Çalışmamızda suç oranı ve alkol madde bağımlılığı oranı kıyasla düşük çıkmıştır. Bu durumun TRSM'ye kayıtlı olan hasta grubunun etkin rehabilitasyonu ile şiddet/suç davranışının ve bağımlılığın ortaya çıkmasını önleyecek baş etme ve destek sistemlerinin oluşturulması ile bağlantılı olduğu söylenebilir.

Çalışma kapsamındaki hastalar incelendiğinde %19.4'ünde intihar girişimi olduğu bulunmuştur. Kendine zarar verme davranışları ve intihar oranları diğer gruplarla karşılaştırıldığında, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklarda daha yüksek bulunmuştur (13). İntihar, şizofrenik hastalarda yaygın ölüm nedenlerinden biridir. Şizofrenik hastaların %20-50'sinde intihar girişimi görülmektedir (14,15). Çalışmamızda bu oran %19.4 olarak alt sınırdan bulunmuştur. Bu oranın yapılan diğer çalışmalara göre kıyasla düşük olması yine çalışma örnekleminin sadece TRSM'den seçilmesi, bu nedenle hastaların düzenli olarak kurumsal bir hizmetten faydalanmaları, hastaların kendisi merkeze gelmesi de ev ziyaretleri ile takiplerinin devam etmesi ve hastaya sunulan psikososyal desteğin baş etme becerilerini geliştirilmesinin neden olduğu söylenebilir. Çalışmada hastaların neredeyse yarısının sigara kullandığı saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda benzer şekilde

şizofren bireylerde nikotin bağımlılığı yaygınlığı oldukça yüksektir (%58-92) (9). 502 Şizofreni hastasının sigara kullanımı ve bazı psikopatolojik parametreleri inceleyen bir çalışmada hastaların yatış sayısı arasındaki ilişkiye bakıldığında sigara kullanan hastaların, kullanmayanlardan 2-6 kat daha fazla yatışının olduğu saptanmış ve sigara kullanan hastalardaki psikopatoloji düzeyinin daha ağır olduğunu veya sigaranın bizzat psikopatolojiyi artırdığı belirlenmiştir (10). Sigara içme nedenleri olarak; hastaların genç ve üretken dönemde olmalarına rağmen işsiz ve bekar olmaları, bu durumdan dolayı pek çok stresörle karşılaşmaları sıralanabilir ve artmış stres yükünü bu yöntemle çözmeye çalıştıkları söylenebilir.

Sonuç

Araştırma ile TRSM'ye kayıtlı hastaların sıklıkla erkek, bekar, ilkokul mezunu, üretken yaş aralığında olmasına rağmen çalışmadığı, ailesi ile birlikte yaşadığı ve yarısına yakının sigara kullandığı saptanmıştır. Hastaların TRSM'den aldıkları hizmet sonucu ile adli olarak daha az suç işledikleri ve daha az intihar girişiminde bulundukları söylenebilir.

Kaynaklar

1. Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluklar. In. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (Eds O Çam, E Engin):413-46. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.
2. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14:108-14.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011.
4. Delice MA, Akgül SM, Yıldız M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. ClinicalandExperimentalHealthSciences, 2014;4:122-5.
5. Toplum ruh sağlığı merkezleri için çalışma rehberi. www.istanbulsaglik.gov.tr > tedk > pdf > TRSM_rehber. Erişim tarihi: 01.10.2019
6. Saruç S., Kaya Kılıç A. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. Toplum ve Hizmet, 2015;26 (2): 53-71
7. Eğitimde en başarılı iller sıralaması 2019. Erişim tarihi:10.10.2015 <http://www.ogretmenx.com/sinavlar/liseler-gecis-sinavi-lgs/2019-lgs-il-siralamasi-h57125.html>
8. Doğanavşargil Ö. Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2009.
9. Weiser M, Reichenberg A, Grotto I, Yaswitzky, R, et al: HigherRates of CigaretteSmoking in Male AdolescentsBeforetheOnset of Schizophrenia: A Historical-ProspectiveCohortStudy. TheAmericanJournal of Psychiatry. Washington: 2004;161(7):1219
10. Karşıdağ, Ç, Alpaz N, Kocabıyık A. Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı. Düşünen Adam; 2005, 18 (1): 13 -20
11. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophreniaandcrime: a longitudinalfollow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. Br J Psychiatry 1990; 157:345-350.
12. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violenceandpsychiatricdisorder in thecommunity: evidencefromtheEpidemiologicCatchmentAreasurveys. HospCommunityPsychiatry 1990; 41:761-770.
13. Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. Acute Risk of SuicideandSuicideAttemptsAssociatedWithRecentDiagnosis of MentalDisorders: A Population-Based, PropensityScoreMatched Analysis. Can J Psychiatry. 2014; 59(10): 5318.
14. Teraishi T, Hori H, Sasayama D, Matsuo J, Ogawa S, Ishida I, et al. RelationshipBetweenLifetimeSuicideAttemptsandSchizotypalTraits in PatientswithSchizophrenia. PlosOne. 2014; 9(9): e107739.
15. Richard-Devantoy S, Orsat M, Dumais A, Turecki G, Jollant F. NeurocognitiveVulnerability: SuicidalandHomicidalBehaviours in PatientswithSchizophrenia. Can J Psychiatry. 2014; 59(1): 18-25

Sözleş 13 (TAM METİN)

DNA VERİ BANKASI ve ADLİ TIPTAKİ ÖNEMİ Dna Data Bank And Its Importance In Forensic Medicine

Prof. Dr. Fulva TEKŞEN*

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı

ÖZET

DNA (Deoksiribonükleik Asit) molekülünde bulunan özellikler nedeniyle kişiler birbirlerinden ayrılmaktadır. Kişilerde bulunan bu özel genetik bilginin Adli Tıp vak'alarında kullanımı ise, birçok Adli olgunun sonuçlandırılabilmesini sağlamaktadır. 0 nedenle DNA veri Bankalarının kurulması gündeme gelmiştir. Ancak DNA'nın kişisel veri olarak kullanılmasında Etik, Sosyal Değerler göz önünde bulundurulmalı ve Hukuki düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DNA, DNA Veri Bankası, Etik, Hukuk

ABSTRACT

Individuals differ from each other by the properties that DNA (Deoxyribonucleicacid) molecule consists. The usage of this special knowledge in Forensic Medicine leads to solve many problems in criminal cases. For that reason, the establishment of DNA bankshad come into consideration. But it has great importance to use Ethic and Social Concepts and appropriate Laws in force while using so confidential datasuch as DNA.

KeyWords: DNA, DNA Data Bank, Ethics, Law

Giriş

Günümüzde teknolojinin çok hızlı olarak ilerlemesi, diğer birçok bilim dalında olduğu gibi sağlık alanında da yeni kullanım alanlarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bunlardan birisi olan, DNA Veri Bankası, veri tabanı veya "DNA databank" ; DNA bilgilerini saklamak için tasarlanmış bir tür veri tabanıdır. Adli Tıpta DNA Veri Bankasının kullanımı ise her geçen gün daha yaygın hale gelme özelliği taşımaktadır. Adli tıp alanında günümüzde sıklıkla kullanılan DNA (Deoksiribonükleik Asit) molekülünün niteliğine bakıldığında, canlılarda kalıtsal bilgiyi (Genetik Şifre) taşıyan organik molekül olduğu görülmektedir. DNA'nın yapısı 1952'de tanımlanan Watson-Crick modeline göre; çift iplikçikli bir sarmaldır. Yapıyı oluşturan alt birimler; Şeker (Deoksiriboz), Fosfat ve Bazlar (Adenin, Guanin, Sitozin, Timin) şeklindedir. Hücre içerisinde DNA'nın bulunduğu kısımlar canlıların gelişmişlik derecesine göre farklılık göstermektedir. Şöyle ki; DNA, Prokaryotlarda (Az gelişmiş canlılarda) Sitoplazmada yer alırken, Ökaryotlarda (Gelişmiş canlılarda) Nukleustave ilaveten Mitokondri ya da Kloroplast adı verilen organellerde bulunmaktadır.

DNA Bankası kullanım amaçları başlıca 3 kısımda toplanabilir;

- Genetik Hastalıkların Tanısı
- Soyağacının incelenmesi (Genetik bağ –Etnik Köken-Filogenetik)
- Kriminoloji - ADLİ TIP

DNA Elde Etme Yöntemi

DNA elde etme yöntemi kısaca özetlendiğinde; birbirini izleyen üç temel aşamadan oluştuğu görülmektedir.

Bu aşamalar:

- 1- Hücrenin parçalanması ile yüksek molekül ağırlıklı DNA'nın açığa çıkması,
- 2- Denatürasyon veya proteoliz ile DNA-protein kompleksinin ayrılması ve DNA'nın çözünür duruma getirilmesi,
- 3- DNA'nın basit enzimatik ve/veya kimyasal yöntemlerle proteinler, RNA ve diğer makromoleküllerden ayrılması şeklindedir.

DNA Analizinin yapılabileceği dokular, hücre içeren herhangi bir doku olup sayıları oldukça fazladır. Bu dokulardan bazıları; Kan, Semen, Tükürük, Kemik, Diş, Saç, Tırnak

ve İdrar olarak sayılabilir.Bu aşamada kritik olan nokta, hangi doku olursa olsun, normal koşullarda bir bireyin her hücresindeki DNA yapısının aynı olması özelliğine dayanmaktadır. Diğer bir deyişle, her hücredeki baz dizisi aynıdır. Farklı kişilerde de doğal olarak bu baz dizilimi değişik dizilim gösterir ve dolayısıyla kişiye özgüdür.Sonuçta; DNA dizisindeki tek bir BAZ değişikliği bile kişilerarası FARKLILIĞI ortaya koymaktadır.

Şöyle ki;

A Kişisi: AAAGCTCATTAGCTTACCGGGATAG

B Kişisi: AAAGGTCATTAGCTTACCGGGATAG

A ve B kişileri birbirlerinden farklı DNA dizisine sahiptirler.

Bu temel özellik ise DNA baz diziliminin Adli Tıp'taki kullanımını çok önemli kılmaktadır.

İnsanlarda her hücrede, 3 milyar (3.000.000.000) kadar BAZ bulunmaktadır.

Kişiler arasındakiDNA ise, % 99.8 oranında benzerlik gösterir ve bu % 0.2 lik farklılık bile (monozigotik ikizler dışında) bireylerin birbirinden çokayrı, değişik özelliklere sahip olmalarına yol açmaktadır.Öte yandan,DNA'da bulunan bilgi son derece önemlidirve Kişisel Biyolojik Uygulamalar ile Populasyonların Gen Haritası olmak üzere iki farklı açıdan değerlendirilmektedir;

DNA ve Adli Tıptaki Önemi

DNA, bireylerin taşıdıkları en büyük veri hazinesidir. Zira söz konusu molekül,sadece kişilerdeğil ama söz konusu kişilerin aileleri 'ne (akraba) ilişkin bilgileri de taşımaktadır. O nedenle dir ki; kişisel verilerin korunması Sosyal, Etik ve Hukukiaçılardan büyük önem taşımaktadır.Hukuki olarak;Ülkemizde, 4.12.2004 tarih ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu 82. Maddesi ile Beden Muayenesi, Genetik incelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkındaki Yönetmelikler geçerliliğini sürdürmektedir.İlgili Kanuna dayalı olarak; Moleküler Genetik inceleme Sonuçlarının gizliliği, Fizik Kimliğin Tespiti, Verilerin İmhası,Verilerin Korunması,İlgilinin rızası, Tedavi Amaçlı Müdahaleler, Gecikmede Sakınca bulunan Haller, Raporların Düzenlenmesi, Güvenlik önlemleri konularındakiHukuki uygulamalar düzenlenmektedir.Diğer taraftan 2016 tarihli ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunukapsamında DNAdizi analizi gibi kişiye özel olan bilgiler de koruma altına alınmaktadır.

Sonuç

Sonuçta; DNA veri analizinin yapılması ve DNA Bankalarının kurulması Adli Tıp alanında son derece önemli olup, birçok olayın aydınlatılmasında kritik rol oynamaktadır. Ancak bu uygulamalar sırasında sosyal, etik değerler ve hukuki kurallar titizlikle uygulanmalıdır.

Kaynaklar

- 1-Aşıcioğlu, F. Adli amaçlı ulusal DNA veri bankasının kurulması ve bu konudaki uluslararası yaklaşımlar. 55-62.Adli Tıp Dergisi, 17(Supp: 3-4), 2018.
- 2- Gönenç, Fİ.,Aslanova, K.. Biyobankalar Ve Milli DNA Veri Bankası Kanunu Tasarısı. İstanbul Aydın Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 4(2), 13-32 (2018).
- 3- Küzeci, E. Kişisel verilerin korunması. Turhan Kitabevi, Ankara, 2019.
- 4-<https://www.dna.gen.tr/plazmid-dna-izolasyonu.html>
- 5-<http://www.abgeder.org/Makaleler/118.pdf>
- 6-<https://www.haberler.com/basbakanlik-milli-dna-veri-bankasi-kanunu-tasarisi-3167637-haberi/>
- 6-turkhukuksitesi.com/makale_443.htm
- <http://www.cezahukuku.org/Yazilar.asp?goster=dos&id=24>

Sözel 14 (TAM METİN)

TÜRKİYE’DE HEMŞİRELİK ARAŞTIRMALARINDA ETİK/YASAL KONULAR: LİSANS ÜSTÜ TEZLER ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Research On Ethical / Legal Issues In Nursing: A Scanning Study About Graduate Thesis In Turkey Şeyma DEMİRALAY*, İlkyay KESER**

*Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı

**Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırmada, Türkiye’de hemşirelik alanında yapılmış lisansüstü tezlerde etik/yasal konuların ele alınma oranlarını, çalışma konularını içerik ve yöntem açısından değerlendirmek, yapılacak olan yeni çalışmalara yol gösterici olmak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Veriler, YÖK (Yüksek Öğretim Kurulu) Ulusal Tez Merkezi’nde “hemşirelik” ve “etik” veya “yasal” anahtar kelimesi kullanılarak, “Aranacak Alan”, “Tez Adı”, “Durumu”, “İzin Durumu”, “Tez Türü”, “Tümü”, “Grubu”, “Tıp” olarak seçilerek elde edilmiştir. Tarama son 10 yıl ile sınırlı tutulmuştur. Tarama sonuçları içinden hemşirelik alanında yapılmış tezler değerlendirilmiş, katma dışlama kriterlerine uyan 22 tez araştırma kapsamına alınmıştır. Tezler, çalışma türü, konuları, yıl, ele aldığı konular ve örneklem grubu gibi başlıkları içeren “tezlerin değerlendirilmesi için sınıflandırma ve içerik formu” yardımıyla analiz edilmiş, veriler kategorik analiz teknikleri ile frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Etik/yasal konuları ele alan hemşirelik tezlerinin fazla 2017 yılında yapıldığı, tezlerin %91,0’inin yüksek lisans, %9,0’unun doktora tezi olduğu saptanmıştır. Tezlerin en fazla(%73,0) “Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı”nda yapıldığı, sağlık alanında etik/yasal konulara/durumlara duyarlılık konusunun yüksek oranda(%45,2) ele alınan konu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaların tanımlayıcı nitelikte (%91,0) olduğu, etik/yasal konulara yönelik eğitim ve uygulamaları ele alan çalışmaların sınırlı olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Yapılan çalışma, bu konuda gerçekleştirilmiş tezlerin konu eğilimleri hakkında bir fikir vermektedir. Lisansüstü eğitim kapsamında yapılacak tezlerde, sorun tespitinin yanı sıra, etik/yasal konuların çözümüne yönelik eğitim ve uygulamaları içeren çalışmalara yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Etik/Yasal, Hemşirelik, Tez

ABSTRACT

Aim:In this study, it was aimed to evaluate nursing graduate theses done in related to ethical / legal issues in Turkey, in terms of subject, content and methods. And to write a guide for future studies about this subject.

Materials and Methods: Data were collected by using “nursing” and “ethics” or “legal” keywords in the National Thesis Center of HEC (Higher Education Council). “Status”, “Permission Status”, “Thesis Type”, “All”, “Group”, “Medicine”. The screening was limited to the last 10 years. Among the screening results, the theses in the field of nursing were evaluated and 22 theses that meet the exclusion criteria were included in the research. The theses were analyzed with the help of classification and content form for the evaluation of the theses, which included topics such as study type, subjects, year, subjects and sample group, and the data were evaluated in frequency and percentage by categorical analysis techniques.

Results: It was found that nursing theses about ethical / legal issues were mostly written in 2017, 91.0% of them were master's and 9.0% were doctoral theses. Most of the theses (73,0%) were made in the Department of Main Nursing Principles, it was determined that the issue of sensitivity to ethical / legal issues / situations in the field of health was the highest rate (45.2%). It was found that the studies were descriptive (91.0%), and the studies dealing with ethical and legal issues related to education and practices were limited.

Conclusion and Suggestions: The study gives an idea about the subject tendencies of the theses carried out on this subject. In the theses to be carried out with in the scope of graduate education, it is suggested to include studies and practices aimed at solving ethical / legal issues as well as problem identification.

Keywords: Ethics/Legal issues, Nursing, Graduate Theses

Giriş

Her bir disiplinin alanına özgü tanımlamalarını, değerlerini, çalışma konularını, çözülmesi gereken sorunlarını ve çözüm önerilerini bilimsel verilerle ortaya koyan çalışmaları vardır. Hemşirelik, mesleğe özgü değerleri, alana özgü kavramları olan, her

geçen gün artan ilgi ve yapılan çalışmalarla bilimsel verileri ortaya koyan bir sağlık disiplini. Hemşirelik araştırmalarının birincil amacı uygulama için gereksinim duyulan bilginin ortaya çıkarılması ve geçerli kılınmasıdır. Türkiye’de hemşirelik alanında yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunu lisansüstü eğitim kapsamında yapılan tezler oluşturmaktadır. Ancak, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşirelik araştırmalarındaki önceliklerin belirlenmesine ihtiyaç vardır. Önceliklerin belirlenmesi, önemli sağlık sorunlarının saptanmasına ve mesleğin bilimsel gelişimine katkı sağlar.

Etik/yasal konular her geçen gün hemşirelerin karşı karşıya kalabileceği, karar vermekte zorlanılan, etik ikilemlerin yaşandığı çok boyutlu mesleki problemlerden biridir. Etik kavramı, bir disipline mensup üyelerinin paylaştığı, evrensel boyutta informal ve formal ortak ahlaki değerleri kapsar (1). Yunanca “karakter”, “alışkanlık”, “gelenek”, “töre” anlamına gelen “ethos” sözcüğünden türetilen ‘etik’ sözcüğü, hem bir bilgi alanının, hem de yaşanan gerçek olan ilişkinin, eylemin ve bunlar hakkında ortaya konan bilginin adı olarak tanımlanmaktadır (2). Etik, yaşamsal değerlerle sorunları çözümleyen karar ve eylemlere rehberlik eden, eylemleri doğruya ve iyiye yönlendiren, ahlaki normları ve nedenleri araştıran, anlamlandıran, kuramlar geliştiren bilimsel ve insancıl bir alandır.

Günlük hayatımızda her alanda özellikle de sağlık alanında farklı biçimlerde ortaya çıkabilen etik/yasal konular, günümüzde bireysel ve toplumsal boyutta sık karşılaşılabilen bir olgudur. Hemşirenin hasta haklarını savunucu rolü, hastanın bütünlüğüne zarar verebilecek tehditlere karşı bireyi korumayı hedefler. Aksi bir durumda bakımda ikilem ya da çelişkiler yaşanır. Dolayısıyla hemşirelik mesleği meslek üyelerine etik yaklaşımı gerekli kılar (3,4). Sağlık bakım sisteminde genişleyen rol ve sorumlulukları gereği hemşireler, etik ikilemlerle sıklıkla karşı karşıya gelmekte ve etik problemleri çözümlemekte engellerle karşı karşıya kalmaktadırlar (5). Hemşirelerin, etik problemleri tanıması ve çözümleyebilmesi konusunda doğru kararları alabilmesi için, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir.

Yükseköğretim kurumlarında eğitim alan akademisyenlerce yapılan çalışmalar sorunların ortaya konması ve çözüm yollarının tartışılmasında önemli bir role sahiptir. Etik/yasal konuların her boyutu ile ele alınması, sorunların ve çözüm yollarının ortaya konmasında alanda yapılan akademik çalışmaların gözden geçirilmesi ve sonrasında yapılacak çalışma ve müdahalelere yol göstermesi açısından önemlidir. Bu bağlamda, bu derlemenin amacı, Türkiye’de hemşirelik alanında yapılmış lisansüstü tezlerde etik/yasal konuların ele alınma oranlarını, çalışma konularını içerik ve yöntem açısından değerlendirmek, yapılacak olan yeni çalışmalara yol gösterici olmak amaçlanmıştır.

İGereç Ve Yöntem

Türkiye’de hemşirelik alanında yapılmış lisansüstü tezlerde etik/yasal konuların ele alınma oranlarını, çalışma konularını içerik ve yöntem açısından değerlendirmek, yapılacak olan yeni çalışmalara yol gösterici olmanın amaçlandığı bu çalışma betimsel nitelikte bir çalışmadır. Araştırma konusuna ait değişkenler, ayrı ayrı betimlenmeye çalışıldığı için genel tarama modellerinden, tekil arama modeli kullanılmıştır (6). Çalışma, Türkiye’de Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi veri tabanında yer alan son Ocak 2009-Ekim2019 arasında yapılmış lisansüstü tezler incelenerek hazırlanmıştır. Tarama, Yükseköğretim Kurulu’nun (YÖK) Ulusal Tez Merkezi veri tabanında, Türkçe dilinde “akademik tezler, hemşirelik, etik, yasal” anahtar kelimeleri kullanılarak, 1Eylül/1Ekim 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Tarama son 10 yıl ile sınırlı tutulmuştur. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak, kaynakları bulma, inceleme, not alma ve değerlendirme işlemlerini kapsayan doküman inceleme yöntemi kullanılmıştır (7). Doküman incelemesi, ilk olarak, Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi’ne kayıtlı tezlerden “hemşirelik” ve “etik” veya “yasal”

anahtar kelimesi kullanılarak “Aranacak Alan”, “Tez Adı”, “Durumu”, ‘İzin Durumu’, ‘Tez Türü’, ‘Tümü’, “Grubu”, “Tıp” olarak seçilerek, Ocak 2009 -Ekim2019 arasında yapılmış lisansüstü tezler incelenmiştir. Tezlerle ilgili genel, yönetsel, uygulamayla ilgili özellikler (çalışma türü, yıl, ele aldığı konular ve örneklem grubu vb) değerlendirilmiştir. Değerlendirme yapılırken araştırmacılar tarafından oluşturulan “tezlerin değerlendirilmesi için sınıflandırma ve içerik formu” kullanılmıştır. Ulaşılan verilerin değerlendirilmesinde çalışmalarla ilgili değişkenlerin sayısal ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Tarama sonuçları içinden hemşirelik alanında yapılmış tezler değerlendirilmiş, katma dışlama kriterlerine uyan 22 tez araştırma kapsamına alınmıştır.

Bulgular Ve Tartışma

Günlük hayatımızda her alanda özellikle de sağlık alanında farklı biçimlerde ortaya çıkabilen etik/yasal konular, günümüzde bireysel ve toplumsal boyutta sık karşılaşılabilen, toplum sağlığını olumsuz etkileyebilen bir olgudur. Bireyin ve toplumun sağlığını etkileyen yasal ve etik konular ve bu konulara ilişkin yaşanan problemlerin çözümünde akademisyenlerin, özellikle de sağlık profesyonellerinden oluşan akademik ekibin, konuyu önemsemesi, bu alanda çalışmalar yapması ve çalışma sonuçlarını paylaşması oldukça önemlidir. Çalışma kapsamında ülkemizde hemşireler tarafından yapılmış akademik çalışmalar ele alınmıştır.

Araştırmaya Ocak 2009-Ekim 2019 yılları arasında Türkiye’de yapılan, lisansüstü tezlerden örneklemi oluşturan ve “akademik tezler, hemşirelik, etik, yasal” “anahtar kelimeleri kullanılan toplam 22 tez dahil edilmiştir. Tezlerin farklı özelliklere göre dağılımı Tablo 1 de verilmiştir.

Tablo 1 Tezlere İlişkin Verilerin Dağılımı

Yıllara göre dağılımı	N	%
2019	4	18,2
2018	2	9,0
2017	6	27,4
2016	3	13,7
2015	1	4,5
2014	0	0
2013	3	13,7
2012	1	4,5
2011	0	0
2010	2	9,0
2009	0	0
YL/DR’a çalışması		
YL	20	91,0
Dr	2	9,0
Çalışmanın tipi		
Tanımlayıcı	20	91,0
Uygulamalı	2	9,0
Anabilim dalları		
Hemşirelik esasları	16	73,0
Pediyatri	2	9,0
Cerrahi	2	9,0
Dahiliye	1	4,5
Yönetim	1	4,5
Konular		

Duyarlılık	10	45,2
Etik ikilem/Etik karar verme	6	27,4
Tutum ve davranışlar	3	13,7
Algı	3	13,7
Örneklem grubu		
Hemşireler	18	81,2
Hemşirelik öğrencileri	2	9,1
Hemşireler ve diğer sağlık personeli	2	9,1
Toplam	22	100

Tablo 1’de, araştırmaya dâhil edilen tezlerin verilerine ilişkin dağılım verilmektedir. Tablo incelendiğinde, 2017 yılında %27,4, 2019 yılında %18,2, 2013 ve 2016 yıllarında %13,7 oranlarında çalışılırken 2009 ve 2014 yıllarında hiç çalışılmadığı görülmüştür. Ayrıca 2014-2019 yılları arasında toplam 16(%72,73) tez çalışmasına 2009-2014 yılları arasında 6(%27,27) tez çalışması ile sınırlı olduğu görülmüştür. Tez sayısı yıllara göre değişkenlik göstermekle birlikte, hemşirelikte yasal ve etik konulara ilişkin çalışmaların son 5 yılda artış gösterdiği söylenebilir. Tablo 1’de çalışmaların neredeyse tamamına yakının(%91,0) yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirildiği görülmektedir. Konuya ilişkin doktora tezlerinin sayısının az olması dikkat çekici bir bulgudur. Akademik sürecin başlangıcı olan yüksek lisans eğitimi temel araştırma becerilerinin kazandırıldığı dönemdir. Genellikle durum tespit etmeyi amaçlayan tanımlayıcı çalışmalar yüksek lisans tezlerinde, müdahaleli çalışmalar ise doktora tezlerinde yapılmaktadır. Hemşirelikte etik/yasal konuların daha çok yüksek lisans tezlerinde ele alınmasının nedeni bu durum ile ilişkili olduğu düşünülmüş, konu ile ilgili müdahaleli çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan lisansüstü tezlerin %91,0’i tanımlayıcı, %9,0’u deneysel tipte gerçekleştirmiştir. Literatürde hemşirelikte etik/yasal konulara ilişkin yapılan çalışmalarda hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemler, etik duyarlılık düzeyleri, etik ve yasal konulara yönelik tutum ve davranışlar, etik eğitim durumu gibi durum tespitini içeren konularda tanımlayıcı çalışmalar yer almakta, etik/yasal konulara yönelik eğitim ve uygulamaları ele alınan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. (8-12). Tanımlayıcı çalışmalar, bir durumla ilgili ilgili olayları, kişi, yer ve zaman özelliklerine göre tanımlayan, sağlık hizmetlerinde planlamalar yapılmasını sağlayan, hem ucuz olması hem de zaman kazandırması gibi özelliklerinden dolayı tercih edilen çalışma türüdür. Deneysel çalışmaların ise neden sonuç ilişkisini tespit etmesi ve müdahale grubunun olması, kanıt düzeyinin tanımlayıcı çalışmalara oranla yüksek olmasına karşın, maliyet ve uygulama açısından güçlükleri vardır (13). Deneysel çalışmaların güçlükleri dikkate alındığında tanımlayıcı çalışmaların oranının yüksek olması, doktora ve uzmanlık sürecinde müdahaleli çalışmaların yapıldığı bulgusu yukarıda söz edilen öngörüyü destekler niteliktedir.

Çalışma bulgularımızda ülkemizde yapılan tez çalışmalarının farklı anabilim dallarında uzmanlaşmış hemşireler tarafından ele alındığını ortaya koymaktadır. Hemşirelik esaslarında yapılan çalışmaların (%73,0) diğer anabilim dallarında (pediatri, cerrahi, dahiliye, yönetim) yapılan tüm çalışmaların toplamından (%27,0)daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin hemşirelik esasları alanında temel hemşirelik konularının ve bu konular ilişkin sorunların odaklanması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar konu içeriklerine göre değerlendirildiğinde sağlık alanında etik/yasal konulara/durumlara etik duyarlılık (%45,2) konusunun, etik ikilem/etik karar verme, algı, tutum ve davranışlar ile ilişkili yapılan çalışmaların tamamının oranına (%54,8) yakın olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelikte yasal ve etik konular yapılan uygulamaya, hasta ve sağlık profesyonelinin psikolojik durumuna, algı, tutum ve

davranışlara etik ikilemlere ve karar verme becerilerine ilişkin farklı açılardan karşılaşılabılır. Bu durum ortaya çıkan sorunlara çözüm bulmakta farklı anabilim dallarında uzmanlaşmış hemşirelerin müdahalesini gerektirmektedir. Yapılan çalışmalar örneklem özelliklerine göre incelendiğinde hemşirelerin(%81,2) ilk sırada yer aldığı ve diğer örneklem grubunun (hemşirelik öğrencileri, hemşirelerle birlikte diğer sağlık personeli) tamamından (%18,2) daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelikte yasal ve etik konuların daha çok alanda çalışırken karşılaşılmaması nedeniyle bu oranın yüksek olduğu düşünülmektedir.

Sonuç Ve Öneriler

Yapılan çalışma, bu konuda gerçekleştirilmiş tezlerin konu eğilimleri hakkında bir fikir vermekte, hemşirelik lisansüstü tezlerinde etik/yasal konuların önemsendiğini ortaya koymaktadır. Bu konular özellikle son yıllarda tez çalışmalarında daha fazla yer almakla birlikte, daha çok tanımlayıcı tipte çalışmaların yapıldığı görülmüştür. Son 10 yılda hemşireliğin birçok alanında tez konusu olarak yasal ve etik konuların ele alındığı görülmektedir.

Sonuç olarak, etik/yasal konular her geçen gün hemşirelerin karşı karşıya kalabileceği, karar vermekte zorlanılan, etik ikilemlerin yaşandığı çok boyutlu bir mesleki problemdir. Ülkemizde hemşirelik alanında yapılan lisansüstü eğitim kapsamında yapılacak tezlerde bu konuya daha fazla yer verilmesi, çalışmalarda sorun tespitinin yanı sıra, etik/yasal konuların çözümüne yönelik eğitim ve uygulamaları içeren çalışmalara öncelik verilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar;

1. Oran NT, Yüksel E. (2015). Kültürlerarası Hemşirelik ve Etik Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2015;1(3):7-13
2. Oğuz NY, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. Biyoetik terimleri sözlüğü. Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara. 2005.
3. Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. Alter Yayıncılık, Ankara, 2010
4. Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar, Bakım Modelleri, Politik Yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul: 2013
5. Görgülü RS, Dinç L. Ethics in Turkish nursing education programs. Nurs Ethics. 2007;14(6): 741-52.
6. Karasar, N. Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavram, İlkeler, Teknikler. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık. 1994; s. 183-190
7. Ekiz D. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Lisans Yayınları, 2003: 153-158
8. Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Özgür E, Yavuz H. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(2): 52-60
9. Filizöz B, Mesci G, Aşçı A, Bağcıvan E. Hemşirelerde Etik Duyarlılık: Sivas İli Merkez Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma. İGİAD 2015; 8(1): 47-66
10. Akbaş M., Tuncer İ, & Kadioğlu S. Lisans düzeyindeki hemşirelik okullarında etik eğitiminin durumu. DEUHFED 2014; 7(3). 206-211
11. Küçük S, Uysal N, Çalbayram NÇ, Kahrman İ, Altundağ S, Gönenç İ. Hemşirelik öğrencilerinin etik karar verme düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2017; 3: 157-162.
12. Sabancıoğulları S, Kol EU, Arslantaş AT, Toğanemur F, Ülker F. Hemşirelerin etik karar verme düzeyi ile profesyonel benlik kavramları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi- DEUHFED2018; 11(2): 105-112
13. Yılmaz E, Çöl M. Kanıtı dayalı tıp. J Clin Anal Med 2014; 5(6): 537-42

Sözel 15 (TAM METİN)

KARANLIK VE DERİN AĞLAR: ÇOCUKLAR İÇİN YENİ BİR RİSK

Dark and Deep Webs: A New Risk For Children

Şenay Aras Doğan*Kadriye Cansu Demirkan**

*Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü,

**Yozgat Şehir Hastanesi, Hemşire

ÖZET

İnternet ve bilişim teknolojileri günlük hayatın ayrılmaz bir parçası olarak başta dezavantajlı çocuk grupları olmak üzere dünya çocukları için pek çok avantaj sağlamaktadır. Bu avantajların yanı sıra daha az bilgi sahibi olduğumuz karanlık ve derin ağlar çocukların güvenliğini tehdit etmektedir. Çocuklar internet ve bilişim teknolojilerinin risklerini kavrayamazlar ve zarar görme olasılıkları artar. Çocuklar bu ağlar tarafından kolaylıkla istismar edilebilirler. Bu riskleri belirlemek ve koruyucu önlemler almak küresel ölçekte çaba gerektiren bir durum olmakla birlikte devletlere ve özellikle ebeveynlere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocuk istismarı, karanlık ağ, derin ağ, güvenli internet.

ABSTRACT

As an integral part of daily life, Internet and information technologies provide many advantages for children of the world, especially disadvantaged children's groups. In addition to these advantages, dark and deep Networks that we know less threaten the safety of children. Children cannot comprehend the risks of internet and information technologies, and they are more likely to be harmed. Children can be easily exploited by these networks. While identifying the risks and taking preventive measures is a global effort, government and especially parents have great responsibilities.

Keywords: Child abuse, dark network, deep network, secure internet.

Giriş

Günümüzde pek çok avantajı olduğunu kabul ettiğimiz internet ve bilişim teknolojilerinin karanlık yüzü gün geçtikçe daha fazla dikkati çekmektedir. İnternet ağı buz dağına benzetildiğinde arama motorları tarafından indekslenemeyen ve kamuya açık tüm bilgileri içeren “görünen ağ” buz dağının oldukça küçük bir kısmını oluşturmaktadır (Şekil 1). İnternette endekslenmeyen ya da endekslenemeyen “derin ağlar” giriş için kimlik bilgisi gerektiren herhangi bir web sitesi veya sistemleri içerir. Özel yazılımlarla ulaşılan “karanlık ağlar” kullanıcılara kınanmadan, suçlanmadan ya da ceza almadan pek çok özgürlük alanı sağlar (Retzkin,2018).Karanlık ağın kullanım alanları arasında ilk sırayı çocuk pornografisine erişim daha sonra insan ve organ kaçakçılığı, yasadışı kumar, uyuşturucu satışları, bilgilerin sızdırılması ya da izinsiz paylaşımlar, kara para aklama, telif hakkı ihlali, kredi kartı dolandırıcılığı, kimlik hırsızlığı, yasa dışı silah satımı, terörist gruplar arasında iletişim gibi illegal durumlar bulunmaktadır (Weimann, 2015). Bu ağlar suçluların ortak menfaatleri çerçevesinde buluşmalarını ve organize olmalarını kolaylaştırır.

Karanlık Ve Derin Ağların Çocuklar İçin Oluşturduğu Riskler

Dünya genelinde internet kullanıcılarının üçte birini 18 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. Çocuklar özel yaşamın gizliliğinin kaybı da dâhil çevrimiçi tehlikelerden orantısız biçimde etkilenmektedir. Çocukların riskleri kavrama olasılıkları daha az, zarar görme olasılıkları ise daha fazladır. Sanal para, uçtan uca şifreli platformlar, karanlık ağ canlı yayınları yaygınlaştırmakta ve yasaların uygulanmasında ciddi sorunlar yaratmaktadır. Artık çocuklar hiçbir yerde güvende değildir (UNİCEF, 2017).Her gün bize ve çocuklarımıza pek çok “bilgi” gelmektedir. Çocuklar bir şarkıda ya da bir arkadaşın duyulan kelime ile daha fazla bilgi edinmek için arama motorlarına başvurabilirler. Sadece birkaç fare tıklamasıyla masum meraktan başlayan şey çocuğu hazır olmadığı duygulara ve düşüncelere sürükleyebilir (Owen ve Savage 2015).

Çeşitli yazılımlarla (TOR, FreeNet) ulaşılabilen karanlık ağ siteleri ve kullanıcılar isimsizdir. Karanlık ağlar suçu mümkün kılarken, siber suçların ortaya çıktığı tek alan değildir. İnternet sitelerinin %2'si çocuk pornografisiyken karanlık ağda internet trafiğinin %80'den fazlası çocuk pornografisi içerir. Çeşitli şekillerde çocukların 8 yaşından itibaren pornografik içeriklere maruz kaldığıda belirtilmektedir. (Ovwigbo ve Ross, 2015; Owen ve Savage 2015). Ağların genelindeki içerikler değerlendirildiğinde %96'sının ev ortamında oluşturulduğu ve istismarcının çocuğu kendi çocuğu gibi gösterdiği belirtilmektedir. Çocukların %98'i 13 yaş ve altındadır. Görüntülerin %96'sı kız çocuklarına aittir. Çoğunlukla diz üstü bilgisayarlarda oluşturulan içeriklerin sadece %4'ü mobil cihazlarda oluşturulmuştur (IWF, 2018). Federal Soruşturma Bürosu (FBI) Amerika Birleşik Devletleri ve uluslararası bölgelerden 2.000.000 pedofili kullanıcı tutuklanmıştır (Özkay ve İslam, 2019). Çocukları bu şekilde istismar eden kişilerin istismarcı-manipulatif kişilik özelliğine ve düşük ahlaki değerlere sahip olduğu belirtilmektedir (Seigfried vd., 2008). Bu tür istismarlarda 10 yaş ve altı çocuklarda aile üyelerinden birinin istismarcı olma oranı %76 olarak bildirilmektedir (Şekil 2). 10 yaş ve üzeri çocuklarda istismarcı çoğunlukla bir yabancıdır. İstismara uğrayan çocukların %55'i istismarcıyla internet üzerinden tanışmıştır (THORN, 2018).

Türkiye'de hanelerin %88.3'ünün internet erişimine sahip olduğu düşünüldüğünde çocukların büyük bir çoğunluğunun erken yaşlarda internete erişim imkanı olduğu tahmin edilebilir (TÜİK, 2019). Geline nokta da çocukların dünya ile iletişimini kesip koruyucu bir balon içinde yetiştirmek mümkün değildir (Ovwigbo ve Ross, 2015).

Ailenin Sorumluluğu

Çocukları bu risklerden koruyabilecek pek çok yazılım bulunsada bu konuda en büyük sorumluluk ebeveynlere düşmektedir (Retzkin, 2018). Türkiye'de ebeveynlerin üçte ikisi bilişim okur-yazarı değildir. İnternet risklerine karşı çocuklarını yeterince koruyamamaktadırlar (Yorgancı, 2018). Yetişkinler, çocuklar tarafından sosyal medya ve kullanımı konusunda bilgi yetersizliğinden doğan korkular, önyargılar ve tedirginlikler yaşamaktadır. Bu durum çocukları internet ağlarının tüm risklerine karşı daha savunmasız hale getirmektedir. Unutulmamalıdır ki ebeveynler bilişim teknolojilerinin kullanımı konusunda kendilerini geliştirmedikleri sürece çocuklarını korumaları çok zordur.

Aileler internet ve bilişim teknolojileri ile ilgili bilgi sahibi olma konusunda istekli ve yeni bilgilere açık olmalıdır. Çocuklarla bilişim teknolojileri, riskleri ve siber zorbalık konusunda konuşulmalıdır. Çocuk zorbalık gösterdiğinde kesin dille uyarılmalı, tolerans gösterilmemelidir. İnternet erişimi olan cihazların ortak kullanım alanlarında bulundurulmasını sağlamalıdır. Çocuklar, kimlik bilgileri, kart bilgileri, ev adresi, okul adı, telefon numarası, ebeveynlerin kimlik, iş ve iletişim bilgileri gibi kişisel bilgileri başkaları ile paylaşmamaları konusunda bilgilendirilmelidir. Çocukların sosyal gelişimi için sportif, sanatsal vb. faaliyet seçenekleri sunulmalıdır. Çocuğun istismar edildiği fark ettiğinizde derhal hareket geçilmelidir. Çocuk ebeveynlerinin ona yardım edeceğini bilmelidir. Çoğu web servisi uygunsuz içerikleri engelleme imkanı vermektedir. Yetkili makamların istemesi ihtimaline karşın suç teşkil edebilecek metin iletileri, e-postaları ve diğer siber zorbalık kanıtları saklanmalıdır. Gerçek hayatta uyulması gereken kurallar olduğu gibi sanal ortamlarda da dikkat edilmesi gereken etik kurallar olduğu unutulmamalıdır. Özellikle ergenlik dönemindeki çocuklar için sosyal ağlarda çok sayıda arkadaş sahibi olmak eğlenceli görünebilmektedir. Sanal ortamda çok fazla arkadaş sahibi olmanın riskleri belirlenmeli ve konuşulmalıdır. İnternette isteyen herkesin kasıtlı ya da kasıtsız olarak yanlış bilgi yayabileceğini unutulmamalıdır. Bilgisayar ve internet kullanım süresi belirlenmelidir. Engelleyici ve yasaklayıcı

tedbirlerden kaçınılmalıdır. Bilinçlendirici ve destekleyici bir yaklaşım ile zararlı olanın internetin kendisi değil, barındırdığı uygunsuz içerikler olduğu belirtilmelidir (Kamu Siber Güvenlik Derneği, Sarıkaya ve Seferoğlu, 2018).

Yasal Boyut

Kanunlarımızda çocuk pornografisinin bir tanımı bulunmamakla beraber Türkiye'nin de kabul ettiği Avrupa Konseyi Siber Suçlar Sözleşmesinin 9. Maddesinde “(1) cinsel anlamda müstehcen bir eyleme reşit olmayan bir kişinin katılımı, (2) cinsel anlamda müstehcen bir eyleme reşit görünmeyen bir kişinin katılımı ve (3) cinsel anlamda müstehcen bir eyleme reşit olmayan bir kişinin katılımını gösteren ve gerçek olmasa da gerçek gibi algılanan görüntüler içeren pornografik materyaller” çocuk pornografisi olarak kabul edilmiştir (Kamu Siber Güvenlik Derneği).

Türk Ceza Kanunu'nun 226.maddesinde bir çocuğa müstehcen görüntü, yazı veya sözleri içeren ürünleri veren ya da bunların içeriğini gösteren, okuyan, okutan veya dinleten, bunların içeriklerini çocukların girebileceği veya görebileceği yerlerde ya da alenen gösteren, görülebilecek şekilde sergileyen, okuyan, okutan, söyleyen, söyleten, bu ürünleri, içeriğine vakıf olunabilecek şekilde satışa veya kiraya arz eden, bu ürünleri, bunların satışına mahsus alışveriş yerleri dışında, satışa arz eden, satan veya kiraya veren, bu ürünleri, sair mal veya hizmet satışları yanında veya dolayısıyla bedelsiz olarak veren veya dağıtan, bu ürünlerin reklamını yapan kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis ve adli para cezası ile cezalandırılacağı belirtilmektedir. 227. madde çocuğu fuhşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran, bu maksatla tedarik eden veya barındıran ya da çocuğun fuhşuna aracılık eden kişi, dört yıldan on yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılacağını, bu suçun işlenişine yönelik hazırlık hareketleri de tamamlanmış suç gibi cezalandırılacağı belirtmektedir. 228. madde kumar oynanması için yer ve imkân sağlayan kişi, bir yıla kadar hapis ve adli para cezası ile cezalandırılacağını, çocukların kumar oynaması için yer ve imkân sağlanması hâlinde, verilecek cezanın bir katı oranında arttırılacağını belirtmektedir (Türk Ceza Kanunu).

Çocuk pornografisi insan ticaretinin başka bir formu olarak değerlendirilebilir. Pornografik içeriklerin bir pazar alanının olması, çocukların gelecekte cinsel sömürü için kaçırlılma ve diğer baskı türlerine maruz kalma olasılıklarını devam ettirmektedir. İnternet ve diğer teknolojilerin bu tür suçları kolaylaştırması çocukların korunması için çok daha fazla çaba gerektiğini göstermektedir.

Kaynaklar

Internet Watch Foundation (IWF). Trends in Online Child SexualExploitation: Examiningthe Distribution of Captures of Live-streamed Child SexualAbuse, 2018. <https://www.iwf.org.uk/sites/default/files/inline-files/Distribution%20of%20Captures%20of%20Livestreamed%20Child%20Sexual%20Abuse%20FINAL.pdf>Erişim Tarihi: 07.10.2019

Kamu Siber Güvenlik Derneği, <http://kamusgd.org.tr/siber-guvenlik-cocuk/07.10.2019>

Ovwigho CA, Ross PM, editors, FromManagingYourFamily's High-TechHabits, Tandem 2015, Ohio.

Owen G, Savage N, editors, The Tor Dark Net, Global Commission on Internet Governance, Series:15, 2015; 6. <https://www.cigionline.org/sites/default/files/no200.pdf>Erişim Tarihi: 07.10.2019

Ozkaya E, Islam R, editors, Inside the Dark Web, Taylor & Francis Group, 2019; 22.

Retzkin S. TheDangers of the Dark Web Online scams. In: Hands-On Dark Web Analysis. Packt Publishing 2018; 153-168.

Seigfried KC., Lovely RW., Rogers MK. Self-reported online childpornographybehavior: a psychologicalanalysis. International Journal of CyberCriminology 2008; 2 (1): 286-297.

Sırakaya, M, Seferoğlu, SS. Çocukların çevrim-içi ortamlarda karşılaştıkları riskler ve güvenli internet kullanımı.In: AkkoyunluB, İşmanA, OdabaşıHF, eds. Eğitim Teknolojileri Okumaları 2018, tojet, 2018: 185-202.

THORN. SurvivorInsightsThe Role of Technology in DomesticMinorSexTrafficking, 2018https://www.thorn.org/wp-content/uploads/2018/06/Thorn_Survivor_Insights_061118.pdf07

TÜİK. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2019. Haber Bülteni 2018, Sayı: 30574

Türk ceza kanunu Kanunu No. 5237 <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html> 07.10.2019

UNICEF. Dünya çocuklarının durumu 2017 özet dijital bir dünyada çocuklar. New York: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu. 2017;6-20.

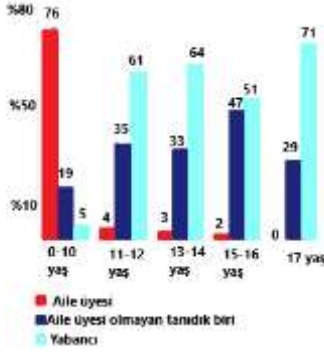
Weimann, G. Going Dark: Terrorism on The Dark Web. Washington, Studies in Conflict&Terrorism 2015; 1-24.

Yorgancı PD. Çocukların sosyal medya kullanımlarına yönelik yetişkin tutumları üzerine nitel bir inceleme. Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi 2018; 3(5): 182-202.

Şekiller



Şekil 1. Görünen ağ, derin ağ ve karanlık ağ (Retzkin, 2018)



Şekil 2. İstismar maduru çocukların yaşları ve istismarcı yakınlığı (THORN, 2018)

Sözel 16 (TAM METİN)

ADLİ HEMŞİRELİKTE İLETİŞİM Communication in Forensic Nursing

Fatma Esma Tüzen*, Dr. Öğr.Üyesi.Emel Gülnar**

*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm, 4.Sınıf Öğrencisi

** Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm,

ÖZET

Adli hemşirelikte hemşirenin iletişim becerisi önemlidir. Hemşireler karşılaştıkları adli vakalarda bireyi ilk gören ailesi ya da yakınlarıyla ilk iletişime giren muayene sırasında eşyalarına dokunma ve bireyden alınan laboratuvar örnekleri ile ilk temas eden kişidir. Hemşirelerin adli vakalarla iletişim kurarken hastayı adıyla hitap etmesi, hemşirenin kendisini tanıtmayı, olaya sakin ve yargısız yaklaşması, uygun göz teması kurması, empatik ve güven verici olması, profesyonel davranması ve her bireyi kendi kültür içinde ele alması önemlidir. Ayrıca hemşire hastanın gizliliğini ve mahremiyetini korumaya özen göstermelidir. Adli vakaların tedavisi ve çözümünde rol alan hemşirelerin, adli vakalarda mağdurların psikolojisi ve mağdurlarla etkin iletişim yöntemleri ile ilgili eğitim almaları önerilir.

Anahtar kelimeler: adli hemşirelik, iletişim, hemşirelik

ABSTRACT

Communication skills are important for a forensic nurse. In judicial cases, a forensic nurse is the first person to see a crime victim and their family. Furthermore, a forensic nurse comes into contact with a victim's belongings and the laboratory samples collected from a victim. It is important for forensic nurses to address victims by their names, introduce themselves, have a calm and unbiased approach to the case, have appropriate eye contact, be emphatic and reassuring, behave professionally and evaluate each individual within the context of their own culture. Moreover, a forensic nurse should always protect the confidentiality and privilege of the victims. Nurses who take part in treating victims and solving judicial cases are advised to receive training in better understanding the psychology of victims and in effective communication methods with victims.

Keywords: Forensic nursing, communication, nursing

Giriş

Hemşirelik, bireylerin biyopsikosozyal ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanan bilim ve sanattan oluşan bir meslektir. Hemşireler, eğitim ve deneyim yoluyla kazandıkları sağlık çıktılarını sanatkâr bir şekilde uygulamaktadırlar. Hemşireler bilimsel bilgisinin yanı sıra kişilerarası iletişim becerilerini de iyi bir şekilde kullanması gerekir. Hemşire-hasta ilişkisi, tüm hemşirelik uygulamalarının temel taşıdır. İletişim; fikirlerin, duyguların, düşüncelerin, niyetlerin ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir (1,2). İletişim iki ya da daha çok kişi arasındaki fikir alışverişini kapsayan dinamik sosyal bir süreçtir.İletişim aktarılan-alınan ve anlaşılabilir bilginin kullanıldığı yöntemdir. Hasta-hemşire ilişkisini oluşturulmasında temel elementtir (3,4). Hemşire-hasta ilişkisinin niteliğini belirleyen iletişim becerilerinin önemi “hasta bakımının kalbi”, “hastanın iyileşmesinde anahtar” gibi kavramlar ile tanımlanmaktadır (2, 4,5). İletişim, hemşireliğin her alanında, tedavi, rehabilitasyon, eğitim ve sağlığı geliştirme gibi tüm girişimlerde önemli bir unsurdur (4). Etkili iletişim hastanın ifadelerini ve deneyimlerini anlamasını ve hemşirenin de hastayı anladığı mesajını da vermesini gerektirir. Bu nedenle hemşirelerin iletişim becerilerini geliştirmeleri gerekir. Ayrıca farklı hemşirelik alanlarında iletişimin çeşitli yönlerini ve uygulamalarını öğrenmeleri gerekir (6). Bu farklı alanlardan biride adli hemşireliktir. Adli hemşirelikte hemşirenin iletişim becerisi önemlidir. Çünkü hemşireler adli vakalarda sadece hastalarla değil hasta yakınları ve diğer ekip üyeleri ile de iletişim kurmaktadır. Hemşireler

karşılaştıkları adli vakalarda bireyi ilk gören ailesi ya da yakınlarıyla ilk iletişime giren muayene sırasında eşyalarına dokunan ve bireyden alınan laboratuvar örnekleri ile ilk temas eden kişidir. Bu bağlamda kurulan iletişim kendiliğinden ve rastgele değil, terapötik bir iletişimdir (7-10).

Terapötik İletişim

İletişim süreci, fiziksel, kültürel, sosyal ve psikolojik durumlardan oluşur. Hemşire ve hasta arasında terapötik bir iletişim olması gerekir. Terapötik iletişim, sağlık çalışanları ile hastalar arasında sadece bilgi almak değil, aynı zamanda aktif katılımlı zihinsel bir süreçtir. Terapötik iletişimde hemşire profesyonel yardım edici rolünü üstlenir. Hemşire etkileşimi başlatır, yönetir ve sorumluluk alır. Hemşire ve hasta arasındaki iletişim güven ilişkisine dayalıdır (11,12). İletişim için uygun koşullar sağlanarak hastanın hemşirenin yanında kendini rahat hissetmesi sağlanarak, gizliliğin korunması gerekir (4,13,14).

Adli Hemşirelikte İletişim

Adli hemşireler mağdur/şüphelileri ya da ailesi ile ilk iletişime giren muayene sırasında eşyalarına dokunan ve bireyden alınan laboratuvar örnekleri ile ilk temas eden kişidir. Bu bağlamda kurulan ilişki kendiliğinden ve rastgele değil, terapötik bir iletişimdir (7, 10, 15). Bu nedenle adli vakalarda hemşirenin iletişim becerisi önemlidir. ANA tarafından belirlenen adli hemşireliğin standartlardan biriside iletişimdir. Bu standartta göre, hemşirelerin tüm uygulama alanlarında etkili iletişim kurması gerektiği belirtilmiştir. Bunun için hemşire sonuçları tanımlamada fiziksel ve davranışsal bulgularla ilgili verileri toplar. Etkili iletişimin önündeki engelleri tanımlar ve uygun uyarlamalar yapar (16). Adli vakaları değerlendirirken iletişime geçen hemşirenin deneyimli olması, mağdur/şüpheliyi yönlendirmeden açık ve anlaşılan sorular sorması ve iletişime geçtiği hastanın ve yakınlarının vermiş olduğu ifadeden ses tonu ve vücut dilini anlamlandırarak adli vakayı tanımlayabilmesi oldukça önemlidir. Ayrıca hemşirenin mağdur ve ailesine uygun ortamlar yaratarak ve uygun yöntemle görüşme yapılmasını sağlayarak oluşabilecek ikincil travmanın önlenmesi gerekir. Hemşirelerin mağdur/şüphelilerle iletişim kurarken kendi güvenlik alanlarını da korumaları gerekir. Mağdur/şüphelinin de tedirginliğini azaltmak için kendi güvenlik alanını ihlal edilmediğini de bilmesi gerekir (17, 18)

Hemşirelerin adli vakalarla iletişim kurarken hastayı adıyla hitap etmesi, hemşirenin kendisini tanıtmaması, olaya sakin ve yargısız yaklaşması, uygun göz teması kurması, empatik ve güven verici olması, profesyonel davranması ve her bireyi kendi kültür içinde ele alması önemlidir. Ayrıca hemşire hastanın gizliliğini ve mahremiyetini korumaya özen göstermelidir. Hemşireler tarafından hastaya tüm işlemler sırasında durumu ile ilgili açıklayıcı kısa bilgiler verilmeli ve bireyin vücuduna dokunmadan önce izin alınmalıdır (10,18). Hemşirelerin adli vakayı değerlendirme sürecini, hemşirenin kendi algı ve değerleri etkilemektedir. Hemşire adli vaka ile karşılaştığında, kendi inançlarına bağlı olarak hastaya yönelik önyargılı olabilir, öfke, kızgınlık ve korku yaşayabilir. Hemşirenin yaşadığı bu duygular hastaya yaklaşımını etkileyebilmekte ve hastanın savunmaya geçmesine neden olabilmektedir. Hemşirenin kendi duygularının farkında olması ve bu duyguları kontrol etmesi gerekir. Ayrıca hemşire objektif olarak duygularını uygulamalarına karıştırmamalıdır. Adli vakalarda hemşire-hasta iletişimi hastayla ilk karşılaşıldığı anda başlamalıdır. Adli vaka ile iletişimin ilk safhasında hemşire, hasta ile güvene ve saygıya dayalı bir iletişim kurmalıdır. Hemşire hastaya tüm işlemler sırasında durumu ile ilgili açıklayıcı kısa bilgiler vermelidir. Hemşirenin adli vakayı dikkatli ve empatik iletişimle dinlemesi son derece önemlidir. Ayrıca hemşire, adli vaka olarak değerlendirilen hastanın ruhsal durumunu da değerlendirmeli, hastada korku, davranış bozuklukları, regresif davranışlar, düşük benlik saygısı, depresyon, intihar girişimi, alkol ve madde kullanımı gözlenmeli ve gerekiyorsa psikolojik yardım alması için diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği sağlanmalıdır (19,20,21).

Çocuk Vakalarda İletişim

Hemşire yalnızca yetişkinlerle değil aynı zamanda çocuklarla da iletişime geçmesi gerekir. Çocukla ilgili adli olayların açık ve net bir şekilde ortaya konabilmesi için hemşirenin çocuklarla iletişime geçerken dikkatli, hassas ve ayrıntılı bir şekilde gözlem yaparak davranması gerekir. Çocuklarla olan iletişimde aile önemli bir yer tutmaktadır. Hemşire hem çocukla hem ailesiyle olan iletişimde pozitif, yapıcı ve güvene dayalı bir iletişim sergilemelidir. Hemşire, çocuk ve ailenin, adli olaylarla ilgili yarattığı korkuların, rahatsızlıkların farkında olmalı ve stresle baş etmelerine yardımcı olmalıdır (22,23). Çocukla görüşme yapılırken, çocukların olayı açıklama şekilleri, kullandıkları kavramlar ve gelişim düzeyleri göz önünde tutulmalıdır. Hemşirelerin bu süreçte çocukla iletişim kuracak ve uyum yakalayacak kapasite ve yeteneğe sahip olması gerekir (23). Görüşme yapılırken hemşire çocuklara karşı hassas olmalı, çocuğun görüşme öncesinde rahatlatılması ve görüşme sırasında doğal bir ortam sunulmalıdır. Ayrıca görüşme sırasında çocuğa açık olunmalı, yardım edilmeye çalışıldığı hissettirilmeli, görüşme ile ilgili bilgi verilmeli ve uygun sözcükler seçilmesine özen gösterilmelidir (24).

Çocuk-hemşire arasında iletişim başlarken, hemşire çocuğun da onayını alarak, iletişimin amaçlarını, süresini ve bitiş aşamasını planlar. Bu süreçte hemşire çocuklarla konuşulurken tehdit edici olmayan sorularla başlamalıdır. Daha sonra çocuğun duygu ve düşüncelerinin ifade edilmesine olanak sağlayarak sorunları belirler ve iletişimi güçlendirmeye devam eder. Aynı zamanda hemşire çocuğun yaşına uygun konuşma teknikleri kullanılmalıdır. Ancak, hemşire çocuğa aynı konuda tekrar tekrar sorular sormaktan kaçınılmalıdır (25).Çocukla iletişimde çocuğun kendini ifade etmesi, anlatması için teşvik edici sözler kullanmak gerekir. Örneğin: “Anlatmak ister misin? Sen ne dersin? Senin düşüncen nedir? Senin ne hissettiğini, ne düşündüğünü merak ediyorum” gibi sözler çocuğu konuşmaya teşvik edicidir. Anlatması için çocuğu sıkıştırmak, zorlamak, korkutmak ve sorgular gibi “Niçin yaptın? Neden yaptın?” gibi sorular sormak, anlattıkları için çocuğu yargılamak çocuğun içe kapanmasına yol açar. Bu durumda çocuk iletişimden kaçınır (23,24). Hemşireler çocukla iletişim kurarken adli olayların erken tanınmasında, engellenmesinde, ebeveynlerin ve toplumdaki tüm bireylerin eğitilmesinde önemli rolü vardır. Çünkü hemşire genellikle çocuk ve ebeveynlerle ilk karşılaşan, ilk iletişim kuran kişidir (26,27).

Acil Servislerde İletişim

Acil servisler, kriminal veya kişiler arası şiddet kullanımı olaylarında, kurban, zanlı veya faillerin, kısaca adli vakaların sıkça başvurduğu birimlerdir. Acil servislerde sıklıkla karşılaşılan adli vakalar; cinsel-fiziksel istismara uğramış kadınlar, cinsel-fiziksel istismara uğramış çocuklar, ateşli silahlarla yaralanmış bireyler, kesici-delici-künt aletlerle yaralanmış bireyler ile ilaç ve besin intoksikasyonlardır (28). Acil servis hemşirelerinin adli kanıtları tespit etme, toplama ve koruma konularındaki rolü son derece önemlidir. Adli kanıtların tespit edilmesi, toplanması ve korunması özel bilgi ve beceri gerektirir (9).Acil servis hemşireleri hastayı ilk gören, ilk konuşan ve laboratuvar örneklerini alan ilk kişiler oldukları için adli kanıtlar konusunda çok hassas olmalıdırlar. Hemşireler kanıtları toplarken bireyle iletişimde dikkatli olmalıdır. Hemşire mağdur/şüpheli konumunda yer alan bireyle sözlü veya sözsüz iletişimde bulunurken ön yargıdan uzak, duygularını, jest ve mimiklerini kontrol altında tutması gerekir. Her vakada olduğu gibi adli vakalarda da hemşire profesyonel bir şekilde yaklaşım sergilemelidir. Hemşire bireyi tedirgin edecek kelimelerden uzak bir şekilde iletişime geçmelidir. Hemşire hasta arasındaki iletişim sırasında yaşananların gizli kalacağı hastaya açıklanarak hastanın güveni sağlanmalıdır (29,30)

Kriz Durumunda Adli Hemşirelik ve İletişim

Adli olaylar bireyler için bir kriz durumudur. Bu nedenle hemşirelerin krize müdahalede etkili iletişim becerisi kullanması gerekir. Krizle karşılaşan birey ilk önce sakin görülebilir, ancak saldırı/travma hakkında sorular sorulduğunda endişeli ve ajite olabilir. Kriz müdahaledeki amaç mağduriyetin önlenmesi, konforun artırılması ve iyileşmenin sağlanması olmalıdır. Krize müdahalede yaygın kullanılan tekniklerden birisi psikolojik ilk yardımdır (31, 32). Dünya Sağlık Örgütü, felaket ya da travma sonrası

psikolojik ilk yardım ilkelerini; izlemek, dinlemek ve bağ kurmak olarak üç basamakta tanımlanmıştır(33).İzlemek, hemşire olayın gerçekleştiği ortamı, güvenliği, ciddi stres tepkisi gösteren ve acil temel ihtiyaçları olan bireyleri gözlemlemeyi kapsar. Dinlemek, desteğe ihtiyacı olan bireylerin ihtiyaç ve kaygılarını dinlemeyi ve sakinleştirmeyi kapsar. Bu aşamada bireyin endişelerinin dikkatli bir şekilde dinlenmesi ve gizliliğinin sağlanması gerekir. Bireyde travmanın azaltılması için sorulan sorular sınırlandırılmalıdır. Bağ kurmak ise, bireylerin temel ihtiyaçları olan hizmetlere ve kişilere ulaşmalarını sağlamayı kapsar. Ayrıca bireyin geçmişte kullandığı pozitif başa çıkma kaynaklarının da belirlenmesine yardımcı olmayı kapsar (17, 31, 33).

Kriz sonrası bazı bireyler çok yoğun stres reaksiyonu gösterebilirler. Böyle durumlarda bireylerin sakinliğinin sağlanabilmesi için anksiyetelerinin azaltılmasına yönelik girişimlerde bulunmak gerekir (32). Bu süreçte bireyler aşırı karamsar, kaygılı ve şaşkın olabilir. Bazı insanlar kriz sırasında meydana gelen eylemler için kendilerini suçlayabilir(32,33,34). Bu durumda hemşirenin sakin olması ve anlayış göstermesi, stres altındaki insanların kendilerini önemsenmiş hissetmelerine yardımcı olur (34). Aynı zamanda kriz yaşayan bireyler hikâyelerini anlatmak istemeyebilir. Bu süreçte bireylere destek olmak gerekir. Ancak anlatmaları içinde baskı yapmamak gerekir(32,34). Kriz yaşayan bireye yaklaşımda; hasta ile hemşire arasında dört vücut genişliğinde bir mesafe bırakılmalı, acil çağrı butonlarını yerini ve nasıl ulaşacağınızı bilinmeli, sakin bir ses tonu kullanılmalı, rahat bir ortam sağlanmalı, uygunsuz konuşma veya davranışlar için sınır koyulmalı ve bu davranışların sonucunda ne olacağını bildirilmelidir. Ayrıca hastayla tartışmaktan ve meydan okumaktan kaçınılmalıdır (17,31).

Sonuç

Son yıllarda ülkemizde özellikle çocuk istismarı, cinsel saldırı ve kadına yönelik şiddet başta olmak üzere adli vakalar sürekli artış göstermektedir. Hemşireler adli vakaların tedavisinde ve çözümünde önemli roller üstlenmektedirler. Adli olayların çözülmesine destek veren hemşireler mağdur/şüphelilerle sözlü veya sözsüz iletişime geçmek durumunda kalmaktadır. İyi bir hemşire-hasta ilişkisi olmadan, hastalar kendileri ile ilgili bilgiyi açıklamak istememektedirler. Adli vaka ile iletişimin ilk safhasında hemşire, hasta ile güvene ve saygıya dayalı bir iletişim kurmalıdır.Bundan dolayı adli hemşirelikte iletişim büyük önem arz etmektedir. Adli vakaların tedavisi ve çözümünde rol alan hemşirelerin, adli vakalarda mağdurların psikolojisi ve mağdurlarla etkin iletişim yöntemleri ile ilgili eğitim almaları önerilir.

KAYNAKLAR

1. Craven RF, Hirmler C, Jensen S. Hemşirelik Esasları; İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları. Çevirenler: Uysal N, Çakırcalı E. Ankara: Palme Yayıncılık; 2015.
2. Özcan, A. Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. Ankara: Sitem Ofset. 2006.
3. Terakye, G. Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. 1994.
4. Fakhr-Movahedi A, Negarandeh R, Salsali M. ExploringNurse-PatientCommunicationStrategies. Hayat Journal ofFaculty of Nursing&Midwifery 2012; 18(4): 28-46.
5. Shattell M. Nurse-patientinteraction: A review of theliterature. Journal of ClinicalNursing 2004; 13: 714-722.
6. Wikstrom BM, Sviden G. Exploringcommunicationskillstraining in undergraduatenurseeducationby means of a curriculum. NursingReports. 2011; 1(1): e7.
7. Boersma RR. Looking closer: Forensicnursing. Nursingmanagement 2008; 39(5): 31-34.
8. Çilingir D, Hintistan S. Adli Hemşireliğin Kapsamı ve Yasal Boyutu. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9(1): 10-15
9. Gökdoğan MR, Altunçul H. (2002). Adli Hemşirelik: kapsam ve görevi. Hemşirelik Forumu 2002; 5(5): 16-21
10. Lynch VA. Forensicnursingscience: Global strategies in healthandjustice. EgyptianJournal of ForensicSciences 2011;1:69-76
11. Kourkouta L, Papathanasiou LV. Communication in nursingpractice, Mater Sociomed 2014; 26(1): 65-7.

12. Crisp J, Taylor C. Potter&Perry's Fundamentals of Nursing, Australia: Marrickville, NSW. 2005.
13. McCarthy DM, Buckley BA, Engel KG, Adams JG, Cameron KA. Understanding patient-provider conversations: what are we talking about? Acad Emerg Med 2013; 20(5): 441-8.
14. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. BMJ 2005; 330: 374-375.
15. Çevik SA, Başer M. Adli Hemşirelik Ve Çalışma Alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 21(2): 143-152
16. ANA scope and standards of practice. 2010. <https://www.speakcdn.com/assets/2369/nursingscopestandards.pdf>.
17. Price B, Maguire K, Price B. Core curriculum for forensic nursing Retrieved from. 2015. <http://ebookcentral.proquest.com>
18. Martin T, Street AF. Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2003): 543-551.
19. Encinares M, McMaster JJ, McNamee J. Risk assessment of forensic patient nurses' role. Journal of Psychosocial Nursing 2005; 43(3):30-36.
20. Özden D, Yıldırım N. Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 2009; 16(3):73-81
21. Onat Bayram GO, Beji Kızılkaya B. Sağlık çalışanlarının cinsel şiddet mağduru kadına yaklaşımı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2009; 17(1):41-47.
22. Taner Y, Gökler B. Çocuk İstismar ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:82-86.
23. Soğukbulak Ö, Küçükoglu S, Aytekin A. Çocuk Acil Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Olgulara Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences 2014: 63-70
24. Sunmaz D. Cinsel saldırı ve cinsel istismar iddiası ile başvuran çocukların jinekolojik muayeneleri sırasında kaygılarını gidermede adli hemşirenin rolü. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 2012.
25. Özdemir B, Celbiş O. Çocukta Cinsel Saldırının Muayene Zamanlaması. Cinsel Saldırıya Uğramış Çocukta Erken ve Geç Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi. Medicine Science 2012; 1(1):55-64.
26. Danielson CK, Holmes MM. Adolescent Sexual Assault: An Update of the Literature. Curr Opin Obstet Gynecol 2004; 16(5): 383-388.
27. Gönenler HD. Zihinsel Engelli Çocuklarda İhmal-İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. J. Exp. Clin. Med 2010; 27:137-143
28. Baştürk P. Acil Servis Başvurularının Adli Olgu Yönünden İncelenmesi. Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Master Tezi, İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul. 2001.
29. McGillivray B. The Role Of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: A review of the literature. Accident and Emergency Nursing 2005; 13(2): 95-100.
30. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 31(1):25-29.
31. Roberts AR, Ottens AJ. The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. Brief Treatment and Crisis Intervention 2005; 5(4):329-339.
32. Landoy BVN, Hechanova MRM, Ramos PAP, Kintanar NSM. The Application and Adaptation of Psychological First Aid: The Filipino Psychologists' Experience After Typhoon Haiyan. Philippine Journal of Psychology 2015; 48:81-104.
33. World Health Organization. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: WHO; 2011. Available at: http://www.searo.who.int/srilanka/documents/psychological_first_aid_guide_for_field_workers.pdf. Accessed October 10, 2019.
34. Kılıç N, Şimşek N. Psikolojik ilk yardım ve hemşirelik. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2018: 212-218.

Sözel 17 (TAM METİN)

TIBBİ HATALAR VE ETİK DUYARLILIK

Medical Errors And Ethical Sensitivity

Esra ÖZCAN*, Doç.Dr.Hüsna Özveren**

* Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 4. Sınıf Öğrencisi

** Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Tıbbi hatalar son yıllarda tüm dünyada ve ülkemizde giderek önem kazanan bir problem olmaya devam etmektedir. Tıbbi hatalar morbidite ve mortalite oranlarında artışa, hastanede geçirilen sürenin ve tedavinin uzaması ile maliyet artışına neden olmasının yanı sıra, hasta ve hasta yakınları ile sağlık personellerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık profesyonelleri içerisinde yer alan hemşireler, tıbbi hatalarla daha sık karşılaşmaktadırlar. Hemşirenin uygulamada karşılaşacağı riskler konusunda dikkatli olması ve gerekli önlemleri alması özen yükümlülüğünün bir gereğidir. Bu nedenle hemşireler tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında büyük bir öneme sahip, kilit rol oynayan meslek üyeleridir. Bu bağlamda, hemşirelerde eğitimleri boyunca etik duyarlılığın oluşturulması hastanelerde tıbbi hataların azaltılıp hasta güvenliğinin sağlanmasında önemlidir. Aynı zamanda hemşirelik bakımının ahlaki yönü göz önüne alındığında, nitelikli hemşirelik bakım hizmetinin sunumunda etik duyarlılığın önemi açıktır. Tıbbi hata durumlarında hemşirelerin etik sorunu farkedebilmesi, soruna ilişkin çözümler üretebilmesi ve çatışmayı önleyebilmesi için etik duyarlılıklarının geliştirilmesi önemlidir. Tıbbi hataların önlenmesine yönelik kurum kültürü oluşturulması, tıbbi hata algısının önemsenmesi ve tıbbi hatada etik duyarlılığın önemini vurgulamak amacıyla sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Tıbbi hata, etik duyarlılık, hasta güvenliği

ABSTRACT

Medical errors continue to be an increasingly important problem in the world and in our country in recent years. Medical errors cause an increase in morbidity and mortality rates, prolongation of hospital stay and cost of treatment and increase the cost, as well as adversely affect patients and their relatives and health personnel. Nurses, who are among health professionals, are more likely to encounter medical errors. It is a necessity of the nurse to be careful about the risks to be faced in practice and to take the necessary precautions. For this reason, nurses are key occupational members who play a crucial role in reducing medical errors and ensuring patient safety. In this context, establishing ethical awareness throughout nurses' training is important in reducing medical errors in hospitals and ensuring patient safety. At the same time, considering the moral aspect of nursing care, the importance of ethical sensitivity in the provision of qualified nursing care service is clear. In the event of medical error, it is important that nurses develop ethical awareness in order to recognize the ethical problem, produce solutions to the problem and prevent conflict. Establishing a corporate culture for the prevention of medical errors, caring for the perception of medical errors and organizing continuous training programs in order to emphasize the importance of ethical sensitivity in medical errors may be recommended.

Key word: Medical error, ethical sensitivity, patient safety

Hasta Güvenliği Kavramı

Hatasız ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu hasta güvenliği ile sağlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre hasta güvenliği "Sağlık bakımının temel kriteri"dir (1). Hasta güvenliği; sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkabilecek hataların önlenmesi, hataya bağlı olarak ortaya çıkan sorunların giderilmesi veya

etkilerinin azaltılması olarak tanımlanmaktadır (2). Hasta güvenliğinde temel amaç, sağlık hizmeti alan bireyleri ve sağlık personellerini fiziksel ve ruhsal olarak pozitif yönde etkileyebilecek bir ortam oluşturmak, sağlık hizmetini hastaya zarar vermeden sunmaktır (3). 1999 yılında ABD'de Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute Of Medicine) tarafından yayınlanan raporda sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında oluşan tıbbi hatalara dikkat çekilmiş; kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez unsurun hasta güvenliği olduğu bildirilmiştir (4). Uluslararası Hemşireler Birliğinin (ICN) yayınladığı hasta güvenliği durum bildirgesinde, hasta güvenliğinin sağlanmasının kaliteli hemşirelik hizmetlerinin önemli olduğu vurgulanmıştır (5). Sağlıkta kalitenin artırılması hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi ile mümkün olabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan bireyler hasta güvenliği açısından birçok riskle karşı karşıya kalmaktadır (6). Hasta güvenliğini tehdit eden tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının bilinmesi ile mümkün olabilir (7).

Tıbbi Hata Kavramı

Tıbbi hatalar son yıllarda tüm dünyada ve ülkemizde giderek önem kazanan bir problem olmaya devam etmektedir (8). Sağlık Bakım Örgütleri Birleşik Akreditasyon Komisyonu (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tıbbi hata kavramını; "sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi" şeklinde tanımlamaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütüne göre her 10 hastadan biri tıbbi hatalar nedeniyle ciddi şekilde zarar görmektedir (10) ve bu sayı meme kanseri veya trafik kazasından ölenlerin sayısından daha fazla olmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 2016 yılında yayınlanan bir makalede tüm ölüm nedenleri arasında tıbbi hatalara bağlı ölümlerin üçüncü sırada yer aldığı bildirilmiştir (11). Avrupa ülkelerinden elde edilen veriler incelendiğinde ise, hastanede yatan hastalarının %8-12'sinin tıbbi hataya maruz kaldığını, yılda 750 binden fazla tıbbi hatanın meydana geldiğini ve bu durumun yaklaşık 3.2 milyon hastaneye yatışa, 260 bin kalıcı sakatlığa ve 95 bin ölüme neden olduğu belirtilmektedir (12). Ülkemizde 21 Mart 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma açılan Güvenlik Raporlama Sistemine (GRS) göre 74.383 tıbbi hata bildirimi yapılmıştır (13). Türkiye'de tıbbi hata oranlarına ilişkin Yüksek Sağlık Şurasından görüş alınan 112 olgunun değerlendirildiği tıbbi uygulama hatalarının yaklaşık %50'sinin ise tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir (14). Tıbbi hatalar morbidite ve mortalite oranlarında artışa, hastanede geçirilen sürenin ve tedavinin uzaması ile maliyet artışına neden olmakta ayrıca hasta ve hasta yakınları ile sağlık personellerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca tıbbi hataların ortaya çıkması; toplumun sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına güvenini azaltmaktadır (15). Tıbbi hatalar sağlık profesyonellerinde motivasyon kaybına kendini güçsüz hissetmesine, anksiyete ve tükenmişlik yaşamasına, hastanın sağlık profesyonellerine güvensizlik duymasına ve sağlık profesyonelinin işten ayrılmasına neden olmaktadır (16).

Türkiye'de tıbbi hata boyutları "hasta güvenliği kültürünün tam yerleşmemiş olması ve hata yapması durumunda cezai işlem uygulanması ihtimali ile sağlık sektöründe çalışanların, yaptıkları hataları bildirmekte istekli olmaması gibi nedenlerden dolayı tam olarak bilinmemektedir" (17). 2010 yılında yapılan bir çalışmada hata yapma oranının %6,2 ve hataya şahit olmak oranının %10,4 olduğu belirtilmiştir (18). Tıbbi hataya maruz kaldığını ifade eden toplumdaki birey oranının ise %22 olduğu saptanmıştır (19). Ülkemizde her geçen gün tıbbi hata iddiasıyla açılan dava sayısı artmaktadır. Hemşirelere karşı açılan davalarda ise, diğer ülkelere oranla az da olsa artış vardır. Bu artışların nedeni, sağlık hizmetlerinin sayı üzerinden değerlendirilmesi, harcamaların azaltılmasına öncelik verilmesi, eğitim düzeyindeki farklılıklar, hukuk

sistemindeki yetersizlikler, medyadaki hatalı tutum, hasta ve yakınlarının gerçekçi olmayan beklentileri olabilir (20).

Hemşirelikte Tıbbi Hatalar

Hemşireler sağlık ekibinin, hastanın iyilik haline ulaşana kadar hasta ile en uzun süre birlikte olan meslek grubudur. Sağlık hizmeti sunan çalışanların çoğunluğunu oluşturan hemşireler, tıbbi hatalarla daha sık karşılaşmaktadırlar. Bu sebeple, tıbbi hataların nedenlerinin belirlenmesinde hemşirelerin önemli rolü vardır (21). Ülkemizde 2016 yılı GRS verilerine göre, en sık hata yapan meslek grubunun hemşire olduğu bildirilmiştir (22). Hemşireler bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyilik halinin sürdürülmesinde önemli bir role sahiptirler. Bu rolleri yerine getirirken çeşitli sebeplerden ötürü tıbbi hata yapma açısından risk altındadırlar (23). Hemşireler fazla iş yükü, uzun çalışma saatleri, vardiyalı sistem ile çalışma, hasta ve yakınları ile sürekli temas halinde olmanın getirdiği duygusal yükler gibi sebeplerden ötürü yoğun iş yüküne sahiptirler. Bu sebeplerden dolayı hemşirelerin hata yapma olasılıkları diğer meslek gruplarına göre daha fazladır (24). Literatürde, hasta güvenliğini de tehdit eden hatalı hemşirelik uygulamalarının sıklıkla ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, düşmeler, iletişim problemleri ve hatalı tıbbi ekipman kullanımı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ülkemizde hemşirelerin aldıkları eğitim düzeylerinin farklı olması da tıbbi hataları arttıran bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca hemşirelerin, yasalar karşısında kendilerini korumaları için de tıbbi hata alanlarını bilmeleri önemlidir (25,26).

Ersun ve arkadaşlarının (27) çalışmasında, çocuk hemşirelerinin %60.0'ının tıbbi hata ile karşılaştığı; Özkan ve arkadaşlarının (28) çalışmasında tıbbi hata oranının %35.5 olduğu; Glaheb ve arkadaşlarının (29) çalışmasında ise, tıbbi hata oranının %27.6 olduğu saptanmıştır. Akgün Şahin ve Kardeş Özdemir'in yaptığı çalışmada (30) hemşirelerin yaptıkları tıbbi hatalar arasında en fazla ilaç uygulama hatalarının yapıldığı ve bu hataların iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması ve çalışılan birimin sabit olmaması gibi faktörler nedeniyle yapıldığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Ersun ve arkadaşları (27) ile Çırpı ve arkadaşlarının (31) çalışmalarında da hemşirelerin en çok yaptığı tıbbi hata türünün ilaç uygulama hataları olduğu belirtilmiştir. Literatürde (32) hemşirelerin yaptıkları tıbbi hata nedenlerine ilişkin bulgular incelendiğinde ise; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi ve yorgunluğun tıbbi hataya neden olan faktörler olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Ertem ve arkadaşlarının (33) çalışmasında servislerde çalışan hemşire sayısının artması ile ilaç hatalarının azaldığını bildirmişlerdir. Literatürde tıbbi hatalara ilişkin çalışmalar yer alsa da tıbbi hataya neden olan faktörlere ve ülkemizdeki tıbbi hata oranlarına ilişkin yeterince veri bulunmamaktadır (34). Tıbbi hatalar risk faktörlerine yönelik önlemlerin zamanında alınması ile en aza indirilebilir ve bu hataların hastaya ulaşmadan önlenmesi son derece önemlidir (24).

Güvenlik, hemşirelik eğitiminin önemli bir bileşenidir. Hemşirelik eğitiminde öncelikle güvenlikle ilgili bilgi ve beceri kazanımı sağlanmalıdır. Bunlar arasında SBAR (Situation – Background – Assessment – Recommendation), alarm ve uyarılarla çalışma ve klinik ortamdaki uygulamalara ulusal standartları entegre etme gibi iletişim tekniklerini kullanmak da önemlidir (35). Ayrıca profesyonel hemşirelik eğitimi ile tıbbi hatalar önlenir. İlaç hatalarını önlemek amacıyla özellikle hekim ve hemşireler ilaç hataları konusunda eğitilmeli ve hatayı rapor etmeleri sağlanmalıdır. Hasta kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulması sağlanmalıdır. Hastanelerde hasta güvenliği kültürü oluşturulmalı, bu amaçla yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktiviteler belirlenmeli, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden rapor edilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam yaratılmalı, riske açık uygulamalarda çözümler üretilmeli, hasta güvenliği konusuna kaynak ayrılmalıdır (36).

Sağlık hizmetinin sunumunda tıbbi hataların engellenmesi, hatalar nedeniyle olası zararlardan korunmak, hataların olma olasılığını ortadan kaldırmak hasta güvenliğinin temel hedefidir (36). Tıbbi hataları belirlemek, tanımlamak, analizini yapmak tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılmasını sağlar. Tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılmasının ilk basamağı hataların bildirimidir. Hata bildirimi, hasta güvenliği kapsamında risklerin azaltılması ve engellenmesine hizmet ettiği için önemle ele alınmalıdır (37). Yapılan bildirimler sayesinde tıbbi hataların önlenmesi, oluşacak olan etkili bir güvenlik kültürü ile gerçekleşebilir (38). Hasta güvenliğinde hataların azaltılması, güvenli bakım ortamı ile sağlanır. Güvenli ortam ise çalışanlara destek sağlanarak, katılımları ile oluşturulur (37). Yapılan bildirimler sayesinde sistemlerin gelişmesi ve risk faktörlerinin azaltılması sağlanabilir. Bildirimlerin gönüllü katılım ile sağlanması ve sağlık profesyonellerinin bildirim yapma konusunda cesaretlendirmesi gerekmektedir (39). Türkiye’de hasta güvenliğini tehdit eden olaylara ilişkin yapılan bir dizi çalışma sonucunda, 01 Temmuz 2011’de Güvenlik Raporlama Sistemi kurma kararı alınmıştır. 01 Nisan 2012 tarihi itibarıyla geçerli olan bu sistem, hastaya zarar veren veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların yanı sıra benzer olayların da engellenmesini amaçlamaktadır. 30 Kasım 2018 tarihi itibarıyla bu sisteme gelen bildirim sayısı 316778 olurken bunların; 11522’ini ilaç hataları, 272305’ini laboratuvar hatası, 23978’ini cerrahi hatalar, 8973’ünü de diğer hasta güvenliği hataları olduğu belirlenmiştir (40).

Etik Duyarlılık Kavramı

Sağlık bakım sisteminin bir parçası olan hemşirelik mesleği, uygulama alanında birçok konuda hasta için en doğru kararı vermeyi gerektirir. Hemşireler genişleyen rol ve fonksiyonları ile geçmişe göre daha karmaşık kararlar vermek ve bu kararların sorumluluğunu üstlenmek durumundadırlar (41). Teknolojik ilerlemelerin neredeyse günlük olarak değiştiği bugünün sağlık hizmeti sistemindeki hemşireler çoğu zaman çözümlemekte zorlandıkları etik sorunlar ile yüz yüze kalabilmektedirler (42). Her tıbbi uygulamanın kendine has bir etik boyutu vardır; etik bilincine ve duyarlılığına sahip olmak bu boyutu dikkate almaya ve değerlendirmeye almayı sağlamaktadır (43). Hemşirelik, insan ile iç içe olması nedeniyle etik kural ve etik ilkelere sahiptir. Klinik uygulamalarda bu ilkeleri dikkate alan hemşireler sorumluluklarının farkında olup daha kaliteli hemşirelik bakımı sunmaktadırlar (44). Günümüz bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, aynı zamanda yaşam ile ölüm arasındaki çizginin giderek belirsizleşmesine, etik problemlerin ortaya çıkmasına, bakım işlevlerinin karmaşık bir hal almasına ve beraberinde tıbbi hataların artışına neden olabilmektedir. Bu karmaşıklık hemşirelerin etik ikilemlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (45).

Etik sorunlardan biri olan etik ikilemler, doğru yanıtları bilinmeyen durumlar olup ikilemlerin çözümünü sağlayan kesin kuralları olmayan durumlardır (46). Etik ikilemlerle karşılaşan hemşirelerin, uygun çözüm yolları bulması ve uygun kararlar verebilmesi beklenmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin var olan etik problemleri tanıması ve çözümleyebilmesi için, etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir. Hemşirelerin karşılaştıkları bu etik sorunlar karşısında doğru karar verebilmeleri beklenir. Ancak hemşirelerin, etik problemleri tanıması ve çözümleme aşamasında doğru kararları verebilmesi için, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması gerekmektedir. Çünkü karmaşık bir süreç olan etik karar verebilme, etik bilgisi kadar etik duyarlılık da önemlidir (47).

Hemşirelikte Etik Duyarlılık

Etik duyarlılık, çatışmaların yaşandığı bir ortamda yer alan etik değerlere dikkat edilmesi ve bir durumda kendi rol ve sorumluluğun kendiliğinden fark edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Etik duyarlılık, etik olarak doğru olanın ne olduğunu bilmek, yapılan eylemlerin doğruluğundan emin olmak, karşılaşılan etik sorunları ortaya koymak ve yaşanan ikilemleri önlemektir (48). Etik duyarlılık, çelişkilerle dolu durumlarda ahlaki

değerler ya da kişinin var olan durum içinde kendi rol ve sorumluluklarının farkına varması olarak tanımlanmaktadır (49). Etik sorunların fark edilmesi, doğru kararların alınması ve en uygun davranışların uygulanması gerekir. Kısacası duyarlılık, etik konusunda bilinçli olmak ve uygulamalarda bunları yapmaya özen göstermektir (48).

Etik duyarlılık; etik açıdan savunulabilir klinik etik yargılarda bulunma kapasitesini içerir (50). Hemşirelerden yaşadıkları etik sorunlar karşısında doğru karar alabilmeleri beklenmektedir. Etik karar verme, etik duyarlılığın gelişmesine bağlıdır. Etik duyarlılık, etik problemleri çözme, açıklık getirme veya eylemi haklı çıkartmakla birlikte mutlak bir etik sorunu önleyebilmektedir (51). Hemşirelerin, etik sorunu tanınması ve çözüm getirebilmesi, uygun kararı verebilmeleri için, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılıklarının gelişmiş olması beklenmektedir (52). Hemşireler hastaların fiziksel ve duygusal gereksinimleri için duyarlı olmalı ve bakım sürecinde bunlara yer vermelidirler. Hemşirelerin yüksek etik duyarlılığa sahip olması, mesleki profesyonelleşmeye katkıda bulunduğu kadar, hemşirelik bakımının kalitesini de doğrudan etkileyen bir durumdur (53).

Etik duyarlılık, etik karar verme sürecinde bireysel yeterliği tanımlamak için kullanılır (54). Bu nedenle kaliteli hemşirelik bakımının sunumunda etik davranış sergileyebilmenin ilk basamağı etik duyarlılığa sahip olabilmektir (55). Etik duyarlılık aynı zamanda hemşirelerin bakım verdikleri hasta-sağlıklı bireyleri anlamaları, gereksinimleri saptamaları, mevcut durumu yorumlayabilme, durumun farkında olmaları ve uygun cevabın verilmesini sağlamaktadır (52). Etik duyarlılığa sahip ve eleştirel yaklaşabilen hemşireler etkili hasta bakım tutumu geliştirebilir (56). Aynı zamanda bakımda etkili hasta tutumu gerçekleştirmek tıbbi hataların azalmasına da olanak sağlayacaktır. Etik duyarlılık hemşirelerin etik karar verme sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Etik duyarlılık etik ikilemlerin belirlenip ve bu ikilemlere alternatif çözümlerin içinde bulunan uygun değerlerin değerlendirilebilmesi için gereklidir (57).

Etik duyarlılık hemşirelik etik eğitimi ile geliştirilmekte, mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemeyle devam ettirilmektedir (52). Etik duyarlılığın gelişmesi, hemşirelerin kendi değerlerinin farkında olması ve bunların insan davranışlarını nasıl etkilediğini bilmesi, bakım verdikleri bireylere daha duyarlı bir bakım vermesine yardımcı olacaktır (58). Hemşirelik etik eğitiminde hemşirelerin etik duyarlılıklarının değerlendirilmesi, etik eğitiminin etkinliğinin belirlenmesinde yararlı olabilmektedir, bu değerlendirme eğitimin iyileştirilmesine ve standardizasyonuna rehberlik edecektir. Etik eğitiminin, hemşirelik öğrencilerinde etik duyarlılığın geliştirilmesine etkisi ile ilgili literatürde birkaç çalışmaya ulaşılmıştır (59). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 250 öğrenciyle yapılan bir çalışmada, öğrencilerin eğitimleri ilerledikçe etik duyarlılığa ilişkin bakış açıları, ahlâkî konuları kavramaları ve kavramsallaştırmalarının giderek arttığı saptanmıştır (60). Güney Kore'de yapılan çalışmada ise benzer şekilde, birinci sınıf öğrencilerinin hasta odaklı bakımda ahlaki duyarlılık puanlarının son sınıf öğrencilerine göre daha düşük olduğu anlaşılmıştır. Ve hemşirelik eğitiminde etik içeriğin artırılmasıyla öğrencilerin etik duyarlılığının arttığı saptanmıştır (59). Bu nedenle etik eğitiminin, hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılık düzeyini artırarak uygulamada ve sahada karşılaşılabilecekleri etik ikilemlerin üstesinden gelmeye hazırlayacak şekilde olmalıdır.

Hemşirelik mesleği etik açıdan duyarlı ortamlarda uygulamayı hak eden bir meslektir. Dolayısıyla her bireyin etik açıdan yüksek duyarlılığa sahip hemşirelerden bakım alma hakkı vardır. Etik açıdan duyarlı hemşirelere sahada da çok ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca etik duyarlılığa sahip olmak ve beraberinde etik sorunlara çözüm getirebilmek profesyonel olabilmenin önemli bir boyutudur. Çözüme kavuşan etik sorunlar, bakımda niteliğin artmasına ve tıbbi hata oranlarının azalmasına zemin

hazırlayarak; tıbbi hatalarda etik duyarlılığın ne kadar önemli olduğunda göstergesi olacaktır (61,62)

Hemşire mesleğini kanun ve yönetmelikler ışığında, bilimsel bilgisini kullanarak ve etik penceresinden bakmayı ihmal etmeden uygular. Hemşirelerin görev alanları ve yükümlülükleri her geçen gün genişlemektedir. Hastaya uygulanacak her bakım ve tedavinin riskleri vardır. Hemşirenin uygulamada karşılaşacağı riskler konusunda dikkatli olması ve gerekli önlemleri alması özen yükümlülüğünün bir gereğidir (61). Bu nedenle hemşireler tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık çalışanları içinde büyük bir öneme sahip, kilit rol oynayan meslek üyeleridir (62). Bu bağlamda, hemşirelerde eğitimleri boyunca etik duyarlılığın oluşturulması hastanelerde tıbbi hataların azaltılıp hasta güvenliğinin sağlanmasında önemlidir. Aynı zamanda hemşirelik bakımının ahlaki yönü göz önüne alındığında, nitelikli hemşirelik bakım hizmetinin sunumunda etik duyarlılığın önemi açıktır. Tıbbi hata durumlarında hemşirelerin etik sorunu farkedebilmesi, soruna ilişkin çözümler üretebilmesi ve çatışmayı önleyebilmesi için etik duyarlılıklarının geliştirilmesi önemlidir (63). Hemşirelik müfredatında yer alan etik derslerinin farklı öğretim yöntemleriyle anlatılarak öğrencilerin, etik duyarlılıklarını içselleştirebileceği ve tıbbi hataya ilişkin olumlu tutum kazanmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi gerekir (64).

Sonuç ve Öneriler

Etik duyarlılık hastanın örselenebilir, hassas durumunu ve başkaları adına alınan kararların ahlaki sonuçlarını anlama yeteneğidir. Bu nedenle hemşirelerin etik duyarlılıklarının artırılması hastalarına bakım verirken tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğini sağlama açısından önemlidir. Etik duyarlılığı yüksek olan hemşirelerin tıbbi hatalara ilişkin tutumlarının da olumlu olması beklenir. Etik duyarlılığın artırılması ve tıbbi hatalara ilişkin olumlu tutum kazandırmada etik eğitimi önemli katkı sağlar.

Tıbbi hataların önlenmesine yönelik kurum kültürü oluşturulması, tıbbi hatalara yönelik kültürün geliştirilmesinde özellikle tıbbi hata algısı yönünde eğitim verilmesi ve tıbbi hata algısının önemsenmesi ve tıbbi hatada etik kodların ve etik duyarlılığın önemini vurgulamak amacıyla sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Kaynaklar

1. İnandır İ, Serbest Ş. “Hasta Güvenliği Kursu Eğitim Kitapçığı”. 6. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 3-6 Mayıs 2009. Aydın, 3-6.
2. Mülâyımoğlu, A. “Halk Eğitim Merkezine Devam Eden Bireylerin Hasta Güvenliğine İlişkin Görüşleri ve Tıbbi Hatalarla İlgili Deneyimleri”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2012.
3. Sur H, Özsanı, S H ve Say B. Hastane Yönetimi. (H. Sur, T. Paltekin, Ed.). Hasta Güvenliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2013 ; 509-521.
4. Kohn LT, Corrigan J M ve Donaldson MS. To Err Is Human: Building A Safer Health System, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, 1999; 26-49.
5. Alcan Z, Tekin D E ve Çivil S Ö. Hasta Güvenliği Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. 2012.
6. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi. 2000.
7. Farquhar M., Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice. AORN J. 2007;86(3):455-7.
8. Polat O, Pak Ş İ. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi. 2011;2(3):119-25
9. JCAHO . Sentinel Event Statistics, www.jointcommission.org/Library/TM_hysicians/ mp2006
10. World Health Organization (WHO) 2010. Patient safety. [Cited: 2018 June 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patientsafety>
11. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016; 353:i2139.
12. World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe 2018. Patient Safety. [Cited: 2018 June 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/Health-systems/patient>

safety/dataand-statistics

13. Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016 . 2016 yılı istatistik ve analiz raporu. Erişim Tarihi: 15.06.2018. Erişim adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6483_grs2016rapor1pdf.pdf?0
14. Türkan H, Tuğcu H. 2000-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gulhane Med J.* 2004;46(3):226-31.
15. Miller KP. Malpractice: Nurse practitioners and claims reported to the national practitioner data bank. *JNP.* 2011;7(9):761-3, 73.
16. Jones JH, Treiber L. When the 5 rights go wrong; medication error from the nursing perspective. *J Nurs Care Qual.* 2010;25(3):240-7.
17. Canatan H, Erdoğan A, Yılmaz S. Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hata Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Çalışma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane ile İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2015; 2(2), 82-89
18. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya örneği, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010; 8, 100-111
19. Filiz E. (2009). Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Alınanmasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya. (2009).
20. Civaner M. "Malpraktis" yerine "hizmet kaynaklı zarar". *Türk Pediatri Arşivi*, 2011; 46(1), 6-11
21. Yücesan A, Alkaya S. Bireylerin Tıbbi Hatalarla İlgili Görüş ve Deneyimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2017; 44(1), 26.
22. Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) 2016. 2016 yılı istatistik ve analiz raporu. Erişim tarihi: 5.06.2018. Erişim adresi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Ekle nti/6483_grs2016rapor1pdf.pdf?0
23. Miller KP. Malpractice: Nurse practitioners and claims reported to the national practitioner data bank. *JNP.* 2011;7(9):761-3, 73.
24. Farquhar M, Sharp BA, Clancy CM. Patient safety in nursing practice. *AORN J.* 2007; 86(3):455-7.
25. Larson K, Elliott R. Understanding malpractice: a guide for nephrology nurses. *Nephrol Nurs J.* 2009;36(4):375-7
26. Brady AM, Malone AM, Fleming S. A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *J Nurs Manag.* 2009;17(6):679-97.
27. Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013; 29(2):33-45.
28. Özkan S, Kocaman G, Öztürk C, Seren Ş. Frequency of pediatric medication administration errors and contributing factors. *Journal of Nursing Care Quality* 2011; 26(2):136-143. <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182031006>
29. Ghaleb MA, Barber N, Franklin BD, Wong IC. The incidence and nature of prescribing and medication administration errors in pediatric inpatients. *Archives of Disease Childhood* 2010; 95(2):113-118. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.158485>
30. Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Hemşirelik Eğitim Ve Araştırma Dergisi.* 2015;12 (3): 210-214
31. Çırpı F, Merih Y, Kocabay M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3):2536.
32. Özata M, Altunkan H. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizinin yapılması. Kırımlaz E, editör. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2010. 3-20
33. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (Malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009; 84(1):1-10
34. Kıymaz D, Koç Z. Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *J Clin Nurs.* 2018;27(56):1160-9.
35. Craven RF. ve Hirnle CJ. (2009). *Fundamentals of Nursing. Human Health and Function.* 6th Edition. Lippincott. Williams and Willkins. Philadelphia,57-65.
36. Balık, H. Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Glikin Tutumları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.(2014).
37. Güleç D. Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği'nin Geliştirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.(2012).
38. Oğuz N. (2004). Yüksek Riskli Bir Mekan: Sağlık Kuruluşu. *Tıp Dünyası*. Erişim Tarihi, 03.11.2018, <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php>.
39. Tomey MA. *Guide to Nursing Management and Leadership.* Sixth Edition, Mosby Lmt, St. Louis Missouri, 2000; 382-416.

40. Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemi. Erişim: 20.11.2018
<https://grs.saglik.gov.tr/Stats.aspx>
41. Aydın Y, Dikmen Y, Kalkan SC. Ebelik öğrencilerinin hasta bakım uygulamalarında etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 2016; 7, 168-174.
42. Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics*, 2015; 22, 661-675.
43. Yıldırım G., Kadioğlu S. Etik Ve Tıp Etiği Temel Kavramları, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 29(2).
44. Avcı K. Pediatri Alanında Hemşirelerin Etik Sorunların Çözümüne Yönelik Yaklaşımlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007
45. Dinç L., Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2009; 40 (2), 113-119.
46. Elçigil A, Bahar Z, Beşer A, Mızrak, B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D ve ark. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14, 52-60.
47. Daşbilek F. Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye. (2016).
48. Dikmen Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1):1-7, 2013.
49. Pekcan H S. Yalova ili ve çevresinde görev yapan hekimlerin ve hemşirelerin etik duyarlılıkları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. (2007).
50. Baykara ZG., Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics*, 2015; 22, 661-675.
51. Filizöz B, Aşçı A, Mesci G, Bağcıvan E. Hemşirelerde etik duyarlılık: Sivas ili merkez kamu hastanelerinde bir araştırma. *İş Ahlakı Dergisi*, 2015 ; 8, 47-66.
52. Aksu T, Akyol A. İzmir'deki hemşirelerin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics Law and History*, 2011; 19(1): 16-24.
53. Dikmen Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2013; 2(1):1-7.
54. Lützén K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing ethics*. 2006; 13(2):187-96
55. Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlakı Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010; 17(2): 74-82
56. Daşbilek F. Hemşirelerin kişisel değerleri ile etik duyarlılıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye. (2016).
57. Kim YS, Park JW, You MA., Seo YS., & Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics*, 2005; 12, 595-605
58. Watson J. Values in nursing. *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2nded. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2011. p.41-6.
59. Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nurs Ethics*. 2012; 19(4): 56880.
60. Gül Ş, Genç-Kuzuca İ, Yalın NY. The ideas of nurses about the reflection of ethic education in their Professional life. *Turkish Journal Of Bioethics*. 2016; 3(2) 85-97.
61. JCAHO. Disclosing Medical Errors A Guide to An Effective Explanation and Apology. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA. 2007
62. Çetinkaya, P. Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları. Seçkin Yayıncılık, Ankara; 2016.
63. Güleç D, Seren İntepeler Ş. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013; 15(3): 26-41.
64. Kim YS, Kang SW, Ahn JA. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. *Nursing Ethics* 2012; 20(4): 470-478.
65. Escolar-ChuaRL. Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nursing ethics*. 2018; 25(4): 458-69.

Sözel 18 (TAM METİN)

ACİL SERVİSLERDE YÜKSEKTEN DÜŞME VAKALARINA YAKLAŞIMDA HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Responsibilities Of Nurses In Approach To High Fall Cases In Emergency Departments

Gülsüm ÇELİK*, **Gülay YAZICI****

*Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

**Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

ÖZET

Yüksekten düşme vakaları, acil servislerde adli vakalar arasında en sık karşılaşılan vakalar arasında bulunmaktadır. Arka planı anlaşılamayan bir yaralanma türü olması nedeni ile kaza ya da suç unsuru sonucu oluşup oluşmadığının tespitinde büyük zorluklar bulunmaktadır. Klinik ve adli bağlamda ihmal edilmemesi gereken bir yaralanma türü olarak değerlendirilen bu vakalara olan yaklaşımda oluşan eksiklikler ise sağlık-adalet sisteminin devamlılığının sağlanmasını zorlaştırmaktadır.

Akut bir yardım desteğine ihtiyaç duyan yüksekten düşme vakalarının acil servise başvurusu sonucu ilk temas ettikleri sağlık profesyonelleri hemşireler olmaktadır. Dolayısı ile adli bağlamda hemşirelere büyük görevler düşmekte ve kanıt yeterliliğinin sağlanmasında birincil kişi olarak rol almasına neden olmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin yüksekten düşme vakalarına olan yaklaşımlarında adli vaka yönetimini kullanmaları ve yaklaşımlarında neler yapmaları gerektiğini bilmeleri, sağlık-adalet sisteminin devamlılığının oluşturulmasında büyük katkılar sağlayacaktır.

ABSTRACT

Falling from height places are the most common forensic cases in emergency departments. Due to its background is an incomprehensible type of injury, there are great difficulties in determining whether it is an accident or a crime. Deficiencies in the approach to these cases, which are considered as a type of injury that should not be neglected in clinical and forensic contexts, makes difficult to maintain the health-justice system.

Nurses are the first health professionals they contact as a result of applying to emergency department in cases of falls which need acute assistance. Therefore, nurses have great responsibilities in the forensic context and cause them to play a primary role in ensuring the adequacy of evidence. For this reason, nurses should use forensic case management in their approach to situation that falling from height points and know what to do in their approach, and this will be a great contribute to the continuity of the health-justice system.

Giriş

Düşme, dünya da önde gelen ölüm nedenleri arasında yer alan ve küresel bir problem olarak görülen önemli bir sağlık sorunudur (1, 2). Yüksekten düşme ise, morbidite ve mortalite oranlarını ciddi şekilde değiştiren yaralanma türleri arasında yer almaktadır (3). Klinik tıp ve adli tıpta yapılan değerlendirmelerde sık sık yer alması nedeni ile ihmal edilemeyen bir yaralanma türü olarak görülen düşme, hastalık tanılama yüzdesi içerisinde önemli bir oranı kapsamaktadır (4). Arka planı anlaşılamayan bir yaralanma türü olması nedeniyle ise; kaza, intihar girişimi, suç girişimi ya da cinayet teşebbüsü sonucu olma ihtimali yüzünden adli vaka türleri içinde yer almaktadır (5).

Yüksekten Düşme Vakalarının Adli Vaka Kapsamında Değerlendirilmesi

Yüksekten düşme vakalarının yaralanma şeklindeki oluşum süreci genellikle senkop, alkol intoksikasyonu, narkotik alımı, opiyat ya da hallusinejik bir madde kullanımı, ayak kayması, iş kazası, suikast, intihar, tedbirsizlik ve dikkatsizlik gibi durumlara bağlı olarak gelişmektedir (6). Bireyin kendisi, başkası veya bir kurum tarafından kasıtlı ya da kasıtsız, ihmalkar ya da dikkatsiz bir eylem sonucu hastalanması,

yaralanması ya da ölümü ile sonuçlanacak bir durum içerisinde olması ve arka planda gerçekleşen eylemin ne olduğunun bilinmiyor oluşu ise adli vaka olarak değerlendirilmesine sebep olmaktadır (7, 8, 9). Dolayısı ile yüksekten düşen bir bireyin yaralanma sürecindeki sebep, adli kapsama alınmasındaki en önemli sebep olarak görülmektedir.

Acil Servislerde Yüksekten Düşme Vakalarına Yaklaşım

Düşmeler, tıbbi müdahale gerektirecek başvuruların önemli bir bölümünü kapsamakta ve trafik kazalarından sonra en çok karşılaşılan yaralanmaya bağlı ölümler arasında yer almaktadır (10). Dünya Sağlık Örgütü'nün bildirmiş olduğu rakamlara göre her yıl 646000 kişi düşmeye bağlı olarak ölmekte ve 37,3 milyon kişi düşme sonucu tıbbi müdahale görmektedir (2). Ayrıca yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından verilen bilgiye göre trafik kazalarından sonra ölümün ikinci önde gelen nedenleri arasında sayılmaktadır (2). Ülkemizde yapılan çalışmalarda oluşturulan istatistiklere bakıldığında ise; acil servislere gelen vakaların %3-10'u adli vaka olarak değerlendirilmekte olup, bunların %10-15'inin düşme vakaları olduğu belirtilmektedir (25, 26, 27, 28, 29, 30, 32). Gündüz ve Koçaşlı'nın (2017) yapmış olduğu çalışmada adli vakaların % 28,5'nin düşme/yüksekten düşme vakası olduğu belirtilmiştir (28). Peng ve ark. (2014)'nın yapmış olduğu çalışmada ise 24.672 otopside 1425 vakanın düşme sonucu öldüğü ve bu vakalardan 356 vakanın mağdur sınıfında değerlendirildiği belirtilmiş olup, 356 vakanın % 51,1'inin intihar, % 43,8'inin kaza ve % 5,1'inin cinayetten öldüğü bildirilmiştir (33). Akut bir yardım desteğine ihtiyaç duymaları sebebi ile acil servislerde sık sık yer alan düşme tanılı vakaların nasıl düştüğü ise oldukça önem arz etmektedir. Birey gerçekten bir kaza sonucu mu yaralanmıştır yoksa bir suç unsurunun sonucu olarak mı yaralanmaya maruz kalmıştır? İşte bu noktada yaralanan bir bireyin ifade yetersizliği, olayın meydana gelişindeki tanık eksikliği vb nedenlerle acil servise başvurmuş bulunması, kaza ve suç arasındaki ayrımın yapılmasını zorlaştırmaktadır (5). Bu nedenle bu vakalara olan yaklaşımda bireyin bir fail ya da şüpheli mi olduğu yoksa bir mağdur mu olduğunu ortaya çıkaracak şekilde bir yaklaşımda bulunulması oldukça önemli olmaktadır. Bu süreçte ise yasal düzenlemeler devreye girmekte ve sağlık personellerinin bu konuda bazı görevler üstlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu konuda yapılan en belirgin yasal düzenlemeler ise Türk Ceza Kanununda yer alan 5237 sayılı kanun ile belirtilmiş olup madde 205, 206, 207, 279, 280 ve 281'e göre işlem yapılması gerektiği belirtilmiş bulunmaktadır (11). Bu kanunda yer alan (11);

- Madde 279'a göre "Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" hükmü,
- Madde 280'ne göre "Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılar" hükmü,
- Madde 281'e göre "Gerçeğin meydana çıkmasını engellemek amacıyla, bir suçun delillerini yok eden, silen, gizleyen, değiştiren veya bozan kişi, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" hükmü,
- Aynı kanunun madde 205, 206 ve 207. maddelerine göre ise; resmi belgeyi bozmak, yok etmek veya gizlemek, resmi belgenin düzenlenmesinde yalan beyanda bulunmak, özel belgede sahtecilik yapmak gibi hususlar konusunda hükümler yer almakta ve bu hususların cezai nitelik taşıdığı belirtilmektedir. Aynı zamanda resmi belgelerin hatasız bir şekilde oluşturulması ve ibrazından sorumlu tutulacağına dair hükümlere de yer verilmiş bulunmaktadır.

Yüksekten Düşme Vakalarına Yaklaşımında Hemşirelik Rolü

Acil servislerde vakalara ilk temas eden ve iletişime giren bireylerin genellikle hemşireler olması nedeni ile yüksekten düşme vakalarına yaklaşımında hemşirelere büyük roller düşmektedir (8). Yüksekten düşme vakası ile iletişimde bulunan bir hemşirenin fail, şüpheli ya da mağdur ile temas halinde olabilmek ihtimali düşünüldüğünde bu vakalara yaklaşımında daha tedbirli olması gerektiği anlaşılmaktadır (12). Hemşirenin vakaya olan yaklaşımı, bir suç mahalinin potansiyel uzantısına müdahalesi gibi olmaktadır (13). Bu aşamada ise en önemli unsur delil kavramı olmaktadır. Bir hemşirenin yüksekten düşen bir vakaya olan yaklaşımında elde etmiş olduğu tüm deliller yasal kapsamda adalet unsurunun sağlanmasına olanak sağlayacaktır. Hemşireler kanıtların farkına varmaz, kanıtları tanımlama, toplama ve saklama prosedürlerini bilmez ise, adli incelemelerin zorlaşmasına ve yargı sonuçlarının değişmesine neden olacaktırlar (8).

Yüksekten Düşme Vakasına Yaklaşımında Hemşirelerin Adli Değerlendirme Sürecine Katılımı

Bir yüksekten düşme vakasının kaza, intihar girişimi, suç girişimi ya da cinayet teşebbüsü sonucu yaralanıp yaralanmadığının bilinebilmesi için vakanın adli anlamda değerlendirilmesi gerekmektedir (5). Yaklaşımında kullanılacak maddi ve manevi her türlü yöntem ise sağlık-adalet sisteminin devamlılığının sağlanmasında rol oynar.

Yüksekten düşme vakasına olan yaklaşımında hemşirelerin kullanması gereken adli vaka yönetim basamakları aşağıdaki gibidir (7, 8, 14-24):

Birincil Tanılama	• Öncelikli olarak akut olan yardım ihtiyacı değerlendirilmeli, • Hava yolu açıklığı, solunumu ve dolaşımı değerlendirilmeli, • Bilinç durumu değerlendirilmelidir.
İkincil Tanılama	• Bilinç açık ise tüm vücut sistemik olarak gözlemlenmelidir.
Hikaye Alma	• Temel hedef bireyin haklarını korumak olmalı, • Mental ve duygusal durumu gözlemlenmeli, • Duygusal olarak gösterdiği tepkilere dikkat edilmeli, • Ne zaman, nerede ve nasıl düştüğü sorgulanmalı, • Sorulan sorularda net ve açık olunmalı (Örneğin; “Sağ kolunun üzerine mi düştün?” yerine “Hangi kolunun üzerine düştün?” gibi sorular kullanılmalı), • Kullanılacak soruların bireyin cevabını değiştirecek nitelikte olmamasına özen gösterilmeli, • Ses tonu, mimik vb sözlü ifade şekillerine dikkat edilmeli, • Elde edilen tüm hikaye değiştirilmeden kayıt edilmelidir.
Muayene	• Yapılacak işlemlerin gerekliliği hastaya anlatılarak onam alınmalı, • Hasta mahremiyetine özen gösterilmeli, • Tüm vücut giysilerinin çıkarılması sağlanmalı, • Düşmeye bağlı ya da düşme öncesi olduğu düşünülen her türlü yara, ekimoz, hematoma vb. bulgular ayrıntıları ile incelenmeli, • Oluşan maruziyet bulguları ayrıntısı (cinsi, çeşidi, rengi, ölçüsü) ile kayıt edilmeli, • Her bir vücut alanı muayenesinde kontaminasyonu önlemede ayrı eldiven kullanılmalı, • Hastanın muayene ve delil toplama öncesi yıkanması önlenmelidir.

Delil Tanımlama	• Düşmeye sebep olan duygusal bir durum varsa göz ardı edilememeli, • Düşmeyi gören ya da düşme öncesi düşmesine sebep olan durumu gören ya da bilen tanık ifadeleri değerlendirme ölçütlerine alınmalı, • Fiziksel ve ruhsal durum tanımlamaları yapılmalı, • Vaka üzerinden düşen her bir materyalin kanıt olabileceği unutulmamalı, • Yaklaşımındaki her türlü maddi ve manevi unsurun kanıt niteliği taşıyabileceği düşünülmelidir.
Delil Toplama	• Somut ve soyut tüm delillere dikkat edilmeli, • Her delil için ayrı bir eldiven kullanılmalı, • Temas edilirken delilin niteliği bozulmamalı, • Sedyede getirilen bir vakada sedye çarşafı korumaya alınmalı, silkelenmemeli, katlanmasına dikkat edilmeli, ıslak alanlar varsa kurumasına izin verilmeli, • Kıyafetler üzerindeki delillerin dökülmesi önlenmeli, • Kıyafetler silkelenmeden çıkarılmalı ya da çıkarılması istenmeli, • Vaka kıyafetlerini kendi çıkarıyorsa çıkarırken yanından ayrılmamalı, • Kıyafetlerin çıkarılma işlemi beyaz ya da kahverengi bir kağıt üzerinde yapılmalı, • Kıyafetlerin çıkarılmasında kesilme işlemi uygulanmak isteniyorsa dikiş yerlerinden kesilmeli, • Kıyafetin dikiş yeri dahilindeki bir alanın delil niteliği taşıdığı düşünülüyor ise o alan delilin bulunduğu kısım dışından kesilmeli, • Kesilen kıyafetlerin kesildiğini belirtilen bir yazı ile teslimi yapılmalı, • Vaka eşyaları aile ya da yakınlarına verilmemeli, • Kıyafetler delil (kan lekesi, uyuşturucu madde kalıntısı vb.) içermesi durumunda delillerin bozulmayacağı şekilde katlanması sağlanmalı, • Islak kıyafet, cisim vb. mevcut ise kurumasına fırsat verilmeli, • Kurutma işlemlerinde kurutucu vb. kullanılmamalı, • Düşmenin sebep olduğu nedende patlama vb. durumlar söz konusu ise barut vs örnekleri, yapışkan örnek bantları ile toplanmalı, • İntihar ya da uyuşturucu kullanımı vb. şüphelerde eller muhafaza altına alınmalı, • Eller koruma altına alınmalı ve silinmemeli, • El muhafazasında plastik poşetler terlemeye sebep olması nedeni ile kullanılmamalı, • El muhafazasında kağıt türevi ürünler kullanılmalı, • Kıl vb örneklerin alınmasında pens, cımbız türevi ürünler kullanılmalı, • Alkol, uyuşturucu vb kullanımı şüphesine dayalı olarak alınan kan örneklerinde muhafaza ve örnek gönderim saatlerine dikkat edilmeli, • Yaralanmada şüpheli yaralar mevcut ise kullanılan tamponlar atılmamalı, • Tamponların kurumasına fırsat verilerek muhafazası sağlanmalı, • Kanamada kullanılacak tamponlar kanamanın sonlandığı- başladığı bölgeye göre ayrılarak alınmalı, • Vakadan elde edilecek swapların alınma, saklama ve gönderilme koşullarına dikkat edilmeli, • İstismara bağlı düşmelerde swapların gönderilme saatlerine dikkat edilmeli,

	● Elektrik çarpması sonucu düşmelerde elektrik giriş ve çıkış noktaları saptanmalı, ● Düşme nedeni ile yaralanmaya sebep olan materyaller mevcut ise kurumasına fırsat vererek kağıt poşetlere konulmalı, ● Vücut üzerinde bulunan ekimoz, yara, kesik vb her türlü yara fotoğraflanmalı, ● Düşmesine ya da yaralanmasına neden olan materyaller hala vaka üzerinde ise bulunduğu alan ve pozisyonları kayda alınmalı ve fotoğraflanmalıdır.
Delil Saklanması	● Vaka üzerinde bulunan hiçbir materyal vaka yakınlarına verilememeli, ● Vaka ile ilgili hiçbir bilgi başka kişilerle paylaşılmamalı, ● Toplanan delillerin çürüme ya da bozulmasına fırsat vermemeli, ● Delillerin başka materyallerle kontaminasyonu önlenmeli, ● Her bir delil ayrı toplanmalı ve saklanmalı, ● Her bir delil mühürlenerek saklanmalı, ● Camlı dolaplarda muhafaza sağlanmalı, ● Saklamada kullanılan dolaplar kilitli olmalıdır.
Delil Kaydı Oluşturma	● Sözel olan tüm ifadeler kayıt altına alınmalı, ● İfadeler, vaka ve düşmeye tanık olan kişilerin ifadelerine göre değiştirilmeden kayıt altına alınmalı, ● Toplanan her bir delilin cinsi, çeşidi, toplandığı saati, tarihi delil üzerine kayıt edilmeli, ● Her bir delil ayrı olarak kayıt altına alınmalı, ● Toplamda kaç adet delil bulunduğu kayıt altına alınmalı, ● Kayıtlarda kısaltmalar türü ifadeler bulunmamalı, ● Hangi delili kimin topladığına dair, personel ismi, soyismi ve unvanı ve imzası delillere kayıt edilmeli, ● Oluşturulan tüm delillerde, vaka ismi, soyismi, protokol numarası, örnek cinsi ve hastane adı kayıt altına alınmalı, ● Delillerin hangi personele teslimi yapıldığı tutanak ve kayıtlara alınmalıdır.
Delil Koruma Zincirinin Sağlanması	● Elde edilecek delil ve kayıtlar mümkün olduğunca kısa sürede alınmalı, ● Delillerin bozulması ya da kontaminasyonu önlenmeli, ● Toplanan delillerin kontrolü sağlanmalı, ● Kolluk kuvvetlerine teslim edilecek deliller korunarak gerekirse güvenlik eşliğinde teslim edilmelidir.
Yüksekten Düşme Sonrası Acil Serviste Krize Müdahale	● Vakaya müdahalede sakin olunmalı, ● Sağlık ekibi arasındaki iletişim ve kontrolü sağlanmalı, ● Aile ve yakınların neden olabileceği zararlara yönelik önlemler alınmalı, ● Gerekirse bir güvenlik eşliğinde müdahale yapılmalı, ● İntihar gibi kendine zarar verme durumu söz konusu ise vaka sağlığının devamlılığının sağlanması amaçlı güvenlik önlemleri alınmalı ve tehlikeli materyaller ortamdaki uzaklaştırılmalı, ● Vakadan toplanacak delilleri deneyimli bir hemşirenin toplaması sağlanmalı, ● Bireyin ruhsal ve psikolojik durumu göz ardı edilmemeli, ● İstismar vb gibi durumlar sonucu gelişen yüksekten düşmelerde empati kurularak iletişim sağlanmalı, ● Vaka güvenliği ve haklarının devamlılığı sağlanmalı,

- Onamı olmadan hiçbir müdahale yapılmamalıdır.

Sonuç

Hemşirelerin yüksekte düşen vakaların bakım ve tedavilerini yaparken üstlendikleri adli vaka yönetim rolü, yasal mağduriyetlikleri önleyecek ve sağlık adalet sisteminin devamlılığının sağlanmasına büyük katkıda bulunacaktır. Bu nedenle hemşirelerin bu konuda sıklıkla eğitilmesi ve olgular üzerinden yaklaşımlarının geliştirilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Casali MB, Blandino A, Grignaschi S, Florio EF, Travaini G, Genovese UR. The Pathological Diagnosis of The Height of Fatal Falls: A m-Mathematical Approach. Forensic Science International 2019;302: 109883 (p 1-12)
2. Falls. WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> Erişim tarihi: 10.10.2019
3. Jagannatha SR, Pradeep Kumar MV, Naveen Kumar T, Ananda K, Venkatesha VT. Injuries Due To Fall From Height. A Retrospective Study. Journal of Forensic Medicine & Toxicology 2010;27:47-50
4. Thierauf A, Preuß J, d Lignitz E, Madea B. Retrospective Analysis of Fatal Falls. Forensic Science International 2010;198:92-96
5. Sterzik V, Duckwitz D, Bohnert M. Accident or Crime? About the Meaning of Face Injuries Inflicted by Blunt Force 2016;1(1):14-21
6. Eryılmaz M, Durusu M. Yüksekten Düşme: Erişkin Olgular ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(2): 29 - 32
7. Kavalcı C. Acil Serviste Adli Vaka Yönetimi. Derman Tıbbi Yayıncılık. Ankara. DOI:10.4328/DERMAN.3681, 2015:1-6
8. Özden D, Yıldırım N. Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009;73-81
9. Özkara E. Can İ.Ö. Sağlık Çalışanlarının Yasal Sorumlulukları ve Tıbbi Uygulama Hataları. Adli Tıp. Seçkin Yayıncılık. Ankara. 2017(2):75-83
10. Turgut K, Sarhan ME, Çolak C, Güven T, Gür A, Gürbüş S. Falls From Height: A Retrospective Analysis. World J Emerg Med, 2018; 9(1); 46-50
11. Türk Ceza Kanunu. Erişim Tarihi: 10.10.2019 <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
12. Özkan ZK, Ünver S, Pelin M, Fındık ÜY. Hemşirelik Öğrencilerinin Acil Serviste Adli Vakaları Gözlemleme Durumu Sağlık ve Toplum Dergisi, 2018;28(2):47-52
13. Jamerson C.M, Turvey BE. Forensic Nursing: Objective Victim Examination. Forensic Victimology . 2014;2(5):11-142
14. Çolak B, İnanıcı MA, Yayıcı N. Çocukta Cinsel İstismar ve Adli Hemşirelik. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003; 6(6):7-13
15. Demirel, S. Hasta Bakımı Ve Hemşirelik Süreci İle İlgili Standartlar. Hemşirelikte Farkındalık Projesi. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2017: 2-53.
16. Fincancı ŞK. Adli Olguya Yaklaşım. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. Sempozyum Dizisi 2006;48: 92-103
17. Demiralp M, Sarıkoç G. Psikiyatrik Acillerden Biri: Cinsel Şiddet ya da Saldırı Gören Birey ve Yardım Etme. TAF Prev Med Bull 2016;15(4): 363-367
18. Karadayı B, Kolusayın Ö, Kaya A. Acil Tedavi Birimlerinde Adli Olgudan Biyolojik Materyal Alınması ve Gönderilmesi. Marmara Medical Journal 2013; 26:111-7
19. Kaygısız M. Temel Kriminalistik. Seçkin Yayıncılık. Ankara. 2017(4):3-328
20. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi. Adli Vaka Talimatı. Erişim Tarihi: 10.10.2019 http://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/HB.TL.50%20ADL%C4%B0%20VAKA%20TAL%C4%B0MATI_1711101045236925.pdf
21. Polat O. Adli Psikoloji. Adli Psikolojiye Giriş. Seçkin Yayıncılık. Ankara. 2016(1):22-57
22. McGillivray B. The role of Victorian Emergency Nurses in the Collection and Preservation of Forensic Evidence: a Review of The Literature. Accident and Emergency Nursing 2005; 13:95-100
23. Polat O. Klinik Adli Tıp, Adli Tıp Uygulamaları. Seçkin Yayıncılık. Ankara. 8. Baskı 2017:15-116
24. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Education Guideline. International Association of Forensic Nurses. 2018: 20-69

25. Bükten E, Yaşar ZH. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Acil Servisine Başvuran Adli Nitelikteki Çocuk Olguların Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2015;20(2):93-98
26. Çetin EZ, Teyin A, Birben B, Çetin B, Şahiner GG, Hamamcı M. Acil Serviste Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi. Bozok Tıp Derg 2018;8(4):34-40
27. Demir ÖF, Aydın K, Turan F, Yurtseven A, Erbil B, Güllalp B. Acil Servise Başvuran Çocuk Adli Olguların Analizi. Türk Ped Arş 2013; 235-40
28. Gündüz A, Kocaşlı S. Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Analizi: Adli Vakalar. F.N. Hem. Derg, 2017; 25(2): 119-125
29. Güven FMK., Bütün C., Beyaztaş FH., Eren ŞH., Korkmaz İ. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(3) : 23 – 28
30. Korkmaz T, Kahramansoy N, Erkol Z, Sarıçıl F, Kılıç A. Acil Servise Başvuran Adli Olguların ve Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi. Haseki Tıp Bulteni. 2012;20(1):14-20
31. Seviner M, Kozacı N, Ay MO, Açıkalin A, Çökük A, Gülen M, Acehan S, Karanlık MG, Satar S. Acil Tıp Kliniğine Başvuran Adli Vakaların Geriye Dönük Analizi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Cukurova Medical Journal) 2013; 38 (2):250-260.
32. Yapıcı G, Bilgin NG. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 2010 Yılında Yaralanma Nedeniyle Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2014;13(6):459-464
33. Peng TA, Lee CC, Lin JCC, Shun CT Shaw KP, Weng T. Fatal Falls from Height in Taiwan. Forensic Sci, 2014;59(4): 978-982

Sözel 19 (TAM METİN)

ADLİ HEMŞİRELİKTE FOTOĞRAFÇILIĞIN ÖNEMİ

Importance of Photography in Forensic Nursing

Yasemin ÖZEL*, Birgül ÖZKAN**

*Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Tosya/ Kastamonu

** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, PHAD

ÖZET

Giriş:Bilimsel disiplinler arasında, adli hemşirelik kavramı geleneksel mesleki uygulamaların temellerinden ayrılarak adli bilimlere yeni bir boyut kazandırmaktadır. Bu bilim, geleneksel adli bilimlerin ve hemşireliğin kavram ve ilkelerini, travmanın klinik araştırmasında ve tıbbi kanıtları birleştirir; ayrıca mağdurlara, şüphelilere, faillere ve şiddete uğrayan mağdur bireylere de doğrudan hizmet vermektedir. Adli fotoğrafçılık ise, modern adli odontolojik protokole, araştırma prosedürlerine, arşiv verilerinin korunmasına yardımcı olan ve mahkemede mediko yasal konularını destekleyebilecek kanıtlar sağlayan vazgeçilmez araçlardan birisidir. Yeterli eğitim ve doğru iş akışı modelleriyle birlikte adli tıp alanında uygun fotoğraf ve bilgisayar ekipmanının seçilmesi ve uygulanması için fotoğrafçılık becerisinin edinilmesi gerekmektedir. Bu yazı, farklı uygulamalara ve gelişmelere vurgu yaparak hemşirelik disiplini içinde adli fotoğrafçılığın çeşitli yönlerine ışık tutmayı amaçlamaktadır.

Materyal ve Metod:Bu konudaki literatür, “adli fotoğrafçılık”, “adli hemşirelik”, “fotoğrafçılık”, “adli psikiyatri”, “adli psikiyatri hemşireliği” anahtar kelimeleri ile taranmıştır. **Bulgular ve Sonuç:**Adli hemşirelik uygulaması çok sayıda uzmanlık alanını içermektedir. Tüm alanlarda iyi uygulamaların anahtarı, uygun ve eksiksiz belgeler elde etmek ve oluşturmaktır. Adli hemşireler, travma, hastalık ve ölümü tespit etme, değerlendirme, müdahale etme, bulguları belgeleme, yasal sonuçları belirleme ve hasta bakımını iyileştirmek için kanıtları koruyarak güvence altına alırlar. Adli hemşirelerden olumsuz durumlarda veya hazırlık için kanıtları fotoğraflaması istenebilir. Adli fotoğrafçının rolü bu nedenle çok önemlidir, çünkü kanıtların doğru bir şekilde belgelenmesi için ilgili mekanik ve teknik bilgisine sahip olmak iyi bir fotoğrafçılıkta beceri gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adli psikiyatri, adli fotoğrafçılık, adli hemşirelik

ABSTRACT

Introduction: Among the scientific disciplines, the concept of forensic nursing differs from the foundations of traditional Professional practices and gives a new dimension to the forensic sciences. It combines the concepts and principles of traditional forensic sciences and nursing in clinical research of trauma and medical evidence; It also provides direct services to victims, suspects, perpetrators and victims of violence. Forensic photography is one of the indispensable tools in the modern forensic odontological protocol that provides research procedures, archival data protection and provides evidence to support medico-legal issues in court. Photography skills should be acquired in order to select and apply appropriate photographic and computer equipment in the field of forensic medicine with adequate training and accurate work flow models. This article aims to shed light on various aspects of forensic photography in nursing discipline with emphasis on different practices and developments.

Materials and Methods: The literature was searched with the key words “forensic photography”, “forensic nursing”, “photography”, “forensic psychiatry”, “forensic psychiatric nursing”. **Findings and Conclusion:** Forensic nursing practice includes many specialties. The key to good practice in all areas is to create appropriate and complete documentation. Forensic nurse ensure that trauma, disease and death are identified, evaluated, intervened, documented, documented, and maintain evidence to improve patient care. The forensic nurse may be asked to photograph evidence in a negative situation or for preparation. The role of the forensic photographer is there for every important, because having therelevant mechanical and technical knowledge to properly document the evidence requires skill in good photography.

Keywords: Forensic psychiatry, forensic photography, forensic nursing

Giriş

Kişinin başkaları tarafından ihmal, tedbirsiz, dikkatsiz ya da kasten yapılan davranışları sonucu fiziksel ya da ruhsal olarak hasta diyebileceğimiz bir duruma gelmesi adli vaka olarak tanımlanmaktadır. Kişinin başkası tarafından darp edilmesi,

istismar, kesici delici alet ve ateşli silah yaralanmaları, ihmale bağlı sedyeden hastanın düşmesi, zehirlenmeler, trafik kazaları, intoksikasyon şüphesi hastalar, yasa dışı madde kullanımı ve intihar girişimleri adli vaka kavramının içinde değerlendirilen örneklerden bazılarıdır. Türk ceza kanununa göre adli vaka ile karşı karşıya kalan sağlık mensubu, bu durumu en yakın yetkili makama bildirmekle yükümlüdür (1).

Adli vakanın sağlık kuruluşuna kabulünden, değerlendirilmesine, delillerin toplanmasına ve kaydının tutulmasında görev alan sağlık hizmeti profesyonellerden biri de hemşirelerdir. Hemşireler, aynı zamanda vakaya bakım ve tedavi hizmetini de vermektedir. Bu nedenle, adli vakaya bakım vermek ve delillerin toplanması konusunda yeterli bilgi birikimine sahip olması gerekmektedir.

Adli Hemşireler Birliği adli hemşireliği, şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ile travma ve/veya ölüm olaylarındaki kurbanların muayenesi ve bilimsel olarak araştırılmasında bilimsel olarak aldıkları eğitimleri kullanan kişi olarak tanımlamıştır (2). Adli durumun ve potansiyel mağdurların belirlenmesi, adli muayene yapma, öykü alma, güvenlik zinciri sağlama, mağdur ve yakınlarına psikososyal destek verme, adli rapor yazma, biyolojik ve fiziksel kanıtların toplanması ve elde edilen verilerin korunması, rehabilitasyon, agresyon yönetimi adli hemşirenin rol ve sorumlulukları arasındadır(3). Bunun yanı sıra, adli hemşirelikle ilgili oryantasyon ve eğitim programları geliştirme, risk yönetimi konusunda danışmanlık, tıbbi kayıtları inceleme, okul ortamında ihmal edilen ve kötüye kullanıma maruz kalan çocukları tespit edebilme, evde bakım ortamında hasta istismarı ve ihmali tespit edebilme, hasta güvenliğini sağlama, kanıt tespiti, toplanması ve korunması için fotografik dokümantasyonla ilgili kanıta dayalı politika ve prosedürlerin geliştirilmesine yardımcı olabilir(4).

17. yüzyılın sonlarından sonra, teknolojinin gelişmesi ile fotoğraf makinesi gibi araçların geliştirilmesi, adli alanda ki dava soruşturmalarında delil elde etmek için kullanılan yöntemlerden biri haline gelmiştir(5). El yıkama hastalık bulaşmasının önlenmesinde ne kadar katkı sağlıyorsa, adli fotoğrafçılık da tıbbi davalardaki yaralanmaların belgelenmesinde o kadar önem arz etmektedir. Adli hemşirelikte klinik uzmanlığı almak için alanında yüksek lisans derecesine sahip olması gerekmektedir. Bu eğitim sürecinde de adli fotoğrafçılık, insan hakları, cinsel saldırı, fiziksel ve psikolojik taciz, aile içi şiddet (didaktik ve klinik ve hukuk), yasal sorunlar, adli sistem ve ölüm soruşturması; kanıta dayalı adli hemşirelik araştırması bu programda verilen önemli derslerdendir (6). Bu nedenle adli hemşireler fotoğrafçılıkla ilgili eğitimlerini uzmanlık düzeyinde gördükleri görülmektedir.

Fotoğraf dokümantasyonu, hastanın yaralanmaları ve kalıcı dokümantasyon için bu yaralanmaların görsel kaydını tutmak adli hemşireliğin temel taşlarından biridir. Uzmanlar, şiddete maruz kalan bir mağdurun sağlık kurumuna tekrar tekrar başvurabileceği durumlarda, istismarın artması sonucu, kişinin yaralanmaları en aza indirmeye çalışmasına veya yaralanmaları açıklamak için hikayeler üretilmesine rağmen, uygun fotoğraf düzenlemesinin risk değerlendirmesi yapılmasında gerekli olduğu belirtilmektedir. Fotoğraf belgeleri, bireylerin kötü niyetli durumları küçümsemelerini veya inkâr etmelerini zorlaştırmaktadır(7). Bu nedenle, farklı uygulamalara ve gelişmelere vurgu yaparak adli hemşirelik disiplini fotoğrafçılığın çeşitli yönlerine ışık tutmak için yazılmıştır.

Adli Vakalarda Fotoğrafçılığın Kullanılması ve Önemi

Tıbbi görsel dokümantasyon, sağlık sistemi içinde pek çok dalda kullanılan bir kavramdır. Görselliğin ağırlıklı olarak kullanıldığı modern dünyada tıbbın dallarından olan temel bilimler, dahili bilimler, cerrahi bilimler ve son olarak tıbbi adli bilimlerde fotoğrafçılık yoğun olarak kullanılan yöntemlerden biridir (8).

Dijital görüntü teknolojisi, araştırmacıya olay yeri kayıtlarını ve fiziksel kanıtları yakalamak, analiz etmek ve saklamak için güçlü kanıtlar sunmaktadır. Bu dijital

görüntüleme araçları, olay yeri belgelerinde kullanılan geleneksel video ve fotoğrafçılığı tanımlamaktadır. Dijital görüntülemenin avantajları görüntülere anında erişim, mevcut elektronik teknolojilere entegrasyon ve pahalı film işleme ekipmanlarına ve karanlık odalara ihtiyaç duyulmamasıdır. Dezavantajları arasında görüntü manipülasyonu nedeniyle mahkemede kabul edilemezlik olabilmektedir. Ancak, araştırmacının üretime ve bu görüntülerin kullanılabilirliğine tanıklık ettiğini hatırlamak önemlidir. Dijital görüntüleri kullanmak için yazılan ve uygulanan politikalar ve prosedürler aracılığıyla dezavantajlar ortadan kaldırılabilmektedir(9,10).

Dijital görüntüler, sağlık çalışanlarına da olaydan sonra analiz edilebilecek veya incelenebilecek yasal kaygılar için kalıcı bir kayıt görevi görmektedir. Hastaneye başvuran adli olgularda kaydedilen bu deliller, verilen sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde ve tedavinin etkinliğinin belirlenmesinde de kullanılabilir(9). Adli fotoğrafçılığın amacı durumu yarar ve etkileri ile birlikte görsel olarak kaydetmektir. Özellikle adli vakaların fotoğraflanması ile ilgili deneyim çok önemlidir. Vakanın detaylarına dikkat edilmesi, soruşturma için güvenilirlik ve değer sağlamada çok önemlidir. Bu nedenle yüksek kaliteli bir kamera kullanılmalıdır. Fotoğrafın kalitesi, ışığa aşırı veya düşük pozlama ile değiştirilebilir. Bu nedenle herhangi bir adli olayda müdahale olmadan veya kanıt toplanmadan önce fotoğraflar çekilmelidir(11,12). Ancak, veri olarak kullanılacak tıbbi bir fotoğraf elde etmek için temel fotoğrafçılık bilgisi ve tıbbi konuya ait özellikler hakkında da bilgi sahibi olmak gerekmektedir (8).

Fotoğraf çekmeden önce göz önünde bulundurulması gereken birtakım hususlar bulunmaktadır. Bunlar fotoğraf dokümantasyonu için gerekli temel ekipmanların bir listesidir (en çok kullanılan 35 mm'dir); normal lens (50–60 mm); geniş açılı mercek (28–35 mm); aksesuarlar ile yakın çekim mercek; kablolu elektronik flaş; tripod, film (renkli ve siyah beyaz); etiket malzemeleri (kartlar, kalemler, kalemler); ekstra piller ve fotoğraf günlüğü sayfalarıdır. Dijital kameralarda da bu belirtilen özelliklerin hepsine sahip olması önemlidir(9). Yaralanmalar dijitalleştirilmeden önce uzmanın bunu göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.

Hem fiziksel hem de biyolojik bilimlerde bir yaralanma meydana geldikten sonra biyolojik ve biyokimyasal değişiklikleri tespit etmek için Ultraviyole (UV) ve kızılötesinden(IR) yararlanmak teknolojik olarak uzmanlık gerektiren fotoğrafçılık için daha sofistike ve doğru araç sunmaktadır(5). Çünkü ışık, fotoğrafçılığın en önemli bileşenidir. Fotoğraf çekilirken kullanılan ışık, elektromanyetik spektrumda radyasyon dalgalarından oluşmaktadır. Spektrumda kullanılan ölçü birimi, metrenin milyarda birine eşit olan bir nanometre (nm) olarak adlandırılmaktadır. Ultraviyole radyasyonu ise 10 nm ile 310 nm, görünür ışık 400 nm ile 700 nm ve kızılötesi ise 710 nm ile 1000000 nm arasındadır. UV ve IR fotoğrafçılığında kullanılan dalgalar ise 310 nm ile 830 nm aralığındadır. Yaralanma dokümantasyonu konusunda bilgilendirici kitaplardan biri Evidence ve Dorion tarafından 2004 yılında yazılmıştır. Bu kitapta yazarlar, mağdur yaralanmalarını belgelemek için gerekli olan prosedürler ve ekipmanlar hakkında bilgi vermektedir. Dorion'a göre ışık dalgaları derinin yüzeyine 200 nm'den başlayarak nüfuz etmeye başlar ve 790 nm'ye kadar yavaş yavaş arttırılır. UV ve IR cilde nüfuz ettiği için, cildin yüzeyinde görünmeyen yaralanmaların tespitinde paha biçilmez veri kaynağı sunmaktadır. Bu nedenle UV ve IR fotoğrafçılığı, bir vücut yaralandığında meydana gelen biyolojik ve biyokimyasal değişikliklerden kaynaklanan yaralanmaların fotograflık olarak belgelenmesinde büyük yarar sağlamaktadır(13).

Adli Hemşirelik ve Fotoğrafçılık

Hemşireler adli fotoğraf delili oluşturmadan önce dikkat etmesi gereken birtakım hususlar bulunmaktadır. Mağdur fotoğrafları, yaralanmaları yazılı belge olarak kanıt niteliği taşımaktadır. Bu nedenle öncelikle, vücut muayenesi ve kanıt toplanması,

fotoğraf çekimi, laboratuvar testleri için kan alımı, ilaçların verilmesi, tıbbi veya olası cerrahi tedavi uygulanması için mağdurdan yazılı bir izin alınması gerekir(11). Bunu yaparken mağdur beyanını kesin olarak belirtmek için tırnak işaretleri kullanarak belirtildiği gibi şeklinde notlar alınması gerekmektedir.Dokümantasyon eksiksiz ve okunaklı olmalıdır. Belgelerin saklanması kayıt departmanının sorumluluğundadır. Belgelerin eksiksiz olduğundan emin olmak ise hemşirenin sorumluluğundadır(12,14). Fotoğraf çekilmeden ya da çekildikten sonra kanıtlar üzerinde oynama yapılmaması gerekmektedir. Örneğin, mağdurun temizlenmiş ve bandajlanmış bir yarayı çözmemesini ya da kanıt olarak toplanan herhangi bir ek parçayı ya da parçaları değiştirmesi istenmemelidir(15).

Yaralanmalar ayrıntılı olarak şu şekilde belgelenebilir:

- Tıbbi tedavi verilmeden önce mümkünse farklı açılardan, tüm gövdeden ve yakın çekimden fotoğraflar çekilmeli,
- Hastanın yüzü en az bir fotoğrafa eklenmeli,
- Yaralanmanın boyutunu göstermek için bozuk para, cetvel veya başka bir nesne kullanılmalı,
- Her ana travma alanının en az iki fotoğrafını çekilmeli,
- Mağdurun yaralanmaya ilişkin taze morarma, sıyrıklar ve yırtıklar dahil olmak üzere bire bir veya yakın fotoğraflar çekilmeli,
- Mağdurun teşhis amacıyla yüzünü içeren ikinci bir yakın çekim veya orta kademe fotoğraf seti çekilmeli,
- Uzun bir süre boyunca kötüye kullanımın kanıtı olabilecek yara izleri veya kümelenme veya soluk morluklar dahil geçmiş kötüye kullanım belirtilerini kontrol edilmeli,
- Özellikle ön kollardaki savunma yaralanmaları kontrol edilmeli,
- Ağlayan, korkmuş, üzgün veya yaralı olduklarını gösteren görüntüler de dahil olmak üzere uyuşturucu veya alkol suiistimali kanıtı veya çocuklara yönelik şiddet kanıtı belirtilmelidir (7,16).

Hemşirenin adli fotoğraf elde ederken öncelikle dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde sıralanabilir:

- Hasta hakları yönetmeliğinde tıbbi fotoğrafların kaydına dair herhangi bir veri bulunmamaktadır ancak vakaya açıklama yapılarak, elde edilecek görüntüler konusunda yazılı onam alınması gerekmektedir.
- Tıbbi konunun tanınması için görüntüyü engelleyecek elbise, takı, makyaj, saç gibi unsurlara dikkat edilmelidir.
- Dövme gibi hastaya özgü işaretler ve yüzü resme alınması konusunda mahremiyete özen gösterilmelidir(8).
- Mekanda ışık ve uzaklık mesafesi görüntü kalitesi açısından kontrol edilmelidir.
- Fotoğrafın kimlik bilgisi, çekilen tarih ve saat, fotoğrafçının adı ve soyadı, kullanılan kamera ve ekipman türü, konuyla ilgili fotoğrafın tanımı ve konumfotoğrafı etkileyen koşullar belirtilmelidir (9,11).
- Toplanan her kanıt için ayrı bir kanıt etiketi doldurulması gerekir.
- Kanıt etiketi bilgisi, kanıt toplama kaplarına (örneğin, kağıt torbalar, plastik torbalar ve kaplar, soğutucular veya kanıt toplama amacıyla kullanılan herhangi bir kap) basılabilir.Bireysel kanıt etiketleri de tamamlandıktan sonra kullanılabilir ve kanıt kabına eklenebilir.
- Kanıtın yasal önemi, soruşturmaya yönelik objektif, kapsamlı ve titiz bir yaklaşıma bağlıdır. Bu nedenle bu konuda hemşirelerin titizlikle çalışmaları gerekmektedir(12,15).

Strack, yaralanmaların doğru şekilde fotoğraflanmasının ve belgelendirilmesi gerektiğini, çünkü kovuşturma için gerekli kanıt zincirinin oluşturulmasında çok önemli olduğunu ifade etmektedir(7).

Sonuç ve Öneriler

Dijital belgeler, adli vakalarda önemli delil niteliği taşımakta ve suçlunun ya da mağdurun durumu hakkında bilgi verdiği için önemli veri kaynağı sunmaktadır. Bu bağlamda, adli fotoğrafçılık bu alanda hizmet veren sağlık personeli tarafından edinilmesi gereken temel becerilerden biridir. Bu nedenle, alanda çalışan adli hemşirelere fotoğrafçılığın temel ilkeleri ve teknikleri ilgili uygulamalı eğitimler verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Literatür taraması yapıldığında ülkemizde bu alanda uzmanlaşmış hemşireler tarafından yapılan çalışmaların yetersiz olduğu, özellikle delil toplama ve fotoğrafçılığın önemi ile ilgili çalışmalara yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Kavakcı, C. (2019, Ekim 10). Acil Serviste Adli Vaka Yönetimi: <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-3681.pdf> adresinden alındı
2. Yelken N, Tunalı G, Gültekin G. Adli hemşireliğin Türkiye’deki durumu. Sted Dergisi 2004; 13(5): 171- 172.
3. Çilingir D,Hintistan S.Adli hemşireliğin kapsamı ve yasal boyutu. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9 (1): 10-15.
4. Garbacz Bader D. Forensic Nursing. İn: Garbacz Bader D, Gabriel, Seds. Forensic Nursing a Concise Manual. USA: CRC Press Taylor & Francis, 2010: 7-11.
5. Garbacz Bader, D.Forensic Science. İn: Garbacz Bader D, Gabriel, S eds. Forensic Nursing a Concise Manual. USA: CRC Press Taylor & Francis, 2010: 37-43.
6. Garbacz Bader, D. (2010). Forensic Nursing Education Guidelines. İn: Garbacz Bader D, Gabriel, S eds. Forensic Nursing a Concise Manual. USA: CRC Press Taylor & Francis, 2010: 17-27.
7. Pyrek, K. editor. Forensic Nursing. USA: CRC Press Taylor & Francis, 2006: 31-96.
8. Güler S, Akça T. Tıbbi fotoğrafçılık: tarihsel süreç ve temel kavramlar. Turk J. Dermatol 2017; 11: 98-108.
9. OkoyeM. Crime Scene Investigation. İn: Garbacz Bader D, Gabriel, S eds. Forensic Nursing a Concise Manual. USA: CRC Press Taylor & Francis, 2010: 55-69.
10. Houck M. Forensic Science Modern Methods of Solving Crime. USA: Praeger, 2007: 8-12.
11. Garbacz Bader D.Chain of custody and identification, collection, and preservation of evidence: major concepts of forensic nursing.İn: Garbacz Bader D, Gabriel, S eds. Forensic Nursing a Concise Manual. USA: CRC Press Taylor & Francis, 2010: 95-110.
12. Lynch V, Duval J. Forensic Nursing Science. Missouri: Mosby Elseiver, 2011: 254.
13. Klinge C, Reiter K. Ultraviolet and infrared injury photography. Evidence Technology Magazine 2008; 6(5): 26–29.
14. Pasqualone G. Forensic RNs as photographers: Documentation in the ED. J Psychoso Nurs. 1996; 34: 10.
15. Garbacz Bader D.Forensic Nursing Crime Science Investigation. İn: Garbacz Bader D, Gabriel, S eds. Forensic Nursing a Concise Manual. USA: CRC Press Taylor & Francis, 2010: 69-87.
16. Russ J.Forensic Uses of Digital Imaging. USA: CRC Press, Taylor & Francis, 2001.

Sözel 20 (TAM METİN)

ADLI PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE HASTA ÖZERKLİĞİNE SAYGI

RespectforPatientAutonomy in ForensicPsychiatricNursing

Yasemin ÖZEL*, Birgül ÖZKAN**

* Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

**Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Giriş: Adli psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan suçlulara, ailelerine ve topluma kapsamlı bir bakım sağlamak için sosyal adalet sistemini içeren sosyo-kültürel bağlamda psikiyatri hemşireliği felsefesi ve pratiğini bütünleştirmektedir. Hemşireler, haftanın 7 günü, günde 24 saat sürekli olarak bakım hizmeti veren ve hastalarla en çok etkileşim halinde olan sağlık profesyonellerinden birisidir. Verilen bakım hizmetinin doğası gereği, adli psikiyatri hemşireleri bir dizi etik durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Tüm sağlık bakım ortamlarında ortak olan temel etik ilke, hastanın özerkliğine saygıdır. Bu bağlamda yazı, adli psikiyatrik bir ortamda etik bir kavram olan özerklik ilkesine açıklık getirmek ve önemini belirtmek amacıyla yazılmıştır.

Materyal ve metod: Söz konusu literatür, “özerklik”, “adli hemşirelik”, “otonomi”, “adli psikiyatri”, “adli psikiyatri hemşireliği” anahtar kelimeleri ile taranmıştır. **Bulgular ve sonuç:** Uluslararası adli psikiyatri literatüründe, hasta özerkliğine saygı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı çalışmalar, zorunlu adli psikiyatrik tedavi ve rehabilitasyonun, adli psikiyatri hastaları olarak özerklik ilkesiyle çakışmadığını, tedavi kararlarında özerklikten yoksun olduğunu ileri sürmektedir. Buna karşılık, bazı çalışmalarda güvenli bir ortamda kısıtlı fiziksel hareketlerin özerklik eksikliği anlamına gelmediğini öne sürmektedir. Hasta özerkliğine saygı kavramı biyoetikliteratürde geniş çapta tartışılan bir konudur. Hastanın özerkliğinin anlaşılması, adli hemşirelerin hastayı, daha fazla tanımlarına yönelik bir bağlam sunar. Bu görüş ilkesine yönelik hizmet veren adli psikiyatri hemşiresi, hastanın günlük tedavilerinde ve rehabilitasyon kararlarında özerklik duygusunu arttırmaya yönelik çalışmalar yapabilir. **Anahtar Kelimeler:** Adli psikiyatri, adli hemşirelik, özerklik, otonomi

ABSTRACT

Introduction: Forensic psychiatric nurses integrate the philosophy and practice of psychiatric nursing in a socio-culturalcontext, including the social justice system, to provide comprehensive care to criminals, families, and society with mental disorders. Nurses are one of the most interacting healthcare Professional swwho provide care 24 hours a day, 7 days a week. Due to the nature of care provided, forensic psychiatric nurses may face a number of ethical situations. The basic ethical principle common to all healthcare settings is respect for the patient's autonomy. In this context, the article was written in order to clarify the principle of autonomy which is an ethical concept in a forensic psychiatric setting and to indicate its importance.

Material sand methods: The literature was searched with the key words “autonomy”, “forensicnursing”, “autonomy”, “forensicpsychiatry”,

“forensicpsychiatricnursing”. **Results and conclusion:** There are different opinions in respect of patient autonomy in the international forensic psychiatry literature. Some studies suggest that compulsoryforensic psychiatric treatment and rehabilitation do not coincide with the principle of autonomy as forensic psychiatric patients and lack autonomy in treatment decisions. In contrast, some studies suggest that limited physical movements in a safe environment do not imply a lack of autonomy. The concept of respect for patient autonomy is widely discussed in the bioethical literature. Understanding the patient's autonomy provides a context for forensic nurses to know more about the patient. The forensic psychiatric nurse serving this principle can work to increase the sense of autonomy in the patient's daily treatment and rehabilitation decisions.

Keywords: Forensic psychiatry, forensic nursing, autonomy, autonomy

Giriş

Ahlak, bireyinkarar verme sürecini etkileyen davranışlarındeğersel bir boyutunu ifade etmektedir. Ahlak kavramsal olarak, erdem, hak, yükümlülük, iyi, kötü, adil ve adil olmayan kavramlarını içinde barındırmaktadır (1). Bireyin toplumsal alanda sergilediği, başkalarını etkileyen birtakım sonuçları olan davranışları, yapıp etmeleri ve eylemlerin biçimlenmesi üzerinde etkisi olan düşünme süreçleri etik olarak adlandırılırken, belirli bir alanda etkinlik gösteren insanların uymaları gereken kuralların belirlendiği ve o alana özgü uygulamalarda istenen davranışların irdelendiği kavram ise meslek etiği olarak tanımlanmaktadır (2).

Sağlık alanındaki meslek gruplarının yararlandığı ilkeler ise tıbbi etik kavramını meydana getirmektedir. Tıbbi etik, sağlık personeli ile hasta arasındaki ilişkide, sağlık- hastalık politikasında, araştırmacı ve denek ikileminde beliren değer sorunları ile ilgilenmektedir (3). Bu alanda herhangi bir etik yargıya varmak için bireyin bilmesi gereken bir takım temel ilkelere gereksinim vardır. Bu ilkelere gerek hukukigerekse ahlaki olarak norm oluşturma etkinliğinin yapısını açıklamakta ve bu sistemlerin iç mantığı hakkında bilgi vermektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanları meydana gelen tıbbi etik sorunların çözümü için, farkında olarak yada olmayarak, bu temel etik ilkeleri kullanmak durumundadırlar (3,4).

Tıbbi etik değerler çeşitli biçimlerde ifade edilebilmektedir. Bu ifade biçimlerinden birisi de ilkelerdir. İlkeler kişilerarası ilişkilerin niteliğini belirleyen kavramlar bütünü olarak ifade edilebilir. Kişilerarası ilişkilerin belirli bir biçim ve yönelim kazanması ilkeler aracılığıyla olmaktadır. Günümüz tıp etiğinde pek çok ilkeden söz edilse de bu ilkelerin belki de başında gelen kavramlardan biri, “özerkliğe saygı” ilkesidir(5).

Aydın’ın (2019) da ifade ettiği gibi özerklik kavramının tıp etiğine dahil edilmesi tesadüfen ya da bilinçli bir davranış sonucunda değil, kişilerarası ilişkilerin günümüze yansıdığı noktanın bir sonucu olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Batıda bireyin yaşamına verilen önem ve insan haklarının gelişmesinden önemli çıkış noktası olabilir (5). Kelime anlamı olarak "Özerklik" bireyin bağımsız olarak kendisi hakkında karar verme yetisi anlamına gelmektedir. Bu karar verme sürecinde sahip olması gereken birtakım öğeler vardır. Bunlar da, bireyin seçimini özerk biçimde yapabilmesi, bağımsız olması, sergilediği davranışı istekli ve bilinçli olarak gerçekleştirebilmesidir (4). Özerklik ilkesinin etik gerekleri ise; bireye saygı göstermek, gerçeği söylememe ve zor kullanma gibi negatif ilişkilerden kaçınmak; sağlıkta, araştırmalarda ve hasta bakım sürecinde bireyin kendi bakımında karar sürecine katılmasını sağlamak gibi pozitif yükümlülükleri de beraberinde getirmektedir(6). Bu ilke özerkliğe saygı kavramını da beraberinde getirmektedir (4).

Adli psikiyatri, sağlık alanında yer alan ve tıp etiği ilkeleri doğrultusunda sağlık hizmeti veren alanlardan biridir. Bu alanda çalışan hemşirelerde etik ilkeler doğrultusunda hastaların bakım ve tedavisini uygulamaktadırlar. Psikiyatrik tedavinin amacı tedavisini üstlendiği kişinin otonomisini yeniden kazanmasını sağlamak olduğu için, özerklik ilkesi dikkat edilmesi gereken özellikli konular arasında yer almaktadır (7). Bu bağlamda yazı, adli psikiyatrik bir ortamda etik bir kavram olan özerklik ilkesine açıklık getirmek ve önemini belirtmek amacıyla yazılmıştır.

Özerklik İlkesi

Özerklik ilkesi, bireyin kişisel özerkliğe ve seçim özgürlüğüne sahip olma haklarıyla ilgilidir. Her birey kendi kararlarını kendisi üzerinde belirleme hakkına sahiptir. Bu kararlar kendisi için başkalarını doğrudan etkilemeden kendisine aittir. Sağlık kararlarında anlaşılır olarak, hastanın bakım standardı içinde kendi tedavi seçenekleriyle ilgili istediği önceliklidir. Özerkliğe saygı, en azından bireyin fikirlerle sahip olma, seçim yapma, kişisel amaç ve değerlere dayalı eylemler yapma hakkının onaylanmasını gerektirir. Özerk seçimlerin üç temel özelliği vardır: yeterince bilgilendirilme, gönüllülük ve rasyonelliktir.

Özerklik, hastanın tedavi kararlarına saygı duyulan etik bir kavramdır. Adli bilimlerde paralel olan, bireysel vakanın çözülmesi için doğru olanı yapmaktır. Sağlığa kavuşturmakla eşdeğerdir. Kanıt tanımlayarak ve ilişki kurarak sonlanım ve çözüm sağlamadır. Tedavi yetersizliği, sunulmayan adli kanıtlara sahip bir vakada yarım kalmış işle eş değerdir. Adil bir toplumda, sahip olunan imkanlardan çok hastaya göre uyarlanması gerekmektedir (8).

Tıptaki birçok alan gibi psikiyatri de çeşitli uzmanlık alanlarını içinde barındıran geniş bir disiplindir. Adli psikiyatri son yıllarda ortaya çıkan ve giderek önem kazanan uzmanlık alanlarından biridir (9,10). Özerklik, batı toplumlarında çok değerli deontolojik bir ilkedir. Hastanın özerkliğine saygı duymak, tıbbi paternalizmin reddedilmesini takiben, pek çok tıbbi disiplinde önemli bir etik ilke haline gelmiştir. Bununla birlikte, özerklik ve rıza konusundaki sorunun, adli psikiyatride veya yasal adli psikiyatride, önemli ölçüde farklılık gösterdiği belirtilmektedir (11).

Adli psikiyatride tedavilerin seçimi ve yapılan testler, verilen tedavinin adalet tarafından zorunlu tutulması veya cezaevindeki sosyal yaşamın getirdiği sorunlar yüzünden nispeten sık sık engellenmektedir. Bu açıdan bakıldığında, sosyal adaleti göz önünde bulundurma nedeniyle özerklik kavramının sürekli olarak tehdit altında olduğu söylenebilir. Benzer şekilde, tutuklu ve sağlık uzmanı arasındaki ilişkiyi güvenli bir şekilde güvence altına almak için gerekli olan gizliliğe saygı, güvenlik tehlikeye olduğunda sınırlar konulabilmektedir(12,13).

Şiddet içerikli suç işleyenler, kurbanlarına ve ailelerine büyük ölçüde duygusal ve fiziksel zarar verebilmektedirler. Kendi bireyciliklerini ve özerkliklerini ifade ederken, başkalarının haklarını ihlal etmekte ve bunu sık sık tekrarlayabilmektedirler. Yeniden suç işleme eğilimi, mağdurlarda tekrarlanan ve sıklıkla artan düzeyde şiddet içeren ihlallerin oluşmasına neden olmaktadır. Bu, bireyin mahremiyet hakkı ve özerklik arasında, bireyin kendilerine zarar vermemesi, bireysel güvenlik ve dürüstlük hakkı ile etik arasındaki dengenin incelenmesi gerekliliğini doğurmaktadır(8). Bu nedenle kararlar, bireyin genel işlevine, bireyin durumu ve özerkliğinden ziyade genel olarak topluma nasıl katkıda bulunabileceğini temel alarak bireye değer vermeye dayanmaktadır. Bu, insanların kendi görüşlerini ifade edemedikleri durumlarda kaliteli etik kararların nasıl alınacağı konusunda ciddi tartışmalara yol açmaktadır (11).

Adli Psikiyatri Hemşireliğinde Özerklik Kavramı

Adli psikiyatrik hizmetler, yüksek güvenli ve azami güvenli programlardan toplum tabanlı ayaktan tedavi programlarına kadar, geniş yelpazede verilmektedir. Örneğin, Kanada'da maksimum ve orta güvenli birimlerde görev alan hemşireler, çok fazla suç işleme riski taşıyan hastalarla çalışma eğilimindedir. Bu risk çok faktörlüdür. Önceki şiddet öyküsü, içgörü eksikliği gibi klinik değişkenler ve kişisel destek eksikliği de dahil olmak üzere risk yönetimi maddeleri göz önünde bulundurulması gereken kavramlardan bazılarıdır(14).

Orta güvenli birimdeki hasta suçlu olarak sorumlu tutulmamakta ve hastanın risk seviyesine, özel tedavi ve rehabilitasyon gereksinimlerine göre ceza-adalet sistemi tarafından cezalandırılmak yerine tedavi ve rehabilitasyona mecbur edilmektedir. Bununla birlikte, orta derecede güvenli bir adli birim, normal psikiyatri yatan hasta biriminden daha kısıtlayıcıdır. Her ne kadar orta güvenli bir ünite olmasa da kapılar kilitlenmekte, kısıtlayıcı kurallar ve düzenlemeler uygulanmadır. Hareket alanı kısıtlayıcıdır ve hasta toplumdan izole edilir.

Adli psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozukluğu olan suçlulara, ailelerine ve toplumlarına kapsamlı bir bakım sağlamak için sosyal adalet sistemini içeren sosyokültürel bağlamda psikiyatri hemşireliği felsefesi ve pratiğini bütünleştirmektedir. Hemşireler, sürekli olarak bakım hizmeti veren ve hastalarla en çok etkileşim halinde olan sağlık profesyonellerinden birisidir. Verilen bakım hizmetinin doğası gereği, adli psikiyatri hemşireleri bir dizi etik durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Tüm sağlık bakım ortamlarında ortak olan temel etik ilke ise, hastanın özerkliğine saygıdır. Adli psikiyatri hemşireliğinin karşı karşıya kaldığı ikilem, telafi edilebilir suçlar işleyen kişilerin özerkliğine nasıl saygı gösterileceğidir(15).

Etik ikilemler her hemşirenin rolünün bir parçasıdır, ancak adli birimde çalışan hemşirelerin belirsiz sınırları ve çelişkili rol beklentileri bulunmaktadır. Ceza adalet

sistemi ile sağlık sistemlerinin kesişmesi, bireylerin insan hakları arasındaki hakların dengelenmesi, hemşirelerin, bireylerin özerklik ve bakım hakları arasında yardımcı olacak terapötikilişkisi ve hemşirelik yükümlülükleri ile kanıtları, güvenliği ve kontrolü korumak gibi çelişkili durumlar adli ortamlar da ele alınan ortak bir konudur(16,17).

Psikiyatri hemşiresi insanların kişisel tercihlerini geliştirerek, onların değer yargılarına ve itibarına saygı duymakta ve haklarının desteklenmesini için çaba göstermektedir. Aynı zamanda bireylerin seçim yapma özgürlüğüne de saygı duymaktadır. Hemşireler, özerk ve özerkliği azalmış bireylerin koruma ihtiyacına olan sınırlılıklarının farkında olmak durumundadır. Bunun yanı sıra diğer sağlık bakım sağlayıcılarının bilgilerine ve katkılarına değer vererek saygı duymakta ve sağlıklı, ortak bir çalışma ortamı sağlanmasına olanak sağlamaktadırlar. Bu ilke karşımızdaki bireyin kendi kendine karar verme hakkına saygı göstermeyi, bağımsız karar vermeyi ve desteklemeyi içermektedir(18). Bu nedenle hemşireler uygulamalarda bunu göz önünde bulundurarak hizmet vermekle yükümlüdürler.

Sonuç ve Öneriler

Adli psikiyatri etiği, öncelikle deontolojiktir. Adalet ilkesi, sağlık hizmeti eşitliği ilkesine, hastalara mümkün olan en iyi bakımı sağlamada yararlanma ilkesine ve gizliliği ve bilgilendirilmiş onamı sağlama konusunda özerkliğe saygı ilkesine dönüşmektedir. Özerklik ilkesinin, önemli olmakla birlikte, diğer tıp disiplinlerine kıyasla adli psikiyatride daha az önemli olduğunu tespit edilen düşüncelerden biridir. Bu, adli psikiyatristlerin, başkalarına risk teşkil eden zihinsel rahatsızlığı olan suçluları zorunlu olarak tedavi etmeye çalışmakta ahlaki olarak haklı çıkıp çıkmadığı ve tedaviye teşebbüs etmeden normal cezaevi sistemi tarafından ihtiyaçlarının daha iyi karşılanıp karşılanmayacağı sorusunu getirmektedir. Durumun en büyük ironisi, genellikle toplumun kendisine en çok ihtiyaç duyduğu durumlarda korumayı sağlayamadığı zaman istismar kurbanı olmasıdır. Bu, zihinsel bozukluğa sahip bir suçlunun sorumluluk düzeyini zihinsel bozukluğu olmayan bir suçludan daha az olarak gören mahkemeler tarafından dikkate alınmaktadır. Sonuç olarak toplum, tedaviden sonra ortaya çıkan riskte ki azalmandan faydalanabilir. Hasta için nihai özgürlük, özerklik kaybının etkilerini dengelemeye yardımcı olabilir.

Hastanın özelliğinin anlaşılması, adli hemşirelerin hastayı daha fazla tanımlarına yönelik bir bağlam sunmaktadır. Hemşireler için, pozisyonu ve bunun karar verme becerisine olan etkisini anlamak, onların yansımaları kolaylaştırabilir. Bu görüşlerle donanmış olan adli psikiyatri hemşiresi, hastanın günlük tedavilerinde ve rehabilitasyon kararlarında özerklik duygusunu arttırmaya başlayabilir. Gelecekteki araştırmalar için, bu yazıda özerklik tartışmasından birbiriyle ilişkili iki soru ortaya çıkmıştır. İlk olarak, adli psikiyatri hemşireleri özerklik kavramını nasıl tanımlamaktadır? İkincisi ise, adli çalışma ortamlarında özerklik nasıl geliştirilir? Bu sorular, özerkliğin ilişkisel doğasını tam olarak kavramak için hem hemşirelerin hem de hastaların bakış açısı ile ele alınması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Civaner M. Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. USA. (Çeviri Kitabı): 3. Baskı. Dünya Tabipler Birliği, 2015: 13.
2. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29 (2): 7-12.
3. Arda B, Pelin S. Tıbbi etik: tanımı, içeriği, yöntemi ve başlıca konular. Ankara Tıp Mecmuası 1995; 48: 323-336.
4. Sayım F. Tıbbi Etik ve Deontoloji Kavramları. F. Sayım içinde, Sağlık Piyasası ve Etik. İstanbul: 1. Baskı, Marmara Kitap Merkezi Yayınları, 2016: 51-63.
5. Aydın E. (2019, Ekim 16). Tıp Etiğinde Temel İlkeler: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FC4WSW6nPUcJ:www.deont>

- oloji.hacettepe.edu.tr/ekler/doc/ilkeler.doc+&cd=11&hl=tr&ct=clnk&gl=tr adresinden alındı.
6. Ersoy N, Aydın E.Tıbbi Etik'te "Özerklik" ve "Özerkliğe Saygı İlkesi". Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi 1994; 2(2): 71-74.
 7. Soysal H, Türkcan S, Uygur N.Adli psikiyatri pratiğinde ayaktan tedavi hakkı (Olgu Sunumu) . Düşünen Adam Dergisi 1994; 7(4): 39-41.
 8. Wickenheiser R.A crosswalk from medical bioethics to Forensic Bioethics. Forensic Science International: Synergy 2019; 1: 35-44.
 9. Abdalla-Filho E, Taborda J. The rebirth of forensic psychiatry. The rebirth of forensic psychiatry 2006; 28(Suppl 2): 54-55.
 10. Engstrom E. History of forensic psychiatry. Curr Opin Psychiatry 2009; 22: 576-581.
 11. Niveau G, Welle I.Forensic psychiatry, one subspecialty with two ethics? A systematic review. BMC Med Ethics 2018; 19: 25.
 12. Niveau G.Relevance and limits of the principle of "equivalence of care" in prison medicine. J Med Ethics 2007; 33: 610-613.
 13. Elger B, Handtke V, Wangmo T.Informing patients about limits to confidentiality: a qualitative study in prisons. International Journal of Law and Psychiatry 2015; 41: 50-57.
 14. Webster C, Douglas K, Eaves D, Hart S. HCR-20: Assessing risk for violence. Canada: Simon Fraser University, 1997.
 15. Rose D.Respect for patient autonomy forensic psychiatric nursing. Spring 2005; 1(1): 23-28.
 16. Grace P, Fry S, Schultz G.A Survey of practicing nurse's perspectives on interpersonal violence screening and intervention. Nursing Outlook 2003; 50(4): 137-143.
 17. PeterE, Morgan K.Explorations of a trust approach for nursing ethics. Nursing Inquiry 2001; 8: 3-10.
 18. Arslantaş H.Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde etik konular, kodlar ve standartlar. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015; 6(1):47-56.

Sözel 21 (TAM METİN)

HASTA GÜVENLİĞİNDE EKİP İŞBİRLİĞİNİN ÖNEMİ

Importance of Team Collaboration on Patient Safety

Esra DOĞAN YILMAZ* Nigar ÜNLÜSOY DİNÇERHüsna ÖZVEREN***

*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Sağlık bakım hizmetinin bütüncül bir yaklaşımla kaliteli bir şekilde sunulabilmesi ve hasta güvenliğinin artırılması için başarılı bir ekip çalışması kaçınılmazdır. Etkin bir ekip çalışması ile hasta bakımında süreklilik sağlanır, hizmetteki boşluk ve tekrarlar ortadan kalkar, maliyet ve hastaların hastanede kalış süreleri azalır, zamandan kazanç sağlanır, bakımın kalitesi ve güvenliği artar. Ekip çalışmasındaki başarı ise ancak, ekip üyeleri arasındaki iletişimin kuvvetlenmesiyle sağlanabilir. Ekip üyelerin birbirlerinin rollerini daha iyi anladığı, etkili iletişimin sağlandığı bir ekipte hasta çıktıları, çalışanların iş tatmini ve performansı olumlu yönde etkilenmektedir. Bu çalışmada literatüre katkı sağlamak amacıyla hasta güvenliğinde ekip işbirliğinin öneme alınmıştır.

Anahtar kelimeler: hasta güvenliği, ekip işbirliği

ABSTRACT

Successful teamwork is inevitable in order to provide health care services with a holistic approach in a quality way and to increase patient safety. An effective team work ensures continuity in patient care, eliminates gaps and repetitions in service, decreases cost and hospital stay of patients, saves time, increases quality and safety of care. Success in teamwork can only be achieved by strengthening communication between team members. In a team where team members better understand each other's roles and provide effective communication, patient outcomes, employee satisfaction and performance are positively affected. In this study, the importance of team collaboration in patient safety was discussed in order to contribute to the literature.

Keywords: patient safety, team collaboration

Giriş

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta güvenliği, hizmet kalitesinin önemli göstergelerinden birisidir (1). Hasta güvenliği, sağlıkta dönüşüm hareketleri ile yaygınlaşan kalite ve akreditasyon çalışmalarının ana konularından birisidir (2). Bakım alanlar ve bakım verenler için riski azaltan güvenli bir ortamın temin edilmesi Uluslararası Akreditasyon Komisyonu'nun (Joint Commission International-JCI) amaçları başında yer almaktadır (3).

Hasta güvenliği, Amerikan Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation-NPSF) tarafından "sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması" şeklinde tanımlanmaktadır (4). Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM) tarafından ise "hastalarda zararın önlenmesi" (5) olarak tanımlanan hasta güvenliği, "hastalara yardım ederken onlara zarar vermeden kaçınma, zarar vermeme" demektir (6).

Hasta güvenliği ciddi küresel bir sağlık sorunudur. Uçakla seyahat ederken 3 milyonda bir ölüm riski olduğu tahmin edilirken, sağlık bakımı alırken önlenebilir güvenlik ihmalleri nedeniyle meydana gelen hasta ölümü riskinin 300'de 1 olduğu tahmin edilmektedir(7). Hasta güvenliğinin ihlali hastalık ve ölümlere, hastanede yatış süresinin uzamasına, maliyetin artmasına, bazı hukuksal sorunlara neden olmakta ve toplumun sağlık sistemine ve sağlık çalışanına güvenini azaltmaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu sırasında yaşanan hasta güvenliğini tehdit edebilecek durumlar, hem hastaları hem de sağlık çalışanlarını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin

sunumunda, çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanması sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır (1,8).

Sağlık kuruluşlarında hasta güvenliğini tehdit edebilecek zararlar ve riskler arasında yangın, radyasyon, kimyasal zararlar, hastane enfeksiyonları, araç-gereçlere bağlı riskler, düşmeler, ilaç hataları, cerrahi hatalar, ihmal, iletişim ve dokümantasyon eksikliği, fiziki yorgunluk, motivasyon eksikliği, eğitim ile ilgili faktörler, hastaların yaşı, hareketsizlik ve halsizlik durumları, duyuşsal-algısal bozukluklar, duygusal durum ve bilinç durumu sayılabilmektedir (9-12). Bu nedenle risklere karşı gerekli önlemler alınmalıdır. Yangın anında yapılacaklar konusunda personel eğitimi ve gerekli ekipmanın hazır bulunması, kullanılacak araç-gereçlerin doğru temizliğinin ve rutin bakımının yapılması, hastane enfeksiyonu riskine karşı alınacak önlemlerin saptanması, düşmelerin önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması, kimlik hatalarının önlenmesi için kimlik doğrulaması, cerrahi hataların önlenmesi için kontrol listelerinin oluşturulması, iletişim kaynaklı hataların önlenmesi için personel iletişim becerilerinin geliştirilmesi, kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulmasının sağlanması,tüm bu konularda personelin eğitilmesi,dolayısıyla hastanelerde hasta güvenliği kültürünün oluşturulması alınabilecek önlemler arasında yer almaktadır (2,9,13,14).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda hasta güvenliğinin sağlanması için kurumlarda hasta güvenliği kültürünün oluşturulması önerilmektedir(2,6,15). Güvenli bir sağlık hizmeti sunumunun ilk adımı olan hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için öncelikle hasta güvenliğini tehdit edebilecek aktivitelerin belirlenmesi, etkin bir hata rapolama sisteminin oluşturulması, süreçlerin ve ekipmanların standardize edilmesi, risk azaltma stratejilerinin geliştirmesi, tüm çalışanlara ekip çalışması eğitimi vermesi, etkili iletişimin sağlanması gerekmektedir(6). Hatalı olayların korkusuzca rapor edilmesi, suçlayıcı kültürden uzak bir yaklaşım ile sorunun gerçek nedeninin aranması ve çözüm üretilebilmesi hasta güvenliği kültürünün ana unsurlarıdır (2,9,12).

Hasta güvenliği kültürünün yerleştirilebilmesi için tüm kurum çalışanlarının hasta güvenliğine ilişkin algı ve tutumlarının ölçülmesi, ölçümlerin tekrarlanması, sonuçların yöneticiler tarafından değerlendirilerek düzenlemeyapılacak alanların belirlenmesi gerekmektedir (2,9,12,16). Çünkü sağlık hizmeti sunumundahekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, teknisyengibi çok sayıda meslek grubu yer almaktadır. Bu meslek grupları tanı, tedavi, bakım ve diğer hizmetleri sağlayabilmek amacıyla multidisipliner bir ekip anlayışıyla bir arada, uyum içinde çalışmak durumundadır. Bunu sağlarken de hem sağlık çalışanlarının hem de diğer yardımcı personelin hasta güvenliği kültürünü benimsemiş olması, hastaya zarar vermeden sağlık hizmeti sunulması bakımından önemlidir (6).

Hasta güvenliği kültürünün içinde, liderlik, iletişim, ekip çalışması, öğrenme ve hasta merkezi kavramları yer almaktadır. Bu kavramlar içinde yer alan ekip çalışması oldukça önemlidir. Hasta güvenliğini tehdit eden ve dolayısıyla hasta bakımında risk oluşturan faktörlerin başında ekip içi iletişim sorunları gelmektedir. Ekip içinde etkin iletişimin sağlanması Uluslararası Akreditasyon Komisyonu'nun (Joint Commission International-JCI) 2014 yılında yayınladığı hasta güvenliği hedefleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (17). Cerrahi klinikler, ameliyathaneler, acil servisler başta olmak üzere bakımın her alanında ekip çalışması ve ekip içi iletişim, hasta güvenliğini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilen faktörlerdir.Literatür incelendiğinde (18-21) birçok çalışmada hasta güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların klinik beceri eksikliğinden ziyade, ekip çalışmasındaki yetersizlik ve iletişim hatalarından kaynaklandığı ortaya konulmuş; hasta güvenliği konusunda ekip çalışması ve iletişimin önemi vurgulanmıştır. Bu nedenle sağlık bakım hizmeti sunan tüm meslek üyelerinin ekip çalışması ve iletişim konusunda bilgi ve becerilerinin gelişmiş olması beklenmektedir (22,23).

Ekip çalışmasında farklı bilgi, beceri ve yeteneğe sahip ekip üyeleri arasında bir hedef birliği ve ortak sorumluluk söz konusudur(18). Sağlık hizmetlerindeki ekip çalışmasında ise, bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesini hedeflemektedir. Sağlık ekibinin nitelikli ve güvenli bir bakım hizmeti sunabilmesi için hasta gereksinimlerinin dikkate alınarak, kaynakların ortak kullanıldığı, kararların ortak alındığı, etkili iletişimin ve koordinasyonun sağlandığı bir işbirliği ortamı gereklidir. Başarılı bir ekip işbirliği çalışanların ait olma ve özgüven duygularını geliştirir, motivasyonlarını yükseltir, iletişimi iyileştirir, hataları azaltarak güvenliği artırır. Böylece bakımın kalitesini artırarak başarıya ulaşma sürecini hızlandırır (24-27).

Sağlık hizmeti sunumunda ekibin işbirliği içerisinde olması, bakımın planlanması sırasında karmaşık problemlerin çözülmesine, zamanın etkin kullanılmasına, sorumlulukların paylaşılmasına, hastanın bakıma katılımının teşvik edilmesine, hasta ve ailesinin sağlık ekibi ile iletişiminin artırılmasına ve en önemlisi de hasta bakımı için güvenilir bir ortam oluşturularak hasta güvenliğinin artırılmasına katkı sağlayacaktır. Tüm bu nedenlerle sağlık ekibi içerisinde yer alan her bir ekip üyesinin kendi mesleğine özgü fakat birbirinitamamlayıcı olarak hizmet vermesi gerekmektedir (28,29). Sağlık ekibi içerisinde yer alan ve hastayla en uzun süre beraber olan hemşirelereönemli roller düşmektedir. Hemşireler hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında bilgi, beceri, tutum ve davranışlarınkullanarak ekip çalışmasını başarıyla yürütebilen nitelikli insan gücüdür (28,30). Bu nedenle hemşirenin problem çözme, karar verme ve iletişim becerilerini kullanması ekip çalışmasının etkinliğini artırmasıaçısından önemlidir.

Hasta güvenliğinin sağlanmasında ekip işbirliği ve iletişimin bu denli önem ve yararına rağmen sağlık bakımı sunulurken ekip içinde iletişim sorunları görülebilmektedir. Ekip içi görev tanımlarındaki belirsizlikler, fikir çatışmaları, yetersiz iletişim gibi nedenlerle ekip üyeleri doyumsuzluk, mutsuzluk yaşayabilmektedir. İletişimdeki yetersizliklerbilgi kaybına ya da ekip içinde yanlış anlaşılmalara neden olabilmektedir. Sonuçta ekibin işbirliği/etkinliği olumsuz olarak etkilenmekte ve başarı sağlanamamaktadır (18). Dolayısıyla ekip çalışmasındaki yetersizlik hasta hakkında eksik/yanlış bilgi akışına, tedavi ve bakım süreçlerinde gecikmeye, verilen bakımın kalitesinin düşmesine ve hasta güvenliğini tehdit eden sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (29,31-36). Görüldüğü gibi sağlık bakım hizmetinin bütüncül bir yaklaşımla kaliteli bir şekilde sunulabilmesi ve hasta güvenliğinin artırılması için başarılı bir ekip çalışması kaçınılmazdır.Etkin bir ekip çalışması ile hasta bakımında süreklilik sağlanır, hizmetteki boşluk ve tekrarlar ortadan kalkar, maliyet ve hastaların hastanede kalış süreleri azalır, zamandan kazanç sağlanır,bakımın kalitesi ve güvenliği artar.Ekip çalışmasındaki başarı ise ancak, ekip üyeleri arasındaki iletişimin kuvvetlenmesiyle sağlanabilir. Ekipüyelerin birbirlerinin rollerini daha iyi anladığı, etkili iletişimin sağlandığı bir ekipte hasta çıktıları, çalışanların iş tatmini ve performansı olumlu yönde etkilenmektedir(18,19,33).

Sonuç olarak sağlık hizmetinin sunumunda görev alan tüm personelin ekip çalışması ve iletişim konularında bilgi ve becerilerinin geliştirilerek, ekip işbirliği bilincinin kazandırılması önemlidir. Böylece ekip işbirliği ve iletişimdeki yetersizliklerden kaynaklanan hasta güvenliğini tehdit edebilecek istenmeyen olayların görülme sıklığı azaltılarak hasta güvenliğinin artırılmasına katkı sağlanabilecektir.

Kaynaklar

1. Korkmaz AÇ. Geçmişten günümüze hasta güvenliği. Journal of Inonu University Health Services Vocational School 2018; 6(1): 10-19.
2. Türkmen E, Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta güvenliği kültürü ölçeğinin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14 (4), 38-46.
3. JCI (Joint Commission International) Akreditasyonu. Erişim Tarihi:10.08.2019. URL: file:///C:/Users/pc/Desktop/t/c4%B1bbi%20hata/JCI%20(Joint%20Commission%20International)%20Akreditasyonu.html.
4. The National Patient Safety Foundation-NPSF. Agenda for Research and Development in Patient Safety. Erişim Tarihi: 10.09.2019. www.npsf.org/pdf/r/researchagenda.pdf.
5. Hincapie AL, Slack M, Malone DC, MacKinnon NJ and Warholak TL. Relationship Between Patients' Perceptions of Care Quality and Health Care Errors in 11 Countries: A Secondary Data Analysis Qual Manag Health Care. 2016 Jan; 25(1): 13–21.
6. Akgün S. Hasta Güvenliği, Beklenmeyen Ciddi Tıbbi Hatalar. Health Care Acad J 2014; 1(2):75-82
7. WHO. Patient safety. Erişim tarihi: 23.08.2019 https://www.who.int/patient-safety/en/
8. Tunçel K. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2013.
9. Akalın HE. Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz? ANKEM Dergisi 2004; 18 (ek2): 12-13.
10. Aydın Akbuğa G, Çimke S, Yalvaç M, Bahçeli A ve Yüzer Alsaç S. Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Rapor Edilmiş Hatalı Tıbbi Uygulamaların Retrospektif Olarak İncelenmesi. Turkish Journal of Forensic Sciences 2017; 16(4): 7-11.
11. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2010; 17 (3): 233-236.
12. Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting A Culture Of Safety. KG Shojania, BW Duncan, McDonald KM, Wachter RM (Eds). In: Making Health Care Safer: A Critical Analysis Of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43. AHRQ Publication O1-E058, Rockville 2001.
13. Acaroglu R, Sendir M. () Pressure Ulcer Prevention and Management Strategies in Turkey. J Wound Ostomy Continence Nurs 2005; 32 (4) : 230-7.
14. Kır Biçer E, Güçlüel Y, Neymen A, Yiğit Ş. Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitim Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2013;10 (1): 14-20.
15. Özata M, Altunkan H. Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2010; 8(2):100-111.
16. Singla AK, Kitch BT, Weissman JS, Campbell EG. Assessing Patient Safety Culture: A Review And Synthesis Of The Measurement Tools. Journal of Patient Safety 2006; 2(3):105-115.
17. JCI. International Patient Safety Goals. Erişim Tarihi: 10.09.2019. https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/
18. Eken A. Sağlık çalışanlarında ekip çalışması etkinliği ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Bir kamu hastanesi örneği. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2018.
19. Manser T. Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: a Review of The Literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53, 143-151.
20. Cebeci F, Gürsoy E ve Tekingündüz S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2012; 15(3): 188-196.
21. Gökdoğan F ve Yorgun S. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13(2), 53-59.
22. Göktaş SB. Güvenli Cerrahi İçin Bir Vazgeçilmez: Ekip İletişimi. Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics, 2016; 2(3), 15-21.
23. Karayurt Ö, Turhan Damar H, Bilik Ö, Özdöker S ve Duran M. Ameliyathane Hasta Güvenliği Kültürünün ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Kullanımının İncelenmesi. ACU Sağlık Bil Derg 2017; 1:16-23.
24. Uyer G (). Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
25. Tekin S. Sağlık bakım sistemi içinde sağlık ekip hizmetleri ve hemşirelerin rolleri üzerine bir çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
26. Bekmez F. Bir üniversite hastanesinin sağlık çalışanlarında ekip çalışması tutumunun iş doyumuna etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2018.
27. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature, Acta Anaesthesiol Scand, 2008.
28. Çelik A ve Karaca A. Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2017; 14 (4), 254-263.

29. Saldamlı A, Işık Andsoy I . Cerrahi süreçteki sağlık profesyonellerinin kişilerarası iletişim tarzları ve ekip çalışması tutumları. Cukurova Medical Journal 2019; 44:1-1
<<https://dergipark.org.tr/en/pub/cumj/issue/36346/557579>>
30. Moroğlu D. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2007.
31. Atay N. Ameliyathanede ve Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Stres, Motivasyon, Ekip Çalışması ve İletişim. 3. Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongre Kitabı 2016: (s. 85-98).
32. Hu YY, Henrickson Parker S, Lipsitz SR, Arriaga A, Peyre S, Corso K, et al. Surgeons' Leadership Styles and Team Behavior in Operating Room. Journal of the American College of Surgeons 2016 222 (1):41-51.
33. Ulusoy H, Moroğlu Tokgöz D. Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. Pamukkale Tıp Dergisi2009; 2(2): 55-61.
34. Garon M. Speaking up, being heard: Registered nurses' perceptions of workplace communication. Journal of Nursing Management, 2012; (20):361-371. Erişim Tarihi: 15.09.2019. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01296.x>
35. Cousely A. Vulnerability in perioperative patients: A qualitative study. Journal of Perioperative Practice, 2015; 25(12): 246–254.<https://doi.org/10.1177/175045891502501201>
36. Kapıkıran G, Bülbüloğlu S ve Aslan FE. Ameliyathanede Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Medikal Hatalar ve İstenmeyen Olaylar. Journal of Health and Nursing Management 2018; 5(2), 132-140.

Sözel 22 (TAM METİN)

ÇOCUK İSTİSMARININ BAŞKA BİR YÜZÜ: MUNCHAUSEN BY PROXY SENDROMU

Another Face Of Child Abuse: Munchausen By Proxy Syndrome

Ayla DİKMEN*, Ebru EREK KAZAN**

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı

**Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Çocuğa yönelik bilerek ya da bilmeyerek yapılan fiziksel, ruhsal ve psikososyal yönden zarar verici davranışlar “çocuk istismarı” olarak tanımlanmaktadır. Munchausen by Proxy Sendromu (MBP) çocuk istismarının potansiyel olarak ölümle sonuçlanabilen, spesifik bir formudur. Bu sendromda ebeveyn ya da bakım verici kişi, hastaneye farklı klinik senaryolarla tekrar tekrar başvurmaktadır. Çocuktaki fiziksel/psikolojik semptom ya da bulguları bilinçli olarak ortaya çıkarmakta, bir anlamda hasta rolünü kendisi de benimsemektedir. Bu sendrom karmaşık olmakla birlikte, tanı ve tedavi süreci oldukça zordur. Tanılamada gerekli olan kanıtların toplanması, çocuğun hayatını daha fazla riske etmeme yönüyle önem taşımakta ve bu süreçte ekibin çocukla temasta olan her üyesine ciddi sorumluluklar düşmektedir. Bu çalışmada Munchausen by Proxy Sendromu’na ilişkin farkındalığın artırılması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, çocuk istismarı, hemşire, Munchausen by Proxy Sendromu

ABSTRACT

Behaviors that harm the child in physical, mental or psychosocial sense knowingly or unknowingly are defined as “child abuse”. Munchausen by Proxy (MBP) Syndrome is a specific form of child abuse that can potentially result in death. In this syndrome, the parent or the caregiver apply to hospitals repeatedly with different clinical pictures. They make physical/psychologic symptoms or findings of the child appear knowingly, and in this sense, they assume the patient role themselves. Together with the complexity of this syndrome, diagnosis and treatment is rather difficult. Collecting the evidences required for diagnosis is important in order to prevent further risks related to the child’s life, and in this process, each member of the team who come to contact with the child will assume serious responsibilities. In this study, increasing the awareness for Munchausen by Proxy Syndrome is aimed at.

Keywords: Child, child abuse, nurse, Munchausen by Proxy Syndrome

Giriş

Çocuğa yönelik bilerek ya da bilmeyerek yapılan fiziksel, ruhsal ve psikososyal yönden zarar verici davranışlar “çocuk istismarı” olarak tanımlanmaktadır (1,2). Çocuklar duygusal, fiziksel veya cinsel olarak istismar edilebilmektedirler (1). Çocuk istismarının spesifik ve çok ağır formlarından biri de Munchausen by Proxy Sendromu (MBP)’dur (2,3).

Munchausen by Proxy Sendromu (MBP)

Rus ordusunda süvari olan Baron Karl Fredrich von Munchausen 18. yüzyılda, çevresindeki insanlara anlattığı kahramanlık öyküleri ile ünlenmiştir. Dilden dile dolaşan bu öykülerin yalan olduğu anlaşıncı, sahte hastalık öyküleri anlatma ile karakterize bu sendrom onun ismi ile anılmaya başlanmıştır (3,4).

Munchausen Sendromu ilk olarak 1951 yılında Asher tarafından “hastalık öyküleri uyduran ve kendilerine cerrahi girişim bulunulmasını dahi kabul eden bir grup hastayı” belirtmede kullanılmıştır (3,5). Bu sendromda bireyin kendisi, hastaneye farklı klinik senaryolarla tekrar tekrar başvurmaktadır. Tamamen uydurulan tıbbi öyküler,

yanlış isimle sağlık kuruluşuna başvurma gibi eylemlerle sağlık personellerini rahatlıkla kandırabilmektedirler (3).

Munchausen Sendromu’ndan farklı olarak, Munchausen by Proxy Sendromu (Vekaleten Hastalık)’nda ise, “aileler ya da çocuğa bakmakla yükümlü kimseler çocukta hastalığı yaratmaktadırlar” (3). Çocuğun hastaneye farklı sebeplerle, birden fazla kez yatış öyküsü vardır (2,4,6). Ne yazık ki çocuk istismarının potansiyel olarak ölümlerle sonuçlanabilen bir formudur (2).

Munchausen by Proxy Sendromu (MBP), 1977 yılında İngiliz Pediatrist Roy Meadow tarafından tanımlanmıştır (2,3,4,7). DSM-V’de ise “bir başkasına yüklenen yapay bozukluk” olarak tanımlanmaktadır (5). Karmaşık olan bu sendromun tanı ve tedavi süreci de oldukça zordur (2,3,4,6). Bu sebeple tanılama yapılana kadar çocuk son derece ciddi zararlar görebilmektedir. MBP’de ebeveyn ya da bakım verici çocukta fiziksel/psikolojik semptom ya da bulguları bilinçli olarak ortaya çıkarmakta, bir anlamda hasta rolünü kendisi de benimsemektedir (4). Bu yolla, istismarcı sağlık profesyonellerinin ilgisini çekmek ve manipülasyonla bu ilgiyi daim kılmak ister (2). Sonuç olarak gereksiz tanı, tedavi ve cerrahi prosedürlere maruz kalan çocuk zarar görmekte; sağlık personelleri de farketmeden bu duruma ortak olmaktadır (2,3,5).

Meadow (7)’un bildirdiği bir olguda; kötü kokulu idrar yapma şikayeti olan bir hasta 12 kez hastaneye yatırılmış, 150 defa idrar kültürü için kendisinden örnek alınmış, bir çok kez tetkik yapılmış ve hastaya bir yığın ilaç tedavisi uygulanmıştır. Sonuç olarak; uzun zaman sonra annenin menstruasyon kanını çocuğun idrar örneklerine karıştırdığı belirlenmiş ve hasta Munchausen by Proxy Sendromu tanısını almıştır (5,7). Bu olguda da görüldüğü gibi çocuk istismarının pek çok türü kolaylıkla belirlenebilse de, MBP’yi tanılamak o kadar da kolay olmamaktadır. Bu sebeple, duruma şüpheli bir yaklaşımla eğilmek ve bu sendromla ilgili farkındalık oluşturmak olguların gözden kaçırılmaması yönünden oldukça önemlidir (2). Bu farkındalığın oluşması çocuğun hayatta kalmasını sağlayacaktır (4). Sağlık ekibi üyelerinde sendroma ilişkin herhangi bir şüphe uyandığında, bazı özel testler yapmak durumu aydınlatmaya yardımcı olabilmektedir (2,6).

Munchausen by Proxy Sendromu 4 temel özellikle tanımlanmaktadır (8,9);

1. Çocuğun hastalığı ebeveyn ya da çocuğa bakım veren kişi tarafından oluşturulur.
2. Çocuk tekrar tekrar tıbbi değerlendirmeye tabi tutulur.
3. Hastalığa sebep olan kişi, çocuğun hastalık etiyojisi ile ilgili bilgileri inkar eder.
4. Akut semptom ve bulgular çocuk, fail kişiden ayrı tutulduğunda hızla düzelir.

Meadow (10)’un yapmış olduğu çalışmalardan elde ettiği sonuçlara göre çocukta oluşturulan hastalık belirtileri ve bu hastalıkların oluşturulma şekli şöyledir (10):

Sahte bulgu	Sebebi
Felç, apne, uyuşukluk	Zehirlenme, havasız bırakma, karotis sinüse baskı uygulama
Kanamalar	Annenin kanı (vajinal tampondan alınan), çiğ et, Warfarin verme vb.
Ateş	Termometreyi ısıtma, ölçülen ateşi çizelgede değiştirme, çocuğun damarına kontamine materyallerin verilmesi
İshal	Laksatifler
Kusma	Mekanik olarak uyarma
Hipertansiyon	Kan basıncı kayıtlarını çizelgede değiştirme,
Döküntüler	Cildi kabarcık ve kaşıma
Böbrek taşı	Çocuğun idrarına kan bulaştırma ve sonrasında taş koyma
Büyüme geriliği ve zayıflık	Yiyecek vermemek Hastanede ise, çocuğun mide içeriğini nazogastrik sondadan geri çekme

MBP'ye ilişkin yayınlarda istismarcıların hemen hepsinin çocuğun biyolojik annesi olduğu belirtilmektedir (2,4,8,10). Meadow (10)'un belirttiğine göre tecrübesiz, stres altında ve yalnız olan annelerin çocuklarında başkaları tarafından gözlemlenemeyen semptomlar olduğunu düşünmesi olasılığı daha fazladır. Çocuk annenin ısrarı ile sürekli olarak birçok sebepten doktora götürülür, gereksiz incelemelere ve tedavilere maruz kalır. Çoğu doktor bu süreci çocuk istismarı olarak sınıflandırmada güçlük çekebilir. Tanı konulana kadar çocuk için çoktan yıkıcı etkiler ve hatta ölüm gelişebilir (5). Çocuk, istismarcı kişiden ayrı tutulduğunda ise belirtiler hızla düzelir (5,8). Aynı ailede açıklanamayan kardeş ölümleri ve benzer şikayetlere sahip başka çocukların bulunması da olasıdır. Belirlenen olguların %25'inde kardeş ölümü öyküsünün olduğu belirtilmektedir (5).

İstismar Olgularında Hemşirelik Yaklaşımı

İstismara uğramış çocuğa bilinçli bir müdahale ile tekrar tekrar aynı travmaları yaşamasının önüne geçilebilir (11). Ne var ki; Gölge ve ark. (12)'nin sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla yürütmüş olduğu çalışmada, hekimlerin %70,9'unun, hemşirelerin ise %54,3'ünün istismar olgusu ile karşı karşıya kaldıklarında nasıl bir prosedür izlemeleri gerektiğini bilmedikleri belirlenmiştir. Nitekim hemşirelerin ve diğer kamu çalışanlarının istismar konusunda ilgili kurumlara bildirimde bulunmaları Türk Ceza Kanunu'nda yer alan bir sorumluluktur. Hemşirelik bakımında öncelikli olarak şüpheli istismar olgularının tanınması ve önlenmesi yer alır. Şüpheli durumlarda istismar potansiyeline ilişkin ölçekler kullanmak da, ebeveyn ya da bakım veren kişinin eğilimleri konusunda fikir verebilir (13).

Hemşireler ayrıca çocuğun hastanedeki izlemi boyunca güvenli bir ortam sağlama, olabildiğince çocuğun anksiyetesini azaltma, istismarın tekrar etmesini önlemeye yönelik girişimlerde bulunmalıdır. İstismar mağduru çocuğun düzenli olarak izlenmesi için multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Okul hemşiresi ya da halk sağlığı hemşirelerinin de bu olguların tanınması ve izlenmesinde ve istismarın tekrarını önlemede sorumlulukları vardır (13).

Ülkemizde istismarın tespitinin zor olması ve rapor edilmesindeki eksiklikler sebebi ile bu konudaki tarama çalışmalarının az olduğu bilinmektedir (14). Bu süreçte doğru tanılama ve müdahale için pediatristlerin, hemşirelerin ve gerektiğinde hastanenin hukuk müşavirliğinin uygun şekilde dahil edilmesi gerekir (5,6). Bununla birlikte çocuk koruma birimlerinde istismar olgularını değerlendirmek amacıyla sosyal hizmet uzmanlarına da görevler düşmektedir (4).

Sonuç ve Öneriler

MBP klinisyenlerin tanılamada oldukça güçlük çektikleri bir bozukluk olması sebebi ile multidisipliner sağlık ekibi üyelerinin ortak çabası ve şüpheli tavrı ile çocuk daha fazla zarar görmeden tanılama yapmak gerekir. Bu anlamda konuya ilişkin daha fazla çalışma ve olgu sunumu yapılmalıdır. Sağlık çalışanlarına konu ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını arttırmak için eğitimler düzenlenmesinin de olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Karakaş B, Çevik ÖC. Çocuk refahı: çocuk hakları perspektifinden bir değerlendirme. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2016; 18(3): 887-906.
2. İnce T, Yurdakök K. Munchausen by Proxy Sendromu: Ağır bir çocuk istismarı formu. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2014; 3: 165-170.
3. Hancı İH, Eşiyok B. Yapay bozukluk: Munchausen sendromu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001; 10 (9): 326-327.
4. Özbesler C, Çoban AI. Ebeveyn yoluyla Munchausen Sendromu olgularında sosyal hizmetin rolü. Aile ve Toplum, 2010; 6(22): 40-49.

5. Tiryaki AY, Baran G. Bir çocuk istismarı türü olarak “Munchausen by Proxy Sendromu”, Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; (1-2-3): 107-124.
6. Galvin HK, Newton AW, Vandeven A. Update on Munchausen syndrome by proxy. Curr Opin Pediatr, 2005; 17: 252-257.
7. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy then hinterland of child abuse. The Lancet, 1977; 2: 343-345.
8. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. Child Abuse&Neglect, 1987; 11: 547-563.
9. Light MJ, Sheridan MS. Munchausen Syndrome by Proxy and apnea. Clinical Pediatrics, 1990; 29(3): 162-168.
10. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy. ABC of Child Abuse, 1989; 299: 248-250.
11. Çalışkan D, Yılmaz B. Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyi ve yaklaşımlarının incelenmesi. Kastamonu Sağlık Akademisi, 2019; 4(2): 1-15.
12. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Türk B. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmal konusundaki farkındalık düzeylerinin ölçülmesi. Adli Tıp Dergisi, 2012; 26(2): 86-96.
13. Geçkil E. Çocuklarda fiziksel istismar ve hemşirelik yaklaşımı. GÜSBD, 2017; 6(1): 129-139.
14. Bakır E, Kapucu S. Çocuk ihmal ve istismarının Türkiye’de yapılan araştırmalara yansımaları: bir literatür incelemesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017; 4(2): 13-14.

Sözel 23 (TAM METİN)

**MEDYAYA YANSIYAN ENGELLİ KADINLARA YÖNELİK ŞİDDET
OLGULARININ İNCELENMESİ**

**Investigation Of Violence Cases For Disabled Women Reflected To The
Media**

Yeter Sener*, Prof. Dr. Sevinç Polat*

*Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZET

Gazetelerde yayınlanan engelli kadınlara yönelik şiddet haberlerini incelemek amacıyla yürütülen bu araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesi yöntemine göre gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında 01.01.2019-10.09.2019 tarihleri arasında yayımlanan basılı gazeteler taranmıştır. Gazetelerin seçiminde ulusallık ve triyaj kriteri olarak belirlenmiştir. Çalışmanın evrenini triyajı yüz elli binin üzerinde olan, ulusal niteliğe sahip dört gazete oluşturmıştır. Çalışmanın örneklemini engelli kadına yönelik şiddet içeren 28 haber oluşturmıştır. Gazetelerde yer alan haberler, içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Bu çalışmada şiddete uğrayan kadınların dörtte birinin 18-24 yaş aralığında ve çoğunluğunun fiziksel engeli sahip olduğu, yarısından fazlasının cinsel şiddete maruz kaldığı ve yaklaşık beşte birinin hayatını kaybettiği belirlenmiştir. Çalışmada engelli kadınların çoğunluğunun erkekler tarafından şiddete maruz bırakıldığı, dörtte birine birinci derece yakınları, yaklaşık beşte birine sosyal çevrede tanıdığı kişi/kişiler ve % 14.3'üne eşi tarafından şiddet uygulandığı bulunmuştur. Şiddet olaylarının en çok Marmara bölgesinde, temmuz ve ağustos ayında gerçekleştiği belirlenmiştir.

Çalışmanın bulguları doğrultusunda; engelli kadınların şiddetten korunması için gerekli düzenlemelerin yapılması, multidisipliner ekip yaklaşımıyla bu kadınların daha sık takip edilmesi ve düzenlenecek eğitimlerle bu konuda farkındalık oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, engelli, şiddet, haber

ABSTRACT

This research, which was conducted in order to examine the news of violence against women with disabilities published in newspapers, was carried out according to the document analysis method which is one of the qualitative research methods. Within the scope of the study, printed newspapers published between 01.01.2019-10.09.2019 were scanned. Nationality and triage are the criteria for the selection of newspapers. The universe of the study consisted of four national newspapers with a triage of more than one hundred and fifty thousand. The sample of the study consisted of 28 news articles on violence against women with disabilities. The news in the newspapers were analyzed by content analysis method. In this study, it was found that one fourth of the women who were exposed to violence were between the ages of 18-24 and the majority had mental disabilities, more than half of them were exposed to sexual violence and approximately one fifth died. In the study, it was found that the majority of women with disabilities were subjected to violence by men, one fourth of them were first-degree relatives, approximately one fifth of people / persons they knew in the social environment and 14.3% of them were subjected to violence by their spouses. The most frequent violent incidents occurred in the Marmara region in July and August.

According to the findings of the study; It is recommended to make the necessary arrangements for the protection of women with disabilities from violence, to follow these women more frequently with the multidisciplinary team approach and to raise awareness on this issue through trainings to be held.

Key Words: Women, disability, violence, news

GİRİŞ

Şiddet hem dünyada hem de ülkemizde yaygınlığı giderek artan önemli bir sağlık ve insan hakları sorunudur (1). Kadına yönelik şiddet; toplumsal cinsiyet eşitsizliği sonucu ortaya çıkan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla

sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde ya da özel yaşamında ona baskı uygulayan ve özgürlüğünü kısıtlayan her türlü davranışı içermektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı verilere göre, küresel çapta her 3 kadından birinin yaşamında en az bir kez şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (3). Türkiye'de Engelli Kadınlara Yönelik Şiddet Raporu'nda da her beş kadından ikisinin fiziksel şiddet mağduru olduğunu bildirmektedir (4).

Kadına şiddetle ilgili çalışmalar; şiddete uğramanın toplumun geri kalanına kıyasla engelli kadınlarda yarı yarıya daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (4-7). Dünya Engellilik Raporu verilerine göre, dünyada bir milyardan fazla insan engellilik türlerinden birini yaşadığı belirtilmektedir. Bu bağlamda, küresel çapta 15 yaş ve üzeri kişiler arasında 785 milyon kişinin engelli olduğu belirtilirken, Küresel Hastalık Yüku Çalışması'na göre bu oranın 975 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (8). Engelli kadınların, toplumsal ön ve kalıp yargılarına sözgel ve fiziksel şiddete karşı koymada yetersizlik nedeniyle şiddetin her türüne uğrama olasılığı diğer kadınlara oranla daha fazla olmaktadır (4). Engelli kadınlar hem ailelerinden hem de toplumdan daha az destek almakta ve kendi haklarına erişim konusunda güçlük yaşamaktadır. Eğitim ve mesleki eğitim hizmetlerinden yararlanma ile ilgili sorunlar ekonomik açıdan bağımlı olmalarına yol açmakta, toplum içerisindeki olumsuz bakış açısı gibi nedenlerden dolayı da işverenler tarafından daha az tercih edilmektedirler. Bu durum engelli kadınların fiziksel, cinsel, psikolojik şiddete ve istismara daha fazla maruz kalmalarına ve bu konuda mağduriyet yaşamalarına yol açmaktadır (9). Konu ile ilgili araştırmalarda, engelli kadınların genellikle toplumsal yaşam içerisine katılımları, eğitim, sağlık, istihdam gibi temel insan haklarına erişim konusunda ayrımcılık yaşadıklarına dair veriler yer almakta ve özellikle engelli kadınların yaşadıkları şiddetin izlenerek yeterince rapor edilmediği vurgulanmaktadır (4). Şiddet, engelli kadınların yaşamlarını tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de olumsuz yönde etkilemekte, ekonomik ve sosyal haklar başta olmak üzere temel insan hak ve özgürlükleri ihlal edilmekte ve kadınların bu haklara erişimini engelleyen en önemli nedenler arasında yer almaktadır (4, 7).

Ülkemizde adli olaylara ilişkin veriler Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı'nın kayıtlarında yer almakla birlikte gizlilik ilkesinden ötürü bu verilere sadece özel izinler aracılığı ile ulaşılabilmektedir. Bundan dolayı engelli kadınlara şiddet konusunda medyaya yansıyan olgular verileri bütünüyle yansıtmassa dahi olayların boyutunu ortaya koyması açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu bilgilerin ışığında bu çalışmada, Türk basınında engelli kadına yönelik şiddete ilişkin haberlerin içerik analizi yöntemiyle incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Gazetelerde yayınlanan engelli kadınlara yönelik şiddet haberlerini incelemek amacıyla yürütülen bu araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesi yöntemine göre gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma kapsamında 01.01.2019-10.09.2019 tarihleri arasında yayımlanan basılı gazeteler taranmıştır. Gazete seçim kriteri ulusallık ve triyaj esas alınarak belirlenmiştir. Çalışmanın evrenini ulusal nitelikte ve 1-10 Eylül tarihleri arasında triyajı 150.000 'nin üzerinde olan dört gazete oluşturmuştur. Bu gazetelerden arşivlerine internet aracılığıyla ulaşılan ve erişimi ücretsiz olan 4 gazetede (Hürriyet, Posta, Sabah, Sözcü); 'Engelliler', 'Engelli kadınlar', 'Engellilere şiddet', 'Engelli kadınlara şiddet', 'Engelli kadınlara istismar', 'Engelli kadınlara taciz', 'Engelli kadınlara tecavüz', 'Engellilere yönelik cinayet', 'Engelli kadınlara yönelik cinayet' anahtar sözcükleri ile tarama yapılmıştır. Yapılan tarama neticesinde, 4 gazeteden elde edilen engelli

kadınlara yönelik 71şiddet haberi çalışmanın evrenini oluşturmuştur. İncelenen haberlerden 27'si aynı haber olması, 1'i ülkeçerisinde gerçekleşmemiş olması ve15'iincelenen tarihlerden önce gerçekleşmiş olmasinedeniyle dahil edilmemiş, örnekleme 28engelli kadına yönelik şiddet haberi oluşturmuştur.

Araştırmaya dâhil etme kriterleri

- Engelli kadınlara uygulanan şiddet haberi olması,
- Haberin 01 Ocak 2019-10 Eylül 2019 tarihleri arasında yayınlanmış olması,
- Olayın, Türkiye'de gerçekleşmiş olması kriter olarak belirlenmiştir.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Belirlenen tarih aralığından önce gerçekleşen ve yurt dışı kaynaklı olan haberler çalışmaya alınmamıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu gazetelerde yer alan engelli kadınlara yönelik şiddeti ele alan adli nitelikteki olgularla ilgili haberler, içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Buna göre şiddete maruz kalan engelli kadınlar, şiddet uygulayan kişiler ve haberlere ilişkin özellikler ayrı ayrı sunulmuştur. Elde edilen veriler sayı ve yüzde analizleri ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1'de şiddete uğrayan engelli kadınların özellikleri yer almaktadır. Engelli kadınların %25'inin 18-24 yaş aralığında olduğu, %60.8'inin zihinsel engelli olduğu, %53.6'sının cinsel şiddete uğradığı ve %14.3'ünün şiddete maruz kaldıktan sonra hayatını kaybettiğibelirlenmiştir.

Tablo1. Şiddete uğrayan engelli kadınların özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaşı		
12-17 yaş (Ergenlik)	3	10.7
18-24 yaş (İlk Yetişkinlik)	7	25.0
25-39 yaş (Orta Yetişkinlik)	5	17.9
40-64 yaş (İleri Yetişkinlik)	5	17.9
65-74 yaş (Genç Yaşlılık)	-	-
74-85 yaş (İleri Yaşlılık)	1	3.5
Bilinmiyor	7	25.0
Engel türleri		
Zihinsel engel	17	60.8
Fiziksel engel	6	21.4
Fiziksel ve zihinsel engel	2	7.1
Bilinmiyor	3	10.7
Uğradıkları şiddet türü		
Fiziksel şiddet	8	28.6
Psikolojik şiddet	3	10.7
Cinsel şiddet	15	53.6
Birden fazla şiddet (cinsel+fiziksel+psikolojik)	2	7.1
Şiddete uğrayan kadınların akıbeti		
Hayatta kalan	24	85.7
Yaşamını kaybeden	4	14.3

Tablo 2’de şiddet uygulayanların özellikleri yer almaktadır. Şiddet uygulayanların %32,1’inin 40-64 yaş aralığında olduğu, %71.5’inin şiddet uygulayanların erkek olduğu, %64.3’ünün mağdura şiddetin bir kişi tarafından gerçekleştirildiği, %14.3’ünün eşinin, %17.9’unun sosyal çevrede tanıdığı, %25’inin ise birinci derece yakınının şiddeti gerçekleştirdiği belirlenmiştir.

Tablo 2. Şiddet uygulayanların özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaşı		
12-17 yaş (Ergenlik)	1	3.6
18-24 yaş (İlk Yetişkinlik)	1	3.6
25-39 yaş (Orta Yetişkinlik)	-	-
40-64 yaş (İleri Yetişkinlik)	9	32.1
65-74 yaş (Genç Yaşlılık)	1	3.6
Bilinmiyor	16	57.1
Cinsiyeti		
Kadın	3	10.8
Erkek	20	71.5
Erkek ve kadın	1	3.5
Bilinmiyor	4	14.2
Şiddet uygulayan sayısı		
Bir kişi tarafından	18	64.3
Birden fazla kişi tarafından	8	28.6
Bilinmiyor	2	7.1
Yakınlık dereceleri		
Eşi	4	14.3
Birinci derece yakını	7	25.0
İkinci derece yakını	2	7.1
Erkek arkadaşı/sevgilisi	2	7.1
Sosyal çevrede tanıdığı kişi	5	17.9
Bilinmiyor	8	28.6

Tablo 3’te haberlere ilişkin özellikler yer almaktadır. Şiddet haberlerinin %21.5’inin ağustos ayında, %17.9’unun temmuz ayında daha çok görüldüğü, %28.6’sının Marmara bölgesinde en çok gerçekleştiği, %42.9’unun insan hakları, kadın hakları açısından şiddet ve şiddete karşı politikalar yönüyle ele alındığı, %32.2’sinin görgü tanıkları/komşular/uzmanlar/ambulans şoförü ve kaynağı belirtilmeyenlerin ve %28.6’sının ise mağdurun yakınlarının/arkadaşlarının görüşlerine başvurulduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Haberlere ilişkin özellikler

Özellikler	Sayı	Yüzde
Şiddet haberlerinin aylara göre dağılımı		
Eylül	3	10.8
Ağustos	6	21.5
Temmuz	5	17.9
Haziran	2	7.1
Mayıs	4	14.3
Nisan	2	7.1
Mart	2	7.1
Şubat	2	7.1
Ocak	2	7.1
Şiddet haberlerinin bölgelere göre dağılımı		
Marmara Bölgesi	8	28.6
Karadeniz Bölgesi	4	14.3
Akdeniz Bölgesi	4	14.3
İç Anadolu Bölgesi	5	17.9
Ege Bölgesi	5	17.9
Doğu Anadolu Bölgesi	1	3.5
Belirtilmemiş	1	3.5
Gazetelere Göre Haberin Konusu		
Bireysel Şiddet Öyküsü	7	25.0
İnsan hakları, kadın hakları açısından şiddet ve şiddete karşı politikalar	12	42.9
Şiddet protestosu/eleştirisi	8	28.6
Diğer	1	3.5
Haberde Görüşlerine Başvurulan Kişi ve Kaynaklar		
Polis-jandarma	1	3.5
Adli birim-mahkeme-avukat	2	7.1
Şiddet uygulayanın kendisi	5	17.9
Mağdurun kendisi	3	10.7
Mağdurun yakınları – arkadaşları	8	28.6
Görgü tanıkları-komşular-uzmanlar, ambulans şoförü ve kaynağı belirtilmeyenler	9	32.2

TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet her geçen gün giderek artmaktadır.Bu durum günümüzde hem insan hakları ihlali hem de toplumsal bir sorun olarak ciddiyetini korumaktadır.Şiddet olaylarının topluma aktarımının çoğunlukla gündelik yaşamımızın bir parçası olan kitle iletişim araçları ile gerçekleştiği görülmektedir (10).Engelli kadınlar ve kız çocukları da kadına yönelik şiddet konusunda hem aile içinde hem de sosyal çevrede yaşanan şiddet türlerine neden olan risk faktörlerine maruz kalmaktadır (11). Bu çalışmada kadınlar arasında en sık zihinsel engelliliğin görüldüğü saptanmıştır. TÜİK Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010 yılı verilerine göre ulusal özürlüler veri tabanına kayıtlı engellilerin çoğunluğu zihinsel engellidir. Bulgularımız ulusal verilerle benzerlik

göstermektedir.Kayıtlı engellilerin % 58.6'sını erkekler, % 41.4'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır (12).

Bu çalışmadaşiddete uğrayan engelli kadınların dörttebirinin 18-24 yaş aralığındaolduğu, yarısından fazlasının cinsel şiddete maruz kaldığı ve yaşanan şiddet sonrası yaklaşık olarak beşte birinin hayatını kaybettiği belirlenmiştir.Engelli Bireylere Yönelik Fiziksel-Cinsel Şiddet, İstismar ve Kötü Muamele Olayları İzleme Raporu (2016)' na göre engelli kadınların çoğunluğunun zihinsel engelli olduğu ve zihinsel engelli kişilerindaha çok cinsel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir (13).Trabzon'da yapılanengelli kadın profili ile ilgili bir çalışmada;engelli kadınların çoğunluğunun 36-45 yaş aralığında olduğu,%9.8'inin ahlaksız laflara maruz kaldığı, % 0.3'ünün cinsel ilişkiye girme teklifi aldığı, %1.0'mın istemeden evlendirildiği, %1.7'sinin ise eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı tespit edilmiştir (14).

Bu çalışmada engelli kadınların çoğunluğunun erkekler tarafından şiddete maruz bırakıldığı, dörtte birine birinci derece yakınları, yaklaşık beşte birine sosyal çevrede tanıdığı kişi/kişiler ve % 14.3'üne ise eşi tarafından şiddet uygulandığı saptanmıştır. Gerçekleştirilen şiddet davranışı kendine yönelik şiddet, kişilerarası şiddet ve toplu şiddet olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır. Kadınlar bu üç şiddet davranışını da deneyimlemektedir (15). Bu çalışmada engelli kadınlara uygulanan şiddet eyleminin çoğunluğunun bir kişi tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Başka birinin veya bir grubun kadına yönelik uyguladığı kişiler arası şiddet diğer şiddet türleri arasında en evrensel olanıdır. Ne yazık ki tüm toplumlarda bu şiddet türüne rastlanmaktadır (15).Aydın ve arkadaşlarının kadına yönelik şiddet haberlerinin ele alınış biçimlerinin karşılaştırılması çalışmasında, inceledikleri haberlerde kadına yönelik şiddet faillerinin yarısından fazlasının yakın partner ve aile üyesi olduğu bulunmuştur (16). Karaca ve arkadaşlarının gazetelerde bulunan kadına yönelik şiddet haberlerinin incelenmesiçalışmasında incelenen haberlerde kadına yönelik şiddetin en çok eşler tarafından uygulandığı tespit edilmiştir (17).Görgün-Baran ve arkadaşlarının medyada kadına yönelik şiddet haberlerinin içerik ve sunum açısından analizi adlı çalışmasında şiddeti uygulayan kişinin tamamına yakınının erkek olduğu, yarısından fazlasının şiddeti uygulayanın eşi, dörtte birinin ise yakın ilişkide olduğu partneri tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Bu haberlerin çoğunluğundaşiddet eyleminin tek kişi tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır (18).

Bu çalışmada aynı zamanda şiddete uğrayan mağdurla ilgili gazetelerde yer alan haberler kaynağı bakımından değerlendirilmiş; şiddet olaylarında en çok görgü tanıkları/ komşular/uzmanlar/kaynağı belirtilmeyen kişiler ve mağdurun yakınlarıile arkadaşlarının görüşlerine başvurulduğu saptanmıştır.Çalışmada şiddet olaylarının en çok temmuz ve ağustos ayında gerçekleştiği ve olayların en fazla Marmara Bölgesi'nde yaşandığı belirlenmiştir.Karaca ve arkadaşlarının gazetelerde bulunan kadına yönelik şiddet haberlerinin incelenmesiadlı çalışmasında da şiddet olaylarının Marmara Bölgesi'nde yaşandığı bulunmuştur. Bu bölgede kadına yönelik şiddet olaylarının sık görülmesinin bölgeninyoğun göç alması, yaşam koşullarının güçleştiren durumlar, ülkemizdeki birçok şiddet olayının bildirilmemesi ve gazetelerin bakış açısından pek çok olayın haber değeri taşımamasından kaynaklı olabileceği bildirilmiştir (17).

Kadına yönelik şiddet haberlerininmedyadasıklıkla yer verilmesi bu konuyla ilgili farkındalık ve algıda seçicilik düzeyinin gelişimi bakımından oldukça önemlidir.Son zamanlarda, medyanın kadına yönelik şiddet konusuna gittikçe artan ilgisi önemli derecede dikkat çekmektedir (19). Bilindiği üzere kitle iletişim araçlarının aktardıkları mesajlar toplumları büyük ölçüde etkilemektedir. Medya, düşüncelerin, davranış ve değerlerin, yaşam biçimlerinin oluşturulmasında güçlü bir etkiye sahiptir ve topluma ulaşacak bilgilerin önemliliklerinin sıralanması ve belli bir düzen içerisinde filtrelenerek sunulmasını veya öğrenilmesini gerçekleştirmektedir (20).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Veriler incelendiğinde her yaş ve engel grubundan engelli kadınların şiddet yaşadıkları görülmektedir. Ancak özellikle zihinsel engelli kadınların şiddete daha çok maruz kaldığı ve özellikle de cinsel şiddet mağduru oldukları ortaya çıkmaktadır. Engelli kadınlara şiddet uygulayan kişilerin mağdurların çoğunlukla tanıdığı kişi ya da kişiler tarafından maruz bırakıldıkları, hatta zaman zaman aile fertlerinden birinin bu şiddeti uyguladığı görülmektedir.

Engelli kadınların güçlendirilmesi adına öncelik olarak toplumsal yaşamda görünür kılınmaları, hak ve özgürlüklerinin tam ve eşit bir şekilde kullanılmasının sağlanması önem arz etmektedir. Bunun için hem ulusal hem de uluslararası mevzuatlarla düzenlenen engelli haklarının uygulanmasıyla gerçekleştirileceği düşünülmektedir. Engelli kadınların şiddetten korunması için gerekli düzenlemelerin yapılması, multidisipliner ekip yaklaşımıyla bu kadınların daha sık takip edilmesi ve düzenlenecek eğitimlerle bu konuda farkındalık oluşturulması gerekmektedir.

Sonuç olarak, engelli kadınlara yönelik uygulanan şiddetin tamamen yok edilmesi için ayrımcılığın ortadan kaldırılması ve görünür kılınmaları gerekmektedir. Bu durum ancak ayrımcılık ve kadına yönelik şiddetin ortadan kaldırılmasına dair ulusal ve uluslararası mevzuatın engelli kadın perspektifi yönüyle okunması neticesinde gerçekleşecektir.

KAYNAKLAR

1. Öyekçin DG, Yetim D, Şahin EM. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(2): 1-7.
2. Kadına Yönelik Şiddet Kitapçığı. Ezgi Ofset ve Matbaacılık. Ankara, 2017:4.
3. Dünya Sağlık Örgütü (WHO). 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1 Erişim:25.09.2019
4. Türkiye'de Engelli Kadınlara Yönelik Şiddet Raporu 2013-2014. Engelli Kadın Derneği, http://www.sabancivakfi.org/i/content/4826_2_Turkiyede_Engelli_Kadnlara_Yonelik_Siddet_2013_2014.pdf Erişim: 25.09.2019
5. Lin JD, Lin LP, Lin PY, Wu JL, Li CD, Kuo FY. Domestic violence against people with disabilities: Prevalance and trend analyses. Research in Developmental Disabilities 2010; 31(6):1264-1268. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.07.018>
6. Barrett KA, O'Day B, Roche A, Carlson BL. Intimate partner violence, health status and health care access among women with disabilities. Women's Health Issues 2009; 19(2): 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.10.005>
7. Karataş K, Gökçeşlan Çiftçi E. Türkiye'de engelli kadın olmak: Deneyimler ve çözüm önerileri. The Journal of International Social Research. Woman Studies (Special Issue) 2010;3(13):147-153.
8. Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası. Dünya Engellilik Raporu, 2011. www.who.int Erişim: 25. 09. 2019
9. Buz S, Karabulut A. Ortopedik engelli kadınlar: Toplumsal cinsiyet çerçevesinde bir çalışma. Sosyal Bilimler Dergisi 2015;7:25-45. [http://sosbilder.igdir.edu.tr/Makaleler/1737782556_03_Buz_\(25-45\).pdf](http://sosbilder.igdir.edu.tr/Makaleler/1737782556_03_Buz_(25-45).pdf) Erişim: 25.09.2019
10. Çakıroğlu N. Kadına yönelik şiddet ve medya: Gazete haberlerinde kadına yönelik şiddetin görünürlüğü. Sosyal Bilimler Dergisi / The Journal of Social Science 2017;4(14):589-604.
11. Avrupa Konseyi Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi Açıklayıcı Kitapçık. 2011:5. <http://www.ihop.org.tr/2012/01/31/acklayc-kitapck-kadnlara-yoenelik-iddet-ve-ev-ci-iddetinoenlenmesi-ve-bunlarla-mucadeleye-dair-soezleme/> Erişim: 25.09.2019
12. TC. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010. Ankara, 2011:2-54. ISBN 978-975-19-5240-0.

13. Engelli Bireylere Yönelik Fiziksel-Cinsel Şiddet, İstismar ve Kötü Muamele Olayları İzleme Raporu 2016. TOHAD Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği. 1. Baskı. Ankara, 2017.43-60.
14. Altuntaş N, Doğanay G. Trabzon’da engelli kadın profili. KTÜ- Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi 2016;6(12):315-337.
15. Krantz G, Moreno CG. Violence against women. J Epidemiol Community Health 2005; 59(10): 818-821.
16. Aydın BN, Kocagazıoğlu SY, Arda ÖE, Göge ZB. Basında kadına yönelik şiddet haberlerinin ele alınış biçimlerinin karşılaştırılması. Türk Psikoloji Yazıları 2016;19(Özel Sayı): 64-72.
17. Karaca S, Ünsal Barlas G, Öngün E, Öz YC, Korkmaz G. Gazetelerde bulunan kadına yönelik şiddet haberlerinin incelenmesi. JAREN 2017;3(3):137-144. DOI: 10.5222/jaren.2017.137
18. Görgün-Baran A, Sarıtaş CT, Şahin-Kütük B. Medyada kadına yönelik şiddet haberlerinin içerik ve sunum açısından analizi: Beyazgazete.com örneği. Sosyoloji Konferansları No: 55 (2017-1) / 107-132. DOI: 10.18368/iuoskon.328252
19. Ceyhan S. TC. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Yazılı Medyada Kadına Yönelik Şiddet Haberlerinde Kullanılan Dilin ve Görsellerin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara, 2014:32.
20. Yengin H. Kitle Kültürü, Medya ve Kadın Bedeni. Kocaeli İletişim Fakültesi, 2009.

Sözel 24 (TAM METİN)

ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNDE AGRESYON YÖNETİMİ

Aggression Management in Forensic Psychiatric Nursing

Birgül ÖZKAN*, Yasemin ÖZEL **

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümü

**Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

ÖZET

Giriş:Adli suçla karışan psikiyatri hastalarının tedavi, bakım ve rehabilitasyonunda görev alan hemşireler, çok dinamik bir alanda sağlık hizmeti vermektedirler. Adli hastalara bakım verirken en sık karşılaşılan durumlardan biri de saldırganlık davranışlarıdır. Yüksek riskli psikiyatri hastalarının demografik ve klinik özelliklerini tanımlarken, saldırganlık eğilimi olan kişilerin risk değerlendirmelerinin yapılması psikiyatri hemşireliğinin önemli rollerinden birisidir. Bu çalışma, ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin verdikleri sağlık hizmetinde agresyon yönetim becerisinin önemine vurgu yapmak amacıyla yazılmıştır.

Materyal ve metod: Söz konusu çalışmalar, “saldırganlık”, “adli hemşirelik”, “saldırganlık yönetimi”, “adli psikiyatri”, “adli psikiyatri hemşireliği” anahtar kelimeleri ile taranmıştır.

Bulgular ve sonuç: Psikiyatride şiddet olayları, diğer disiplinlere göre iki kat daha fazla görülen problemlerden birisidir. Hastaların saldırgan davranışları psikiyatri alanında sık sık karşılaşılmakta ve bu durum bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Adli psikiyatri hemşirelerinin mesleki uygulamalarda karşılaştıkları saldırgan davranışın nedenleri ve yönetimi hakkındaki tutumları, müdahale tercihlerini etkileyebilmektedir. Ajite olan veya saldırgan davranış sergileyebileceği düşünülen hastaların tanımlanmasında tehdit edici sözler, aralıklı patlayıcı davranışlar, çevreye karşı aşırı ve seçici dikkatlilik, şüphecilik, paranoid düşünce, dürtü denetiminde zorlanma, engellenme direncinin düşüklüğü, öfke, hızlı adımlama vb. durumlar göz önünde bulundurulması gereken faktörlerden bazılarıdır. Bu nedenle doğru risk değerlendirmesi, hastaların ihtiyaçlarını karşılamak ve çalışan güvenliğini sağlamak için tasarlanan bireyselleştirilmiş saldırganlık yönetimi planlarının oluşturulmasını kolaylaştırabilmektedir.

Anahtar Kelimeler:Adli psikiyatri, adli hemşirelik, saldırganlık, agresyon yönetimi

ABSTRACT

Introduction: Nurses working in the treatment, care and rehabilitation of psychiatric patients involved in forensic crime provide health services in a very dynamic area. Aggression behavior is one of the most common conditions when providing care to forensic patients. While defining demographic and clinical characteristics of high-risk psychiatric patients, risk assessment of individuals with a tendency to aggression is one of the unique roles of psychiatric nursing. In this context, the article was written in order to emphasize the importance of the ability to use aggression management in health care provided by nurses working in the field of mental health.

Materials and methods: These studies were searched with the keywords “aggression”, “forensic nursing”, “aggression management”, “forensic psychiatry”, “forensic psychiatric nursing”.

Results and Conclusion: Violence in psychiatry is one of the problems in which it is seen twice as much as other disciplines. Patient attacks are frequently encountered in the field of psychiatry and this situation negatively affects the quality of care services. The attitudes of forensic psychiatric nurses about the causes and management of aggressive behavior that they face in professional practice may affect their choice of intervention. Threatening words, intermittent explosive behaviors, excessive and selective attention to the environment, skepticism, paranoid thinking, difficulty in impulse control, low resistance to frustration, anger, rapid stepping etc. situations are some of the factors to consider. Therefore, accurate risk assessment can facilitate the creation of individualized aggression management plans designed to meet the needs of patients and ensure employee safety.

Keywords: Forensic psychiatry, forensic nursing, aggression, aggression management

Introduction

Forensic mental health nurses work in a very dynamic field. Forensic psychiatric nursing is a subspecialty of psychiatric nursing that provides treatment, care and rehabilitation for psychiatric patients who were involved in crimes and protects their rights (1-3). On the interface of security and treatment professionals in forensic mental health care are confronted with two conflicting perspectives, namely the necessity of psychiatric treatment and care on the one hand, and the public outcry for more severe restrictions to prevent society from risk behaviour of the patient on the other hand (3,4).

Nurses are members of a multidisciplinary treatment team in which therapeutic goals are set with emphasis on the management of violence and the path to future rehabilitation. At the same time these nurses fulfill a prominent role regarding safety; they prevent patients causing dangerous situations, e.g., threatening or abusing others (3-6). Psychiatric nurses in forensic psychiatric units are expected to perform different roles because they work with people who are both guilty and mentally ill. These roles include monitoring, obligatory hospitalization and forced treatment (7). Within this context of treatment and security, forensic mental health nurses in particular are confronted on a daily basis with mentally disturbed patients who are involuntary admitted to a place where they don't want to stay. These patients live in groups on forensic units in which many interactions between patients and nurses take place under sometimes stressful conditions (3, 8).

In this context, the article was written in order to emphasize the importance of the ability to use aggression management in health care provided by nurses working in the field of mental health.

Material- Methods

A search was performed in order to explore previous knowledge and to recognize gaps in existing research related to aggressive management in health care provided by nurses working in the field of mental health. The search comprised Pubmed, CINAHL, Ovid Medline(r) and PsycINFO databases. The search focused to empirical studies and literature reviews published in Turkish and English which were available as full texts.. Keywords in relevant combinations were used in the literature search in each study phase. In keywords used were as follows: aggression, violence, psychiatry, forensic, nursing, management, treatment, mental health, forensic, psychiatry, management, programme, effectiveness.

LITERATURE REVIEW

Aggression And Violent Behaviours

Defining aggression and violence has proved problematic because the terms encompass heterogeneous behaviours ranging from mild verbal abuse to life threatening assaults (3, 9).

Aggression can better be defined inclusively as “any verbal, nonverbal, or physical behaviour that is threatening (to self, others or property), or physical behaviour that actually does harm (to self, others, or property)”(1-3).

Violence describes a narrower repertoire of behaviour resulting in more tangible harm, e.g. “the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person or against a group or community that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, mal-development or deprivation” (WHO, 2019)

Forensic patients must learn to cope with their own disturbing behaviours and with those of their fellow patients. One of the treatment goals is to develop the capacity to participate constructively in social interactions with fellow patients and with nurses, e.g., participating in ward meetings with other patients (5-7). Nurses have to manage the interactions within the therapeutic environment in order to create and maintain a safe

living and learning environment for all patients. Nurses invest in building a therapeutic relationship with patients to work collaboratively on these goals and to tailor nursing care to the individual problems and needs of patients (8-10). In this process the occurrence of aggressive incidents causes threatening and sometimes even dangerous situations on the wards. Aggression and violent behaviours are complex phenomena, both defined as behaviours which are threatening or harmful to self, others or property. In forensic literature both terms are used, often as synonyms.

The World Health Organization defined violence rather comprehensively as : “The intentional use of physical force of power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation”(9-11). This thesis predominantly uses the term aggression to describe patients’ behaviours. However the conceptual problem with aggression is more semantically rooted. They propose the following dimensions in categorizing aggression: (1) inner experience versus outward behaviour, (2) aggressor’s view versus observer’s view, and (3) persistent state versus episodically occurrence. These dimensions might be helpful in both clinical practice and research to analyze the nature of concrete aggressive behaviours and the way it develops over time.

Theorists and researchers from multiple disciplines have attempted to explain the causes of aggression and ultimately violence (5). Hostile aggression enables the perpetrator to gain some sort of emotional reward, such as alleviation of threat-related anxiety. Aggression often occurs in situations when patient’s needs are not fully met and anger and frustration arises. The occurrence of aggression is associated with the complex interaction of both intrapersonal and interpersonal factors, which we briefly will address in order to clarify how aggression could be understood. In our understanding of aggression, several intrapersonal factors are related to factors within the social context in which the patients functions, such as poverty, stressful life-events and victimization (3-9).

Aggression Management Strategies for Nurses

A larger proportion of patients in forensic mental health settings tend to display inpatient aggression compared with those in general acute settings (4,6,9). It is therefore important to increase our understanding of the causes, prevention and management of aggression in psychiatric settings; this may be particularly true in forensic and secure settings. The attitudes held by both nursing staff working within mental health services about the causes and management of aggressive and violent behaviour are important and may influence decisions.

Healthcare professionals receive training across a range of methods to prevent and manage aggression and violence including physical intervention skills such as restraint and breakaway, active coercive techniques such as seclusion and rapid tranquilisation, and interpersonal techniques including de-escalation (3,5)

In previous research a tool has been developed and used to investigate attitudes among staff and patients in general, acute mental health services (2-6). In addition, one small study has examined staff and patients working in a high secure mental health setting, but it is not known whether these results are generalisable to forensic/ secure settings more widely.

Clinical guidelines highlight early intervention and the use of the least restrictive approaches in managing aggressive behaviour in child and adolescent psychiatric context (11-13). Management of aggressive outbursts should focus on interventions designed to support patients’ self-control and self-determination while preserving the safety of others and of property, while also respecting the patient’s

autonomy. The most restrictive interventions, like seclusion and restraints, should be used as a last resort when less restrictive methods have failed. (4-7).

Management should focus on interventions designed to support patients' selfcontrol, to encourage their self-determination and to respect their autonomy. The safety of others and property ought likewise to be ensured. The most restrictive interventions, like seclusion and restraints, should be used as a last resort when less restrictive methods have failed. (6-9) When restraint procedure is applied to control aggression, concerns of safeguarding basic human rights often arise (9).

Importantly, previous literature has suggested that staff's beliefs about the causes of aggressive and violent behaviour determines the strategies they implement in response. Fear of violence can lead to patients not receiving adequate care due to staff avoiding those perpetrators (10-14) have suggested that an increase in interpersonal over coercive techniques will lead to a reduction in physical intervention and violent incidents. Therefore, interventions and training could be implemented, so that staff could interpret these behaviours and neutralise them at an early stage thus reducing the risk of injury and reduce costs (12).

Apart from that, forensic researchers suggest that when patients with schizophrenia experience feelings of threat and loss of control, the so-called 'threat control-override symptoms', these feelings are associated with aggressive behaviours (4-8). Deficits in both the intrapersonal as interpersonal factors, in combination with stressful environmental factors, may contribute to patients' vulnerability for aggressive responses. This notion is important for nurses who apply aggression management strategies because they need to be aware that patients' incapability to control their aggression is a complex phenomenon

A profound insight into patient's vulnerability to cope with stressful situations (e.g., due to delusions), and into the developmental process of aggression, is essential in the dynamic interactional understanding of violence (2,15). So far, forensic researchers have mainly made efforts to identify precursors of inpatient aggression on the basis of clinically dynamic factors by means of risk assessment instruments (4-10). By applying these instruments nurses can observe and record precursors of aggression by patients in daily ward situations and thereby gain knowledge of the likelihood of aggression by the individual patient. Despite these efforts, the onset of aggression and the escalation from mild forms of agitation into full-blown aggression remains unclear. An important limitation of using risk assessment instruments is that patients generally do not play an active role in these forms of risk management and hence their capacities of self-management to prevent aggression is not addressed. One would expect, that risk management strategies guiding the nurses in teaching patients these (self)-management skills constitute an important part of forensic mental health nursing working models, however, these strategies are currently hardly available (11-13). An increase in stress levels is strongly associated with an increase in sick-leave and a willingness among employees to quit their job and increased consumption of alcohol and tobacco among nurses has been linked to workplace stress (14, 15)

Conclusion

According to the results, it is thought that teaching aggression management to both patients and nurses is important in forensic psychiatric nursing.

References

1. Abderhalden C., Needham I, Dassen Th., Halfens R., H-J Haug, Fischer J. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trail. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 44-50.
2. Björkdahl, A., Palmstierna, T. & Hansebo, G. (2010) The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17 (6), 510-518.
3. Daffern, M. & Howells, K. (2009). The Function of Aggression in Personality Disordered Patients. *Journal of Interpersonal Violence*. 24, 586.
4. Drake, R. & Deegan, P. (2009). Shared Decision Making is an Ethical Imperative. *Psychiatric Services*, 60 (8), 1007.
5. Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and aggression: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478.
6. Hildebrand, M., de Ruiter, C. & Nijman, H.L.I. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behaviour among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 13-29.
7. Lewis, D.M. (2002). Responding to a violent incident: physical restraint or anger management as therapeutic interventions. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 9, 57-63
8. Marle Van (2002). The Dutch Entrustment Act (TBS). Its Principles and Innovations. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 83-92.
9. Martin, T. (2001). Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 25-32.
10. Martin T. & Daffern M. (2006). Clinician perceptions of safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic setting. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 13, 90-99.
11. Mason T, Coyle D, Lovell A. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15, 131-139.
12. Mason, Y., King, L. & Dulson, J. (2009). Binary construct analysis of forensic psychiatric nursing in the UK: High, medium and low security services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 216224
13. Meehan, T., McIntosh, W., & Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 19-25.
14. Nicholls, T., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32: 23-30. 17.
15. Stringer, B., Van Meijel, B., Vree de, W. & Bijl van der J. (2008) User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 678-683.

Sözel 25 (TAM METİN)

HEMŞİRELERDE MOBBİNG

Mobbing On Nurses

Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ*, Esra DOĞAN YILMAZ*

*Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Mobbing kelimesi Türk Dil Kurumu sözlüğünde “bezdiri” olarak karşılık bulmakta ve “İş yerlerinde, okullarda vb. topluluklar içinde belirli bir kişiyi hedef alıp, çalışmalarını sistemli bir biçimde engelleyip huzursuz olmasına yol açarak yıldırma, dışlama, gözden düşürme”,olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakım hizmeti sunucuları olan hemşireler için mobbing önemli bir sorun haline gelmiştir. Bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmekle sorumlu olan hemşirelerin, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için psikolojik yönden sağlıklı olmaları gerekmektedir. Hemşireler, birlikte çalıştıkları çalışma arkadaşları, hekimler, hastalar ve hasta yakınları tarafından mobbinge maruz kalma açısından oldukça yüksek risk altındadırlar. Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelerin mobbinge uğrama oranının yüksek olduğu ve daha çok üstleri tarafından mobbinge maruz kaldığı belirtilmektedir. Ayrıca mobbinge maruz kalan hemşirelerin zaman zaman intihar etmeyi düşündükleri belirlenmiştir. İşyerinde psikolojik şiddetin hastalık, düşük motivasyon, iş doyumsuzluğu, yüksek işten ayrılma oranı, yoğun iş stresi, düşük performans gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar hasta bakımına yansımakta ve bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda hemşireler mobbing hakkında bilgilendirilmeli ve kendilerini nasıl koruyacaklarına yönelik öneriler sunulmalıdır. Bununla birlikte iş yerleri çalışanlara etkili iletişim eğitimleri vermek ve görev tanımlarını netleştirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Mobbing, Psikolojik Şiddet

ABSTRACT

The word “Mobbing” in the dictionary of Turkish Language Institution is found as “harassment”. In workplaces, schools and so on. it is defined as intimidation, exclusion, disgrace by targeting a specific person within the communities, causing them to be restless and systematically blocking their work. Mobbing has become a major problem for nurses who are health care providers. Nurses who are responsible for protecting and improving the health of individuals should be psychologically healthy in order to fulfill their duties and responsibilities. Nurses are at high risk of being exposed to mobbing by their colleagues, physicians, patients and relatives. In the studies conducted in our country, it is stated that the rate of mobbing of the nurses is high and it is mostly exposed to mobbing by their superiors. In addition, it was determined that nurses exposed to mobbing thought to commit suicide from time to time. Psychological violence in the workplace causes important problems such as illness, low motivation, job dissatisfaction, high turnover rate, intense work stress, low performance. These problems are reflected in patient care and adversely affect the quality of care. In this context, nurses should be informed about mobbing and suggestions about how to protect themselves. However, workplaces should provide effective communication training to employees and clarify their job descriptions.

Key Words: Mobbing, Nurse, Psychological Violence

Giriş

Mobbing (psikolojik şiddet), son yıllarda yönetim ve çalışma psikolojisi alanında yapılan çalışmalarda başlangıçta iş yerinde oluşan rekabetin sonucu olarak psikolojik baskılarla ortaya çıktığı düşünülen ancak yaşandığında fark edilmeyen hatta fark edilmek istenmeyen, çalışanları işten ayrılmaya kadar götüren, sınırı olmayan faaliyetler bütünü olarak belirtilmektedir (1) . Günümüzde ise mobbing; yaş, cinsiyet, tecrübe, eğitim, statü vb. gibi farklar gözetmeksizin, tüm kültürlerde ve tüm iş kollarında ortaya çıkan bir davranış biçimi halini almıştır (2).

Mobbing kelimesi Türk Dil Kurumu sözlüğünde “bezdiri” olarak karşılık bulmakta ve “İş yerlerinde, okullarda vb. topluluklar içinde belirli bir kişiyi hedef alıp,

çalışmalarını sistemli bir biçimde engelleyip huzursuz olmasına yol açarak yıldırma, dışlama, gözden düşürme”, olarak tanımlanmaktadır. (3). Ancak Mobbing kelimesi aslında başta kuş bilimciler tarafından kuşların “kararsız kalabalık” anlamına gelen davranışlarını adlandırmak için kullanılmıştır. Ardından Mobbing kelimesini kuş bilimcilerden alıp insan davranışlarında ilk kez 1980’lerde kullanan İsveçli psikolog Heinz Leyman’dır (4). Leymann, mobbing kelimesinin yerine, İngiliz ve Avustralyalı araştırmacıların “bullying” kelimesini kullandıklarını belirtmiştir. Ancak “bullying” kelimesinin fiziksel şiddet ve tehdit anlamına geldiğini bu nedenle okulda gençler ve çocuklar arasındaki davranışları anlatmak için kullanılması gerektiğini belirtmiş dolayısıyla mobbing kelimesinin yetişkin davranışları için kullanılmasının uygun olacağını belirtmiştir (5). Çünkü mobbing fiziksel şiddetin ötesinde psikolojik şiddeti ve etik dışı iletişimi içine alan davranışlar bütünüdür. Leymann’a göre mobbing, işyerinde çalışan kişi ya da kişiler üzerinde planlı ve sistematik bir şekilde baskı oluşturarak bunaltma, korkutma, şantaj, aşağılama, tehdit etme gibi taktiklerle başlayıp, çalışanların işten ayrılmasına kadar varabilen bir süreci ifade etmektedir (5).

Günümüzde işyerinde şiddet daha çok psikolojik şiddet olarak görülmektedir. Bu psikolojik şiddetin sıklığı ve sürekliliğinin derecesi önemlidir. Mobbing mağdurunun üzerinde sürekli ve sıklıkla gerçekleştirilen şiddetin etkisi geçici bir durum değildir. Mobbinge maruz kalan mağdur bu süreçte yavaş yavaş zarar görmektedir. Bu dereceye birinci derece mobbing olarak adlandırılmakta ve mobbing mağduru ağlama, uyku bozukluğu, alınganlık v konsantrasyon bozukluğu yaşayabilmektedir (6,7). Mobbing mağduru bu şiddet uygulamalarının sıklığı ve sürekliliğinden zayıf düşüp fizyolojik ve psikolojik olarak sağlığı bozulmaya başlamaktadır. İşe geç gelme, sık sık hastalık izni kullanma gibi davranışlarla iş ortamından uzaklaşmaya çalışmaktadır. Bu durum mağdurun ailesi ve arkadaşları tarafından fark edilse bile geçici olarak görülüp üzerinde durulmaz. Ancak mağdur artan sağlık sorunları nedeniyle ciddi bir tıbbi destek almak zorunda kalmaktadır. Uzun süre sık sık mobbinge maruz kalanlarda yüksek tansiyon, kalıcı uyku bozuklukları, mide-bağırsak sorunları, konsantrasyon bozuklukları, aşırı kilo alma veya verme, depresyon, alkol ya da ilaç alışkanlığı, işyerinden kaçma, alışılmadık korkular görülmektedir (6,7). Üçüncü derece mobbingde ise mobbing mağduru artık iş yapamaz hale gelmektedir. İş yerine karşı tiksinti, korku ve dehşet hissi yaşamaktadır. Şiddetli depresyon, panik ataklar, kalp krizleri, kazalar, intihar girişimleri, üçüncü kişilere yönelik şiddet bu aşamada görülen fiziksel veya psikolojik semptomlardır. Fiziksel ve psikolojik olarak gördüğü zararlara ancak özel bir tedavi uygulamasının yararı olabilir (6,7).

Mobbing Türleri

Mobbing uygulayanlar ile mobbing mağdurları kişiler arasındaki mobbing süreci üç farklı şekilde gerçekleşir (8).

- a) Yukarıdan aşağıya uygulanan mobbing (dikey mobbing),
- b) Eşit şartlarda çalışanlar arasında uygulanan mobbing (yatay mobbing),
- c) Aşağıdan yukarıya uygulanan mobbing

a) Yukarıdan Aşağıya Uygulanan Mobbing: Yöneticilerin çalışanlara uyguladığı şiddettir. Yukarıdan aşağıya yada dikey mobbingin en bilindik sebepleri yöneticinin sosyal duruşunun tehlikeye girmesi, yönetici ile astının arasındaki yaş farkı (astı daha genç ise) ve yönetici ya da ast üstleri tarafından kayırılıyorsa mobbinge başvurulabilmektedir (9).

b) Eşit Şartlarda Çalışanlar Arasında Uygulanan Mobbing (Yatay Mobbing); Mobbing yapan ile mobbinge uğrayan kişinin aynı departmanda aynı işi yapması söz konusudur. Yani aynı statüye sahip kişilerin, meslektaşların, iş arkadaşlarının

birbirlerine uyguladıkları mobbing yatay mobbing adını almaktadır. Yatay mobbinge fonksiyonel mobbing de denilmektedir. (8).

c) Aşağıdan Yukarıya Doğru Uygulanan Mobbing: Aşağıdan yukarıya doğru uygulanan mobbing türünde, çalışanların birbirleriyle anlaşarak el birliğiyle topluca yöneticilerine uyguladıkları bir mobbing söz konusudur. Bu mobbing türü çok nadir olsa da görülmesi mümkündür (10).

Mobbing Sürecinde Yer Alan Taraflar

Mobbing sürecinde bulunan taraflar üçe ayrılır (8):

- a) Mobbing uygulayıcıları (Saldırganlar),
- b) Mobbinge maruz kalanlar (mağdur olanlar, kurbanlar),
- c) Mobbing izleyicileri.

a) Mobbing uygulayıcıları (Saldırganlar); Yönetici ilerde kendi yerine geçme ihtimali yüksek astına mobbing uygulayabilmektedir. Mobbing uygulayan kişilerin belirlenmiş sabit özellikleri yoktur. Mobbingin oluşmasına pek çok kaynak etki eder. ” Mobbingi uygulayan kişi kıskanç, riyakâr, paranoyak, sosyal biryapıda olmayan, kişiliği oturmamış bireylerdir (11).

b) Mobbinge maruz kalanlar (mağdur olanlar, kurbanlar): Litertürde mobbinge uğrayan çalışanların genellikle yetenekli, işine bağlı, yaratıcı, farklılıkları ortaya çıkaran, değişime açık kişiler olduğu belirtilmektedir (Davenport ve diğerleri, 2003). Diğer yandan mağdurlar özgüveni düşük, çekingen ve çatışma yönetimi becerisi olmayan, kolay hedef olarak görülen kişiler de olabilmektedir. (12).

c) Mobbing izleyicileri: Mobbing izleyicilerine dolaylı yoldan mobbing uygulayıcıları da denilebilir (9). Çalışma arkadaşları ve üst kademede yer alanlar gibi süreçte doğrudan rol almayan fakat bir şekilde süreçte ne olup bittiğini kavrayan kişiler mobbing sürecinde izleyici olarak adlandırılmaktadır (8).

Mobbing ile başa çıkma yollarına bakıldığında ise mağdurlar fazla bir çıkış noktası olmadığına, başa çıkma ve mücadele yollarını sınırlı gördüklerini belirtmektedirler. Genellikle işi kaybetme korkusu ile çatışmaya girmekten kaçınılmakta ve süreç kabullenilerek, iş hayatı sürdürülmeye çalışılmaktadır. Ancak genellikle sonuç, mağdurun durumu kabullenmesi ve “etkisiz” konumda işine devam etmesi, işten kendi isteği ya da kurum kararı ile gönderilmesi veya “en iyi” ihtimalle kişinin aynı yapıda başka bir bölüme gönderilmesi ile sonuçlanmaktadır (13).

Hemşirelik ve Mobbing

İşyerinde mobbing hemşireler için ciddi ve öncelikli bir sorundur. Bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmekle sorumlu olan hemşirelerin, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için psikolojik yönden sağlıklı olmaları gerekmektedir (7,14).

Hemşireler, birlikte çalıştıkları çalışma arkadaşları, hekimler, hastalar ve hasta yakınları tarafından mobbinge maruz kalma açısından oldukça yüksek risk altındadırlar (15-19). Yıldırım ve Yıldırım (20) tarafından hemşireler ile yapılan çalışmada, hemşirelerin yüzyüze geldikleri mobbing davranışının % 86,5 olduğu saptanmıştır. Çelik Durmuş ve arkadaşlarının (21) İstanbul’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin son iki ay içinde bir veya birden fazla kez iş yerinde psikolojik şiddet davranışlarıyla karşılaşma oranının % 62,2 olduğu belirlenmiştir. İş yerinde psikolojik şiddet davranışlarının hemşireleri sıklıkla psikolojik açıdan etkilediği saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin yaklaşık %7’si iş yerinde kasten maruz kaldıkları psikolojik şiddet davranışları nedeniyle “zaman zaman intihar etmeyi düşündüğünü” belirtmişlerdir.

Almanya, Avusturya ve İngiltere’de yapılan araştırmalarda, çalışanların bir üstü tarafından şiddete maruz kalma oranının %70 ile %80 arasında olduğu ve üstleri tarafından mobbinge uğrayanların daha fazla zarar gördüğü belirtilmektedir (22). Başka

bir çalışmada, yöneticilerin astlarına uyguladığı mobbing %85,5 iken, eşit statüde olanların birbirlerine uyguladıkları mobbing, %15,7 olduğu tespit edilmiştir. Eğer bir kişi, kurum içindeki konumunun bilincindeyse ve gerektiğinde bunu acımasız bir şekilde kullanma eğiliminde ise, bu kişinin bir mobbing uygulayıcısı olma olasılığının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (23).

Sonuç Ve Öneriler

Mobbing (psikolojik şiddet) hemşirelerde olumsuz etkiler oluşturmakta ve bu durum bakım kalitesini de olumsuz etkilemektedir. İşyerinde psikolojik şiddetin hastalık, düşük motivasyon, iş doyumsuzluğu, yüksek işten ayrılma oranı, yoğun iş stresi, düşük performans gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar hasta bakımına yansımakta ve bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda sağlık işletmesinin de bütçesine olumsuz yansımaktadır. Bu bağlamda çalışanlar mobbing hakkında bilgilendirilmeli ve kendilerini nasıl koruyacaklarına yönelik öneriler sunulmalıdır. Buna yönelik bazı öneriler şöyle sıralanabilir;

- İş yerinde çalışanlar arası iletişime önem verilmeli ve iletişim eğitimleri verilmelidir,
- Kurum içinde görev yetki ve sorumluluklar açıkça belirlenmelidir,
- Kurumda bir kültür oluşturulmalı ve bu kültür çalışanlar tarafından benimsenmelidir,
- Kurumda iş stresi neden olan faktörler belirlenmeli ve bunları azaltmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır,
- Çalışanlar mobbinge karşılaştıkları zaman hukuki haklarının meler olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Seyrek, H., (2013). Hemşirelerde Adalet Algısının Mobbing Davranışları Üzerine Etkisi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
2. Çınar HG., Korkmaz AÇ., Yılmaz D. (2016). Hemşirelerde Mobbing, J hum rhythm;2(2):89-93
3. “Mobbing” Kelimesi, Türk Dil Kurumu, Web: <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim: 25 Ekim 2019
4. Gül H. and Ağıröz A. (2011), Relations Between Mobbing and Organizational Cynicism: An Application on Nurses Mobbing [Turkish], Afyon Kocatepe University, Journal of Economic and Administrative Sciences, 13(2), 27-47
5. Leyman H. 1996. The content and development of mobbing at work, European journal of work and organizational psychology, 5(2), 165-184.
6. Devanport N, Distler Schwartz R, Pursell Elliott G. Mobbing, Emotional Abuse In The American Workplace. Çev: Osman Cem Önerioy. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 2003.
7. Arıcı, N. (2019). Mobbingin Hemşirelerin İş Doyumu Üzerine Etkisi: Bir Meta-Analiz Çalışması, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara
8. Tınaz Pınar, “İşyerinde Psikolojik Taciz (Mobbing)”, Beta Basım Yayınevi, İstanbul, 2008.
9. Çopur, F. (2017). Mobbingin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Türk Hukuk Sisteminde Mobbing, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta
10. Tınaz Pınar, Çalışma Yaşamından Örnekler, Beta Yayınları, İstanbul, 2005.
11. Tengilimoğlu Dilaver, Akdemir Mansur Fatma, “İşletmelerde Uygulanan Mobbingin (Psikolojik şiddet) Örgütsel Bağlılığa Etkisi”, Uluslararası İktisadi Ve İdari İncelemeler Dergisi, C: 1, S:2, 2009.
12. Einarsen, S. (1999). The nature and causes of bullying at work, International Journal of Manpower, 20, 16–27.
13. ERA Araştırma ve Danışmanlık ve Futurebright Anketi (2012). Türkiye mobbing anketi 2012.

Web:http://www.teid.org.tr/files/downloads/haberler/era%20research%20_consultancy_futu rebright_mobbing_arastirmasi.pdf, Erişim: 1 Temmuz 2016.

14. Özgür, G., Babacan Gümüş, A. ve Gürdağ, Ş. (2011). Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24 (4), 296-305.

15. Jackson D, Clare J & Mannix J (2002) Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management* 10, 13–20.

16. Alcelik A, Deniz F, Yesildal N, Mayda AS & S, Erefi BA (2005) Health survey and life habits of nurses who work at the medical faculty hospital at Abant İzzet Baysal University [Turkish], *TAF Preventive Medicine Bulletin* 4, 55–66.

17. Ayrancı U (2005) Violence toward health care workers in emergency departments in West Turkey. *The Journal of Emergency Medicine* 28, 361–365.

18. Rowe MM & Sherlock H (2005) Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management* 13, 242–248

19. Yeşildal N (2005) Evaluation of work accidents and violence in health care services [Turkish]. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 4, 280– 302.

20. Yıldırım A, Yıldırım D. (2007), Mobbing in nursing: mobbing experienced by nurses working in health care facilities in Turkey and its effect on nurses. *J Clin Nurs*, 16(8): 1445-53.

21. Durmus, S. C., Topcu, I., & Yildirim, A. (2018). Mobbing Behaviors Encountered by Nurses and their Effects on Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2).

22. Kök, S. (2006), İş yaşamında psiko-şiddet sarmalı olarak yıldırma olgusu ve nedenleri, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,16, 433–449.

23. Karakuş, H. 2011. Hemşirelerde kurum ve yönetimin etkisine bağlı Olarak yaşanan mobbing davranışları, *akademik araştırmalar ve çalışmalar dergisi / journal of academic researches and studies*, 3(5) ;3, 5

Sözel 26 (TAM METİN)

HEMŞİRE, HEKİM VE ÖĞRENCİ BAKIŞINDAN ÖTANAZİ
Euthanasia From The Point Of View Of Nurse, Physician And Student

Esra TAYAZ*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Tüm tıbbi tedavi ve müdahalelerin yetmediği durumlarda, değerli, nitelikli yaşamın sunulmadığı durumlarda hastaların istekleri doğrultusunda yaşamlarının sonlandırılması durumudur tıbbi ötanazi olarak tanımlanmaktadır. Ötanazi kavramı aktif ötanazi ve pasif ötanazi olarak iki tür tanımlanır. Aynı zamanda istemli, istemsiz, asiste (yardımlı), iç, dış, kazai ve medikal olarak tanımlamalarda mevcuttur. Ötanazi sağlık profesyonelleri açısından ikilemlerin oluşmasına neden olan bir konudur. Çünkü bu konu bireyin yaşamını koruma, sürdürme ve geliştirme ilkesi ile özerkliğe saygı ilkesi arasında bir tezatlık oluşturmaktadır. Bu çalışma Google Scholar üzerinden ‘ötanazi, ölme hakkı’ anahtar kelimeleri atılarak, konu ile ilgili tutum, bilgi düzeyi, görüş belirten makalelerin derlenmesi ile yazılmıştır. Derlemenin yapılma amacı ise ülkemizde yasak olan ve yasal olarak yükümlülükleri de beraberinde getiren bu konunun son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmaları inceleyerek, sağlık çalışanlarının görüşlerini derlemek için yazılmıştır. Öğrenci, hekim ve hemşire bazında ötanazi konusunda yapılan çalışmalar incelenmiştir. İncelemenin sonucunda ötanazi hekim grubu tarafından yasallaşması gerektiğini en fazla bildiren grup olduğu belirlenmiştir. Hemşireler arasında ise yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bu uygulamaya daha olumlu baktıkları söylenebilir. Öğrencilerin büyük kısmının ötanaziyi etik sorun olarak değerlendirdikleri ve uygulanması gerekli olduğunu düşünenlerin sayısının az olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise bu konu yasal olmamasına rağmen yapılan araştırmalarda aktif olmasa da pasif ötanazinin yapıldığını öne sürmektedir.

Anahtar kelimeler: ötanazi, hemşire, hekim, öğrenci, etik

ABSTRACT

It is defined as medical euthanasia in cases where all medical treatments and interventions are not sufficient, and in cases where valuable, qualified life cannot be provided, the lives of the patients are terminated in accordance with their wishes. The concept of euthanasia is defined as active euthanasia and passive euthanasia. It is also available in voluntary, involuntary, assisted, internal, external, accident and medical definitions. Euthanasia is an issue that leads to dilemmas for health professionals. Because this issue is in contradiction between the principle of protecting, maintaining and developing an individual's life and the principle of respecting autonomy. This study was written by searching for the words ‘euthanasia, the right to die inden from Google Scholar and compiling articles about attitude, level of knowledge and opinion. The purpose of the compilation is done legally prohibited in our country and liabilities of studies examining this issue in Turkey last 10 years, bringing with it was written to compile the views of health professionals. The studies on euthanasia on the basis of students, physicians and nurses were examined. As a result of the examination, it was determined that the group that states that euthanasia should be legalized the most. Among nurses, it can be said that nurses working in intensive care units are more positive about this practice. It is seen that the majority of the students consider euthanasia as an ethical problem and the number of those who think it is necessary to apply it is low. In our country, although this issue is not legal, it suggests that passive euthanasia is performed even though it is not active in researches.

Key words: euthanasia, nurse, physician, student, ethics

Giriş ve Amaç: İlk olarak Bacon’ın kullandığı ötanazi kavramı Antik Yunan dilinde “euthanasia” kökünden türemiştir. “Eu” güzel, iyi, “thanatosis” ise ölüm anlamına gelmektedir. Kısaca ötanazi; “acısız ölüm”, “güzel ölüm” gibi anlamlara gelmektedir (1). Tıbbi açıdan ötanazi; tüm tıbbi tedavi ve müdahalelerin yetmediği durumlarda, değerli, nitelikli yaşamın sunulmadığı durumlarda hastaların istekleri doğrultusunda

yaşamlarının sonlandırılması durumudur (2). Ötanazi kavramı aktif ötanazi ve pasif ötanazi olarak iki tür tanımlanır. Aynı zamanda istemli, istemsiz, asiste (yardımlı), iç, dış, kazai ve medikal olarak tanımlamalarda mevcuttur. Aktif ötanazi, tıbbi yardım varlığı olsun yada olmasın, aktif veya direkt yardımla yaşama son verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Pasif ötanazi ise hastanın yada yaralı bireyin yaşamını uzatacak müdahalelerin yapılmaması olarak tanımlanmaktadır (3).

Özellikle yatağa bağımlı, destek teknolojilere yada destek tedavilere bağımlı, dayanılmaz acılar çekenlerin ölüm sürecini yaşama konusunda gerekli güç ve iradesinin olmaması gibi bir durumla karşılaşılabilir. Ötanazi 20. yüzyılda kişinin yaşama hakkı yanı sıra kendi ölme hakkı ile ilgilenmesinden dolayı yoğun olarak tartışılmaya başlanmıştır. 21. Yüzyılın beraberinde getirdiği ben merkezçiliğin önplanda olması ve insanların kaderlerini belirleme isteğiyle nerede, ne zaman ve ne şekilde öleceği ile ilgili hakları olduğunu düşünmeye başlamışlardır. İnsanlar yaşam boyunca elde ettikleri tüm hakların en üstünde yaşama hakkının olduğunu düşünmektedirler. Bu hak kişinin kendi iradesi doğrultusunda kullanımından kaçınılması olanaksız görülen ve vazgeçilmesi asla düşünülmemeyen tek kişilik hakkıdır (4).

Ötanazi sağlık profesyonelleri açısından ikilemlerin oluşmasına neden olan bir konudur. Çünkü bu konu bireyin yaşamını koruma, sürdürme ve geliştirme ilkesi ile özerkliğe saygı ilkesi arasında bir tezatlık oluşturmaktadır (5). Ötanazi ülkeler bazında bakıldığında farklı yasal yükümlülükleri beraberinde getirmektedir (6). Türkiye’de ötanazinin yasak olduğu net bir şekilde belirtilmiştir. Ötanazi tıbbi ve hukuki boyutunun yanı sıra duyguların dini ve vicdani boyutun bir arada yaşandığı bir konudur. Ötanazi ülkemizde yasak olmasına rağmen yapılan bir çalışma sonucunda, ülkemizde hekimlerin göz ardı edilemeyecek kısmı pasif ötanazinin uygulandığı kanaatindedir. Bunun gizli yapıldığını belirterek, bu uygulamanın terminal dönemdeki hastalara uygulandığını bildirmişlerdir (7, 8). Bu çalışma Google Scholar üzerinden ‘ötanazi, ölme hakkı’ anahtar kelimeleri aratılarak, konu ile ilgili tutum, bilgi düzeyi, görüş belirten makalelerin derlenmesi ile yazılmıştır. Derlemenin yapılma amacı ise ülkemizde yasak olan ve yasal olarak yükümlülükleri de beraberinde getiren bu konunun son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmaları inceleyerek, sağlık çalışanlarının görüşlerini derlemek için yazılmıştır.

Öğrenci Çalışmaları: Türkiye’de Çetinkaya ve Karabulut’un hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, öğrenciler aktif ötanazi uygulanması durumuna %19.6’sı evet cevabını verdiği, geri kalanların ise çoğunun vicdani ve dini nedenlerden dolayı aktif ötanaziye istemediklerini belirlemişlerdir. Pasif ötanazinin uygulanması durumuna ise %22.3’ü evet cevabını verdiği, diğer cevapları verenlerin ise %63.6’nın vicdani rahatsızlıktan dolayı, %48.1’inin dini nedenlerden dolayı istemediklerini belirlemişlerdir. Hemşirelik öğrencilerinin çoğunun ötanazi hakkında bilgili oldukları, çoğunun vicdani ve dini yönden bu duruma karşı oldukları ve ötanazi uygulama gibi bir durumla karşı karşıya kalma durumlarında hemşirenin bunda aktif rol almasını istemedikleri sonucuna ulaşılmıştır (9). Gürkan ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada terminal dönemdeki hastada karşılaşılan etik sorunlar hakkındaki görüşlerini aldıklarında %64.3’ünün ötanaziye etik sorunlar arasına aldıklarını bildirmişlerdir (10). Demir ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinin ötanazi hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının ötanaziye kendisi yada yakınları için istemediğini, %30.9’unun acı çeken ölümcül hastaya, %43.8’inin ise ötanaziye isteyen hastalara uygulanmasına evet cevabı vermişlerdir. Öğrencilerin çoğu dini inançlarından dolayı ötanaziye kabul etmediklerini, yarısından fazlasının Türkiye’de bu konunun yasallaşmaması gerektiğini, yasallaşsa bile çoğunluğun ötanazi sırasında görev almak istemediklerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin %6’sı ötanazinin hemşire tarafından

uygulanması gerektiğini bildirmiştir (8). Er'in hemşirelik 1. sınıf ve 4. sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerden birinci sınıf %39,0'u, dördüncü sınıf %28,3'ü bireyin ölme hakkına sahip olduğunu, hastanın isteği ile ötanazi uygulamasında hekim ve hemşirelere izin verilmesine birinci sınıfların %29,9'u, son sınıfların %17,4'ünün evet cevabı verdiğini bildirmiştir. Son sınıf öğrencileri birinci sınıf öğrencilerine göre bu konuda daha fazla kararsız oldukları sonucuna ulaşmıştır (11).

Hekim çalışmaları: Uysal ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada ötanazinin her şeklinin sağlık personelleri ve hasta yakınları tarafından zor bir karar olduğunu bildirmişlerdir. Hekimlerin ötanazi konusunda kararsız olduğu, bunun sebebinin ise sosyokültürel, teolojik ve duygusal nedenlerden kaynaklandığı, bu yaklaşımın toplumun genel bakış açısını sonucuna ulaştırmıştır. Aynı zamanda çalışmaya katılan hekimlerin yarısı hastanın yaşına ve tanısına bağlı olarak ötanaziyi düşünebileceklerini bildirmişlerdir (12). Yapılan bir çalışmada hekimlerin meslek hayatı boyunca %31.7'sinin ötanazi talebiyle karşılaştıkları, 52.2'si yasal hale gelmesi gerektiğini, ülkemizde pasif ötanazi uygulama durumunun hiç olmadığını söyleyenlerin oranının %25.6 olduğunu, aktif ötanazi yasallaşırsa bu uygulamada görev almayı %24.'ünün kabul edeceğini ve yarı oranla kendilerinin bu uygulamayı talep etme durumlarının olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmanın devamında "metastazları olan karaciğer kanserli, terminal dönemde, 70 yaşındaki erkek hastada karşılaşılabilecek durumlarla ilgili sorular" yöneltilmiştir. Solunum ve kalbi durduğunda resüsite edilmek istemediğini belirten hastaya %86.7'sinin bu isteği yerine getireceğini, kendi isteği ile tedaviyi reddedip evde ölmek için taburculuk talep ettiğinde %85.6'sının bu isteği kabul edeceğini, hasta yaşamını kendiyle sonlandırmak isterse %27.8'inin, sağlık personeli tarafından yapılmasını talep ettiğinde ise %30.6'sının kabul edeceğini bildirmişlerdir (13).

Hemşire Çalışmaları: Çelik ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada, ötanaziyi türü ne olursa olsun kabul etme oranının çok düşük olduğu, kendisi ve yakınları için de ötanazi uygulanmasını istemedikleri, ölmek üzere olan hastada da ötanazi uygulanmasını onaylamadıkları, Türkiye'de ötanazinin yasallaşması konusunda evet ve hayır diyenlerin oranlarının birbirlerine yakın olduğu sonucuna ulaşmışlardır (14). Yapılan bir çalışmada hastayı yaşatmayı başarı, ölümün olmasını ise başarısızlık olarak gördüklerini, hastanın kaybı ile yas yaşamak, ölüme engel olamadığı içinde suçluluk yaşamakta olduğunu ve hemşirelerin bunlarla baş etmesi gereken duygular olduğunu bildirmişlerdir (15). Yapılan bir nitel çalışmada, yardımcı intihar ve ötanazinin yasak olduğu için yapılamayacağını, yasallaşması durumunda bazı hemşire ve doktorların karşı çıkmasına rağmen bazılarının hasta isteği ile yapabileceklerini bildirmişlerdir (16). Karaarslan ve arkadaşlarının 152 hemşireden görüş alarak yaptıkları çalışmada, %38.2'sinin ötanazi için yasal bir düzenleme olması gerektiğini, ölümcül hastalık durumunda kendisine bu uygulamanın yapılmasını %40.8'i, ölümcül hastalığı olan hastanın kendi yaşama hakkı olup olmadığı sorulduğunda %42.8'i bu hakkın olması gerektiğini, ötanazi yasallaşması durumunda bunu kimin uygulaması gerektiğine (birden fazla seçenekli) %50'si hekim, %57.8'i yasaların belirlediği bir ekibin uygulaması gerektiğini bildirmişlerdir. Ötanaziyi reddedenler ise nedenlerini dini açıdan, yaşamın kutsallığı nedeniyle ve vicdani boyutundan dolayı istemediklerini bildirmişlerdir. Özellikle yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ötanazinin yasallaşmasını isteyen grup olduğu sonucuna ulaşmışlardır (17). Başka bir çalışmada ise yoğun bakım hemşirelerinin %61,5'i, dahili birim hemşirelerinin %51,6'si, cerrahi hemşirelerinin %42,9'u, çocuk birim hemşirelerinin %36,8'i ötanazinin yasal olarak kabul edilmesini istedikleri sonucuna ulaşmıştır. Aynı zamanda hemşirelerin %52.9'u ötanaziye karşı olmadıklarını ve yaklaşık yarısının ise ötanazinin yasak olmasına rağmen ülkemizde gizlice uygulandığına inandıklarını bildirmişlerdir

(7). Ay ve Öz'ün yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %36'sı ötanaziyi hiçbir hastada uygulanmaması gerektiğini, %34'ü ise terminal dönem hastalarına uygulanması gerektiğini bildirmişlerdir. Kendisinden ötanazinin istenmesi durumunda hemşirelerin %15'i ne yapacağını bilmediklerini, %27'si meslek hayatı boyunca bu istekle karşılaştığını, yaklaşık yarısının ölüm, ölümcül hasta ve ötanazi konularına ilişkin bilgi aldıkları ve yaklaşık yarısının ölüm, ölümcül hasta ve ötanazi konularında danışmanlık ihtiyacı hissettikleri sonucuna ulaşmışlardır (18). Youn bakım hemşirelerinde yapılan çalışma sonuçlarında %71,1'inin ötanazi tanımını doğru yaptığını, %22,7'si ülkemizde ötanazinin yasallaşması gerektiğini, yasallaşması durumunda ekip içinde %84,5'i yer almak istemediğini ve %46,4'ü kendisi, %72,2'si de yakınları için ötanazi uygulamasını istemediğini bildirmişlerdir (19). Başka bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire, psikolog) %35'inin ötanaziyi insan hakkı olarak gördüğü, %71,4'ünün çocuklara ötanazi uygulamaması gerektiğini, %46,8'inin aktif ötanaziyi desteklediği, %48'inin (n=37) ise pasif ötanaziyi desteklediği sonucuna ulaşmışlardır (20).

Sonuç: Ülkemizde ise bu konu yasal olmamasına rağmen yapılan araştırmalarda aktif olmasa da pasif ötanazinin yapıldığını öne sürmektedir. Ama bu durumda ülkemizde yasalar önünde cezai işlem sebebidir. 'Do not Resuscitate' denilen pasif ötanazinin bir boyutu olan resusitasyon yapmamanın da yasal olmadığı bilinmektedir. Hem dinimizin getirileri, vicdani boyutlu düşünmemiz, sosyal yapımız, aile yapısı gibi bir çok durum bireylerin ötanaziyi kabul etmediğini çalışmaları ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin doktorlara göre ötanazinin yasallaşması durumunda uygulamada yer almak istemedikleri, ötanazi uygulanmasına daha az evet dedikleri görülmüştür. Hemşireler arasında ise yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bu uygulamaya daha olumlu baktıkları söylenebilir. Öğrencilerin büyük kısmının ötanaziyi etik sorun olarak değerlendirdikleri ve uygulanması gerekli olduğunu düşünenlerin sayısının az olduğu görülmektedir. Etik açıdan özellikle sağlık çalışanlarını sıkıntıya düşüren bu durum ile ilgili daha detaylı ve geniş kapsamlı çalışmalar yapılarak soru işaretleri tamamen yok edilmelidir. Yasal olan ülkelerde dahi yer geldiğinde dava sebebi olan bu konu aynı zamanda insanın yaşama hakkını acaba elinden mi alınıyor sorusunu beraberinde getirmektedir.

KAYNAKÇA

1. Oğuz NY, Şenol S, Devrimci Özgüven H, Arıkan M, Özen AR, Ünal Ş. Ankara'da Çalışan Hekimlerin Ötanazi İle İlgili Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Anket Çalışması. 3P Dergisi. 1996;4(Ek 3):43-7.
2. Kara Y. Yaşlıların Ötanazi Hakkındaki Görüşleri. Aurum Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;2(2):17-32.
3. Schioldborg P. Students' Attitudes Toward Active Euthanasia, Assisted Suicide And Proposed Amendments To The Penal Code. Tidsskr Nor Laegeforen Aug 2000;120(19):2283-8.
4. Güven K. Kişilik Hakları ve Ötanazi. Ankara: Nobel, 2000.
5. Kaya H, Akçin E. Hemşirelik Öğrencilerinin Ötanaziye İlişkin Görüşleri. Türkiye Klinikleri. 2005;13:115-9.
6. Mayda SA, Özkara E, Çorapçıoğlu F. Attitudes Of Oncologists Toward Euthanasia İn Turkey. Palliative And Supportive Care. 2005;3(3):221-5.
7. Tepehan S, Özkara E, Yavuz MF. Yoğun Bakım ve Diğer Birimlerde Görev Yapan Hemşirelerin Ötanaziye Yaklaşımı. Adli Tıp Dergisi. 2011;25(2):115-24.
8. Demir G, Biçer S, Ünsal A. Hemşirelik Öğrencilerinin Ötanaziye İlişkin Düşünceleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(1):1-11.
9. Çetinkaya F, Karabulut N. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Ötanazi Hakkında Görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016;3(2):28-39.
10. Gürkan A, Babacan Gümüş A, Dodak H. Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: Hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):2-12.
11. Er RA. Hemşirelik eğitiminin başında ve sonunda olan öğrencilerin hasta haklarına ilişkin tutumları: Kocaeli örneği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2012;20(3):139-45.

12. Uysal C, Karaaslan B, Tanrıverdi H, Çelepkolu T, Korkmaz M, Bulut K, et al. Hekimlerin Ölümle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Ötenazi Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. The Bulletin Of Legal Medicine. 2013;18(3):100-6.
13. Torun S, Kadioğlu S, Tanrıverdi G, Öztunç G, Akbaş M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Ötenaziye, Yardımlı İntihara, Restüsite Etmeme Kararına İlişkin Görüşleri. Türkiye Biyoetik Derneği Yayını. Değişen Dünyada Biyoetik. İstanbul, 2012;18:237-43.
14. Çelik S, Kalkan M, Gündoğdu A, Topal H. Yoğun bakım hemşirelerinin ötenazi hakkındaki düşünceleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2012; 5: 101-9.
15. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi/Effects of death education on nurses' death anxiety, depression regarding death, and attitudes towards the dying patient. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(4):253.
16. Gül Ş, Kuzuca İG, Arda B. Sınırlı Bir Çalışma: Hekim ve Hemşirelerin Gözünden Psikiyatri ve Etik. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 28(4), 280-7.
17. Karaaslan B, Uysal C, Atan Y, Tataroğlu Z, Bozkurt İ, Çelepkolu T, et al. Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre ötenazi hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2014;41(4):700-6.
18. Ay MA, Öz F. Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Aypar, Ü.(1997). Ötenazi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2013;28(1):43-7.
19. Çınar İÖ, Kartal A, Önal A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ötenazi hakkındaki düşünceleri. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2012;20(3):146-52.
20. Yalçıntürk AA, Batmaz M. Sağlık Profesyonellerinin Ötenazi Hakkındaki Düşünceleri. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2018;1(2):23-8.

Sözel 27 (TAM METİN)

CEZAEVİNDE ANNELERİYLE YAŞAYAN ÇOCUKLARDA SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

Health Promotion For Children Living With Mothers In Prison

Esma KABASAKAL*, Ayşegül AKCA*, Hüseyin MUCUK*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Uni versitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Cezaevlerinde sağlığı koruma ve geliştirme denilince daha çok yetişkin yaşta ve suçlu insan profil akla gelmektedir. Ancak kadın mahkumların beraberinde bulunan 0- 6 yaş dönemi çocuklar veya gebe olup doğumunu cezaevinde yapan kadınların dünyaya getirdiği bebekler önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dışarıda korumasına bırakacağı herhangi bir kimse bulunmayan 0-6 yaş grubundaki çocuklar annelerinin yanında kalabilmektedirler. Cezaevinde kalan çocukların oluşan ruhsal sorunları yetişkinlik dönemlerinde suça eğilimlerini artırabilmektedir. Cezaevleri çocukların gelişim süreçlerini sağlıklı bir şekilde sürdürmeleri için tasarlanmadığından çocuklar ilerleyen zamanlarda fiziki ve psikososyal eksikliklerle karşılaşmaktadırlar. Toplu bir yaşam alanı olan cezaevinde hijyen koşulları hem hamile veya bebekli kadınlar hem de 0-6 yaş çocuklar için uygun değildir. Kadın cezaevlerinde öncelikle akla gelen sağlık bakımı anneleriyle kalan çocukların bakımının yanı sıra hamile ve bebekli kadınların ihtiyacı olan desteği kapsayan sağlık bakımındır. Cezaevleri çocuklar için uygun bir ortam olmasa da anneleriyle birlikte olmaları anne çocuk arasında kurulan bağlantı için önem arz etmektedir. Ancak cezaevleri kaynak ve personel eksikliği nedeniyle sağlık hizmetlerinde yetersiz kalmaktadır. Sonuç olarak elde edilmiş veriler doğrultusunda çocukların sahip oldukları evrensel hakları elde etmeleri ve annelerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını korumaları için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, çocuğun ruhsal, fiziksel ve gelişimsel sağlığı için uygun fiziki ortamlar oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: cezaevi, anne, çocuk, sağlığın geliştirilmesi

ABSTRACT

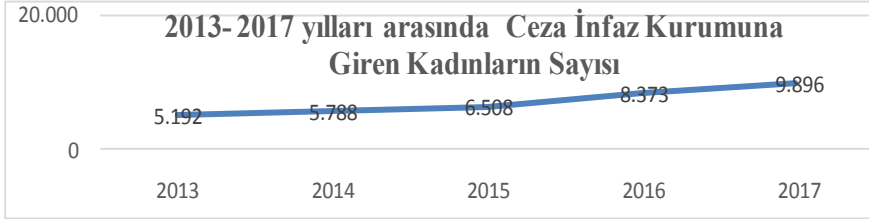
The adult profile and the guilty human profile come up to mind when it comes to protecting and improving health in prisons. However, children who are 0-6 years of age are accompanied by female prisoners or the babies born in prison appear as an important public health problem. Children in the 0-6 age group can stay with their mothers if they do not have anyone to leave for protection. Mental problems of children in prison can increase their tendency to crime in adulthood. Children face physical and psychosocial deficiencies in the future because prisons are not designed for children to maintain healthy development. Prisons are insufficient in health care service due to the lack of resources and personnel. Hence, the hygiene of prisons may not be suitable for both pregnant or women with children and children in between the ages of 0-6. In addition, although prisons are not suitable for children, it is important for them to be together with their mother. In conclusion, according to the data, in order to protect the universal rights of children and protect the mental and physical health of children and mother, health care services should be increased and suitable environment should be created.

Key words: prison, mother, child, health promotion

GİRİŞ

Cezaevi farklı kültürel geçmişe sahip değişik türden suçluların bir arada yaşadıkları bir ortam olup mahkumların ruh hali, suça neden olan yaşam deneyimleri, alışkanlıkları, toplu olarak bir arada yaşama ve topluma geri dönüş gibi nedenler açısından sağlığı tanılamak, korumak ve geliştirmek için bir fırsattır. Cezaevlerinde sağlığı geliştirmenin amacı; bireyselliğin korunması, risklerin azaltılması, sağlık eğitimi ve danışmanlık beslenme, fiziksel aktivite, madde kullanımı, hijyen, bulaşıcı hastalıkların azaltılması ve yasadışı ilaç alımının yönetilmesidir (1).

Cezaevlerinde sağlığı koruma ve geliştirme denilince daha çok yetişkin yaşta ve suçlu insan profil akla gelmektedir. Ancak kadın mahkumların beraberinde bulunan 0- 6 yaş dönemi çocuklar veya gebe olup doğumunu cezaevinde yapan kadınların dünyaya getirdiği bebeklerönemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (2).Türkiye’de TÜİK verilerine göre2017 yılında 9.896 kadın cezaevine girmiştir. Kadınların cezaevine girme oranları son beş yıla göre aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (3).



Türkiye’de 12 tane kadın cezaevi bulunmakta olup 8 tanesi kapalı, 4 tanesi açık cezaevidir (4).Kadın cezaevleri denilince akla gelen sağlık bakımı; anneleriyle kalan çocuğun bakımının yanı sıra hamile ve bebekli kadınlar için sağlık destek hizmetleridir.

Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzüğün 70. maddesinde belirtildiği üzere hükümlünün bakıma muhtaç çocuklarının barındırılması hususunda “(a) Anaları hükümlü olup da dışarıda korumasına bırakılacak kimsesi bulunmayan sıfır-altı yaş grubundaki çocuklar, annelerinin yanında kalabilirler. Bu çocuklar gündüzleri kurum bünyesindeki veya Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu veya diğer kurum ve kuruluşlara ait kreş ve gündüz bakımevlerinde barındırılırlar. (b) Analarının yanında kalan çocuklara, yaş ve durumlarına ve ihtiyaçlarına göre yiyecek ve içecek verilir. (c) Üç yaşını doldurmuş çocuklar, kurumda bulunan psiko-sosyal yardım ve sağlık servisinin önerisi, Cumhuriyet savcısının talebi ve hâkim kararıyla çocuk yuvalarına veya yetiştirme yurtlarına yerleştirilebilirler. Bu çocukların belirlenecek bir program ve usule göre zaman zaman anneleriyle temaslari sağlanır. (d) Altı yaşını doldurmuş çocukların menfaati de göz önünde tutularak kurum dışında barındırılacakları yerler, ilgili mevzuat hükümlerine göre belirlenir.” denmektedir (5).

Basında yer alan haberlere göre ceza infaz kurumlarında annelerinin yanında kalan çocuk sayısı 14.11.2017 tarihi itibarıyla 624’tür. 0-3 yaş aralığında 379, 3-6 yaş aralığında 245 çocuk bulunmaktadır (6). Birçok ülkede cezaevlerinde kalan çocuk sayısı ile ilgili güvenilir istatistikler bulmak zordur. Cezaevinde kalan çocuklarla ilgili konuların göz ardı edildiği, bilgi eksikliğinin tesadüfi nedenlerden olmadığı ve çocuklara ne olduğu düşüncesinin göze alınamadığı belirtmektedir (7).

TARTIŞMA

Cezaevi ortamı mahkumların sağlığını tanılamak, sağlık eğitimi vermek ve sağlığı geliştirmek için bir fırsattır. Nitekim Ottawa Sözleşmesi’nde sağlığı geliştirmede hedef kurumlar olarak okul, ev, işyeri ve toplum grupları ile birlikte cezaevlerine de yer verilmiştir. Cezaevlerinde çalışan hekimler, hemşireler ve diğer profesyoneller cezaevi sağlığını geliştirmede benzersiz liderlik rolüne sahiptirler. Çocukların anneleriyle birlikte cezaevinde kalma sürecinde ele alınması gereken önemli konular bulunmaktadır.Çocuklar annelerinin tutuklanması ve hapsedilmesine bağlı olarak yaşamlarındaki ani değişiklikler nedeniyle travmalara maruz kalabilmektedir. Sağlığı

geliştirmenin temel direklerinden biri güçlendirme kavramıdır. Çocukların cezaevinde kaldığı sürece fiziksel, ruhsal ve mental yönden güçlendirilmeleri gerekmektedir. (7).

Gelişim sürecinin ilk yıllarını ifade eden 0-3 yaş dönemi sosyal, zihinsel, duygusal ve dil becerileri bakımından çocuk için önemli bir zaman dilimidir. Bu dönemde gelişimin çeşitli nedenlerle olumsuz etkilenmesi çocuğun gelişiminin gecikmesine ve bu nedenle akranları arasında gelişimsel farklar oluşmasına neden olmaktadır(8). Şahinöz ve diğerlerinin (2019) çalışmasına göre; cezaevinde anneleriyle kalan 3 ay ile 4 yaş arasındaki çocukların, cezaevinde kalmayan çocukların dil gelişimi, motor gelişimi, sosyal-duygusal,bilişsel ve genel gelişim puan ortalamalarına kıyasla daha düşük düzeyde puana sahip olduğu bulunmuştur (9). Bireylerin gelişiminde yaşam koşulları tek başına etkili olmasa da cezaevinde kalma durumunun çocukların gelişimi üzerinde önemli farklılıklar oluşturduğu görülmektedir. Cezaevleri çocukların fiziksel, ruhsal ve mental yönden gelişimini destekleyecek yeterli uyaranlara sahip bir çevre değildir. Kahraman ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada gelişimi etkileyen herhangi bir duruma maruz kalmayan çocukların %20.9'unun süpheli-anormal gelişim gösterdiği ve en çok dil alanında geriliklerin olduğu görülmüştür (8). Cezaevi koşulları çocukların gelişimini destekleme amacıyla tasarlanmadığı için bebek ve çocukların fiziki ve psikosozal sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ve uygun yaşam alanı bakımından yetersiz kalmaktadır. Cezaevinde kalan çocuklar akranlarıyla iletişim kurma, sağlıklı sosyal ilişkiler konularında yoksun kalmaktadır.

Anne ve çocuk ilişkisi yetişkin yaşamda kişiler arası ilişkiler için belirleyici etkiye sahiptir. Şayet anne çocuk bağlanma ilişkisinde bir kesinti veya bozukluk olursaçocukta kişilik problemleri, ruhsal ve duygusal bozukluklar ortaya çıkabilirBu nedenle cezaevine giren annelerin çocuklarından ayrılmasıözellikle çocuk açısından duygusal ve gelişimsel sorunlara yol açmaktadır. Çocuklardaayrılık sonrası anksiyete görülebilir. Bilişsel olarak annesinden ayrılmasının sebebini anlamayan çocuklar annelerinin kendilerini terk ettiğini düşünerek güven kaybı yaşayabilmektedir(10).

Cezaevlerinde kreşe gidemeyecek kadar küçük çocuklar günü koğuşt geçirmek zorunda kalmaktadır. Bu çocuklar genellikle 0-3 yaş grubunu oluşturmaktadır. Fiziksel gelişim aşamasındaki bebekler emekleyemeden büyüdükleri için 3 yaşında yürümekte zorlanabilmektedirler (11). Çocukların beslenme, uyku gibi temel gereksinimlerinin yanında gelişimsel olarak sağlıklı olabilmeleri için oyun oynamaya gereksinimi vardır. Oyun ve oyuncağın çocuğun kurallara uyma, yaratıcı düşünme, empati kurabilme, el-göz koordinasyonu, konuşma ve iletişim kurma, dostluk, güvenme, sevmeye becerilerini geliştirdiği ifade edilmektedir (12). Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 31. Maddesi çocuğun oyun hakkını koruma altına almıştır. Maddeye göre; “Taraf Devletler çocuğun dinlenme, boş zaman değerlendirme, oynama ve yaşına uygun eğlence aktivitelerinde bulunma, kültürel ve sanatsal yaşama serbestçe katılma hakkını tanırlar” denmektedir. Cezaevinde, çocuklar için peluş oyuncak haricinde renkli boya kalemi, oyun hamuru gibi materyallerin bulunmasının yasak olması, hareket alanının sınırlılığı, suçlularla iç içe yaşamak ve şiddete tanık olmaları ya da maruz kalmaları gelişimin normal seyrini etkileyecek riskli durumlardır (9). Cezaevi koşullarında güvenliğin öncelikli olarak ele alınması annenin çocuğuyla yeterince zaman geçirmesine engel olabilirken fazla disiplinli cezaevi koşulları çocukların ruh sağlığı açısından zarar verme potansiyeli oluşturmaktadır (7). Çocukların evrensel hakları göz önünde bulundurularak dışarıdaki bir çocuğun sahip olduğuyla mümkün olduğunca eşit düzeyde, oyun ve sosyal aktivitelerin gelişimsel döneme özgü sağlandığı ekipman ve elaman açısından nitelikli kreş ve anaokullarını barındıran cezaevleri bulunmalıdır. Cezaevlerinde bulunan sağlık profesyonellerinin çocukların sağlık kontrollerinin yanı sıra, annelerin çocuk sağlığına yönelik bilgilerine katkı sağlanmalı ve psikosozal açıdan desteklemelidir.

Cezaevine anneleriyle birlikte gelen çocukların yanı sıra hamile kadınlar da doğumlarını cezaevlerinde geçirebilmektedir. Hamile kadınlar cezaevlerinde nadir olarak doğum öncesi veya sonrası bakım alabilmektedirler. Hamile bir kadının gebelik dönemine özgü beslenmesini karşılayacak besinlerin cezaevi koşullarında ne derece karşılanabildiği tartışılır bir sorundur. Toplu yaşam alanı olarak hijyen koşulları bebekler açısından ciddi sağlık problemleriyle sonuçlanabilmektedir (13). Ceza ve tutukevi hemşiresi bulaşıcı hastalıklar, hijyen ve sanitasyon, hangi hastalıkların daha hızlı yayıldığını, yaşam stiline ve sosyo ekonomik arkaplan faktörlerinin hastalığı nasıl etkilediği hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Aynı zamanda insan beslenmesinin, egzersizin öneminin ve temiz havanın sağlığı geliştirmede önceliğinin farkına varmalıdırlar (14).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Cezaevinde anneleriyle kalan çocukların bir gerçek olarak göz önüne alınması, çevrenin çocuk sağlığı üzerine etkilerinin değerlendirilmesi, mevcut koşulların çocuk sağlığı açısından oluşturabileceği olumsuz sonuçların önüne geçilmesi için risk değerlendirmesinin yapılması, değerlendirme ve izlem ile erken dönemde sorunların saptanabilmesi önem taşımaktadır.

0-6 yaş dönem anne çocuk bakımından önemli olup bu dönemde anne ile çocuk arasındaki bağın güvenli olması, çocuğun gelişimsel dönemine uygun ortamda yaşaması, sağlam temellere dayalı kişilik kazanması bakımından desteklenmesi gerekmektedir. Burada psikososyal ve ruhsal yönden olduğu fiziki olarak ta sağlıklı koşulların sağlanması gerektiği önemlidir. Çocuklar cezaevlerinde geçirdikleri süre boyunca sağlık bakımı hizmetinden faydalanabilmeli ve gelişimleri bir ceza ve tutukevi hemşiresi tarafından düzenli değerlendirilmelidir. Hemşireler çocukların bireysel sağlık ihtiyaçlarını, gıda dahil olmak üzere su, hijyen, sanitasyon, ısıtma, aydınlatma ve havalandırma, giyim ve yatak temizliklerinin uygunluğunu incelemelidir.

Cezaevinde yaşayan çocuklara koğuş içerisindeki davranışları nedeniyle disiplin cezaları uygulanmamalıdır. Mümkünse cezaevlerinde çocuklarıyla birlikte yaşayan annelere yönelik özel odalar olmalı, toplu alanda yaşamak zorunda kalınarak diğer mahkumların bu çocuklara yönelik şiddet ve istismarının önüne geçilmelidir. Çocukların ruh sağlığını geliştirecek şekilde geniş oyun alanları, hobi bahçeleri, yeşil alanlar, küçük hayvan çiftlikleri gibi cezaevi dışındaki hayata yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Çocuğun cezaevinden tahliyesi de üzerinde durulması gereken bir husustur. Bu süreçte oldukça hassas davranılmalıdır. Çocuklar annelerinden ayrılıp bir kuruma, aile veya tanıdık yanına yerleştirildiklerinde annelerin çocuklarıyla görüşmeleri için tüm olanaklar sağlanmalıdır. Böylelikle anne üzerinde oluşabilecek stres ve çocuğun yaşayabileceği duygusal travma ihtimali azaltılır.

Çocuklar ve kadınlar için daha nitelikli, fiziki koşulları çocukların gelişimsel dönemlerine uygun, çocuk ve kadın sağlığını koruyan geliştiren cezaevleri yönünde düzenlemeler yapılmalıdır. Hapsedilen annelerin çocuklarının onlarla kalıp kalamayacağı ve bu kalışın ne kadar sürmesi gerektiğine dair tartışmalar sürse de mevcut durum içerisinde çocukların fiziki, psikososyal ve ruhsal yönden korunması, sağlıklarının geliştirilmesi hesaba katılmalıdır. Her çocuğun bireysel olarak annesinin geçmiş deneyimleri göz önünde bulundurularak bakım planları hazırlanmalı, çocuk ve kadın sağlığı, ayrı bir bakış açısı ve sistemle ele alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Möller L, Gatherer A, Jürgens R, Stöver H, Nikogosian H. (Eds.). Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office Europe, 2007.

2. Powell J, Harris F, Condon L, Kemple T. Nursing care of prisoners: staff views and experiences. *Journal of advanced nursing*, 2010: 66(6), 1257-1265. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05296.x.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri, 2017. 2018. <http://tuik.gov.tr/OncekiHBARama.do?sessionid=ZMhbd3qTF1tLWJwyn0vRW7pLKjlvLB7r2ywQ8xnmwxxhHyGFsQqh!866255486> Erişim Tarihi: 14.10.2019.
4. Adalet Bakanlığı. Ceza İnfaz Kurumları. 2014. <https://www.adalet.gov.tr/Baglantilar/CezaInfazKurumlari/> Erişim Tarihi: 14.10.2019.
5. Resmi Gazete (RG). Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük. Karar Sayısı: 2006/10218. 2006. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/04/20060406-1.htm> Erişim Tarihi: 14.10.2019.
6. İnternet 1: Ceza İnfaz Kurumları Çocuk Sayısı. <https://teyit.org/wp-content/uploads/2018/04/ceza-infaz-kurumlar%C4%B1-cocuk-sayisi.pdf> Erişim Tarihi: 14.10.2019.
7. Birleşmiş Milletler.Cezaevi Müdürleri ve Politika Yapıcılar için Kadınlar ve Hapsedilme Üzerine El Kitabı, 2008. https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/UNODC_Women_and_Imprisonment_Turkish.pdfErişim: 13.10.2019.
8. Kahraman Ö G, Ceylan Ş, Korkmaz E. 0-3 yaş arası çocukların gelişimsel değerlendirmelerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016: 9(2), 60-69.
9. Şahinöz A, Küçük N S, Çakır B Ç, Uzun A K, Durualp E. Cezaevinde Annesi ile Birlikte Kalan Çocukların Gelişimlerinin Karşılaştırılmalı Olarak Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2019: 72(1): 66-75. DOI: 10.4274/atfm.galenos.2019.92486.
10. Özdemir O, Özdemir P G, Kadak M T, Nasıroğlu S. Kişilik Gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012: 4(4).
11. Paddick S. Women and children in Prisons:Accommodation Study,Catherine Helen Spence Scholarship, 2011: 2010/11. <http://www.totalspacedesign.com.au/upload/Mothers-and-Babies-in-Prisons-Accommodation-Study-2010-2011.pdf> Erişim Tarihi: 14.10.2019.
12. Bekmezci H, Özkan H. Oyun ve oyuncağın çocuk sağlığına etkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 2015: 5(2):81-87.
13. Fritz S, Whiteacrea K. Prison nurseries: Experiences of incarcerated women during pregnancy, *Journal of Offender Rehabilitation*, 2016: 55(1).
14. Aktaş B. Ceza ve Tutuk Evi Hemşireliği ve Sağlığı Geliştirme. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019: 22(2), 130-135.

Sözel 28 (TAM METİN)

**YATARAK TEDAVİ GÖREN ALKOL BAĞIMLISI HASTALARIN SORUNLARINI İFADE ETME ŞEKİLLERİ
THE WAYS TO EXPRESS THE PROBLEMS OF ALCOHOL DEPENDENT PATIENTS TREATED**

Selma ELYILDIRIM*, Hatice DEMİRBAŞ, Gökçen BULUT**, İnci ÖZGÜR İLHAN*****

**Ankara Hacı Bayram veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi İngiliz Dili ve Edebiyatı Bölümü*

***Ankara Hacı Bayram veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü*

****Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları ABD, Bağımlılık Tedavi Birimi*

ÖZET

Alkol bağımlısı olan kişilerin sorunları ile yüzleşme ve bu sorunlarını dile getirme şekillerini inceleyen bu çalışmada Psikiyatri Kliniği Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Ünitesinde yatarak tedavi gören 133 hastadan veri toplanmış ve bu verilerden elde edilen bulgular nitel açıdan gözden geçirilmiştir. Yaşları 25 ile 66 arasında değişen hastalara bir anket uygulanmış ve demografik bilgilere odaklanan soruların dışında sorunlarını nasıl ifade ettiklerini belirtmeleri istenen bir açık uçlu soru verilmiştir. Soruyu yanıtlayan hastaların büyük çoğunluğu kısa yanıtlar vermiş veya kurdukları cümlelerde kendilerini alkole iten nedenler, bu alışkanlığın aile ve iş hayatları üzerindeki olumsuz etkileri üzerinde durup beden, zihnen ve ruhen yaşadıkları çöküntüleri anlatma yoluna gitmişlerdir.

Bu çalışmada uygulanan anket çalışması sonucunda ortaya çıkan durum hastaların yaptığı açıklamalar ışığında etrafıca ele alınıp irdelenmekte ve bulgular hastaların açıklamalarından alınan örneklerle detaylı bir şekilde tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Alkol bağımlılığı, alkole iten nedenler, alkol sorunu ile yüzleşme

ABSTRACT

In this study, which examined the ways alcohol dependent inpatients confront and express their problems, data were collected from 133 inpatients in Alcohol and Substance Abuse Treatment Unit of the Psychiatry Clinic and the findings obtained from these data were reviewed qualitatively. Patients aged between 25 and 66 years were given a questionnaire and an open-ended question, which was asked to indicate how they expressed their problems, apart from questions that focused on demographic information. The majority of the patients who answered the question gave short answers or indicated the reasons that pushed themselves to alcohol in the sentences they formed, emphasized the negative effects of this habit on family and business life and also explained the physical, mental and mental problems they experienced.

In this study, the situation that emerges as a result of the survey study is discussed in detail in the light of the explanations made by the patients and the findings are discussed in detail with the samples taken from the explanations of the patients.

Key words: Alcohol dependent, reasons pushing patients alcohol, confrontation with alcohol problem

1. GİRİŞ

Alkol bağımlılığı kronik ve ilerleyici bir beyin hastalığıdır. Beyinde bağımlılık bölgesinde dopamin gibi bazı kimyasalların etkisiyle oluşan beyin hastalığıdır. Bu hastalık geliştikten sonra dopamin miktarı giderek artar ve kişi bunu engelleyemez. Alkol almayı kontrol edemez (1). Alkol bağımlılığı, bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozar. En önemli özelliği içme üzerindeki özdenetimin yitilmesidir. Sıklıkla başka hastalıklarla birlikte bulunur. Bu tanıyı alan hastalara başka maddelere bağımlılık, depresyon, duygu-durum bozuklukları, kaygı bozuklukları gibi farklı ruhsal bozukluklarda eşlik etmektedir (2).

Alkol kullanan kişiler arasında içme biçimi, içme süresi, tercih edilen içkiler, içmeye başlama yaşı, genetik geçiş, içtikten sonraki davranışlar gibi birçok alanda ortaya çıkan farklılıklar alkolle ilgili özgün tanımların yapılmasını zorlaştırmıştır. Ayrıca alkolle ilgili farklı sınıflama sistemlerinin oluşturulmasına yol açmıştır. Alkol kullanım bozuklukları DSM-5'te 'Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları' başlığı altında ele alınmış ve sınıflandırılmıştır. Alkol bağımlılığı biyolojik, genetik ve sosyo-kültürel faktörlerin içme problemiyle etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır (3).

Kısacası alkol bağımlılığı biyopsikososyal problemlerin etkileşiminden ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada alkole başlamada arkadaş çevresinin etkilerinin en sık rastlanan neden olduğu ve birinci dereceden akrabalarda sorunlu alkol kullanım öyküsünün varlığı ile ailede içen birinin bulunmasının başlama nedeni olarak gösterildiği belirtilmiştir. Ayrıca, hastaların sıkıntı ve üzüntüyü giderme, merak, cesaret, eğlence, zevk, delikanlılık belirtisi, uykusuzluğu gidermek ve ekonomik gelirin düşük olması gibi alkole başlama nedenleri olduğu sıralanmıştır (4).

Alkol bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu “bağımlılığın” nasıl algılandığından çok alkol ve yasadışı bağımlılık yapıcı maddeler üzerine odaklanmıştır. Toplum, tüm ruhsal bozukluklar arasında özellikle alkol ve uyuşturucu bağımlılığı olanlara yönelik olumsuz görüşlerini ifade etmektedir. Alkol pornografi ve esrardan daha fazla, ancak kumardan daha az bağımlılık yapıcı olarak algılanmaktadır (5). Belirtilen çalışmalardan farklı olarak alkol bağımlılığı tanısı alan hastaların kendi sorunlarını nasıl ifade ettikleri merak edilmiş ve bu soru çalışmanın amacını oluşturmuştur.

2. YÖNTEM

Bu çalışmanın örneklem grubunu 133 alkol bağımlısı hasta oluşturmuştur. Hastaların yaş dağılımı 25 ile 66 arasında değişmesine rağmen, ortalama yaş 47 olarak belirlenmiştir. Bağımlıların cinsiyet dağılımı ise 15 kadın 118 erkek şeklinde olup bunlardan 7’si ilkokul, 71’i ortaokul veya lise, 55’i ise yüksekokul mezunudur.

Medeni durumu açısından deneklerin 13’ü hiç evlenmemiş, 72’si evli ve eşleriyle birlikte yaşıyor, 33’ü boşanmış, 6’sı boşanmış ve tekrar evlenmiş, 3’ü duldur. Hastalardan biri boşandıktan sonra evlenip tekrar boşanmış olduğunu belirtirken birkaçı medeni halini bildirmemiştir. Meslek açısından 33 kişi memur, 15 öğretmen, 8 kişi teknisyen veya tekniker, 34 kişi itfaiyeci, sigortacı, muhasebeciden işçiye değişen işlerde çalışanlardan oluşmaktadır. Diğer içinde yer alan kişilerden üst düzey statü ve gelire sahip meslek gruplarından sadece 4’ü mühendis, 1’i mimar, 1’i doktor ve 1’i eczacı olduğunu belirtmiştir. Hastalardan bazıları mesleklerini belirtmemiştir.

3. BULGULAR

3.1 Nicel Değerlendirme

Hastaların kişisel bilgilerine odaklanan sorulardan sonra içinde bulundukları durumu nasıl tanımladıkları sorulduğunda 132 kişi tarafından toplam olarak 491 cümle kurulduğu ortalama olarak kişi başına 3.71 cümle düştüğü belirlenmiştir. Hastalar uzunluğu 1 ile 27 arasında değişen cümle ile kendilerini ifade etmeye çalışmıştır. Ancak, cümlelerin dağılım yoğunluğu hastaların neredeyse yüzde 40’nın bir cümle ile durumlarını ifade ettiklerini ortaya çıkarmıştır.

Sonuçların bir ilginç bir özelliği ise toplam olarak kullanılan 5644 sözcük hasta sayısına oranlandığında kişi başına 42 sözcük, kurulan cümle sayısına oranlandığında 11,4 sözcük düşerken 13 kişinin, yani neredeyse hastaların %10’unun, 5 veya daha az sayıda sözcük, 12 kişinin de 6 ila 10 sözcük kullandığının belirlenmesidir. Toplam olarak bu yüzde 20’lik bir orana karşılık gelmektedir. Hastaların yalnızca yüzde 16’si 80 ve üzeri sözcük kullanmıştır. Soruya cevap verenlerin büyük bölümünün mümkün olduğunca az sözcük kullanması aynı açmazın ipuçları olarak değerlendirilebilir.

Hastalardan toplanan veri bilgisayar ortamına aktarılıp oluşturulan küçük ölçekli derlem AntConc 3.5.7 programı kullanılarak hastaların sorunlarını ifade ederken kullandıkları sözcükler ve dağılımları açısından incelendiğinde ise beş ve üzerinde sıklıkta derlemde geçen sözcük ve sözcük birlikteliklerinin şu şekilde sıralandığı belirlenmiştir: *alkol bağımlılığı* (64 kez), *alkol bağımlıları* (59 kez), *çevre* (37 kez), *alkol almak/alan* (29 kez), *kurtulmak* (17 kez), *zarar vermek* (12 kez), *maddi manevi* (10 kez), *alkol bağımlılık-hastalık* (6 kez), *illet* (6 kez), *madde* (6 kez), *olay* (6 kez), *kötü alışkanlık* (5 kez), *hastalık* (5 kez), *genel olarak* (5 kez), *içki içmek* (5 kez), *kabul etmek* (5 kez),

kötü bir alışkanlık (5 kez), maddi sıkıntı (5 kez), sorun yaşamak (5 kez), toplumdan dışlanmak (5 kez) ve toplum içinde/içerisinde (5 kez).

Bu sözcükler hastaların kendi sorunlarının sebebi olarak çevrenin etkisini dile getirdiğini ve uğradıkları zararın farkında olduğunu göstermiştir. Bağımlılıktan kurtulma isteklerini yaklaşık %15'i doğrudan belirtirken bunu bir 'hastalık', 'kötü alışkanlık' ve 'illet' olarak gördükleri de açıktır. Maddi sıkıntı ve toplumdan dışlanmak gibi sorunların başlama nedenleri arasında yer aldığı bu sözcüklerle kurdukları cümlelerden anlaşılmaktadır.

3.2 Nitel Değerlendirme

Yukarıda belirtildiği gibi, ankete katılan kişiler alkol bağımlılığını değerlendirirken değişik görüşler belirtmiştir. Bazı hastalar bağımlılık, kötü bir alışkanlık olarak tanımlarken, bazıları ise bir hastalık olarak nitelendirmiştir. Tecrübelerinden yola çıkarak toplumun ve diğer kişilerin kendilerine kötü gözle baktıklarını acı bir şekilde gözlemleyen hastalar bu yorumlara da yer vermiştir:

Sosyal açıdan birlikte götürülemeyecek bir alışkanlık. Çok sinsî bir hastalık. Korkutucu. (K26)

Hiç iyi bir olay değil. Kişilik, çevre, maddi, manevi, aile, toplum ortamlarında hiç iyi karşılanmayan bir kişilik. Sevilecek hiçbir yönü yok. (6)

Hastalar yalnızca alkol bağımlılığını nasıl algıladıklarını değil nedenlerini de açıklarlar. Bu nedenler arasında çevre ve arkadaşların etkisi, eşinden ayrılma, maddi sorunlar, vb. gibi somut olanların yanı sıra zaafiyet, eksikliklerini örtme isteği, huzursuzluk gibi soyutları da var:

Alkol bağımlılığının nedenleri

1. *Alkol bağımlılığı bence başta çevrem ve arkadaşların çoğunlukta olması*
2. *Genel huzursuzluklar*
3. *Alkole sığınarak bazı sıkıntılardan (Maddi Manevi) uzaklaşacağını geçici de olsa benimsemesi. Sözde deşarj olmak isteğinden kaynaklandığını zannetmesinden*
4. *Hayata küsmeden*
5. *İşini kaybetmeden*
6. *Muhiti ve yakınları tarafından terk edilmesi (K24)*

Maddi sıkıntılar ve Aylevi nedenlerden dar Gelirli Bir emekli olduğumdan her türlü aylığımın 3 ayda Bir aldığımdan evimden her isteneni zamanında alamadığımdan dolayı isteklerini zamanında alamadığımdan dolayı (K112)

Alkol bağımlısı olduğu için tedavi gören hastaların alkolün hayatlarına olumsuz etkileri ve sonuçları hakkında yaptıkları yorumlara gelince ortak nokta kişinin kendine olan saygısını yitirmesi, toplum tarafından dışlanmak, iş yerinde sorunlar yaşanması, bedenen ve zihnen yıpranıp sağlığını kaybetmesi, aile düzenlerinin bozulup suç ve şiddete olan meylin artması şeklinde listelenebilir. Aşağıda bu yorumlardan birkaçı paylaşılmaktadır:

Alkol bağımlılığından sonra insanın kendine olan özgüvenini yitiriyor. İşyerinde özellikle gidememekten dolayı sorunlar çıkıyor. Sağlık sorunları ortaya çıkıyor. Özellikle kendi çocuğu bile insandan uzaklaşabiliyor. Bazen insan kendisine zarar verebilecek düşüncelere kapılıyor. Maddi durumu tamamen bozuluyor. (K16)

Yavaş yavaş Keyif verici ve rahatlatıcı olarak alınan Alkol zamanla miktar artıkça toplumla ve Aileyile olan ilişkiler bozuluyor ve birey zaman uzadıkça hayatı sadece alkolle geçiriyor ve herşey Anlamsız olmaya başlıyor ve Kişide Alkolün yanı sıra birtakım bozukluklar meydana

geliyor şiddet her agresif bir tutum içine giriyor hayatına Alkolden başka kimseye yer bırakmayan mutsuz bir yaşam sürmesine neden oluyor Aileler Parçalanıyor yanı sıra Kazalar ve birtakım hastalıklar meydana geliyor. (K64)

Nitel veri incelemesinde tedaviye başlayan hastaların tedavi sonrasına ilişkin beklenti ve planları olduğu da görülmektedir. Bu planlar genellikle kaybettiklerini ya da yitkilerini geri kazanma, yeniden inşa etmeye dairken, tedavi konusunda kararlılıklarını da perçinlemektedir:

Alkol bağımlılığı benim için bir hastalık, tedavi edilmediği zaman insanın çıldırması işten bile değil. Tedaviden sonra ise beyinden silme ve mümkün olduğu kadar içki ortamından uzaklaşmanın önemini bir önceki tedavimden sonra anladım. Bundan sonra işime ve kızım ile daha fazla ilgilenmek ve sosyal faaliyetlere daha fazla zaman ayırmam gerekiyor. (K 17)

... kesin olarak kurtulmak, sağlığıma kavuşmak ve düzenli bir hayatı kurup mutlu olarak geçirmek istiyorum. (K 78)

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bulgular doğrultusunda hastaların “Alkol bağımlılığını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz” sorusunu yaklaşık 4 cümle ile ifade ettikleri, ifadelerinde sıklıkla alkol ile ilgili sözcükler kullandığı ve olumsuz değerlendirmeleri dikkati çekmektedir. Bu sözcükler hastaların kendi sorunlarının sebebi olarak çevrenin etkisini dile getirdiğini ve uğradıkları zararın farkında olduğuna işaret etmektedir. Hastaların alkol sorunlarını bağımlılık, kötü alışkanlık veya bir hastalık olarak nitelendirdikleri, toplumun bakış açısının olumsuz olduğunu, alkolün olumsuz etkilerini ve alkol içme nedenleri ile tedavi isteklerini açıkladıkları belirlenmiştir.

Alkol bağımlılığında bağımlılar alkol kullanımını sürdürmek amacıyla akla uydurma, gerçekleri çarpıtma, duygu yalıtımı, tepki oluşturma gibi savunma mekanizmalarını kendilerini haklı çıkarmak ve rasyonel oluşturmak için kullanırlar. Alkol kullanımlarının sorun çözmede geçerli bir yol olduğunu düşünürler ve başkalarını inandırmak için çaba harcarlar. Toplum da bağımlılıkların altında yatan karmaşık biyopsiko-sosyal etiyolojiyi kabul etmektedir, ancak madde veya davranışsal bağımlılıkları farklı algılamaktadır. Davranışsal bağımlılık gösterdiğine inanan insanların kendilerini damgalanmış hissettikleri, tedavi istedikleri ya da davranış değişikliklerini kendi başlarına başladığına inanmak gibi üzere farklı sonuçları şekillendirebilir (5). Damgalanma, bağımlılık tedavisinin önünde hastaların karşılaştığı en büyük engel olmaktadır (6). İnsanları madde kullanmaktan caydırmak amacıyla birçok aşağılayıcı, damgalayıcı terim kullanılmıştır. Örneğin, *alkolizm*, *alkolik*, *alkol bağımlılığı*, *uyuşturucu bağımlılığı*, *madde bağımlılığı* gibi terimler alkol ve diğer bağımlılık yapıcı madde sorunlarını dini ve ahlaki anlayıştan ele almaktadır. Klinisyenler ise bağımlılığı tıbbi boyutu ile ele almaktadırlar. Bağımlılığın kaynağı olarak bireyin davranışına odaklanılmakta, bağımlılığın neredeyse gelişmesine katkıda bulunan çok sayıda fizyolojik, genetik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler dikkate alınmamaktadır (7).

Yetişkinlerin alkol bağımlılığın nedeni olarak; sosyal baskı %55, çocuklukta travmatik yaşantılar %64, insan olmanın gereği %65, genetik eğilimler %65 gösterilmiştir. Bu bulgulara göre bağımlılığın gelişmesinde birden fazla etiyolojik faktör etkili olmaktadır (8). Bağımlılık ile duygu düzenleme arasında pozitif ilişki de belirlenmiştir (9).

Sonuç olarak; hastalar kendilerini olumsuz tanımlarken toplumun onları olumsuz tanımlaması kaçınılmazdır. Bu nedenle hastaları damgalamayan bir dil seçilerek, bağımlılıkla ilişkili olumsuz yargılar ortadan kaldırılmaya başlanabilir. Damgalanma ortadan kaldırıldığında ise “iyileşme”ye de etki edecektir.

KAYNAKLAR

- 1) www.e-psikiyatri.com/alkol-bagimliliği-nasil-basliyor (Erişim Tarihi: 24.10.2019).
- 2) Uluğ, B., Öztürk O. M.. (2016). Psikoaktif madde Kullanımına bağlı ruhsal bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (ED. O. Öztürk ve A. Uluşahin), 14. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 3) Demirbaş, H. (2000). *Alkol Bağımlılarında Bağımlılık Şiddetinin Çeşitli Değişkenlere göre İncelenmesi*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara: Yayınlanmamış Doktora tezi
- 4) Özgür İlhan,İ., Doğan, Y.B., Demirbaş, H., & Boztaş, M:H. (2002). Alkol bağımlılarında alkole başlamada belirleyici risk etmenlerinin gelişim dönemlerine göre incelenmesi. Bağımlılık Dergisi, 3(2), 84-90.
- 5) Lang, B., & Rosenberg, H. (2017). Public perceptions of behavioral and substance addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*,31(1), 79–84. doi: 10.1037/adb0000228
- 6) www.naabt.org.The National Alliance of Advocates for Buprenorphine Treatment The Words We Use Matter. Reducing Stigma through Language. (Erişim Tarihi: 02.07.2019)
- 7) Broyles, L. M., Binswanger, I. A., Jenkins, J. A., Finnell, D. S., Faseru, B., Cavaola, A., . . . Gordon, A. J. (2014). Confronting Inadvertent Stigma and Pejorative Language in Addiction Scholarship: A Recognition and Response. *Substance Abuse*, 35(3), 217-221. doi:10.1080/08897077.2014.930372
- 8) Lang, B., & Rosenberg, H. (2018). Non-professionals'perceptions of the causes of behavioral and substance addictions. *J of Addictive Diseases*, 37(1-2), 102-108. doi:10.1080/10550887.2019.1574187.
- 9) Estevez, A., Jauregui, P., Sachhez-Marcos, I., Lopez-Gonzales, H., & ve Griffiths, M.D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *J of Behavioral Addictions*, 6(4), 534-544. doi:10.1556/2006.6.2017.086.

Sözel 29 (TAM METİN)

**MAĞDUR ÇOCUĞUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE DİKKAT
ÇEKEN UYGULAMA: ÇOCUK İZLEM MERKEZİ**

**Notable Practice In The Evaluation Of The Victim Child: Child
Monitoring Center**

Emine Tuğba TOPÇU*, Melisa BOZTEPE, Bilge ÇETİNKAYA **,
Bahar AKTOPRAK****

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

**Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Hemşirelik Lisans Öğrencisi

ÖZET

Çocuk istismarı ve ihmalı, çocuğa bakmakla yükümlü biri tarafından çocuğun sağlığını ve güvenliğini tehlikeye sokan her türlü durum olarak tanımlanmaktadır. Dünyada ve ülkemizde çocuk istismar ve ihmal giderek artan önemli bir sorundur. Çocuk istismarının önlenmesinde ve bakımında, sağlıkçılar, eğitimciler, emniyet mensupları ve hukukçular gibi birçok meslek disiplini görev alır. Çocukla ilgili her sağlık kuruluşunda çocuk istismarı tanı ve izlemek ipleri ve çalışma protokoller geliştirilmelidir. Çocuk istismarı ve ihmal birçok ülkede yasalara göre suç oluşturması nedeniyle adli soruşturma konusu olmakla birlikte bu süreçte çocuk ve ailesiyle yapılan yineleyen görüşmeler duygusal travmalara sebep olmaktadır. Bu duygusal travmayı azaltmak amacıyla ilk olarak ABD’de Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) kurulmuştur. Çocuk İzlem Merkezi’nde çocuk istismar vakaları; çocuğun korunması, tedavisi ve ruhsal durumunun korunması için multidisipliner ekip ile çalışmaktadır. Multidisipliner ekip içerisinde; adli görüşmeci, psikolog, hemşire, çocuk uzmanı, psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanı yer almaktadır. Multidisipliner ekibin çocuğa yaklaşımı, işleyiş ve çocuğun mağduriyetinin giderilmesi, çocuğun duygusal travmalardan korunması ve adaletin yerini bulması açısından büyük önem taşımaktadır. Çocuk İzlem Merkezi’nde çalışan ekibin bu yüzden konu ile ilgili eğitim alması ve düzenli aralıklarla bu eğitimleri tekrarlaması gerekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların artması, merkeze ilişkin ihtiyaçların belirlenmesini sağlayacak ve multidisipliner ekibin bilgi, tutum ve davranışları hakkında bilgi verecektir

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, çocuk ihmalı, çocuk izlem merkezi.

ABSTRACT

Child abuse and neglect defined by any person who is caring for the child as any situation that jeopardizes the child's health and safety. Child abuse and neglect is an increasingly important problem in the world and in our country. Many professional disciplines such as health professionals, educators, law enforcement and lawyers are involved in the prevention and care of child abuse. Child abuse diagnosis and monitoring teams and working protocols should be developed in every child-related health care facility.

Although child abuse and neglect constitute a criminal offense in many countries as a result of criminal offenses, repeated interviews with children and their families cause emotional traumas. In order to reduce this emotional trauma, Child Monitoring Centers (CMC) were first established in the USA. Child abuse cases in the Child Monitoring Center; work with a multidisciplinary team for the protection, treatment and mental health of the child. Within the multidisciplinary team; Forensic interviewer, psychologist, nurse, child specialist, psychiatrist and social worker. The multidisciplinary team's approach to the child is of great importance in terms of the functioning and elimination of child victimization, protection of the child from emotional traumas and finding justice. The team working at the Child Monitoring Center should therefore receive training on this subject and repeat these trainings at regular intervals. Increasing the number of studies on this subject will help to determine the needs of the center and give information about the knowledge, attitudes and behaviors of the multidisciplinary team.

KeyWords: Child abuse, child neglect, child monitoring center.

Giriş

Çocuk istismarı ve ihmali insanlığın tarihi kadar eskidir fakat ilk olarak Kempe tarafından konuya dikkat çekilmiştir. Çocuk istismarı ve ihmali, anne baba veya çocuğa bakmakla yükümlü biri tarafından çocuğa yöneltilen zarar verici, çocuğun gelişimini engelleyen, kısıtlayan, çocuğun ihtiyaçlarını karşılamayan ve çocuğun sağlığını ve güvenliğini tehlikeye sokan her türlü durum olarak tanımlanmaktadır (1,2). Çocuk istismarı fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmâl olarak sınıflandırılır (3). İhmâl ve istismarın farkını ortaya koyan en temel nokta ihmâlin pasif, istismarın ise aktif bir davranış şekli olmasıdır (4).

Kanıtlar,çocuk istismarının ciddiyetinin yayılma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle erken teşhis ve müdahale, mağdurların şiddetli suistimallere maruz kalmalarını önlemede oldukça önemlidir. Çocukistismarı, sinir sisteminde, kardiyovasküler sistemde, bağışıklık sisteminde ve metabolizmada değişikliklere yol açan strese neden olabilmektedir. Ayrıca, uygunsuz kişilik özelliklerine ve çocuklar arasında riskli davranışların artmasına yol açacaktır (5).

Dünya’daVeTürkiye’de Çocuk İstismarı Ve İhmali

Dünyada çocuk ihmâl ve istismarının boyutu tam olarak bilinmemekle birlikte, dünya genelinde çocuk istismar ve ihmâl sıklığını belirlemek için yapılan bir meta analiz çalışmasında fiziksel istismarın %22.6, cinsel istismarın %12.7, duygusal istismarın %36.3 olduğunu ifade etmişlerdir (6). Ülkemizde ise; Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu (2010)’na göre; Türkiye’de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların % 56’sının fiziksel istismara, %49’unun duygusal istismara ve %10’unun cinsel istismara tanık olduğu ve çocukların %25’nin ihmale maruz kaldığı görülmektedir. (7). Ülkemizde dâhil olmak üzere, pek çok ülkede Çocuk İstismar ve İhmali’ne (Çİİ) ilişkin bilgiler kayıt altına alınamadığından, elde edilen veriler buzdağının sadece görünen kısmı olarak nitelendirilebilmektedir (8).

Türkiye’deki durumu ortaya koyabilmek adına yapılan çalışmada 11, 13, 16 yaş grubunda tüm yaşam boyu yaşanan psikolojik ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ve ihmâl sıklığı sırasıyla %70.5; %58.3; %42.6, son bir yıldaki sıklıklar ise sırasıyla %62.7; %46; %37.5 olarak saptanmıştır. Psikolojik olumsuz çocukluk çağı deneyimleri, kırsala göre şehirde yaşayanlarda, ihmâl kızlarda ve fiziksel olumsuz çocukluk çağı deneyimleri erkeklerde daha yüksek oranda bulunmuştur (9).

Çocuk istismarının önlenmesinde ve bakımında, sağlıkçılar, eğitimciler, emniyet mensupları ve hukukçular gibi bir çok meslek disiplini görev alır. Meslek yaşantısında çocukla temasından her birey çocuk istismarında nkuşulanmayı ve görünce ne yapması gerektiğini bilmelidir. Bu nedenle tüm toplum üyelerinin konuya duyarlılığının geliştirilmesi için ülke çapında bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır. Çocukla ilgili her sağlık kuruluşunda çocuk istismarı tanı ve izlem ekipleri ve çalışma protokolleri geliştirilmelidir (2). Sağlık personelinin çocuk istismarını tanılama kriterlerine ilişkin yapılan çalışma, sağlık görevlileri tarafından erkek çocuklarda kız çocuklarından daha fazla istismar şüphesi ile yönlendirilmiş olgular olduğu belirlenmiştir. Adli olgularda failin çoğunlukla aile dışından olduğu dikkat çekerken, sağlık personeli tarafından istismar şüphesi ile yönlendirilen çocuklarda failin çoğunlukla aile üyelerinden biri olduğu dikkat çekmektedir. Faillerin çoğunluğunun 17 yaş ve altında olduğu ve daha çok cinselist ismar yaptıkları belirtilmiştir (10).

Sağlık profesyonellerinin çocuk istismar ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, çocukistismar ve ihmâlini tanılama ve tedavi sürecinde önemlilik arz etmektedir. Bu amaçla, yapılan çalışmalarda, sağlık personelinin neredeyse tamamının çocuk istismarı ile karşılaştıklarını ve en çok ihmale maruz kalan çocuklar oldukları belirtilmiştir. Çocuk istismarı ve ihmali olgu veya şüphesi ile karşılaşan sağlık profesyonelleri gerekli kurumlarla iletişim/yasal süreçler, öykü alma, kayıt tutma ve

fizik muayene yapmada zorlanmaktadırlar. Sağlık profesyonelleri istismar olgusu veya şüphesi ile karşılaştıklarında bildirim yapmakta zorlanmaktadırlar. Bildirim yapmakta zorlanma nedenlerinin başında; çocuk istismarı ve ihmalkar onusunda yeterli bilgilerinin olmaması, nereye bildirim yapacağını bilmemeleri, bu konuyu ayıracak zaman bulamamaları, güvenlik endişesi, çocuğun daha sonar zarar göreceğini düşünmeleri, çocuğun ailesinden ayrılacağını düşünmeleri yer alır (10,11,12).

Sağlık profesyonelleri, çocuk istismar ve ihmali tanılamada çocuk hekimi, çocuk hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, çocuk psikiyatristi bulunması gerektiğini düşünmektedirler. Ayrıca çocuk istismar ve ihmalinin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği de sağlık profesyonellerinin görüşleri arasında yer almaktadır (12).

Çocuk İzlem Merkezleri

Çocuk istismarı ve ihmali birçok ülkede yasalara göre suç oluşturması nedeniyle adli soruşturma konusu olmakla birlikte bu süreçte çocuk ve ailesiyle yapılan yineleyen görüşmeler duygusal travmalara sebep olmaktadır. Bu duygusal travmayı azaltmak amacıyla ilk olarak ABD’de Çocuk İzlem Merkezleri (ÇİM) kurulmuştur. 1980’li yıllardan itibaren ülkemizde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili farkındalığın artmaya başlaması ve bu alanda multidisipliner çalışmanın gerekliliğinin fark edilmesi, önce çocuk koruma birimlerinin kurulmasına, 2010 yılında ise ilk ÇİM pilot uygulama olarak başlamasına neden olmuştur (13). ÇİM, cinsel istismar suçları başta olmak üzere mağdur çocukların adli yargılama süreçlerinde tekrar mağdur olmasının önüne geçmeyi amaçlayan, 04.10.2012 tarihli Başbakanlık Genelgesi ile ülke genelinde yaygınlaştırılması düşünülen ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler bünyesinde kurulan bir oluşumdur (14). Çocuk İzlem Merkezi’nde çocuk istismar vakaları; çocuğun korunması, tedavisi ve ruhsal durumunun korunması için multidisipliner ekip ile çalışmaktadır. Multidisipliner ekip içerisinde; adli görüşmeci, psikolog, hemşire, çocuk uzmanı, psikiyatrist ve sosyal hizmet uzmanı yer almaktadır (15). Multidisipliner ekibin çocuğa yaklaşımı, işleyiş ve çocuğun mağduriyetinin giderilmesi, çocuğun duygusal travmalardan korunması ve adaletin yerini bulması açısından büyük önem taşımaktadır. Çocuk İzlem Merkezi’nde çalışan ekibin bu yüzden konu ile ilgili eğitim alması ve düzenli aralıklarla bu eğitimleri tekrarlaması gerekmektedir. Çocuk istismarı ve ihmali ile genellikle ilk karşılaşan kişi sağlık personelidir. Sağlık kuruluşuna başvuran çocuğun izlemi, muayenesi ve değerlendirilmesinin çok dikkatli yapılması gerekmektedir. İstismar ve ihmale ilişkin bulgular ve kanıtlar sağlık personeli tarafından belirlenebilir. Bu anlamda, sağlık personeli kanıtın zarar görmesini engellemeli ve adaletin işleyişine katkıda bulunabilmelidir (16).

Çocuk İzlem Merkezi Uygulamaları

Sağlık kuruluşlarına başvuran çocuklar, sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilirken istismar şüphesi olan çocuk, adli, tıbbi ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması için öncelikle kolluk kuvvetlerine bildirilir (17). Kolluk kuvvetleri durumu Cumhuriyet Savcılığı’na bilgi verir ve savcı kararıyla çocuk sivil kolluk kuvvetleri tarafından ÇİM’e götürülür. ÇİM, istismar mağduru çocuğun kendini rahat ve güvende hissedebileceği şekilde ÇİM standartlarına uygun ve çocuk dostu bir ortamdır ve 24 saat hizmet verir. Öncelikle çocuğun ailesi ya da birinci dereceden yakını ile aile görüşmesi yapılır. Aile görüşmesi odasında alınan bilgiler ile ailenin duruma tepkisi, çözüm önerileri ve ihtiyaçları belirlenir. Daha sonra merkeze getirilen çocukla önce ön bir görüşme yapılarak çocuğun gelişimsel özellikleri değerlendirilir. Adli görüşme aynı zamanda çocuğun beyanı anlamına gelmektedir. Aynalı bir odada gerçekleştirilen görüşme, bu alanda eğitim almış personel tarafından gerçekleştirilir. Adli görüşme esnasında ses ve görüntü kaydı alınır. Adli görüşme sonrasında çocuk uzmanları tarafından muayeneler yapılır. Çocuğun bu süreçteki izlemi ÇİM tarafından takip edilir (18).

Sonuç ve Öneriler

Çocuk istismar ve ihmali her anımızın bir gerçeği olarak karşımızda durmaktadır. İstismar ve ihmal çocuk için özellikle dikkatli değerlendirilmesi gereken bir olgu şeklidir. Değerlendirme ve muayenelerin yapılması sürecindeki işleyiş, çocuğun tekrarlı travma yaşamasını önleyici şekilde olmalıdır. Bu amaçla kurulan ÇİM, çocuğu koruyucu önlemler ararak adli sürecin uygun ilerlemesini sağlayacak ve istismar edilen çocuğun rehabilitasyonunda rol alacaktır. Ancak, ÇİM yeni bir uygulama merkezi olduğundan ve konuyla ilgili çok az çalışma olmasından dolayı, bu merkezlerdeki ihtiyaçların belirlenmesi ve ekibin eğitim planlamasının yapılması amacıyla çalışmaların artırılması önerilmektedir. Bu çalışmanın literatüre katkıda bulunacağı ve ÇİM'in işleyişi hakkında bilgi vereceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Acehan S, Bilen, A, Ay MO, Gülen M, Avcı A, İçme F. Çocuk istismar ve ihmalinin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2013; 22(4): 591-614.
2. Geçkin I. Çocuklarda Fiziksel İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017; 6(1): 129 -139.
3. Polat O. Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı. Ankara, Seçkin Yayıncılık; 2007.
4. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 2007; 34(1): 70-74.
5. Alsaleem SA, Alsaleem MA, Asiri AM, Alkhidhran SS, Alqahtani WS, Alzahrani MS, Assiri HA, Alshahrany KM, Alsamghan AS. Knowledge and attitude regarding child abuse among primary healthcare physicians in Abha, Saudi Arabia, 2018. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2019; 8(2): 706-710.
6. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn MHV, Alink A. Cultural–Geographical Differences in The Occurrence of Child Physical Abuse? A Meta-Analysis of Global Prevalence. *International Journal of Psychology*, 2013; 4(8): 81-94.
7. Kurt G, Dönmez, S, Eren Ö, Balcı E, Günay O. Üç farklı disiplinde okuyan üniversite son sınıf öğrencilerinin istismar, ihmal ve aile içi şiddet algıları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2017; 10(50): 405-414.
8. Çalışkan D, Yılmaz B. Bir hastanede çalışan hemşirelerin çocuk ihmal ve istismarına yönelik bilgi düzeyi ve yaklaşımlarının incelenmesi. *Kastamonu Sağlık Akademisi*, 2019; 4(2): 1-15.
9. Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, Cankardeş S, Kandemirci B, Koç F, Halıcıoğlu O, Akşit S. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Pediatri Arşivi*, 2014; 49: 47-56.
10. Sofuoğlu Z, Nalbantçılar SC. Hastanelere yönlendirilen adli çocuk istismarı olguları ile sağlık çalışanlarının saptanan çocuk istismarı olgularının özelliklerinin karşılaştırılması. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2018; 8(3): 189-195.
11. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorların çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi*, 2014; 49: 57-65.
12. Metinyurt HA, Sarı HY. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet*, 2016; 1: 101-121.
13. Bağ Ö, Alşen S. Çocuğun Cinsel İstismarının Değerlendirilmesinde Yeni Model: Çocuk İzlem Merkezleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2016; 6(1): 9-14.
14. Mert A. Çocuk İzlem Merkezinin İşleyişi Hakkında Genel Değerlendirme. Erişim Adresi: http://www.sakaryabarasu.org.tr/uploads/wo_4ffd326b4e19c71e3281d8e4aa32bdef.pdf. Erişim Tarihi: 11.08.2019
15. Beyazova U, Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmali ne yaklaşımda hastane çocuk koruma birimleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 2007; 42: 16-18.
16. Newton AS, Zou B, Hamm MP, Curran J, Gupta S, Dumonceaux C, Lewis, AL. Improving child protection in the emergency department: a systematic review of professional interventions for healthcare providers. *Acad. Emerg. Med*, 2007; 17: 117-125.
17. Bağ Ö, Alşen S. Çocuk izlem merkezinde cinsel istismarın değerlendirilmesi: bir merkezin bir yıllık deneyimi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2017; 18(1): 62-68.
18. Topdemir C. İstismar mağduru çocuğun korunmasında bir uygulama: çocuk izlem merkezi (ÇİM). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul; 2016.

Sözel 30 (TAM METİN)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ ÜZERİNE BİR DERLEME

A Review Of Health Care Workers ' Views On Alcohol And Substance Abuse

Emine Tuğba TOPÇU*, **Yasemin ÖZER****, **İrem BİRCAN****, **Aysun MADEN *****

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

**Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

Hemşirelik Lisans Öğrencisi

ÖZET

Alkol ve madde kullanım bozuklukları, kişide fiziksel, ruhsal ve toplumsal sorunlara yol açabilen süregelen bir rahatsızlık durumudur. Bağımlılık, son yıllarda Dünya’da ve Türkiye’de artış gösteren önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Sağlık çalışanları alkol ve madde bağımlılarını en iyi şekilde gözlemleyen gruptur. Bağımlılığı önlemek ve bağımlılıkla mücadele etmek sağlık çalışanlarının en önemli görevlerindendir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının alkol ve madde bağımlılığı konusunda bilgi sahibi olmaları ve hastaları uygun yerlere yönlendirmeleri önem kazanmaktadır. Ülkemizde bağımlı bireylere karşı sosyal izolasyon, damgalama ve içselleştirmenin geliştirildiği görülmektedir. Toplumun geliştirmiş olduğu yargılar, hemşirelerin de bu hastalara karşı sahip oldukları negatif tutumların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Madde kullanım problemi olan bireylere yönelik hemşirelerin algı ve tutumlarını inceleyen çeşitli araştırma bulguları, toplum tarafından bağımlı bireylere karşı gösterilen olumsuz tutum ve tepkilerin benzerlerinin hemşireler tarafından da ortaya konduğunu göstermiştir. Yargılar bu şekilde olumsuz olunca bağımlılığı olan bireyin hastalığını kabullenmesi, tedaviye uyumu, toplum içinde uyumlu yaşamasında zorluklara neden olmaktadır. Bununla birlikte özellikle sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları hem toplumu hem de bağımlı bireyleri etkilendiğinden sağlık çalışanları bu konuda özel bilgiye sahip olmalı ve bağımlı bireylere destek olmalıdır. Sağlık çalışanlarının bağımlılık konusundaki görüşlerinin ve yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaların artırılması, bağımlılıkla ilgili mücadelede sağlık hizmetlerinin daha kaliteli yürütülmesini ve personelin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, sağlık profesyoneli, alkol, madde.

ABSTRACT

Alcohol and substance use disorders are a permanent condition that can lead to physical, mental and social problems in a person. Addiction, in recent years has become a major health problem of increasing significance in the world and Turkey. Health workers are the group that best observes alcohol and substance addicts. Preventing and combating addiction is one of the most important tasks of health workers. Therefore, it is important for health workers to have information about alcohol and substance abuse and to refer patients to appropriate places. It is observed that social isolation, stigma and internalization against dependent individuals have been developed in our country. The judgments developed by the society may lead to the negative attitudes that nurses have towards these patients. Various research findings examining the perceptions and attitudes of nurses towards individuals with substance use problems have shown that similar negative attitudes and reactions shown by society towards dependent individuals are also revealed by nurses. When judgments are negative in this way, it causes difficulties for the individual with addiction to accept his or her illness, to adapt to treatment and to live in harmony in society. However, especially since the attitudes and behaviors of health workers affect both society and dependent individuals, health workers should have special knowledge and support for dependent individuals. Increasing the studies carried out to determine the views and approaches of health workers on addiction will enable higher quality of health services to be carried out in the fight against addiction and to determine the information needs of the personnel.

Key Words: Addiction, health professional, alcohol, substance.

Giriş

Bağımlılık, bir maddenin belirli bir etkiye ulaşmak için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde alımının devam etmesi; bırakmak istediği halde bırakılamaması, aynı etkiye ulaşmak için her geçen gün alınan madde miktarının artırılması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması durumudur. Yineleyen sorunlara ve istenmeyen sonuçlara karşın uygunsuz, tekrarlayıcı madde kullanımı ile karakterize bir beyin hastalığıdır (1-3). Psikik bağımlılık ve fiziksel bağımlılık olmak üzere iki tür bağımlılık vardır. Psikik bağımlılık; bağımlı olan kişinin bağımlı olduğu maddeyi devamlı kullanmak, almak arzusu içinde olmasıdır. Belirli aralıklarla kullanılmazsa kişide huzursuzluk, sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu gibi sorunlar ortaya çıkar. Fiziksel bağımlılık; bağımlı olan kişi normal işlevlerini yapabilmek ve beyin fonksiyonunun düzenli olması için bağımlı olunan maddeye ihtiyaç duyar. Madde alınmadığı zaman fiziksel, ruhsal ve bedensel fonksiyonlar ciddi düzeyde bozulur (4,5).

Alkol Ve Madde Bağımlılığı

Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlılığını “Uzun süre alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı olarak ruhsal, bedensel ve toplumsal sağlığı bozulan, buna rağmen gerçek durumu değerlendiriliyor olsa bile alkol alma isteği durdurulamayan, tedavi ihtiyacı olan bir hastalıktı, şeklinde tanımlamaktadır (6). Madde bağımlılığı ise, vücudun işlevlerini olumsuz yönde etkileyen maddelerin kullanılması, bundan dolayı zarar görüldüğü hâlde bu maddelerin kullanımının bırakılamamasıdır. Bağımlı, madde kullanımına ara verdiğinde yoksunluk belirtileri yaşar. Zamanla madde kullanım sıklığını ve dozunu artırır (7).

Bağımlılık, son yıllarda Dünya’da ve Türkiye’de artış gösteren önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (8-11). Yapılan çalışmalarda bağımlılıkla mücadelenin gerek toplumsal gerek sağlık alanında görülen etkileriyle son derece masraflı ve yıkıcı bir hastalık olduğu ortaya konulmuştur. Bu hastalığın sağaltımının hiç de kolay olmadığı bugün birçok sağlık çalışanı tarafından da kabul edilmektedir (12).

Sağlık çalışanları alkol ve madde bağımlılarını en iyi şekilde gözlemleyen gruptur. Bağımlılığı önlemek ve bağımlılıkla mücadele etmek sağlık çalışanlarının en önemli görevlerindendir (13). Alkol ve madde kullanım bozuklukları, kişide fiziksel, ruhsal ve toplumsal sorunlara yol açabilen süregelen bir rahatsızlık durumudur. Vücudun hemen her organını etkileyerek önemli sağlık problemlerine neden olabilmektedir (14).

Sağlık Çalışanlarının Alkol Ve Madde Bağımlılarına Yönelik Görüşleri

Sağlık çalışanlarının bağımlı hastalara karşı genellikle olumsuz bir kanaat taşıma nedeni bu hasta grubunun tedavisinin diğer hasta gruplarına oranla daha zahmetli bulmalarıdır. Çok zaman ve çaba harcanmasına karşın iyileşme sürecinin ya da tedaviye yanıtın yavaş olmasından dolayı da bu hastalara bakım vermek hemşirelere zor gelebilmektedir (15,16). Ayrıca araştırmalarda sağlık personelinin, diyabet ve depresyon gibi hastalıklarla karşılaştırdığında alkol-madde bağımlılarıyla çalışmayı daha az tercih ettiği ifade edilmektedir (17-19). Ülkemizde bağımlı bireylere karşı sosyal izolasyon, damgalama ve içselleştirmenin geliştirildiği görülmektedir (20,21). Yapılan çalışmalarda madde ve alkol bağımlılığına ilişkin etiketlemeler çoğu kez; ahlaki açıdan düşüğe değerlilik, kişilik zayıflığı, kişilik bozukluğu, suç eğilimi gibi olumsuz yargılar şeklinde olmaktadır. Bu etiketleme kişiye bir çok alanda sorun haline gelmektedir. İş bulma riski, toplumsal statü kaybı, toplumsal red, toplum içinde izole edilme, yaralı benlik, lekeli kimlik algısı gibi pek çok biçimde kendisini göstermektedir (22,23). Dolayısıyla bağımlı bireyler yalnızlığa itilmekte ve ne yazık ki bu izole etmeye sağlık çalışanlarının da dahil olduğu belirtilmektedir. Toplumun geliştirmiş olduğu yargılar, hemşirelerin de bu hastalara karşı sahip oldukları negatif tutumların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Madde kullanım problemi olan bireylere yönelik hemşirelerin algı ve tutumlarını inceleyen çeşitli araştırma bulguları, toplum tarafından bağımlı bireylere

karşı gösterilen olumsuz tutum ve tepkilerin benzerlerinin hemşireler tarafından da ortaya konduğunu göstermiştir (24-30). Pilge ve Arabacı'nın (2016) acil serviste çalışan hemşirelerin bağımlılığın nedenleri ve tedavisine ilişkin algı ve tutumlarını inceledikleri çalışmada, hemşirelerin yarısının çalışma hayatlarında madde bağımlılarına bakım verdiği, büyük çoğunluğunun bu konuda eğitim almadığı ve hemşirelerin madde kötüye kullanım problemi olan bireylere yönelik sosyal mesafe koyma yönünde olumsuz tutum eğilimine sahip oldukları bulunmuştur. Ayrıca çalışmadaki hemşireler bağımlılıktaki çözümün kişinin kendinde olduğuna inandıklarını ifade etmişlerdir (14).

Sağlık personelinin bağımlılıkla ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi, tedavi süreci ve eğitim planlaması açısından gerekmektedir. Uysan Öztürk (2015) aile hekimliği araştırma görevlilerinin alkol ve madde kullanım bozuklukları konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada hekimlerin oldukça azının daha önce bağımlılık merkezinde çalıştığını belirtmiştir. Hekimlere alkol ve madde bağımlısı bireylerle çalışmak isteyip istemedikleri sorulduğunda çoğunlukla bu hastalarla çalışmak istemediklerini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada madde bağımlılığının bir hastalık olup olmadığı sorulduğunda, hekimlerin çoğu alkol ve madde bağımlılığını hastalık olarak kabul ettiğini ve profesyonel almaları gerektiğini belirtmişlerdir (31). "Sağlık Çalışanlarında Bağımlılığa Müdahale ve Önleme" eğitimi verilerek 1877 sağlık personeli ile yapılan çalışmada ise katılımcılar bağımlılığı hastalık olarak tanımlamış ve bağımlılığın ruhsal zayıflık olduğunu belirtmişlerdir (32). Bu olumsuz inanç, değer ve basmakalıp düşünceler hemşirelerin profesyonel rollerini yerine getirmesini ve hastaların bütüncül bir bakım almasını önleyebilir. Bu da, hasta hemşire arasındaki terapötik ilişkiyi ve hemşire tarafından sunulan bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (24,27,33-36).Yargılar bu şekilde olumsuz olunca bağımlılığı olan bireyin hastalığını kabullenmesi, tedaviye uyumu, toplum içinde uyumlu yaşamasında zorluklar ortaya çıkmaktadır. Öte yandan bağımlı bireylerin az bir bölümü kendiliğinden tedaviye başvururlar. Tedavi isteksizliğinde, sorunun inkar edilmesinin yanı sıra, damgalanma endişesi ve tedavi konusunda güvensizlik gibi çekinceler de etkili olabilir (21). Yapılan çalışmalarda alkol ve madde bağımlılarının etiketleme nedeniyle genellikle gizlendiklerini ve sağlık personelinin bunun bir hastalık olduğunu daha da ötesi bağımlının kendi isteğiyle yapmış olduğu bir hata, ahlaki bir yetersizlik, kişilik zayıflığı ve zayıf iradeli bireyler olduğu gibi düşüncelere sahip olduğu ifade edilmiştir (37). Özellikle sağlık personelinin bu olumsuz tutumu ve bilgisizliği, bağımlı bireylerin tedaviye başlamasını ve tamamlanmasını engelleyen en önemli faktördür. Ayrıca hemşireler madde kötüye kullanım problemi olan bireyleri toplum için tehlikeli olarak görmektedirler (29).

Sonuç Ve Öneriler

Bağımlılığı önlemek ve bağımlılıkla mücadele etmek sağlık çalışanlarının en önemli görevlerindendir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının alkol ve madde bağımlılığı konusunda bilgi sahibi olmaları ve hastaları uygun yerlere yönlendirmeleri önem kazanmaktadır. Bununla birlikte özellikle sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları hem toplumu hem de bağımlı bireyleri etkilediğinden sağlık çalışanları bu konuda özel bilgiye sahip olmalı ve bağımlı bireylere destek olmalıdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bağımlılık konusundaki görüşlerinin ve yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Yıldırım B, Engin E, Yıldırım S. Loneliness and Effective Factors in Alcohol and Drug Dependence. J Psy Nurs, 2011;2:25–30.
2. Soykut B. Bağımlılık yapıcı maddelerin etkilerinin toksikolojik yönden araştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Ankara:2008.

3. Tanhan F, Mukba G. The Investigation of Variables Predicting the Situation of Drug Addiction in the Families of University Students. *J Addict Med* , 2014;15:65–75.
4. Özbay Y, Yılmaz S, Büyüköztürk Ş, Aliyev R, Tomar İ, Eşiyici H, Yancar C, Akyılmaz D. Madde Bağımlılığı; Temiz Bir Yaşam İçin Bireyin Güçlendirilmesi. *Addicta*, 2018;82.
5. Tosun M. “Madde Bağımlılığına Genel Bakış”. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi, 2008; 201-220.
6. Çağlayan H. Madde ve Alkol Bağımlılığı. Ankara:Kozan Yayıncılık, 2016;69.
7. Budak S. Psikoloji Sözlüğü. S. Budak içinde. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları, 2000;404.
8. Temel F, Benli E, Çınar G, Gelirer Ö. The Knowledge, Opinion and Attitudes of the First Year Medical Students About Substance Dependence. *J Addict Med* , 2004;5:107–114.
9. Pinikahana J, Happell B, Carta B. Mental health professionals’ attitudes to drugs and substance abuse. *Nurs Health Sci*, 2002;4:57–62.
10. Royo-Bordonada MA, Cid-Ruzafa J, Martin-Moreno JM, Guallar E. Drug and alcohol use in Spain: consumption habits, attitudes and opinions. *Public Health Nurs*, 1997;11:277–284.
11. Yıldırım B, Engin E, Yıldırım S. Loneliness and Effective Factors in Alcohol and Drug Dependence. *J Psy Nurs* , 2011;2:25–30.
12. Yıldırım B, Engin E, Yıldırım S. Loneliness and Effective Factors in Alcohol and Drug Dependence. *J Psy Nurs* , 2011;2:25–30.
13. Karakaş SA, Ersöğütçü F. Madde Bağımlılığı ve Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2016;3(2):133-139.
14. Pilge E, Arabacı LB. Perceptions and Attitudes of Nurses Working At Emergency Unit About the Causes and Treatment of Addiction. *J Psy Nurs*. 2016;7(3): 105-113.
15. Crothers CE, Dorrian J. Determinants of Nurses’ Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. *ISRN Nurs*, 2011;2011:821514.
16. Indig D, Copeland J, Conigrave KM, Rotenko I. Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations. *Int Emerg Nurs*, 2009;17:23–30.
17. Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: the experience of mental health professionals. *J Psy Ment Health Nurs*, 2005;12: 268-274.
18. Ford R. Interpersonal challenges as a constraint on care: the experience of nurses’ care of patients who use illicit drugs. *Contemp Nurse*, 2011;37: 241-252.
19. Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals toward patients with substance use disorders and its consequences for health care delivery: systematic review. *J Addict Med*, 2013;131:23-35.
20. Türkmen SN, Özdemir Ç, Akyol T. Alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve eğitim merkezi (AMATEM) biriminde yatan bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *J Addict Med*. 2015; 16(4):182-191.
21. Grant BF. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *J Stud Alcohol Drugs* , 1997;58:365-371.
22. Fleming P, Bradbeer T, Green A. Substance misuse problems in Russia: A perspective from St Petersburg Psychiatr. *Psychol Bull* , 2001;25(1):27 - 28.
23. Cunningham JA, Sobel LC, Chow VMC. What’s in a label The effect of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *J Stud Alcohol Drugs* , 1993;69:3699.
24. Natan MB, Beyil V, Neta O. Nurses’ perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: testing the theory of reasoned action. *Int J Nurs Pract*, 2009;15:566–573.

25. Ford R, Bammer G, Becker N. The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *J Clin Nurs*, 2008;17:2452-2462.
26. Gerace LM, Hughes TL, Spunt J. Improving nurses' responses toward substance-misusing patients: a clinical evaluation project. *Arch Psychiatr Nurs*, 1995;9:286-294.
27. McLaughlin D, Long A. An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *J Psy Ment Health Nurs*, 1996;3:283-288.
28. Moodley-Kunnie T. Attitudes and perceptions of health professionals toward substance use disorders and substance-dependent individuals. *Int J Addict*, 1988;23:469-475.
29. Melby V, Boore JR, Murray M. Acquired immunodeficiency syndrome: knowledge and attitudes of nurses in Northern Ireland. *J Adv Nurs*, 1992;17:1068-1077.
30. Rassool GH, Villar-Luis M, Carraro TE, Lopes G. Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. *J Psy Ment Health Nurs*, 2006;13:85-89.
31. Öztürk U. Aile Hakimliği Araştırma Görevlilerinin Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, Ankara, 2015.
32. Mutlu E, Bilici R, Çetin M. Health Care Professionals Opinions and Attitudes to Addiction. *J Addict Med*, 2014; 118-123.
33. Cartwright AKJ, Gorman DM. Processes involved in changing the therapeutic attitudes of clinicians toward working with drinking clients. *Psychother Res* , 1993;395-404.
34. Chappel JN, Veach TL. Effect of a course on students' attitudes toward substance abuse and its treatment. *J Med Educ*, 1987;62:394-400.
35. Foster JH, Onyeukwu C. The attitudes of forensic nurses to substance using service users. *J Psy Ment Health Nurs*, 2003;10:578-584.
36. Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *J Addict Med*, 2011;106:1114-1125.
37. Shivani R, Goldsmith J, Anthenelli M. Alcoholism and Psychiatric Disorders. *NIAAA*, 2002;26(2):90-98.

Sözel 31 (TAM METİN)

OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ADLİ OLAYLARA YAKLAŞIMI

Approach Of School Health Nursing To Forensic Events

Esma KABASAKAL, Ayşegül AKCA

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Çocuklar ve ergenler, yetişkinlere benzer risklere maruz kalırken bu risklere karşı daha savunmasızdırlar. Okullarda çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen riskler arasında şiddet, akran zorbalığı, ihmal ve istismar, madde bağımlılığı, intihar ve kendine zarar verme gibi durumlar bulunmaktadır.Okul temelli sağlık hizmetleri çocuklarda doğru sağlık davranışlarının kazandırılmasının yanı sıra riskli davranışların önlenmesinde etkilidir. Okul sağlığı hemşiresi okulda yaşanabilecek adli vakalarda eğitim, danışmanlık, koordinasyon ve vaka yöneticini rollerini yerine getirerek öğrenci, aile ve okul idaresi arasında işbirliği ve iletişimi sağlar. Okul sağlığı hemşiresi çocuklara yönelik şiddet,suistimal, ihmal ve istismarın önlenmesinde aktif rol alır.Okul sağlığı hemşiresi kapsamlı, dikkatli bir gözlem ve değerlendirme ile erken tanı için ciddi fırsatlara sahiptir. Okul sağlığı hemşiresi şiddet, istismar, travma ve diğer suç olgularının failleri, risklerin tespiti, biyolojik ve fiziksel kanıtların toplanması bakımından suçun bildirilmesi yükümlülüğünü taşır.Hemşire profesyonel bilgi, beceri, mesleki roller, görev ve sorumlulukları kullanırken ve adli bir sürecin yönetilmesinde diğer disiplinlerle koordineli çalışmalıdır. Hemşire,objektif, güvene ve saygıya dayalı bir iletişim dili kullanarak anlaşılır, dikkatli bir yaklaşım sergilemelidir.Okul sağlığı hemşiresinin okul toplumuna yönelik rollerini, yasal mevzuatı, sorumlulukları ve yükümlülükleri bilerek uygulamalarıyerine getirmesi bu konuda suç teşkil edecek davranışta bulunmasını önleyecektir. Bu doğrultuda okul sağlığı alanında çalışacak hemşirelere yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarına yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler:Okul Sağlığı, Hemşirelik, Adli Olay, Adli Hemşirelik

ABSTRACT

Children and adolescents are more vulnerable to risks when exposed to similar risks to adults.The risks that negatively affect the physical and mental health of children in the school include violence, peer bullying, neglect and abuse, substance abuse, suicide and self-harm.School-based health services are effective in preventing risky behaviors as well as gaining the right health behaviors in children.The school health nurse ensures the cooperation and communication between the student, the family and the school administration by fulfilling the roles of education, counseling, coordination and case manager in forensic cases that may be experienced in the school.The school health nurse plays an active role in preventing violence, abuse, neglect and abuse against children.The school health nurse has serious opportunities for early diagnosis through extensive, careful observation and evaluation.The school health nurse is obliged to report the offender in terms of perpetrators of violence, abuse, trauma and other criminal cases, identification of risks, and collection of biological and physical evidence.The nurse should work in coordination with other disciplines in using professional knowledge, skills, professional roles, duties and responsibilities and in managing a judicial process.The nurse should use a language of communication based on objective, trust and respect, and should be understandable and careful.Knowing the roles, legal regulations, responsibilities and obligations of the school health nurse in the school community will prevent them from acting in a criminal way.In this regard, it is recommended to include training and information activities for the nurses who will work in the field of school health.

KeyWords: School Health, Nursing, Forensic Case, ForensicNursing

GİRİŞ

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) 2018 yılı verilerine göre Türkiye’de ilkokula kayıtlı öğrenci sayısı 5 104 499 kişi iken ortaokula kayıtlı öğrenci sayısı 5 590 134 kişidir (1). Çocuklar ve ergenler, yetişkinlere benzer risklere maruz kalırken bu risklere karşı daha savunmasızdırlar (2). Okullarda çocukların fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen riskler arasında şiddet, akran zorbalığı, ihmal ve istismar, madde bağımlılığı, intihar ve kendine zarar verme gibi durumlar bulunmaktadır (3-5).

Şiddet okul ortamını olumsuz etkileyen saldırı ve suç niteliğindeki fiziksel, psikolojik, cinsel ve sözel türden davranışlardır. Nitekim ülkemizde öğretmenlere ve öğrencilere yönelik şiddet olaylarının artış gösterdiği belirtilmektedir (6-8).Okullarda meydana gelen bıçaklama olaylarının görülme sıklığı %4,23 olarak belirtilmektedir (9).

Şiddet ailede çocuğa yönelik olabileceği gibi çocuklar arasında akran zorbalığı şeklinde karşımıza çıkabilmektedir. Okul çağı çocuklarında akran zorbalığı sık rastlanan ve çocuklarda fiziksel ve psikolojik travmalara neden olan önemli bir sorundur. Benzer yaş grupları arasında akran zorbalığı bir ya da daha fazla öğrencinin bir başka öğrenciye zarar verme amacı ile sürekli olarak olumsuz eylemlerde bulunması durumudur (10-12). Fiziksel ve psikolojik travmaları barındıran akran zorbalığı hukuki süreçleri de beraberinde getirmektedir. Ankara 1. Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi’nde 2007- 2010 yılları arasında akran zorbalığı suçlusu olarak 188 çocuk kayıtlara geçmiştir (13).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocukta yaşam boyu kalıcı iz bırakabilen, kısa ve/veya uzun dönemde önemli travmatikruhsal ve davranışsal bozukluklara yol açabilen, çocuğun ruh sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen, bilerek veya bilmeyerek yapılan, aktif veya pasif her türlü davranışları kapsayan olaylardır. Çocuk istismarında fiziksel, cinsel ve duygusal zararlar sonuçlanan aktif bir davranış bulunurken ihmalde ise çocuğuna-babası veya çocuğun bakımından sorumlu kişilerin çocuğun temel gereksinimlerini karşılayamaması, diğer bir deyişle, bakım verenin pasif bir davranış söz konusudur (14).

Okul çağı çocuklarında bir diğer husus kendileri için sağlıksız ortamlara yönelmeleri ve suça karışabilmeleridir. Türkiye’de 83 bin suça sürüklenen çocuk, 76 bin mağdur çocuk, 23 bin mahkeme karşısına çıkmış çocuk bulunduğu bildirilmektedir. Bu doğrultuda yılda ortalama 150 bin çocuğun “çocuk adalet sistemine” girdiği öngörülmektedir (15). Gümüştaş ve ark, (2014) tarafından yapılan bir araştırmada 18 yaş öncesi 121 olgunun olduğu adli vakaların büyük bölümü (n=80) suça sürüklenen çocuklardır (16).Okul ortamı çocuk suçluluğunun önlenmesinde önemli etmenlerden birisidir. Okul, çocuğu okul ortamında tutarak kontrol etmenin bir yoludur. Eğer çocukta başarısızlık, motivasyon düşüklüğü, okulu sevmeme, beklenti ve planı olmama gibi özellikler varsa bu çocukların diğer çocuklara göre daha fazla suç işledikleri bildirilmektedir (17). Bu nedenle bu çocukların çocuk adli sistemine tespit edilmeden fark edilmeleri ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Okul çağı çocuklarında içe-yönelim sorunlarının en önemli olgularından biri intihardır. İntihar, temelinde bireyin kendine zarar verme davranışı bulunan bir eylemdir (18). İntihar düşüncesi, ergenlik dönemindeki çocuklarda yetişkinlere göre çok daha sık gözlemlenmektedir (19,20). Dünya Sağlık Örgütü 2001 raporun göre genç yetişkin bireylerin ölüm nedenleri arasında intihar başı çekmektedir. Yine aynı rapora göre, intihar girişimleri oranları, tamamlanmış intihar oranlarıyla karşılaştırıldığında 20 kat daha fazladır.Ayrıca çocuklarda intihar amacı taşımayan, popülerlik arayışıyla kendine zarar verme davranışı görülebilmektedir (21,22). Okullarda pozitif ruh sağlığının geliştirilmesi, kendine zarar verme gibi davranış bozukluklarının olası ruh sağlığı problemlerinin tespiti için bir sinyal olarak değerlendirilmesi, intihar riskli çocukların tespit edilmesi ve uygun müdahalelerin, yürütülerek pozitif okul iklimine katkı sağlanması gerekir.

Okul çağı çocuklarında görülen bir diğer riskli davranış alkol ve madde kullanım bozukluğudur. İstanbul'da (2014) yapılan bir çalışmaya katılan 10. sınıf öğrencilerinin %45.4'ü nargileyi, %34.2'si alkolü, %24.4'ü sigarayı, %4.9'u uçuçu maddeleri, %3.8'i benzodiyazepinleri, %2.9'u esrarı, %0.6'sı kokaini, %0.4'ü eroini yaşam boyu en az bir kez denediğini bildirmiştir (23). Ülkemizde ergenler tarafından alkol ve madde kullanımına yönelik ilgili merkezlerin birimlerine yapılan başvurularda en sık kullanılan maddeler sırasıyla; sigara (%85.8), esrar (%76), uçuçu madde (%43), ekstazi (%31.6) ve alkol (%23.6) olarak belirlenmiştir (24). Hemşire, okul toplumunda madde kullanımının önlenmesi, erken dönemde tespiti ve rehabilitasyonu konusunda önemli görev ve sorumluluk sahibidir. Psikososyal yönden riskli çocuklar iyi bir gözlem ve takibi gerektirir. Bu çocuklar depresif ruh haline bürünerek rahatlamak, iyi hissetmek, unutmak, uyumak gibi amaçlarla madde kullanımına başlayabilir. Burada aile ve arkadaş çevresi tetikleyici unsurlar olarak dikkatle ele alınmalıdır. Madde kullanımına yönelik önemli bir husus madde bağımlısı bireyin suça yatkınlığının göz önünde bulundurulmasıdır. Ögel vd. (2010) çalışmasında bireylerde madde kullanmaya başlamadan önce yasal sorun yaşama oranı %24 iken madde kullananımı sonrası bu oran %65'tir(25).Hemşire, öğrencilerde madde kullanımı tespit etmişse aile ve okul idaresi işbirliğinde gerekli yönlendirmeleri yapmalı, insan sağlığı ve hayatını tehdit edecek dikkat çekici ipuçlarını değerlendirmelidir.

OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ADLİ OLAYLARA YAKLAŞIMI

Okul temelli sağlık hizmetleri çocuklarda doğru sağlık davranışlarının kazandırılmasının yanı sıra madde bağımlılığı, akran zorbalığı, şiddet, depresyon gibi psikososyal sorunları önleyebilmektedir (26). Okul sağlığı hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık rolleri ile hemşireler birincil görev üstlenmiştir. Amerikan Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (National Association of School Nursing) okul sağlığı hemşireliğini, öğrencilerin sağlığını ve okul başarılarını geliştirmek, sağlıklı bir yaşam biçimi sürdürmeleri amacıyla çalışan özel bir hemşirelik dalı olarak tanımlamaktadır (27). Dünya'da 1902 yılında profesyonel faaliyetlerine başlayan okul sağlığı hemşireleri; aile-hemşire-okul ortaklığı aracılığıyla, bulaşıcı hastalıkların azaltılmasında, öğrenci katılımı ve eğitim fırsatlarını artırmada, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin öğretilmesinde, düşük sosyoekonomik düzeyde olan veya özel tıbbi bakım ihtiyacı olan çocuklara yönelik hizmetleri koordine etmede, pozitif ruh sağlığını geliştirmede, ihmal ve istismarı önlemede aktif rol almaktadır (28,29).

Eğitim ve sağlık bakım sistemlerini birbirine bağlayan okul sağlığı hemşirelerinin bakım koordinatörü/vaka yöneticisi, ekip üyesi, iletişimci, liderlik, savunucu, politika geliştirici, değişim ajanı gibi çocuk ve ailenin ihtiyaçları doğrultusunda faaliyetlerini planlayabileceği çeşitli rolleri bulunmaktadır (30,31).Amerika'da farklı eğitim düzeylerinde 132.000 okul sağlığı hemşiresinin bulunduğu ve sadece devlet okullarının %11,4'ünde okul hemşireliği olmadığı belirlenmiştir. (30). Türkiye'de 2011 Hemşirelik yönetmeliğinde Halk Sağlığı Hemşireliğinin alt dalı olarak belirtilen (32) okul sağlığı hemşireliği alanında yapılandırılmış müfredat ve programa tabi bir okul hemşiresi bulunmamaktadır.

Okul sağlığı hemşiresi okulda yaşanabilecek adli vakalarda eğitim, danışmanlık, koordinasyon ve vaka yöneticisi rollerini yerine getirerek öğrenci, aile ve okul idaresi arasında işbirliği ve iletişimi sağlar. Ayrıca öğrenci, öğretmen ve ebeveynlere yönelik toplum gruplarını dahil ederek eğitim ve farkındalık çalışmaları yürüterek adli vakaların önlenmesi çalışmalarını yürütür (33). Okul sağlığı hemşiresi kapsamlı, dikkatli bir gözlem ve değerlendirme ile erken tanı için ciddi fırsatlara sahiptir.

Okul sağlığı hemşiresi çocuklarda istismarı önlemeye yönelik primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere girişimlerde bulunur. Primer önleme cinsel istismarı önlemeye yönelik eğitim, risk altındaki grupların tanınması, risk altındaki kişilere danışmanlık

ve koruyucu hizmetlerin sağlanması faaliyetlerini içerir. Sekonder önleme daha çok cinsel istismar davranışı sonrasında yapılan girişimleri kapsar. Hemşire çocuğun gelişimsel dönemine özgü terapötik iletişim tekniklerini kullanarak istismarı gösteren davranışları ortaya çıkarmayı önceler (34). Gerekirse oyun terapisi ve resim çizme teknikleri kullanılarak güven verici bir ortamda bilgi alınır (35). Tersiyer önleme ise cinsel istismarın etkilerinin çok ciddi boyutlarda olduğu, çocukta ortaya çıkan fiziksel ve psikosozyal travmanın uzun dönem etkilerini azaltmak amacıyla benlik saygısı ve pozitif ruh sağlığını geliştirmeye yönelik girişimler yapılır (34). Çocuklar gelişimsel dönemin özelliği olarak ailesinden ayrı tutulmamalı ve aile sürecine dahil edilmelidir (31).

Okul sağlığı hemşiresi şiddet, istismar, travma ve diğer suç olgularının failleri, risklerin tespiti, biyolojik ve fiziksel kanıtların toplanması bakımından suçun bildirilmesi yükümlülüğünü taşır. Ayrıca mağdur ve yakınlarının destek ve rehabilitasyonu, hemşirelik hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık yapma, önleyici rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle okul sağlığı hemşirelerin adli bir süreçte bilgi eksikliğinden dolayı kanıta zarar verme ve adli vakanın incelenmesini engelleme gibi hatalı ve zarar verici davranışlarda bulunmasının önlenmesi gerekir (36). Nitekim Türk Ceza Kanunu 280. maddesine göre; “görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” ibaresi bildirim zorunluluğunu açıkça vurgulamaktadır (37). Hemşire adli bir vakada kanıtların toplanması, saklanması, kayıt edilmesi ve yetkili makamlara bildirilmesinde görev üstlenmektedir. Burada hemşirenin adli makamların yerine geçemediği belirtilmesi gereken bir husustur. Hemşire kendi bilgi ve becerisini, mesleki rollerini, görev ve sorumluluklarını kullanırken ve adli bir sürecin yönetilmesinde diğer disiplinlerle koordineli çalışmalıdır.

Okul sağlığı hemşiresi şüphelendiği veya kendisine bildirilen adli bir duruma yönelik; öğrenciden, veliden, okul çalışanlarından ve öğretmenden gerekli bilgi ve öyküyü alır. Burada dikkat edilmesi gereken husus çocuğa yöneltilcek soruların açık, anlaşılır, çocuğun gelişimsel dönemine uygun, cevaplanabilir, yönlendirici olmayan sorulardan oluşmasıdır. Hemşire kendisine söylenen her şeyi kaydetmelidir(38).

Okul sağlığı hemşiresi olası bir adli durumda fiziksel muayene yöntemiyle de veri toplayabilir (39). Fiziksel muayene çocuğun mahremiyet ve özel hayatın gizliği gereğince uygun ortamda ve koşullarda, çocuğa gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözlü onam alınarak yapılır (40). Hemşire, öğrenciye terapötik iletişim tekniklerini kullanarak, güven verici yaklaşım sergiler. Fiziksel muayenede kanıt teşkil edecek tüm unsurlar dikkatle gözlenmeli ve kaydedilmelidir.

Adli bir vakada kanıt sayılabilecek şeyler “sanık ya da mağdurun suçun işlenmesi esnasında kullandığı, bıraktığı, uzaklaştırdığı, değiştirdiği ya da kontamine ettiği her şey” olarak ifade edilmektedir. Bu kanıtlar fiziksel olabileceği gibi intihar girişimi, şiddet, suistimal, kendine zarar verme gibi travma eğiliminin değerlendirildiği fiziksel olmayan niteliklere sahip olabilir (41,42). Kanıt niteliği taşıyan eşyalar arasında giysiler ve ayakkabı; kan, seminal mai, saç, iplik, toprak, bitki, barut, cam parçalarını ya da sanığın parmak izini içerebilir (43). Bu nedenle hemşire olası bir adli durumda giysilere mümkün olduğunca az dokunmalı ve mutlaka eldiven giymelidir. Eğer giysilerin acil müdahale gereği çıkartılması, kesilmesi söz konusu ise yaralı alandan uzak ve giysi dikişleri boyunca kesme işlemi yapılmalıdır. Giysiler adli makamlara gönderilmek üzere kağıt paketler içerisine konulmalıdır. Giyside kesilmiş parçalar varsa “giysiler kesildi” yazısı bulunan bir kart eklenmelidir. Vakada şayet “yara” varsa hemşire yaranın tipi, alanı, büyüklüğü ve genel görüntüsüne ilişkin bilgileri kaydetmelidir. Ortamda kaybolma tehlikesine karşı mermi, metal, bıçak ya da diğer materyaller varsa kanıt olarak kâğıt zarf içine yerleştirilmelidir. İlk yardım müdahalesi

kapsamında pansuman yapılmışsa materyalleri mutlaka kanıt olarak saklanmalıdır. Bu malzemeler kolluk kuvvetleri dışındakilere teslim edilmemelidir. Aile üyelerinin giysi veya diğer eşyaları almasına izin verilmemelidir. Yaranın yıkanması kanıtların kaybolmasına neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Kanıt teşkil eden eşyalar ortaya rastgele bırakılmamalıdır(38).Hemşirekanıtlara ilişkin gözlem yapmakta ve kanıtların muhafaza edilmesinde görev almaktadır. Kanıtlar paket/zarf içerisinde muhafaza edilirken üzerine bireyin adı, doğum tarihi, örneğin ne olduğu, nereden ve ne zaman alındığı kanıtları toplayanın adı, unvanı, okulun adı yazılmalıdır.

Okul hemşiresi adli vaka ile karşılaştığında süreci profesyonelce yönetebilmek için, kendi duygularını kontrol edebilmelidir. Hemşire,objektif, güvene ve saygıya dayalı bir iletişim dili kullanarak anlaşılır, dikkatli bir yaklaşım sergilemelidir.Çevresindeki bireyleri sakinleştirebilmelidir. Korku ve panik yaşanmasını engellemelidir. Vaka yönetici rolünü sergilemede panik bir tutum sergilememelidir (44). Olası bir adli birimlere intikal edecek durumda olası ihtimallerinin incelenmesi, çocuğun değerlendirilmesi, tedavisi, koruyucu hizmet veren birimlere yönlendirilmesi, izlemine ve rehabilitasyonun sağlanması ve gerektiğinde tanık olarak dinlenmesi söz konusudur.

SONUÇ

Okul sağlığı hemşiresi okul toplumuna yönelik koruyucu, önleyici ve vaka yöneticisi rollerini, yasal mevzuatı, sorumlulukları ve yükümlülükleri bilerek yerine getirmesi bu konuda suç teşkil edecek davranışta bulunmasını önleyecektir. Nitekim Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) yer alan madde hemşirenin bilgi ve becerisini kullanarak dikkatli, özenli ve bilgili olmasına açıkça işaret etmektedir. Bu doğrultuda okul sağlığı alanında çalışacak hemşirelere yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarına yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (). Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2017-2018, 2018: https://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2018_09/06123056_meb_istatistikleri_orgun_egitim_2017_2018.pdf Erişim Tarihi: 24.08.2019.
2. World Health Organization (WHO). Health promoting school: An effective approach for early action on NCD risk factors, 2017: <http://www.who.int/healthpromotion/publications/health-promotion-school/en/> Erişim tarihi: 15.08.2019.
3. Özdemir S. Ergenlik dönemi riskli davranışları önleme ve müdahale. Pegem Atır İndeksi, 2018: 273-300.
4. Erbay A, Gülüm Z. Çocuklarda Suç Tekrarını Yordayan Risk Faktörleri. Adli Tıp Bülteni, 2018: 23(3), 162-168.
5. Çoban S. Sosyal çevrenin etkilerinin çocukların suç ve problemli davranışları ile ilişkileri. Hacettepe Üniversitesi yayınlanmamış doktora tezi, 2012.
6. Çubukçu Z, Dönmez A. İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Okuldaki Şiddet Üzerine Görüşleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2012: 11(40), 89-108.
7. Solak A. Okullarda Şiddet ve Çocuk Suçluluğu. Ankara: Anı Yayıncılık, 2007.
8. Terzi Ş. Okullarda yaşanan şiddeti önleyici bir yaklaşım: kendini toparlama gücü. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 2007: 12(12).
9. Yavuz M. F, Atan Y K, Atamer T A, Gölge Z B. Lise öğrencilerinde fiziksel şiddetin değerlendirilmesi: okulda ve ailede karşılaşılan şiddet ve öğrencinin kendi uyguladığı şiddet. Adli Bilimler Dergisi, 2003: 2, 35-43.
10. Pişkin M. Examination of peer bullying among primary and middle school children in Ankara. Eğitim ve Bilim, 2010; 35(156),175.
11. Galitz T, Robert D. Governing bullying through the new public health model: Foucaultian analysis of a school anti-bullying programme. Critical Public Health, 2014; 24(2): 182-195.

12. Shetgiri R. Bullying and victimization among children. *Advances in pediatrics*, 2013: 60(1), 33-51.
13. Şengül H A, Cantürk N, Cantürk G, Dağalp R. Ankara 1. Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi'nde akran istismarı nedeniyle yargılanan çocukların değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi* 2012; 47(4): 283-289.
14. Yurdakök K. Çocuk istismarı ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2010: 32(4), 423-434.
15. Artuç M. Anayasa- TCK- CMK- CGİK. Ankara: Kartal Yayınevi, 2006.
16. Gümüştaş F, Yulaf, Y, Gökçe, S, Sağlam, S, Kütük, E. "Adıyaman İlinde Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Yönlendirilen Adli Olguların Bir Yıllık Geriye Dönük İncelenmesi". *Cukurova Medical Journal*, 2014: 39, 280-289.
17. Gökçe S. Erken uyarı sistemi'nin millî eğitim bakanlığındaki uygulamaları. MEB Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü Uluslararası Çocuklar için Adalet Sempozyumu. Türkiye Adalet Akademisi. Ankara, 2012: 29, 2-8.
18. Atay İ T, Kerimoğlu E T. Ergenlerde İntihar Davranışı. *Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2003: 10(3), 128.
19. Micucci J A. The adolescent in family therapy: harnessing the power of relationships. New York: Guilford Press. 2009.
20. Rice T R, Sher L. Suicide prevention in depressed adolescents. Ed. Sher L, Merrick J. *Adolescent Psychiatry: A Contemporary Perspective for Health Professionals*. Berlin: De Gruyter, 2012.
21. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*, 2013: 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/159208>.
22. Evans R, Hurrell C. The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*, 2016: 16(1), 401.
23. Evren C, Ogel K, Demirci AC, Evren B, Yavuz BG, Bozkurt M. Prevalence of lifetime tobacco, alcohol and drug use among 10th grade students in Istanbul. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2014; 24(3):201- 210.
24. Yüncü Z, Saatçioğlu H, Aydın C, Özbaran B, Altıntoprak E, Köse S. Bir şehir efsanesi: Madde kullanmaya başlama yaşı düşüyor mu? *Literatür Sempozyum* 2014; 1(4):43-50.
25. Ogel K, Tamar D, Evren C, SırA. Madde Kullanımı ve Suç, 2010. http://www.ogelk.net/Dosyadepo/suc_madde_yayin.pdf Erişim Tarihi: 13.10.2019.
26. Muggeo M A, Stewart C E, Drake K L, Ginsburg G S. A school nurse-delivered intervention for anxious children: An open trial. *School Mental Health*, 2017: 9(2), 157-171. DOI:10.1007/s12310-017-9211-x.
27. American Academy of Pediatrics. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 2008: 121, 1052-1056. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/121/5/1052.full.pdf> Erişim tarihi: 16.08.2019.
28. Houlahan B. Origins of school nursing. *The Journal of School Nursing*, 2018: 34(3), 203-210.
29. Kabasakal E, Özcebe H, Arslan U. Are the health needs of children with disabilities being met at primary schools?. *Journal of Intellectual Disabilities*, 2019: 1-11. DOI: 10.1177/1744629518818657.
30. Willgerodt M A, Brock D M, Maughan E D. Public school nursing practice in the United States. *The Journal of School Nursing*, 2018: 34(3), 232-244.
31. Kabasakal E, Emiroğlu O N. Okul Sağlığı Hemşireliğinde Öğrenci Ve Aile Odaklı Bakım. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 2017: 3(2), 88-95.
32. Resmi Gazete (RG). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011. Sayı : 27910.
33. Çilingir D, Hintistan S. Adli hemşireliğin kapsamı ve yasal boyutu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012; 9(1), 10-15

34. Lines L, Grant, J, Hutton, A. How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review. Journal of pediatric nursing, 2018; 43, e75-e84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>.
35. Bekmezci H, Özkan H. Oyun ve Oyuncanın Çocuk Sağlığına Etkisi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 2015; 5(2):81-87.
36. Stevens S. Cracking the case: your role in forensic nursing. Nursing2004, 2004; 34(11):54-56.
37. Yeni Türk Ceza Kanunu ve ilgili mevzuat, Ankara: Adalet Yayınevi; 2004. s.130.
38. Özden Y, Yıldırım N. Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2009; 16(3), 73-81.
39. Birol L. Hemşirelik süreci, Genişletilmiş 6. baskı, İzmir: Etki Yayın, 2004. s:110. 113.
40. Polat O. Klinik adli tıp, adli tıp uygulamaları. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2006.
41. Lynch V A. Forensic nursing. St. Louis: Elsevier Mosby, 2006. 3-12.
42. Evans M M, Stagner P A. Maintaining the chain of custody evidence handling in forensic cases. AORN Journal 2003;78(4):563-569.
43. Celbis O, Karaca M, Özdemir B, Isır A B. Cinsel suçlarda muayene. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;1(4):48-52.
44. Encinares M, McMaster JJ, McNamee J. Risk assessment of forensicpatient'snurses' role. Journal of PsychosocialNursing 2005; 43(3):30-36.

Sözel 32 (TAM METİN)

SAĞLIK ÇALIŞANINA YÖNELİK ŞİDDET EYLEMLERİ SIRASINDA ŞİDDETİ YATİŞTİRMA YÖNTEMLERİ

Methods for De-escalation During Violent Actions Against Health Workers

Ozan KUTLU*, İ. Hamit HANCI*

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

Sağlık çalışanına şiddet olayları, ülkemizde son yıllarda fazlasıyla artan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Diğer meslek gruplarına göre 16 kat daha fazla saldırıya uğrayan sağlık çalışanlarının %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-8'inin cinsel, %0.8-2.7'sinin ise etnik kökenli şiddet maruz kaldığı bildirilmiştir.

Bu derlememizde sağlık çalışanlarının maruz kaldığı ve yakalayabileceği saldırı durumlarında, şiddeti yatıştırma yöntemlerinden olan sözel de-eskalasyon tekniğinin üzerinde durulmak amaçlanmıştır.

Sağlık çalışanının saldırganlaşmama eğilimi ile hastayı önceden tanımayarak yatıştırmaya yönelik eğitilmesinin varolan şiddet olaylarını azaltacağı düşünülmektedir

ABSTRACT

Violence against healthcare workers is one of the most important public health problems in our country. Healthcare workers are 16 times more attacked than other occupational groups. It has been reported that 3-17% of healthcare workers are physically exposed, 27-67% verbal, 10% 23 psychological, 0.7-8% sexual, 0.8-2.7% ethnic violence.

In this review, we aimed to focus on verbal de-escalation technique, which is one of the methods of appeasement of violence in cases of possible attack situations that health workers are exposed to.

It is thought that educating the healthcare workers to know patient who is prone to aggression will reduce the existing violence.

Giriş

Şiddet; “kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanmasıdır.”[1]

Birçok alanda olduğu gibi, sağlık kurumları ve hastanelerde de şiddet olayları görülmekte ve önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık personelinin diğer gruplarına 16 kat daha fazla şiddete uğradığını göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) tarafından 2002 yılında ortak hazırlanan “sağlık sektöründe işyeri şiddeti” başlıklı raporda, sağlık çalışanlarının %50'sinin mesleklerini icra ettiği sırada şiddete uğradığını bildirmiştir. Aynı raporda değişik ülkelerdeki sağlık çalışanlarının %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0.7-8'inin cinsel, %0.8-2.7'sinin ise etnik kökenli şiddet maruz kaldığı bildirilmiştir.[2]

Şiddet ile İlgili Teoriler

1. **Biyolojik Teori:** bu teoriye göre bazı kişiler genetik, nörolojik ve hormonal olarak şiddete daha eğilimlidir ve bu kişilere tıbbi yaklaşım gereklidir.
2. **Sosyal Öğrenme Teorisi:** Bu teoriye göre şiddet sosyal bir davranıştır ve diğer sosyal davranışlar gibi öğrenilebilir. Daha önce şiddete uğrayan kişiler yaşadıkları travmaların etkisiyle şiddet davranışları sergileyebilmektedir.

3. Zedelenme-Saldırganlık Teorisi: Bu teoriye göre şiddet davranışı önemli beklentilerin yerine gelmemesi sonucu provoke olmaktadır. Sağlık kurumlarında uygulanan şiddet bu kategoride değerlendirilmektedir.[3]

Ani Şiddete Maruz Kalma

Sağlık çalışanı ani ve beklenmedik saldırılara da maruz kalabilmektedir. Böyle durumlarda saldırgan ile göz göze gelmemeli, en az 1 kol aralığı mesafe uzaklıkta durmalı, gerektiğinde korkmuş gibi gözükmeli, kapılara yakın durmalı ve gerektiğinde yardım istemelidir.[4]

Şiddetin Önceden Tahmin Edilmesi

Şiddeti gerçekleştiren kişilerin profilleri incelendiğinde genellikle otuzlu yaşlarda, erkek, düşük

sosyo-ekonomik düzeye sahip, ru hastlı veya ruhsatsız silah bulundurabilen, daha önce sabıka kaydı bulunan kişiler olduğu görülmektedir.[5] Sağlık çalışanına yönelik şiddetin ise yapılan araştırmalarda çoğunlukla hasta yakınları bazen ise hasta yakınları tarafından uygulandığı bildirilmiştir.[3]

1.Yüksek Riskli Grubun Belirlenmesi

Şiddet geçmişi olan hastalar, paranoyak, grandiyoz, psikoz, deliriyum ve madde tesiri altında olan hastalarda ayrıca kendisini tehdit altında hisseden hastalarda şiddet uygulama eğilimi diğer hastalara göre daha yüksektir.Bu tür hastalar sıklıkla doktorun veya personelin kendilerini tehdit altında hissetmesine neden olmaktadır.[6]

2. Prodromal Dönemin Tanınması

Bazı çalışmalar şiddet eyleminden önce bu eylemin önceden tahmin edilebileceği bir prodrom dönemin olduğu ve bu dönemde hastanın ajite davranabileceği, yerinde durmadığı, sesini yükselttiği, vücut postüründe değişikliklerin olduğu, kuşku bakışlar sergileyebileceği belirtilmektedir.[1]

3.Gerekli Önlemlerin Alınması: Sağlık çalışanı olası bir saldırganlığı öngördüğü zaman, güvenlik görevlisinden hastanın üstünü aramasını ve silahını uzaklaştırmasını istemeli, bu konuda güvenlik görevlisiyle pazarlık yapmamalı, en az 2 çıkışı olan muayene odaları tercih edilmeli, muayene odasındaki olası silah olabilecek (steteskop, makas, bistür vb.) aletler ortamdan uzaklaştırılmalıdır.[4]

De-Eskalasyon

De-eskalasyon saldırgan bireyi sakinleştirmek için uygulanan sözel, sözel olmayan teknikleri içeren, kompleks ve beceri gerektiren bir yöntemdir.[7]

Sözel De-eskalasyon

Etkili ve sonuca ulaşan bir de-eskalasyon için de-eskalatör yani saldırganı sakinleştirecek kişinin ve de-eskalasyon işleminin sahip olması gereken önemli kilit noktalar bulunmaktadır.

a) **De-eskalatör'un özelliği:** Bir sağlık çalışanı şiddet açısından prodrom dönemde bir hastayla karşılaştığında, hastaya karşı açık sözlü, dürüst, samimi olmalı, kendinden emin gözükmeli ancak bu güven karşıdaki kişiyi küçümsemediği izlenimi yaratmamalı, yargılayıcı olmamalı ve karşı taraf için tehdit unsuru olarak gözükmemelidir.

b) **Kişsel Kontrol:** De-eskalatör mevcut durum karşısında stres ve kaygı yaşıyorsa dahi bunu karşı tarafa belli etmemeli ve sakin kalmalıdır. Paylaşılan bu sakinlik saldırganın rahatlamasına, öfke ve kızgınlık duygularının azalmasına yardımcı olacak ve ona güven verecektir.

c) **Konuşma Becerileri:** De-eskalatör sakin, kibar, yumuşak tonda ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. Vücut dili iyi kullanılmalı, kısa cümleler tercih edilmeli ayrıca aktif dinleme mutlaka yapılmalıdır. Karşı tarafa onu rahatsız eden problemin kaynağını ve nasıl daha iyi hale getirilebileceğini sormak ve bazen öfkesi nedeniyle onu anladığını belirterek desteklemek olası saldırganı rahatlatarak ve öfkesini azaltacak metodlardan

biridir. Sakinleştirmek için dokunmak ise bazı kişiler için rahatlatıcı ve güven verici olabilirken, bazı kişiler için tehdit unsuru olarak görülebilmektedir.

d) **Saldırganla Empati Kurmak:** Saldırganla konuşurken de-eskalatorun kendini adı ve soyadıyla tanıtmaması, saldırganla bağ kurmaya çalışması, onu kısıtlamayıp saldırganlaşmasına sebebiyet veren nedenleri özgür bir şekilde ifade etmesine izin vermesi saldırganın sakinleşmesine ve güven kazanmasına yardımcı olacaktır.[7-9]

Sonuç Ve Öneriler

Amacı sağlık sorunu olan kişilere tıbbi destek vermek olan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında, sağlık çalışanının saldırganlaşmaya meyilli hastayı önceden tanımaya ve yatıştırmaya yönelik eğitilmesinin var olan şiddet olaylarını azaltacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Annagür, B., *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010. **2**(2): p. 161-173.
2. Keser Özcan, N. and H. BİLGİN, *Violence Towards Healthcare Workers in Turkey: A Systematic Review*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2011. **31**(6): p. 1442-1456.
3. Al, B., et al., *Increased violence towards health care staff*. Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi, 2012. **11**(2).
4. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD59/5911.html>(Erişim Tarihi: 31/10/2019)
5. BİÇKİCİ, F., *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği*. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2013. **5**(1): p. 43-56.
6. Atkinson, J.H., Jr., *Managing the violent patient in the general hospital*. Postgrad Med, 1982. **71**(1): p. 193-7, 200-1.
7. Hallett, N. and G.L. Dickens, *De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service*. International Journal of Mental Health Nursing, 2015. **24**(4): p. 324-333.
8. Halm, M., *Aggression Management Education for Acute Care Nurses: What's the Evidence?* American Journal of Critical Care, 2017. **26**(6): p. 504-508.
9. Price, O. and J. Baker, *Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis*. Int J Ment Health Nurs, 2012. **21**(4): p. 310-9.

Sözel 33 (TAM METİN)

**MEDYAYA YANSIYAN ÇOCUK AKRAN ŞİDDETİ OLGULARININ
İNCELENMESİ**

Investigation Of Peer Bullying Cases Reflected To The Media
Ayşe ŞENER TAPLAK*, Sevinç POLAT*, Cansu DEMİRKAN,
Cennet CEYLAN****

* Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Hemşire, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Son yıllarda çocukların birbirlerine uyguladığı akran şiddeti vakalarında bir artış gözlenmiştir. Akran şiddeti kasıtlı olarak yapılan, eyleme maruz kalan bireye zarar veren ve bireyde strese yol açan, tekrar eden, güç dengesizliğinin olduğu durumlarda ortaya çıkan saldırgan davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada, medyaya yansıyan akran şiddetine yönelik haberlerin içerik analizi yöntemiyle incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın evrenini Eylül 2019 itibarıyla triyaji 150.000'in üzerinde olan dört ulusal gazete oluşturmuştur. Bu gazetelerden arşivlerine internet aracılığı ile ulaşılabilen ve erişimi ücretsiz olan 4 gazetede "Akran, çocuk, şiddet" anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Yapılan tarama sonucunda erişilen toplam 23 ulusal haber çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu çalışmada şiddet mağdurlarının yarısının ve şiddet uygulayanların üçte birinin 13-18 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Şiddet uygulama oranlarının her iki cinsiyette de benzer oranda görüldüğü saptanmıştır. Bu araştırmada en sık görülen şiddet türünün fiziksel şiddet, adli olguların ise darp ve yüksekten düşme olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda adli olguların en sık ilkbahar ve sonbahar aylarında görüldüğü belirlenmiştir. Bu doğrultuda çocukların akran şiddetine maruziyetinin önlenmesi ve suça sürüklenmesinin engellenmesi için başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları tarafından konuya ilişkin farkındalık oluşturmak amacıyla koruyucu ve müdahale edici eğitim programları ile ailelerin ve toplumun bilinçlendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Akran, Şiddet, Adli olgu, Hemşire.

ABSTRACT

In recent years, there has been an increase in the number of peer violence cases inflicted on each other by children. Peer violence is defined as deliberate, aggressive behaviors that occur in situations where there is a power imbalance, causing harm to the individual who is exposed to action and causing stress in the individual. In this study, it is aimed to examine the news about peer violence reflected to the media by content analysis method. The population of the study was composed of four national newspapers with a triage of over 150,000 as of September 2019. The archives of these newspapers were accessed via the internet and were accessed with the keywords "Peer, child, violence ede. A total of 23 national news items reached as a result of the survey. In this study, it was determined that half of the victims of violence and one third of the perpetrators were in the 13-18 age group. Violence rates were found to be similar in both sexes. In this study, the most common type of violence was found to be physical violence and forensic cases were beating and falling from heights. In our study, it was found that forensic cases were seen most frequently in spring and autumn months. In this respect, it is recommended to raise awareness of the families and the society through preventive and interventionist training programs in order to raise awareness on the subject by nurses, especially nurses, in order to prevent the exposure of children to peer violence and prevent them from being dragged into crime.

Key Words: Child, Peer, Violence, Forensic case, Nurse.

Giriş

Dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan şiddet olgularının en önemli mağdurları arasında çocuklar yer almaktadır (1). Çocuklar doğrudanla içinde ve okuldadolaşlı olarak dafimler, televizyon kanalları, dergiler, gazeteler, mizah kitapları,

video oyunları ve internet aracılığıyla şiddete maruz kalmaktadırlar. Bu yolla öğrenilen şiddet davranışı şiddet uygulamaya da zemin hazırlamaktadır (2).

Son yıllarda çocukların birbirlerine uyguladığı akran şiddeti vakalarında ciddi bir artış gözlenmiştir. Akran şiddeti kasıtlı olarak yapılan, eyleme maruz kalan bireye zarar veren ve bireyde strese yol açan, tekrar eden, güç dengesizliğinin olduğu durumlarda ortaya çıkan saldırgan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (3). Akran şiddetinin uluslararası yaygınlığının %9-54 arasında değiştiği bildirilmektedir. Şiddet içerikli davranışlara maruz kalan çocukların bu durumdan olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu çocuklar, maruz kaldıkları şiddetten dolayı psikolojik sorunlar yaşamakta ve düşük özgüvenle benlik saygısı göstermektedirler (4-6). Aynı zamanda şiddete maruz kalan çocukların akranları ve yakın çevresi ile iletişim kurma-devam ettirme becerileri ve sosyal becerilerinin gelişiminde sorun gözlenmekte ve yaşama karşı olumsuz tutum sergilemektedirler (7). Ayrıca bu kişilerin maruz kaldıkları şiddet davranışını kendilerine ve başkalarına şiddet uygulama şeklinde göstermektedirler (8).

Akran şiddetine bağlı gerçekleşen darp, yaralama, trafik kazası, yüksekte düşme, intihar gibi olaylar adli vakalar arasında yer almaktadır (9). Kasıt, ihmal ya da tedbirsizlik sonucu meydana gelen davranışların birey, aile, toplum ve dolayısıyla ülkeye getirdiği sosyokültürel ve ekonomik sonuçlar oldukça ağırdır (10). Çocuklar anatomik yapıları, fizyolojik ve psikolojik gelişimleri itibarıyla yetişkinlere oranla başta travma olmak üzere yaralanmayla sonuçlanabilecek durumlara daha fazla duyarlılık göstermektedir. Bu nedenle, çocuklar adli olguların süreçleri ve yönetimi açısından özellikli bir grup oluşturmaktadır (11). Çocuklar için önlenabilir sağlık sorunlarının başında gelen adli olguların tanımlanması ve çeşitlerinin tespit edilmesi çocuk sağlığı açısından riskli grupların ve özelliklerinin belirlenmesini ve sağlık personelleri tarafından verilerin eksiksiz toplanabilmesi için gerekli uygulamaların doğru şekilde yapılmasını sağlaması bakımından önem taşımaktadır (12).

Ülkemizde adli olaylara ilişkin veriler Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı'nın kayıtlarından elde edilebilmektedir. Bunun yanı sıra adli olgularla ilgili medyaya yansıyan haberlerde olayın boyutunu yansıtmaya ve konu ile ilgili farkındalık oluşturulması açısından önem taşımaktadır. Hemşireler, şiddet konusunda riskli çocuk ve ailelerin belirlenmesinde, şiddet uygulayan veya şiddete uğrayan çocuğa gerekli yardımın sağlanmasında, duruma uygun kabul edilebilir çözüm yolları bulunmasında önemli sorumluluklara sahiptir (13). Bu doğrultuda akran şiddeti konusunda medyaya yansıyan olgular verileri bütünüyle yansıtmaya da olayların boyutunu ortaya koyması açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu çalışmada, medyaya yansıyan çocuk akran şiddetine yönelik haberlerin içerik analizi yöntemiyle incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Medyaya yansıyan çocuk akran şiddetine bağlı adli olgu türleri nelerdir?
2. Şiddet mağduru çocukların sosyodemografik özellikleri nelerdir?
3. Şiddeti uygulayan çocukların sosyodemografik özellikleri nelerdir?

Gereç Ve Yöntem

Araştırma Tipi

Gazetelerde yayınlanan akran şiddet haberlerini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesi yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Eylül 2019 itibarıyla 150.000'in üzerinde olan dört ulusal gazete oluşturmuştur. Bugazetelerden arşivlerine internet aracılığı ile ulaşılabilen ve erişimi ücretsiz olan 4 gazetede (Hürriyet, Posta, Sabah, Sözcü); akran, çocuk, şiddet anahtar kelimeleri ile tarama yapılmıştır. Yapılan tarama sonucunda erişilene toplam 23 ulusal haber çalışmanın örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil etme kriterleri

- ✓ Akran şiddeti haberi olması,
- ✓ Haberin 01.01.2019- 10.09.2019 tarihleri arasında yayınlanmış olması,
- ✓ Habere konu olan olayın Türkiye’de yaşanmış olmasıdır.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- ✓ Belirlenen tarih aralığından önce gerçekleşmiş olaylara ilişkin haberlerin olmaması,
- ✓ Yurtdışında yaşanmış bir olayın haberinin olmasıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Akran şiddetini ele alan olgularla ilgili haberler, içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. Elde edilen veriler sayı, yüzde analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Tablo 1’de akran şiddetine maruz kalan çocukların özellikleri verilmiştir. Buna göre haberlerde yer alan çocukların çoğunluğunun fiziksel şiddete maruz kaldığı, yarısının 13-18 yaş grubunda olduğubelirlenmiştir.Gazetelerde en sık görülen adli olgu tipinin yüksekten düşme ve darp olduğu ve çocuklardan %39.2’sinin hayatını kaybettiği saptanmıştır.

Tablo1. Akran şiddetine maruz kalançocukların özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaşı		
0-3 yaş	2	8.7
4-6 yaş	1	4.3
7-12 yaş	3	13.1
13-18 yaş	12	52.2
Bilinmiyor	5	21.7
Uğradıkları şiddet türü		
Fiziksel şiddet	20	87.0
Fiziksel ve Psikolojik şiddet	2	8.7
Cinsel şiddet	1	4.3
Adli olgu türü		
Yüksekten Düşme	8	34.8
Darp	7	30.5
Delici kesici alet yaralanması	4	17.4
Yanık	1	4.3
Kimyasallara maruziyet	2	8.7
Cinsel istismar	1	4.3
Şiddete uğrayan çocukların akıbetleri		
Hayatta kalanlar	12	52.2
Yaşamını kaybedenler	9	39.2
Suçlu ya da mağdurdan biri ölen	1	4.3
Akıbeti hakkında bilgi olmayan	1	4.3

Tablo 2’de akran şiddeti uygulayan çocukların özellikleri görülmektedir. Şiddet uygulayan çocukların üçte birinin 13-18 yaş grubunda olduğu ve çocukların en fazla akraba ve arkadaş dışındaki diğer çocuklar tarafından şiddete maruz kaldığı bulunmuştur.

Tablo 2. Akran şiddeti uygulayan çocukların özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaşı		
6-12 yaş	1	4.4
13-18 yaş	7	30.4
Bilinmeyen	15	65.2
Cinsiyeti		
Kadın	5	21.7
Erkek	5	21.7
Erkek ve kadın birlikte	1	4.4
Bilinmeyen	12	52.2
Uyguladığı Şiddet Türü		
Yüksekten Atma	8	34.8
Saldırı/Darp	7	30.5
Delici kesici alet yaralaması	4	17.4
Sıcağa ya da kimyasallara maruz bırakma	3	13.0
Cinsel istismar	1	4.3
Yakınlık dereceleri		
Kardeş/akraba	3	13.0
Arkadaş	6	26.1
Diğer çocuklar	14	60.9

Tablo 3’de akran şiddetini konu alan haberlere ilişkin özellikler yer almaktadır. Konu ile ilgili haberlerin en sık Mayıs ve Eylül ayında; Ege, Marmara, Akdeniz ve Doğu Anadolu Bölgesi’nde görüldüğü belirlenmiştir. Haberlerin çoğunluğunun konusunun bireysel şiddet öyküsü olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Akran şiddetini konu alan haberlere ilişkin özellikler

Özellikler	Sayı	Yüzde
Şiddet haberlerinin aylara göre dağılımı		
Ocak ayı	1	4.3
Şubat ayı	1	4.3
Mart ayı	3	13.1

Nisan ayı	1	4.3
Mayıs ayı	6	26.1
Temmuz ayı	3	13.1
Ağustos ayı	2	8.8
Eylül ayı	6	26.0
Şiddet haberlerinin bölgelere göre dağılımı		
İç Anadolu Bölgesi	2	8.8
Marmara Bölgesi	5	21.7
Ege Bölgesi	5	21.7
Akdeniz Bölgesi	5	21.7
Karadeniz Bölgesi	1	4.3
Doğu Anadolu Bölgesi	5	21.7
Gazetelere Göre Haberin Konusu		
Bireysel Şiddet Öyküsü	16	69.6
İnsan hakları, çocuk hakları açısından şiddet ve şiddete karşı politikalar	5	21.7
Şiddet protestosu/eleştirisi	2	8.7

TARTIŞMA

Şiddet, her yaş grubunda ve her sosyal sınıfta meydana gelmekte, nesilden nesile sorun çözme biçimi olarak aktarılmakta ve yaşam döngüsü içerisinde pekiştirilerek devam etmektedir (14). Bu çalışmada şiddet mağduru çocukların yarısının, şiddet uygulayan çocukların ise üçte birinin 13-18 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Haberlerde şiddet uygulama oranlarının her iki cinsiyette de benzer oranda olduğu görülmüştür. Ergenlik dönemi ile birlikte pediatrik yaş grubunda psikolojik olarak yaşanan değişiklikler, ergenin yaşadığı kimlik bunalımı, kendini ifade etme ve yaşadığı sıkıntılı durumlara çözüm bulma konusunda yeteri kadar destek bulamaması riskli davranışlar ile sonuçlanabilmektedir. Bu şekilde şiddete maruz kalan çocuklar adli olguları oluştururken; şiddet uygulayan çocuklar ise suça sürüklenen çocukların farklı bir boyutu oluştururlar. (15). Ancak Türk toplumunda kız çocukları duygularını belli etmeme ve nezaketli davranma konusunda yönlendirilerek yetiştirildiklerinden genellikle öfkelerini bastırma ya da içinde yaşamave şiddet uygulamama eğilimi gösterirler. Erkek çocuklar ise kendini savunma, cesaretlerini ve güçlerini gösterme konusunda desteklendiğinden, öfkelerini dışa vurma ve başkalarına şiddet uygulama eğilimindedirler. Haberlerde kadın ve erkeklerin eşit oranda şiddete yönelmesi bu konudaki değişimi göstermesi bakımından önemlidir.

Bu araştırmada en sık görülen şiddet türünün fiziksel şiddet olduğu, adli olguların ise darp ve yüksekten düşme şeklinde gerçekleştiği bulunmuştur. UNICEF tarafından 190 ülkede yapılan araştırma sonuçlarına göre; 2012 yılı içerisinde, 20 yaşın altında 95.000 çocuk ve gencin öldürüldüğü, yaşları 13 ve 15 arasında olan her 3 öğrenciden birinin, bir veya birden çok kavgaya karıştığı, akranları tarafından sözlü, fiziksel ya da psikolojik saldırıya maruz kaldığı, 15-19 yaş arası yaklaşık 70 milyon genç kadının, 15 yaşından itibaren fiziksel şiddetin bir türüne maruz kaldığı ve 20 yaşın altındaki yaklaşık 120 milyon genç kadının (10 genç kadından biri) hayatının bir döneminde, cinsel ilişkiye ya da diğer cinsel eylemlere zorlandığı saptanmıştır (16).

İngiltere’de 2012-2013 yılları arasında aile içi şiddet ve istismara maruz kalan 16-19 yaş grubu kadınların oranı %11.3 olarak belirtilmektedir (17). DSÖ son verilerine göre; çocukların %9.6’sının cinsel, %22.9’unun fiziksel ve %29.1’inin ise psikolojik istismara maruz kaldıkları bildirilmektedir (18).Ülkemizde yapılan çeşitli çalışma verileri incelendiğinde darp için %6.1 ile %19 arasında değişen sıklıkta sonuçlar bildirilmiştir (19-22).Demir ve ark., yüksekten düşmeninçocuklarda görülen adli olgular arasında %12.7 ile ikinci sırada yer aldığını ve ölüm oranının en fazla yüksekten düşme olgularında görüldüğünü bildirmiştir(20). Düşmeye bağlı başvuru sıklığı Sever ve ark.’nın çalışmasında %16.9, Büken ve ark.’nın çalışmasında %11.6, Çınar ve ark.’nın çalışmasında %6, Özdemir ve ark., çalışmasında ise %5.3 olarak bildirilmiştir (19,21,23). Bu bulgular, çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada çocukların çoğunluğunun tanımadığı kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Aksu ve ark.’nın çalışmasında; kız çocuklarınfiziksel istismara en çok yakın akraba, arkadaş ve büyük kardeşleritarafından maruz kaldıkları, erkek çocukların ise sırasıyla, arkadaş, büyük kardeş ve tanımadıkları birinin fiziksel istismarına uğradıkları belirlenmiştir (24).Türkiye Büyük Millet MeclisiÇocuklar ve Gençler Arasında Artan Şiddet Eğilimleri ile Okullarda Yaşanan Şiddet Olaylarını Araştırma Komisyonu raporunda;şiddetin çocuklukta öğrenildiği ve şiddet görenin şiddet uyguladığı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra gençlerin şiddet ile okulda, evde ve sokakta karşılaştığını; erkeklerin sokakta şiddetle kızlara göre daha fazla, kızların ise evde şiddetle erkeklerle göre daha fazla karşılaştığı, çocuk ve gençlerin şiddet olaylarını en fazla arkadaşları ile sözel ve fiziksel şiddet uygulayarak yaşadıkları kaydedilmiştir (25).

Çalışmamızda adli olguların en sık ilkbahar ve sonbahar aylarında görüldüğü belirlenmiştir. Konu ile ilgili ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda çocuklarda adli olguların yaz aylarında daha fazla görüldüğü saptanmıştır (12,15).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Gazetelere yansıyan haberlerde çocuklardaen sık görülen şiddet türünün fiziksel şiddet, adli olguların ise darp ve yüksekten düşme olduğu belirlenmiştir. Çalışmada çocukların çoğunluğunun tanımadığı, üçte birinin ise 13-18 yaş grubuçocuklar tarafından şiddete uğradığı bulunmuştur.Kadın ve erkek çocukların beşte birinin şiddet uyguladığı, şiddet olaylarının dörtte birinin Eylül ve Mayıs ayında yaşandığı ve çocuk akran şiddetinin en az Karadeniz Bölgesi ve İç Anadolu Bölgesi’nde görüldüğü belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, çocuklarda, akran şiddetinin boyutları göz önüne alınarak hem çocuk adli olguların en aza indirilmesi hem de çocukların suçla sürüklenmesinin önlenmesi amacıyla bu konuda kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca hemşireler tarafından, suçla sürüklenmiş çocuğun tanı, tedavi, rehabilitasyonu ve tekrar topluma kazandırılması sırasında gerekli bakım ve desteğin sağlanması, suçla yatkın riskli gruplarda yer alan ergenlerin sorunlarının tanımlanması, sorunları ile nasıl baş edeceklerinin ve öfke kontrolünün öğretilmesi, olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirmelerine yardımcı olmaya yönelik eğitimlerin verilmesi,ailelerin ve toplumun bu konuyla ilgili bilinçlendirilmesiönerilmektedir.

Kaynaklar

1. LökN, BaşoğluC, Öncel S. Aile İçi Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri Ve Psikososyal Desteğin Önemi. Psikiyatri de Güncel Yaklaşımlar,2016;8(2):155-161 doi:10.18863/pgy.05252.
2. Şenol D, Mazman İ. Çocuğa Uygulanan Şiddet: Türkiye Özelinde Sosyolojik Bir Yaklaşım. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2014;16 (26): 11-17.

3. Arkadas-Thibert A, Salman H.F. Çocuğa Karşı Şiddeti İzleme ve Göstergeleri Kılavuzu. UNICEF Türkiye Temsilciliği, 2013.
4. Akyol NA, YıldızC, Akman B.Öğretmenlerin Akran Zorbalığına İlişkin Görüşleri ve Zorbalıkla Baş Etme Stratejileri.Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,2018;33(2): 439-459. doi: 10.16986/HUJE.2017032926.
5. Çetinkaya S, Ayvaz AN, Özdemir D, Kavakcı Ö. Sosyoekonomik Durumu Farklı Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Akran Zorbalığının Depresyon ve Benlik Saygısı Düzeyiyle İlişkisi. AnadoluPsikiyatri Dergisi, 2009; 10(2):151-158.
6. Karataş H, Öztürk C. Relationship Between Bullying and Health Problems in Primary School Children. Asian Nursing Research, 2011; 5(2): 81-87.
7. Aras Ş, Özcan S, Tımbıl S, ŞeminS, Kasapçı O. Öğrencilerin Okulda Maruz Kaldıkları Duygusal ve Fiziksel Şiddet. Arch Neuropsychiatry, 2016; 53: 303-310. DOI: 10.5152/npa.2016.11323.
8. Leff SS. Bullying and Peer Victimization at School: Considerations and Future Directions. Sch Psych Rev, 2007;36(3):406–12.
9. Özdemir AA, Elgörmüş Y, Çağ Y. Acil Servise Gelen Adli Nitelikli Çocuk Olguların Değerlendirilmesi. Int J Basic Clin Med, 2016;4(1):1-8.
10. Soğukbulak Ö, Küçükoglu S, Aytekin A.Çocuk Acil Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Olgulara Yönelik Bilgi ve Yaklaşımları.Türkiye Klinikleri J Foren Med, 2014;11(2):63-70.
11. Korkmaz T, Erkol Z, Kahramansoy N. Acil Servise Gelen Pediatrik Adli Olguların Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma. Med Bull Haseki, 2014;52:271-7.
12. Yazar A, Akın F, Türe E, Odabaş D. Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Adli Vakaların Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 2017; 44 (4) : 345-353.
13. Özgür G, Yörükoğlu G, Arabacı LB. Lise Öğrencilerinin Şiddet Algıları, Şiddet Eğilim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011;2(2):53-60.
14. Bayat M., Evgin D. Çocuğa Yönelik Şiddet. Türkiye Klinikleri, 2015;1(2):30-6
15. Kadioğlu E.Pediatrik Adli Olgular: Bir Acil Servis Deneyimi.J For Med, 2018;32(1):1-9 doi: 10.5505/adlitip.2018.43765.
16. UNICEF. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf.
17. Early Intervention in Domestic Violence and Abuse Report 2014. <http://www.eif.org.uk/wp-content/uploads/2014/03/Early-Interventionin-Domestic-Violence-and-Abuse-Full-Report.Pdf>.
18. Dimitrova-Stull A. Violence Towards Children in the EU. European Parliamentary Research Service 2014: 4-11. <http://www.eprs.ep.parl.union.eu>.
19. Çınar O, Acar YA, Çevik E ve ark. Acil Servise Başvuran 0-18 Yaş Grubu Adli Olguların Özellikleri. AJCI, 2010;4(3):148-51.
20. Demir OF, Aydın K, Turan F, Yurtseven A, Erbil.B, Güllalp B. Acil Servise Başvuran Çocuk Adli Olguların Analizi. Türk Pediatrı Arşivi, 2013;48:235-40
21. Büken E, Yaşar ZF. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Acil Servisine Başvuran Adli Nitelikteki Çocuk Olguların Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni, 2015;20(2):93-8
22. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Adli Olguların Değerlendirilmesi. Uludağ Üniv Tıp Fak Derg, 2005;31(1): 25-9.
23. Sever M, Saz EU, Koşargelir M. Bir Üçüncü Basamak Hastane Acil Servisine Başvuran Adli Nitelikli Çocuk Hastaların Değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2010;16(3):260-7.
24. Aksu H, Demirkaya S, Özgür B, Gün B. Evaluation of Child And Adolescent Forensic Cases Within One Year in Aydın City, in Turkey. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2013;14:369- 77.
25. “TBMM Çocuklar ve Gençler Arasında Artan Şiddet Eğilimleri ile Okullarda Yaşanan Şiddet Olaylarını Araştırma Komisyonu Raporu”haber.mynet.com/detail_news.

Sözel 34 (TAM METİN)

**TÜRKİYE'DE KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN GÜVENLİĞİ
HAKKINDA ÖĞRENCİLERİN GÖRÜŞLERİ-REVIEW**

**Opinions Of Students About The Security Of Personal Health Data In Turkey
- A Review Of The Literature**

Ayşegül KOÇ*, Tuğba BİLGEHAN*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanmasının insan hakları açısından önemlidir. Sağlık alanında yoğunlukta çalışan hemşire ve doktor öğrencilerin 'kişisel sağlık verilerinin güvenliği' hakkında görüş ve bilgilerinin, literatür doğrultusunda tartışılması ve ortaya konulması amacıyla bu konu üzerine yapılan çalışmaların sistematik incelemesinin yapılması amaçlanmıştır.

Google akademik, Pubmed ve Science Direct Journals veri tabanlarından yararlanılmıştır. Anahtar kelimeler olarak "sağlık verilerinin korunması/güvenliği ve öğrenci, tıbbi/sağlık verisi ve öğrenci" yazıldıktan sonra 2015-2019 yılları arasındaki çalışmalardan kişisel sağlık verilerinin korunmasında sağlık alanında okuyan öğrenci ve çalışanların tutumu ile ilişkili olan 6 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışma kapsamında incelenen 6 çalışmadan elde edilen verilere göre kişisel sağlık verilerinin korunmasında öğrenciler için genel olarak; kişisel sağlık verilerinin korunması ile ilgili yasal bilgi eksikliklerinin olduğu, veri güvenliği farkındalıklarının düşük olduğu ve dijital sağlık programı kullanırken kendilerini savunmasız hissettikleri ve güvenli bulmadıkları görülmektedir.

Geleceğin sağlık çalışanlarının kişisel sağlık verilerinin korunmasının sağlanmasında anahtar role sahiptir. Bu sebeple öğrencilere lisans eğitiminde bu bilgilere yer verilmesinin yanında, yazılım ve programların güvenilirliklerinin en üst seviyeye çıkarılması kişilerin yaşam hakkı için elzemdir.

Anahtar Kelimeler: Kişisel Veri, Hassas Veri, Veri Güvenliği, Tıbbi veri, Öğrenci

ABSTRACT

Ensuring the security of personal health data is necessary for humanrights. It is aimed to do a systematic review of (the security of personal health data) to discussand reveal the opinions and information of nurses and medical students who are working in the field of health.

These articles were identified by searching Google academic, Pubmed and Science direct Journals data bases for articles published between 2015 and 2019 using the key words health data protection, security and student, health data and student. Six article swere selected for this review after a screening process.

All 6 articles had identified that the protection of personal health data, legal information about the protection of personal health data, and data security awareness were major problems with Electronic Health Records. Therefore, in addition to the lack of legal information about the protection of personal health data, data security awareness is low and they feel vulnerable and not safe when using a digital health program.

It plays a key role in ensuring the protection of personal health data of future healthcare workers. Therefore, in addition to providing students with this information in their under graduate education, it is essential to maximize there liability of software for life and human rights.

Key word: Personal Data, Sensitive Data, Data Security, Medical Data, Student

Giriş

Kişisel verilerin korunması, insan haklarının bir parçası olan özel ve aile hayatına saygı hakkı açısından önemlidir. Özel hayata ve aile hayatına saygı hakkı; Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 8. maddesinde herkesin özel hayata ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahip olduğu belirtilerek ve Anayasanın 20. maddesinde kişinin temel haklarından sayılarak güvence altına alınmıştır[1].

Veri koruma mevzuatına sahip birçok ülkede ve uluslararası düzenlemelerde sağlık verileri özel bir veri türü olan hashasveri olarak kabul edilmiştir[2]. Sağlık verileri, 108 sayılı Sözleşme ve Veri Koruma Yönergesinde tıbbi veri olarak tanımlanmıştır. Avrupa Konseyi'nin "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Hassasiyetinin Korunması Sözleşmesi"nin 10. Maddesinde tıbbi veriler açısından koruma sağlayandığı bir düzenlemesi yer almaktadır. Sözleşmenin maddesine istinaden; herkesin özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme ve kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bunun yanında, bireylerin bilgilendirilmeme istekleri de dikkate alınarak kişinin irade beyanında bulunması durumunda genetik veriler de dâhil olmak üzere bilgilenme hakkını kullanmama hakkı vardır[3].

Hızla ilerleyen teknolojiyle beraber kağıt sisteminden daha hızlı, etkin ve ulaşılması kolay olan dijital ortamlara geçiş hızlanmıştır. Kişilerin sağlık bilgilerini içeren tahlil sonuçları, tanıları, tedavileri ve sağlık geçmişine ilişkin bilgiler dijital ortamda saklanmaya başlamıştır. Hastaların sağlık geçmişine dijital ortamdan hekimlerin ulaşması müdahalenin hızlı ve yeni tanıların doğru bir şekilde konulmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca sağlık alanında yapılan araştırmalar için, hasta bilgilerinin ulaşılabilir olması önemli yarar ve kolaylık sağlar. Diğer yandan kişinin sağlık durumuna ilişkin tüm bilgileri tamamen kişiseldir. Hassas bir veri olan sağlık verileri için konuya ilişkin hukuksal metinlerde yüksek düzeyde koruma öngörülmektedir. Ayrıca kişiler bu tür verilerinin gizli tutulmasını isteyebilirler. Kişinin sağlık bilgilerine başkaları tarafından erişilmesi sebebiyle kişi birçok problem yaşayabilmektedir. Örneğin; sevdikleri tarafından hor görülme yada acınması, işlerinden kovulabilirler, sosyal ayrımcılığa uğrayabilirler. Böyle bir korku yaşayan kişi sadece özel yaşamın gizliliğinin ihlal edilmesi tehdidiyle karşı karşıya kalmaz; aynı zamanda korkuları sebebiyle sağlık hizmeti almaktan kaçınması durumunda, yaşamına yönelik bir tehlike de söz konusu olur [2].

Hasta verilerine erişimde genel olarak Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), hastaneler (Özel, Devlet, eğitim ve araştırma, üniversite hastaneleri, poliklinikler), eczaneler, özel ve diğer kamu sigorta kurumları, ilaç firmaları (hasta bilgilerine anonim olarak da olsa ulaşmak isteyen kurumlar), sigorta firmaları, Adli ve İdari Kolluk Makamları (mahkemelerden hastalara ait tetkik ve ilaç/malzeme geçmişi bilgileri dökümü istekleri) Milli İstihbarat Teşkilatı (MİT) ya da Emniyet Müdürlüğü'nden hastaneye başvuru yapan bazı hastalar hakkında bilgi istenebilmektedir. Sağlık hizmetinde görevli kişiler; hastanın sağlık verilerine, sadece verilecek olan sağlık hizmetinin gereği kadar erişebilir [4].

Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının artmasıyla beraber sağlık, tedavi, teşhis ve bakım ile ilgili verilerinin kayıt altına alınması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Günümüzde sağlık verileri, bilgisayarlar, akıllı telefon uygulamaları, sosyal medya, hastane kayıt sistemleri vb. gibi pek çok araç aracılığı ile kayıt edilebilmekte, saklanabilmekte ve aktarılabilmektedir. Bu kayıtların dijital ortamda yapılması verilere ulaşılması kolaylaştırmakla beraber henüz gerekli teknolojik önlemler alınmadan kişisel verilere erişim sağlanması bu verilerin amaç dışı kullanımı gibi bazı sorunları da karşımıza çıkarmaktadır [5,6]. Sağlık verilerin güvenliği açısından; hastaya ait bilgilerin kayda alınması, güvenli bir ortamda tutulması, paylaşılması ve arşivlenmesi konusunda hastanelere ve çalışanlara büyük sorumluluklar yüklenmektedir [7].

Sonuç olarak, Sağlık bilgi sistemlerinde bilgi güvenliği konusu özellikle dijital sağlık kayıtlarının kullanımının artmasıyla daha fazla önem kazanmıştır. Verilere çok sayıda sağlık dışı kuruluşların ulaşması, kişisel sağlık verilerini korumada ihlallerini de beraberinde getirmiştir [8]. İlerleyen teknoloji ile birlikte tıbbi verilerin başkalarına ulaşması ve paylaşılması daha da kolay bir hale gelmektedir. Hasta bilgilerinin başkaları

tarafından biliniyor olması kabul edilebilir bir durum değildir [9]. Bilgiye kolay erişim ve sağlık verilerinin yeterince güvenli korunmaması, kişisel sağlık verilerinin başkaları tarafından da öğrenilebileceği kaygısı taşıyan hastaların sağlık kurumlarına başvurmamaları, çekinmeleri veya teşhis ve tedavi sürecinde eksik/yanlış bilgi vermeleri nedeniyle vazgeçilemez ve devredilemez temel haklardan olan yaşam hakları tehlikeye girmektedir. Son yıllarda sağlık sektörüne yönelik gerçekleşen siber saldırılar ve kişisel verilerinin güvenli saklanamaması yada kötüye kullanımı gibi durumlar kişisel veri güvenliğinin önemini daha da arttırmıştır. Bu sebeplerden ötürü kişisel sağlık verilerinin üst seviye güvenlikle ve daha etkili korunması elzemdir. Kişisel sağlık verilerinin korunmasında sağlık çalışanlarına büyük sorumluluk düşmesi sebebi ile sağlık çalışanlarının bilinçli ve duyarlı olmaları gerekmektedir. Sağlık bilgilerin amaç dışı kullanımın önüne geçebilmek için sağlık çalışanlarının/adayların konuyla ilgili iyi eğitilmesi gerekmektedir.

Kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanmasının insan hakları açısından önemlidir. Sağlık alanında yoğunlukta çalışan hemşire ve doktor öğrencilerin 'kişisel sağlık verilerinin güvenliği' hakkında görüş ve bilgilerinin, literatür doğrultusunda tartışılması ve ortaya konulması amacıyla bu konu üzerine yapılan çalışmaların sistematik incelemesinin yapılması amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem

Çalışma kapsamına alınacak makalelerin seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır;

- Kişisel sağlık verilerinin korunması hakkında sorular içeren anket kullanılması ve sonuçlarını değerlendiren araştırma olması,
- Lisans Hemşire/Tıp öğrencilere odaklanan araştırma olması,
- Yayın dilinin Türkçe ya da İngilizce olması,
- Son beş yılda yayınlanmış (2015-2019) olması,
- Tam metnine ulaşılabilmesi.

Çalışmanın taraması 01.08.2019 /10.10.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Google akademik, Pubmed ve Science Direct Journals veri tabanlarından yararlanılmıştır. Anahtar kelimeler olarak "sağlık verilerinin korunması/güvenliği ve öğrenci, tıbbi/sağlık verisi ve öğrenci" yazıldıktan sonra 2015-2019 yılları arasındaki "ücretsiz tam metinler" seçilerek tarama yapılmıştır. Elektronik arama ile saptanan ilgili tüm yazıların başlık ve özetleri, araştırmacılar tarafından bağımsız olarak gözden geçirilmiştir. Eğer başlık ya da özet açık değilse, çalışmanın dahil olma kriterlerine uyup uymadığının araştırılması için çalışmanın tam metni incelenmiştir. Araştırmacıların incelemeleri daha sonra karşılaştırılmış ve dahil edilen 41 araştırmadan, kişisel sağlık verilerinin korunmasında sağlık alanında okuyan öğrenci ve çalışanların tutumu ile ilişkili olan 6 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular

Bu sistematik inceleme çalışmasında, 2015-2019 yılları arasında yayınlanan 6 çalışma yer almaktadır. Çalışmaların çoğunluğu tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımlarından oluşmaktadır. Altı çalışmada toplam 1459 katılımcı yer almıştır. İncelemede yer alan araştırmaların hepsi veri toplama yöntemi olarak sosyo-demografik özellikler ve anket kullanmıştır.

Çalışma kapsamında incelenen 6 çalışmadan elde edilen verilere göre kişisel sağlık verilerinin korunmasında öğrenciler için genel olarak;

- Kişisel sağlık verilerinin korunması ile ilgili yasal bilgi eksikliklerinin olduğu,
- Kişisel sağlık verilerinin ulaşma yetkisinin tanımlanması gerekliliği,
- Kişisel sağlık verilerinin hastane tarafından kişilerin rızasını gözetmeksizin başka kurum ve kuruluşlar ile bazı kişiler ile paylaşıldığını,
- Dijital sağlık veri güvenliği farkındalıklarının düşük olduğu,

- Dijital sağlık programı kullanırken kendilerini savunmasız hissettikleri ve güvenli bulmadıklarını,
- Kişisel sağlık verilerinin kaydedildiği bilgisayarlarda farklı işlem ve girişler içinde ortak kullanıldığı,
- Sağlık kurumlarında bilgisayar ekranlarının, hastalara ait kayıtların, hasta listelerinin korunmasız şekilde suistimale açık bulunduğu sonucuna varılmıştır.

Kişisel sağlık verilerinin korunmasında sağlık çalışanlarının ve sağlık alanında okuyan öğrencilerin tutum ve görüşleri

Özata ve Özer'in 15 farklı hastanede görev yapan, 471 sağlık personeli üzerinde yaptığı araştırmada 'kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceğitanımlanmalıdır' ifadesinin ortalaması istatistiksel açıdan yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının bu bilgiyi bilmeleri verilerin güvenliği için önem arz etmektedir[10].

Meslek hayatları boyunca sağlık kuruluşlarında çalışacak öğrencilerin kişisel sağlık verileri konusundaki farkındalıklarının ve gözlemlerinin değerlendirilmesi önemlidir. Aydın'ın (2017)hemşirelik bölümü okuyan 147 öğrenci ile yaptığı çalışmada öğrencilerin % 37,4'ü kişisel sağlık verilerinin hastane tarafından kişilerin rızasını gözetmeksizin başka kurum ve kuruluşlar veya bazı kişiler ile paylaşıldığını düşündüklerini ifade ederken %76.2'si bu verileri korumakta hemşirelerin sorumlu olduklarını belirttikleri saptanmıştır. Kişisel sağlık verileri hakkında hemşirelerin % 49 doktorların % 46,3 ve hastaların % 14,3 oranında farkındalığa sahip olduğu bildirilmiştir. Ankete katılan öğrencilerden %56,5 'i hastanelerde sağlık verilerinin sadece yetkilendirilmiş çalışanlar tarafından girilmediğini söylemiştir[11].

Sevimli'nin(2018) Tıp öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin çoğu "Kullanılan sistem üzerinden kişisel sağlık verilerine erişimin" denetlendiğini düşünmedikleri ve kişisel sağlık verilerinin paylaşımı için onamlarının" alınmadığını belirtilmiştir. Ayrıca dijital sağlık programı kullanırken kendilerini savunmasız hissettikleri ve güvenli bulmadıklarını belirtmişlerdir[12].

Karabakır ve Çetin'in (2016) 606 hemşire ile yaptığı çalışmasında, hastanın sırlarının açıklanması ile ilgili soruya %16.3 oranında doğru yanıt verdikleri belirtilmiştir[13].

Adıgüzel ve Aydın'ın (2015) sağlık eğitimi alan öğrencilerle yaptıkları çalışmada, kişisel sağlık verilerinin korunması ile ilgili yasal bilgiye sahip olma oranı %33.3'tür[14].

Teknolojinin hızlı ilerlemesi ile beraber sağlık alanına dijital hastane gibi yenilikleri de beraberinde getirmiştir.Günlük hayatımıza giren bu tarz uygulamalar hastaların sıra bekleme memnuniyetsizliğini önleyerek sağlık verilerine kolay erişim sağlamaktadır [15].Sağlık bilgilerine erişim sağlayıcı olarak birçok uygulama bulunmaktadır. Mobil uygulamalar bilginin hızlı ulaşılabilirliği ve kullanılabilirliği gb avantajlarının yanında kullanıcılar açısından sorunlar da oluşturabilir. Bu açıdan bakıldığında dijital verilerin güvenirliliği ve bilincin geliştirilmesi önemlidir.Bıkmaz'ın(2017) Sağlık yönetimi öğrencileri(68 kişi) ile yaptığı çalışmada dijital sağlık veri güvenliği farkındıkları düşük bulunmuştur. Kişisel verilerin gizliliği ve güvenliği konusunda %67,9'unun endişe duyduğu sonucuna ulaşılmıştır [16].

Sağlık verilerinin korunması hakkında Ülkemizde yapılan çalışmalarda anket ve sözel ifadeler ağırlıklı olarak kullanıldığı görülmektedir. Gözmenler ve ark. (2019) 'Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması' ile daha sağlıklı sonuçlara varılacağı düşünülmektedir[17].

Sonuç Ve Öneriler

Literatürde yer alan sonuçlar, gelecekte sağlık alanında çalışacak öğrencilerin kişisel sağlık verilerinin korunmasında özen gösterilmesi noktasında hassas davrandıklarını ortaya koymakla birlikte, bu konuda kimi noktalarda aksaklıkların olduğu da bir gerçektir. Aynı zamanda kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması hususunda bilgi eksiklikleri bulunmaktadır. Bu konuda yasal düzenlemeler hakkındaki bilgi eksikliğinin giderilmesi için sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimlerin planlanması, öğrencilere ise lisans eğitimlerinde bu bilgilere yer verilmesi gerekmektedir. Öğrenciler dijital sağlık uygulamaları kullanırken ve hastaneye kayıt olan verilerin güvenli korunmadığını belirtmişlerdir. Dolayısı ile yazılım ve programların güvenilirliklerinin en üst seviyeye çıkarılması kişilerin yaşam hakkı için elzemdir.

Kaynaklar

1. Sevük HY. "Tıp Ceza Hukukunda Kişisel Verilerin Açıklanması", Tıp Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayını, 2008: s.782.
2. Küzeci E. Kişisel Verilerin Korunması, Ankara, Turhan Kitapevi, 2010: s.60-103
3. Atak S. Avrupa Konseyi'nin Kişisel Veriler Açısından Sağladığı Temel Güvenceler, TBBD, S.87: 2010, s. 25.
4. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm> Pdf Çevrimiçi E.T: 10.09.2019
5. Hekimler ve Hastalar İçin El Kitabı Kişisel Sağlık Verileri. Birinci Baskı, Haziran 2015, İstanbul Tabip Odası, İstanbul.
6. İzgi MC.Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014, 1(1):25-37.
7. Yılmaz SS. Tıp Alanında Kişisel Verilerin Açıklanması Suçu, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2017.
8. Esatoğlu AE.Sağlık Kayıtları ve Etik. İçinde: Sağlık Kurumlarında Bilgi Sistemleri, Ed: Ali Yılmaz, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2. Baskı, Eylül, Eskişehir,2014: s.190-211.
9. Bahçecik N. Sağlıkta Bilişim Teknolojileri ve Etik. İçinde: Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojisinin Uygulama Alanları, Ed: Deniz Şelimen, Gonca Mumcu, Bedray Yayıncılık, Ankara, 2011:s.131-146.
10. Özata M,Özer. "Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi." *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 20.1 2017: 81-92.
11. Aydın MF. "Kişisel Sağlık Verileri Konusundaki Farkındalık ve Gözlemlerin Öğrencilerde Araştırılması." *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 2017: 1-5.
12. Sevimli E. "Sağlık yönetiminin gelecekteki paydaşlarından bilgisayar mühendisliği öğrencilerinin sağlık bilgi sistemlerini bilgi güvenliği ve hasta mahremiyeti açısından değerlendirmesi." 2018.
13. Karabakır B, Çetin G. Hemşirelerin tabi oldukları mevzuat ve hukuki sorumlulukları konusundaki farkındalıkları. *Adli Tıp Bülteni*, 2016; 21(2) s.78-85.
14. AdıgüzelE, Aydın MF. Kamu hastanelerinde staj yapan lisans ve önlisans düzeyindeki sağlık öğrencilerinin kişisel sağlık verileri konusundaki farkındalık ve gözlemlerinin belirlenmesi. *Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İstanbul, 2015; 19-20 Aralık, 210*
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Neden Dijital Hastane. 2014. <http://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5009/neden-dijital-hastane.html> ET:30.12.2017.
16. Bıkmaz Z. "Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Mobil Güvenlik Farkındalığı Ve Dijital Veri Güvenliği Farkındalıklarının Belirlenmesi." *Uluslararası Yönetim Bilişim Sistemleri ve Bilgisayar Bilimleri Dergisi* 1.1: 2017:22-30.
17. Gözmener ŞB, Selmin Ş, İntepeler ŞS. "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması." *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 12.1 (2019)

Sözel 35 (TAM METİN)

EBEVEYNLERİN AŞILAR HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ VE AŞI KABUL- RED DURUMLARI: ÇOK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA

Parents' Opinions Related To Vaccines And Situations Of Vaccine Acceptance-Rejection: A Multicenter Study

Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ*, Emced ELUBEYD**, Sevinç POLAT***,
Fatma GÜL CAN****, Eda GÜLBETEKİN*****, Meltem ÖZCAN*****,
Mehmet BULDUK*****, Veysel CAN*****

*Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

** Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

***Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

****Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO

*****İğdır Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO

*****Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO

*****Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Erciş MYO

*****Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Dursun Odabaş Tıp Merkezi

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, 0-13 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin aşılar hakkındaki görüşleri ve aşı kabul-red durumlarını incelemek, etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olan araştırma, 15 Temmuz -15 Eylül 2019 tarihleri arasında, Erzurum, Hatay, Ağrı, Erzincan, Van, Iğdır ve Yozgat'ta gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın evreni, 0-13 yaş grubu çocuğu olan ebeveynler oluşturmuştur. Örneklemde, kartopu yöntemi kullanılmıştır (S=183). Verilerin toplanmasında, Anket Formu kullanılmış, veriler yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Veriler, tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. Etik ilkelere uyulmuştur.

Bulgular: Ebeveynlerin bir kısmının aşının tanımı yapamadığı (%13.7) ve aşıları gereksiz (%5.4) gördüğü, gerekli görmeyenlerin aşıların içeriğine güvenmediği, ebeveynlerin (%16.9) fazla kimyasal içerdiği ve güvenmediği için çocuklarının aşılarını yaptırmadığı, aşılarla ilgili bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır. Çalışmada Erzurum ve Hatay'da (Suriye vatandaşı) yaşayan, bekar olan, bir ve iki çocuğa sahip ebeveynlerin çocuklarını aşılatma oranının düşük olduğu belirlenmiştir (p<.05).

Sonuç: Ebeveynlerin aşılar konusunda bilgilendirilmeleri, Erzurum ve Hatay'da (Suriye vatandaşı) yaşayan, bekar olan, bir ve iki çocuğa sahip olan ebeveynlerin daha dikkatli ele alınmalarının aşılarla önlenemeyen hastalıkların mortalite ve morbidite düzeylerini etkileyebileceği öngörülebilmektedir.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to investigate the opinions of the parents of children in the 0-13 age group about vaccines and their acceptance and rejection, and to determine the factors affecting them.

Method: This descriptive study was conducted between 15 September and 15 October 2019 in Erzurum, Hatay, Ağrı, Erzincan, Van and Iğdır. The population of the study consisted of parents with 0-13 age group children. In the sampling, snowball method was used (S = 183). Data were obtained by interviewing the questionnaire face to face. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square test. Ethical principles have been complied with.

Findings: It was found that some of the parents could not define the vaccine (13.7%) and saw the vaccines as unnecessary (5.4%), did not trust the contents of the vaccines, did not trust the contents of the vaccines, the parents (16.9%) did not have their children's vaccines because they did not trust them and they needed information about the vaccines. It was determined that the rate of vaccinating the children of the parents living in Erzurum and Hatay (Syrian citizens), single and having one and two children was low (<.05).

Conclusion: It can be predicted that informing the parents about the vaccines and taking care of the parents living in Erzurum and Hatay (Syrian citizens) who are single and having one or two children may affect the mortality and morbidity levels of the diseases that can be prevented by vaccines.

Anahtar Kelimeler:Ebeveyn, Aşı, Görüş, Kabul-Red.

Key Words: Parent, Vaccine, Opinion, Acceptance-Rejection.

GİRİŞ

Bulaşıcı hastalıklarbaşıta olmak üzere morbiditesi ve mortalitesi yüksekolan hastalıkların engellenmesi veyazarar vermeoranının azaltılması amacıyla zayıflatılmış virüs veya bakterilerin ya dabunların antijenik parçalarının vücuda verilerek yapaybağışıklık elde edilmesi, aşılama olarak tanımlanmıştır (1,2).Dünyada, halayaklaşık 1,5 milyon kişinin aşı ile önlenabilir hastalıklardanöldüğü bilinmektedir (1,3).

Tüm aşıları reddetme iradesi ile yaptırmama durumu olan aşı reddi, dünyada 1990'lı yıllarda, ülkemizde de 2010 yılındanitibaren ortaya çıkmıştır (1,4,5).Aşıların içerdiği kimyasallar nedeni ile toksik olduğu, aşı üreten firmaların bu işten elde ettiği büyük finansal getirinin art niyetli olabileceği kaygısı, doğal bağışıklamanın veya doğal yöntemlerin hastalıklardan korunmada daha etkin olacağı iddiaları aşı reddi ile sonuçlanmıştır (1,6).

Türkiye’de, 2016 yılı itibariile genel bağışıklama oranının %95 civarında olduğubilinmekle birlikte (7), aşı redleri giderek büyüyen bir sağlıktehdiidi olma riski taşımaktadır. Ayrıca, coğrafyamızda, çatışma ve savaş ortamına bağlı ülkemize yönelen göç dalgasının önemli bir tehdit oluşturduğu unutulmamalıdır. Bunlarla birlikte, ülkemizde çocukluk çağı aşı retleri ileilgili herhangi bir çalışmaya ve veriye rastlanmamış olması, aşı konusunda geliştirilecek politika ve stratejilerin etkisiz kalmasına neden olabilir.

AMAC

Bu araştırma, 0-13 yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerinaşılar hakkındaki görüşleri ve aşı kabul-red durumlarını incelemek, etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı olan araştırma, 15 Temmuz -15 Eylül2019 tarihleri arasında, Erzurum, Hatay, Ağrı, Erzincan, Van, Iğdır ve Yozgat’ta gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın bu illerde yapılmasında, bu illerden araştırmacı ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde lisansüstü eğitim alan öğrencilerin araştırmada yer alması, bazılarının yoğun göç alan iller olması belirleyici olmuştur. Araştırmanın evreni, belirtilen illerde, güncel aşı takvimi temel alınarak, 0-13 yaş grubu çocuğu olan ebeveynler oluşturmıştır. Örneklemde, kartopu yöntemi kullanılmıştır. Ebeveynlere tanıdıkları aracılığı ile fiilen ulaşılmıştır (S=183). Verilerin toplanmasında, Anket Formu kullanılmış, veriler yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Literatür ışığında araştırmacılar tarafından hazırlanan Anket Formu; 10 kapalı ve 7 açık uçlu sorudan oluşmuştur. Veri toplama süreci devam etmektedir. Şu ana kadar elde edilen Erzurum, Hatay ve Ağrı verileri tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada, gönüllü katılım temelinde, katılımcıların sözel onamları alınmış, “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ve “Özerkliğe Saygı” etik ilkeler yerine getirilmiş ve İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu’na sadık kalınmıştır.

BULGULAR

Ebeveynlerin aşılar hakkındaki görüşleri, aşı kabul-ret durumları ve etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, ebeveynlerin %50.3’ünün Suriye vatandaşı olduğu ve Hatay’da ikamet ettiği, %53.6’sının kadın, %48.1’inin 25-34 yaş grubunda, %47.5’inin üniversite mezunu, %77’sinin evli olduğu, %67.8’inin çekirdek ailede yaşadığı, %42.1’inin asgari ücretten daha az gelire sahip olduğu, %45.4’ünün bir çocuğu olduğu ve %51.4’ünün il merkezinde yaşadığı saptandı (Tablo 1).

Ebeveynlerin “Aşı nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; %44.3’ünün “Hastalıklardan korunma”, %21.8’inin “İlaç- Bağışıklama”, %18’inin “Zayıflatılmış hastalık mikrobi”, %2.2’sinin “Sağlık hizmeti” olarak tanımladığı ve %13.7’sinin herhangi bir cevap vermediği belirlendi (Tablo 2).

Ebeveynlerin aşılarla ilgili görüşleri incelendiğinde; %94.6’sının “Aşılar gerekli midir?” sorusuna “Gereklidir” cevabını verdiği, %2.7’sinin bu soruya cevap vermediği tespit edildi. Ebeveynlerden “Aşılar gereklidir” cevabını verenler arasında, %53.2’sinin “Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için”, %11’inin “Sağlıklı yaşam için”, %2.3’ünün “Mecburiyet” cevabını verdiği ve %33.5’inin soruyu cevaplamadığı saptandı. Ebeveynlerden “Aşılar gerekli değildir” cevabını verenler arasında, %80’inin “Fazla kimyasal içerdiği için” ve %20’sinin “Güvenmediğim için” cevabını verdiği belirlendi (Tablo 3).

Ebeveynlerin çocuklarının aşılarını yaptıрма durumları ve görüşleri incelendiğinde; %83.1’inin çocuklarının aşılarını yaptırdığı, %16.9’unun yaptırmadığı tespit edildi. “Çocuklarınıza neden aşı yaptırdınız?” sorusuna; ebeveynlerden %38.8’inin “Hastalıklardan korunmak için”, %11.2’sinin “Sağlıklı yaşamı için”, %5.9’unun “Gerekli olduğu için” cevabını verdiği ve %44.1’inin soruyu cevaplamadığı saptandı. “Çocuklarınıza neden aşı yaptırmadınız?” sorusuna; ebeveynlerden %19.3’ünün “Güvenmediğim için”, %9.7’sinin “Zararlı içeriğe sahip olduğu için”, %6.5’inin “Çocukları götüremediğim için” ve %64.5’inin “Suriye’de sağlık hizmeti yetersiz olduğu için” cevabını verdiği belirlendi (Tablo 4).

Ebeveynlerin vatandaşlık, il, medeni durum ve sahip olduğu çocuk sayısı özelliklerinden, çocuklarının aşılarını yaptıрма durumlarının etkilendiği tespit edildi. Türkiye vatandaşı olan (%90.1) ($p<.05$), Ağrı’da yaşayan (%91.1) ($p<.05$), evli olan (%87.9) ($p<.01$), üç ve daha fazla çocuğu olan (%92.6) ($p<.01$) ebeveynlerin çoğunluğunun çocuklarını aşılatıldığı saptandı (Tablo 5).

SONUÇ

Ebeveynlerin bir kısmının aşının tanımını yapamaması (%13.7) ve aşıları gereksiz (%5.4) görmesi, gerekli görmeyenlerin aşıların içeriğine güvenmemesi, ebeveynlerin (%16.9) fazla kimyasal içerdiği ve güvenmediği için çocuklarının aşılarını yaptırmaması, aşılarla ilgili bilgi gereksinimi olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bir vakanın salgın oluşmasına neden olabileceği dikkate alındığında, çocuk sağlığını koruma ve hastalıkları önleme konusunda bir kırılganlıktan bahsedilebilir.

Ebeveynlerin aşılar konusunda bilgilendirilmelerinin, Erzurum ve Hatay’da (Suriye vatandaşı) yaşayan, bekar olan, bir ve iki çocuğa sahip olan ebeveynlerin daha dikkatli ele alınmalarının, aşılarla önlenebilen hastalıkların mortalite ve morbidite düzeylerini olumlu yönde etkileyebileceği öngörülebilir.

KAYNAKLAR

- 1-Bozkurt, H. B. Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 2018; 8(1):71-76.
- 2-Kutlu R. Çocukluk Çağı Aşıları Childhood Vaccinations. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2017;8(5):311-8.
- 3-<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/> Immunization coverage Fact sheet Reviewed January 2018
- 4-Boom, Julie A., Cunningham, Rachel M. Understanding and Managing Vaccine Concerns. 2014, VI. 5 illus. 3 illus in color. Softcover. <http://www.springer.com/gp/book/9783319075624>
- 5-Larsona HJ., Jarrett C., Schulz WS., Chaudhuri M., Zhouc Y., Dube E., Schuster M., MacDonald NE., Wilsona R., the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*, 2015;33:4165-4175.

6-Hausman BL, Ghebremichael M, Hayek P, Mack E. ‘Poisonous, filthy, loathsome, damnable stuff ’: the rhetorical ecology of vaccination concern. *Yale J Biol Med*, 2014;87:403–16.

7-WHO, UNICEF, World Bank. State of the World’s Vaccines And Immunization, 3rd Ed. Geneva, World Health Organization, 2009.

Tablo 1. Ebeveynlerin Özelliklerine Göre Dağılımı (S=183)

Özellikler	S	%
Vatandaşlık	91	49.7
Türkiye	92	50.3
Suriye		
İkamet Edilen İl		
Erzurum	46	25.1
Hatay	92	50.3
Ağrı	45	24.6
Cinsiyet		
Erkek	85	46.4
Kadın	98	53.6
Yaş		
18-24	38	20.8
25-34	88	48.1
35-44	40	21.9
45 ve üzeri	17	9.2
Eğitim Düzeyi		
Ortaokul	42	23.0
Lise	26	14.2
Üniversite	87	47.5
Lisansüstü	28	15.3
Medeni Durum		
Evli	141	77.0
Bekâr	42	23.0
Aile Tipi		
Çekirdek	124	67.8
Geniş	59	32.2
Gelir Durumu		
Asgari ücretten az	77	42.1
Asgari ücrete denk	71	38.8
Asgari ücretten fazla	35	19.1
Çocuk Sayısı		
Bir	83	45.4
İki	73	39.9
Üç ve daha fazla	27	14.7
İkamet		
Köy/Kasaba	20	10.9
İlçe	69	37.7
İl	94	51.4

Tablo 2. Ebeveynlerin Aşı Tanımlarının Dağılımı(S=183)

Soru	S	%
Aşı Nedir?*		
Hastalıklardan korunma	81	44.3
İlaç-Bağıışıklama	40	21.8
Zayıflatılmış hastalık mikrobu	33	18.0
Sağlık hizmeti	4	2.2
Cevap yok	25	13.7

*Açık uçlu sorulmuş ve benzer cevaplar kavramlara göre gruplandırılmıştır.

Tablo 3. Ebeveynlerin Aşılar İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı(S=183)

Soru	S	%
Aşılar Gerekli midir?		
Evet	173	94.6
Hayır	5	2.7
Cevap yok	5	2.7
Neden Gereklidir?*(S=173)		
Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için	92	53.2
Sağlıklı yaşam için	19	11.0
Mecburiyet	4	2.3
Cevap yok	58	33.5
Neden Gerekli Değildir?*(S=5)		
Fazla kimyasal içerdiği için	4	80.0
Güvenmediğim için	1	20.0

*Açık uçlu sorulmuş ve benzer cevaplar, kavramlara göre gruplandırılmıştır.

Tablo 4.Ebeveynlerin Çocuklarının Aşılarını Yaptırma Durumları ve Görüşleri (S=183)

Soru	S	%
Çocuklarınızın Aşılarını Yaptırdınız Mı?(S=183)		
Evet	152	83.1
Hayır	31	16.9
Neden Yaptırdınız?*(S=152)		
Hastalıklardan korunmak için	59	38.8
Sağlıklı yaşaması için	17	11.2
Gerekli olduğu için	9	5.9
Cevap yok	67	44.1
Neden Gerekli Değildir?*(S=31)		
Güvenmediğim için	6	19.3
Zararlı içeriğe sahip olduğu için	3	9.7
Çocukları götüremediğim için	2	6.5
Suriye’de sağlık hizmeti yetersiz olduğu için	20	64.5

*Açık uçlu sorulmuş ve benzer cevaplar kavramlara göre gruplandırılmıştır.

Tablo 5. Ebeveynlerin Vatandaşlık, İl, Medeni Durum ve Çocuk Sayılarına Göre Çocuklarının Aşılarını Yaptırma Durumları (S=183)

Özellikler	Çocuklarının Aşılarını Yaptırma Durumu				Test ve p
	Evet		Hayır		
	S	%	S	%	
Vatandaşlık					$\chi^2=6.394$ p=.011
Türkiye	82	90.1	9	9.9	
Suriye	70	76.1	22	23.9	
İl					$\chi^2=6.457$ p=.040
Erzurum	41	89.1	5	10.9	
Hatay	70	76.1	22	23.9	
Ağrı	41	91.1	4	8.9	
Medeni Durum					$\chi^2=10.412$ p=.001
Evli	124	87.9	17	12.1	
Bekâr	28	66.7	14	33.3	
Çocuk Sayısı					$\chi^2=9.945$ p=.007
Bir	61	73.5	22	26.5	
İki	66	90.4	7	9.6	
Üç ve daha fazla	25	92.6	2	7.4	

Sözel 36 (TAM METİN)

HEMŞİRELİK BAKIMINDA KORUNMASI GEREKEN BİR HAK: MAHREMİYET HAKKI

A Right to be Protected in Nursing Care: The Right of Privacy

Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Günümüzde sağlık hizmetlerinde hasta haklarının korunmasına ilişkin duyarlılık gelişmektedir. Hasta haklarının önemli bir boyutunu oluşturan hastaların mahremiyet hakkının korunması ayrıca önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta ile fiziksel sosyal ve psikolojik olarak en fazla iletişim kuran sağlık meslek grubu hemşirelerdir. Hemşireler hastaların en hassas güçsüz, mahrem ve özel yönlerini görebilmekte ve bu durum hastalar için karar vermeyi ve eylemde bulunmayı gerektirmektedir. Çalışmanın amacı; hasta mahremiyetinin önemini ele almak ve hasta mahremiyetinin sağlanmasında hemşirelerin sorumluluklarına değinmektir.

Anahtar Kelimeler: Mahremiyet, mahremiyet hakkı, hemşirelik

ABSTRACT

Today, sensitivity towards the protection of patient rights in health services is developing. It is also important to protect the privacy of patients, which constitute an important aspect of patient rights. Nurses are the most occupational healthcare group that communicates with the patient most physically, socially and psychologically during health service delivery. Nurses are able to see the most vulnerable, intimate and private aspects of patients, which require decision-making and action for patients. Purpose of the study; to handle of the importance of patient privacy and the responsibilities of nurses in ensuring patient privacy.

Key words: Privacy, right to privacy, nursing

Giriş

İnsan doğasından kaynağını alan mahremiyet olgusu; değer, hak ve bir duygu olarak bireylerin birbirleriyle ve toplumla ilişkilerinde eylemlerine yön veren bir kavramdır. Aynı zamanda toplumun ahlak ve etiket kurallarını da şekillendirir (1). Türk Dil Kurumu mahremiyeti, “gizlilik” olarak tanımlamaktadır (2). Mahremiyet sadece gizlenecek, saklanacak durum/şey değil, aynı zamanda bir gereksinim, kendini gerçekleştirme, özerkliğini koruma yollarından biridir (3). Başka bir deyişle, toplumdan soyutlanma değil, ben ile öteki sınırının belirlenmesi, kontrol edilmesi olarak da özetlenebilir (4). Mahremiyet, bizim başkaları tarafından ne ölçüde tanınıp bilindiğimiz, başkalarının fiziksel olarak bize ne ölçüde ulaşabilir oldukları, bizim başkalarının ilgi ve dikkatinin ne ölçüde nesnesi olduğumuzla da ilişkili bir kavramdır. Mahremiyetin çok anlamlılığı ve belirsizliği, onu tanımlama girişimlerini de zorlaştırmaktadır (5).

Belsey ve Chadwick (6) birbirlerinden tam olarak ayıramamış üç çeşit mahremiyet tanımlamıştır. Bunlar;

1. Bedensel ya da fiziksel mahremiyet: Bedenin, hem fiziksel hem de görsel temastan uzak olarak varlığını sürdürebileceği alanı ifade etmektedir.
2. Zihinsel ya da iletişimsel mahremiyet: Bireye herhangi bir sözel ya da psikolojik bir müdahale olmaksızın kendisinin duygu, düşünce ve isteklerini kendisiyle yaşayabileceği ve istediği takdirde bunların kayıtlarını tutabileceği alan olarak tanımlanmaktadır.
3. Bilgi mahremiyeti: Bireye ait bilgilerin kendi bilgi ve onayını içeren bir yasal koşul içermeden başka kişilerle paylaşılmamasını sağlayan kavram olarak ifade edilmektedir.

Mahremiyet, bireylerin hakkı anlamında ilk olarak Warren ve Brandie tarafından 1890 yılında ele alınmıştır. Warren ve Brandie toplum içinde bireylerin yasal güvenliği sağlanırken, duygu ve düşüncelerinin başkalarıyla paylaşılacak kapsamda her bireyin karar vermede hakkının olması gerektiğini ifade etmiştir (7). Mahremiyet hakkı; aynı zamanda bireyin korumak, saklamak ve kontrol etmek istediği duyguları, düşünceleri ve bedensel bütünlüğü ile ilgili bir haktır (8).

Mahremiyet Hakkı ve Sağlık

Sağlık hizmetleri açısından düşünüldüğünde ise mahremiyet hakkı, kişinin sağlık hizmeti aldığı süre boyunca özel yaşamları, bedenleri ve fiziksel özellikleri ile tedaviye ilişkin bilgilerinin gizliliği gibi konuları içermektedir (9).

Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmet sunumunun çeşitlenmesi ve farklılaşması, insan hakları kavramına yeni eklenen haklar mahremiyet hakkını daha önemli bir hale getirmiştir. Gerek sağlık hizmeti alınan yerlerin fiziksel sorunları gerekse sağlık çalışanlarının hasta mahremiyete gösterdikleri özenin yeterli olmaması birçok mahremiyet ihlaline ve bu konuda etik tartışmalara neden olabilmektedir (10).

Sağlık alanında beden mahremiyeti konusunda etik tartışmalar; bireyin izni olmadan gerçekleştirilen tıbbi (zorunlu) girişimler, bireyin talebine rağmen gerçekleştirilmeyen kürtj gibi girişimler, hastanın beden mahremiyetinin sağlanmasına ilişkin (muayene ve girişimler için uygun ortamın sağlanması, ayrı bir odada muayene/tedavi edilmesi, istediği/istemediği kişilerin tedavi ortamında bulunması/bulunmaması vb. hastaların eğitime katılması/katılmaması, hastanın bedensel özelliklerinin eğitim amaçlı kullanılması/kullanılmaması, sağlık personeli seçiminde cinsiyetçi yaklaşımlar gibi) konular etrafında sürdürülmektedir (8).

Mahremiyet hakkı temel bir insan hakkıdır ve ülkemizde Anayasa ve Türk Ceza Kanunu başta olmak üzere ulusal ve uluslararası alanda birçok düzenleme ile korunmaktadır. Bununla birlikte mahremiyet, sağlık bakımı alan bireyler için kişisel değerler ile ilişkili bir gereksinim olması bakımından aynı zamanda bir hasta hakkıdır. Ülkemizde başta Hasta Hakları Yönetmeliği olmak üzere birçok yönetmelik ve genelge ile hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekliliği ortaya konulmaktadır. Bu nedenle tüm sağlık profesyonellerinin başta temel bir insan hakkı ve aynı zamanda hasta hakkı olması sebebiyle mahremiyet bilincine sahip olması gerekmektedir (11). Sağlık profesyonellerinin özellikle hastanın her durumda yanında olan hemşirelerin mahremiyet hakkı ve etik sorumluluklarının farkında bir meslek olması beklenmektedir.

Mahremiyet hakkı hemşirelikte yeni bir kavram değildir. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nursing- ICN), Hemşirelik Etik Kodları kapsamında hemşire uygulayıcılara, yöneticilere, eğiticilere, araştırmacılara, hemşirelik birliklerine, mahremiyet ve gizliliğin sağlanmasında sorumluluklar yüklemiştir. Türk Hemşireler Derneği tarafından yayınlanan etik ilke ve sorumluluklar kapsamında mahremiyet ve sır saklama ilkesi 4 ilkeden biri olarak açıklanmıştır. Bu anlamda ICN tarafından 1965 yılında kabul edilen ve dilimize çevrilen Uluslararası Hemşirelik Andı'nda etik ilkelere ve hasta mahremiyetine yer verilerek önemi belirtilmiştir (12,13).

Mahremiyetin Boyutları

Mahremiyetin boyutlarının fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel olduğu bildirilmiştir (14,15).

Fiziksel / bedensel mahremiyet

Bireysel alan / bireysel mesafe insanın vücudunu çevreleyen, başka kişilerce görülmeyen mahrem alanlar içerir ve bu kişisel alanlar da bir insanın diğer insanlardan ayrılmasında yardımcı olur. Dolayısıyla, kişisel alanlar bir tür koruyucu alan olarak hizmet eder (15).

Beden kişinin özel ve mahrem alanıdır, sağlık bakımına ihtiyaç durumunda vücudun günlük bakımı ise hemşirenin görevidir. Bu bakım sırasında bakım verilen bedenin kişinin kontrolünde olması gerektiği ve başka insanların herhangi bir şekilde izinsiz müdahalede bulunmaması gerektiği unutulmamalıdır. Hastanın gizli kalmasını istediği durumlar değerlendirilmeli, beden ve ruh bütünlüğünü sağlıklı bir şekilde korunmaya özen gösterilmelidir. Bunu sağlamaya çalışırken hastanede hasta odalarının düzen, ışıklandırma, renk, sıcaklık bakımından evlerinden farklı olması, kendi istek ve kontrollerine göre çevreyi düzenleyememeleri, hastalar açısından mahremiyete ilişkin sorunların yaşanmasına neden olabilir. Hastaların kişisel alanlarının sınırlandırılması ve bu alanlara (odalarına veya vücutlarına) müdahale doğrudan mahremiyetlerine müdahale edilmesi anlamına gelir (7).

Mlinek ve ark. (16) tarafından acil servislerdeki hasta mahremiyeti ihlaline yönelik yapılan bir çalışmada sağlık ekibinin tüm üyelerinin hasta bakımı sırasında hasta gizliliğini ve mahremiyetini ihlal ettiği belirtilmiş, ihlalin nedeni olarak da hasta bekleme alanların ve çalışma ortamının fiziki yetersizliği gösterilmiştir.

Mahremiyet fiziki şartlar açısından ele alındığında; 2010 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Daire Başkanlığı tarafından, “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu” hazırlanmış; bu kılavuzda, hastane inşaat ve tadilatlarında mahremiyete uyulabilmesi için gereken şartlar belirlenmiştir (17).

Psikolojik mahremiyet

Psikolojik mahremiyet bir gerekliliktir ve bireysel karar verme süreçlerini içermektedir. Birey, bu süreçlerde kontrolü elinde tutmaktadır. Psikolojik mahremiyetin dört farklı görevi bulunmaktadır (10). Bunlar;

- 1) Duygu ve düşüncelerinin rahat bir şekilde ifade edilmesi için fırsatlar sağlamaktadır.
- 2) Bireysel özerklik sağlamakta ve özerkliğin gereksinimi ve isteğinin karşılanması için, bireylere kendini tanıma ve kişiliğini yapılandırılmasına yardım etmektedir.
- 3) Öz-eleştiri ve öz-değerlendirme için olanak sağlamaktadır.
- 4) Güvenli sınırlar içerisinde iletişime olanak sağlamaktadır.

Sağlık çalışanlarının hizmet sunumu esnasında, bireyin bu hakkında dikkat etmemesi kişinin kendini önemsiz hissetmesine, sosyal izolasyona, kendine olan güvenini yitirmesine neden olabilmekte ve kendilerini hastanede yattıkları süre içerisinde her an rahatsız ve huzursuz hissetmelerine neden olabilmektedir (15,18).

Sosyal mahremiyet

Sosyal mahremiyet, sosyal ilişkilerin yönetilmesini, ilişkilerin taraflarını, süresini, sıklığını ve etkileşimini kapsamak için kontrolün bulunmasıdır. Sosyal mahremiyet, bireysel sosyal beceri ve birliktelik için gösterilen çabanın tamamıdır (15).

Hastanın sosyal çevresi ile ilgili olan bu haklar kapsamında sağlık çalışanlarının öğrendikleri bilgileri saklama ve başkasına anlatmama yükümlülükleri olduğu kadar, bu bilgilerin başka hastaları tarafından duyulmaması ve öğrenilmemesine yönelik önlemlerinde sağlık politikası belirleyicilerinin ve hastane yöneticilerinin de önem alması gerekmektedir (10).

Farklı kültürel temele dayanan sosyal mahremiyet uygulamaları ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Batı ve Doğu toplumlarında içerisinde yer alan çeşitli dinsel, modern ve gelenekçi topluluklarda mahremiyete ilişkin farklı inanç, değer ve beklentiler yer almaktadır (19).

Bilişsel mahremiyet

Sağlık hizmetlerinde bilişsel mahremiyet; sağlık hizmetleri bilgiyi temel olarak yürütülen bir hizmettir ve özellikle günümüzde hızla yaygınlaşan bilgi teknolojileri, elektronik kayıt ortamları ile hastaya ait bilgilerin toplanması ve dağıtımının yönetiminde önemli tehlikelerden söz edilmektedir (10).

Mahremiyetin korunması açısından hastaya ait bilgilerin başkaları tarafından öğrenilmemesi önemlidir (20). Hastaların bilgi mahremiyeti ile ilgili beklentisi hem tıbbi kayıtların gizliliğini hem de karar ve uygulamalarda bilgilendirerek; fiziksel, sosyal ve psikolojik mahremiyetlerinin rahatlatılmasını ve desteklenmesini içerir (7).

Hastalara ait bilgilerin sanal ortamda gönderilmesi hemşirelerden de istenmektedir. Hemşireler, elektronik araç kullanımına bağlı olarak sağlık kayıtlarının ya da bilgilerinin gizliliğinin korunması konusunda dikkatli olmalıdır ve gerektiğinde durumu düzeltmek için önlemler alınmalıdır. Hemşireler sağlık bilgi ve kayıtlarının korunmasına yönelik politikaların geliştirilmesinde yer almalıdır (21).

Mahremiyetin Korunmasında İyileştirme Etkinlikleri

Mahremiyetin kültürel bağlamda yaklaşımı ele alındığında; Mahremiyetin korunması için geliştirilen kültürel yöntemler panjurları (perdeleri) indirme, kapıyı kilitleme, psikolojik olarak geri çekilme, gözleri kaçırma, giyinme, gizli yerler kullanma, konuşulan konuya göre ses düzeyini ayarlama, etraftaki kişilerden farklı dil konuşma olarak karşımıza çıkmaktadır (22).

Küresel sağlık sistemi içinde tıbbın neoliberalleşmesi ile kalabalık hasta odalarında bakım almak mahremiyet kayıplarına yol açtığı düşünüldüğünde (8), birden fazla hastanın aynı odayı paylaştığı durumlarda, hastanın yattığı yatağın çevresine paravana, perde vb. konularak hastanın gizliliği sağlanmaya çalışılır. Oda kapısı kapatılıp, muayene edilecekse kapıya uyarıcı levha asılmalıdır. Muayene sırasında odada hasta ile aynı cinsiyette üçüncü bir kişinin (sağlık personeli) olması yararlı olabilir (23).

Hastanın bedeninin çok fazla açılmadan, yalnızca girişimin yapılacağı bölgenin açılarak hemşirelik girişimi yapıldıktan hemen sonra kapatılması, ortamda gizliliğin/tecritin sağlanması, gerekirse perde, paravan, örtü gibi araçların kullanılması istenmektedir. Bir kişiden fazla hasta ile odalar paylaşılacaksa odalara aynı cinsiyete sahip hastaların yerleştirilmesi, mümkünse hasta refakatçisine bu konuda özen gösterilmesi, ilgisiz kişilerin hastaya müdahale yapılan ortamda bulundurulmaması gerekmektedir. Hastanın bedenine ve özel yaşamına ilişkin bilgilerin ulu orta konuşulmaması, hasta izin vermedikçe hastaya ilişkin herhangi bir bilginin hiç kimseye açıklanmaması ya da ulaşımına izin verilmemesi gibi konularda hasta mahremiyetine özen gösterilmesi beklenmektedir (14).

Sonuç ve Öneriler

Hemşireler; birey, aile ve toplum sağlığını koruma, geliştirme, hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik sorumluluklarını yerine getirirken, bireye özerkliği çerçevesinde, hak ve mahremiyetine saygılı bir şekilde bakım vermeli, kişilerarası iletişim tekniklerini bilmeli ve bunları uygulamalıdır. Hasta merkezli ve bireyselleşmiş bakımın kişilerarası güven duygusunu besleyerek mahremiyetin korunması destekleyeceğinden, hemşirelik süreci ile bakım vermek mahremiyet olgusunu da güçlendirecektir. Diğer taraftan hemşirelik eğitiminde; hasta haklarına ve mahremiyete ilişkin müfredatların olması hemşirelik öğrencilerin hasta hakları savunma yükümlülüklerini güçlendirecektir.

KAYNAKLAR

1. Avaner,E . Mahremiyet Nedir? Mahremiyetin Sağlık Hizmetleri Penceresinden Görünürlüğü Nasıldır? Türkiye Biyoetik Dergisi, 2018 Vol. 5, No. 3, 110-116).
2. (<https://sozluk.gov.tr/?kelime=MAHREM%C4%B0YET>). Erişim tarihi: Ekim 2019
3. Newell PB. Perspectives on Privacy, Journal of Environmental Psychology, 1995, 15(2): 87-104
4. İzgi MC. Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2014; (1):25-37
5. Yüksel M. Mahremiyet hakkına ve bireysel özgürlüklere felsefi yaklaşımlar. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 2009;64(01): 275-298

6. Belsey A, Chadwick R. Medya ve gazetecilikte Etik sorunlar çeviri: Türkoğlu, Nurçay. 1. Baskı. Ayrıntı yayınları. 1998
7. Bekmezci H, Özkan H. Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi. HSP. 2015;2(1): 113-124.
8. Değirmen N, Jinekoloji ve Obstetride Beden Mahremiyeti: Kütahya Örneği Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi Ve Etik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2014.
9. Bilen NA, Hasta Mahremiyeti Konusunda Hemşirelerin Tutum ve Görüşlerinin Belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bölümü Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi, 2019
10. Akten R., Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017
11. Öztürk D, Eyüpoğlu G, Baykara GZ. Mahremiyet Bilinci Ölçeği: Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2019;27(1):57-64
12. Öztürk H, Bahçecik N, Özçelik SK. The Development of The Patient Privacy Scale in Nursing. Nursing Ethics, 2014,21(7):812-828
13. Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar. <http://www.turkhemshirelerderneği.org.tr/files/tr/yayinlar/yayinlar/hemshireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire-%20brosur.pdf>. Ankara; 2009. Erişim tarihi: Ekim2019
14. Varol E. Hemşirelerin Mahremiyet Hakkındaki Tutumları ve Bakım Uygulamalarının Hasta Mahremiyetine Olan Etkileri, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2018.
15. Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Arndt M. Privacy: a review of the literature. Int J Nursing Studies. 2001;38: 663-671.
16. Mlinek EJ, Pierce J. Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department. academic emergency medicine, 1997;4(12):1142 -1146.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları, 2010 Yılı Kılavuzu, 25.Ocak.2018
18. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. International Journal of Nursing Practice. 2002; 8:143-151.
19. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, Pozitif Matbaa, Ankara, 2016.
20. Alan S, Erbay H. Tıp Etiği Açısından Ambulans Hizmetlerinde Hasta Mahremiyeti. JAEM, 2011, 10:33-38
21. Burkhardt MA, Nathaniel AK. Çağdaş Hemşirelikte Etik. Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. (Çeviri Edi.). 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2013
22. Sezen A, Erden M. Mahremiyetin Psiko-Sosyal Yansımaları., DÜSPED, 2018; 10;20:83-92
23. Görgülü RS. Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.

Sözler 37 (TAM METİN)

Sarsılmış Bebek Sendromu ve Çocuk Hemşireliği

Shaken Baby Syndrome and Pediatric Nursing

Doç.Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA*, Tuğba CENGİZ**

* Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

** Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Öğrencisi

ÖZET

Sarsılmış bebek sendromu; çocuğa yönelik fiziksel istismar türlerinden olan; bebeğin özellikle ilk aylarda çok sık olan ağlama krizlerinin, anne-babada oluşturduğu hayal kırıklığı, gerginlik sonucu bebeği sarsmasıyla ortaya çıkan ve bebekte kafa içi kanama, beyin hasarı ve göz dibi kanaması gibi ciddi sağlık sorunları yaratan, hatta ölümle sonuçlanabilen bir durumdur. İlk olarak Amerikalı bir radyolog John Caffey tarafından 1974 yılında tanımlanmış olan sarsılmış bebek sendromu, çocukların istismarından kaynaklanan ciddi nörolojik yaralanmaların en yaygın nedenidir. O zamandan günümüze kadar karşımıza çıkan ve halen devam eden sarsılmış bebek sendromu, çocuklara yönelik istismarın en şiddetli türlerinden biri olarak kabul edilmiş ve istismara uğrayan çocuklarda sık rastlanan bir ölüm nedeni olmuştur. Bu nedenle, bebeklerde ortaya çıkan durumları tanımlamak için daha yüksek bir farkındalığa ihtiyaç bulunmaktadır. Sarsılmış bebek sendromunun bebeğe tanı koyma aşamasında en önemli belirleyicileri; beyin kanamaları ve göz içi kanamalarıdır. Çocuklar sarsıldıktan sonra gelişen hasarın geri dönüşü mümkün olmadığı için sendrom oluşmadan önlemek çok önemlidir. Bu sendromun yüzde yüz önlenabilir bir sendrom olduğu düşünülürse ve çocuk hemşirelerinin çocuğa yönelik istismar riskinin belirlenmesinde, istismarın önlenmesinde, istismara uğrayan çocuğun ve istismara neden olan ailenin bakımında anahtar bir rol oynadığı göz önüne alınırsa; çocuk hemşirelerinin sarsılmış bebek sendromu açısından riski bulunan bebeklere yönelik önleyici hemşirelik girişimlerinin önemi gündeme gelmektedir. Bu doğrultuda çocuk hemşireleri, istismar açısından ebeveyn, çocuk ve çevreye ait risk faktörlerini değerlendirmeli, özellikle doğum öncesi ve sonrası erken dönemde anne ve babalara yönelik; ev ziyaretleri, stresle baş etme eğitimi, bebeği sarsmayı tetikleyen kızgınlık ve bitkinlik ile baş etme yolları konusunda eğitim verilmesinonu farkındalıklarının artması sağlanmalı, istismar saptanan ailelere yönelik multidisipliner bir ekip içerisinde iyileştirici ve rehabilite edici hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, hemşire, sarsılmış bebek sendromu, istismar, adli hemşirelik.

ABSTRACT

One of the physical abuse forms against a child, Shaken Baby Syndrome occurs as a result of caregiver's shaking the baby in the first months when the baby's crying crises cause frustration and disappointment in the parents. This syndrome is a condition that causes serious health problems such as intracranial hemorrhage, brain damage and bleeding in the eye, and may even result in death. Shaken Baby Syndrome, first identified in 1974 by an American radiologist, John Caffey, is the most common cause of serious neurological injuries caused by child abuse. Shaken Baby Syndrome, which has been present since then, is recognized as one of the most severe forms of child abuse and is a common cause of death among abused children. Therefore, a higher awareness is needed to describe the conditions that arise in infants.

The most important determinants of shaken baby syndrome in the diagnosis are brain hemorrhage and intraocular hemorrhage. It is very important to prevent the syndrome from occurring since it is not possible to restore the damage that occurs after children are shaken. The importance of preventive nursing interventions of pediatric nurses for babies at risk for shaken baby syndrome comes into prominence considering that this syndrome is a 100 percent preventable syndrome, and pediatric nurses play a key role in determining the risk of child abuse, preventing abuse, the care of the abused child and the family causing the abuse. Accordingly, pediatric nurses should evaluate the risk factors of parent, child and environment in terms of abuse. Awareness raising should be provided as a result of home visits, training for coping with stress, and ways of coping with anger and fatigue triggering shaking, especially for parents before and after the birth. Rehabilitation and rehabilitative nursing interventions should be planned in a multidisciplinary team for families with abuse.

Key Words: Child, nurse, shaken baby syndrome, abuse, forensic nursing.

Giriş

Çocuk sağlığını, fiziksel ya da psikososyal gelişimini olumsuz etkileyen; bir yetişkin, toplum ya da devlet tarafından bilinçli veya bilinçsizce yapılan tüm davranışlar çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir.¹ Çocuk istismarının bir formu olan sarsılmış bebek sendromu; bebeğin ilk aylarda sık olan ağlama krizlerinin ebeveynlerde oluşturduğu hayal kırıklığı ve kızgınlık sonucu bebeği sarsmasıyla ortaya çıkan ve bebekte kafa içi kanama, göz dibi kanaması ve beyin hasarı gibi çok ciddi sağlık sorunları yaratabilen, hatta ölümle sonuçlanabilen bir durumdur.^{2,3} Özellikle bir yaş altı çocuklarda yaygın görülmektedir. Aşırı derecede ağlayan bebeklerin ebeveynleri tarafından uygulanmaktadır. Sarsılmış bebek sendromu, önlenebilir bir sorundur.¹ Çocuklar sarsıldıktan sonra gelişen hasarın geri dönüşü olmadığı için sendrom oluşmadan önlemek çok önemlidir.³

Amerikan Pediatri Akademisine (APA) göre, “sarsılmış bebek sendromu” tanımı dışında “istismara bağlı kafa travması” veya kaza dışı oluşan sarsmayı tanımlamak için de “kaza dışı kapalı kafa travması” terimleri de kullanılmaktadır.³ Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 2018 yılında yapılan çalışmada 1.000-3.000 çocuğun her yıl sarsılmış bebek sendromuna maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Ayrıca sarsılmış bebek sendromuna uğrayan çocukların dörtte birinin öldüğü ve hayatta kalanların %80’inin kalıcı zarar gördüğü tespit edilmiştir.⁴ Amerikan Pediatri Akademisi verilerine göre ise sarsılmış bebek sendromu çoğunlukla 3 yaş veya daha küçük çocuklarda ortaya çıkmaktadır. Sendromun 5 yaşına kadar olan çocuklarda görüldüğü bildirilmiş olmasına rağmen, çoğu kurban 6 aylıktan küçüktür. Rapor edilen sarsılmış bebek sendromu insidansı, 1 yaşından büyük çocuklarda 14:100.000 ile 40:100.000 arasında değişmektedir. Erkekler ise sarsılmış bebek sendromu vakalarının %90’ında olayın failleridir.⁵

Ağlamak bebekler için yaşamın ilk dönemlerinde kendini ifade edebilmenin tek yoludur. Tüm bebekler yaşamlarının ilk üç ayında diğer dönemlerinden daha çok ağlarlar. “Aşırı ağlamanın” belirlenmiş bir tanımı olmamasına karşın, bebeklerin günde iki saate kadar ağlaması normal olarak kabul edilir.⁶ Yenidoğanlarda aşırı ağlama sarsılmış bebek sendromunu tetikleyici mekanizma olarak kabul edilmekte ve bebeklerin ağlama insidansı ile paralel seyretmektedir. Yenidoğan döneminde ilk ve önemli iletişim şekli olan ağlama primer bakım vericilerin dikkatini çekmek için kullandığı bir yoldur.⁷ Yenidoğanlar fizyolojik gereksinimleri başta olmak üzere birçok tıbbi nedene bağlı olarak da ağlamaktadırlar.⁸ Doğum sonrası dönemde yenidoğanların durdurulamayan ağlaması, bebeğin neden ağladığını anlamayan ve nasıl davranacağını bilemeyen ebeveynlerde kaygı ve öfkeye neden olmaktadır.^{3,9} Bu nedenle ebeveynlerin yenidoğan döneminde aşırı ağlama durumlarını, bebekleri avutma yöntemlerini ve stres ile baş etme yöntemlerini bilmeleri gereklidir.¹⁰ Bu konu ile ilgili çocuk hemşirelerinin ailelere eğitim verilmesi oldukça önemlidir. Çocuk hemşirelerinin çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki önemi göz önüne alındığında; sunulan bu çalışma ile çocuk hemşirelerinin sarsılmış bebek sendromuna yönelik bilgilendirilmesini amaçlayan derleme çalışmadır.

Tarihçe

Sarsılmış bebek sendromu ilk olarak Amerikalı bir radyolog olan John Caffey tarafından 1974’te uzun kemik kırıkları ve intrakraniyal kanama olan çocuklarda tanımlanmış ve sarsılmış bebek sendromu adını almıştır. Caffey çoklu yaralanmaları çocuk istismarı şüphesi ile açıklamıştır. Bu şüpheyi doğuran en önemli gözlem ise incelediği 6 vakada tipik olmayan radyolojik bulguların saptanmış olmasıdır. Caffey tarafından yapılan bu radyolojik çalışma sonucunda, “sarsılmış bebek sendromu” tanımı gelişmiştir ve bu tanımdan sonra birçok erkek ve kadının çocuk istismarı nedeniyle hüküm giymesine neden olmuştur.¹¹

Bebeklerin travma sırasında titreşime bağlı meydana gelen kafa yaralanmaları ve ağır kafa travmasına yatkın olması; bebeğin başının ağırlığının vücut ağırlığından fazla olması ve bebeğin boyun kaslarının zayıflığı nedeniyle kafa yaralanmalarına daha yatkın olmaları ile açıklanmıştır. Ayrıca bebekler kafa kontrolünden yoksun olduğu için yaralanmaya karşı koyamazlar veya zararı en aza indiremezler. Ani sarsılmanın kafa içerisindeki kan damarlarının yırtılması ve subdural hematoma gelişmesine neden olmaktadır.¹² Kafa travmalarına ek olarak, uzun kemik kırıkları ve retinal kanamaların belirgin bir şekilde

oluşması travma belirtileri olarak sayılmış ve sarsılmış bebek sendromu olarak adlandırılmıştır.¹³ Sonuç olarak 1974 yılından beri halen devam eden sarsılmış bebek sendromu, çocuklara yönelik istismarın en şiddetli türlerinden biri olarak kabul edilmiş ve istismara uğrayan çocuklarda sık rastlanan bir ölüm nedeni olmuştur. Bu nedenle, bebeklerde ortaya çıkan durumları tanımlamak için daha yüksek bir farkındalığa ihtiyaç vardır.¹¹

Epidemiyoloji: Elde edilen verilerin tek elde toplanmaması, ailelerden doğru anamnez alınamaması ve değişik tanıların kullanılması sarsılmış bebek sendromu sıklığının güvenilir bir şekilde belirlenmesini zorlaştırmaktadır.¹⁴ Yaşamın ilk yılında, sarsılmış bebek sendromuna maruz kalan bebeklerin %65'inde önemli nörolojik rahatsızlıklar vardır ve bebeklerin %5 ile %35'inin yaralanmalardan dolayı hayatını kaybettiği belirlenmiştir. Hayatta kalanların çoğunda ise bilişsel ve nörolojik bozukluk ortaya çıkmıştır.^{15,16}

Oral vd. yaptığı çok merkezli bir çalışma sonucuna göre Türkiye'de, 3 yaş altı çocuklarda "istismara bağlı kafa travması" sıklığını bildiren bir çalışmada; hastaneye subdural kanama, subaraknoid kanama, kafa kırığı, koma, retinal kanama, bilinç değişikliği nedeniyle kabul edilen 36 ay altı çocuklar geriye dönük olarak incelenmiş; olguların % 48'i kaza, % 22'si istismar, % 7'si olası istismar olarak belirlenmiş ve % 23'ünde neden saptanamamıştır.¹⁷ Aydın ve Çiftçi'nin 0-2 yaş arasında bebeği olan annelerin bebeklerindeki aşırı ağlamaya karşı verdikleri tepkileri, avutma yöntemlerini ve sarsma sonrasında oluşabilecek sarsılmış bebek sendromu hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla bir çalışmada ise annelerin %56,3'ünün bebekleri ağladığında çaresiz hissettiği ve onu sakinleştirmek için %54,5'inin sallama yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Annelerin bebeği ağlarken %7,9'unun sarstığı, %82,1'inin sarsılmış bebek sendromunu daha önce duymadığı belirlenmiştir. Ayrıca; bebeklerin cinsiyeti ile annelerin bebeklerini sarsma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiş olup, erkek bebeklerin daha çok sarsıldığı saptanmıştır.¹⁰

Risk Etmenleri: Sarsılmış bebek sendromunun gelişimine birçok etken sebep olmaktadır. Sarsılmış bebek sendromunun meydana neden olan etmenler çocuğa ait, aileye ait ve topluma ait risk faktörleri olmak üzere 3 bölüme ayırmak mümkündür.¹¹ Sarsılmış bebek sendromuna en fazla maruz kalan çocuklar genelde 1 yaş altında olup en fazla 2-4 ay arasındaki bebekler maruz kalmaktadır.¹⁸ Prematüre bebekler, genellikle hastaneden taburcu olduktan sonra sarsılmış bebek sendromu açısından risk altındadırlar. Ailelerin preterm doğumla gelen üzüntü, stres ve hayal kırıklıkları sebebiyle nasıl bir yol izleyeceğini bilememeleri vakaların sıklığını artırmaktadır.¹⁹

a.Çocuğa Ait Riskler: Kolik bir bebek olmak, sürekli ağlayan çocuk olmak, kız çocuk olmak, 3 yaşından küçük olmak, istenmeyen çocuk olmak, akut ya da kronik fiziksel veya mental hastalığı olmak, hiperaktivite olmak, üvey çocuk olmak.¹¹

b.Aileye Ait Riskler: Erken yaşta evlenmiş olmak, parçalanmış aile olmak, düşük eğitim düzeyinde olmak, alkol-uyuşturucu bağımlısı olmak, suça karışmış olmak, çocukken istismara uğramış olmak, fiziksel veya psikiyatrik hasta olmak, ekonomik olarak yetersiz olmak, işsiz olmak, üvey anne – baba olmak, aile içi şiddet durumunun olması, katı disiplin uygulayan bir aile olmak, ailenin sosyal olarak izole olması, aile de akut ya da kronik stres durumunun olması.¹¹

c.Topluma Ait Riskler: Çocuğu koruyan yasaların yetersiz olması, cinsiyet ayrımcılığının olması, kültürel normlar, işsizlik ve fakirliğin yüksek olması, uyuşturucu ve alkole kolay ulaşılabilir olması.¹¹

Bulgular ve Tanı

Sarsılmış bebek sendromunda oluşan klinik tablo istismara maruz kalmış çocuğun yaşına, fizyolojisine, hangi sıklıkla istismar edildiğine, istismarın ne kadar sürdüğüne ve istismar sırasında ne kadar güç kullanıldığına göre değişiklik gösterir. Çeşitli klinik belirtiler ve semptomlar gösteren bebeklere şüpheli yaklaşılmalıdır. Uyku düzeninde değişiklik veya uyuklama hali, kusma, sinirlilik, nöbetler, kontrolsüz ağlama, iştahsızlık gibi belirtilerin mevcut olması durumunda anamnez alınırken şüpheli olunmalıdır. Daha ciddi vakalarda, bebeklerde bilinç kaybı, solunum sıkıntısı, nabız alınamaması gibi belirtiler görülebilir ve acil müdahale yapılması gerekir.²⁰ Amerikan Pediatri Akademisi'nin istatistiklerine göre vakaların üçte biri hayatta kalmakta, üçte biri kalıcı hasara uğramakta ve üçte biri yaşamını

kaybetmektedir. Sarsılmış bebek sendromu genellikle geri dönüşümsüz hasara sebep olabilmektedir. En kötü durum ise çocukların yaralanmalardan dolayı hayatını kaybetmesidir. Hayatta kalan çocuklarda kısmi veya tam körlük, konuşma ve öğrenme zorlukları, işitme kaybı, kas zayıflığı veya felç, nöbetler, gelişimsel gecikmeler, hafıza ve dikkat sorunları, şiddetli zihinsel gerileme gibi ciddi durumlarla karşılaşılabilir.²¹ Bazen çocuk okula başlayıp okulda görülen öğrenme güçlükleri ve davranış problemleri ortaya çıkana kadar problem fark edilmemektedir. Fakat bu problemleri birkaç yıl öncesindeki istismara bağlamak zordur. Bu ve benzeri şikâyetlerle gelen çocuklarda tanı koymak zor olduğundan hastanın anamnezi alınırken özellikle düşme öyküsü “çocuk ne yapıyordu?” “nasıl/nereden/ne kadar yükseklikten düştü?”, “düşünce ne yaptınız?” gibi sorularla alınmalıdır. Ayrıca istismarı tetikleyebilecek olan etmenler (çocuğun ağlama davranışı, huy özellikleri, kolik varlığı, aşı öyküsü, tuvalet eğitimi) de sorgulanmalıdır.^{11,22}

Tedavi Süreci ve Seyir

Yaralı bebeklerde sarsılmış bebek sendromu olasılığını değerlendirmek için göz muayenesini de içeren kapsamlı fizik muayeneye ek olarak, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, iskelet araştırmaları ve diğer tıbbi testler kullanılmaktadır. Tedavi sürecini tamamlayarak hayatta kalan çocuklarda körlük veya görmede bozukluk, spastik parali, epileptik nöbetler ve konuşma bozuklukları gelişir. Mikrosefali, durağan ansefalopati, sağırlik, ventriküllerde genişleme ve beyin küçülmesi de görülebilen bozukluklardır. Ayrıca çocuk okula başladıktan sonra öğrenme güçlüğü, dikkat ve bellek problemleri ortaya çıkabilmektedir.^{20,3}

Koruma ve Önleme

Çocuklar sarsıldıktan sonra oluşan sekellerin çoğu kez geri dönüşümü mümkün değildir. Bu sebeple önleme programlarının uygulanması ve istismar oluşmadan önüne geçilmesi öncelikli yaklaşım olarak kabul edilmektedir.³ İstismarın önlenmesinde klasik olarak üç basamak bulunmaktadır. Birincil korunma yöntemleri ile istismar oluşmadan önlenmesi ve ebeveynin tüm çocukluk çağı boyunca desteklenmesi amaçlanır. Bu doğrultuda doğum öncesi ve sonrası ebeveynler için destek programları planlanmalı, çocuk gelişimi ve bakımı konusunda eğitim verilmeli, ev ziyaretleri yapılmalı, stresle baş etme konusunda eğitim verilmeli, bebeği sarsmayı tetikleyen kızgınlık ve bitkinlik ile baş etme yolları konusunda ülke çapında tüm ebeveynler desteklenmelidir. İkincil korunma yöntemlerinde, istismar açısından yüksek risk taşıyan ailelerin tanımlanması gereklidir. Böylece ailenin ihtiyaçları sağlanabilir veya çocukları bakım için bir merkeze yerleştirilebilir. Bu ailelerin sosyal desteklerinin artırılması konusunda da çalışmalar planlanmalıdır. Güçlü sosyal destek sistemi, ailede risk etmenleri olsa bile şiddeti azaltmada etkili olacaktır. Üçüncül korunma yöntemleri ise, ilk istismarın tanımlanması ve istismara uğrayanlarla birlikte istismar edenlerin de tedavi ve rehabilite edilmeleri, daha sonra olabilecek istismarları önlemek için zorunludur.¹

Hemşirelere bebek ile ilgilenen herkese bebeklerin ağlamalarının gelişimlerinin normal bir parçası olduğunu anlatmak, ağlayan bebek ile baş etme ve onu sakinleştirme yöntemlerini öğretmek, sarsmanın zararları hakkında bilgilendirme yapmak konusunda önemli rol düşmektedir.³ Sarsılmış Bebek Sendromu Ulusal Merkezi, anne ve diğer bakıcıların normal bebeklerin neden ağladığını anlamalarına yardımcı olmaya çalışan “Mor Ağlama Dönemi” adlı önleme programı sunmaktadır. Programla bazen anne, baba ve bakıcılarda stres, öfke ve hayal kırıklığı yaratabilecek kimi zaman dayanılmaz olan bebek ağlamasının tanımlanması bu durumu önlemek için insanları eğitmeyi ummaktadır. Ağlayan bebeklerle baş etme adına Dr. Harvey Karp tarafından 5S metodu geliştirilmiştir;

Bebek için anne rahmindeki sesin sabit gürültüsünü taklit eden ritmik sesleri kullanmak (Shushing).

Yan / karın pozisyonuna almak (Bebegin sol tarafına döndürülmesi - sindirime yardımcı olmak için).

Emme (Bebegin emmesine veya biberonla beslenmesini sağlamak ya da bebeğe emziğini veya emmek için parmağını vermek).

Kundaklama (Bebegi rahat bir şekilde ona yardımcı olmak için bir battaniyeye sarmak).

Yavaşça sallanması (Bir sandalyede gibi sallanması).

Bebek ağlamayı bırakmazsa; bebeğin temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olunmalıdır. Ateş gibi hastalık belirtileri kontrol edilmelidir. Bebekle konuşulmalı, şarkı söylenmeli ya da bebeğe gürültülü bir oyuncak verilmelidir.¹¹

Ebeveynlere korku, yetersizlik ve bitkinliklerinin normal olduğunu belirtmek ve cesaretlendirmek çok önemlidir. Çocuk hemşireleri bebeklerine bakım veren kişiye kendisi ile ilgili uygun tavsiyeler, dinlenme ve uykusuna dikkat etme, günlük işlerini planlama, egzersiz, bebekten ayrı kendilerine vakit ayırması gerektiği konusunda gerekli bilgiler verilmeli, evdeki diğer kişiler için yazılı bilgiler düzenlenip bu bilgilerin ulaşımı sağlanmalıdır.²⁰

Ayrıca bir çocuğun istismar edildiğine dair şüphe oluşmuşsa yetkili kurum ve kişilere bildirilmesi gerekir. Türk Ceza Kanunu'nun 278 ve 279. maddeleri doğrultusunda bir çocuğun istismar edildiğinden şüphelenen bir vatandaş veya görev alanında çocuk istismarı ile karşılaşan hemşire ve diğer kamu çalışanlarının istismar şüphesini yetkili kurumlara bildirim yapmakla sorumludur. Çocuğun fiziksel istismar açısından tehdit altında olduğu belirlendiğinde "155 Polis İmdat" hattı, acil tıbbi yardıma ihtiyacı olduğu belirlendiğinde "112 Acil Yardım" hattının aranması gerekir. Çocuğun fiziksel istismarının Cumhuriyet Başsavcılıklarına veya kolluk kuvvetlerine ihbar edilmesi gerekir.¹¹

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de çocuk istismarı ile ilgili farkındalık son yıllarda artmış olmasına rağmen sarsılmış bebek sendromu henüz istismarın bir alt tipi olarak çok az kişi tarafından bilinmektedir ve bu konuyla ilgili ülkemizde yalnızca kısıtlı sayıda bilimsel çalışma yapılmıştır. Çocukların istismarı ile mücadelede sağlık profesyonelleri önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık ekibi içerisinde hemşireler çocuk istismarını tanıma, önleme ve istismara uğrayan çocuk ve ailesinin bakımında ekibin etkin bir üyesi olarak çalışmaktadır. Sarsılmış bebek sendromunda koruma ve önlemede en önemli nokta farkındalığı arttırmak yani eğitimidir. Bu eğitimlerde ise bebek ile ilgilenen kişilere, bebeklerin özellikle ilk 6 aylık süreçte ağlamalarının gelişimlerinin normal bir parçası olduğu anlatılmalı, ağlayan bebek ile baş etme ve onu yatıştırma yöntemleri öğretilmeli, doğum sonrası dönemde bebek bakımı konusunda yetersiz gördüğü ebeveynleri evde ziyaret ederek, ısrarla ağlayan bebeklerin ağlama nedenleri ve bebeği nasıl avutacakları konusunda bilgi vermeli, sarsmanın zararlarını anlatmalıdır.¹¹ Ayrıca çocuk hemşireleri, ailelerin bebeklerin ihtiyaçlarının doğru bir şekilde algılanmasını ve karşılanmasını, uygun çevresel düzenlemelerin yapılmasını sağlamalıdır. Ağlayan bebeğin sakinleştirilmesinde doğru tutum ve davranışlar konusunda desteklemesi ve bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.⁹ Yine sarsılmış bebek sendromu şüphesi ile hastaneye gelen bir bebeğin değerlendirilmesinde tam bir anamnez alınması, sonrasında detaylı fizik muayene ve laboratuvar testlerinin yapılması konusunda olayın aydınlatılabilmesi için çocuk hemşirelerine ve diğer sağlık çalışanlarına önemli bir rol düşmektedir.¹⁶ Sonuç olarak ebeveynlerin sarsılmış bebek sendromu konusunda farkındalıklarının artması sağlanmalı, istismar saptanan ailelere yönelik multidisipliner bir ekip içerisinde iyileştirici ve rehabilite edici hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Bu hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde hemşireler profesyonelce aktif görev almalıdırlar.

Kaynaklar

1. Canbay ÇF, Şeker S. Sarsılmış bebek sendromunun yönetimi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi 2018; 10 (5) , 1-5.
2. Taşar MA, Şahin F, Polat S, İlhan M, Çamurdan A, Dallar Y, Beyazova U. Sarsılmış bebek sendromu önleme programının uzun dönem sonuçları: Türkiye deneyimi. Türk Pediatri Arşivi 2014; 49(3), 203-209.
3. Şahin F, Taşar, MA. Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. Türk Pediatri Arşivi 2012; 47(3), 152-158.
4. New York State Department of Health (NYSDOH), https://www.health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/sbs_fact_sheet.htm, Erişim Tarihi: 04 Kasım 2019.

5. EBSCO Information Services, (2018). https://www.ebscohost.com/assets-samplecontent/NRC_QL_Shaken_Baby_Syndrome.pdf, Erişim Tarihi: (04 Kasım 2019).
6. Baykan Z, Kondolot M , Baykan A . Sağlıklı bebeklerde yaşamın ilk dört ayında ağlama davranışı, ailelerin ağlamaya yaklaşımları ve bebeklerini sarsma durumları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2017; 11 (3), 159-164 .
7. Boztepe H. Özdemir L. Yenidoğan döneminde aşırı ağlama ve hemşirelik bakımı. Sağlık ve Toplum 2012; 22(3):3-7.
8. Cansever Z. Taşar MA, Şahin F, Çamurdan AD, Beyazova U. Ailelerin sarsılmış bebek sendromu konusundaki bilgi ve tutumları. Gazi Medical Journal 2012; 23(2).
9. Baykan Z, Kondolot M, Baykan A. Sağlıklı bebeklerde yaşamın ilk dört ayında ağlama davranışı, ailelerin ağlamaya yaklaşımları ve bebeklerini sarsma durumları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2017; 11(3), 159-164.
10. Aydın D, Çiftçi KE, Shaken baby syndrome of mothers and information about excessive crying and attitudes. Journal of Academic Research in Nursing 2018; 4(3): 172-178
11. Deleş B. Sarsılmış Bebek Sendromu. Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 2018; 1(3) , 1-13.
12. McCarthy K. Health problems of early Childhood. Wong's nursing care of infants and children. Elsevier Mosby 2015; s.557
13. Narang SK, Greeley CS. Lynoe et al. The Rest of the Story. Acta Paediatr 2017; 106:1047– 1049
14. Fujiwara T, Yamaoka Y, Morisaki, N. Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. Journal of Epidemiology 2016; 26(1), 4-13. doi:10.2188/jea.JE20140216.
15. Lynoe N, Elinder G. Insufficient evidence for ‘shaken baby syndrome’ a systematic review. Acta Paediatr 2017;106:1021–1027.
16. Rideout, L. Nurses’ perceptions of barriers and facilitators affecting the shaken baby syndrome education initiative: An exploratory study of a Massachusetts public policy. Journal of Trauma Nursing 2016; 23(3), 125-137.
17. Oral R, Sahin F, Gazioglu N. Tacklingdenial of abusive head trauma in Turkey. International shaken baby syndrome. Abusive Head Travma 2010; ss 3:30-4-30.
18. Edwards GA. Mimics of child abuse: can choking explain abusive head trauma? J Forensic Leg Med 2015; 35:33–37.
19. Paterson CR., Monk EA. Temporary brittle bone disease: association with intracranial bleeding. J Pediatr Endocr Met 2013; 26:417–426
20. National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingbs.pdf>, (Erişim Tarihi: 05.Kasım 2019).
21. Lynoe N, Eriksson A. Consensus should be adapted to evidence and not vice-versa. Acta Paediatr 2018; ss. 1-4.
22. Barber I, Kleinman PK. Imaging of skeletal injuries associated with abusive head trauma. Pediatr Radiol 2014;n 44:S613–S620
23. Moran DA, Findle KA, Barnes PD, Squier W. Shaken baby syndrome, abusive head trauma, and actual innocence: getting it right. Hous J Health L & Pol’y 2012; 12:209–312
24. Brawerman RS. Abusive head trauma and non accidental trauma: In Hay Jr. etal.,eds.,current diagnosis and management **pediatrics** 2011; s 412 .

ADLİ HEMŞİRELİK POSTER BİLDİRİLER

Poster 1 (ÖZET)

Araç Dışı Trafik Kazası Geçiren Hastaya Göz Polikliniğinde Hemşire

Yaklaşımı: Olgu Sunumu

Dilek Nakas*

*Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı

ÖZET

Adli tıp vakaları ile sık karşılaşılan göz polikliniğinde Oct (Makula/RNFL/Faf) görüntülemesi bölümümüzde doktor, hemşire ve teknisyen tarafından yapılmaktadır. Bu görüntüler somut ve bilimsel nitelik taşıdıkları için hekimin ve rapor heyetinin alacağı kararda etkili olmaktadır. İstenen tetkiklerin hasta ve yakınlarına açıklanması, uygun şekilde yapılması, kayıt altına alınarak hastalara eğitim ve danışmanlık yapılması hemşirenin rolleri arasında yer almaktadır. Olgumuzda araç dışı trafik kazası geçiren 58 yaşındaki erkek hastanın Oct çekimleri hemşire tarafından yapılmış olup, hasta çekim öncesinde ve sırasında hasta sürekli bilgilendirilerek, görüntüler kayıt altına alınmıştır. Çekimde makula santralinde görülen atrofinin Stargardt sendromu ile uyumlu ve görme alanında kayıp olduğu, kaza öncesinde göz bulguları bilinmediği için bu durumun daha öncesinden mevcut olduğu, sekel mahiyetinde olmadığı, kaza ile illeyitin bulunmadığı düşünülmüştür. Adli vakada uygun hemşirelik yaklaşımının yapılması ve Oct çekimlerinin duyarlı, bilgili personel tarafından çekilerek kayıt altına alınması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Adli vaka, trafik kazası, göz tomografisi, oct

ABSTRACT

In ophthalmology outpatients clinics, where a lot of medicolegal cases are encountered, the Optic Coherence Tomography tests (including Macula OCT, Retinal Nerve Filament Layer (RNFL) and Fundus Autofluorescence (FAF)) are carried out by physicians, nurses and technicians. As these images constitute a scientific proof of the patient's clinical state, they are crucial for the decision that the physician and the medicolegal committee make. The nurses' roles during this procedure include further explaining the workup to the patients and patients' relatives, implementing the tests appropriately, recording the results and counseling the patients. In our case, the OCT imaging of a 58-year-old man who was hit by an automobile was carried out by the nurse of our outpatient clinic. The patient was informed before and after the tests and the images were recorded. The atrophic lesion seen in the macula center was found to be compatible with Stargardt syndrome and a loss in the patient's visual field was identified. Since the ophthalmologic findings of the patient before the accident were unknown, these findings could not be interpreted as a sequela of the accident. In medicolegal cases, appropriate approach of nurses to patients are very important and it is vital that the OCT imagings are carried out and recorded by informed and competent personnel.

Key Words: Forensic case, traffic accident, eye tomography, oct

Poster 2 (ÖZET)

SAĞLIK BAKIMIYLA İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR

Health Care Related Infections

Beyza ŞEKERCİ*, Hüsna Özveren**

* Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 4. Sınıf Öğrencisi

** Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının eliminasyonu veya azaltılmasıdır. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonların önlenmesi Uluslararası Akreditasyon Komisyonu'nun (Joint Commission International-JCI) 2014 yılında yayınladığı hasta güvenliği hedefleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. Bu hedefler içerisinde yer alan sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar hasta güvenliği uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi çoğu sağlık kuruluşunun önemli bir sorunudur. En yaygın görülen sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar üriner sistem enfeksiyonları, cerrahi yara enfeksiyonları, solunum sistemi enfeksiyonları (pnömoni), kan dolaşım enfeksiyonları ve invaziv işlemlere bağlı enfeksiyonlar şeklinde görülmektedir.

Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonların kontrolünde hasta, hasta yakını ve çalışanlarda enfeksiyon oluşumunu ve bulaştırma riskini belirlemek ve azaltmak önemlidir. Etkin bir el yıkama programı uygulanmalıdır. Enfeksiyon kaynağı olabilecek aletlerde uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemleri kullanılmalıdır. Kapalı drenaj sistemi oluşturulmalı, uygun kateter bakımı yapılmalı ve dokunmadan pansuman yapılmalıdır (çift eldiven tekniği), antibiyotik kullanımının kontrol altına alınmalı, İzolasyon kurallarına uyulmalı, Enfeksiyonların önlenmesi konusunda tüm hastane personeli eğitilmelidir. Yer-duvar-laboratuvarların dezenfektanlarla temizlenmesi sağlanmalıdır. Kirli çamaşır ve atık toplanması/atık yönetimi prosedürüne uygun olarak yapılmalıdır. Gerekli durumlarda koruyucu ekipman kullanımı sağlanmalıdır. Enfeksiyon kontrolü en önemli kalite göstergesidir ve hasta güvenliğinin en önemli konusudur

Anahtar kelimeler: Hasta güvenliği, enfeksiyon, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyonlar

ABSTRACT

Patient safety is the elimination or reduction of patient damage caused by healthcare-related errors. The prevention of healthcare related infections is ranked fifth among the Joint Commission International-JCI's 2014 patient safety objectives. Among these goals, healthcare related infections have an important place in patient safety practices. Among these goals, healthcare related infections have an important place in patient safety practices. Control and prevention of infections is an important problem for most healthcare organizations.

The most common healthcare related infections are urinary tract infections, surgical wound infections, respiratory system infections (pneumonia), circulatory infections and infections due to invasive operations.

In the control of health-related infections, it is important to determine and reduce the risk of infection formation and transmission in patients, relatives, and employees. Policies and procedures should be adopted to prevent infections related to healthcare. An effective hand washing program should be implemented. Appropriate disinfection and sterilization methods should be used in instruments that may be sources of infection. Closed drainage systems should be established, proper catheter care should be performed and non-touch dressings should be done (double-glove technique), antibiotic usage should be controlled, isolation rules should be followed, all hospital staff should be trained in the prevention of infections. Cleaning of ground-wall-laboratories with disinfectant should be ensured. Dirty laundry and waste collection / waste management should be done in accordance with the procedure. Where necessary, the use of protective equipment should be provided. Infection control is the most important quality indicator and the most important issue of patient safety.

Key Word: Patient safety, infection, healthcare-related infections

Poster 3 (ÖZET)

DÜŞMELER

Falls

İrem Betül YILDIRIM, Sibel AŞKIN*

* Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

Özet

Düşmeler hastanede en sık görülen ikincil yaralanma nedenleri arasındadır. Düşmelerin önlenmesi Uluslararası Akreditasyon Komisyonu'nun (Joint Commission International-JCI) 2014 yılında yayınladığı hasta güvenliği hedefleri arasında da altıncı sırada yer almaktadır. Düşme yaralanma, ağrı, kırık, kanama gibi durumlara neden olmasının yanı sıra ölümlerle de sonuçlanabilir. Düşmelerin oluşturduğu yaralanmalar nedeniyle hastalar fonksiyon kayıpları yaşamakta ve bu durum hastanın hastanede kalış süresini uzatmaktadır. Hastanede kalış süresinin uzamasıyla tedavi maliyetleri artmakta, hastanın yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte ve hastaya bakım verenler ve hastane personeline bu durum, korku ve endişeye neden olmaktadır. Düşmeden kaynaklı zarar görme riskinin azaltılması ve tedavi sürecinin yürütülmesi amacıyla hasta düşmeleri takip edilen kalite indikatörlerine arasına alınmıştır. Bu nedenle düşmeye neden olan faktörlerin belirlenmesi ve düşmelerin önlenmesi önemlidir. Düşmelere neden olan bireysel faktörler, ileri yaş, sağ hemisfer lezyonları, öncesi düşme öyküsü, alt ekstremitelerde kas güçsüzlüğü, denge ve yürüme bozukluğu, görme bozukluğu, ilaç kullanımı, postural kan basıncında değişiklikler, yürümeye yardımcı araç kullanımı, yetersiz beslenme ve hipoglisemi, hipertansiyon, depresyon, inkontinans, geçirilmiş serebrovasküler hastalık şeklinde sıralanabilir. Çevreye ait düşme nedenleri ise, ıslak ve kaygan zemin, düzensiz dağınık oda, zayıf ışık, alçak seviyedeki tuvalet koltuğu, koltuk ya da sandalyedeki tekerleklerin bozuk ya da kilitli olması, merdiven parmaklıklarının veya kenarlarının sağlam olmaması, güvensiz veya kırık damar yolu askısı, monitör gibi araçların bulunması, yüksek seviyedeki yatak konumu ve uygunsuz veya büyük ayakkabı kullanımı örnek gösterilebilir. Düşme risk faktörlerinin belirlenmesi, hasta kabulünde tanılama aşamasında bir model, ölçek, skorlama sistemi kullanılması, gerekli önlemlerin alınması hastanın zarar görmesini engelleyecektir. Sağlıkta kalite kapsamında hasta güvenliğini sağlamak için düşmelerin önlenmesi konusunda düşme riski ölçekleri geliştirilmiştir. Hemşirelerin düşmelere karşı hasta güvenliğine yönelik riskleri belirlemesi ve bakım standartlarını artırıp risklere yönelik planlama uygulama ve değerlendirme yapması oldukça önemlidir. Düşmeyi önlemek için alınacak önlemler hasta güvenliği bilincini kazanmış sağlık personeli tarafından hastanın kliniğe kabulünden taburcu olmasına kadar devam etmelidir. Alınacak koruyucu ve temel önlemler doğru ve hastaya özgü olmalı hasta ve aile birlikte değerlendirilmelidir. Düşmelere karşı hasta ve hasta yakınına birlikte eğitim verilmeli bu şekilde risklere karşı bilinç oluşturulması sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Düşmeler, Hasta Güvenliği, risk

ABSTRACT

Falls are the second most common cause of injuries in hospital. Preventing falls is on the sixth place among the patient safety targets published by JCI in 2014. Falling causes situations like pain, bone fracture, bleeding and even death. Patients experience loss of functions due to injuries caused by falls and this prolongs the time patient stays in hospital. This prolongation increases the cost of treatment and nurses and other hospital personals terrifies and worries about this situation.

In order to reduce the risks of falling and carry out the falling treatment process, patient falls are included in the quality indicators monitored. Therefore, it is important to identify the factors that cause falls and to prevent falls. Individual factors that cause falls, advanced age, right hemisphere lesions, a history of pre-falls, muscle weakness in the lower extremities, balance and gait disturbance, visual impairment, drug use, changes in postural blood pressure, walking aid use, malnutrition and hypoglycemia, hypertension, depression, incontinence, previous cerebrovascular disease. Wet and slippery floor, messy and ragged room, weak light, toilet seat that placed lower, broke wheels on chairs or sofas, poorly placed stair rails or staircases, unsafe or broken vasculature, presence of items like monitors, highly placed beddings inappropriate or big shoe usage are examples of falls caused by the environment.

Determining the risk factors of falling, usage of a model or scaling a score system on diagnostics part of the patient admission and being precautionous will prevent any harm that patient may face. Falling risk scales are developed under health quality scope for patient security and prevention of falls. It is important for nurses to determine risks and increase nursing standards and take actions with preplanned applications patient security. It is very important that nurses identify risks for patient safety against falls and increase standards of care and implement planning and evaluation for risks. The precautions to be taken to prevent falls should continue until the patient is discharged from the hospital by the health personnel who have gained awareness of patient safety. Basic and protective preventions will be taken must be right, patient-specific and evaluation must be done with family. Patient and patients caretaker must be educated together thus nurses make sure that consciousness about risks are created.

Key words: Falls, patient safety, risks

SOSYAL HİZMET SÖZEL BİLDİRİLER

Sözel 1 (TAM METİN)

HASTA ROLÜNDEN MAHKÛM ROLÜNE: KELEPÇELİ OLMAK

From The Patient's Role To The Prisoner's Role: To Be Handcuffed

Ömer Faruk CANTEKİN*, Fatma ARPACI*, Ayşe Nur PEKASIL*

* Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Kontrolü ve denetlemeyi öncelikle rehabilitasyonu ikinci plana atan ve güç çatışmalarını içerisinde barındıran total kurumlardan olan cezaevlerinde bulunan hükümlü bireyler; kendilerine biçilen rollerle etiketlenen, sosyal baskıya maruz kalan ve kaynaklara ulaşma imkânları kısıtlanan dezavantajlı gruplar arasındadır. Hükümlü bireyler etiketlenmenin ve gruplamanın kendilerine biçtiği tek çeşit rol beklentisinin aksine kendi içlerinde farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma sonucunda oluşan, özel ihtiyaçları karşılanarak sosyal işlevselliklerinin artırılması, güçlenmelerine ve özgürleşmelerine katkı sağlanması gereken önemli bir grubu ise cezaevlerindeki hasta hükümlüler oluşturmaktadır. Küresel anlamda cezaevleri nüfusunda artış ve beraberinde daha uzun hapis cezaları cezaevlerindeki hasta hükümlü sayısını artırmıştır. Bu durum; cezaevlerinde hasta hükümlülerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesini, değerlendirilmesini ve karşılanmasını gerekli kılmaktadır. Bu çalışmada; tarihsel süreç içerisinde ceza ve cezaevlerinin dönüşümünün, cezaevi sosyal çalışmacılarının rol ve sorumluluklarının ve hasta hükümlülere yönelik sosyal hizmet uygulamalarının tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cezaevi, Hasta, Hükümlü, Sosyal Çalışmacı, Sosyal Hizmet

ABSTRACT

Prisons are total institutions which prioritize control and supervision, attaching rehabilitation less importance and containing power conflicts. Prisoners are disadvantaged because of being labeled with the roles expected from them, social pressure and restricted access to resources. On the contrary, labeling and grouping create a single kind of role expectation, but prisoners differ in themselves. As a result, groups with special needs are formed. Patient prisoners are among them. Therefore, it is necessary to increase the social functioning of the patient prisoners and to contribute to their empowerment and liberation. The increase in the number of prisoners in the global sense and the longer imprisonment have increased the number of patient prisoners. This situation necessitates determination, evaluating and providing of social work needs of patient prisoners. This study aims to discuss the transformation of punishments and prisons in the historical process, role and responsibilities of prison social workers and the social work practices for patient prisoners.

Keywords: Prison, Patient, Prisoner, Social Worker, Social Work

Giriş

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW)'nın sosyal hizmet disiplinine ilişkin tanımında, sosyal hizmetin güçlenmeye ve özgürleşmeye katkı sağladığına bununla birlikte insan hakları ve sosyal adalet ilkelerinin mesleğin temellerini oluşturduğuna vurgu yapılmıştır. Bu doğrultuda sosyal çalışmacıların, her koşulda insanların yaşadıkları baskı, ayrımcılık ve dezavantajlılık koşullarından kurtulmaları noktasında onlarla birlikte mücadele vermesi ya da verilen mücadeleleri desteklemesi gerekmektedir.

Azap çektirmenin ortadan kalkması ve seyirlik unsurun silinmesiyle beden in tutuklanması ortaya çıkmıştır (1). Tutuklanmak; bedene verilen acının yerini alan, bireyi etiketleyen, hükümlülük sürecinde ailelerinden uzak tutan, psikolojik, ekonomik, sosyal açıdan derin izler bırakan başlı başına bir cezadır. Avrupa Cezaevleri Kuralları, özgürlükten yoksun bırakarak hapseden kendisinin bir ceza olduğunu ve bu sebeple cezaevleri koşullarının ve yönetim şeklinin hapsedilmenin doğasında var olan sıkıntıyı daha da ağırlaştırmaması gerektiğine dikkat çekmektedir (2). Zira tutuklanmak her hükümlü için zorlu bir süreçtir. Cezaevi hükümlünün üzerine adeta bir aşağılama ritüeli gibi kapanmaktadır. Cezaevi süreci bireyin soyulması beraberinde takılarını, parasını, kişisel eşyalarını

bırakmasıyla başlar. Devamında tartılan ve boyu ölçülen bireyin sicil kaydı yapılır. Böylece birey sahip olduğu rollerini dışarıda bırakmaya zorlanırken kendisine biçilen yeni rolü de kabullenmesi beklenilir. Ailesi, çocukları, dostları, işi, boş zamanı... vb. dışarıda kalmıştır (3). Bu noktada; yapısı gereği güç çatışmalarının olduğu, kontrol ve denetlemeye öncelik veren total kurumlardan olan cezaevlerinde bulunan hükümlü bireyler; kendilerine biçilen rollerle etiketlenen, sosyal baskıya maruz kalan ve kaynaklara ulaşma imkânları kısıtlanan dezavantajlı gruplardır(4). Dezavantajlı grup olarak nitelenen hükümlüler etiketlenmenin ve gruplamanın kendilerine biçtiği tek çeşit rol beklentisinin aksine kendi içlerinde birçok açıdan farklılaşmaktadırlar. Dolayısıyla da her bir grubun özel ihtiyaçları oluşmaktadır ve özel ihtiyaçların karşılanmaması, yer ve zamana bağlı olarak istismar ya da ihmale sebep olduğundan hükümlülere karşı kötü muamele olarak da değerlendirilebilir (5).Özel ihtiyaçları karşılanarak sosyal işlevselliklerinin artırılması, güçlenmelerine ve özgürleşmelerine katkı sağlanması gereken önemli bir grubu ise cezaevlerindeki hasta hükümlüler oluşturmaktadır.

Tarihsel Süreç İçerisinde Cezaevleri

Tarihsel süreç içerisinde insanların kapatıldığı mekânlar uzun zamandır var olmakla birlikte modern devletlerin kuruluşuna kadar cezaevleri hükümlüye verilen özgürlüğü kısıtlayıcı cezaların yerine getirildiği bir kurum olarak görev yapmamıştır. Babil, Mısır, Yunan ve Roma uygarlıklarında rastlanan cezaevlerinde tutuklular, yargılanma ve cezalarının infazına kadar hapsedilmekte sonrasında suçlu bulunmaları halinde bedensel cezalara çarptırılmaktaydılar. Dolayısıyla bu uygarlıklarda özgürlüğün kısıtlanması cezanın infazına yönelik değildi (6).Cezaevlerine geçişin tarihsel süreci uygulanan yaptırımın türüyle doğrudan ilişkilidir. Tarihsel süreç içerisinde cezaevlerinde en çok kullanılan ceza türüyle karakterize olmuş üç dönem birbirini izlemektedir. Orta çağın ilk dönemlerinde kefarete ve para cezaları en pratik ceza yolu olarak uygulanmaktaydı. Orta çağın sonlarına doğru ise bedene acı vermeyi amaçlayan ve hayata yönelik cezalar ilk cezaların yerini almaya başlamıştır. Sonrasında ise bir suçun karşılığı olarak özgürlüğü kısıtlayıcı cezalar uygulanmaya başlamıştır (7).Bu noktada cezaevlerinin; modern devlet içerisinde ortaya çıktığı, kontrol ve gözetlemeye normalleştirmeye hizmet eden kurumlar olduğu söylenilebilmektedir (8, 9). Özgürlüğü bağlayan cezaların uygulanması 1555 yılında ilk defa İngiltere’de başlamıştır. Bridgewel Şatosunda inşa edilen çalışma evi olarak isimlendirilen mekânda serseri, fahişe, dilenci ve basit hırsızlık suçu işleyenlerin toplum için ortaya çıkardıkları olumsuz durumların azaltılarak topluma entegrasyonunun sağlanması amaçlanmıştır (6). Ancak ilk cezaevinin ne zaman ve nerede kurulduğuna dair bilgiler ortak değildir. Foucault, cezaevi modellerinin en eskisi ve diğer cezaevlerine ilham verenin 1596 yılında Amsterdam’da kurulan dilencilere ve genç suçlulara yönelik olan Rasphuis olduğunu belirtir. Rasphuis’in işleyişinde temelde üç ilke söz konusuydu. İlk olarak cezanın süresi bizzat yönetim tarafından belirleniyordu ve hükümlünün hal ve hareketlerine göre cezanın süresi üzerinde değişim yapılabilirdi. İkinci olarak hükümlüler 4- 12 kişilik hücrelerde kalıyorlardı ve ortaklaşa çalışmak zorunluydu. Son olarak ise katı bir zaman kullanımı, sürekli gözetleme ve “kötülükten uzaklaştırarak iyiye çekme” söz konusuydu. Foucault bu hapisanenin 16. Yüzyıl bireylerin zorunlu alıştırmalar ile pedagojik ve manevi dönüşümlerini sağlayacağını ortaya koyan teoriyle18. Yüzyılın ikinci yarısında hayal edilen özgürlükten yoksun bırakma teknikleriyle arasındaki bağı dikkat çekmiştir (1).Fransız İhtilali ile özgürlükten yoksun bırakma cezası ceza infaz sisteminin esası haline gelmiştir. Daha önceki dönemlerle suçluluğu önlemek için halkın önünde işkence yapmak ya da mahkûm bireyin hayatına son verme uygulamaları yerini modern ceza (değiştirip doğru yola yönlendirmek) sistemine bırakmıştır (10). 18. yüzyıldan günümüze kadar olan dönemde akademik, profesyonel ve ideolojik suç ve cezaya ilişkin tanımlamalar temelde klasik ve pozitivist olmak üzere iki ayrı yaklaşıma dayanmaktadır. Klasik yaklaşımın temsilcileri (Beccaria, Montesquieu, Bentham); suç önlemede cezalandırmayı temel almışlardır, cezanın esasınıtoplumsal yararı sağlamak olduğuna savunmuşlardır ve suçlu bulunan bireyin ceza alması gerektiğini mutlak adalet kuramıyla desteklemişlerdir. Buna karşılık, doğal ve biyolojik bilimlerde uygulanan gözlem ve deney yönteminin sosyolojik konularda da uygulanması gerektiğini vurgulayan Auguste Comte’un felsefesinin etkisiyle 1880’li yıllarda

pozitivist yaklaşım ortaya çıkmıştır. Pozitivist yaklaşımın temsilcileri (Lmbroso ve Ferri); suçlular üzerinde deneyler ve gözlemler yaparak onları suç işlemeye yönelten nedenleri araştırmışlardır. İrade özgürlüğünü reddeden pozitivistlere göre, suç temelde suçlu bireyin mizacına bağlı iç etmenlerle suçlunun yaşadığı ortama bağlı dış etmenlerin birleşmesinden meydana gelmektedir. Dolayısıyla pozitivist yaklaşımın temsilcileri suçlu davranışın biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir sonucu olduğuna vurgu yapmışlardır (10).Bu tarihsel bağlam içerisinde, cezalandırmayı ve kontrolü önceleyerek rehabilitasyonu ikinci plana atan bakış açısına karşılık sosyal hizmet pozitivist yaklaşımı kısmen desteklemektedir. Ancak sosyal hizmet; suçlu bireylere değer temelli bakışıyla, güçlenmeye ve özgürleşmeye yaptığı vurguyla pozitivist yaklaşımın ötesinde insancıl uygulamaların odak noktası olmuştur.

Cezaevlerinde Sosyal Çalışmacıların Rol ve Sorumlulukları

Cezaevlerinde görev yapan sosyal çalışmacıların rol ve sorumlulukları, Ceza İnfaz Kurumları ile Tevkif Evlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük (1967) ve Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi ile Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük (2006) kapsamında ele alınmaktadır. Cezaevlerinin psiko- sosyal yardım servislerinde görev yapan sosyal çalışmacılar;

- Personel ve hükümlülerin ruh ve beden sağlıklarına ilişkin koruyucu, önleyici ve geliştirici müdahalelerde bulunurlar.
- Hükümlülerin bireysel özelliklerini, yaşam koşullarını ve suç işleme nedenlerini belirleyerek bireysel gelişmelerine yardımcı olurlar.
- Hükümlü bireyin kuruma uyumuna ve tahliye sonrasında toplumsal yaşama uyumuna yardımcı olurlar.
- Tahliye sonrasında bireyin tekrardan suç işlemesine engel olmak için önlemler alırlar.
- Gerekli olan durumlarda kurum üst amirlerinin bilgisi dâhilinde hükümlünün ailesi ve sosyal çevresiyle mesleki uygulamalar gerçekleştirirler (11, 12).

Bu tanımlar çerçevesinde cezaevlerinde sosyal çalışmacıladradli sisteminin üyeleridir ancak ceza adalet sistemi terimleri (cezalandırma, sıfır tolerans, suçlu kişiliği) karşısında sosyal hizmet mesleki terimleriyle (rehabilitasyon, güçlendirme, özgürleştirme, sosyal adalet) farklı bir paradigma ortaya koymaktadırlar. Cezaevleri sosyal çalışmacıları, hazırladıkları sosyal inceleme raporuyla hükümlülerin ve tutukluların kimlik, varsa önceki suç, sağlık, aile, yaşadıkları yer, arkadaş çevresi, eğitim, kişisel özellikleri ilişkin bilgilerini ayrıca sosyal ve ekonomik durumu, bilişsel ve psikolojik durumu, alkol ve madde kullanım durumunu, hâlihazırdaki işlevsellik durumunu ve olası riskleri değerlendirirler. Değerlendirmelerinde hükümlülerin toplumla bütünleşmesi açısından ihtiyaç duydukları hizmetleri, programları ve kaynakları belirlerler. Bu noktada; psiko-sosyal danışmanlık vererek, yaşam becerilerini öğreterek ve rehabilitasyon gruplarını yöneterek hükümlülerin daha iyi bir yaşam düzeyine erişebilmelerini, bulundukları bağlamda yaşadığı sorunları en aza indirebilmelerini, bireysel, ailesel ve cezaevi koşullarına ilişkin sorunlarını çözebilmelerini ve yeniden toplumla bütünleşebilmelerini sağlayacak müdahalelerde bulunurlar. Bu müdahaleleri gerçekleştirirken sosyal hizmet bilgi ve becerilerini kullanmaktadırlar ve sosyal hizmet değerlerine bağlı kalmaktadırlar.

Cezaevlerinde HastaHükümlü Profili

Suç eğilimlerindeki düşüşe rağmen küresel anlamda cezaevleri nüfusunda 2000-2015 yılları arasında neredeyse % 20'lik bir artışın olması (13) ve beraberinde daha uzun hapis cezaları cezaevlerinde özel gereksinimleri olan hükümlü sayısı artırmıştır. Bu durum ise cezaevlerinde özel gereksinimleri olan hükümlülerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesini, değerlendirilmesini ve karşılanmasını gerekli kılmaktadır. Ancak özel ihtiyaçları olan hükümlülerin sayısı, ihtiyaçlarının kapsamı ve bunların en iyi şekilde nasıl karşılanacağı hakkında mevcut bilgiler oldukça yetersizdir.

Ülkemizde 01/ 09/ 2019 tarihi itibarıyla, 272 kapalı ceza infaz kurumu, 76 müstakil açık ceza infaz kurumu, 4 çocuk eğitimevi, 9 kadın kapalı ceza infaz kurumu, 7 kadın açık ceza infaz kurumu ve 7 çocuk kapalı ceza infaz kurumu olmak üzere toplam 355 ceza infaz

kurumu bulunmaktadır bu kurumların toplam kapasitesi ise **219.270** kişiliktir (14). Mevcut ceza infaz kurumlarında sürekli tahliye ve yeni girişlerin olmasından dolayı hasta hükümlülere ilişkin kesin bir rakam ortaya konulamamaktadır. Bu duruma dikkat çekerek, İnsan Hakları Derneği Hapishane Komisyonunun “Türkiye Cezaevlerindeki Hasta Mahpuslar” adlı 09.02.2019 tarihinde güncelledikleri listede ülkemizde mevcut ceza infaz kurumlarında 457 ağır olmak üzere 1333 hasta mahpus bulunmaktadır.

Cezaevlerinde Hasta Hükümlülerle Sosyal Hizmet

Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar sözleşmesinin 12. maddesinde tüm bireylerin mümkün olan en yüksek düzeyde fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkından bahsedilmektedir. Bununla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “erişilebilen en yüksek sağlık düzeyine ulaşmak; din, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve toplumsal durum ayrımı yapılmaksızın her insan için temel haklardan biridir” diyerek sağlık hakkına vurgu yapmıştır (15). Türkiye Cumhuriyeti Anayasın da ise sağlık hakkı; sağlıklı olma hakkı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı birleşenleri üzerinden ifade edilmiştir. Dolayısıyla hükümlü olmak bireyin sağlık hakkını ortadan kaldıran bir süreç değildir. Aksine, devletler özgürlüklerini kısıtladıkları bireyleri sağlıklı koşullar altında alıkoymak ve alıkonuldukları koşullar sebebiyle hasta olmaları durumunda bakımlarını gerçekleştirmekle yükümlüdür (16). Bu noktada hasta hükümlülerin; tanımlanması, ihtiyaçlarının tespit edilmesi, sorunlarının ortaya çıkarılması, uygun desteklerin sağlanması, kaynaklarla iletişimin kurulması ve gerekli yasal mevkilere seslerinin duyurulması için sosyal hizmet müdahalelerine daha fazla gereksinim duyulmaktadır. Ancak bu belirgin ve giderek artan gereksinime rağmen, cezaevlerinde tarihsel olarak yetersiz sosyal hizmet müdahaleleri söz konusudur. Bu çalışmada hasta hükümlülere yönelik sosyal hizmet müdahaleleri; cezaevleri koşullarının geliştirilmesini veya dönüştürülmesini içeren koruyucu- önleyici müdahaleler ve sağlık hizmetlerine erişimi, sosyal yardımı ve sosyal destek ağlarını içeren iyileştirici müdahaleler olmak üzere iki bağlamda ifade edilecektir.

Bireyler cezaevine girerken ya da cezaevi sürecinde çeşitli kategorilerde hastalıklardan mustarip olabilirler. Bu hastalıklar;

- Cezaevine girmeden önce sahip olunan kronik hastalıklar olabilir.
- Epilepsi, astım, diyabet, bulaşıcı hastalıklar, nörotik hastalıklar vb. birinci basamak tedavisinin cezaevi dışında yapılması gereken hastalıklar olabilir.
- Kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı gibi suç içerikli davranışlar açısından risk faktörü oluşturan sağlık sorunları olabilir.
- Özgürlükten yoksun bırakmanın yol açtığı; nörotik hastalıklar, tüberküloz, romatizma, astım vb. gibi fiziksel ya da kendine zarar verme, intihara teşebbüs, anksiyete vb. gibi psikolojik hastalıklar olabilir (17).

Hasta mahkûmun sağlığının biyo-psiko-sosyal ve tinsel açıdan tam bir iyilik hali içerisinde olması cezaevi sürecinde olduğu kadar tahliye sonrası içinde oldukça önemlidir. Cezaevi ortamının bireyin hayat standartlarını, sağlığını ve vücut bütünlüğünü hem fiziksel hem de ruhsal olarak koruyacak düzeyde olması gerekmektedir. Cezaevi binalarının iklim şartlarına uyumlu olması, mahkûm başına düşen metreküp hava miktarının yeterli olması, mahkûm başına düşen metrekare yaşam alanının yeterli olması, görme yetisine zarar vermeyecek yeterli aydınlatmanın olması, ışıktan ve havadan faydalanmayı sağlayacak yeterli pencerelerin olması BM Mahpusların Islahı için Asgari Standart Kurallar içerisinde yer almaktadır. Bu kriterlerin dikkate alınmaması durumu özellikle kronik hastalar için hayati bir tehdit oluşturabilirken diğer mahkûmlar içinde hastalık risklerini oluşturmaktadır. Yetersiz cezaevi koşulları hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyerek bireyin iyilik halini etkilemektedir. Bundan dolayı cezaevlerindeki hasta mahpuslar sosyal hizmet mesleği açısından özellikle savunmasız bir grubu temsil etmektedirler. Cezaevi sosyal çalışmacıları savunuculuk rolünü yerine getirerek mahkûmların sağlıklı koşullarda yaşamlarını sürdürmeleri önündeki engelleri kaldırmaya yönelik müdahalelerde bulunmalıdırlar.

Mahkûmlar için özgürlüğü kısıtlayıcı bir ceza almış olmalarının zorlayıcı sonuçlarından birisi sevdikleri ve sorumlu oldukları kişilerden ayrı kalmak zorunda olmalarıdır. Bu durum ise mahkûm için ayrı bir stres kaynağıdır (17). Cezaevinde hasta mahkûmların aileleriyle kurmuş olduğu iletişim ve ailenin bireye sağladığı fiziksel ve psikolojik yardım hükümlü için ciddi bir sosyal destek mekanizmasıdır. Bu sosyal destek hem bireyin hastalık sürecini olumlu yönde etkilerken hem de cezaevinden ayrılmasından sonra rehabilitasyonunu desteklemede önemli bir rol oynamaktadır (18). Ancak hasta mahkûmun kaldığı cezaevinin ailenin ikamet ettiği yere olan uzaklığının aileye yaşattığı maddi ve manevi zorluklar aile ile kurulan iletişimi zorlaştırmaktadır.

Aynı zamanda, özgürlüğü kısıtlayıcı ceza almış olmak hasta mahkûm ve ailesini ekonomik bir bedel ödemeye mecbur bırakmaktadır. Hasta mahkûmların birçoğu ekonomik yoksunluk içerisinde bulunmaktadırlar; çünkü kendilerinden başka dışarıda yaşamlarını devam ettirmeye çalışan aile üyelerinin de maddi kaynak sıkıntıları meydana gelmektedir (17). Bu noktada evin geçimine katkıda bulunan bir yetişkinin cezaevine girmesi tüm aileyi zor duruma sokabilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Özgürlükten yoksun bırakma başlı başına bir cezadır. Bunun dışındaki her hangi bir eylem ya da ihmal ekstra bir cezaya dönüştürülmemelidir. Cezaevlerinde bulunan hasta hükümlüler diğer tüm insanlar gibi sağlık hizmetlerinden yararlanması bunun içinde sağlık hizmetlerine kolay ulaşması gerekmektedir. Zira erken teşhis ve tedavi ile kolay bir şekilde çözülebilecek olan sağlık problemleri cezaevleri koşullarında hayatı tehlikeye atabilecek boyutlara ulaşması söz konusu olabilir. Sonuç olarak, hasta mahkûmların sosyal hizmet gereksinimleri karşılandıkça sosyal işlevsellikleri artacaktır ve daha nitelikli yaşam koşullarına sahip olacaklardır. Bu noktada;

- Hasta hükümlülerin cezaevlerine ilk girdiklerinde korku ve panik halini azaltacak cezaevine uyumunu sağlayacak etkili programlar geliştirilmelidir.
- Hasta hükümlülere aynı veya nakdi yardım sağlayan sosyal yardım kuruluşlarından faydalanmalarını sağlamak için sosyal çalışmacılar aracı rolünü yerine getirmelidirler.
- Sunulan sağlık hizmetlerinin mevzuata uygunluğunu sağlanmalıdır.
- Hasta hükümlülerin yeterli düzeyde sağlıklı yaşam koşullarına ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır. Sağlık hizmetleri ve hasta hükümlülerin hekimle görüşme talepleri gecikme olmaksızın karşılanmalıdır.
- Hasta hükümlülerin tanı, değerlendirme ve ihtiyaçlarının karşılanmasına önem verilmelidir.
- Tahliye sonrası barınma gereksinimini karşılayamayacak olan hasta hükümlülerin barınma giderlerini karşılayabilecek gerekli maddi yardım ya da kalacak yer temin edilmelidir.
- Yemekler, yeterli ölçüde besin değerine sahip ve makul çeşitlilikle olmalıdır. Sağlık sorunu olan hükümlülere hekim kontrolünde özel diyet yemeği verilmelidir.
- Kantinde satılan ürünler yeterli çeşitlilikte ve fiyatlar cezaevi dışındaki ürünlerle eşit düzeyde olmalıdır.

Kaynakça

1. Foucault, M. Hapishanenin Doğuşu. 8. Baskı. (M. A. Kılıçbay, Çev.) Ankara: İmge Kitapevi, 2019: 42-190.
2. Türk Hukuk Sitesi. (2019,0816).<https://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=31817> adresinden alındı
3. Breton, D. L. Ten ve İz. 2. Baskı. (İ. Yerguz, Çev.) İstanbul: Sel Yayıncılık, 2011: 89
4. Berger, P. L., & Zijderfeld, A. C. Şüpheye Övgü. (K. Canatan , R. Bal, & H. Yar, Çev.) İstanbul: Açılım Kitap, 2018: 44.
5. Korkut , B. Türkiye’de Hasta Mahpus Olmak. 2. Baskı. İstanbul: TCPS Kitaplığı, 2018: 32-33
6. Artuk, M. E., & Aışahin , M. E. Hapis Cezalarının ve Cezaevlerinin Tarihi Gelişimi. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2016;. 21(2), 145- 185.

7. Demirbaş , T. Hürriyeti Bağlayıcı Cezaların ve Cezaevlerinin Evrimi. E. G. Naskali, & H. O. Altun (Dü) içinde, Hapishane Kitabı. İstanbul: Kitabevi, 2005: 3.
8. Saygılı, A. Mikro-İktidarın Bir Fiziki: Hapishane. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2004; 53(2), 177- 196.
9. Bahar, H. İ. Hapishaneler, Sorunlar ve Çözüm Arayışları. E. G. Naskali, & H. O. Altun (Dü) içinde, Hapishane Kitabı İstanbul: Kitabevi, 2005: 41- 58.
10. Gökçen , A., Artuk, M. E., & Yenidünya, A. C. Ceza Hukuku Genel Hükümler. Ankara: Adalet Yayınevi, 2013: 30, 682.
11. T.C. Resmi Gazete. Ceza İnfaz Kurumları ile Tevkif Evlerinin Yönetimine ve Cezaların İnfazına Dair Tüzük, 1967: 12662.
12. T.C. Resmi Gazete. Ceza infaz kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük, 2006: 10218.
13. Van Hout, M., & Mhlanga- Gunda, R. Prison Health Situation and Health Rights of Young People Incarcerated in Sub-Saharan African Prisons and Detention Centres: A Scoping Review of Extant Literature. *BMC int Health Hum Rights* 2019; 19(1).
14. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü. (2019, 9 17). [http://www.cte.adalet.gov.tr/adresinden alındı](http://www.cte.adalet.gov.tr/adresinden%20alindi).
15. Algier, L., Ökdem, Ş., Beder, A., & Çobanoğlu, N. Sağlık Sorunu Olan Hükümlülerde Yaşanan Etik Sorunlar. E. G. Naskali, & O. H. Altun (Dü) içinde, *Hapishane Kitabı* İstanbul: Kitabevi, 2005: 248- 253.
16. Coyle, A. Cezaevi Yönetimine İnsan Haklarını Göz Önüne Alan Bir Yaklaşım. London: International Centre For Prison Studies, 2002: 49
17. Soytürk, S. Hükümlü ve Tutukluların Sosyal Hizmet Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi: Karaman M Tipi Kapalı- Açık Cezaevi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, 2013: 29-31.
18. Hm Inspectorate of Prisons. HM Chief Inspector of Prisons for England and Wales Annual Report 2015–16. UK: Crown Copyright, 2016.

Sözel 2 (TAM METİN)

SAĞLIK TEDBİRİ OLAN ÇOCUKLARIN BAZI ÖZELLİKLERİ

Ayşe ER FAZLIOĞLU*, Cengiz ÖZBESLER**

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet

Bölümü

ÖZET

Ülkemizde “Korunmaya muhtaç çocuk” kapsamında değerlendirilen çocukların 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu gereğince takipleri, koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile yapılmaktadır. Sağlık tedbiri, bu tedbir kararlarından bir tanesidir. İhmal ve/veya istismar mağduru çocukların özellikle ruh sağlığı yönünden tedavileri sağlık tedbiri kapsamında yürütülmektedir.

ABSTRACT

The monitoring of children who are considered as children in need of protection in our country are carried out with the necessary preventive and supportive measures to be applied in accordance with the Law No. 5395 on Child Protection. The health precaution is one of the mentioned measures. Medical care of children who are victims of negligence and/or abuse is carried out within the scope of health care precautions, especially in terms of mental health.

1. Giriş

Bir toplumun çocuklara ne kadar önem verdiği ne kadar gelişmiş olduğunu gösteren öğelerden biridir. Her çocuk bakım ve gözetiminin iyi şartlarda yapıldığı, kötü muameleye maruz kalmadığı, kendini güvende hissettiği, korunduğu bir ailede ve ortamda büyüme hakkıyla doğar. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin, çocuk hakları konusuna özellikle önem verdikleri görülür (1,2).

Çocuk koruma sistemi, çocukların ihmal ve istismardan kaynaklanan “risk” ten korunması için kendilerine sağlanan hizmet veya yardımların bütünü olarak tanımlanmaktadır (3). Çocuk Hakları Sözleşmesi Madde 24’e göre, her çocuğun sağlık yönünden en iyi hizmeti alma hakkı vardır. Fakat sağlık hizmeti konusunda ailelerin yetkileri, ailelerin sorumluluk rolü üstlenebilecek yeterli koşulları olmadığında veya çocuklarına karşı ilgili olmadıkları zamanlarda mahkemelerce engellenir (4).

Çocuk refahı alanı, tarihsel sürece baktığımızda sosyal çalışma disiplininin her dönem temel çalışma alanlarından biri olmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, bulundukları ülkelerin çocuk koruma sistemleri aracılığıyla, çocukların ve ailelerinin problemleri için çözüm önerileri geliştirir, ihtiyaç ve gereksinimlerinin sosyal kurumlarca karşılanmasını sağlamaya çalışır, gerçekleştireceği müdahalelerle mesleki rollerini yerine getirirler. Çocuk refahı alanı, devletin bakım kurumlarını, ihmal ve/veya istismara uğradığı tespit edilen çocukları korumayı, onlara uygun hizmet modelleri geliştirmeyi hedefleyen koruyucu, önleyici, rehabilite edici çalışmaları kapsamaktadır (5).

Sosyal hizmet mesleği çalışanlarının, aile ve çocuk refahı alanında çalışırken öncelikli görevlerinden biri ihmal ve istismarı önleyici erken müdahale politikaları geliştirilmesine katkı sağlamaktır; risk altındaki çocukların ihmal ve istismardan uzak tutulabilmelerinin yolu, çocukların ve ailelerinin ihtiyaç ve gereksinimlerini belirleyerek, çocuk odaklı erken müdahale programları geliştirmektir (5). Ekolojik sistem yaklaşımına göre de, koruyucu önleyici çalışmalar yapılarak çocuklar için risk faktörlerinin ortadan kaldırılarak ailelerin güçlendirilmesi gerekmektedir (6).

Ülkemizde çocuk koruma sistemine tarihsel olarak baktığımızda, 1983 yılında “2828” sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası çıkarılmıştır. Daha sonra 2005’te yürürlüğe giren Çocuk Koruma Yasası bu alandaki en yeni düzenleme

niteliğindedir. Günümüzde Türkiye’de çocukların korunmasına ilişkin düzenlemeler; 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yasası ve 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu hükümlerine tabi olmuştur(7).

Ülkemizde korunma ihtiyacında olan çocuk; “Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuk” şeklinde tanımlanmaktadır. Söz konusu çocuklar koruyucu ve destekleyici tedbir kararları ile korunurlar. Çocuk Koruma Kanununda sözü edilen tedbir kararlarının nasıl tanımlandığına baktığımızda;

d) Sağlık tedbiri, çocuğun ruhsal ve fiziksel sağlığının korunması, tedavisi için tıbbi bakım ve rehabilitasyonunun sağlanmasına, bağımlılık yapıcı madde kullananların tedavilerinin yapılmasına, şeklinde tanımlandıkları görülmür (8,9).

Sağlık tedbiri uygulaması ile takip ve tedavisi sürdürülen çocukların büyük kısmının ergenlik döneminde olduğu görülmektedir. Sağlık tedbiri uygulaması başlatılmasının başlıca nedenlerinin cinsel istismar, ihmal ve fiziksel istismar sebebiyle olduğu görülmür. Dolayısıyla ihmal ve istismara maruz kalan çocukların ruh sağlığı ekibi tarafından uzun dönem takip ve tedavi altına alınması gerekmektedir. İhmal ve istismarın çocuklar ve ergenler üzerindeki etkilerine derinlemesine bakmak, uygulanacak tedavinin niteliği açısından faydalı olacaktır. Ayrıca aile işlevlerinde bozukluk, çocukta eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar(DEHB, davranım bozukluğu, zeka geriliği vb.) olması sebebiyle, sağlık tedbiri uygulaması çocukla birlikte aileyi de kapsayan planlı bir tedaviyi gerektirmektedir.

Cinsel istismar, “Cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin ya da kendinden en az 4 yaş büyük bir başka kişi tarafından zorlanarak veya ikna ile cinsel haz amacıyla maruz bırakıldığı cinsel davranışlardır.” Cinsel istismar fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, hukuki ve kültürel boyutlarıyla karmaşık bir sorundur (10). Cinsel istismar; mağdurlarının yaşadıkları cinsel istismarın kısa ve uzun dönemli örseleyici ve yıkıcı etkilerini yaşadıkları önemli bir toplumsal sorundur(11).Genel olarak kızlar ve erkekler eşit olarak istismara maruz kalsalar da, fiziksel istismara erkeklerde, cinsel istismara ise kızlarda daha sık rastlandığı belirlenmiştir (12).

Cinsel istismar mağduru çocuklarda, ruhsal sorunların gelişme oranının %60’dan daha fazla olduğu bildirilmiştir (13). Soylu ve ark.’nın yaptığı çalışmada, cinsel istismar mağdurlarının %67.1’inde ruhsal bozukluk saptanmıştır ve TSSB(Travma sonrası Stres Bozukluğu) ve MDB(Majör Depresif Bozukluk) en sık konulan tanılardır (14).

İhmal, fiziksel istismardan da sık görülmesine rağmen çocuğun ölümü veya yaralanması ile sonuçlanmadığı sürece ne yazık ki göz ardı edilebilmektedir (15). Aslında çocuk ihmal de en az çocuk istismarı kadar önemlidir. Çocuk ihmal, çocuğun bakımını ve gözetimini yapmakla yükümlü olan kişi veya kişilerin çocuğun koruma, beslenme, bakım, sağlık, eğitim gibi konularda ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, çocuğu yalnız bırakması şeklinde tanımlanabilir. İhmalin pasif, istismarın ise aktif davranışlardan oluştuğu söylenebilir (16).

Çocuklar şiddet uygulayan ebeveynlerini model alır ve onları taklit ederler (17). Çocuk gelişimi açısından şiddet içeren bir aile ortamında yetişen bireyin ruh sağlığının olumsuz olarak etkilendiği ve böylece toplumun şiddet algısının şekillendiği görülmektedir (18). Sosyal öğrenme teorisine göre, çocuklar sevdiği ve saygı duyduğu anne ve babasından gördüğü davranışları taklit ettiği için şiddet ortamında büyüyen çocuk, tartışmaları şiddet olmadan çözme ve öfke kontrolünü öğrenemez (19).

Ülkemizde madde kullanım yaşı küçülmemekte, kullanıma oranı artmakta ve bunlara bağlı olarak çocuk ve ergenler madde kullanım bozukluğu yönünden risk grubu olmaktadır (20,21). Madde bağımlılığı ile ilgili bugünkü yaklaşım, biyopsikososyal model bakışla şekillenmiştir. Biyopsikososyal modelde, bağımlılık psikolojik, biyolojik

ve sosyal etkenlerin birleşimi ile açıklanır. Bağımlılık, bunların birinden dolayı değil, bu faktörlerin birleşmesiyle meydana gelir (22).

2. Materyal Ve Metod

Bu çalışmada nicel araştırma tekniklerinden “genel tarama modeli” kullanılmıştır. Çalışma grubunu Ağustos 2017 - Nisan 2018 tarihleri arasında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine yönlendirilen ve hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan 122 aile oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından görüşme formu oluşturulmuştur. Görüşme formundan elde edilen bilgiler SPSS 15 paket programı ile değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

3.1. Hakkında Sağlık Tedbiri Uygulaması Olan Çocuklara İlişkin Bulgular

Tablo 3.1. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların cinsiyet dağılımları.

Cinsiyet	Sayı(n)	Oran(%)
Kız	82	67,2
Erkek	40	32,8
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 82’si (%67,2) kız, 40’ı (%32,8) erkektir.

Tablo 3.1. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların yaş dağılımları.

Yaş	Sayı(n)	Oran(%)
4-9 Yaş	18	14,8
10-13 Yaş	24	19,7
14-16 Yaş	37	30,3
17-18 Yaş	41	33,6
Cevaplamayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 18’i (%14,8) 4-9 yaş, 24’ü (%19,7) 10-13 yaş, 37’si (%30,3) 14-16 yaş, 41’i (%33,6) 17-18 yaş aralığında yer almaktadır. Katılımcıların 2’si (% 1,6) bu soruyu cevaplamamıştır.

Tablo 3.2. Sağlık tedbiri uygulaması olan ve anne babası boşanmış çocukların velayetlerinin kimde olduğuna ilişkin dağılımları.

Velayet	Sayı(n)	Oran(%)
Annede	39	32,0
Babada	20	16,4
Cevaplamayan	63	51,6
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan ve anne babası boşanmış çocuk sayısı 59 olup, velayetin 39’u (%32,0) annede, 20’si (%16,4) babadadır. Katılımcıların 63’ü (% 51,6) bu soruyu cevaplamayan ve aile bütünlüğü devam eden anne babalardır.

Tablo 3.4. Ailelerin sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağlayıp sağlamadığına ilişkin düşüncelerinin dağılımları.

Katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünme	Sayı(n)	Oran(%)
Katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünüyorum	56	45,9
Katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmüyorum	62	50,8
Cevaplamayan	4	3,3
Toplam	122	100,0

Ailelerin 56’sı (%45,9) sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmekte iken, 62’si (%50,8) sağlık tedbiri uygulamasının

çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Katılımcıların 4'ü (%3,3) bu soruyu cevaplamamıştır.

3.2. Sağlık Tedbirine İlişkin Bulgular

Tablo 3.5. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların haklarında neden sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığına ilişkin dağılımları.

Neden Sağlık Tedbiri Uygulaması Başlatıldığı	Sayı(n)	Oran(%)
Cinsel istismar	79	64,8
İhmal	17	13,9
Fiziksel istismar	7	5,7
Boşanma sonrası mahkeme kararıyla çıkarılan destekleyici tedbir olarak	6	4,9
Madde kullanımı	3	2,5
Evden kaçma	2	1,6
İlaç reddi	1	,8
Obezite	1	,8
Psikolojik istismar	1	,8
Çevreye fiziksel zarar verme	1	,8
İstismar şüphesi	1	,8
Ebeveyn Kaybı Sonrası Psikolojik Destek Alması İçin	1	,8
Bulunamayan	2	1,6
Toplam	122	100,0

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocuklardan 79'una (%64,8) cinsel istismar, 17'sine (%13,9) ihmal, 7'sine (%5,7) fiziksel istismar, 6'sına (%4,9) boşanma sonrası destekleyici tedbir olarak, 3'üne (%2,5) madde kullanımı, 2'sine (%1,6) evden kaçma, 1'ine (% ,8) ilaç reddi, 1'ine (% ,8) obezite, 1'ine (% ,8) psikolojik istismar, 1'ine (% ,8) çevreye fiziksel zarar verme, 1'ine (% ,8) istismar şüphesiyle, 1'ine (% ,8) ebeveyn kaybı sonrası psikolojik destek alma sebepleriyle sağlık tedbiri uygulaması başlatılmıştır. Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan 2 çocuğun, hakkında neden sağlık tedbiri uygulaması başlatıldığı hastane sisteminde bulunamamıştır.

Tablo 3.6. Sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların en fazla hangi tanı/tanımlar ile takip edildiklerine ilişkin dağılımları.

Ne Tanı İle Takip Edildi	Sayı(n)
Genel Psikiyatrik Muayene	18
TSSB	11
Anksiyete Bozukluğu	8
Davranım Bozukluğu	7
Hafif Depresif Nöbet	6
Hafif MR	6
DEHB	4
Orta Depresif Nöbet	4
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	4
Ağır MR	3
Orta Depresif Nöbet	3

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması olan çocukların 18'i Genel Psikiyatrik Muayene, 11'i Travma Sonrası Stres Bozukluğu, 8'i Anksiyete Bozukluğu, 7'si Davranım Bozukluğu, 6'sı Hafif Depresif Nöbet, 6'sı Hafif MR, 4'ü DEHB, 4'ü Orta Depresif Nöbet, 4'ü Bipolar Duygulanım Bozukluğu, 3'ü Ağır MR, 3'ü Orta Depresif Nöbet tanısıyla takip edilmektedir.

4. Sonuç Ve Öneriler

Çalışmanın sonuçları özetle şu şekildedir. Çalışma grubundaki çocuk ve ergenlerin üçte ikisi kızlardan oluşmaktadır. Çoğunluğunun 17-18 yaş aralığında olduğu, 59 çocuğun parçalanmış aileye sahip oldukları, çoğunluğunun velayetinin annede olduğu saptanmıştır. Ailelerin büyük kısmı iki çocuğa sahiptir, bunu az bir farkla üç çocuklu aileler takip etmektedir. Ebeveynlerin büyük kısmının ne kendisinin ne de eşlerinin psikiyatrik destek almadığı öğrenilmiştir. Sağlık tedbirli çocukların kardeşlerinin üçte birine yakın bir kısmı psikiyatrik destek alırken, büyük kısmı psikiyatrik destek almamaktadır. Çoğunluk sağlık tedbirinin kendilerine katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir, yine azımsanamayacak bir kısım kendileri için katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmektedir. Bunun yanında sağlık tedbiri uygulaması hakkında yeterince bilgilendirilmediğini düşünen aile sayısı çoğunluktadır. Ailelerin üçte ikisi çocuğunun hangi tanı ile takip edildiğini bilmemektedir.

Hakkında sağlık tedbiri uygulaması bulunan çocukların üçte ikisine cinsel istismar sebebiyle sağlık tedbiri başlatılmıştır, bunu ihmal sebebiyle sağlık tedbiri uygulaması başlatılan çocuklar takip etmektedir. Çocukların oldukça geniş bir yelpazede dağılan tanılarla birlikte, en fazla konulan tanılar sırasıyla Genel Psikiyatrik Muayene, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu tanısıdır. Farklı gelişimsel özelliği olan çocukların ise, en fazla Hafif MR tanısı alan çocuklardan oluştuğu görülmüştür.

Ailelerin 56'sı sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmekte iken, 62'si sağlık tedbiri uygulamasının çocuklarına katkı ve/veya gelişim sağladığını düşünmemektedir. Sağlık tedbirinden ailelerin beklentileri, sağlık tedbirinin amacı açıkça konuşulmalıdır. Ailelere sağlık tedbirinin eksik gördükleri yönleri sorulabilir, sağlık tedbirinin amacının aileleri zorla hastaneye getirmek olmadığı, devletin çocuklarını özellikle yakından izlemek istediği, çocukları için bu durumun negatif değil pozitif bir süreç olduğu, tedavinin aile için büyük kazanımları olabileceği anlatılmalıdır.

Şiddet olaylarının erken dönemde teşhisi ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılması, çocuk suçluluğu, çocuk pornografisi, çocuğun cinsel sömürüsü, madde bağımlılığı gibi genellikle çocuğa yönelik şiddetten kaynaklanan birçok sorundan da uzak tutulabilir. Şiddetin erken dönemde teşhisi çocukların sağlıklı bireyler olarak yetişmesinde son derece önemlidir (19). Son dönemlerde yapılan araştırmalar daha çok koruyucu etkenleri saptamaya çalışmaktadır (23). Aslında önleyici çalışmalar her zaman müdahale edici çalışmalardan daha etkili ve her anlamda daha ekonomiktir.

En önemli önleyici çalışmalardan biri ergenlerle çalışan profesyonellerin, cinsel istismar ve bunun hukuki sonuçları konusunda bilgilendirme yapmalarıdır (24). Yine yapılması gerekenlere bakıldığında, televizyon, radyo, gazete gibi kitle iletişim araçlarından faydalanarak ailelerin, toplumun farkındalığı artırılabilir, konuya dikkat çekilebilir, doğru bilgilendirmeler yapılabilir. Çocuğa yönelik ihmal ve istismar konularında duyarlılığın gelişmesi ve artması için bu konuların gündemde tutulması sağlanmalıdır.

Toplumsal koruyucu etkenler arasında, yasa dışı maddelerle ilgili yasal düzenlemenin yapılması, adaletsiz gelir dağılımının önlenmesi, ergenler için boş zaman aktiviteleri, hobiler edinebilecekleri, spor yapabilecekleri yerlerin artırılması ve işlevselleştirilmesi, kreşlerin artırılması sayılabilir (23).

Aslında çocuğun ihmal veya istismar durumunda bunu ilk fark edebilecek kişiler öğretmenlerdir. Çünkü çocuk zamanının büyük bir kısmını okulda geçirir. Öğretmenler herhangi bir ihmal istismar şüphesi durumunda rehber öğretmenlerle iletişime geçmelidir. Rehber öğretmenler okuldaki risk grubu çocukları belirleyebilir,

daha önce tespit edebilirler. Ebeveynlere çocuk yetiştirme, çocuk hakları, disiplin yöntemleri gibi konularda eğitimler verebilir, ev ziyaretleri düzenleyebilirler (25).

Sağlık tedbiri kapsamında takip edilen çocuk ve ergenlerle doğrudan ya da dolaylı olarak çalışırken ihmal, istismar ve bunlara bağlı olarak eş zamanlı gelişebilen madde kullanımının çok boyutlu yönleriyle ele alınması gerekmektedir. Madde kullanan çoğu kişi sigara bağımlısıdır. Dolayısıyla sigara yaygınlığı sebebiyle masum gibi görünse de daha sert maddelere “geçiş maddesi” niteliğindedir. Bu yüzden madde bağımlılığının önlenmesi programlarında sigaranın özellikle üzerinde durulması gerekmektedir. Sigarayla mücadele programları artırılmalıdır. Kitle iletişim araçlarıyla “bağımlılıkla mücadele” konusu, bireylerin hangi kurumlardan ücretsiz şekilde yardım alabilecekleri vurgulanmalıdır (26).

5. KAYNAKLAR

1. Akyüz E. Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması, Ankara, Milli Eğitim Basımevi, 2000: 1.
2. Uğurlu Z, Gülsen İA. Çocuk hakları ve hukuki bağlamda çocuğun ihmal ve istismardan korunması, Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi, 2014; 1(1):1-24.
3. Hetherington R. Learning from difference: Comparing Child Welfare Systems. In: Towards Positive Systems of Child and Family Welfare International Comparisons of Child Protection. Family Service and Community Caring Systems. Toronto: University of Toronto Press. 2006:28.
4. Abram KM, Choe JY, Washburn JJ, Teplin LA, King DC, Dulcan MK. Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2008; 47:291-300.
5. Yolcuoğlu İG. Türkiye’de çocuk koruma sisteminin genel olarak değerlendirilmesi, Aile ve Toplum Dergisi, 2009; 5(18):43-57.
6. Yolcuoğlu İG. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi, Toplum ve Sosyal Hizmet, 2010; 21(1):73-83.
7. Aldemir V. Çocuk Koruma Kanununun Sosyal Hizmetler Ve Çocuk Esirgeme Kurumunda Uygulanmasına İlişkin Bir Değerlendirme, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe üniversitesi, 2011.
8. Çocuk Koruma Kanunu, T. C. Resmi Gazete, sayı: 25876, 15 Temmuz 2005.
9. Karakuş Ö. Tekin HH. Çocuk koruma kanunu uyarınca haklarında danışmanlık tedbiri uygulanan çocukların özellikleri(Konya örneği), Sosyal Politika Çalışmaları, 2012; 7(29):29-44.
10. İşeri E. Cinsel istismar. İçinde: FC Çetin, B Pehlivan Türk, F Ünal, RUslu, E İşeri, T Türkbay ve ark. editörler. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, 1. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008: 470-477.
11. Dönmez YE, Soylu N. Özcan ÖÖ, Yüksel T, Demir AÇ, Bayhan PÇ, Miniksar DY. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri, Journal of Turgut Ozal Medical Center, 2014; 21(1):44-48.
12. Sobsey DN, Randall W, Parrila RK. Gender differences in abused children with and without disabilities, Child Abuse Negl, 1997; 21:707-20.
13. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. İçinde: E Köroğlu, C Güleç. editörler. Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 2, Ankara, HYB, 1998:823-833.
14. Soylu N, Pılan BŞ, Ayaz M, Sönmez S. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergenlerde ruh sağlığını etkileyen etkenlerin araştırılması, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2012; 13(4):292-298.
15. Can M, Türlü L, Dokgöz H. Çocuk istismarı olgularında hekim sorumluluğu, Klinik Gelişim Dergisi, 2009:89-93.
16. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı, Milli Eğitim Dergisi, 2001;151:36-39.
17. Kırbaş Ş, Taşmektepligil Y, Üstün A. Ortaöğretimde gençleri şiddete yönelten nedenler ve şiddet engellemede spor aktivitelerinin rolünün incelenmesi Amasya ili örneği, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2007; 5:177-185.
18. İbiloğlu AO. Aile içi şiddet, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2012; 4(2):204-222.

19. Ayan S. Aile İçinde Çocuğa Yönelik Şiddet(Sivas İlköğretim İkinci Kademe Öğrencileri Üzerine Bir İnceleme), Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.
20. Siyez D. Ergenlerde Problem Davranışlar: Okul Temelli Önleme Çalışmaları İle İlgili Uygulama Örnekleri. İkinci Baskı. Ankara, Pegem Akademi; 2010.
21. Atar AÖ, Yalçın Ö, Uygun E, Çiftçi DA, Erdoğan A. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde aile işlevlerinin, çift uyumunun ve anne baba tutumunun değerlendirilmesi, Nöropsikiatri Arsivi, 2016; 53(1):38-44.
22. Borsos D. Models of addiction. In: Fisher G, Roget NA, editor. Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment and Recovery. USA: Sage Publications, 2009:10-12.
23. Alikeşifoğlu M. Ergenlerde davranışsal sorunlar, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 2008; 63:55-59.
24. Bağ Ö, Alşen S. Çocuk izlem merkezinde cinsel istismarin değerlendirilmesi: Bir merkezin bir yıllık deneyimi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2017; 18(1):62-68.
25. Pelendecioğlu BT, Bulut ST. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009; 9(1):48.
26. Kuzucu Y. Küçükler İçin Büyüklere Ergen ve Ruh Sağlığı, 4. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 2014:257-284.

Sözel 3 (TAM METİN)

CEZAEVİNDE LGBT OLMAK: SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN BİR DEĞERLENDİRME

Being LGBT In Prison: An Evaluation In Social Work Perspective

Esin ZENGİN TAS*

*İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu

ÖZET

Ceza infaz kurumlarında hükümlü olarak bulunmak her birey için birtakım olumsuzluklara yol açmaktadır. Bu durum toplumda dezavantajlı bir grup olan LGBT'ler için ise ilave birtakım zorluklar getirmektedir. LGBT'lerin toplumsal yaşamda sıklıkla karşılaştıkları homofobik ve önyargılı tutumların ceza infaz kurumlarında da yaşanması bu grubun birçok problemle karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Bu sebeple adli sosyal hizmetin faaliyet alanlarından birisini oluşturan cezaevlerinde, dezavantajlı bir grup olan LGBT'lerin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesinin önem arz ettiği düşünülmektedir.

Ülkemizde cezaevlerindeki LGBT'lere yönelik yapılan çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bu çalışmanın amacı cezaevlerindeki LGBT'lerin varlığını ortaya koymak ve cezaevlerinde sosyal hizmetin bu grup için gerekliliğini tartışmaktır.

İnsan hakları ve sosyal adaleti ilke edinmiş sosyal hizmet mesleğinin işlevsel olduğu en önemli alanlardan birisi ceza infaz kurumlarıdır. Tutuklu ve hükümlüler açısından sosyal hizmet "iyileştirme"nin çok önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Cezaevlerinde hükümlü ya da tutuklu olmanın yanında başka dezavantajlara sahip olmak infaz sürecini daha zorlu hale getirebilmektedir. Bu dezavantajlı durumlardan birisi cezaevinde "LGBT" olmaktır. Dezavantajlı gruplarla çalışmak, özellikle cezaevi ortamında özel birtakım bilgi, beceri, değer ve uygulamaları gerektirir. Sosyal hizmet mesleğinin hak temelli bakış açısı ve zengin uygulama temeli, LGBT'lerin ceza infaz kurumu yaşantıları, süreç içerisinde karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların çözümünde aktif rol alma açısından işlevsel görülmektedir. Tüm bunlarla birlikte, sosyal hizmet mesleğinin bu grubun ihtiyaçlarına yönelik bilgi üretimini hızlandırmasına gereksinimi bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Cezaevi, lgbt, sosyal hizmet

ABSTRACT

Being convicted in penal institutions leads to certain problems for each individual. This creates additional difficulties for LGBTs, a disadvantaged group in society. The homophobic and prejudiced attitudes that LGBTs frequently encounter in social life may also be experienced in penal institutions, which may cause many problems for this group. For this reason, it is considered that it is important to evaluate LGBTs, a disadvantaged group, from a social work perspective in prisons, which constitute one of the fields of activity of forensic social work.

In our country, studies on LGBTs in prisons are almost non-existent. The aim of this study is to reveal the existence of LGBTs in prisons and to discuss the necessity of social work in prisons for this group.

One of the most important areas in which the social work profession, which has adopted human rights and social justice as a principle, is functional in the penal institutions. Social work constitute a very important dimension of "improvement" for prisoners. Besides being imprisoned in prisons, having other disadvantages may make the execution process more difficult. One of these disadvantageous situations is being "LGBT" in prison. Working with disadvantaged groups requires specific knowledge, skills, values and practices, especially in prison settings. The rights-based perspective of the social work profession and the rich practice base are seen to be functional in terms of LGBT's prison life, problems encountered in the process and taking an active role in solving these problems. In addition, there is a need for the social work profession to accelerate the information production for the needs of this group.

Keywords: Prison, lgbt, social work

Giriş

Toplumsal yaşam içerisinde LGBT'ler cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dayalı olarak birçok eşitsizlikle karşı karşıya kalabilmektedirler. Günlük yaşamda LGBT'lerin karşılaştıkları bu eşitsizlikler; toplumsal yaşam normlarının yansımaları bulduğu ceza infaz kurumlarında da görülebilmektedir. Bu noktada, hapsedilmenin kişilere olan olumsuz yansımaları da göz önüne alındığında; LGBT'lerin hem hapsedilme hem de cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dayalı eşitsizliklerle başa çıkması gerekmektedir. Bu durum sosyal hizmet mesleğinin işlevsel olduğu ceza infaz kurumlarında LGBT'lere “özel gereksinimli” bir müracaatçı grubu olarak dikkat çekilmesine işaret etmektedir. Bu çalışmada adli sosyal hizmetin önemli bir çalışma alanı olan ceza infaz kurumlarında LGBT mahpuslar gerçeğine değinilecektir.

Adli Sosyal Hizmet Uygulama Alanı Olarak Ceza İnfaz Kurumları

En genel anlamıyla sosyal hizmet mesleğinin adli sistem içerisindeki var oluşu olarak tanımlanabilecek adli sosyal hizmet; suç işleyen ya da suç isnadı sebebiyle ötekileştirilen ve dezavantajlı gruplara yönelik hem sosyal adaletin sağlanması ve ayrımcılığın azaltılması gibi toplum çalışmalarını, hem de klinik olarak kişinin rehabilitasyonuna katkı sağlayacak psiko-sosyal müdahaleleri içeren kapsamlı bir alandır. Bu kapsam içerisinde adli sosyal hizmet ceza infaz kurumlarında kendisine önemli bir çalışma alanı bulmaktadır.

Kapatılma mekanları (psikiyatri kurumları, kapalı eğitim kurumları, sığınmacı vемültecі kampları, huzurevleri, kışlalar, esir kampları gibi), literatürde “Total Kurum”(1), “Disipliner Kurum”(2) ve “Kamp”(3) gibi kavramsallaştırmalarla karşımıza çıkmaktadır. Bir kapatılma mekanı olarak adlandırılan ceza infaz kurumları da suç işlemiş ya da herhangi bir suç isnadı sebebiyle, kişilerin yapmış oldukları eyleme göre yaşamlarının bir bölümünü geçirdikleri kurumlardır. Farklı sosyo-ekonomik ve kültürel düzeydeki pek çok insanın bir arada yaşaması, insanların geçmiş yaşantılarından getirdikleri birtakım özellikler ya da sorunlar ve hapsedilmenin (aileden, sosyal çevreden, ekonomik getiriden ve toplumsal yaşamdan uzaklık vb.) olumsuz getirileri ceza infaz kurumunu yaşantısını zorlu hale getirebilmektedir. İşte bu noktada kişilerin yaşam karşısında karşı karşıya kaldıkları güçlüklerle baş etmelerinde önemli bir rol üstlenen sosyal hizmet mesleği işlevsellik kazanmaktadır.

Ceza infaz kurumları kendisine has alt kültürleri barındıran kurumlardır. Bu alt kültürler ceza infaz kurumunun kendi doğasından etkilendiği gibi, kurumda kalan bireylerin farklı yaş grupları, sosyo-ekonomik ve kültürel özgeçmiş, kişilik yapıları gibi faktörlerden de etkilenebilmektedir. İşte sosyal hizmet mesleğinin adli alanda uygulama alanı bulunduğu ceza infaz kurumlarındaki biricikliği bu noktada işlevsel görülmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin “müracaatçının bulunduğu yerden başlama”, “sosyal işlevselliğe vurgu”, “çevresi içinde birey”, “sosyal adalet ve insan hakları” bakış açısı böylesine bir çeşitlilik içerisinde bireyin biricikliğine verdiği önemi ortaya koymakta ve adli alanda da diğer meslek grupları arasında ayırt edici özellikleri olarak dikkat çekmektedir.

Günümüz infaz anlayışının cezaevlerinin “iyileştirme” yönüne yaptığı vurgu, kişilere verilen ceza süresinin sadece bekleyerek geçirilmesinden ziyade, kişinin cezaevi içerisinde iyileştirme faaliyetlerinden yararlanarak infaz sürecini olumlu bir şekilde geçirmesini ve yeniden suç işlemeyi engellemeyi içermektedir. İnfaz anlayışının “cezalandırmak”tan “iyileştirme”ye evrilmesi de ceza infaz kurumlarında adli sosyal hizmetin varlığı ve gelişimine katkı veren en önemli unsurlardan birisi olarak görülmektedir.

LGBT Mahpuslar Ve Ceza İnfaz Kurumları

Ceza infaz kurumlarında adli sosyal hizmetin yukarıda kısaca bahsedilen uygulama alanları ve ceza infaz kurumlarındaki insan çeşitliliği içerisinde, birçok farklı müracaatçı grubu ile karşılaşması olası görülmektedir. Engelli, yaşlı, sığınmacı ya da madde bağımlısı bir müracaatçı adli sistem içerisinde de uygulamada karşılaşılabilecek müracaatçı gruplarındandır. Ancak bu noktada dikkat edilmesi gereken önemli bir husus bulunmaktadır: bu dahem hükümlü ya da tutuklu olmak, hem de örneğin engelli olmanın müracaatçıları açısından ilave zorluklar getirebileceğidir.

Birleşmiş Milletler'in hapisaneler üzerine çalışan kolu olan Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Ofisi (UNODC), bazı grupları ceza infaz kurumunun olumsuz etkilerine daha açık olarak tanımlamış ve bunları “özel ihtiyaçları olan gruplar” olarak değerlendirmiştir. Bunlar arasında etnik ya da dini azınlıklar, yaşlılar, engelliler, kronik ve ağır hastalığa sahip olanlar, çocuğu ile kalan kadın mahpuslar ve LGBT'ler bulunmaktadır (4).

LGBT'lerin toplumsal yaşamda karşılaştıkları ve cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği üzerinden temellenen sorunlarının özellikle uluslararası literatürde sosyal dışlanma (eğitim, sağlık, barınma, kaynaklara erişim vb. alanlarda) (5, 6, 7, 8) ve homofobik ve önyargılı tutumlar (ayrımcılık, şiddet, ötekileştirme, nefret suçları vb.) (9, 10, 11, 12) üzerinden tartışıldığı görülmektedir. Ulusal literatürde ise LGBT'ler konusu yeterince tartışılmayan konular arasındadır. Çalışmaların suç ve ceza infaz kurumu boyutuna bakıldığında ise ulusal literatürde, LGBT alanında çalışan Sivil Toplum Örgütleri'nin (13, 14) çalışmaları dışında herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

LGBT mahpusları “özel ihtiyaçları olan” mahkum grubu içerisinde değerlendiren Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç ile Mücadele Ofisi tarafından yapılan çalışmada (4), LGBT mahpusların ceza infaz kurumlarında adalete erişim, korunma, şikayet süreçleri, sağlık, yerleştirme, barınma ve iyileştirme programları, aile bağları, tahliye hazırlık ve tahliye sonrasında destek konularında sorunlar yaşadığı belirtilmiştir. Bu sorunlara benzer ve paralel olarak ülkemizde yapılmış bir diğer çalışmada da LGBT mahpusların adalete erişim, tecrit, kötü muamele, sağlık, maddi konular ve ayrımcılık konularında sorunlar yaşadığına değinilmiştir (13). Konuya ilişkin olarak yurtdışında yapılan araştırmalar ise LGBT'lerin sağlık (15), eğitim (16), iyileştirme programları (17) gibi hizmetlere erişimlerinde güçlükler yaşadıklarına; ayrımcılık, şiddet ve istismara maruz kaldıklarına (15, 18, 19); cezaevi personeli tarafından olumsuz tutumlarla karşılaştıklarına (20, 21) değinmiş; ayrıca LGBT'lere ilişkin yapılmış çalışmalarda hem ceza infaz kurumlarında (22, 23) hem de toplumsal yaşam içerisinde (24, 25, 26) dikkati çeken bir noktanın da travmatik yaşantı (intihar, kendine zarar verme, depresyon, anksiyete sorunları gibi) geçmişi yaygınlığı olduğu görülmüştür. Özellikle erkek ceza infaz kurumlarına yerleştirilen trans mahkumlar için cinsel yönelim kaynaklı ve kişisel gereksinimler konusu ise bu gruba ilişkin ceza infaz kurumu yaşantılarının bir başka boyutunu oluşturmaktadır.

LGBT Mahpuslar Ve Sosyal Hizmet

LGBT'lerin ceza infaz kurumlarındaki durumlarına yönelik olarak bir önceki bölümde araştırmalar kapsamında kısaca değinilmespit, ihtiyaç ve sorunlar adli sosyal hizmetin cezaevlerinde LGBT'lere yönelik hayati rolünü de gözler önüne sermektedir.

Sosyal hizmetin bütünleştirici, eşitsizliklerle mücadele eden ve insan haklarına verdiği değer ve son tahlilde sosyal adaleti sağlamaya yönelik gerçekleştirilen uygulamaları, LGBT'lerin ceza infaz kurumlarında yaşadıkları sorunlarla baş edebilmelerinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Çünkü daha önceden de bahsedildiği gibi LGBT'ler, ceza infaz kurumlarına girmeden önce zaten toplum içerisinde birtakım önyargılı ve homofobik tutumlarla karşılaşabilmekte; ceza infaz kurumlarına ise hem “suçun ağırlığı” hem de “ötekileştirme pratiklerinin ağırlığı” ile girmektedirler. Ceza

infaz kurumlarında da toplum yaşamında karşılaştıkları sorunların devam etmesi infaz sürecini olumsuz etkileyecek en temel durum haline dönüşebilmektedir. Bu da sosyal hizmet mesleğinin bireylerin iyilik hallerini koruma ve yeniden inşa etme bakış açısı ile çalışmaktadır.

Sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanlarının ceza infaz kurumlarındaki LGBT müracaatçılarla çalışırken mesleğin değerleri ve etik ilkelerine bağlı, önyargıdan uzak, grubun toplum içerisinde yaşantıladığı ayrımcılık ve ötekileştirme pratiklerine aşina ve hem toplum yapısının hem de ceza infaz kurumu yapısının bilincinde olması gerekmektedir. Tüm bunların yanında adli sosyal hizmet uzmanının arabuluculuk, savunuculuk gibi rollerinin yerine getirilebilmesinde ekip çalışmasının öneminin de farkında olması önemli noktalardan bir diğeridir.

Sonuç

Ceza infaz kurumunda LGBT mahpus olmak “zor” ve destek gerektiren bir durum olarak ele alındığında; sosyal hizmet mesleğinin bu grup için gerekliliği daha iyi anlaşılacaktır. Ancak bu grubun gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve uygulamanın zenginleştirilmesi öncelikle resmin ortaya konulmasını gerektirmektedir. Burada “resmin ortaya konulması” ile hem sosyal hizmet hem de ceza infaz sisteminde yer alan diğer profesyoneller için vurgulanmak istenen nokta, grubun varlığının farkına varılması sorun ve gereksinimleri üzerinden hizmet üretilmesi gerekliliğidir.

Adli sosyal hizmetin varoluş felsefesi ile değerlendirildiğinde, ceza infaz kurumlarında iyileştirme faaliyetlerinin odağındaki mesleklerden birisi olan sosyal hizmetin, çoklu problemlerle karşı karşıya kalan LGBT’lerin infaz sürecini olumlu geçirebilmelerinde ve problemlerle baş edebilme kapasitelerinin artması anlamında bu müracaatçı grubuna yönelik bilgi gereksinimini gidermesi ve bu grubun ihtiyaçlarının tespitine yönelik çalışmaların hızlandırılması önemli görülmektedir.

Kaynakça

1. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates Anchor Books: New York, 1961.
2. Foucault M. “Des espaces autres”, In Dits et écrits II (1976-1988), Paris:Gallimard, 2001.
3. Agamben G. What is a Camp?’, Means without End: Notes on Politics In: Buckley S, Hardt M, Massumi B, eds. Minneapolis-London: University of Minnesota Press, 2000: 37-45
4. UNODC, Özel İhtiyaçlara Sahip Mahpuslar Üzerine El Kitabı, Ceza Adaleti Kitapları Dizisi, 2009.
5. Levitas R, Pantazis C, Fahmy E, Gordon D, Lloyd E, Patsios D. The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion. Bristol: University of Bristol, 2007.
6. Whittle S, Turner L, Al-Alami M, Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People’s Experiences of Inequality and Discrimination, The Equalities Review, 2007. https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/trans_country_report_-_engenderedpenalties.pdf 12.10.2017.
7. Mitchell M, Howarth C. Trans Research Review. Manchester: Equality and Human Rights Commission, 2009.
8. Lenning E, Buist CL. Social, psychological, and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: Gaining insight through personal narratives, Journal of Culture, Health, and Sexuality, 2012, 15(1): 45-57.
9. Berrill KT. Anti-Gay Violence and Victimization in the United States: An Overview. In: Herek GM, Berrill KT (eds). Hate Crimes: Confronting Violence Against Lesbians and Gay Men, 1992: 26-45.
10. FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, Being Trans in the European Union, Publications Office of the European Union, Luxembourg: 2014.
11. Stotzer RL. Violence against transgender people: A review of united states data. Aggression and Violent Behavior, 2009, 14(3): 170-179.
12. Lombardi EL, Wilchins, RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination, Journal of Homosexuality, 2001, 42(1): 89-101.

13. Demirbaş HB. Türkiye’de LGBTİ mahpus olmak, İstanbul: Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği Yayını, 2016.
14. Pembe Hayat & Kaos Gl. Türkiye’de Trans Kadın Mahpuslar, Berghan S (düz), 2017.
15. Sumner J, Jenness V. Gender integration in sex-segregated US prisons, In: Peterson D, Panfil VR. (eds), Handbook of LGBT Communities, Crime, and Justice, 2013, Springer, Dordrecht: 230-231, 244.
16. Arkles G. Safety and solidarity across gender lines: Rethinking segregation of transgender people in detention, Temple Political & Civil Rights Law Review, 2008-9,18 (2): 515-560.
17. Lambie S. Rethinking gendered prison policies: impacts on transgender prisoners. ECAN Bulletin, 2012, 16: 7-12.
18. Carr N, McAlister S and Serisier T. Out on the inside. The rights, experiences and needs of lgbt people in prison. Irish Penal Reform Trust Research Report, 2016: <https://ssrn.com/abstract=2733521>: 27.11.2018.
19. Shah BA. Lost in the gender maze: Placement of transgender inmates in the prison system, Journal of Race, Gender and Ethnicity, 2010, 5(1): 39-56.
20. Scott S. One is not born, but becomes a woman’: A fourteenth amendment argument in support of housing male-to-female transgender inmates in female facilities, *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 2012-13 (15): 1259-1298.
21. Maschi T, Rees J, Klein E. “Coming out” of prison: an exploratory study of lgbt elders in the criminal justice system, *Journal of Homosexuality*, 2016, 63(9): 1277-1295.
22. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J, Fraser L, Green J, Knudson G, Meyer WJ., Monstrey S, Adler RK., Brown GR., Devor AH., Ehrbar R, Ettner R, Eyler E, Garofalo R, Karasic DH., Lev AI., Mayer G, Meyer-Bahlburg H, Hall BP., Pfafflin F, Rachlin K, Robinson B, Schechter LS., Tangpricha,V, Van Trotsenburg M, Vitale A, Winter S, Whittle S, Wylie KR & Zucker K. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender- nonconforming people, version 7, *International Journal of Transgenderism*, 2012, 13: 165–232.
23. Pfafflin F. Mental health issues. In: Ettner R, Monstrey S, Eyler E (eds.). *Principles Of Transgender Medicine And Surgery*, Binghamton, NY: Haworth Press, 2007: 170-183.
24. Lea T, Wit Reynolds R. Minority stress in lesbian, gay, and bisexual young adults in Australia: Associations with psychological distress, suicidality, and substance use, *Archives of Sexual Behavior*, 2014, 43: 1571-1578.
25. Yalçınoğlu N, Önal AE. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri, *Türk Halk Sağlığı Dergisi*, 2014, 12(2): 100-112.
26. Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional distress among lgbt youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation, *Youth Adolescence Journal*, 2009, 38(7): 1001.

Sözel 4 (TAM METİN)

OKUL SOSYAL HİZMETİ VE ONARICI ADALETİN OKUL DİSİPLİNİNE VAADI

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN*, Ozan SELCUK**

* Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

** Sosyal Hizmet Bölümü, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

ÖZET

Yapılan çalışmalar disiplin uygulamalarının öğrencilerin psikososyal sorunlar yaşamalarına neden olmakta ve okuldaki öğrenci ilişkilerine yıkıcı etki yapmaktadır. Okul disiplin tedbirlerinin bu iatrojenik etkisi okul disiplinine alternatif uygulamalar konusunda potansiyel bir kaynak oluşturmaktadır. Bilindiği üzere okul disiplin tedbirleri kınama, kısa süreli uzaklaştırma ya da öğrenim dışına çıkarma gibi genellikle geleneksel yaklaşımlara dayalıdır. Bu tedbirlerin öğrenciler üzerinde travma, TSSB, kaygı, saldırgan davranış, depresyon ve erken okul terki gibi olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Sosyal hizmet alanında bu konuyla ilgili çok fazla araştırma bulunmamaktadır. Yapılan araştırmalar ise genellikle yurtdışı kaynaklıdır. Bu bilgiler ışığında bu çalışma, geleneksel disiplin tedbirlerini sorgulayarak “suç” kavramını insanlar ve onların ilişkileri ışığında tekrar gözden geçirmeyi, cezalandırıcı sistemde suç-adalet ilişkisini yeniden değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışma ayrıca suçun, kuralların ihlali olarak algılanması yerine fail, mağdur ve toplum üçgeninde insanlar arasındaki ilişkinin onarılması gerektiği fikrini desteklemektedir. Bu çalışmanın bir başka amacı okul disiplinine cezalandırıcı yaklaşımı sosyal hizmet ve onarıcı adalet ilkeleri çerçevesinde tartışmaktadır. Sosyal hizmet ve onarıcı adaletin müthiş uyumunun öğrencileri güçlendirme, pozitif okul kültürü ve iklimi yaratma, mikro ve makro düzeylerde olumlu değişmeyi sağlama açılarından geleneksel disiplin yaklaşımlarını dönüştürme potansiyeli bulunmaktadır. Daha çok sosyal hizmet disiplininin başka disiplinlerde ele alınan bu konunun derinlemesine tartışılmasıyla sosyal hizmet literatürüne katkı yapılması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: okul sosyal hizmet, onarıcı adalet, cezalandırıcı adalet, geleneksel disiplin uygulamaları, okul disiplini

ABSTRACT

The studies carried out reveal that disciplinary practices cause students to experience psychosocial problems, and they have a devastating effect on student relations in the school. This iatrogenic effect of school disciplinary measures is a potential source of alternative practices to school discipline. As known, school disciplinary measures are usually based on traditional approaches such as condemnation, short-term suspension or exclusion. These measures have negative consequences on students such as trauma, PTSD, anxiety, aggressive behavior, depression and early school leaving. However, there is not much research in the field of social work. The research is generally of international arena. In the light of this information, present study aims to review the concept of “crime” in the context of people and their relations by questioning traditional disciplinary measures and to reevaluate the relationship between crime and justice in the punitive system. This study also supports the idea that the relationship between the perpetrator, the victim and the community triangle should be repaired instead of perceiving the crime as a violation of the rules. Another aim of this study is to discuss the punitive approach to school discipline within the framework of social work and restorative justice principles. The great harmony of social work and restorative justice has the potential to transform traditional disciplinary approaches in terms of empowering students, creating positive school culture and climate, and ensuring positive change at micro and macro levels. It is finally aimed to contribute to the social work literature by in-depth discussion of this subject, which is dealt with in other disciplines other than social work discipline.

Key Words: school social work, restorative justice, punitive justice, traditional disciplinary practices, school discipline

Giriş

On dokuzuncu yüzyılda zorunlu eğitimin başlamasından bu yana öğrenciler üzerinde olumsuz ve yıkıcı etkileri olmasına rağmen disiplin uygulamaları köklü bir

anlayış değişikliği olmadan günümüzde hala devam etmektedir. İstendik davranış değişikliği sağlamak, öğrencilerin davranışlarını kontrol etmek, öğrenme ve öğretmeye elverişli güvenli bir ortam oluşturmak amacıyla okullar kınama, uzaklaştırma, örgün eğitim dışına çıkarma gibi birçok disiplin tedbiri almaktadır. Öğrencilerin gereksinimleri ve yaşadıkları psikososyal zorluklar karşısında okul yönetimi ve öğretmenler güvenli ve öğrenmeye elverişli ortam oluşturmak için bazı disiplin yöntemleri uygulanmak zorundadır.

MEB Temel Kanununun ikinci maddesi uyarınca Türkiye’de fiziksel, ruhsal, duygusal ve ahlaki yönden gelişmiş bireyler yetiştirilmesi amaçlanmaktadır. Bireylerde istendik davranış değişikliği oluşturmak amacıyla sunulan eğitimin yanı sıra birtakım tedbirler de alınmaktadır. Ülkemizde ilköğretim düzeyinde bu tedbirler ilköğretim ve Eğitim Kanunu çerçevesinde alınırken, ortaöğretim düzeyinde ise söz konusu tedbirler ayrı bir yönetmelik (MEB Ortaöğretim Kurumları Ödül ve Disiplin Yönetmeliği) kapsamında düzenlenmektedir. Okul disiplini olarak kavramsallaştırılan bu tedbirler yakından incelendiğinde davranış kontrolü için öngörülen mevcut önlemler cezalandırıcı adalet sistemi ilkeleriyle örtüşmekte ve kurallara aykırı olan bir davranışı ihlal olarak değerlendirmektedir. Cezalandırıcı sistemde kuralların ihlali suçluluk gerektirdiğinden adaletin sağlanması için öncelikle suça karar verilir sonrasında işlenen suça karşılık takdir edilen ceza uygulanır. Yukarıda sözü edilen tedbirleri içeren yönetmelikler ve yasalar,kuralları ihlal eden öğrencilerin disiplin soruşturmasınınardından kınama, uzaklaştırma ve örgün öğretim dışına çıkarma gibi cezaları öngörmektedir.

Geleneksel okul disiplin politika ve uygulamaları istenen öğrenme ortamını oluşturmada başarılı değildir. Hatta bazı durumlarda öğrencilerin akademik ve psikososyal işlevselliği üzerinde yıkıcı etkileri vardır. Okul disiplininin öğrenciler üzerinde TSSB, depresyon, endişe, saldırgan davranış, başarısızlık ve okul terki gibi yıkıcı etkileri vardır (Hyman ve Perone, 1998). Dolayısıyla geleneksel olarak da ifade edilebilen bu yaptırımlar, çocukların psikososyal gelişimleri üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Cameron ve Sheppard (2006), okul disiplini konusunun sosyal hizmet araştırmacıları arasında (önemli istisnalar: Dupper, 1994; Dupper ve Meyer-Adams, 2002) yeterince dikkat çekmediğini öne sürmektedir. Okul sorunlarını çözmede okul disiplini bir çare olarak karşımıza çıksa da öğrencilere zarar verdiği ortadadır. Bu bilgi açıklığı sosyal hizmet uzmanlarının çocuk müracaatçılarını anlamalarını ve onlar üzerindeki etkilerini kısıtlayabilir. Okul temelli faktörlerin çocukların işlevselliğine nasıl katkı yaptığı yeterince değerlendirilemediğinde planlı değişim sürecinde müracaatçıya yardım etmek için yapılacak müdahale planları eksik kalacaktır (sf.16).

Çocukların en korunaklı ortamlarından olan aileden çıkıp formel olarak ilk sosyalleştikleri okul ortamlarında gereksinimlerinin karşılanması, akademik performanslarına etki eden biyopsikososyal faktörler üzerine odaklanarak öğrenmelerine engel olacak faktörlerin ortadan kaldırılmasını amaçlayan okul sosyal hizmeti ekolojik yaklaşımla okul sisteminde öğrencilere uygun sosyal ortam hazırlanmasında öncü rol oynamaktadır. Okul-ev-toplum arasındaki bütüncül bağı oluşturan okul sosyal hizmetinin yanı sıra onarıcı adalet anti-sosyal davranışa ilişkilerin ihlali olarak bakılmaktadır. Bu bağlamda cezalandırıcı adaletin aksine ihlal, suç değil yükümlülük gerektirmektedir. Adaletin ise zararın onarılabilmesi için mağdur, fail ve toplum üyelerinin ortak çabasıyla sorumluluk alarak gerçekleştirebileceğini temel almaktadır. Bu yolla çocuklara öğrenme fırsatı sağlanmakta, tekrar ihlalin gerçekleşmesi önlenmekte, pozitif ilişkilerin geliştirilmesi hedeflenmekte ve okul sosyal hizmetinin temel ilkeleri gibi pozitif okul kültürü ve iklimi oluşturulması amaçlanmaktadır.

Okul sosyal hizmeti ve onarıcı adaletin bu uyumu cezalandırıcı sistemin öğrenciler üzerindeki olumsuz etkilerini azaltma, saygılı ilişkiler geliştirme ve

öğrencilerin psikososyal gelişimleriyle akademik başarılarının artırılmasında önemli katkılar sunma potansiyeli olduğu açıktır.

Okul Disiplini

Okul disiplini, bir amaçla bir araya gelmiş insan grubunun düzen içinde yaşamasını sağlamak amacıyla seçilip konulmuş kuralları, hükümleri ve bunları uygulaması için alınan önlemleri (Sarıtaş, 2000); olumsuz davranışların meydana gelmesini önlemek için tutarlı ve kararlı davranışlarda bulunarak yapılan işlerin belirli bir düzen içinde yürütülmesi (Erdoğan, 2000) şeklinde tanımlanmaktadır.

Onarıcı adalet konusunda önemli çalışmalara imza atan Howard Zehr, bu çalışmalarında “lens” kavramını ortaya atmıştır. Bu kavrama göre okul disiplini fenomenini ele almada, sorunları çözmede kullanacağımız lens yaşanmış deneyimlerin nasıl anlamlandırılacağını ve tanımlanacağını belirleyecektir. Olumsuz davranışları ele almada kullanacağımız lens gerçekliğini nasıl tanımlayacağımızı da etkileyecektir. Zehr (2005; akt. Türnüklü, 2006) iki tür lens önermektedir: (1) cezalandırıcı, (2) onarıcı. Cezalandırıcı lens, geleneksel yaklaşımların temelini oluşturmaktadır. Bu sistem, uzun vadede çözümler bulmayı değil, kısa vadede ceza vererek, gerçekleşen olayların sonuçlanmasını amaçlayan bir yöntemdir. Cezalandırıcı disiplin genelde uzaklaştırma, okuldan atılma, kınama gibi cezaları barındırmakta ve bu yöntemler öğrencilerin okul ve yarattığı sosyal çevreden uzaklaşıp, tüm bunlara yabancılaşmasına sebep olmaktadır (Suvall, 2009). Öte yandan onarıcı disiplin, geleneksel yaklaşımdan farklı olarak öğrencilere ortak değer ve ilişki kurma konusunda sorular sormayı içerir. Disiplin ihlalleri cezalandırılması gereken kötü davranışlar olarak değil iyileştirilmesi gereken ilişkisel zararlardır (Amstutz ve Mullet, 2006). Wachtell, Wachtell ve Costello (2009) onarıcı uygulama ve teoriler hakkında detaylı bilgiler sunmaktadır. Onarıcı bir konferans çatışmanın taraflarını bir araya getirmektedir. Bu tarafların biri fail (savunma), biri etkilenen (mağdur) diğeri de kurum üyesidir (birkaç öğrenci, öğretmen veya okuldaki diğer personelden oluşabilir). Şu üç soruyu sorarak olayla ilgili ortam bir anlayışı birlikte inşa ederler: (1) Ne oldu? (2) Kim neden zarar gördü? (3) Zararı onarmak için ne yapılması gerekmektedir? (Amstutz ve Mullet, 2006). Buna ek olarak tüm taraflar “zararın onarılması” için atılacak adımlar hakkında önermelerde bulunabilir. Bir onarıcı konferansın amacı suçlama yapmak değil birey ve topluma yapılan zararı onarma için ortak plan geliştirmektir.

Okul Sosyal Hizmeti

Okul, aile ve toplum arasındaki bağları güçlendiren okul sosyal hizmet uygulamaları çocuklara eşit öğrenme fırsatlarının sağlanması, eğitilmeleri ve öğrenmeleri karşısında her türlü engelin ortadan kaldırılmaya çalışılması ve akademik açıdan başarılarının artırılması için “çevresi içinde birey” yani “ekolojik yaklaşım”la uygun sosyal ortamlar hazırlanmasına yardımcı olur. Bu amaçla okul ortamları ve bu ortamlar üzerinden aile ve topluma ulaşarak çeşitli araştırma ve uygulamalar gerçekleştirir. Okullar üzerinden çocuklar ve ailelerine, yoksulluk, sağlık ve eğitim ihtiyaçlarının giderilmesi ve bu ihtiyaçları nasıl gidereceklerine ilişkin bu aileleri ve okulları toplum kaynakları ile buluşturma gibi etkinlikleri kapsayan uygulama ve müdahalelerde bulunmak okul sosyal hizmeti kapsamında yer almaktadır. Başka bir deyişle, okul sosyal hizmeti uygulaması, öğrencilerin okul performansına ve okul başarısına etki eden biyopsikososyal faktörlere odaklanarak yaşanan sorunların çözümü, gereksinim duyulan hizmetlerden yararlandırılması gibi hizmetleri yürütmek amacıyla okulda yer alır. Bu uygulama, öğrencinin kendisi ve ailesiyle çalışarak öğrencinin akademik başarısızlık riskini azaltma, çocuğu/öğrenciyi sosyal işlevsel kılma, okul toplumuna uyumunu sağlama ve eğitimini yarıda bırakmasını önleyici tedbirler geliştirme konusunda sosyal hizmetin okul ortamlarında gerçekleştirilen özel bir uygulama alanıdır (Özkan ve Selcık, 2016: 1277).

Ekolojik bakış açısını benimseyen okul sosyal hizmet uzmanları, risk altında bulunan öğrencileri ve ailelerini destekleme, ev ve okul arasında iletişim ağlarının açık tutulmasını sağlama, çocukların eğitim ihtiyaçlarını tespit etme, öğrencilerin yaşam koşulları ve yaşadıkları mahallelerin koşullarını analiz etme, toplumsal kurumlara yönlendirmeler yapma, farklı kurumlara yönlendirilmiş öğrencileri takip etme, risk altında bulunan öğrencilere ve onların ailelerine daha iyi hizmetler sunmak için kaynakların tanımlanıp geliştirilmesinde toplumla işbirliği yapma gibi görevlere sahiptirler (Dupper, 2013).

Onarıcı Adalet

Onarıcı adalet uygulamalarının tarihi Yeni Zelanda'daki Maori topluluklarına kadar uzanmaktadır (Wearmouthve Berryman, 2012). 1980'ler ve 90'larda onarıcı uygulamalar ceza adaleti sisteminde uygulandı ve 10 yıl sonra eğitim alanında uygulandı (McCluskey, Lloyd, Stead, Kane, Riddell ve Weedon, 2008). 2009 yılında İngiliz okullarında geniş ölçekli yapılan bir araştırmaya göre katılımcıların %69'u onarıcı uygulamaları kısmen uyguladıklarını ifade etmişlerdir (Kane, Lloyd, McCluskey, Riddell, Stead, ve Weedon, 2009). Onarıcı uygulamaların okullarda kullanımının getirdiği faydalar şu şekildedir: disipline konu olacak bir davranış karşısında odak noktası cezalandırıcı yaklaşımlardan çocuklara öğrenme fırsatı sağlayan yaklaşımlara evrilmektedir (Hopkins, 2003). Britanya'daki kanıt temeli yapılan araştırmalardaki bulgulara göre 18 okulun 14'ünde öğrenci ve öğretmenlerde pozitiflik ve yansıtıcılık özelliklerinin arttığı ortaya çıkmıştır. Britanya'da okul ortamlarında onarıcı uygulamalara dahil olan mağdur ya da "tanımlanmış yanlış harekette bulunan kişi"lerin algılarını araştıran çok az araştırma mevcuttur.

Okullarda bugün öğrenci davranışlarını kontrol etmek için cezalandırıcı disiplin uygulamaları daha sık bir şekilde kullanılmaktadır. Bu yaklaşım (bkz. Tablo 1), istenmeyen bir davranış, diğer bir deyişle, okul kurallarına aykırı davranmayı suç olarak görmekte ve öncelikle bir ihlalin olup olmadığını sorgulamaktadır. Sorgulama sonucu davranış gerçekleştiren kişiye ceza takdiri yapılarak süreç tamamlanır. Diğer taraftan, kötü öğrenci davranışlarına yönelik olarak kullanılan onarıcı adalet yöntemleri ceza adaleti sisteminde kullanılan yöntemlerle benzerdir ve fail, mağdur ve toplumu dahil etmek suretiyle suçun neden olduğu zararı etkili bir şekilde onarmaya odaklanmaktadır. Bu yaklaşımda zarar görenin ihtiyaçlarının belirlenmesi, verilen zararın onarılması, sorunların barışçıl yollarla çözülmesi üzerine odaklanılır. Bu süreçte zarar veren kişi yaptığı fiilin sorumluluğunu almalıdır. Mağdur kişinin hakları ve gereksinimleri önemlidir. Bu onarma süreci, tekrar suç işlemeyi teşvik eden cezalandırmadan ziyade toplum hizmeti ya da zararı tazmin gibi yollarla gerçekleştirilmektedir. Okullardaki onarıcı programlar daha çok ilişki geliştirme ve kötü davranış, kabahat ve suç gibi fiiller sonucu oluşan zararı onarmaya odaklanmaktadır. Onarıcı adalet, öğrencinin kötü davranış ya mağdur-fail arasında ya da failin tüm okul toplumu arasındaki ilişkisinin bozulması olarak görülmektedir. Oluşan zararın tazmini için fail öğrenci ve güvenleri sarsılanlar uzlaşmalıdır, böylece ilişkiyi onarabilirler. Okul toplumu üyeleri arasındaki pozitif ilişkileri geliştirme ve sürdürmenin önemli bu tarz bir disiplin modelinde önemle vurgulanmakta ve tüm üyelerin okul kural ve normlarına uyarak bu ilişkileri ihlal etmelerini önlemeye teşvik etmektedir.

Bu müdahalenin gerçekleştirilmesinde birtakım yaklaşımlar mevcuttur. Zararın onarılmasında zarar veren kişiyle zarar görenin müzakere ve arabuluculuk yöntemleriyle yapıcı ve uzlaşmacı bir yaklaşım sergilenmektedir. En fazla bilinen bir uygulama olan arabuluculukta toplantı ve diyalog yöntemleri kullanılarak mağdur odaklı ancak faille duyarlı bir süreç takip edilir. Amaç, failin fiilinin tüm etkisini öğrenmesi ve zararın onarılması için onarım planının devreye sokulmasıdır. Müzakere yaklaşımı da bir başka onarıcı süreci içermektedir. Müzakere, dinleme, dinlenmeyi ve sonuçları da

dönüştürmeyi içerir. Bu gruplar, tartışmaları sonlandırmada, çatışmayı ele almada, ilişkileri teşvik etmede ve toplumu güçlendirmede kullanılır. Bu yaklaşım, bir taraftan bir konu üzerinde anlaşma ile sonuçlanırken diğer taraftan tartışma amacıyla da kullanılmaktadır (Abramson ve Moore, 2000; Bazemore ve Umbreit, 1999). Bu yöntemde “dönüştürme” kavramı ön plana çıkmaktadır. Dönüştürme kavramı ile amaçlanan zarar veren ile zarar gören bireylerin ihtiyaçlarının tanımlandığı, bozulan ilişkilerine odaklanıldığı, içinde bulunulan yeni durumun değerlendirildiği bir süreç içerisinde yer alırlar. Bu yeni durumda bireyler bilişsel ve davranışsal açılardan dönüşüm içerisine girmektedirler.

Okul Disiplini Kavramının Okul Sosyal Hizmeti Ve Onarıcı Adalet Bağlamında Değerlendirilmesi

Okul disiplininin öğrencilerin yaşadığı zorluklara olan katkısına yönelik yüksek farkındalık sosyal hizmet uzmanlarının problemi tanımlamada sınırlı ve ekolojik olmayan yaklaşımdan uzak durmalarını sağlamaktadır. Çocuğun yaşadığı zorluğu sadece çocuğa yüklemek veya aileye yüklemek uygulamanın etkisini sınırlandırabilir ve müracaatçının problemini daha da kötü hale getirebilir. Anılan bu kuram ve araştırmalar okul disiplininin doğrudan veya dolaylı etkilerini anlamada kullanışlı olacaktır. Bu bilgiler bir çerçeve oluşturarak okul disiplini konusunda planlı değişim için çocuk müracaatçıların yaşadıkları güçlüklerle yönelik ekolojik yaklaşımı benimseyen müdahalelerde kullanılabilir.

Travmanın değerlendirilmesini temel alan müdahaleler öğrencinin okulda riskli davranış gösterdiği için ceza alması durumunu içeren yaklaşımdan açık bir şekilde farklıdır. Okul disiplininin etkisi sonucu damgalanma ve düşük imaj deneyimleyen öğrenci değerlendirmesi yapılması öğretmen ve okul yönetimine pozitif disiplin yöntemlerini kullanmasını önerebilir ve böylece akranları önünde öğrenci küçük düşmeyecektir. Okuldan yabancılaşma yaşadığını ifade eden öğrenciye okul personeli daha kişisel bir şekilde dikkat göstererek, çocuğun kültürel değer ve normlarına daha fazla odaklanılarak gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olabilir. Travmayla ilgili belirtilere sahip öğrenciler okul sosyal hizmet uzmanları veya ilgili meslek elemanlarınca müdahale edilmek üzere daha yoğun ve bireysel müdahale gereksinimi içinde olabilir.

Sosyal hizmet uzmanları, NASW Okul Sosyal Çalışma Hizmetleri Standartları'nda (2002) ifade edildiği gibi, okullarda sağladığı zararlı, cezai ve haksız disiplin uygulamalarını ortadan kaldırmayı savunmalıdır. Savunuculuk yapmak, geleneksel disiplin uygulamalarının potansiyel zararları konusunda paydaşları eğitmek, alternatifler önermek ve eğitimler sunmak, okul disiplinine yönelik birçok çocuğun yaşadığı kırgınlığın, üzüntünün ve yabancılaşmasının önlenmesine yardımcı olunabilir.

Sosyal hizmet uzmanları, okullardaki çocuklarla çalışan öğretmenlerin, yöneticilerin ve diğerlerinin, son derece zorlu koşullar altında olabilecek kritik ve cesur görevleri yerine getirdiğini iyi bilmektedir. Disiplin, uzmanların kendi çalışmaları ve tüm okul çocuklarının güvenliği için gereklidir. Bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanları, ortak disiplin uygulamalarının çocuklara zararlı olabileceğini ve olumsuz etkilenenlere etkili bir şekilde yardımcı olmak için bu sorunu çözmeleri gerektiğini anlamalıdır. Okulların disiplin programlarının reforme edilmesi için okul disiplin uygulamalarının zarar verme potansiyeli konusunda ek araştırma ve daha fazla farkındalık gerekmektedir; böylece düzen, öğrenme ve çocuk güvenliği ve refahı okul ortamında herkesçe değerli bulunan ve korunan nitelikler haline gelecektir. Cezalandırıcı disiplin yaklaşımı istemeden de olsa öğrencilere agresif ve zorlayıcı eylemlere başvurma uygun olduğunu önerebilir.

Sonuç Ve Öneriler

Zorunlu eğitimin başlamasından bu yana eğitim öğretimin temel bir bileşeni olagelen ve olumsuz davranışların meydana gelmesini önlemek için ve yapılan işlerin belirli bir düzen içinde yürütülmesini sağlamak için belirlenen kurallar bütünü olan disiplin, öğrenci refahı için önemli bir kavramdır. Okullarda disiplini sağlamak ve akademik başarıyı arttırmak için birçok yaklaşım ve uygulama mevcuttur. Ülkemizde disiplin uygulamaları incelendiğinde ödül ve cezaya dayalı davranışçı ve geleneksel yaklaşımların hâkim olduğu görülmektedir. Bu yaklaşımların öğrencilerin psikososyal gelişimleri üzerinde olumsuz etkisi olduğuna ilişkin çok sayıda çalışma mevcuttur. Davranış kontrolüne odaklanan cezalandırıcı yaklaşım kişilerarası ilişkilere odaklanmamaktadır. Öğrenci üzerinde “domino etkisi” (Türnüklü, 2006) yaratan bu yaklaşımlar öğrencilerin pasif direnç şeklinde öğretmenini, kendisini veya çevresini suçlamasına yol açar. Bu durum, geleneksel uygulamalara alternatif yaklaşımlar üretilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Ülkemizde resmi olarak uygulanmayan okul sosyal hizmeti ile daha çok ceza adaleti sisteminde arabuluculuk yöntemiyle kendisine yer edinen onarıcı adalet yaklaşımları kişilerarası ilişkilerin yönetimine odaklanarak zarara, ihtiyaçlara odaklanmaktadır. Bozulan ilişkilerin onarılacak mikro düzeyde mağdurun güçlenmesini, failin verdiği zararın farkına vararak sorumluluk almasını; makro düzeyde ise toplumların güçlendirilerek toplumsal adaletsizliğin ve güç eşitsizliklerinin dönüştürülmesini hedef almaktadır.

Kurallara aykırı davranma ve bunun sonucunda bir yaptırım uygulanması olarak tanımlanan suç kavramı onarıcı yaklaşımlar bağlamında insan ve ilişkilere uygulanan şiddet olarak ele alınmalıdır. Ceza vererek kural ihlaline karşı yaptırım uygulanması ve böylece olumsuz davranışların durdurulması anlayışı yerine suç kavramının yeniden sorgulanarak alternatif anlayışların okullarda hâkim olması gerekmektedir. Disiplinin suça karşılık ceza verilmesi olarak algılandığı disiplin uygulamalarında sosyo-politik bir dönüşümün olması gerekliliği açıkça ortadadır.

Kaynakça

- Abramson, L., & Moore, D. The psychology of community conferencing. Restorative justice: Repairing communities through restorative justice, 2002: 123-140.
- Amstutz, L. S., & Mullet, J. H. The little book of restorative discipline for schools. Intercourse, PA: Good Books, 2005.
- Bazemore, G., & Umbreit, M. Conferences, circles, boards, and mediations: Restorative justice and citizen involvement in the response to youth crime. University of Minnesota. Center for Restorative Justice and Mediation, 1999.
- Cameron, M., & Sheppard, S. M. School discipline and social work practice: Application of research and theory to intervention. Children & Schools, 28(1), 2006: 15-22.
- Dupper, D. R. Reducing out-of-school suspensions: A survey of attitudes and barriers. Children & Schools, 16(2), 1994: 115-123.
- Dupper, D. R. School bullying: New perspectives on a growing problem. Oxford University Press, 2013.
- Dupper, D. R., & Meyer-Adams, N. Low-level violence: A neglected aspect of school culture. Urban Education, 37(3), 2002: 350-364.
- Erdoğan, İ. Okul yönetimi ve öğretim liderliği. Sistem yayıncılık, 2000.
- Hopkins, D. School improvement for Real. Routledge, 2003.
- Hyman, I. A., & Perone, D. C. The other side of school violence: Educator policies and practices that may contribute to student misbehavior. Journal of School Psychology, 36(1), 1998: 7-27.
- Kane, J., Lloyd, G., McCluskey, G., Maguire, R., Riddell, S., Stead, J., & Weedon, E. Generating an inclusive ethos? Exploring the impact of restorative practices in Scottish schools. International Journal of Inclusive Education, 13(3), 2009: 231-251.

- McCluskey, G., Lloyd, G., Kane, J., Riddell, S., Stead, J., & Weedon, E. Can restorative practices in schools make a difference?. *Educational Review*, 60(4), 2008: 405-417.
- Özkan, Y., ve Selcik, O. Okul Sosyal Hizmeti'nin Okul Erken Terki Üzerine Potansiyel Etkisi. *Journal of International Social Research*, 9(43), 2016.
- Sarıtaş, M. Sınıf yönetimi ve disiplinle ilgili kurallar geliştirme ve uygulama. Sınıf yönetiminde yeni yaklaşımlar, 2000: 47-90.
- Türnüklü, A. Sınıf ve okul disiplinine çağdaş bir yaklaşım onarıcı disiplin. Ankara: Ekinoks, 2006.
- Suvall, C. Restorative justice in schools: Learning from Jena high school. *Harv. CR-CLL Rev.*, 44, 2009.
- Wearmouth, J., & Berryman, M. Viewing restorative approaches to addressing challenging behaviour of minority ethnic students through a community of practice lens. *Cambridge Journal of Education*, 42(2), 2012: 253-268.
- Zehr, H. Evaluation and restorative justice principles. *New directions in restorative justice: Issues, practice, evaluation*, 2005: 296-303.

Sözel 5 (TAM METİN)

SUÇLULUĞUN KADIN YÜZÜ VE SOSYAL HİZMET

Woman Side Of Criminality And Social Work

Çiçek Nilsu VARLIKLAR DEMİRKAZIK*, Esra KILIÇ CEYHAN*, Elmas

AKIN ALTINCI*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Suç kavramı insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe dayanmakta ve suçluluk olgusu modern dünyanın önemli bir sorunu olarak yerini korumakta; devletler, akademi, sivil toplum ve bazı özel kuruluşlar suç oranlarını azaltmak için çabalamaktadırlar. Suçluluk değerlendirmesi yaparken yaş ve cinsiyet gibi bazı boyutlar önem kazanmaktadır.

Suçluluğun erkeğe ait tipik bir alan olarak algılanması ve kadın suçluların sayısının tüm dünyada erkeklere oranla daha az olması gibi sebepler, suçla sürüklenen kadınlar konusunun az çalışılmasına sebep olmuştur.

Bu bağlamda, kadın suçluluğu; (i) kadını suçla sürükleyen baskın nedenler, (ii) hali hazırda suç işlemiş, hapisanelerde kalan kadınlara yönelik uygulamalar ve hapisane yaşamı çerçevesinde incelenecektir. Bu çalışmada; kadın suçluluğunun tarihsel gelişimi, kadınların suçla sürüklenme sebepleri, mahpus kadın profilleri, kadın suçluluğunun artış nedenleri ve kadın hapisanelerinin durumu üzerinde durulacaktır. Buna ek olarak, dünyada ve özellikle Türkiye’de sosyal hizmet uygulamaları ile sosyal hizmet uzmanlarının kadın suçluluğu ile ilgili problemleri çözmede üstlenebileceği roller tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kadın Suçluluğu, Kadın Hapisaneleri, Sosyal Hizmet Uygulamaları

ABSTRACT

The concept of crime is as old as human history and this phenomenon remains an important problem in the modern World.States, academia, civil society and some private institutions are striving to reduce crime rates.While evaluating crime, dimensions such as age and gender have importance.

Women who engaged with crime is an understudied area because of the fact that there are much lower number of women who committed crime than the men, thus concept of crime is generally associated with men.

In this context, this study will examine woman criminality in two dimensions:(i) the dominant reasons that dragged the woman into crime, and (ii) prison life and practices for women who have already committed crimes and sentenced. In this study; historical development of women criminality, reasons of being dragged into crime, women prisoner profiles, reasons of increase in women criminality rates and the situation of women's prisons will be analyzed. Additionally, the roles of social workers and social work applications for providing solutions to the problems faced in women criminality in the World and specifically in Turkey.

Keywords: Woman Criminality, Woman's Prisons, Social Work Practices

Giriş

Suçluluk meselesi günümüz modern dünyasında önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Devletler, akademi, sivil toplum ve bazı özel kuruluşlar bu alanla ilgili çalışmalarda bulunup, suç oranlarını azaltmak için çabalamaktadırlar. Dünya geneline baktığımızda kadın mahpusların sayısının, erkek mahpusların sayısına oranla daima daha düşük seviyelerde kaldığını görebiliriz, ancak son yıllarda tüm dünyada kadın suçluların sayısında da ciddi artışlar gözlenmektedir. Bu durum ise, artan kadın suçluluğunu genel suçluluk bağlamında üzerinde durulması gereken ve çeşitli araştırma ve politikalarla, azalması yönünde desteklenmesi gereken, önemli bir sorun alanı haline getirmektedir.

Suçla sürüklenmiş kadınların hapisane sürecini verimli geçirebilmesi, toplumla yeniden bütünleşebilmesi, çeşitli destek mekanizmaları elde ederek güçlenmesi

ve her şeyden önemlisi de kadınların suça sürüklenmesinin engellenmesi için mikro ve makro ölçekte yapılabileceklerin tartışılması, artan kadın suçluluğu oranlarını düşürmek adına önemli olacaktır.

Suç Sürüklenen Kadınlar

Suç sürüklenmiş kadınlar hakkında, erkeklere oranla daha az çalışılması ve daha az görünür olmalarının birincil nedeni: Suç ve suçluluk olgusunun tüm dünyada erkeğe ait tipik bir alan gibi algılanması ve bu algının da kriminolojik çalışmalar, hukuksal kurgu ve suç sonrası süreçlerle ilgili yapılan düzenlemelere de bu şekilde yansıtılmasıdır. İkincil neden olarak ise, kadın mahpusların sayısının erkeklere oranla tüm dünyada düşük seviyede kalmasını gösterebiliriz. Erkeklerin hem suç işleme hem de mağdur olma durumunda kadınlara oranla daha fazla sayıda oldukları evrensel olarak kabul edilen bir gerçektir. Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere oranla çok daha az suç işlediğini ve kadın mahpus sayısının en yüksek olduğu ülkelerde bile bu sayının tüm mahpus sayısına oranının %20 seviyesini aşmadığını göstermektedir (1). İlbars, toplumsal olarak suçun kadınlara bağdaştırılmamasını şöyle açıklamaktadır:

“Kadın suçluluğuna karşı yaratılan tabunun temelinde kadına atfedilen iki temel özellik vardır. Bunlardan birincisi çocuk yetiştirme rolü, diğeri ise kadının zarafeti ile eşleştirilen cinsel erdemidir. Kültür, kadından sahip oldukları yakın ilişkileri sürdürmelerini, aile kurumlarını ve yaşamdaki anahtar erkeklere (baba, eş, sevgili, oğul) bağımlı olmalarını beklemektedir. Bu rol beklentileri, kadını suça yönelimden alıkoymakta, ancak bağımlı olunan erkeğin suçlu olması halinde, kadın da suç ortağı olabilmektedir. Kadını suçtan alıkoyan en önemli sorumluluk annelik sorumluluğudur. Genel olarak kadınlara özgü olduğu öne sürülen; zayıflık, boyun eğme, evcimenlik ve çocuk yetiştirme gibi nitelikler, suç dünyasıyla uyumlayan niteliklerdir. Erkekler suç arasındaki çizgi çok inceyken, kadınlara suç arasındaki çizgi ise çok keskin ve nettir” (2).

Kadınların suça sürüklenme süreçlerine tarihsel olarak bakmamız gerekirse; bu durumun dünyada gözle görülür biçimde dikkat çektiği yıllar olarak 1920 ve 1930’lardan söz edebiliriz. Bu yıllarda kadınlar önceki yıllara göre daha çok suç işler hale gelmişlerdir. 1950’ler ile birlikte kadınlar yeni çalışma alanlarına girmeye başlamış ve yeni sosyal roller edinmişlerdir. Bu da onların suç işlerliğini görece arttırmıştır. 1970’ler ile birlikte kadınlar suç bağlamında daha çok kadına atfedilen suçları işlemeye meyilli olmuşlardır ve dükkân hırsızlığı, fuhuş gibi suçları işlemeye yoğunlaşmışlardır. 1990’lı yıllara gelindiğinde isesuç artık yalnızca erkeğe ait bir alan olmaktan çıkmıştır. Kadınlar da erkeklerin işlediği pek çok suçu işlemeye başlamış ve kadın suçluların oranları erkeklerin daima gerisinde kalsa da, ciddi bir biçimde artmıştır (3). Ancak bu artışta, ülkeler arasında elbette ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Araştırmalara göre, kadınların suç işleme oranları ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre değişiklik göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi yüksek olan toplumlarda kadınlar genellikle daha fazla suç işlemektedir (4). Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Almanya gibi ülkeler suçlu kadın oranının diğer ülkelere göre yüksek olduğu yerlerdir (5).

Kadın suçluluğunun son yıllarda gözle görülür derecede artmasında etkili olan faktörlerden bazılarını şöyle sıralayabiliriz: ataerkil yapı, teknolojik gelişmeler, kadının toplum içinde daha fazla bulunmaya başlaması, aile yapısındaki değişim, geleneksel yapıda görülen değişimler, çocuklar ile ebeveynler arasındaki ilişkinin zayıflaması, kadınların yeni roller edinmesi, işsizlik, kadının aile içinde ezilmesi ve şiddet, sosyal politikadaki yetersizlikler ve ekonomik sorunlar(2). Türkiye bağlamında ise kadınların

suç örüntüleri Batı ile bir noktada farklılaşmaktadır. Araştırmalar göstermiştir ki Türkiye’de kadınlar, namus ve şeref kavramı çerçevesinde çok fazla suç işlemektedir (3). Türk toplumu gibi geleneksel kapalı toplumlarda namus ve şeref kavramları suç oluşumuna etki edebilmektedir (1). Bu da diğer tüm nedenlere ek olarak Türkiye özelinde namus ve şeref kavramını kadın suçluluğu meselesinde dikkate değer kılmaktadır.

Cezaevi Süreci

Ceza İnfaz Sisteminde Sivil Toplum Derneği (CİSST)’nin “Türkiye’de Kadın Mahpus Olmak” adlı kitapçığındaki verilere göre; 2000 yılında 1.815 olan kadın mahpus mevcudu, 2016’da 7.894, 2017’de 9.985 ve son olarak 2018 yılında 10.208’e yükselmiş yani 18 yılda 5.6 kat artış göstermiştir. 2018 yılında Türkiye’deki toplam 258.660 mahpustan, 199.861’i hükümlü, 58.799’u tutuklu iken; 10.208 kadın mahpusun 7.111’i hükümlü, 3.097’si tutukludur (6). Hapishanelerdeki erkeklere göre oranı oldukça düşük olan kadın mahpusların bu durumu görece olumludur, ancak bu durum aynı zamanda bu kadınların sorunlarının gözden kaçması ve bu kadınların durumlarıyla yeterince ilgilenilmemesi, sorunlarının ortaya koyulmaması ve çözüm üretmek için gereken çabanın gösterilmemesi gibi riskleri içerisinde barındırmaktadır.

Adalet Bakanlığının 2010 yılı dava dağılım analizlerine dayanarak yaptığı açıklamasına ve alanda yapılmış çalışmalara göre; Türkiye’de kadınların en çok işlediği suçlar sırasıyla; adam öldürme, uyuşturucu, hırsızlık ve gasp, fuhuş, dolandırıcılık, sahtecilik, yaralama, cinsel suçlar ve adam öldürmeye teşebbüstür (4). Kadınlar adam öldürme suçunu en çok yakınlarına; çoğunlukla eşleri, sevgilileri, çocukları ve kendilerine sarkıntılık eden akrabalar gibi kişilere karşı işlemektedir. Siyasi suçlar nedeniyle mahkûm olan kadınlar hakkında elimizde çok fazla veri bulunmamaktadır. Bu konuda net bilgilerin elde edilebilmesi için hapishanelerdeki kadın oranının adli ve politik suçlar yönünden ayrıştırılarak incelenmesi gerekmektedir.

Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü’nün 2019 yılı Ekim ayı verilerine göre Türkiye’de toplamda 355 ceza infaz kurumu bulunmaktadır (7). Bu kurumlardan yalnızca 15 tanesi kadınlara özeldir. Kadınlara yönelik 9 tane kapalı, 6 tane ise açık cezaevi bulunmaktadır. 2018 yılında toplam 10.208 mahpus kadından, 5.679’u kadınlarda özgü kurumlarda, 4.529’u ise erkekler için yapılmış hapishanelerde tutulmaktadır (6). Bu da suça sürüklenmiş kadınlar açısından hapishane sürecinde sorun yaratan ve kesinlikle çözüme ulaştırılması gereken bir sorundur. Önemli oranda kadın ise hamileyken tutuklanmakta ve hapishanede doğum yapmaktadır. Adalet Bakanlığı verilerine göre Kasım 2018 tarihi itibarıyla ceza infaz kurumlarında anneleriyle birlikte 743 çocuk kalmaktadır (6). Bu çocukların durumu ise ayrıca ele alınması gereken bir meseledir.

Türkiye’de hapishanede kalan kadın mahpusların özelliklerine genel olarak bakıldığında; bu kadınlar farklı yaş gruplarına dâhil olmakta ve medeni durumları da çeşitlilik göstermekle birlikte boşanmış ya da evli olanların sayısı bir hayli baskın durumdadır (8). Kadınların hapishane yaşamı öncesindeki meslek dağılımı çok çeşitlilik göstermekle birlikte ev kadınlığı baskın olan meslektir. Hapishanelerde bulunan kadın mahpusların büyük çoğunluğu geçmiş yaşamında; aile, eşler ya da yakınları tarafından çeşitli biçimlerde şiddete maruz kalmıştır. Şiddetin yanı sıra bu kadınların çoğunluğu eğitim görme noktasında sorunlar yaşamıştır (8). Eğitim düzeyi arttıkça suç işleme olasılığının düştüğü bilinmektedir, bu sebeple kişinin suça yönelmesindeki en önemli faktörlerden birisinin eğitim yetersizliği olduğu düşünülmektedir (1).

Suç işlediği gerekçesiyle hapishaneye giren kadınlar için bu durum beklenmediktir ve yeni sorunlara yol açmaktadır. Pek çok kadın; bu durumun bir gün başlarına geleceğini hiç düşünmediğini ve hapishanede kalan kadınları kader mahkûmu olarak değerlendirdiklerini belirtmiştir (9). Kendilerini bir anda hapishane yaşamının

içerisinde bulan kadınlar, bu süreçte çok fazla bocalamaktadırlar. Gürtuna'ya (9) göre,hapishanedeki yaşam tutuklu ve hükümlülerin ilişkilere, çalışmaya, aileye, çocuklarına kısacası hayata tamam ya da devam dedikleri bir süreçtir. Bazı kadınlar dışarıdaki yaşamları ile hapishanedeki yaşamları arasında fark olmadığını söylese de kadınlar, hapishane yaşamı ile birlikte pek çok yeni sorunla karşılaşmaktadır (9). Bu sorunlar genel olarak; yalnızlık, çocuklarından ayrı kalma ya da onların da hapishanede kalmasına neden olma, fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar, mekânsal sorunlar, eğitim ve meslek sorunları, ekonomik yoksunluklar, diğer mahpuslar ile yaşanan sorunlar, aile ve arkadaşlarla yaşanan sorunlardır.

Kadınlara hapishanede geçirdikleri süre boyunca çalışma, kurslara katılma, sosyal aktivitelerde bulunma gibi imkânlar verilmiştir, ancak bu konuda erkek mahpuslar ile kıyaslandığında çok daha kurak imkânlarla sahiptirler. Gürtuna'nın (9) aktardığına göre; kadın hapishanelerinin sayıca erkek hapishanelerinden daha az olması nedeniyle, kadınlar evlerinden uzak yerlerdeki hapishanelere nakil edilebilmektedirler. Bu durum da aileleri ile iletişim ve sosyal destek açısından negatif etki yaratmaktadır. Buna ek olarak, kadın hapishaneleri her suç ve yaştan hükümlüyü bünyesinde barındırması nedeniyle heterojen bir yapıya sahiptir ve bu nedenle de ceza infazlarının daha uygun koşullarda gerçekleştirilmesi için gereken düzenlemeler verimli bir şekilde uygulanamamaktadır.

Kadın Suçluluğu Ve Sosyal Hizmetin Rolü

Sosyal hizmet mesleği doğası gereği; bireyler, gruplar ve makro düzeyde toplumla çalışma yapabilen bir meslektir. Sosyal hizmet mesleğinin pek çok çalışma alanı vardır ve suçluluk alanı da o çalışma alanlarının en önemlilerinden birisini oluşturmaktadır. İl'e (10) göresosyal hizmet açısından suçluluk, müdahale edilmesi gereken bir alan ve suçlu ile yakınları da ulaşılması gereken hedef kitlelerdir. Kadın mahpuslar da bu kitlenin içerisinde müdahaleye ihtiyaç duyan kimselerdir.

Psiko-sosyal, ekonomik ve kültürel kurumlarda yaşanan hızlı gelişme ve değişim, suçluluğa bakış açısını büyük ölçüde etkilemiş, her yaş grubundan suçlu bireylerin rehabilite ve ıslah edilerek toplumsal yaşama hazır hale getirilmesi ceza infaz sürecinin temel amacı olmuştur. Bu amaçla hapishanelerde psiko-sosyal hizmet birimleri oluşturulmuş ve sosyal hizmet uzmanları da bu birimlerde görev almaya başlamışlardır. Sosyal hizmet mesleği ve disiplini sosyal refah anlayışının gerçekleştirilmesinde sosyal adaletin ve fırsat eşitliğinin sağlanmasında, insan haklarının korunmasında ve geliştirilmesinde sorumluluk sahibidir (11). “Genelci yaklaşım odağında, sosyal hizmet uzmanları sosyal politika uygulayıcılarına baskı yaparlar ve saygınlıkları adaletsiz bir biçimde ellerinden alınmış, ayrıma maruz kalan ve ezilmiş grupları etkileyen politikaların değiştirilmesini savunurlar” (11). Yani makro anlamda, sosyal değişmeyi etkilemek, insanların suça yönelmelerini sağlayan unsurları ortadan kaldırmak ve sosyal işlevselliklerini engelleyen tikanıklıkları açmak, sosyal bilinci geliştirmek, onların haklarını güvence altına almak, toplumsal refah ve kaynakların dağılımını dengelemek sosyal hizmetlerin temel amacıdır.

Sosyal hizmetin pek çok müdahale etme noktası ve farklı çalışma teknikleri bulunmaktadır. Sosyal hizmetin en önemli kuramlarından biri olan güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde kadın mahpus ile çalışarak onun hapishaneden çıktıktan sonra topluma adapte olması ve hayatını devam ettirebilmesi yönünde desteklenmesi gerekmektedir (12).Mahpus bireye hapishanedeki ve dışındaki arkadaşları, ailesi ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanan cezaevinde sosyal destek, hapishanelerde en çok sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar tarafından mahpuslara sağlanmaya çalışılmaktadır.

Bahsedilen sosyal desteğin önemi İçağasıoğlu ve Akgün (12) tarafından şu şekilde açıklanmıştır:

“Cezaevinde sosyal desteğin işlevsel boyutuna bakıldığında; duygusal destek, umut ve iyimserlik oluşturmak suretiyle kadın hükümlünün psikolojik açıdan iyilik halinin güçlenmesine yardımcı olunabilir. Kadın hükümlüye sosyal hizmet uzmanının ilgi göstermesi, güven sağlaması ve hükümlülerin sırrını paylaşma gibi davranışları içerir. Bunun dışında sosyal hizmet uzmanları hükümlüye sosyal ve psikolojik destek sağlayarak sorunlarla baş etme mekanizmalarının artırılması, kendilerini bu süreçte yalnız hissetmemeleri, ihtiyaçları olan maddi manevi unsurlara ulaşabilmeleri ve rehabilite edilmeleri açısından destek verirler. Bu durum hükümlüler için cezaevi ortamında sahip oldukları en önemli sosyal desteği oluşturmaktadır. Bilgi sağlayıcı desteğe bakıldığında; kadın hükümlülere hükümlülük süreci ve tahliye sonrası ilgili doğru bilgilerin verilmesidir. Böylece kadın hükümlünün cezaevi süreci ile ilgili gerçekçi beklentiye girmesi ve psikolojik uyumunun sağlanması gerçekleşmektedir. Sosyal desteğin son işlevsel boyutu olan araçsal destek ise kadın hükümlünün günlük gereksinimlerinin karşılanması için pratik yardımların sağlanarak yaşadığı stresin azaltılması ve ceza sürecini en iyi şekilde bitirip tahliye olmasını sağlamaktır. Bu destek kaynakları dışında kadın hükümlünün; ailesi, cezaevindeki ve cezaevi dışındaki arkadaşları da sosyal destek kaynaklarıdır.”

Birçok kadın hapishanesinde hükümlü ve tutuklu kadınların dışında, bu kadınların 0-6 yaş arası çocukları da bulunmaktadır. Ayrıca bazı kadın hapishanelerinde çocuk koğuşu da bulunmakta, 18 yaş altı suç işlemiş kız çocukları buralarda kalmaktadır. Uzmanlar, bu durumda hapishanelerde sadece yetişkinlerle değil, aynı zamanda çocuk ve ergenlerle de çalışmaktadırlar. Çocuk ve ergenlerin de psiko-sosyal ihtiyaçlarının iyi bilinmesi, onlarla çalışırken gelişim dönemlerine uygun müdahaleler geliştirebilmesi gerekmektedir. En önemlisi de bu grubun, çocuk oldukları için, ulusal ve uluslararası sözleşmelere göre devlet ve aileleri tarafından özellikle korunması gerekmektedir ve bu sebeple onlara ayrı bir sorumlulukla yaklaşma gerekliliği baş göstermektedir. Bu çocukların toplumun değişen koşullarına uyum sağlamalarına yardımcı olmak, onların refahını sağlamak uzmanların öncelikleri arasındadır.

Hapishanelerde yapılan bütün bu çalışmaların verimli ve yerinde uygulanabilmesi, şüphesiz ki bir ülkenin sosyal hizmet sisteminin ve elbette diğer ilgili sistemlerinin doğru ve yeterli derecede çalışması ile ilişkilidir. İl’in (10) aktardığına göre; kadın suçlulara yönelik sosyal hizmetler gelişmiş ülkelerde oldukça iyi bir durumdadır ve bu hizmetler daha çok kadınların; hapishaneye uyum süreci, bireysel sorunları ve özellikle aile ve çocukları ile yaşayabilecekleri sorunlar üzerine yoğunlaşmaktadır. Türkiye bağlamını düşündüğümüzde ise, genel bağlamda tam olarak oturmamış bir sosyal hizmet sisteminin eksiklikleri bu alana da yansımaktadır. Suç öncesinde, hapishane sürecinde ve suç sonrası süreçlerde sağlanan sosyal hizmetlerin yeterliliği ile ilgili detaylı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç

Yetişkin kadın mahpuslar, erkeklere oranla daha az sayıda suça karışsa da, suça karışma oranları gün geçtikçe artmaktadır. Kadın olmanın kendisi başlı başına, toplumsal nedenlerle birtakım zorluklara neden olabilirken, suça karışmış kadınlar için hayat daha da karmaşıklaşabilmektedir. Hem kadının kendisi, hem de çevresindekiler için bu durum ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Kadınların suç işleme nedenleri, hangi tür suçlara karıştıkları, suç sonrası süreçte yaşadıkları bilimsel olarak saptanabilmektedir. Bu çalışmalar sonucu ortaya koyulan bilgilerin, temelde kadın sorunları bağlamında, sonrasında ise suçu önlemeye yönelik olarak kullanılması gerekmektedir. Hali hazırda oluşmuş suçlar içinse hapishane ve sonrası süreçte güçsüz olan kadınların güçlendirilmesi, toplumsal açıdan da önem arz etmektedir.

Sosyal hizmetler sosyal politikalar aracılığıyla suç henüz oluşmadan önce herkese olduğu gibi suça sürüklenme riski olan kadınlara da ulaşmalıdır. Bunu gerçekleştirmek için toplum merkezleri, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları ya da aile danışmanlık hizmetleri aktif bir şekilde kullanılmalıdır. Suç şayet oluşmuşsa da sosyal hizmetler, hapisaneler demahpusun orada olmasına neden olan olumsuz davranışlarının farkına varıp onları değiştirmesi yönünde mahpusa destek olmalı ve hükümlülük süreci boyunca kadınların çalışması, aktivitelere katılması, aileleri ile sorunlarını aşması, çocukları ile iletişim kurabilmesi gibi alanlarda onlara destek vermelidir. Sosyal hizmetler ayrıca hapisane sonrasında da mahpusun takibini yapmalıdır. Hapishaneden çıkmadan önce mahpuslar, hapisane sonrası süreçte hazırlanmalıdır, çünkü hapishaneden çıktıktan sonra özellikle kadın mahpus için hayat eskisinden daha zor olabilmektedir. Kadın olduğu için zaten pek çok yerde nitelsiz ve güvencesiz işlerde çalışan, çoğunlukla da çalışamayan kadın, hapishaneden çıktıktan sonra iş bulup yeni bir yaşam kurmak istediğinde şartlar daha da zorlaşabilmekte, toplumsal etiketlenmenin kadının sırtına yüklediği yük daha ağır olabilmektedir. Bu durum da kadın mahpusların yeniden suç işleme riskini arttırabilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Ortaköylü L, Taktak Ş, Balcıoğlu İ. Kadın ve suç. Yeni Symposium 2004; 42(1): 13-19.
2. İlbars Z. Suç antropolojisi: kadın ve suç. Antropoloji 2008; 22: 1-14.
3. Çelik H. A Sociological Analysis of Women Criminals in the Denizli Open Prison. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
4. Kilim E. Türkiye’de Kadın Mahkûmlara Özgü Birkaç Not. 20 Ekim 2014, http://chpkadin.chp.org.tr/wp-content/uploads/2011/09/Kadin_Mahkumlar-rapor.pdf; 2011.
5. Savcı İ. Kadın Açık Cezaevinden Notlar. İstanbul: Phoenix Yayınevi, 2004.
6. Duman E, Doğan D, Akarsu M. Türkiye’de Kadın Mahpus Olmak. 2. Baskı. İstanbul: TCPS Kitaplığı, 2019: 37-38.
7. <http://www.cte.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/cik-genel-bilgi>. Erişim tarihi: 05.10.2019.
8. Türkiye Barolar Birliği İnsan Hakları Merkezi Cezaevleri Raporu (2015-2016). Ankara: Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 2017: 23-24.
9. Gürtuna O. Cezaevinde Kadın Olmak ve Cezaevinin Kadın Bakış Açısıyla Sosyolojik Değerlendirmesi: Ankara Sincan Kadın Kapalı Cezaevi Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009.
10. İl S. Türkiye’deki kadın suçluların genel özellikleri ve infaz sürecindeki sorunları üzerine bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi 1989;7 (1): 7-28.
11. Danış M Z, Şahbikan İ. Suça sürüklenmiş çocukların yeniden toplumsallaşma sürecinde ve insan hakları bağlamında sosyal hizmet yaklaşımlarının yeri ve önemi. Tarih Okulu Dergisi 2014; 7 (18): 627-651.
12. İçağasıoğlu Çoban A, Akgün R. ankara kadın kapalı ceza infaz kurumunda kalan kadın hükümlülerin psiko-sosyal durumlarının saptanması ve sosyal desteklerinin belirlenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet 2011; 22 (2): 63-78.

Sözel 6 (TAM METİN)

ADLİ SOSYAL HİZMETTE ETİK KARAR VERME SÜRECİ

Ethical Decision Process In Forensic Social Work

Ergün Hasgül*, Oğuzhan Zengin**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

** Karabük Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Bireylerin sosyal işlevselliklerini artırarak sosyal değişim sağlamayı amaçlayan sosyal hizmet, insana hizmet veren diğer disiplinler gibi insanların iyilik hallerinin gelişmesini ve devamını sağlamak amacıyla hizmet veren bir yardım mesleğidir. İnsana hizmet veren her disiplinin sahip olduğu değerler ve uygulamaları etik konuların gündeme gelmesine neden olabilmektedir. Etik değerler, mesleki uygulamaların hangi şekilde daha iyi olacağının ya da olmayacağının belirlenmesinde meslek mensuplarına yol gösterir. Sosyal hizmet uzmanları uygulamalarında etik değerler doğrultusunda kararlar almaktadır. Kimi zaman bu kararların alınmasında etik ikilemler ortaya çıkabilir. Etik karar verme, bu ikilemlerde sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bilgi, beceri ve değerlerini doğru bir şekilde kullanmalarının gerektiği bir süreçtir. Sosyal hizmet, insan haklarını savunan, sosyal adaleti sağlamaya çalışan ve aynı zamanda çalıştığı kurumun hizmetlerini yerine getiren ve onları geliştirmeye çalışan bir meslektir. Sosyal hizmet uzmanları adli sosyal hizmet gibi farklı uygulama alanlarında müracaatçı, kurum ve sosyal hizmet mesleği arasında etik konularla sıklıkla karşılaşabilmektedir. Literatürde, etik konularda karar verme süreci hakkında meslek elemanlarının kullanımına sunulan farklı modellere rastlanmaktadır. Bu modellerin kullanımında birçok faktör dikkate alınmaktadır. Karar verme sürecinde doğru bir modeli kullanmak, mesleki uygulamanın kalitesini artıracak ve sürecin akışını kolaylaştıracaktır. Derleme niteliğindeki bu çalışma, sosyal hizmet uzmanlarına adli sosyal hizmet uygulamalarında karşılaştıkları etik ikilem konularında etik karar verme sürecini yürütmelerinde yol göstermeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adli Sosyal Hizmet, Etik, Etik Karar Verme.

ABSTRACT

Social work is a helping profession that, as other professions working with people, aim to achieve social change by increasing an individual's social functioning, enhancing and maintaining people's well-being. The values and practices of every discipline serving human beings can lead to ethical issues. Ethical values provide guidance to professionals in determining how professional practices can be better, or they cannot be better. Social workers take decisions based on the ethical values for their practices. Sometimes ethical dilemmas can arise in making these decisions. Ethical decision is a process in which social workers should use their professional knowledge, skills and values correctly in these dilemmas. Social work is a profession that defends human rights, tries to ensure social justice and at the same time performs the services of the institution for which it works and tries to improve them. Social workers often encounter ethical issues between the client, the institution and the social work profession in practice areas such as forensic social work. In the literature, there are different models presented to the use of professional staff about the decision making process on ethical issues. Many factors are considered in the use of these models. Using the right model in the decision-making process will improve the quality of professional practice and facilitate the flow of the process. This study, which is a review, aims to guide social workers in conducting ethical decision process about ethical dilemmas encountered in the forensic social work practices.

Keywords: Forensic Social Work, Ethical, Ethical Decision Process.

Giriş

Bir Fransızca sözcük olan etik, Türk Dil Kurumu sözlüklerinde; “çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü” olarak

tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Etik, ahlak felsefesi ya da ahlak bilimi olarak da bilinmektedir. Bununla birlikte, ahlaktan farklı olarak, bu olgunun araştırılmasını ve böylece ahlâki açıdan insanlar için nelerin doğru ve nelerin yanlış olduğuna dair ilkelerin belirlenmesini irdeler.

Sosyal hizmet etiği, mesleki uygulamalarında sosyal hizmet uzmanını yönlendiren, bilgilendiren ve eylemlerine rehberlik eden değerler ve standartlar bileşenidir. Uygulamada sosyal hizmet etiği, etik ilke ve standartların, hastanelerde, huzurevlerinde, bakım merkezlerinde, ev bakım hizmetlerinde ve diğer sosyal kurum ve kuruluşlarda uygulanmasıyla ilgilidir. Sosyal hizmet sunan bu kurum veya kuruluşlar, çalışan personeline (sosyal hizmet elemanları), müracaatçılarına (müşteriler), tedarikçilere, devlete ve ilişki içinde olunan kuruluşlarına, hissedarlara, rakiplere ve tüm topluma karşı sosyal hizmet etiği ilkelerine uygun tutum ve davranış sergileme sorumluluğuna sahiptir.

Ülkemizde, genel olarak etik ile ilgili çalışmalar çok yakın bir zamanda gelişme göstermiştir. Ancak, iş etiği, tıp etiği, hemşirelik etiği vb. konularda nispeten daha fazla çalışma varken, sosyal hizmet etiği alanındaki çalışmalar nicel ve nitel olarak daha az sayıdadır. Ancak son yıllarda konuyla ilgili çalışmalarda artış gözlenmektedir.

Etik konular zaman zaman içinden çıkılması zor ikilemlere sebep olmaktadır. Etik ikilem adı verilen bu sorunlarda etik karar verme modelleri sosyal hizmet uzmanlarına çözüm önerileri konusunda rehberlik etmektedir. Bu çalışma, etik konularla sıkça karşılaşılan adli sosyal hizmet alanında etik ikilemler ve etik karar verme modellerini incelemek ve sosyal hizmet uzmanlarına bir rehber hazırlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Sosyal Hizmetin Etik Değerleri

Etik konusunun mesleki uygulamanın denetimini sağlamada mesleki değerler önemli roller üstlenmektedir. Değerler, neyi yapmanın ve neyi yapmamanın önemli olduğu ile ilgilidir. Değerler, aynı zamanda, neyin daha fazla ve neyin daha az değerli olduğu anlamına gelen göreceli değer hakkında karar verebilmeyi ve yargıya ulaşabilmeyi de kapsamaktadır (Duyan, 2019). Bu nedenlerle etik karar verme modellerini incelemeyen, sosyal hizmetin değerlerine de kısaca değinmek doğru olacaktır. Sosyal hizmetin ilk değeri hizmet olarak kabul edilir. Sosyal hizmet uzmanlarının ilk amaçlarından biri, sosyal sorunları olan ve muhtaç durumdaki müracaatçılara yardım etmektir.

İkinci değer sosyal adalettir. Sosyal hizmet uzmanları çocuk, kadın, engelli, yaşlı gibi dezavantajlı grupların toplum kaynaklarına erişimini kolaylaştırmak ve adil dağıtımını sağlamak amacıyla sosyal değişim için çalışır ve sosyal adaletsizlikle mücadele eder.

Üçüncü değer, bireylerin değer yargıları ve saygınlıklarıdır. Sosyal hizmet uzmanları, her bireyin farklı ve kendine özgü değer yargıları olabileceğine ve bunlara saygı görmesi gerektiğine inanır.

Dördüncü değer, insan ilişkilerinin önemidir. Sosyal hizmet uzmanları, insan ilişkilerinin önemini farkındadır.

Beşinci değer, dürüstlüktür. Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçılarına karşı güvenilir ve dürüst bir şekilde davranırlar.

Altıncı değer ise, yeterlidir. Sosyal hizmet uzmanları, mesleki yeterliklerini uygulama alanlarında gösterirler ve mesleğin bilgi temeline katkıda bulunmak için çaba sarf ederler (Reamer, 2006).

Etik İkilem

Etik konular konuşulmaya başlandığında etik ikilem kavramı karşımıza ilk çıkması muhtemel kavramlardanır. Sosyal hizmet uygulamasında sonsuz bir etik ikilem alanıyla ve çok farklı ikilemlerle karşı karşıya gelmektedir. *Genel anlamıyla ikilem,*

çatışmalı bir durum veya iki fikir arasında yapılan seçim olarak tanımlanabilir. Çıfçı ve Gönen (1983) etik ikilemi mesleki görevler ve yükümlülüklerde ortaya çıkan çatışma durumu olarak tanımlamıştır. Etik ikilem birden fazla değer aynı durumda çatışma hali olarak tanımlanabilir. Bu durumda değerlerden birisi/birkaçı korunurken birisi/birkaçı da göz ardı edilebilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanları etik bir ikilemi çözerken, karar verme sürecinde kendilerine yardım eden mesleki değerler oluşturmuştur. Birbiriyle eşit olan ve iki kötü seçenek arasında kalınan etik ikilem nadiren ortaya çıkmaktadır. En iyi müdahale yolunu ve her seçeneğin artı ve eksilerini belirlemek için değerler kullanılabilir.

Etik Karar Verme

Sosyal hizmet faaliyetlerinde etik ilkelerin vazgeçilmezliğini vurgulayan sosyal hizmet etiği, uygulayıcılara önemli bir yol haritası da sunmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanları eleştirel düşünme ve yansıtmayı destekleyen etik karar verme modellerini kullanmaya teşvik edilir. Çok sayıda etik karar verme modeli vardır. Aşağıda verilen model ya da etik karar verme aşamaları, literatürde yer alan modellerin bir birikimidir ve en iyi uygulama yaklaşımına dayanmaktadır (NLASW, 2015). Sosyal hizmet uzmanlarının, etik karar verme sürecinde aşağıdaki sırayı takip etmeleri faydalı olabilir:

- Etik ikilem nedir? Çatışmakta olan mesleki değerleri açıkça belirtiniz. Karar verme sürecini etkileyen kişisel değerleriniz hangileridir? Kişisel ve mesleki değerleriniz arasında bir çatışma var mı?
- Etik ikilemi ele almanın en iyi yolu için ilk tepkin ya da sezgin nedir?
- CASW Etik Kurallarına ve Etik Uygulama Kılavuzu'na danışın. Kılavuzdaki Kurallar size yön veriyor ve rehberlik ediyor mu? İkilem için geçerli olan Etik Uygulama Kılavuzlarını ve Etik Kuralların bölümlerini belirleyin.
- İlgili kurum politikalarına ve en iyi uygulama standartlarına (Sosyal Hizmet Uygulamalarında Teknoloji Kullanımı için NLASW Standartları gibi) danışın.
- Yasal konular var mı? Gerektiğinde ilgili mevzuata danışın.
- Kültürel değerlendirmeler nelerdir?
- Bu sorun bilgilendirilmiş onam ile ele alındı mı?
- İkilemi çözmek için mevcut seçenekler ve tercihler nelerdir? Her bir seçeneğin faydalarını ve riskini değerlendirin. Riskleri en aza indirmek ve etik sorumluluklardan ödün vermemek için hangi adımları atman gerekiyor?
- Bir meslektaş, yönetici ya da süpervizöre danışmak son derece yararlı olabilir.
- Uygulama bağlamı bir fark yaratıyor mu?
- Uygun olan durumlarda ikilemi müracaatçıyla tartışın.
- Terapötik ilişki üzerindeki etkisini değerlendirin.
- Karar vermede başka hangi kaynaklar yardımcı olabilir?
- Etik karar verme sürecini belgeleyin. Belgeleme konusunda daha fazla bilgi için Sosyal Hizmette Kayıt Tutma için NLASW Standartlarına başvurun.
- Kararınızın etkisini izleyin ve değerlendirin ve gerekirse değiştirin (NLASW, 2015).

Yukarıda verdiğimiz örnekler ve yaşanması muhtemel etik ikilemler dikkate alındığında, sosyal hizmet uzmanları içinden çıkmakta zorlanacakları ikilemlerle karşılaşmaktadır. Bu ikilemler bir veya birkaç değer çatışması sonucu çıkmaktadır. Ve

değerler arası sıralama yapmak etik karar verme sürecini etkileyen önemli unsurlardandır. En nihayetinde bu ikilemler yukarıdaki model dikkate alınarak, uygun aşamaları ve sıralamaları göz önünde bulundurarak sistemli bir şekilde değerlendirerek sosyal hizmet uzmanları, uygulamalarının kalitesini artıracaktır.

Adli Sosyal Hizmette Etik İkilem ve Etik Karar Verme

Adli sosyal hizmet müdahalesinde birey, grup ve ailelerle çalışmada ve meslektaşlar arası ilişkilerde ikilemlerle karşılaşılabilir. Örneğin, duruşması olan bir müracaatçı sosyal hizmet uzmanından kendi davası hakkında samimi bir değerlendirme yapmasını isterse, sosyal hizmet uzmanı davanın seyrinin olumsuz olduğunu bile bile, gerçeği saklamalı mıdır? Ya da yalan söylemeli midir?

Bazı durumlarda, sosyal hizmet uzmanları bir hukuk, kural ve politikaya bağlı kalmak ile belirli bir tedavi hedefine ulaşmak arasında seçim yapmak zorundadır. Birçok ülkede, bir çocuğun istismar edilmesinden şüphe eden sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek mensupları bu durumu kolluk birimlerine bildirmek zorundadır. Prensip olarak, bu yasaların esas tartışmasız görünmekle birlikte, uygulamada sosyal hizmet uzmanları bu tür bir raporlamanın müracaatçıları ile ilişkilerini aksatacağına inandıkları için şüpheli istismar durumlarını sıklıkla raporlamada direnmektedir. Bir bakış açısına göre, yasalara, kurallara, politikalara asla bağlı kalınmaması gerektiği söylenir (Wasserstrom, 1975). Başka bir bakış açısına göre de, raporlamanın daha büyük sonuçlar doğuracağını bildiğimiz bazı durumlarda, yasaların, kuralların ve politikaların ihlal edilebileceğini söyler (Smart ve Williams, 1973).

Sosyal hizmet uzmanları en zor ikilimin kendileri için *gizlilik* olduğunu ifade etmektedirler. Amerika Birleşik Devletler Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW, 1981) Mesleki Etik Kodları'na göre, "Sosyal hizmet uzmanı, müracaatçılarının gizliliğine saygı göstermeli ve profesyonel hizmet sırasında elde ettiği tüm bilgileri güven içinde tutmalıdır". Bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanının bir müracaatçının isteklerine karşı gizli bilgileri ifşa etmesini gerektiren aşırı koşulların çıkabileceğini biliyoruz. Örneğin, bir müracaatçı görüşmede üçüncü bir kişiye ciddi zarar vermekle ilgili tehdit içerikli konuştuğunda ya da bir sosyal hizmet uzmanı mahkeme tarafından ifade vermeye çağrıldığında ve ifade vermeye karar verdiğinde ikilem olabilir (Wilson, 1978).

Bir başka örnekte, sosyal hizmetin etik ilkelerinden biri olan gizlilik ilkesi ile intihar eğilimli bir insanın yaşamını koruma ilkesi aynı zamanda uygulanamaz. Bununla birlikte, mesleki değerleri temel alarak, zor tercihleri yapmaya yardımcı olan bazı ilkeler formüle edilebilir. Ayrıca, mesleki değerleri temel alarak, zor tercihleri yapmaya yardımcı olan bazı ilkeler formüle edilebilir. Herhangi bir etik ikilemin hangi parçasının bir diğerinden daha önemli olduğuna karar verebilmek ve daha sonra bu karara göre hareket edebilmek için bir hiyerarşi oluşturulabilir (Kirst-Ashman ve Hull, 1999).

Kendi kararını verme ve korumacılık değerlerini içeren etik ikilemler, sosyal hizmet uzmanının karşılaştığı önemli sorunlardandır. Bu değerler bilgilendirilmiş onay ve müracaatçının karar verme kapasitesi kavramlarını öne çıkarmaktadır. Burada ikilem müracaatçının karar alamayacak durumda olmasından kaynaklanabilir. Bir çocuğun deneyimsiz ve mümeyyiz olmaması karar vermesini etkileyebilir. Akıl ehliyetini kaybetmiş bir ruhsal hastalığı olan kişi ya da zihinsel engelli bir kişi de kararının olası sonuçlarını anlama yeterliliğine sahip olmayabilir (Kirst-Ashman ve Hull, 1999).

Adli sosyal hizmet ortamlarında karşılaşılan etik ikilemlerde Dolgoff, Loewenberg ve Harrington (2005)'un geliştirdiği "genel karar verme modeli"nin kullanılması sosyal hizmet uzmanlarına destek olabilir. Bu amaçla ilk olarak soruna ve sorunun varlığını sürdürmesine neden olan değişkenler belirlenmelidir. Sorunla ilgisi olan tüm kişi ve kurumlar saptanmalıdır. Karar vermede sorumluluk paylaşımı yapılmalıdır. Sorunla ilgisi olan kişi ve kurumların değerler belirlenmelidir. Sorunun

çözümünde kullanabileceğiniz amaç ve hedefler belirlenmelidir. Amaçları karşılayacak her alternatifin etkililiği ve verimliliği değerlendirilmelidir. En uygun müdahale seçilmeli ve uygulanmalıdır. Uygulama izlenmeli ve sonuçlar değerlendirilmelidir.

Adli sosyal hizmette kullanılabilecek bir başka karar verme modeli ise Kirst-Ashman ve Hull (1999)'un sekiz basamaklı etik ikilemi kavramsallaştırma çalışmasıdır. Buna göre

- Olası bir etik ikilemle karşılaşmada ilk adım sorunu tanımaya başlamaktadır.
- Etik ikilemin kavramsallaştırma sürecindeki ikinci basamakta, karmaşık değişkenler matrisini gözden geçirmek gerekir.
- Sosyal hizmet uzmanları üçüncü basamakta düşüncelerini ve endişelerini meslektaşlarıyla ve diğer insanlarla konuşmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanları karşılaştıkları etik ikilemleri çözebilmek için, ikileme hangi değer ve etik standartların uygulanacağını değerlendirmeli ve uygun olduğu düşünenler belirlenmelidir.
- Etik ikilemi çözme sürecinde, rehberlik edebilecek değerler temel alınarak ilkeler hiyerarşisi oluşturulabilir.
- Sosyal hizmet uzmanları karar verme sürecinde olası seçenekleri belirlemeli ve olası seçeneklerin artıları ve eksileri üzerinde düşünülmelidir.
- Her bir seçeneğin artıları ve eksileri belirlenmelidir.
- Son aşamada, izlenilecek en iyi yola karar vermek gerekir.

Sonuç

Sosyal hizmet uygulamasında mesleki ve kişisel değerlerin çatışması sonucu etik ikilemler ortaya çıkar. Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki ve kişisel değerlerini birbirinden ayırarak etik kurallar ve kuramlar doğrultusunda uygulamalarında kullanmaları gereklidir. Etik karar verme modelleri incelendiğinde sorunun her boyutuyla değerlendirilmesi, mesleki ve kişisel değerlerin belirlenmesi ve hiyerarşik bir sırayla değerlendirilmesi, olası çözümlerin artılarının ve eksilerinin belirlenerek en iyi seçeneğin seçilmesi ve karar vermede sosyal hizmet uzmanının kişisel yargılarından arınması başlıkları öne çıkmaktadır. Adli sosyal hizmet alanının, etik konuların sıklıkla karşılaşıldığı bir alan olması nedeniyle bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının yukarıda verilen modelleri uygulamalarında kullanmalarının önemli olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Çifci, E.G. ve Gönen, E. Sosyal hizmet uygulamalarında etik karar verme süreci. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 1983;22(2): 149-160.
- Dolgoff, R., Loewenberg F.M. ve Harrington, D. *Ethicaldecisionsforsocialworkpractice*. Belmont, CA: Brooks/Cole, 2005.
- Duyan, V. *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*. İstanbul: Nar Yayınevi, 2019.
- Kirst-Ashman, K. ve Hull, G.H. *Understandinggeneralistpractice*.Chicago:Nelson-HallPublishers, 1999.
- NationalAssociation of SocialWorkers[NASW]. NASW standarts fort he classificaiton of sociakpractice. Silver Spring, MD: Author, 1981.
- NLASW, (2015). *Ethicaldecision-making in socialworkpractitce*. Professional IssuesCommittee, 30 Ağustos 2019 tarihinde http://www.nlasw.ca/sites/default/files/inline-files/Ethical_Decision_Making_Framework.pdfadresinden erişildi.
- Reamer, F.G. *Ethicalstandards in socialwork: A review of the NASW code of ethics*. 2nd Edition, NASW Press, 2006.

- Smart, J.J.C. ve Williams, B. *Utilitarianism: For and against*. Cambridge England: Cambridge University Press, 1973.
- TDK, (2019). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. 11 Eylül 2019 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Wasserstrom, R. The Obligation to obey the law in Wasserstrom, (Ed.), *Today's Moral Problems*. New York: Macmillan Publishing Co., 1975: 358-384.
- Wilson, S.J. *Confidentiality in social work: Issues and principles*. New York: Free Press, 1978.

Sözel 7 (TAM METİN)

BOŞANMALARDA VELAYET/KİŞİSEL İLİŞKİDEĞERLENDİRMESİ

Evaluation Of Child Custody / Relationship In Divorce

Ferda Karadağ*, Dilşad Foto Özdemir*

*Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

ÖZET Bu araştırmada,Aile Mahkemeleri tarafından Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına2014-2019 tarihleri arasında gönderilen 90 dosya retrospektif olarak incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, çiftlerin büyük bir oranının şiddetli geçimsizlik nedeni ile boşandığı,ebeveynlerin % 26.6'sının çocuğunun istismara uğradığına ilişkin iddiasının olduğu ve ilişki kısıtlaması istediği,çocukların sadece %34.4'ünün her iki ebeveyni ile düzenli olarak görüştüğü, çocukların %15.5'inde ebeveyne yabancılaşma sendromu olduğu saptanmıştır. Ebeveynler arasında işbirliğinin sağlanabilmesi için boşanma sürecinde danışmanlık ve arabuluculuk hizmetlerinin verilmesi son derece önemlidir. Anahtar Kelimeler: Boşanma, Velayet, Kişisel İlişki	ABSTRACT In this study, 90 files sent to Hacettepe University Department of Child and Adolescent Mental Health and Diseases by the Family Courts for expertise between 2014-2019 were examined retrospectively.According to the results of the research, the majority of couples were divorced due to severe incompatibility,26.6% of the parents claimed that their child was abused and asked for a relationship restriction,only 34.4% of children regularly meet with their parents, 15.5% of children have parent alienation syndrome.Providing counseling and mediation services during the divorce process is extremely important to ensure cooperation between parents. Keywords: Divorce, Child Custody, Personal Relationship Between the Child and the Parent.

Giriş

Boşanma geçmişten günümüze kadar var olan, dini inançlardan, geleneklerden ve hukuki düzenlemelerden etkilenen bir olgudur (1).Toplumsal hayatta olan değişimler ile evliliğe verilen anlamlar giderek değişmekte ve eşlerin beklentilerinin karşılanmadığı durumlarda boşanmalar daha fazla görülmeye başlamaktadır (2,3).Aile ve Sosyal Araştırma Genel Müdürlüğünce (4) Türkiye'deki boşanma nedenlerine ilişkin gerçekleştirilen kapsamlı çalışmaya göre, boşanmanın tek bir faktörle açıklanamayacak karmaşık bir yapı gösterdiği, sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik faktörlerin evliliklerin kuruluş aşamasından itibaren yaşanan sorunları belirlediği saptanmıştır.

Boşanma sürecinde, çocuğun yararı ve iyi olma hali temel alınarak çocukla ilgili ebeveyn haklarının ve sorumluluklarının yeniden yapılandırılması, ebeveynlik kapasitesinin değerlendirilmesi gerekir. Ebeveynlerin ebeveynliğe ilişkin değerleri, çocuğun gelecekteki ihtiyaçları için plan yapmaları, çocuğa düzenli ve sevgi dolu bir ortam sağlayabilme kapasiteleri ve çocuğu olumsuz yönde etkileyebilecek uygunsuz ya da suistimal edici davranışları göz önünde bulundurulur (5).Ebeveynlerin, boşanma sürecinde yeni düzenleme konusunda anlaşmazlık yaşamaları durumunda ise aile mahkemeleri tarafından, velayeti alacak ebeveyninve her ebeveynin çocukla sürdüreceği ilişkinin belirlemesi gerekir.Bazı durumlarda aile mahkemelerinden velayetin belirlenmesi, velayetin değiştirilmesi, çocuk ve ebeveyn arasındaki şahsi ilişkinin düzenlenmesi (görüşme biçiminin düzenlenmesi/değiştirilmesi/shahsi ilişkinin kesilmesi) gibi konulardamahkeme uzmanlarından ve/veyaçocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerinden görüş istenmektedir.H.Ü. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığıve Hastalıkları Anabilim Dalındağerlendirmelerinde; ebeveynlerle ve çocuklarla ayrı ayrı görüşmeler yapılmakta, gerektiğinde tüm aile birlikte görüşmeye alınmakta, uygun ölçme ve değerlendirme teknikleri uygulanmakta, ihtiyaç duyulduğundaebeveynlerin erişkin ruh

sağlığında değerlendirilmeleri istenmektedir. Bunun yanı sıra bazı durumlarda ev, okul ziyaretleri yapılarak çocuğun ve ebeveynlerin yaşam koşulları, sosyal çevreleri incelenmektedir. Tüm değerlendirmeler sonunda adli kurul tarafından düzenlenen kanaat bildirir rapor ilgili mahkemeye sunulmaktadır.

H.Ü. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına Aile Mahkemeleri tarafından bilirkişilik için gönderilen dosyaların sayısı giderek artmaktadır. Boşanma, sonuçları açısından çocukları önemli ölçüde etkilemekte olup, boşanma sırasında ve sonrasında çocuğun gelişiminin asgari düzeyde etkilenmesi için verilecek kararlar oldukça önemlidir.Bu araştırmanın amacı, velayet/kişisel ilişki değerlendirilmesi içinAile Mahkemeleri tarafından H.Ü. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına gönderilen dosyaların çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi ve alan yazın bulguları çerçevesinde tartışılarak öneriler sunulmasıdır.

Yöntem

Dosya bilgilerinin ve kayıtların retrospektif olarak incelendiği bu çalışma, tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmada,Aile Mahkemeleri tarafından Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalından rapor düzenlenmesi için gönderilenve Ocak 2014-Ocak 2019 tarihleri arasında değerlendirilen 90 dosyanın verileri çalışmaya dahil edilmiştir.

Verilerin Analizi

Veriler, SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir.

Bulgular

Dosyaların%76.7'sinde,aile mahkemelerinin velayet ve ebeveyn ile ilişkisinin düzenlenmesiile ilgili görüş istediği, dosyaların %23.3'ünde ise ebeveynlerin istismar iddiaları nedeniyle çocuklara yönelik istismar olup olmadığının ayrıca değerlendirilmesinin istendiği görülmektedir.Araştırma bulgularına göre; annelerin % 68.8'i, babaların %75.5'i 30-49 yaş aralığında yer almaktadır. Başvuran annelerin 35'i (%38.9) üniversite, 30'u (%33.3) lise mezunu iken babalar arasında lise ve üniversite mezunu olanların oranı eşittir(%75.6). Babaların %87.8'si düzenli bir işe sahipken, annelerin %52.2'sidüzenli gelir getirecek bir işte çalışmaktadır. 90 dosyada dava konusu olan ortak çocukların sayısı 135 ve bu çocukların yaş ortalaması 9'dur.

Evlilik sürecine ilişkin dağılımlardaçiftlerin çoğunluğunun (%61.1) arkadaşlık kurarak/anlaşarak evlendiği saptanmıştır. Çiftlerin beraber yaşadıkları süre incelendiğinde, 6 ile 10 yıl arasında süren beraberlikten sonra açılan boşanma davalarınınoranının en yüksek olduğu(%43.3), bunu evliliğin ilk 5 yılının izlediği bulunmuştur (%30.0). Değerlendirilen dosyalarda çiftlerin %55.5'nin boşanma kararını ortak aldığı, boşanma davalarının %51.1'nin halen sürmekte olduğu, çocukların velayetinin/ geçici velayetinin büyük oranda (%84.4) annelerde olduğu saptanmıştır.

Annelerin %42.1'i, babaların %59.8'i yaşanan geçimsizliği en büyük boşanma nedeni olarak göstermiştir.Dosyalarda, 19'u anne, 4'ü baba tarafından olmak üzere toplam 23 ebeveynin (% 26.6) çocuğunun istismara uğradığı yönünde iddiasının bulunduğü saptanmıştır. Toplam 15 anne çocuğunun, öz babanın cinsel istismarına,birer anne dedenin ve üvey kardeşin cinsel istismarına, bir anne üvey annenin fiziksel istismarına ve bir anne, baba ile üvey annenin cinsel ilişkisine tanıklık ederek çocuğunun istismara uğradığını iddia etmiştir.Babaların istismar idialarının 2'si üvey babanın cinsel istismarı, biri dedenin cinsel istismarı ve biri annenin fiziksel istismarı şeklindedir. Çocukların %34.4'ünün her iki ebeveyni ile düzenli olarak görüştüğü, babaları ile düzenli görüşmeyenlerin oranının %47.8 olduğu, 1 yıldan uzun süredir babasını göremeyen çocukların oranının %30.5 olduğu saptanmıştır.Dosyaların %15.5'inde ebeveyn yabancılaşıma sendromu olduğu saptanmıştır.

Değerlendirme sırasında 21 dosyada (%23.3) ev ziyareti yapılma ihtiyacı duyulmuştur. Ebeveynler için erişkin psikiyatri kliniğinden konsültasyon istenme oranı %48.9 olmuş, annelerin %20.5'i, babaların %15.9'u psikiyatrik tanı almıştır. Raporlarda çoğunlukla (%80), velayetin annede kalmasının çocuğun yararına olacağı yönünde görüş bildirilmiştir. 5 dosyada çeşitli nedenlerle istismar hakkında kesin bir kanıya varmanın mümkün olmadığı, baba tarafından cinsel istismar iddiası olan bu dosyalarda çocuk ile babası arasındaki görüşmelerin refakatçi eşliğinde olmasının uygun olduğu, diğer dosyalarda ise istismar düşünülmeyişi yönünde görüş belirtildiği saptanmıştır. Ağır psikotik bozukluğu olan bir baba dışında, çocuk ile her iki ebeveyni arasında düzenli ilişkinin kurulmasının çocuğun yararına olacağı raporlarda yer almıştır.

Tartışma Ve Öneriler

Çiftlerin çoğunlukla geçimsizlik nedeni ile boşandığı dosyalarda yazılmış ancak geçimsizliğin nedenlerin ayrıntılı bir şekilde açıklanmadığı saptanmıştır. Çiftleri boşanmaya götüren geçimsizliğin temelindeki nedenlerin ayrıntılı bir şekilde açıklanmaması boşanmanın altında yatan temel nedenlerin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Alan yazında boşanma davalarının evliliğin ilk 5 yılı içerisinde en yüksek oranda olduğu ve evliliklerde ilk beş yılın kritik bir dönem olduğu ileri sürülebilmektedir (6,7). Bu araştırmada 6-10 yıl içerisinde olan boşanmaların daha fazla olması, çiftlerin çocuk sahibi olması ile çocukları için boşanma davalarını geciktirmiş olabilecekleri düşünülmüştür.

İncelenen dosyalarda velayetin çoğunlukla annelerde kalması yönünde görüş bildirilmiştir. Alanyazındaki benzer çalışma sonuçları, velayetin büyük oranda anneler tarafından talep edildiğini ve mahkeme kararları sonucunda da velayetin anneye verildiği yönündedir (6,8). Geleneksel iş bölümü, toplum tarafından atfedilen cinsiyet rol ve sorumlulukların gereği velayet sorumluluğunu annenin yerine getirebileceğine dair kanaatin olduğu belirtilmektedir (7). Türkiye'de çocuğun velayeti tek bir ebeveynine verilmektedir. Çocuk için en ideal olanı her iki ebeveynin de çocukla ilgili kararlara aktif katılımı, çocuğun sınırlama olmaksızın istediği kadar her iki ebeveyni de görebilmesidir. Bazı şartlar altında olması kaydı ile, ortak velayetin çocuklar için en iyi çözüm olduğu düşüncesinde birleşenler bulunmaktadır. Ortak velayet, çocukların her iki ebeveyni ile yakın ilişki sürdürme olanağını sağlamaktadır. Ortak velayet sorunsuz yürüdüğünde çocuklar, anne ve babalarının kendilerine bakabilen, birbirleri ile işbirliği yapabilen insanlar olduğunu görmekte, çocukların ailelerinin dağılmasından kaynaklanan güvensizlik duyguları azalabilmektedir (9).

Velayeti alan ebeveynin ruhsal olarak iyi olması çocuğun gelişim sürecini iyi geçireceğinin en önemli göstergelerinden birisidir. Ancak hastalığın derecesi ve bunun ebeveynlik kapasitesine etkilerinin farklı olabileceği göz önüne alınmalıdır (10,11). İncelenen dosyalarda şüphelenilen durumlarda ya da çiftlerin birbirine yönelik ruhsal hastalık iddialarında erişkin psikiyatri kliniklerinden değerlendirme istenmiştir. Psikiyatrik hastalığı olan ebeveynin bu konuda tedavi alıp almadığı, alıyorsa bu tedavinin yeterliliği değerlendirilmelidir. Bunun dışında aile ve sosyal çevrenin desteği de değerlendirmeye alınmalıdır.

Kliniğe gönderilen dosyalarda aile mahkemelerinin uzmanları tarafından sosyal inceleme raporu düzenlenmesine karşın bazı dosyalarda ebeveyn ve çocuk etkileşimini daha iyi görebilmek için ev ziyareti yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Aile mahkemelerinin uzmanlarının ev gözlemlerinde daha çok evin durumu (temizliği, güvenliği gibi) çocuğa uygunluğu ve çocuğa sağlanan olanaklar hakkında değerlendirme yaptığı görülmektedir.

Boşanma sürecinde eşler, çatışmalarını çocuk üzerinden devam ettirerek birbirlerini cezalandırmak isteyebilmekte, çocuğu kullanarak öfkelerini aktarabilmekte ve çocukla görüşmeler konusunda aksaklıklar olabilmektedir (12). Araştırmada çocukların

%15.5’inde ebeveyne yabancılaşma sendromu olduğu anlaşılmıştır. Ebeveyne yabancılaştırma sendromunun en temel göstergesi, çocuğun diğer ebeveyne karşı haksız bir iftira ve karalama kampanyası içinde olması ve onu görmek istememesidir(13). Çekişmeli boşanmalarda, taraflar arasında husumet duyguları gelişebilmekte, velayet hakkını karşı tarafın kişisel görüşme hakkını engelleyerek kullanabilmekte ve çocukta velayet kendisinde olmayan ebeveyne karşı yabancılaşma ortaya çıkabilmektedir. Ebeveyne yabancılaştırma sendromunu önlemek için mahkeme sürecinin hızlı ve adil bir şekilde işleyerek uzakta olan ebeveynin çocukla daha ilişkisi kesilmeden çocukla birlikte daha uzun ve sürekli zaman geçirmesi için ara kararlar alınmalı, anne ve babaların boşanmaya uyum programlarına katılması teşvik etmeli, aile mahkemesi uzmanları tarafından süreç izlenmeli, mahkeme kararlarına uyulmadığı tespit edildiğinde velayetin el değiştirmesi hususu dâhil birçok tedbirin alınması sağlanmalıdır (14).İncelenen dosyalarda ebeveyne yabancılaşma sendromu olması durumunda, ebeveynlerin danışmanlık almasının önemi vurgulanmış ve ebeveyne yabancılaşma sendromunun devam etmesi durumunda velayetin değiştirilmesinin çocuğun yararına olacağı belirtilmiştir.

Ebeveynlerin istismar iddialarına karşılık, değerlendirmelerde istismarı düşündürecek bulgulara rastlanmamıştır. Ancak yaşı küçük olan çocuklarda objektif değerlendirmedeki çeşitli zorlukların dolayı, koruyucu amaçlı babalarıyla rafakatçi eşliğinde görüşmeleri uygun bulunmuştur. Refakatçi eşliğinde ziyaret daha çok küçük çocuklarda gündeme gelmeli ve geçici bir tedbir olarak düzenlenmelidir.

Boşanma sürecinde iki tarafın birbirine yönelik olumsuz duygularının pekiştiği aile mahkeme salonlarının dışında, sorunların çözümüne yardım etmek amacıyla sosyal hizmet uzmanları gibi meslek elemanlarından oluşan bir danışmanlık sistemi oluşturulması önemlidir.Ebeveynlerden hangisinin çocuğun refahı için daha iyi seçenek olduğunun belirlenmesi görevi mahkemelerindir. Ancak bu süreçte bu karar verilirken sosyal hizmet uzmanı, erişkin ve çocuk psikiyatristi, avukat gibi farklı meslek gruplarının objektif ve bilimsel ölçütlerle göre, işbirliği içerisinde değerlendirme yapması çocuğun yüksek yararına olacaktır.

Kaynaklar

1. Arıkan Ç. Halkın Boşanmaya İlişkin Tutumları Araştırması. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları. Ankara, 1996:3
2. Karney B. R. and Bradbury T. N. The longitudinal course of marital quality and stability. Psychological Bulletin 1995; 3 (4) 118-125
3. Furstenberg F. F. The future of marriage. American Demographics 1996; 18 (6) 35-40
4. Boşanma Nedenleri Araştırması. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
5. Amerikan Psychological Association Guidelines for Child Custody Evaluations in Divorce Proceedings. Family Law Quarterly 1995; 29(1):51-62
6. İşsever H, Dişçi R. Evaluation of reasons to divorce in divorce suits took place in Istanbul in 1999. Adli Tıp Bülteni 2000;5(3):1516.
7. Kaşıkçı KG, Öztürk E.Karara Bağlanan Boşanma Davalarının Retrospektif İncelenmesi: Gaziosmanpaşa Örneği. Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med 2018; 15(2):52-60.
8. Feyzioğlu S, Kuşcuoğlu C. Single parent family. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2011;7(26):97-110
9. Benedek E. and Brown C. Boşanma ve Çocuğunuz. (S. Katlan, Çev.). HYB Yayıncılık Ankara: 1997:39
10. Schmidt F, Cuttress LJ, Lang J, Lewandowski MJ, Rawana JS. Assessing the parent–child relationship in parenting capacity evaluations: Clinical applications of attachment research. Family Court Review. 2007;45(2):247-259

11. Azar ST, Lauretti AF, Loding BV. The Evaluation of parental fitness in termination of parental rights cases: A functional-contextual perspective. *Clinical Child & Family Psychology Review*. 1998;1(2):77-100
- 12.<http://www.gocrc.com> ve <http://members.tripod.com/~mdcrc/sharpnt.html>-erişim-12.08.2019
13. Gardner R.A. The parental alienation syndrome. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics Inc. 1998:17
14. Şen B. Ebeveyne Yabancılaşma Sendromu. Çocuk ve Şiddet:Şiddetin Mağduru Olarak Çocuklar. (Hasan Büker Ed.).Samer Bilimsel Yayınlar Serisi, Cilt 1, 2014: 42-55

Sözel 8 (TAM METİN)

İSTİSMAR ŞÜPHESİYLE HAKKINDA SAĞLIK TEDBİRİ KARARI VERİLEN ÇOCUĞUN İHMALDEN KORUNMASI:OLGU SUNUMU

Yasemin ÖZKAN*, Cigdem CANATAN**

*Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet, Doktora Programı öğrencisi

ÖZET

Çocuk cinsel istismarı, mağdur çocuğu, aileyi ve toplumu etkilemektedir. Çocuğun istismarının tespiti ardından başlatılan adli süreçte çocuğun iyilik hali düşünülerek sağlık, danışmanlık, eğitim ve korunma tedbirleri alınabilmektedir. Bu kararlar yaşanan sürecin ailenin ve çocuğun üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve istismar mağduru çocuğun sosyal işlevselliğini yeniden kazanmasını sağlamak amacı ile verilmektedir. Çalışmada, cinsel istismar şüphesi ile hakkında sağlık tedbiri verilen çocuk ve aile ile yapılan ilk görüşmede yapılan sosyal hizmet müdahalesi açıklanmaktadır.

Anahtar sözcükler: çocuk cinsel istismarı, sosyal hizmet müdahalesi, istismar vaka çalışması

ABSTRACT

Child sexual abuse affects the victim child, family and society. Health, counseling, education and protection measures can be taken by considering the well-being of the child in the judicial process initiated after the detection of child abuse. These decisions are made to reduce the negative effects of the process on the family and the child and to ensure that the child victim of abuse regain social functionality. The study describes the suspicion of sexual abuse and the social work intervention in the first interview with the child and the family where health measures were taken.

Keywords: child sexual abuse, social work intervention, case study of abuse

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü çocuk ihmal ve istismarını “sorumluluk, güven ya da güç bağlamında çocuğun sağlığına, hayatta kalmasına, gelişmesine ya da onuruna fiili ya da olası zarar ile sonuçlanan; fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal, ya da ihmalkar davranış ya da ticari, diğer sömürü” olarak tanımlamıştır [1]. Dünya genelinde bir sorun olan çocuğun ihmali ve istismarı fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik şiddeti ya da kötü kullanımı anlatmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün hazırladığı rapora göre, çocuğun ihmal ve istismar riski yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir. Küçük çocuklar fiziksel istismar riskine en açık grupken, adolesanlar ise cinsel istismar riskinin en yüksek olduğu grup olarak tanımlanmıştır [2]. Çocuklarda cinsel istismarın vakalarının açığa çıkarılması ve olumsuz etkilerinin sağaltılması oldukça güç olmaktadır. İstismarın açığa çıkması birey, aile, toplum, ve sosyokültürel özelliklerde dahil olmak üzere pek çok engel ile karşılaşmaktadır[3, p. 104].

Çocuğun Cinsel İstismarı

Çocuk cinsel istismarı küresel bir halk sağlığı krizi olarak kabul edilen çocuklara yönelik en yaygın şiddet biçimlerinden biridir. Toplumdaki tüm demografik gruplaşmalarda ortaya çıkması[4], faillerin daha yaşlı ve genellikle çocuk tarafından bilinen ve güvenilen kişiler olmaları durumun endişe verici boyutlarını ortaya koymaktadır[1]. Çocuk cinsel istismarının kısa ve uzun vadeli etkileri, mağduru sosyal, psikolojik, fiziksel ve davranışsal gelişimi üzerinde doğrudan ve dolaylı olumsuz etkilere sahiptir ve bunların aileleri ve toplulukları üzerinde bir etkisi vardır. Çocuk cinsel istismarı ayrıca sağlık, ceza adaleti ve sosyal refah sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Bu bağlamda, birçok ülkede çocuk cinsel istismarının önlenmesine yönelik girişimler öncelik kazanmıştır [5].

Çocuğun cinsel istismarı Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Çocuğun cinsel aktiviteyi tam olarak kavramadığı ve bilmediği, çocuğun gelişimsel olarak hazırlanmadığı veya toplumun yasalarını ya da sosyal tabularını ihlal etmesi” olarak tanımlanmıştır [1]. Polat ise istismar olgularını pedofili, enstest, pornografi, çocuk seks işçiliği, çocuk fuhuşu ve sömürü olarak sıralamış ve değişen sosya kültürel yapı ile mülteci sorununun insan kaçakçılığı, çocuk kaçırma ve seks amaçlı kullanma olarak genişletmiştir [6, p. 1]. Çocuk cinsel istismarının dinamikleri ile yetişkin istismarının dinamikleri farklılık göstermektedir. Çocuklar nadiren olaydan hemen sonra istismarı açıklar. Çocukların istismarı açıklaması genellikle fiziksel bir şikayetin ya da davranış değişikliğinin ardından başlatılır ve bir süreç olarak devam eder. Cinsel istismar mağduru, toplumun mağduru suçladığı, fiziksel ve psikolojik travmalar ile karşı karşıya kalır. Cinsel istismar ne ele alınan ne de tartışılan ancak kaçınılan, ihmal edilen ya da hasıraltı edilen bir konudur. Yakın zamana kadar, cinsel istismar (cinsel ilişki sayılmayan), psikolojik şiddet ve hatta pornografi kullanımı da dahil olmak üzere çocuklara yönelik kınanacak davranışlar nedeniyle insanların caydırıcı cezalandırılmadığı açıktır [7].

Çocuk cinsel istismar oranlarını belirlemek oldukça zordur. Yapılan uluslararası araştırmalar, bildirimlere ve adli süreçlerin raporlarına bağlı olarak oluşturmaktadır. Bildirilmeyen, günyüzüne çıkmayan ihmal ve istismar oranları kayıt altına alınamamaktadır. Birleşmiş Milletler 2014 raporuna göre her 10 kız çocuğundan biri cinsel istismara maruz kalmaktadır. Çocuklara karşı işlenen suçları araştırma Finkelhor ve Ormrod’un Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı çalışmasında her 5 kız çocuğundan biri ve her 20 oğlan çocuğundan birinin cinsel istismara maruz kaldığını; yetişkin kadınların %20’si, erkeklerin ise %5-10’u cinsel tacizi yaşadığını ya da hatırladığını bildirmiştir. Yapılan başka bir araştırma ise, Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşayan 14 ile 17 yaşları arasındaki gençlerin, bir yıllık süre içinde, %16’sı cinsel olarak taciz mağduru olduklarını; %28’i ise yaşadıkları süre içinde en az bir kere yaşadıklarını göstermiştir. Cinsel istismara karşı en korunmasız dönemin 7 ile 13 yaşları arasında olduğu tespit edilmiştir [8].

Türkiye’de çocuk cinsel istismarı her geçen gün artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuklara yönelik cinsel saldırı dosyalarında 2008’ den 2013 yılına kadar yaklaşık yüzde 400 oranında bir yükseliş olmuştur. Türkiye’de cinsel istismara uğrayan çocuk yaş ortalaması 13.7 olarak saptanmıştır. 2016’da 83.552 çocuk cinsel istismara maruz kalmış, çocuk cinsel istismarı hükümlüleri ise %58.8 olarak tespit edilmiştir. Çocuk cinsel istismar oranı 2014 yılından 2016 yılına %33 artmıştır. Kötüye kullanılan çocukların çoğunluğunu (yaklaşık %72) 14-17 yaşlarındaki çocuklar oluşturmaktadır. Çocukların büyük çoğunluğu (%88) kız çocuklarıdır. Yaşanılan cinsel istismarların yarısına yakını zorla, %30 u tehdit ve %44’ü planlı bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Vakaların yaklaşık %81’ inde adli rapor verilmemiş, verilen adli ve hastane raporlarında çocukların büyük çoğunluğunun (%78) ruh sağlığının etkilendiği saptanmıştır [9]; [10]. Çocuğun kan bağı olan kişi tarafından istismar edilmesi, enstest ya da Türkçe fücür, olarak tanımlanmaktadır. Enstest kavramı psikolojide incelendiğinde ise, kan bağı sınırlaması genişletilerek güven ilişkisi olan, sadece cinsel birleşmeyi değil her türlü cinsel faaliyeti içeren bir tanımlama yapılmaktadır. Enstest, istismar türleri arasında en yıkıcı sonuçlara sahip olan türdür. Enstest olgularında ailenin çoğunlukla sosyal çevreye kapalı olduğu, ebeveynlerin yetersiz denetim ve beceriye sahip olduğu, aile içi çatışma, çocuk ile kurulan bağın zayıflığı dikkat çekmektedir [11, p. 87]. Çalışmalar cinsel istismarın şiddetinin ve süresinin, istismarcının çocuğa yakınlığının, istismarın çocuk üzerindeki olumsuz etkilerini şiddetlendirdiğini göstermektedir [12, 13, 14].

Cinsel istismar mağdurlarına yönelik hizmetler adli, tıbbi ve sosyal hizmetlerin birlikte sunulmasından meydana gelmektedir. Çocukların istismarının tanınması, korunması, takip ve tedavilerinin yapılması bir işbirliğini gerektirmektedir. Mağdurların bu süreçleri

daha fazla örselenmeden, en iyi şekilde geçirebilmeleri için sistemin etkili ve hızlı bir şekilde işlemesine ihtiyaç duyulmaktadır [13]. Çocuğa yönelik mikro, mezzo ve makro sistemlerin devreye girmesinde ve çocuğun takip ve tedavisinde aktif rol oynayan sosyal hizmet uzmanları, sürecin etkili işlemesi için çalışmalı ve çocuğun bütüncül iyilik hali için savunuculuk yapmalıdır.

Mağdur Çocuğun Devletin Koruma Sistemine Girmesi (?)

5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanununa göre ihmal ve/veya istismara maruz kalan çocuğun bildirimini çocuğun kendi bildirimi, kişilerin, ailelerin ya da adli ve idari merciler, kolluk kuvvetleri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bildirimi ile adli süreç başlatılmaktadır[15]. Çocuğun ve şikayetçinin dinlenilmesi sürecinde ise Ceza Muhakemesi Kanunun'da (Madde 103/236) çocuğun bir defa dinlenebileceğini belirtmektedir. "Mağdur çocukların veya işlenen suçun etkisiyle psikolojisi bozulmuş olan diğer mağdurların tanık olarak dinlenmesi sırasında psikoloji, psikiyatri, tıp veya eğitim alanında uzman bir kişi bulundurulur" olarak belirtilmiştir [16].

Türkiye'de çocuğa yönelik istismarın tespitinde ve önlenmesinde rol oynayan iki merkez tipi bulunmaktadır. İlki Sağlık Bakanlığı çatısı altında yer alan Çocuk İzlem Merkezleri ve Üniversiteler bünyesinde yer alan Çocuk Koruma Merkezleridir. Ülkemizde mevcut Çocuk İzlem Merkezi sayısı 40 olup [17]; Çocuk Koruma Merkezi sayısı ise 8'dir (Gazi Üniversitesi, Çukurova Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Kocaeli Üniversitesi, Marmara Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Karadeniz Üniversitesi) [18].

Vaka Sunumu

Adli Süreç

Bir il merkezinde gerçekleşen çocuk istismarı vakasında, şikayet üzerine, çocuk ve aile Çocuk İzlem Merkezi'ne yönlendirilmiş, ifadeleri alınmıştır. Çocuğun kurum bakımına alınması ve gerekli sosyal hizmet müdahaleleri açısından değerlendirmesi yapılmıştır. Sosyal Hizmet Uzmanınca hazırlanan sosyal inceleme raporuna göre vakanın öyküsü "9 yaşında bir kız çocuğu olan A. L. üç çocuklu bir ailenin ortaca çocuğudur ve tüm aile üyeleri birlikte yaşamaktadır. A.L.'nin anne ve babası ilkököl mezunu olup, annesi çalışmamakta; babası ise bahçıvan olarak görev yapmaktadır. A.L.'nin Lise son sınıfa giden bir ağabeyi ve kendisinden bir yaş büyük bir ablası vardır. Ailenin ekonomik durumu gelir düzeyindedir. Hanede ebeveynler ve ebeveyn çocuk ilişkilerinde çatışma bulunmamaktadır. A. L.'nin anne ve babası çocuklarına sevgilerini göstermekte, biyopsikososyal gelişimleri ile yakından ilgilenmektedirler. A. L.'nin kardeşleri ile ilişkilerinin iyi, ebeveynlerini sevmektedir. Anne ve baba kuzen çocukları olup çocukluklarında beraber büyümüşler. Ailenin geniş aile ilişkileri kuvvetlidir. Sıklıkla düzenlenen geniş aile toplantılarında anne, baba, çocuklar, annenin abisi, eşi ve çocuğu da katılmaktadır. A.L.'nin, son zamanlarda, düzenlenen geniş aile toplantılarında, tedirgin ve tek kalmamaya çalışmaktadır.

Çocuk A.L. bir aile toplantısı sırasında dayısı H.L. Çağırdığından, akrabası olan yaşıtı Ş.'ye dayısının yanına gitmek istemediğini belirtmiş ve "ne olacağını biliyorum" demiştir. Ş.'ye dayısının kendisine dokunduğunu, cinsel organını sürdüğünü anlatmıştır. Çocuk A.L.halası I.L. şehir dışından yanlarına ziyarete geldiğinde yaşadıklarını anlatmıştır. Bunun üzerine hala I.L. polis karakoluna giderek çocuğun dayısı H.L.'den şikayetçi olmuştur.

Aile ve çocuk polis karakoluna davet edilmiş ve Çocuk İzlem Merkezi'nde ifadeleri alınmak üzere götürülmüştür."

Çocuk İzlem Merkezinde (ÇİM), Cumhuriyet Savcısı'nın talimatıyla bir adli görüşmeci sosyal hizmet uzmanı ya da psikolog ve avukat eşliğinde kamera kaydı altında çocuk ve aile ile ayrı ayrı görüşmeler yapılmaktadır. Adli görüşme eğitimi alan bir sosyal hizmet

uzmanının görevi çocuğun yaşına ve gelişimine uygun sorulan sorular ile görüşme yapılmasını sağlayarak; çocuğun daha fazla örselenmesinin önüne geçmek ve çocuk ile ailenin biyopsikososyal değerlendirmesini yapmaktır [19, pp. 5-16].

Çocuklar güvendikleri kişiler tarafından istismara oldukça açıktır. Türkiye’de ve dünyada kız çocuklarının erkek çocuklarına oranla daha çok istismar edildiği ve istismarcılarının çoğunlukla erkek ve çocuğun güven duyduğu kişiler olduğu bilinmektedir. İstismar mağduru çocukların bir çoğu suçluluk ve korku duyguları nedeniyle defalarca, sistematik olarak istismara maruz kalmaktadır. İstismara maruz kalan çocuklar yeniden istismar edilme ve ebeveynleri tarafından suçlanıp, terkedilme korkusu yaşamaktadırlar [20, pp. 8-9].

“Çocuk A.L. 2. Ya da 3. Sınıfta iken dayısı H.L.’nin evine ailesi ile birlikte oturmaya gittiklerinde, dayısının “sana para vereceğim” diyerek kendisini yatak odasına çağırdığını, arkadan kapıyı kapatıp, dokunarak kendisine ellediğini ve öptüğünü anlatmıştır. Annesi seslenince annesinin yanına gittiğini açıklamıştır. Annesinin içeride ne yaptığını sorduğunda dayısının kendisine para vermek için çağırdığını anlattığını, bu olayın daha sonra aynı şekilde birkaç defa daha tekrarlandığını, dayısı H.L. tarafından çağırıldığında “ne olacağını biliyorum” diyerek gitmeyi reddettiğinde, akrabası olan yaşıtı Ş. ’ye anlatmıştır. Mağdur çocuk A.L., yaşadığı istismarı, şehir dışında ikamet eden halası I.L.’ye aktarmış ve hala tarafından polis karakolunda başvurulmuştur. Çocuk ve aile karakolda dayı H.L.’den şikayetçi olmuş ancak ÇİM’de alınan ifadenin ardından ebeveynler dayının H.L.’nin böyle bir şey yapacağına inanmadıklarını, kızlarını hala I.L. tarafından kandırılarak H.L.’ye iftira atmış olabileceğini söyleyerek şikayetlerini çekmek istediklerini belirtmişlerdir.”

Cinsel istismara maruz kalan çocuğun sağlığıyla ilgili önlemler alınması ilk müdahale iken, enstest ebeveynler tarafından kapatılan, konuşulmayan bir olgudur. Kişinin biyopsikososyal iyilik halini, haklarını sınırlayan cinsel istismar, “aile birliğini” bozmamak için örtülü kalmaya ve başkalarınca fark edilene ya da çocuk kendini ifade edene kadar devam etmektedir [21].

Sağlık Tedbiri Süreci

“Çocuk ve aile ile Çocuk İzlem Merkezi’nde yapılan görüşmenin ve şikayetin geri çekilmesinin ardından; adli süreç devam etmekle birlikte, aile ve çocuk tarafından, cinsel istismarın reddedildiği ancak yaşanan bu süreçte çocuğun psikolojik durumunun olumsuz etkilenme olasılığı göz önünde bulundurularak sağlık tedbiri talebinde bulunulmuş ve Çocuk Mahkemesi tarafından çocuk A.L. hakkında 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nun 5/1-d maddesi gereğince sağlık tedbiri uygulanmasına karar verilmiştir.”

Çocuk Koruma Kanunu, Korumucu ve destekleyici tedbirler Madde 5’ e göre:

“(1) Korumucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir. Bunlardan;

a) Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimselere çocuk yetiştirme konusunda; çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol göstermeye,

b) Eğitim tedbiri, çocuğun bir eğitim kurumuna gündüzlü veya yatılı olarak devamına; iş ve meslek edinmesi amacıyla bir meslek veya sanat edinme kursuna gitmesine veya meslek sahibi bir ustanın yanına yahut kamuya ya da özel sektöre ait işyerlerine yerleştirilmesine.,

c) Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi hâlinde, çocuğun resmî veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesine,

d) Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına,

e) Barınma tedbiri, barınma yeri olmayan çocuklu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya” yönelik tedbirdir [15, p. 2]. Çocuk ihmal ve istismarı birçok alanın birlikte çalışmasını gerektiren önemli bir sorundur. Hukuk, sosyal hizmet, sağlık ve eğitim bu alanların başında gelmektedir. Sosyal Hizmet Uzmanları çocuk koruma sistemi ve sağlık sisteminde bulunan birçok profesyonelle beraber ihmal ve istismar olgularında aktif rol oynamaktadırlar [22, p. 210].

Sosyal Hizmet Müdahalesi

Çocuk Mahkemesi tarafından 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nun 5/1-d maddesi gereğince mağdur çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve takip, tedavisinin yapılabilmesi için bağlantı kurularak, randevu planlanmıştır[15]. Yapılan görüşmede çocuk ve ailesi psikososyal açıdan değerlendirilmiş ve uygun sosyal hizmet müdahalesinin planlanması ve çocuğun korunması hedeflenmiştir.

“Görüşmeye anne ve babası ile gelen çocuk A.L.’nin tedirgin olduğu ancak yüzünde bir gülümseme olduğu, çocuğun ailesi ile ilişkilerinin kuvvetli olduğu, süreçte suçlayıcı davranmadıkları ve kendisini rahatlıkla ifade edebildiği gözlemlenmiştir; mağdur çocuğun ebeveynlerinin oldukça tedirgin oldukları ve süreçte yönelik kaygılı oldukları gözlemlenmiştir. Aile ile tanışıldıktan sonra, sağlık tedbiri süreci hakkında bilgi verilerek ailenin gönüllü katılımı sağlanmıştır. Tanışmadan sonra çocuk A.L. odadan çıkarılarak aile ile görüşme yapılmıştır. Anne ve baba ile yapılan görüşmede çocuğun psikososyal iyilik hali hakkında bilgi alınmış ve istismar şüphesiyle ilgili görüşleri öğrenilmiştir. Dayı H.L.’nin 40 yaşlarında olduğu, 2 kız çocuğunun olduğu, böyle birşeye asla ihtimal vermediklerini, dayı ile sık sık görüştiklerini bu olaylardan sonra dayının affedici olup kızlarıyla görüşmeyi sürdürdüğü öğrenilmiştir. Hala I.L.’nin, dayı H.L. ile husumeti olduğu bu nedenler kızlarını kandırarak böyle bir iftira attıklarını düşündüklerini ve şikayeti geri çektiklerini, kızları A.L.’nin de bunu kabul ettiğini, halasının kendisine öğrettiklerini söylediğini kabul ettiğini belirtmişlerdir. Çocuğun bu duruma nasıl tepki verdiği sorulduğunda, baba kızının başta dayı H.L.’ye iftira attığı için aynı ortamda bulunmaktan çekindiğini, ancak şuanda bir sorun olmadığını söylemiştir. Ebeveynlere adli sürecin sonlanmadığı, istismar olduğu yönünde bir kararda ne yapacakları sorulduğunda, inanmayacaklarını belirtmişlerdir.”

Cinsel istismar olgularının yaklaşık %20-25’ni ensest olguları oluşturmaktadır [23, p. 462]. Ensest ülkemizde ve dünyada sosyal tabu olarak kabul görmekte ve inkar edilip gizlenmektedir [24]. Dayı H.L.’nin çocuklarını istismar etmesini başta kabul eden aile, daha sonra bu durumu kabul etmemiş ve şikayetlerini geri çekmiştir. Anne ve baba ile yapılan görüşmede, dayı H.L. ve ailesi ile çok yakın ilişkileri olduğu öğrenilmiştir. Ailenin ekonomik gücünün çok iyi olmaması nedeni ile H.L.’nin ekonomik gücü ve aileye yardımı sorulmuş, ancak aileden dayı H.L.’nin kendilerine ekonomik destek vermediği öğrenilmiştir. Ebeveynlere dava sonlanana kadar kızlarını dayısı ile aynı ortamda bulundurmamaları, dayı ile ilgili konuşmalarını çocuk önünde yapmamaları yönünde rehberlik edilmiştir.

“Çocuk ile yapılan görüşmede, kendisini burada ve doktorun yanında rahatlıkla ifade edebileceği, dayısı ile aynı ortamda bulunmak zorunda olmadığı ve rahatsız olduğu şeyleri güven duyduğu kişilere söyleyebileceği aktarılmıştır.”

Sonuç

Araştırmalar çocukların yaş ve cinsiyetlerine göre yaşadıkları cinsel istismarı açıkladıklarını göstermiştir. Büyük çocukların ve adölesanların yaşatları ile daha çok paylaşım yapıp yetişkinlerden saklama eğiliminde oldukları; yaşça daha küçük

çocukların ise yaşadıkları istismarı yetişkinler ile daha çok paylaştıkları tespit edilmiştir. Kız çocuklarının duygusal destek için yaşitlarına başvururken; erkek çocukların koruma ya da erişilebilir servislere başvurdukları anlaşılmıştır [3, p. 104]. Cinsel istismar mağduru çocukların üçte ikisinin yaşadıkları istismarı paylaşmayı geciktirdikleri ya da hiç paylaşmadıkları bilinmektedir [25]. Bu nedenle istismar mağduru çocuk ile kurulacak güven bağı ve ardından kurulacak duygusal bağ ile çocuğun kabul etmediği ve tekrar maruz kalma riskini taşıdığı süreci ifade etmesini destekleyeceği düşünülmektedir. Ön görüşmeden sonra planlanacak sosyal hizmet müdahalesi ile çocuğun maruz kaldığı düşünülen istismarın olumsuz etkilerinin azaltılması ve çocuğun sosyal işlevselliğinin artırılarak sağlıklı bir birey olarak toplumsal yaşama kazandırılması için önemli olduğu düşünülmektedir. Çocuğun psikiyatri muayenesinde herhangi bir bulgu saptanmamış ancak risk altında bulunduğu düşünülerek görüşme sıklığı artırılmıştır.

İstismar mağduru çocuklar, istismarı paylaşmaya hazır olduklarında, bir kişiyi seçmekte ve adım adım ilerlemektedirler. İlk açıklamayı yaşitlarına, bu aşamayı geçtikten sonra daha otorite sahibi birisi ile, ebeveyn ya da bir profesyonel ile paylaşmaktadır [26]. Çalışmada sunulanolguda, istismar mağduru çocuğun yaşadığı istismarı yaşıtı ile paylaştığını daha sonra ise bir akrabası ile paylaştığı anlaşılmaktadır.

982 anne ile yapılan araştırmada, 172 çocuğun amca/dayı tarafından cinsel istismar edildiği tespit edilmiştir. Araştırmada amcaların halalara oranla cinsel istismardan 48 kat daha fazla sorumlu olduğu tespit edilmiştir [27, p. 215]

Bazı araştırmalar, çocukluk döneminde cinsel istismar yaşamış bireyler için cinsel istismara uğramalarında etkili riskleri araştırmışlardır. İlginç bir şekilde, sosyal sınıf ya da ırk gibi risk faktörleri oranları arasında bir farklılık bulunamamıştır. Başka bir deyişle bu iki faktör çok benzer oranlara sahip bulunmuştur. Bununla birlikte, toplumsal çalışmaların sonuçlarından, istismar konusunda daha yüksek risk faktörü oluşturan etmenler ortaya konmuştur. Bu faktörler şu şekildedir:

- Çocuğun biyolojik ebeveynlerden birinin olmaması,
- Annenin çalışması, evde engellilik ya da hasta birine bakım vermesi nedeni ile çocukla yeterince ilgilenememesi,
- Çocukların ebeveynlerin evliliklerinin mutsuz ya da çelişkili olduğunu söylemesi,
- Çocuğun ebeveynler ile zayıf bir ilişkiye sahip olduğunu veya aşırı derecede cezalandırıcı bir disiplin uygulandığını bildirdiği durumlar veya çocuk tacize maruz kaldığını bildirdiği durumları kapsar [28].

Çocukluk cinsel istismarı, toplumsal cinsiyet, ırk, kültür, din, coğrafi alan ve sosyoekonomik sınıf çizgisinde insanları etkileyen yaygın bir sorundur. Çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili çalışmalarda[29], 3 yaşından itibaren çocukların sürekli olarak çocuk cinsel istismarına karşı savunmasız olduğunu bildirmiştir. Ancak, kadınlar erkeklerden daha fazla risk altındadır. Gault- Sherman ve meslektaşları (2009), kadınların çocuk cinsel istismarına mağdur edilmesinin erkeklere oranla yaklaşık üç kat daha fazla olduğunu ve depresif duygudurum ve genel kaygı geliştirmenin daha muhtemel olduğunu tespit etmiştir[30, 31].

Düşük sosyoekonomik durum, diğer istismar biçimlerinde önemli bir risk faktörü iken, cinsel istismar için önemli bir risk faktörü olduğu kanıtlanmamıştır [32, 33, 34].

Çocuk cinsel istismarı travmatik sonuçları ve sosyolojik, psikolojik, kültürel ve yasal boyutları olan evrensel bir sorundur. Bu sorunu ele almak pekçok disiplinin sorumluluğudur. Cinsel istismarın doğası ve kapsamı yetişkinler üzerinde derin yaralar açarken, çocuklar (içinde bulundukları gelişim dönemlerine bağlı olarak) cinsel istismara maruz kaldıklarında istismarı yaşadıkları dönem ve tüm gelecekleri önemli tehditleri içermektedir. Cinsel istismarın ne olduğu, nasıl ele alınıp müdahale edilmesi

gerektiği koruyucu önleyici kapsamında neler yapıldığı yani önleyici çalışmaların mağdur ve failin ceza ve adalet sistemi içerisindeki durumu ve tüm toplumu refah sistemini bunların nasıl etkilediği araştırılması gereken ivedi konular arasındadır. Özellikle istismar için riskli durumların belirlenmesi de koruyucu- önleyici çalışmalar için önemli bir adımdır. Tüm çocuklar bu konuda risk grubunu oluşturduğu gibi zihinsel engelleri nedeniyle kendini koruma becerisi yeterli olmayan çocuklar en büyük risk grubu arasındadır. Ergenler çoğunlukla cinsel istismarın mağduru olmakta, kimi zaman da istismarın faili olarak karşımıza çıkar. Bu durumda adli süreçler kapsamında gençleri saldırgan davranışlara yönelten nedenler araştırılmalı, gereken fiziksel ve psikiyatrik tedavi sağlanmalıdır.

Diğer taraftan istismara maruz kalmış çocuk içinse gerekli acil tıbbi ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Çocuğun yaşadığı travmayı tekrar yaşatmaması için mahkeme süresince mağdur çocukları bu süreçte psikolojik olarak hazırlamak örneğin sanıkla yüz yüze gelmelerini engellenmek, yapılan görüşmelerin uzmanlar tarafından gerçekleştirilmesini sağlamak ve çocuğu yönlendirme yapmadan, yargılanmadan, korkutmadan dinlemek gerekmektedir[35]

1. World Health Organization, Child sexual abuse. Guidelines for medicolegal care for victims of sexual violence, 25 October 2016. [Çevrimiçi]. Available: [Whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628x.pdf).
2. World Health Organization, «Child abuse and neglect, Ekim 2002. [Çevrimiçi]. Available: http://www.who.int/violence_injury_prevention, or e-mail: violenceprevention@who.int.
3. N. Manay ve D. Collin-Vézina, «Recipients of children's and adolescents' disclosures of childhood sexual abuse: A systematic review,» *Child Abuse & Neglect*, pp. 104-192, 2019.
4. K. Zeuthen ve M. Hagelskjær, «Prevention of Child Sexual Abuse: Analysis and Discussion of The Field,» *J Child Sex Abuse*, cilt 22, no. 6, pp. 742-60, 2013.
5. F. Mantula ve H. Saloojee, «Child Sexual Abuse in Zimbabwe,» *Journal Of Child Sexual Abuse*, cilt 25, no. 8, pp. 866-880, 2016.
6. O. Polat, «Türkiye'de Çocuk İstismarı Raporu- 2,» Asuma&İmdat, 2018.
7. K. Srivastava, S. Chaudhury, P. S. Bhat ve P. Patkar, «Child Sexual Abuse: The Suffering Untold,» *Ind Psychiatry Journal*, p. 1, 2017.
8. R. K. Ormrod ve D. Finkelhor, «Using new crime statistics to understand crimes against children: Child pornography, juvenile prostitution, & hate crimes against youth,» %1 içinde *Child Victimization*, New York, Civic Research Institute, 2014, pp. 1-30.
9. S. Küçük, «Analyses of Child Sex Abuse Cases in Turkey: A Provincial Case,» *Journal of Child Sexual Abuse*, pp. 264-266, 2016.

10. Z. Z. Bakır, «İNSAMER,» Mayıs 2018. [Çevrimiçi]. Available: https://insamer.com/tr/2018-dunyanin-cocuk-karnesi_1490.html.
11. A. O. İbiloğlu, A. Atlı, R. Oto ve M. Özkan, «Multifaceted Glance on Childhood Sexual Abuse and Incest,» *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, pp. 84-98, 2018.
12. R. Schultz, «Secrets of Adolescence: Incest and Developmental Fixations,» %1 içinde *Syndromes of Adult Psychopathology*, Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1990.
13. Finlandiya Ankara Büyükelçiliği, Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu FI&TKDF, «Türkiye Encest Atlası Projesi,» Finlandiya Ankara Büyükelçiliği, Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu, Ankara, 2014.
14. S. Bulut, «Çocuk Cinsel İstismarı,» *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2016.
15. Resmi Gazete, «Çocuk Koruma Kanunu, Kanun No. 5395,» Resmi Gazete, Ankara, 2005
16. Resmî Gazete, «Ceza Muhakemesi Kanunu, Madde 236,» Resmî Gazete, Ankara, 2004
17. T.C. Sağlık Bakanlığı, «Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı,» Nisan 2019. [Çevrimiçi].
18. ÇOKMED, «Çocuk Koruma Merkezleri,» Ekim 2019. [Çevrimiçi].
19. C. Topdemir, «İstismar Mağduru Çocuğun Korunmasında Bir Uygulama: Çocuk izlem Merkezi (ÇİM),» *Anadolu Bilimleri Melek Yüksekokulu Dergisi*, 2016.
20. A. R. Çeçen, «Çocuk Cinsel İstismarı: Sıklığı, Etkileri ve Okul Temelli Önleme Yolları,» *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, pp. 1-17, 2007.
21. Ş. Yüksel ve S. Saner, «Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması,» 2019. [Çevrimiçi]. Available: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rXM94CA0zr4J:www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/219201618057-CocukCinsel_istismar_bilgilendirme_dosyasi.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=tr.
22. F. Paslı, «Çocuk İstismarına Sosyal Hizmet Yaklaşımı,» *Türkiye Klinikleri*, pp. 209-213, 2017.
23. C. Johnson, Child sexual abuse, Lancet, 2004.

24. Magalhaes T, T. F, J. P, S. L, M. E ve S. A, «Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra-familial cases,» *Journal of Forensic and Legal Medicine*, pp. 455-459, 2009.
25. V. Schonbucher, T. Maier, M. Mohler-Kuo, U. Schnyder ve M. Landolt, «Disclosure of child sexual abuse by adolescents: A qualitative in-depth study,» *Journal of Interpersonal Violence*, pp. 3486-3513, 2012.
26. G. Priebe ve C. Svedin, «Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures,» *Child Abuse & Neglect*, pp. 1095-1108, 2008.
27. L. Margolin, «Child sexual abuse by uncles: A risk assessment,» *Child Abuse & Neglect*, pp. 215-224, 1994.
28. D. Finkelhor ve K. Baron, «Risk Factors for Child Sexual Abuse,» *Journal of Interpersonal Violence*, cilt 1, pp. 43-71, 1986.
29. A. J. Sedlak ve D. D. Broadhurst, «Third National Incidence Study Of Child Abuse And Neglect,» US Department of Health and Human Services, Washington DC, 1996.
30. M. Gault-Sherman, E. Silver ve I. D. Sigfusdottir, «Gender And The Associated Impairments of Childhood Sexual Abuse: A National Study Of Icelandic Youth,» *Social Science & Medicine*, cilt 69, pp. 1515-1522, 2009.
31. L. Berliner, « Child Sexual Abuse: Definitions, Prevalence And Consequences. In J. E. B. Myers (Ed.),» %1 içinde *The APSAC Handbook On Child Maltreatment (3rd ed.)*, Los Angeles, CA: Sage, 2011.
32. L. Berliner ve D. I. J. E. B. M. L. B. J. B. C. T. H. C. J. e. T. A. R. Elliott, «Sexual Abuse of Children,» %1 içinde *The APSAC Handbook On Child Maltreatment. 2nd ed.*, Los Angeles, CA: Sage, 2002.
33. D. Finkelhor, «Epidemiological Factors İn The Clinical Identification Of Child Sexual Abuse,» *Child Abuse Negl.*, cilt 17, p. 67-70, 1993.
34. F. W. Putnam, «Ten-Year Research Update Review. Child Sexual Abuse,» *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, cilt 42, pp. 269-278, 2003.
35. B. Yalçın, Y. Özkan ve Ç. Bilginer, Psikososyal Güçlendirici Destek Programı. Cinsel İstismar Travması. Özel Eğitim ve Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü, UNICEF, Ankara: Özel Eğitim ve Destek Hizmetleri Genel Müdürlüğü, UNICEF, 2019.

ADLİ GERONTOLOJİ SÖZEL BİLDİRİLER

Sözel 1 (TAM METİN)

ARTAN YAŞLI NÜFUS İÇİN ARTAN BİR TEHLİKE:YAŞLI İNTİHARLARI

An Increasing Danger for the Growing Elderly Population: Elderly Suicides

Erdem Hösükler*, Zehra Zerrin Erkol*, Gamze Dinçer*

*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bolu

ÖZET

Tüm dünyada olduğu gibi doğum oranında düşüş ve yaşam standartlarının iyileşmesinin sonucu olarak, Türkiye’de de yaşlı nüfusun oranı hızla artmaktadır. Yaşlılık; sağlık kaybı, sosyal rol kaybı, akraba veya arkadaşların kaybı, yaşam amacının kaybı başta olmak üzere sürekli kaybın karakterize ettiği doğal bir yaşam sürecidir. Genel olarak yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek intihar oranına sahiptir. Günümüzde yaşlı intiharları ile ilgili birçok ilişkili risk faktörleri tanımlanmıştır. Bu çalışmamızda yaşlı intiharları yönünden risk faktörlerinin ortaya konulması ve çözüm önerilerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: İntihar; Yaşlı; Risk faktörleri; Çözüm önerileri.

ABSTRACT

As in the whole world, as a result of a decrease in the birth rate and improvement of living standards, the proportion of elderly population in Turkey is increasing rapidly. Generally, the elderly population has a higher rate of suicide than other age groups. Elderly is a natural process of life which is characterized by loss of health, loss of social role, loss of relatives or friends, loss of life aim. Today, many related risk factors related to elderly suicides have been identified. In this study, it was aimed to reveal the risk factors in terms of elderly suicides and discuss the solutions.

Keywords: Suicide; Elderly; Risk factors; Possible solution.

Giriş:Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre “65 yaş ve üzeri” insanlar yaşlı olarak kabul edilmektedir. Yaşlı nüfus kendi içinde; 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 75-84 yaş grubu “yaşlı” ve 85 yaş ve üzeri “ileri yaşlı” olarak üç alt gruba ayrılmaktadır (1). Ülkemizde yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı 1970 yılında %4,4 iken, 2018 yılında bu oran %8,8’e yükselmiş, 2080 yılında tüm nüfusun %25,6’sını 65 yaş ve üzeri grubun oluşturacağı tahmin edilmektedir (2). Yaşla birlikte birçok organ ve sistemde fonksiyonel rezerv azalmasına bağlı önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen demans, osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, kanser ve benzeri birçok hastalığın prevalansı artmaktadır (3). Bununla birlikte yaşlılar; toplum rolündeki değişiklikler, ekonomik problemler, giderek çevreye daha bağımlı olma, güç yitimi, dikkat, algılama, problem çözme yeteneğinde azalma, öğrenme ve düşünme hızında yavaşlama, bellek kayı ve hatırlamada azalma gibi birçok sorunla da başetmek zorunda kalmaktadır (4). Özellikle yaşlı insanların yaşından dolayı gözden düşmesi, aile ve yakın çevresi tarafından ilgi, sevgi- saygı ve destek görmemesi, bir yük olarak görülmesi; yaşlılarda kendine olan güven duygusunda, özsaygısında azalma yaşlı bireyde ciddi ruhsal problemlere zemin hazırlamaktadır (5). Yaşlılık dönemi intiharlarında, depresyon ve anksiyete önemli katalizörlerdendir. Depresyon tanılı yaşlı hastaların %39’unda ölme isteği bulunmaktadır (6). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2006) verisine göre 65 yaş üzerinde 247 kişi intihar etmiş iken, bu sayı 2015 yılında 376 kişiye çıkmıştır (7). Çalışmamızda, günümüzde görmezden gelinen, ancak gün geçtikçe çığ gibi büyüyen ve gelecekte çok önemli bir halk sağlığı sorunu olması kaçınılmaz olan yaşlı intiharları yönünden risk faktörleri ve çözüm önerilerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Literatürde Yaşlı İntiharları:

Sağlık kaybı, sosyal rol kaybı, akraba veya arkadaşların kaybı, yaşam amacının kaybı başta olmak üzere sürekli kaybın karakterize ettiği doğal bir yaşam sürecinin sonucu olarak yaşlılarda psikolojik bir kriz tetiklenebilir ve bu durum özellikle aile ve

toplum desteğinden yoksun, kendisini yalnız hisseden yaşlıyı intihara sürükleyebilir (8). Yaşlıların sayısının ve nüfus içerisindeki oranlarının önümüzdeki yıllarda tüm dünyada önemli ölçüde artacağı göz önüne alındığında (9), gelecekte yaşlı intiharlarının sayısında da artış olması öngörülebilir bir durumdur. Dahası, yaşlı popülasyon içerisinde de yaş ilerledikçe intihar oranının arttığı iddia edilmektedir (10). Fransa’da yapılan bir çalışmada; yaşlıların %9,8’inde intihar düşüncesi olduğu, 80 yaş üzerinde ise bu oran, erkeklerde %11,3’e, kadınlarda %21,4’e çıktığı belirtilmiştir (11). TÜİK (2015) verisine göre 65 yaş üzeri intihar eden 376 kişinin, 180’inin (%47,8) 75 yaş ve üzeri olduğu, (7) Karbeyaz ve ark.nın Eskişehir ilinde, 74 yaşlı intiharının %63,5’inin 75 yaş ve üzeri olduğu belirtilmiştir (12).

Yaşlı nüfusta intihar sonucu ölümlerde erkek cinsiyetinin ön plana çıktığı görülmektedir(13).Torresani ve ark.nın çalışmasında İtalya’da yaşlı nüfusta erkeklerin intihar oranı 29,7/100 000 iken, kadınlarda bu oran 9,1/100 000 olarak bildirilmiştir (14). Kanada’da dokuz yıllık bir süreçte ölümle sonuçlanmış 1354 yaşlı intihar olgusunun %76’sının (n:1012)(15), Çin’de yapılan başka bir çalışmada, 104 yaşlı intihar olgusunun %59,6’sının (n:62) erkek olduğu tespit edilmiştir (16). Ülkemizde Karbeyaz ve ark.nın Eskişehir ilini kapsayan çalışmasında intihar sonucu ölen 74 yaşlı olgusunun %74,3’ünün (n: 55) erkek olduğu bildirilmiştir (12). Benzer şekilde, Özer ve ark. 1723 yaşlı intihar olgusunu sundukları çalışmalarında, olguların %74,5’inin (n:1284) erkek olduğunu belirtmiştir (17).

Dünya genelinde yapılan çalışmalarda yaşlı intiharlarıyla ilişkili birçok risk faktörü belirlenmiştir. Çin’de; yalnız yaşama, fakir aile statüsü, fiziksel hastalık, tarım işçisi olma, negatif olaylarla karşılaşma, kırsal alanda yaşamının, yaşlı intiharları ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (16,18). Hindistan’da; fiziksel, ruhsal hastalık ve ailede ruhsal hastalık öyküsü, yaşlı intiharlarının güçlü öngörücüsü olduğu bildirilmiştir (19). İtalya’da; tek başına yaşama, düşük eğitim düzeyi, ekonomik problem yaşamamanın, son bir ayda doktora gitmiş olmanın ve huzurevinde yaşamının yaşlı intiharları ile yakından ilişkili faktörler olduğu ifade edilmiştir (14).Güney Kore’de; depresyon, anksiyete ve beş felç uyarı işaretinin (kol – bacak zayıflığı, ani görme kaybı, ani konuşma ve anlamada zorluk, ani nedeni bilinmeyen baş ağrısı- ani baş dönmesi, yürüme-deenge koordinasyon kaybı) yaşlılarda intihar girişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (20). Brezilya’da;duygudurum bozuklukları, depresyon ve bir veya birden fazla çocuk kaybı, yaşlı intihar riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (21). İsveç’te; erkek cinsiyet, ciddi fiziksel hastalık veya herhangi bir organ maluliyetinin ve duygudurum bozuklukları olmak üzere mental hastalıkların yaşlı intiharları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (22). Waern ve ark.nın 75 yaş üstü kişileri içeren çalışmasında; aile çatışması, ciddi fiziksel hastalık, yalnızlık, majör ve minör depresyonun intihar ile yakından ilişkili olduğu bulunmuş, ancak ekonomik problemler ile intihar arasında ilişki kurulamamıştır(23).Fiziksel hastalıklardan kronik kalp yetmezliği, kronik obstruktif akciğer hastalığı, epilepsi, üriner inkontinans, orta ve şiddetli kronik ağrının; psikiyatrik hastalıklardan anksiyete bozukluğu, depresyon ve bipolar bozukluğun yaşlı intiharları ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (15). İntihar eden 70 yaş ve üstü olguları içeren bir çalışmada; evli olmak, yalnız yaşamak, düşük eğitim düzeyi, psikiyatrik tedavi öyküsü ve önceki intihar girişiminin intiharla ilişkili faktörler olduğu, majör ve minor depresyonun önemli risk faktörleri olduğu ve depresyondan bağımsız olarak algılanan yalnızlık ile intihar girişimi arasında bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (24). Henriksson ve ark. yaşlı intihar mağdurları ile yaşlı olmayan intihar mağdurlarını inceledikleri çalışmada; ana tanı olarak majör depresyonun yaşlı mağdurlar arasında en fazla olduğu, neredeyse yaşlı kadın mağdurların tümünde majör depresyon bulunduğunu, psikiyatrik komorbiditenin, yaşlı erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir (25). Chiu ve ark. kontrollü psikolojik otopsi çalışmalarında;

intihar eden kişilerin %86'sının, kontrol grubundaki yaşlıların %9'unun intihardan önce psikiyatrik bir sorun yaşadığı, en sık tanının majör depresyon olduğu, intihar edenlerin %77'sinin intihardan sonraki bir ay içinde doktora başvurduğu, intihar deneklerinin üçte birinde intihar girişimi öyküsü olduğunu bulmuş, mevcut psikiyatrik tanı oranları, tıbbi konsültasyon oranları ve intihar girişimi öyküsü, intihar deneklerinde kontrollerden anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bildirmiştir (9).

Ülkemizde hastanede tedavi edilen 459 yaşlı intihar olgusu çalışmasında; 60-74 yaş grubunda, yalnız yaşayan, alkol kullanan, zayıf dini inancı olan, kanser tedavisi alan, 11 yıl ve üzeri tanı, bir psikiyatri kliniğine yatarak tedavi olan, depresyon ve anksiyete tanısı alan yaşlılarda intihar riskinin yüksek olduğu gösterilmiştir (26). Zengin ve ark. ise yalnız yaşam, emekli olma, uyum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu kriterlerinin mortalite üzerine etkili risk faktörü olduğunu bildirmiştir (1). 74 tamamlanmış yaşlı intihar olgusu çalışmasında; kronik fiziksel, ruhsal hastalık, yalnız yaşam ve sevilene birinin kaybı, yaşlı intiharları ile ilişkili bulunmuştur (12).

Neler Yapılabilir?

Yaşlılar daha ölümcül metodlar kullandığından, intihar eyleminin ölümlere sonuçlanması daha olasıdır (27). Bu nedenle yaşlılık döneminde intihar eylemi gerçekleşmeden önce gerekli tedbirler alınmalıdır. Literatürde, intihar ile ölüm gerçekleşmeden önceki son bir ay içerisinde, yaşlıların bir veya birden fazla kez herhangi bir hekime başvurduğu bildirilmiştir (14,15). Yaşlı nüfusun, intihar girişimi sonrasında psikiyatrik tedavi görme olasılığının oldukça düşük olduğu iddia edilmektedir (28). Danimarka'da yapılan bir çalışmada 50 yaş üzeri intihar mağdurlarının büyük kısmının antidepresan ilaç kullanmadığı, antidepresan ilaç kullanılan aktif tedavinin intihar oranını %10 azaltabileceği iddia edilmiştir (29). Japonya'da pratisyen hekimlerce yapılan depresyon taramasında gerçekleştirilen toplum temelli müdahale sonrasında, yaşlı nüfusta erkek ve kadınlarda intihar riskinde önemli azalma olduğu belirlenmiştir (30). Sadece hafif depresif belirtilerle başvursa bile, klinisyenlerin yaşlı bireylerde intihar eğilimini değerlendirmesi gereklidir (24). Tüm yaş gruplarında intiharları önleme stratejilerinin kapsamlı bir gözden geçirmesi şu politikaları belirlemiştir: (1) Farkındalık ve eğitim (hekim eğitimi dahil), (2) Tarama, (3) Tedavi müdahalesi, (4) Ölümcül yöntemlere erişimin kısıtlanması ve (5) Medyada yer alan davranış kuralları. Bunlar arasında hekim eğitimi ve ölümcül yöntemlere erişimin kısıtlanması daha umut verici stratejiler olarak kabul edilmiştir (31).

Ülkemiz açısından sunacağımız çözüm önerilerimiz;

1. Literatürde mevcut çalışmalarla gösterildiği gibi, hafif depresif belirtilerin bile yaşlılık dönemi intiharları ile yakından ilişkili olması, bu yaşlıların tespiti intiharları önleme açısından büyük öneme sahiptir. Ülkemizde psikiyatri uzmanlarına ziyaret oranlarının düşük olduğu, yaşlı grupta bu oranın daha da düşük olduğu düşünülmektedir (12). Bu nedenle takip ve taramayı sadece psikiyatri uzmanları ile gerçekleştirmek mevcut durumda pek mümkün görülmemektedir. Bununla birlikte ülkemizde 2010 yılından beri uygulanan aile hekimliği sisteminden yararlanılabileceğini düşünmekteyiz. Düzenlenecek sempozyumlarla aile hekimlerine yaşlılık döneminde intihar risk faktörleri hakkında bilgilendirmeler yapılmasının, hafif dahi olsa depresif belirtileri olan yaşlıların aile hekimleri tarafından tespiti ve bu bireylerin psikolojik ve sosyal destek almasının sağlanmasının, yaşlılık dönemi intiharlarının azalmasında fayda sağlayacağı kanaatindeyiz.
2. Sadece aile hekimlerinin değil, özellikle kronik hastalıkları nedeniyle yaşlı nüfus tarafından sıkça ziyaret edilen dahiliye, göğüs hastalıkları, kardiyoji, nöroloji gibi uzmanlık alanlarında çalışan hekimlerin de bu konuda bilgilendirilmesi, risk faktörü

barındıran yaşlı hastaların psikiyatri kliniğine yönlendirilerek takip ve tedavisinin planlanması faydalı olacağını düşünmekteyiz.

3. Yaşlılık; sağlık kaybı, sosyal rol kaybı, akraba veya arkadaşların kaybı, yaşam amacının kaybı başta olmak üzere sürekli kaybın karakterize ettiği doğal bir yaşam süreci olması ile çocukluk ve erişkin dönemden farklılıklar içermektedir. Yaşlıların erişkin psikiyatrik hastalardan daha fazla psikososyal desteği ihtiyacı olduğu bir gerçektir. Bu nedenle çocuk psikiyatrisinde olduğu gibi, yaşlı popülasyon için de “geriatrik psikiyatri” polikliniklerinin açılması ve buralarda geriatri alanında uzmanlaşmış psikiyatri uzmanlarının hizmet vermesi, yaşlılara yönelik tedavinin daha profesyonel şekilde yapılmasının sağlanabileceği, hatta ileri aşamada geriatrik psikiyatri yan dalının oluşturulmasının dahi düşünülebileceği kanaatindeyiz.
4. Yalnız yaşama, sosyal izolasyon, kendisini değersiz hissetme, sosyal statü kaybı gibi nedenlerin yaşlı intiharlarında tetikleyici etkenler olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yaşlılarda sosyal desteğin artırılması önemlidir. Dolayısıyla; evde bakım hizmetlerinin artırılması, belediyeler tarafından yaşlıların gidebileceği ve yaşlıları ile daha fazla zaman geçirebileceği sosyal tesislerin açılması, yaşlıların katılacağı gezi programlarının düzenlenmesi, yaşlılar için çeşitli kursların açılmasının kendilerini yalnız ve değersiz hissetmemelerini sağlayacağı düşüncesindeyiz.
5. İntihar riski düşünülen yaşlıların medikal tedavilerinin yanında aile bireylerinin bu konuda eğitilmesinin, tedavi sürecinde yaşlının intihar etmesinin engellenmesinde, ölümcül yöntemlere erişiminin kısıtlanmasında öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Medyanın gücü kullanılarak hazırlanacak kamu spotları, eğitim seminerleri ve televizyon programları ile halkın yaşlı intiharları hakkında bilgilendirilmesi; risk faktörleri bulunan ve yardım aramakta isteksiz olan yaşlıların, aile bireyleri tarafından belirlenebileceğini ve destek almasının sağlanabileceğini düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Zengin Y, Gunduz E, Icer M, Dursun R, Durgun MH, Gurbuz H, Demir S, Kuyumcu M. Socio-demographic and clinical factors related to mortality among the geriatric suicide attempters admitted to the emergency department. *Dicle Med J* 2015;42(3):279-283.
2. Elderly Statistics, 2018, Turkish Statistical Institute. Available at: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf (cited: 14.10.2019).
3. Beğen T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim* 2012;25:1-3.
4. Aslan M, Hocaoglu C. Suicidal Behaviour in Elderly. *Current Approaches in Psychiatry* 2014;6(3):294-309.
5. İlgar L, İlgar Ş. Yaşlılık Dönemi ve Yaşlılığın Gelişim Görevleri. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fak. Derg.* 2007;7:147-156.
6. Ozel - Kızıl ET, Karpuz AY, Ekinci S, Sorgun M, Turan ED. Investigation of Suicidal Behavior in Elderly Depression Patients Admitted To A Geropsychiatry Clinic. *Turkish Journal of Geriatrics* 2007;10(2):57-60.
7. Suicide Statistic, 2015. Available at: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516&utm_term=istatistik,nüfus,enflasyon,sanayi,gsyih,demografi&utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter (cited:14.10.2019).
8. Li X, Xiao Z, Xiao S. Suicide among the elderly in mainland China. *Psychogeriatrics*. 2009;9:62-66.
9. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009 ;374 (9696):1196-1208.
10. Joo Y. Spatiotemporal study of elderly suicide in Korea by age cohort. *Public Health* 2017;142:144-151.
11. Ritchie S, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafosse A, Boulenger JP. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly

- population. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:147-152.
12. Karbeyaz K, Emirali E. Elderly suicide in Eskisehir , Turkey. *J Forensic Leg Med.* 2017;52:12-15.
 13. Canetto SS. Suicide: Why Are Older Men So Vulnerable. *Men and Masculinities* 2015;22(1):1-19.
 14. Torresani S, Toffol E, Scocco P, Fanolla A. Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study. *Psychogeriatrics* 2014;14:101-109.
 15. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Arch Intern Med* 2004;164(11):1179-1184.
 16. Liu B, Qin P, Jia C. Behavior Characteristics and Risk Factors for Suicide Among the Elderly in Rural China. *J Nerv Ment Dis.* 2017;00(00):1-7.
 17. Özer E, Gümüş B, Balandiz H, Seçkin G. Journal of Forensic and Legal Medicine Evaluation of geriatric suicides in Turkey. *J Forensic Leg Med.* 2016;44:158-161.
 18. Zhong B, Chiu HFK, Conwell Y. Rates and characteristics of elderly suicide in China , 2013 – 14. *J Affect Disord.* 2016;206:273-279.
 19. Suresh Kumar PN, Ansh PK, George B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian J Psychiatry.* 2015;57:249-254.
 20. Shin KM, Cho SM, Hong CH, Park KS, Shin YM, Lim KY, Koh SH. Suicide among the elderly and associated factors in South Korea. *Aging&Mental Health* 2013;17(1):109-114.
 21. Ciulla L, Nogueira EL, Filho IGS, Tres GL, Engroff P, Ciulla V, Neto AC. Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *J Affect Disord.* 2014;152-154:513-516.
 22. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study, *BMJ* 2002;324:1-4.
 23. Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology* 2003;49:328-334.
 24. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Östling S, Waern M. Attempted Suicide in the Elderly: Characteristics of Suicide Attempters 70 Years and Older and a General Population Comparison Group. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010;18:57-67.
 25. Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, Heikkinen ME. Mental Disorders in Elderly Suicide. *Int Psychogeriatrics* 1995;7(2):275-286.
 26. Avci D, Selcuk KT, Dogan S. Suicide Risk in Turkey and Affecting Factors. *Archives of Psychiatric Nursing* 2017;31:55-61.
 27. Stanley IH, Hom MA, Rogers ML, Hagan CR, Joiner TE. Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging&Mental Health* 2016;20(2):113-122.
 28. Džurová D, Vevera J, Motlová L, Dragomirecká E. Analysis of parasuicide, psychiatric care and completed suicides, implications for intervention strategy. *Int J Public Health* 2008; 53:139-149.
 29. Erlangsen A, Canudas-Romo V, Conwell Y. Increased use of antidepressants and decreasing suicide rates: A population-based study using Danish register data. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:448-454.
 30. Oyama H, Sakashita T, Ono Y, et al. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: A meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Ment Health J* 2008; 44:31.
 31. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P HH. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-2074.

Sözel 2 (TAM METİN)

BİR OLGU İLE YAŞLI İSTİSMARINA VE İHMALİNE MEDİKOLEGAL YAKLAŞIM

Medicolegal Approach To Elderly Abuse And Neglect With A Case: Undue Influence

Muzaffer Berna Doğan*

*Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Yaşlılık döneminde bağımlılık ve yetersizlik hali, dul veya boşanmış olma, yalnız yaşama ve izole olma, cazip maddi kaynağının olması, ileri yaşlılık (70ve üzeri) gibi risk faktörleri istismar ve ihmali kolaylaştırmaktadır (4).

İngilizce literatürde “Undueinfluence” olarak geçen terim; bir kişinin karakteri ve gücünü kötüye kullanarak kişinin güvenliğini, bağımlılığını, korkusunu kendi çıkarları için istismar etmek, kişinin karar verme sürecine ya da değerli eşyaları üzerinde hile ile kontrol sahibi olmak olarak ifade edilebilir(7).

Hukuka aykırı biçimde, ölümden önce belirtilen isteklerde engellemenin vasıtaları olarak medeni kanunda belirtilen mirasçının aldatılması, korkutulması ve zorlanması gösterilmiştir.

Bu çalışma ile yaşlı istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi yanında hukuki olarak bu bulguların nasıl yorumlanacağı ve medikolegal açıdan kullanımının gösterilmesi amaçlanmıştır.

Özel bir bilirkişilik kurumu tarafından hazırlanan ve müteveffanın (1923 doğumlu olup 87 yaşında vefat etmiştir) yaşamının son yıllarında, önce bakıcısı sonra eşi haline gelen kişi ile arasında geçen konuşma kayıtları deşifre edilmiş ve 19 adet ses kaydı incelenmiştir.

Olayda, müteveffaile eşi arasında geçtiği belirtilen konuşma kayıtlarında; olgunun“yaşlı istismarı ve ihmali”ne maruz kaldığı belirlenmiştir.

Bu durumda korkutmanın (UndueInfluence) etkisindeki olgudan, medeni kanun hükmünde somut olay bakımından önem taşıyan, olgunun ölmeden önce isteklerini belirtmesini ya da isteklerinden vazgeçmesini aldatma, zorlama, korkutma yoluyla engellendiği sonucu çıkarılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı istismar ve ihmali, UndueInfluence, Medikolegal, Medeni Hukuk

ABSTRACT

Risk factors such as dependence, being widowed or divorced, living alone, having financial resources and aging (70over) facilitate abuse and neglect in old age(4).

The term “Undue influence” in the English literature means; abusing person'spower, trust, dependence, control of a person's decision-making process or valuables with fraud (7).

The wishes stated before death as means of prevention in the civil law, it has been statedtheir'sdeception, intimidation and coercion.

The aim of this study is to evaluate the abuse and neglect of the elderly as well as how to interpret these findings legally and to show their use in terms of medicolegal.

During the last years of the deceased (Born:1923, died:at the age of 87) the records of the conversation (19 recordings) between him and his wife were deciphered and analyzed which are prepared by a private expert institution.

Analyzing the conversation between the deceased and his wife, it was determined that the deceased was exposed to “elderly abuse and neglect”.

It is concluded that deceased under the effect of intimidation (Undue Influence) is prevented from delivering his wishes or giving up his wishes before death by deception, coercion, and intimidation from point of civil law.

Key words: Elderly abuse and neglect, Undue Influence, Medikolegal, Civil Law

Giriş: Yaşlılık dönemi; bireylerin bağımlılık ve kaza riskinin arttığı, fiziksel yeteneklerinin azaldığı, pek çok kronik hastalığın yaşandığı bir dönemdir. Diğer aile bireylerine ve bakımdan sorumlu kişiye daha bağımlı hale gelmektedir (1).

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kurulu ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Toronto Deklerasyonuna göre; yaşlı istismarı ve ihmali güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren ya da strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır (2,3).

Bağımlılık ve yetersizlik hali, kalabalık aile içinde yaşama, statü ve güç kaybı, dul veya boşanmış olma, yalnız yaşama ve izole olma, cazip maddi kaynağının olması, mental yetersizlik ve özür lülüğün olması, ileri yaşlılık (70-75 ve üzeri) gibi risk faktörleri yaşlıya yönelik istismar ve ihmali kolaylaştırmaktadır(4).

En fazla istismar ve ihmali bireyin yaşadığı ev ortamında gerçekleşmektedir. Yaşlı birey ev dışına nadir ya da hiç çıkmayabilir, bu nedenle istismarı saklamak kolaydır. 2010 yılında Amerika'daki Yetişkin Koruma Merkezi'ne (AdultProtective Services-APS) rapor edilen, ev ortamındaki yaşlı istismar oranının %89.3 olması şaşırtıcı değildir (5).

Yaşlı istismarı ve ihmali aşağıdaki şekilde kategorize edilmiştir.

-Fiziksel istismar: Dövme, itme, cinsel taciz gibi yaralayıcı veya fiziksel acı verici uygulamalardır(6).

-Duyusal ve sözlü istismar: Tehdit, korkutma, sözlü saldırı gibi duygusal veya zihinsel sıkıntı yaratacak uygulamalardır. Yaşlının anlamlandıramadığı bu nedenle de dillendiremediği bu duruma, sıklıkla tutarlı tanık ifadeleri ile tanı konulur(6).

-Ekonomik istismar: Yasal olmayan ve uygunsuz bir biçimde yaşlı bireyin parasına veya diğer mali kaynaklarını kendi çıkarları için kullanmasıdır. Ekonomik istismarın olası belirtileri; banka hesaplarında olağan dışı veya beklenmedik değişiklik, çeklerde yaşlı kişinin imzasına benzemeyen imzalar, yaşlı birey imza atamadığında çeklerin imzalanması, birey karar veremeyecek durumda olduğunda onun yerine başka birisinin iş görme yetkisinin verilmesi veya yeni değişimler ya da vasiyetin düzenlenmesi, yaşlı kişinin bakımına aşırı miktarda para harcanılmasına bakım veren kişinin olağan dışı ilgisi, çok sayıda ödenmemiş faturalar, gecikmiş kira, yeterli ekonomik gücü olmasına karşın kişisel eşyalarının (TV, uygun giysiler) yetersiz olması, kendisine ait tablo, gümüş veya mücevherin kaybolması, bakım veren kişinin bütün kontrole tek başına sahip olması nedeniyle, aileden ve arkadaşlardan kasıtlı ayırma, olarak sıralanabilir(6).

-Aktif fiziksel ihmali: Kasıtlı olarak yaşlı bireyden yiyecek, içecek, ilaç, tıbbi cihaz (protez, gözlük, iştirme cihazı) gibi ihtiyaçlarını esirgemek, bakım vermedeki sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranarak veya reddederek ona duygusal, fiziksel acı ve sıkıntı vermektir. Yaşlı bireye bakmakla sorumlu olan kişi tarafından yapılan ihmalin belirtileri; kir, dışkı/ıdrar kokusu veya yaşlının yaşamındaki diğer sağlık ve güvenlik zararları, deride kızarıklıklar, yaralar, yaşlının uygunsuz giyinmesi, yaşlıda beslenme bozukluğu veya vücutta su kaybı, yaşlının tedavisinin yapılmaması(6)

-Bireysel haklarının ihlali: Davranış ve düşüncelerini önemsememe, karar verme mekanizmalarını engelleme ve gücünü zayıflatma, çatışma yaratarak yaşlıyı dışlama, onun yasal ve tıbbi haklarını aramasını engellemedir(6).

-Duyusal ve sosyal ihmali: Önemli ve saygı duyulacak bir birey olmadığı duygusu yaratarak yaşlının öz güveninin kaybolmasını sağlamak. Akriba, arkadaş ve diğer sosyal ilişkilerini kısıtlayarak veya engelleyerek onu yalnızlığa ve izole olmaya terk etmek olarak sıralanmaktadır(6).

Yaşlı istismarı ve ihmali olarak tanımlanan her kategori medikolegal konuları içermektedir. Yaşlı istismarı ve ihmali fark etmek, araştırmak, takip etmek ve için önemli ölçüde uzmanlık ve eğitim gerektirmektedir.

Yaşlı istismarının tek bir yapısı yoktur. Yaşlı istismarı bazı durumlarda geniş bir zamana yayılan, aile içindeki fiziksel, duygusal, ekonomik istismarla kendini göstermektedir. Daha sıklıkla, yaşlı istismarı, yaşlı bireyin artan zayıflığına, başkalarına

temel ihtiyaçları için bağımlılığına bağlı olarak kişiler arası ilişki ve yaşam koşullarının değişmesiyle alakalı olabilmektedir.

Çoğu yaşlı istismarı vakası, istismarı yapan kişiyle istismara maruz kalan kişi arasındaki devam eden ve güvene dayalı olan ilişkide yaşlı bireyin mağdur edilmesiyle gerçekleşmektedir. Bu kişiler eş, yetişkin çocuklar, diğer aile bireyleri, bakım verenler, itimat edilen diğer kişiler olabilmektedir.

İngilizce literatürde “Undueinfluence” olarak geçen terim;bir kişinin karakteri ve gücünü kötüye kullanarak o kişinin güvenini, bağımlılığını, korkusunu kendi çıkarları için istismar etmek, kişinin karar verme sürecine ya da değerli eşyaları üzerinde hile ile kontrol sahibi olmak olarak ifade edilebilir. Bu durum kişinin rızasını hile, güç kullanarak ya da kullanmakla tehdit ederek geçersiz kılmakla da olabilmektedir (7).

Hukuka aykırı biçimde, ölümden önce belirtilen isteklerde engellenmenin vasıtaları olarak medeni kanunda belirtilen miras bırakanın aldatılması, korkutulması ve zorlanması gösterilmiştir. Bu çalışma ile yaşlı istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi yanında hukuki olarak bu bulguların nasıl yorumlanacağı ve medikolegal açıdan nasıl kullanıldığının gösterilmesi amaçlanmıştır.

OLGU:Değerlendirilen olguda, bağımlılık ve yetersizlik hali, statü ve güç kaybı, dul veya boşanmış olma, yalnız yaşama ve izole olma, cazip maddi kaynağının olması, mental yetersizlik ve özürüllüğün olması, ileri yaşlılık (olgü 1923 doğumlu olup 87 yaşında vefat etmiştir) gibi risk faktörleri yaşlıya yönelik istismar ve ihmali kolaylaştırmaktadır.

Olgunun ileri yaşı ve yaşamının son yıllarında yaşadığı süreç değerlendirildiğinde; yaşlılığının ilerlediği, müzmin akciğer hastalığına bağlı fiziksel kondisyonunun kötüleştiği, giderek artan miktarda, uzun süredir bakımını üstlenen eşine bağımlılığının arttığı görülmektedir. Olgunun yaşlılığı ve yaşadığı ağır sağlık sorunları nedeni ile eşinin kendisi üzerinde mutlak bir otorite olduğu görülmektedir.

Özel bir bilirkişilik kurumu tarafından hazırlanan ve müteveffa olgunun yaşamının son yıllarında, önce bakıcısı sonra eşi haline gelen kişi ile arasında geçen konuşma kayıtları deşifre edilmiştir. Ses kayıtları ve bunlara dayanılarak hazırlanan rapor ve raporun hazırlanmasına esas 19 adet ses kaydı incelenmiştir. Bu kayıtlarda geçen ve olgunun maruz kaldığı, sözel ve fiziksel şiddet, korkutma, tehdit, kasıtlı olarak yiyecek, içecek, ilaç, tıbbi cihaz (oksijen maskesi gibi) gibi ihtiyaçlarını esirgeyerek, bakım vermedeki sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranarak veya reddederek, davranış ve düşüncelerini önemsemeyerek, karar verme mekanizmalarını engelleyerek ve gücünü zayıflatarak klinik olarak “yaşlı istismarı ve ihmali” tanımını dolduran bulguların adli dosyada mevcut, tanık ifadeleri ile değerlendirilen ses kayıtlarının tutarlı bir şekilde uyum sağladığı belirlenmiştir.

Bu 19 adet ses kaydında duyulan davranışların ve raporda belirtilen ifadelerin sonucunda, olgunun eşinin olguya uyguladığı yaşlı istismarının delilleri kategorize edilerek aşağıda sunulmuştur.

Olgunun eşine, duyulabilen bölümlerde 44 defa “yapma”, 27 defa “dövme” diyerek seslendiği belirtilmiş, ses kayıtlarında 17 defa çeşitli vurma sesleri duyulmuştur. Bu tespitlerin yukarıda tanımlanan yaşlı istismarı kategorilerinden biri olan “Fiziksel İstismar”a uygun olduğu saptanmıştır.

Ses kayıtlarında “Duygusal ve Sözlü İstismar”ın bulguları incelendiğinde; eşin olguya 22 defa çeşitli vasıtalarla bağırduğu, 13 defa “seni döverim ve seni dövmek istemiyorum, seni öldürebilirim” şeklinde tehdit ettiği, “Ben senin katilin olacağım. --- - ben senin katilin olmak istemiyorum artık” söylemiyle korkuttuğu, 37 defa farklı hakaret içeren kelimelerle hitap ettiği belirlenmiştir. Ses kayıtlarından hakaret, tehdit ve korkutmalarla olguya uygulanan duygusal ve sözel istismara ait bulgular duyulmaktadır.

Kasıtlı olarak yaşlı bireyden yiyecek, içecek, ilaç, tıbbi cihaz (protez, gözlük, işitme cihazı, oksijen maskesi vb.) gibi ihtiyaçlarını esirgemek, bakım vermedeki sorumluluklarını yerine getirmede isteksiz davranarak veya reddederek ona duygusal, fiziksel acı ve sıkıntı vermek, “Aktif Fiziksel İhmal” olarak kategorize edilmiştir. Ses kayıtlarında “Aktif Fiziksel İhmal”ın bulguları incelendiğinde; olgunun kronik akciğer hastalığı olan amfizem nedeniyle devamlı oksijene ihtiyacı olduğu ve oksijen maskesi kullandığı ve eşinden oksijen maskesini istediği, 7 kez su ihtiyacını dile getirdiği, 7 kez kullandığı ilaçları istediğini ve acıktığını ifade ettiği, olgunun nefes borusuna kaçan sudan dolayı nefes darlığı çektiği sırada eşinin yardım etmediği, eşinin bakımından sorumlu olduğu olgunun fiziksel, sosyal ve tıbbi gereksinimlerini yerine getirmede isteksiz davranarak veya reddederek ona duygusal, fiziksel acı ve sıkıntı verdiği belirlenmiştir.

Eşin olgunun karar verme mekanizmalarını engelleyecek şekilde gücünü zayıflatarak, çatışma yaratarak, kendisini dışlayarak, davranış ve düşüncelerini önemsemeyerek kişinin yasal ve tıbbi haklarını aramasını engelleyerek “Bireysel Haklarının İhlali” ni gerçekleştirdiği saptanmıştır.

Sosyal izolasyon, ailede sıkıntılı bir durumun olduğunun ve istismar için bir risk faktörü oluşturduğunun bir işareti olabilmektedir. Sosyal izolasyon, istismarı gizli tutmak için bir strateji haline gelebilmektedir. İzolasyon ile aile bireyleri dışarıdan gelebilecek yardım ve desteğin alınmasını ve istismarcı durumun dışardan fark edilmesini zorlaştırabilmektedir. Yaşlı istismarı birçok biçimde ortaya çıkmakla birlikte özünde etkisi aynı olmaktadır. İstismar, değersizlik hissi ve potansiyel tehlikeli durumlar yaratırken, yaşlı bireyleri kendisine yardım etmek isteyenlerden izole edebilir. Olgunun öz güveninin kaybolmasını sağlamak sureti ile kızı, torunu, kız kardeşi ve eniştesi gibi akrabaları ile olan temasını engelleyerek ve arkadaş ve diğer sosyal ilişkilerini kısıtlayarak onu yalnızlığa ve izole olmaya terk etmek sureti ile “Duygusal ve Sosyal İhmal” oluşturduğu saptanmıştır.

Özetle somut olayda, olgu ile eşi arasında geçtiği belirtilen konuşma kayıtlarında; eşinin duyulabilen bölümlerinde olgunun 44 defa “yapma”, 27 defa “dövme” diyerek seslendiği belirtilmiş olup, buna karşılık 17 defa çeşitli vurma sesleri tespit edilmiştir. Konuşma kayıtlarında geçen korkutma ve zorlama ifade örnekleri; vurma yalvarmalarına karşın kaba dayak sesleri, tokat sesleri, “dayak yiyeceksin”, ilaçlarını vermeme, yiyecek vermeme, “beni çağırma” diye başlayan ve küfürle devam eden konuşmalar, olgunun yatmaya zorlanıp, küfürle devam eden konuşmalar olarak sıralanabilir.

Olgunun öldüğü gün tıbbi sağlık koşulları dışında tutulması, bir sağlık kuruluşuna başvurusunun yaptırılmayışı, yakınlarına haber verilmeyişi, yaşlı istismarı açısından en ağır sonucu, ölümü oluşturduğu düşünülmektedir. Ayrıca olgu adına düzenlenmiş defin ruhsatı olmadığı belirtilmiştir. Bu, ölümün orijini açısından önemli kuşku uyandıran ciddi bir hukuksal sorundur. Olgunun ölümünün nedeni ve defin ruhsatının mevcut olmaması, yukarıda bahsedilen istismar ve ihmali davranışların devamı ve sonucu olarak, kendisinin ölüme terkedilmesi olarak yorumlanmıştır. Ölüme zehirlenme gibi aktif bir rol oynanıp oynanmadığı konusunda bu aşamada bir yorum yapılması mümkün değildir. Zira hukuka uygun olmayan bir defin ruhsatı ile kişi gömülerek bu şüpheyi aydınlatabilecek bulguların üstü örtülmüştür.

SONUÇ: İngilizce literatürde “Undue Influence” olarak bilinen; istismar, korkutma, yanıltma gibi sebeplerle iradesi bozulan olgunun son yıllarında, sağlık sorunları nedeniyle büyük oranda yatağına bağımlı olduğu, bu nedenle özgür iradesi ile Algılama ve Davranışlarını Yönlendirme Yeteneğine sahip olmadığı ve maruz kaldığı yaşlı istismarı sonucu, yaşadığı ağırlaşmış sağlık sorunları nedeniyle irade serbestisini ihlal edecek nitelikte, haksız ve kanunsuz tesir altında bırakılmış olduğu görülmektedir.

Bu durumda korkutmanın (UndueInfluence) etkisinde bırakılan olgudan, medeni kanun anlamında aile hukukundan doğan yükümlülüklerini önemli ölçüde yerine getirmediği hatta sürekli döverek ağır bir suç işlediği açık olan eşini mirasçılıktan çıkarmaya yönelik bir istekte bulunabilmesini beklenemeyeceği anlaşılmaktadır.

Bu nedenle, medeni kanun hükmünde somut olay bakımından da önem taşıyan, olgunun ölmeden önce isteklerini belirtmesini ya da isteklerinden vazgeçmesini aldatma, zorlama veya korkutma yoluyla engellendiği sonucu çıkarılmaktadır.

Kaynaklar

1. Eraslan, B. Ş. (t.y). Yaşlı İstismarı, http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/CiDabhhKBYZT.pdf (Erişim tarihi: 10.10.2019)
2. World HealthOrganization, The Toronto declaration on the global prevention of elderabuse. Geneva, World HealthOrganization, University of Toronto, RyersonUniversity, INPEA, 2002, 1-4.
3. Erkal, S ve Şahin, H Üniversiteöğrencilerininyaşlı istismarına ilişkindüşünceleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD) ElderlyIssuesResearchJournal (EIRJ)*, 2018, 11(1): 14-18.
4. Erden, Ş ve Boz, H Türkiye’deYaşlıİstismarı ve İhmali, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,2018, 71(3):100-105
5. Jackson, S ve Hafemeister, T UnderstandingElderAbuse, New DirectionsForDevelopingTheories of ElderAbuseOccurring in DomesticSettings, U.S. Department of Justice Office of Justice Programs NationalInstitute of Justice, 2013https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2277633 (Erişim tarihi: 11.10.2019)
6. Arpacı, F ve Bakır, B Yaşlı İstismarı ve İhmali, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2017<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/360874> (Erişim tarihi: 12.10.2019).
7. Stiegel, L A ve Quinn, MJ ElderAbuse: TheImpact of UndueInfluence, National Center on LawandElderRights, 2017<https://ncler.acl.gov/pdf/Advanced-Elder-Abuse-The-Impact-of-Undue-Influence.pdf> (Erişim tarihi: 10.10.2019)

Sözel 3 (TAM METİN)

YAŞLI İSTİSMARINA LİTERATÜR IŞIĞINDA GENEL BAKIŞ Overview Of Elderly Abuse In Literature

Esra TAYAZ*

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ÖZET

Yaşlı insanların kötü muamele görmesi yaşlı istismarı olarak adlandırılır. Ev ortamında ya da kurumlarda yaşlılar istismara maruz kalabilmektedirler. 2016 yılında her altı yaşlıdan birinin istismara maruz kaldığı bildirilmiştir. Bu derleme yaşlı istismarına dikkat çekmek, hemşireleri istismarı önleme ve belirleme konusunda bilgilendirmek amacıyla yapılmıştır. Özellikle yaşlılara yönelik koruyucu önlemler konusunda araştırma ya da uygulamaya yönelik bilgi tabanında, kanıta dayalı araçlarda ve en iyi uygulamaların tanımlanması konusunda eksiklikler mevcuttur. Aynı zamanda bu konularla ilgili yeterli araştırmanın ve kanıtın olmadığı bilinmektedir. Yaşlılara yönelik istismarı belirlemek ya da önlemek için teknoloji yeni yeni entegre edilmektedir. Bu doğrultuda daha çok ölçekler ya da değerlendirme formları kullanılmaktadır. Literatürde kullanılan tespit ya da önlemeye yönelik eğitim müdahaleleri en yüksek kanıtı olan yöntemlerdir. Diğerlerine bakıldığında, yaşlı istismarını etkileyen faktörleri azaltma programı, yaşlı istismarı önleme için tespit oranını artırma programı ve mağdurları hedef alan programlar olarak sınıflandırılmıştır. Yaşlı istismarı, multidisipliner bir sistematik yaklaşım gerektiren bir husustur. Hasta ile ilk karşılaşan grup olan hemşireler yeterli eğitim, farkındalık programları ve delilleri doğru okumasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: yaşlı istismarı, hemşirelik, yaşlı, istismar ölçekleri

ABSTRACT

Abuse of older people is called elderly abuse. Elderly people may be exposed to abuse in the home environment or institutions. In 2016, one in six elderly people were reported to have been abused. This review was conducted to draw attention to elderly abuse and to inform nurses about prevention and detection of abuse. There is a lack of knowledge base for research or practice, evidence-based tools and the definition of best practices, especially on preventive measures for the elderly. It is also known that there is not enough research and evidence on these issues. Technology is being integrated to identify or prevent abuse of the elderly. In this respect, scales or evaluation forms are mostly used. Education interventions for detection or prevention used in the literature is the method with the highest evidence. The others are classified as a program to reduce the factors that affect elderly abuse, a program for increasing the rate of detection for elderly abuse, and programs targeting victims. Elder abuse is a multidisciplinary systematic approach. The first group of nurses who meet with the patient should have adequate education, awareness programs and studies to read the evidence correctly.

Key words: elderly abuse, nursing, elderly, abuse scales

Giriş ve Amaç

Yaşlı insanların kötü muamele görmesi yaşlı istismarı olarak adlandırılır (1). Yaşlı istismarı fiziksel, duygusal, cinsel istismarı, cehalet, terk ve yaşlıların kötüye kullanımını içerir. Yaşlıları inciten ya da ciddi sorunlara neden olan ve yaşlıların güven duyduğu kişiler tarafından gerçekleştirilen bir grup davranışı da ifade eder. Ayrıca, yaşlıların temel ihtiyaçlarının karşılanmadığını ve onları yaralanmaya karşı koruyarak bakım görmemesi de bu tanımlamaya dahil edilmiştir (2). Ev ortamı dışında kurumlarda da yaşlıların istismara uğradığı bilinmektedir. Kurumlarda yaşanan yaşlı istismarında yaşlının fiziksel olarak kısıtlanması, saygınlıktan mahrum bırakma (kirli giysiler içinde bırakma), kasten yetersiz bakım sağlayarak yaşlıya zararlı olma, aşırı ya da yetersiz ilaç kullanımı, yaşlının ilacının kesilmesi, duygusal ihmal ve istismar olduğu bildirilmiştir (3). Bu durum dünya çapında

milyonlarca yaşlı insanı etkileyen küresel bir sorundur. Dünya sağlık örgütü 2011 yılında yaptığı araştırma sonucunda Avrupa'da yılda 2500 ölümün yaşlı istismarından kaynaklı olduğu bildirmiştir (1). 2016 yılında toplumda yaşlı istismarının küresel yaygınlığının %15.7 olduğu, aynı zamanda yaklaşık altı yaşlıdan birinin istismara uğradığı bildirilmiştir (2). Yaşlı istismarının oranının çeşitli etmenlerden etkilendiğine dair çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada, kentsel alanlarda yaşayanların, yaşlılara yönelik istismara karşı duyarlılığı kırsal alanlarda yaşayanlara göre 3 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (3). Bu derleme yaşlı istismarına dikkat çekmek, hemşireleri istismarı önleme ve belirleme konusunda bilgilendirmek amacıyla yapılmıştır.

Ana Metin

Stratejik sağlık sistemleri, yaş dostu ortamlar, daha iyi uzun süreli bakım ve ölçüm, izleme ve araştırma konularında iyileştirmeler alanlarında kilit eylemler gerektiriyor. Bu stratejinin altında yatan, yaşlı yetişkinlerin temel insan haklarını ve temel özgürlüklerini onaylayan bir yerde güvenli bir şekilde yaşlanmasını sağlamaya yönelik temel ilkeler kümesidir (4). Böyle bir onaylama, yaşlı istismarı önleme için çok önemlidir. Benzer şekilde, DSÖ'nün Avrupa'daki sağlıklı yaşlanma stratejisi ve eylem planında yer alan destekleyici müdahalelerden biri (2012-20), kurumsal ortamlarda hizmet kalitesini iyileştirerek eylem gerektiren yaşlı istismarının önlenmesini hedeflemektedir (5). Yetişkinlere yönelik koruyucu önlemler konusunda araştırma yada uygulamaya yönelik bilgi tabanında, kanıta dayalı araçlarda ve en iyi uygulamaların tanımlanması konusunda eksiklikler mevcuttur. Aynı zamanda bu konularla ilgili yeterli araştırmanın ve kanıtın olmadığı bilinmektedir (6, 7).

Soruşturma yöntemine ve kapsamına dayalı olarak istismarda kullanılan tarama araçlarının tipolojisini yayınlanmıştır. Seçmeli tarama araçları üç tür olduğu belirlenmiştir. Bunlar:

1. Vaka çalışanları tarafından doğrudan sorgulama ve yaşlı yetişkinler tarafından kendi kendine raporlama
2. Vaka çalışanlarının belirlediği kötüye kullanım belirtileri
3. Vaka çalışanları tarafından değerlendirilen risk göstergeleridir. (8).

Yaşlı istismarı her durumda farklı bir biçimde ortaya çıkan karmaşık bir olgudur. Beach ve arkadaşları kullanılan formları kısaltarak aktif kullanım sağlamayı amaçlamışlardır. Kısa formların daha geniş bir değerlendirme stratejisinin bir parçası olarak dahil edilmesini ve olumlu bir puan elde edilmesi durumunda, doğrulama kararını desteklemek için daha fazla kanıt toplamak için uzun formların uygulanması gerektiğini önermişlerdir. Kısa formların kullanılması, yaşlılık istismarı araştırmalarının etkinliğini, başarı oranlarından ödün vermeden artırması gerektiğini ve bulguların “gerçek zamanlı” yaşlı kötü muamele araştırmalarında çok bileşenli, standartlaştırılmış, onaylanmış bir değerlendirme aracı olarak kullanma olasılığını destekler nitelikte olduğunu bildirmişlerdir (9).

Yaşlı İstismarını Tespit Etmeye Ve Önlemeye Yönelik Kanıtlar

Eğitim Müdahaleleri

Eğitim müdahaleleri, en geniş kanıt sağlamaktadır (10). Çoğu eğitim müdahalesi, öncelikle sağlık profesyonellerine odaklanmıştır. Eğitimsel müdahalelerin sağlık çalışanları arasında yaşlı istismarına karşı bilgi ve tutum geliştirdiğini gösteren bazı kanıtlar bulunmaktadır. Eğitimsel müdahalelerin yaşlı istismarı önleyip önlemediğini, tekrarlayan yaşlı istismarı ve diğer ilgili sonuçları azalttığını gösteren herhangi bir kanıt yoktur. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarına yönelik eğitim müdahalelerinin yaşlı istismarı tespitini ve yönetimini iyileştirebileceğine dair yeni kanıtlar olduğu bildirilmiştir (11)

Yaşlı istismarını etkileyen faktörleri azaltma programı

Yaşlı istismarı konusunda özellikle risk faktörlerini hedef alan programların yaşlı istismarı önlediğini veya azalttığını gösteren güçlü bir kanıt yoktur. Cooper ve arkadaşları tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, müdahale grubundaki bakıcılar arasındaki taciz edici davranışların rapor edilmesinde, kontrol grubundakilere göre anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (12).

Yaşlı istismarı önleme için tespit oranını arttırma programı

Ev ziyaretleri, ev bazlı geriatrik değerlendirme ve yardım hatları gibi müdahalelerle istismarı tespit etmeyi amaçlayan programların etkinliği hakkında kesin bir sonuç çıkarmak için yeterli kanıt yoktur. Kötüye kullanımın oluşmasını veya tekrarlanmasını azaltmada yararlı olup olmadıklarına dair bilgi de mevcut değildir (10). Bir çalışmada müdahale grubundaki klinisyenlerle olağan bakımı yapan klinisyenleri, yeni bir entegre klinik değerlendirme sistemi ve psikiyatrik rahatsızlığı olan yaşlılar için karar desteği kullanarak karşılaştırmışlardır. Müdahale grubundaki klinisyenlerin 12 aylık periyotta yaşlı güvenlik, ihmal ve istismar taraması yapma olasılığının kontrol grubundaki klinisyenlere göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (13).

Mağdurları hedef alan programlar

Ev ziyaretleri yapılan yaşlılarda istismarın kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğunu bildiren programlar mevcuttur. Bu programlarla ilgili olumsuz, zararlı etkiler olabileceğine dair işaretler olduğunu bildirmişlerdir. Program sonucunda istismara müdahale edilme durumunda istismarı yapan kişinin sinirlenmesi gibi durumlarında olabileceğini bildirmişlerdir. Çalışma yazarları, yaşlıları kötüye kullananların müdahale etme girişimleriyle kızdırılmasının mümkün olduğunu varsaymaktadır. Bu sonuçlardan farklı olarak, müdahale grubundaki yaşlıların istismar sırasında veya sonrasında polise ve araştırma personeline yeni istismar olayları bildirme ihtimalinin daha yüksek olması ihtimalini de bildirmişlerdir (14).

Literatür

Yaşlı istismarını belirleme ve bildirme ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Malezya’da istismarı belirleme ve bildirmeye yönelik yapılan çalışmada hem doktorların hem de hemşirelerin yaşlı istismarı ve ihlali göstergelerini bilme konusunda ciddi bir şekilde yetersiz oldukları bildirilmiştir. Her iki grup yaşlı istismar ve ihlali ulusal bir yük olarak algıladığını ve bunu sorumlulukları olarak bildirdiklerini bildirirken çoğu teşhis koymak için eğitilmediklerini bildirmişlerdir. Birçoğunun prosedürlerden emin olmadığı ve kendi müdahalesinin etkili olup olamayacağına karar veremediği sonucuna ulaşmışlardır. 41 katılımcının sadece dördünün (hemşire) son bir yılda istismardan şüphelenilen vakaları bildirdiği belirlenmiştir (15).

Yaşlı Suistimali Karar Destek Sistemi, standart önlemlere sahip bir web tabanlı sistem kullanarak, yaşlı kötü muamelesinin değerlendirilmesi ve doğrulanması için gelişmiş yöntemlere olan kritik ihtiyacı karşılamak üzere tasarlanmış bir uygulamadır. Bu projede, ampirik olarak geliştirilen önlemlerin gerçek yaşlı istismarı araştırmalarında alanda başarıyla kullanılabileceğinin kanıtını sağladığı savunulmuştur. Standart hale getirilmiş prosedürlerin en iyi uygulamaları kodlama potansiyeline sahip olduğu, böylece yeni vaka çalışanlarının hemen yüksek standartlara yaklaşması ve deneyimli vaka çalışanlarının gelişmiş verimlilikle zaman kazanması sağlanacağı sonucuna ulaşmışlardır. Örneğin, web erişimi ile giriş raporlarının vaka çalışanlarına iletilmesini sağlandığı ve yüksek öncelikli vakaların daha hızlı ele alınabildiği durumların verimliliği artırılabilirliğini bildirmişlerdir. Vaka yönetimi işlevleri, vaka çalışanlarının ve denetçilerin müdahale planlamasını iyileştirmek için düzenleyebileceği raporları içerebilirken, veritabanları vakaları daha etkin bir şekilde takip etmek ve seri suçluları takip etmenin yanı sıra değerlendirme ve planlamada yararlı olduğuna göre kurum gerek sistem genelinde istatistikleri hesaplamak için kullanılabileceği bildirilmiştir (16).

Yapılan farklı çalışmada elektronik sağlık kayıtlarında elde edilen rutin klinik verileri kullanmak amacıyla geliştirilen klinik belirtileri izleyerek klinik ihmal ölçeğideğerlendirilmiştir. Potansiyel ihmal durumlarını belirlemek, mevcut elektronik sağlık kayıtlarına, yazılımına basit bir algoritma eklenmesi ile çalışma yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda, hastane ortamında, klinik ihmal ölçeği ve tamamlayıcı tarama araçları, riskli hastalar için taburcu planlamasını geliştirmek için kullanılması gerektiğini, yasal müdahale için ihmal vakalarını tanımlamak için kesin araçlar olarak kullanılması gerekliliğini bildirmişlerdir. Yaşlı kötü muamelesinin, tipik olarak hastane ortamında elde edilemeyen ayrıntılı bir değerlendirme gerektirdiğini bildirmişlerdir (17).

Sonuç

Yaşlı istismarı, multidisipliner bir sistematik yaklaşım gerektiren bir husustur. Bu husustaki bildirimlerin daha etkin yapılabilmesi için homojen kılavuz ve protokol seti oluşturmak zorunludur (15). Yapılan çalışmaların ışığında bu konuyu önlemeye yönelik kanıtların yeterli olmadığı ve kanıtların artırılması gerektiği düşünülmektedir. Yaşlı istismarını belirlemede daha çok ölçeklerin kullanılması yerine teknolojinin de bu konuda daha aktif kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle hemşirelerin bu konuda dikkatli olması, yeterli eğitimlerle farkındalığın artırılması ve çalışma ortamında karşılaşılan istismar konusunda da dikkatli olması önemlidir.

Kaynakça

1. World Health Organization (WHO). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011:87.
2. Hosseinkhani Z, Moradi Z, Khodamoradi F. Elder abuse: Screening in Iranian families. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2017;31:126.
3. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health. 2017;5(2):147-56.
4. World Health Organization. Multisectoral Action for a Life Course Approach to Healthy Ageing: Draft Global Strategy and Plan of Action on Ageing and Health. Geneva, 2016.
5. World Health Organization Regional Office for Europe. Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe, 2012–2020. Copenhagen, 2012.
6. Mosqueda L, Wiglesworth A, Moore AA, Nguyen A, Gironda M, Gibbs L. Variability in findings from adult protective services investigations of elder abuse in California. Journal of evidence-informed social work. 2016;13(1):34-44.
7. Sommerfeld DH, Henderson LB, Snider MA, Aarons GA. Multidimensional measurement within adult protective services: Design and initial testing of the tool for risk, interventions, and outcomes. Journal of Elder Abuse & Neglect. 2014;26(5):495–522.
8. Cohen M. Screening tools for the identification of elder abuse. Journal of Clinical Outcomes Management. 2011;18(6):261–270.
9. Beach, S. R., Liu, P. J., DeLiema, M., Iris, M., Howe, M. J., & Conrad, K. J. (2017). Development of short-form measures to assess four types of elder mistreatment: Findings from an evidence-based study of APS elder abuse substantiation decisions. Journal of elder abuse & neglect, 29(4), 229-253.
10. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;(8).
11. Teresi JA, Ramirez M, Ellis J, Silver S, Boratgis G, Kong J, et al. A staff intervention targeting resident- to- resident elder mistreatment (R- REM) in long- term care increased staff knowledge, recognition and reporting: results from a cluster randomized trial. International Journal of Nursing Studies 2013;50(5):644- 56.
12. Cooper C, Barber J, Griffin M, Rapaport P, Livingston G. Effectiveness of START psychological intervention in reducing abuse by dementia family carers: randomized controlled trial. International psychogeriatrics. 2016;28(6):881-7.

13. Bartels SJ, Miles KM, Citters AD, Forester BP, Cohen MJ, Xie H. Improving mental health assessment and service planning practices for older adults: a controlled comparison study. *Mental Health Services Research* 2005;7(4):213- 23.
14. Davis RC, Medina J, Avitabile N. Reducing repeat incidents of elder abuse: Results of a randomized experiment: Final report. Reducing repeat incidents of elder abuse: Results of a randomized experiment: Final report. U.S. Department of Justice: Office of Justice Program, 2001.
15. Ahmed A, Choo WY, Othman S, Hairi NN, Hairi FM, Mohd Mydin FH, Illiani Jaafar SN. Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. *Journal of elder abuse & neglect*. 2016;28(3):163-77.
16. Conrad KJ, Iris M, Liu PJ. Elder Abuse Decision Support System: Field test outcomes, abuse measure validation, and lessons learned. *Journal of elder abuse & neglect*. 2017;29(2-3):134-56.
17. Friedman LS, Avila S, Liu E, Dixon K, Patch O, Partida R, Meltzer W. Using clinical signs of neglect to identify elder neglect cases. *Journal of elder abuse & neglect*. 2017;29(4):270-87.

Sözel 4 (TAM METİN)

**ESKİŞEHİR'DE TARIM İLACI İLE İNTİHAR EDEN YAŞLILARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Evaluation Of Elderly People Who Committed Suicide With
Pesticides In Eskişehir**

Ümit ŞİMŞEK*, Emrah EMİRAL, Kenan KARBEYAZ*****

*Adli Tıp Kurumu, Sivas Şube Müdürlüğü

**Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Adli Tıp AD.

***Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.

ÖZET

Yaşlılık dönemi, oranı, intihar yöntemleri ve intihar sebepleri açısından ayrıca incelenmesi gereken bir dönemdir. Epidemiyolojik çalışmalar bazı farklılıklara rağmen her toplumda intiharların yaşla birlikte arttığını göstermektedir. Her yaş grubunda olduğu gibi ası en önemli intihar yöntemlerinden birisidir. Ancak pratikte özellikle kırsal yerlerde tarım ilacı ile intihar etmenin de yaygın olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, Eskişehir'deki tarım ilacı kullanarak intihar eden yaşlıların demografik verilerinin incelenmesi, tüm intiharlara ve yaşlı intiharlara oranının incelenmesi amaçlanmıştır.

Eskişehir'de 1997 ile 2016 yılları arasındaki 20 yıllık dönemdeki, adli nitelikli ölümlerin tümü değerlendirilmiş, adli soruşturma sonucunda tarım ilacı ile intihar ettiğine karar verilen 65 yaş üstü olgular çalışma kapsamına alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik veriler açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca, intihar yöntemi, intihar aracı, intihar yeri gibi hususlar incelenmiştir. Soruşturma dosyalarında yer alan bilgilerden yararlanılarak intihar ile ilişkili sebepler araştırılmıştır.

1997-2016 yılları arasındaki 20 yıllık dönemde Eskişehir'de adli makamlarca yapılan soruşturma sonucunda intihar ettiği kesinleşen 719 olgu değerlendirilmiştir. Bu olguların 74'ünün (% 10,3) 65 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır. Yaşlı olguların 9'unun (% 12,2) toksik madde içerek intihar ettiği, bunlardan 7'sinin (% 77,8) ise tarım ilacı ile zehirlendiği saptanmıştır.

Yaşlılıkta ortaya çıkan ruhsal hastalıkların diğer ilişkili faktörler ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yaşlı grubun topluma katılımının sağlanması ve günlük gereksinimlerinin karşılanması için evde bakım hizmetleri ve sosyal aktiviteler önem kazanmaktadır. Kırsal kesimde yaşayan

ABSTRACT

Senescence is a period that should be examined separately in terms of suicide methods and suicide reasons. Epidemiological studies show that despite some differences, suicide sincrease withage in every society. As in all age groups, hanging is one of themostimportant suicide methods. However, in practice, it is seen that suicide with pesticides is wide spreade specially in ruralareas. The aim of this study was to investigatet he demographic data of the elderly who committed suicide using pesticides in Eskişehir.

All of the forensic deaths in Eskişehir between the years 1997 and 2016 were evaluated. Cases over 65 years of age who were found to have committed suicide with pesticides as a result of forensic investigation were included in thestudy. The cases were evaluated in terms of sociodemographic data such as age, sex and marital status. Inaddition, suicide method, suicide tool, suicide place were examined. The causes of suicide were investigated using the information in the investigation files. A total of 719 cases of suicide confirmed by the judicial authorities in Eskişehir duringthe 20-year period between 1997 and 2016 were evaluated. 74 (10.3%) of these cases were 65 years orolder. It was determined that 9 (12.2%) of the elderly cases committed suicide by drinking toxic substances and 7 of them (77.8%) were poisoned by pesticides.

It is thought that mental disorders in old age are direct lyorindirectly related too ther related factors. Home care services and social activities gain importance in order to ensure the participation of the elderly in the society and to meet their daily needs. Access to pesticides by the elderly in rural areas should be made more difficult

Keywords: Elderly, Suicide, Pesticide

yaşlıların tarım ilaçlarına erişimi zorlaştırılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, İntihar, Tarım İlacı

Giriş

İntihar; oranları, şekli ve demografik verileri, yerel nedenlerle değişmekle birlikte tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Dünyada her yıl 10-20 milyon insanın intihar girişiminde bulunduğu ve 1 milyon insanın da intihar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (1). Tüm toplumlarda ruhsal hastalıklar, ailevi ve sosyal problemler, ekonomik sıkıntılar, hastalık gibi birçok neden insanları intihara sürükleyebilmektedir (2-4). İntihar oranları ve kullanılan yöntemler, yaşanan topluma, cinsiyete, yaşa bağlı olarak değişiklik gösterebilir (1-7). Yaşlılık dönemi, oranı, intihar yöntemleri ve intihar sebepleri açısından ayrıca incelenmesi gereken bir dönemdir (8-11). Epidemiyolojik çalışmalar bazı farklılıklara rağmen her toplumda intiharların yaşla birlikte arttığını göstermektedir (9-20). Literatürde yaşlı popülasyonda intihar için en önemli risk faktörünün ruhsal hastalıklar olduğu belirtilmiştir (15-24). Yaşlı intiharlarının % 71- % 97 oranında ruhsal hastalıklar ile ilgili olduğu belirtilmiştir (15,24).

İntihar yöntemleri bölgesel farklılık göstermekle birlikte en sık ası yönteminin kullanıldığı bilinmektedir (1,3,9). Tarım ilacı zehirlenmeleri de pratikte, kırsal kesimde olan yaşlıların kullandığı bir intihar yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada yaşlı intiharları içerisinde, tarım ilacı zehirlenmelerinin oranının tartışılması ve literatürle paylaşılması amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem

Çalışma batı Anadolu'da yer alan Eskişehir ilinde yapılmıştır. Eskişehir'de 1997 ile 2016 yılları arasındaki 20 yıllık dönemdeki, adli nitelikli ölümlerin tümü değerlendirilmiştir. Çalışma için Eskişehir Cumhuriyet Başsavcılığı'ndan alınan izinle adli soruşturma sonucunda tarım ilacı zehirlenmesi ile intihar ettiğine karar verilen 65 yaş üstü olgular çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmada olgulara ait soruşturma dosyaları ve otopsi raporlarındaki bilgilerden yararlanılmıştır. Bu dosyalarda otopsi bulguları, olay yeri incelemesine ait bilgiler, fotoğraflar, öleninin ailesi, yakınları ve görgü tanıklarına ait ifadeler, sosyal çalışmacılara ait raporlar ve olgular özelinde yapılan incelemelere ait diğer soruşturma belgeleri yer almaktadır. İntihar ihtimali olan ancak soruşturma süreci devam eden olgular çalışma kapsamına alınmamıştır. Yalnızca adli makamlarca intihar olduğuna karar verilen ve hakkında takipsizlik verilen olgular çalışma kapsamına alınmıştır.

Olgular yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik veriler açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca, intihar yöntemi, intihar aracı, intihar yeri gibi hususlar incelenmiştir. Soruşturma dosyalarında yer alan bilgilerden yararlanılarak intihar ile ilişkili sebepler araştırılmıştır. Bu faktörler belirlenirken, soruşturma dosyasında yer alan sosyal çalışmacının ve psikologların raporları dikkatlice incelenmiştir. Bu raporlarda intihar ile ilgili tüm ayrıntılara yer verildiği, yakınları ile görüşme, son zamanlarını birlikte geçirdiği insanlara anlattıkları, intihar notu gibi bulgular değerlendirilmiş ve yaşlıyı intihara götüren sebepler profesyoneller tarafından anlaşılma çalışılmıştır. Olguların tümünde en az bir tane olmak üzere ilişkili faktör belirlenmiştir. Bunların intiharın asıl nedeni olup olmadığı bilinmemektedir. Ancak soruşturma sırasında elde edilen bilgilere göre intiharda etkisi olduğu saptanan bulgular olarak belirlenmiştir. Araştırmalar sırasında, hastane kayıtlarında psikiyatri uzmanı tarafından tanısı konulmuş ve tedavisi düzenlenmiş olan durumlar, kesin psikiyatrik hastalığı var olarak belirlenmiştir. Sosyal çalışmacıların raporları, yakınlarının ifadelerinden anlaşılan, ancak hastane kaydı olmayan durumlar için ise olası psikiyatrik hastalık tanımı yapılmıştır. Olası ruhsal hastalık tanımı soruşturma dosyasında, sosyal

çalışmacılar ve psikologlar tarafından yapılmıştır. Veriler SPSS 20 paket veri programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

1997-2016 yılları arasındaki 20 yıllık dönemde Eskişehir’de adli makamlarca yapılan soruşturma sonucunda intihar ettiği kesinleşen 719 olgu değerlendirilmiştir. Bu olguların 74’ünün (% 10,3) 65 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır. Yaşlı olguların 9’unun (% 12,2) toksik madde içerek intihar ettiği, Bunlardan 7’sinin (% 77,8) ise tarım ilacı ile zehirlendiği saptanmıştır. Tarım ilacı içerek intihar eden yaşlıların 5’inin kadın (%71,4) , 2’sinin (% 28,6) erkek olduğu belirlendi. Olguların 65 ile 74 yaş arasında olduğu, yaş ortalamasının $69\pm3,7$ olduğu belirlendi. Medeni durum açısından intihar eden olguların tümünün eşinin ölmüş olduğu saptandı. 7 olgunun da kırsal alanda yaşadığı belirlendi. 4 olgunun (% 57,1) çiftçilik ile ilgili sosyal güvencesinin olduğu, 3 olgunun (% 42,9) herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı belirlendi. Olguların tümünün ev ve eklentilerinde intihar ettiği saptandı.

Adli tahkikat dosyalarından edinilen bilgilere göre intihar ile ilişkili faktörler değerlendirildiğinde, olguların tümünün eşini kaybettiği, 4 olgunun yalnız yaşadığı (% 57,1), 3 olgunun çocukları ile birlikte yaşadığı (% 42,9) belirlendi. 2 olgunun (% 28,6) depresyon ve anksiyete tanılarının olduğu ve ilaç kullandıkları belirlendi.

Tartışma

Literatürde hemen her toplumda intiharların yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir (9-13). Araştırmalar yaşlılık döneminde intihar oranının, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu ve yaşlılarda intihar oranının giderek arttığını göstermektedir (9-27). Shanghai’de yapılan bir çalışmada 2003-2013 yılları arasında 65 yaştan küçüklerde intihar oranı yüz binde 4,30 iken, 65 yaş ve üzerinde bu oran yüz binde 16,12 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada 2003-2013 yılları arasında Shanghai’de intihar edenlerin %88,7’sinin yaşlı olduğu belirtilmiştir (24). Güney Kore’de 65-74 yaş grubunda intihar oranının 59,88/100.000 olduğu bildirilmiştir (27). İtalya’nın Tirol bölgesinde yapılan çalışmada 10 yıllık dönemde intihar edenlerin %36’sının yaşlı olduğu bildirilmiştir (19). On üç farklı Avrupa ülkesinden bilim insanlarının birlikte yaptığı bir çalışmada, yaşlılarda intihar oranının 29,3/100.000 olduğu bildirilmiştir (18). Amerika’da 85 yaş ve üstü erkeklerde intihar oranının 20/100.000 olduğu bildirilmiştir (21). Fransa’da 85 yaş üstü erkeklerde intihar oranının 148/100.000, kadınlarda ise 24/100.000 olduğu bildirilmiştir (22). Aralarında Türkiye’nin olmadığı, 26 farklı Avrupa ülkesinde yaşlı intiharlarının değerlendirildiği bir çalışmada, erkek ve kadın yaşlılar için en düşük intihar oranının Yunanistan’da olduğu (erkek=9,4/100.000, kadın=1,5/100.000) erkek yaşlılar için en yüksek oranın 95/100.000 ile Rusya’da, kadın yaşlılar için en yüksek intihar oranının 23,1/100.000 ile İsviçre’de olduğu bildirilmiştir (28). Tayvan’da yaşlı intiharlarının oranının 32,2/100.000 olduğu ve bu oranın tüm yaş gruplarının intihar oranının 2,5 katı olduğu bildirilmiştir (29). Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yaşlı popülasyonda intihar oranının yüz binde 5,6 ile 6,7 arasında olduğu bildirilmiştir (11). Türkiye İstatistik Kurumu raporlarına göre 2014 yılında Türkiye’deki intihar oranı yüz binde 3,94 iken 80-84 yaş grubunda bu oran yüz binde 8,07 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde de yaşlı intiharlarının diğer yaş gruplarına oranla yüksek olduğu görülmektedir. Ancak diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında yaşlı intiharlarının ülkemizde daha düşük olduğu görülmektedir (23). Çalışmanın yapıldığı 20 yıllık dönemde şehrimizde yaşlı intiharlarının, tüm intiharlara oranının %10,3 olduğu belirlendi. Çalışmamız kapsamında en sık 80-84 arası (n=20, %27) yaştakilerin intihar ettiği belirlendi.

Tüm popülasyonda olduğu gibi yaşlı popülasyonda da erkeklerin belirgin olarak daha sık intihar ettiği bildirilmiştir (24,28,29-32). Yaşlı intiharları ile ilgili literatürde erkek olmak risk faktörü olarak gösterilmiştir (9,11,24,28,31-33).

Wisconsin’de yaşlı intiharlarının değerlendirildiği bir çalışmada olguların %85’inin erkek olduğu belirlenmiştir (32). 26 farklı Avrupa ülkesinde yaşlı intiharlarının değerlendirildiği bir çalışmada, erkek yaşlılar için en yüksek oranın 95/100.000 ile Rusya’da, kadın yaşlılar için en yüksek intihar oranının 23,1/100.000 ile İsviçre’de olduğu bildirilmiştir (28). Singapur’da yaşlı intiharları ile ilgili yapılan bir çalışmada olguların %61,1’inin erkek olduğu bildirilmiştir (33). Malezya’da yapılan çalışmada intihar eden yaşlıların %69,57’sinin erkek olduğu bildirilmiştir (31). 20 yılda Eskişehir’de intihar eden 74 olgunun 55’inin (% 74,3) erkek ve 19’unun (% 25,6) kadın olduğu belirlendi. Kadın/erkek oranının yaklaşık 1/3 olduğu saptandı. Ancak sunulan çalışmada tarım ilacı ile daha çok kadınların intihar ettiği belirlenmiştir. Erkeklerin intihar yöntemi olarak daha çok ası ve ateşli silah yöntemlerini kullandıkları görülmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu’nun verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, 65 yaş ve üstü olguların % 56,6’sının ası yöntemi ile intihar ettiği bildirilmiştir (11). Brezilya’da yapılan bir çalışmada yaşlıların en sık ası yöntemi ile intihar ettiği bildirilmiştir (34). Malezya’da yaşlılarda intiharların değerlendirildiği bir çalışmada olguların % 56,5’inin ası yöntemini kullandığı bildirilmiştir (31). Hindistan’da bu oranın % 52 olduğu bildirilmiştir (35). Türkiye’de Aydın ilinde 17 yaşlı intiharının değerlendirildiği bir çalışmada olguların en sık (n=8, % 47,1) ası yöntemi ile intihar ettiği bildirilmiştir (36). Kuzey İtalya’da yapılan bir çalışmada ası ve yüksekten atlamanın yaşlılarda en sık kullanılan intihar yöntemleri olduğu bildirilmiştir (37). Çalışmamızdaki olguların en sık (% 60,8, n= 45) ası yöntemiyle intihar ettiği saptanmıştır. Olguların 16’sının (% 21,6) yüksekten atlayarak intihar ettiği, 9’unun (% 12,2) toksik madde içerek intihar ettiği, 4’ünün (% 5,4) ateşli silah ile intihar ettiği saptandı. Ayrıca kadın olguların hiçbirinin ateşli silah yöntemini kullanmadıkları dikkat çekmektedir. Ası ile intiharın hem kesin sonuç elde edilmesi hem de ası için gerekli materyallerin kolay bulunması nedeniyle diğer yöntemlere göre daha sık intihar yöntemi olarak seçilmesinde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Ancak sunulan çalışmada kırsal kesimlerde yaşayan kadınların tarım ilacını da kolay temin etmeleri nedeniyle bu yöntemi tercih ettikleri düşünülmüştür.

Yaşlıların daha çok evde vakit geçirmeleri ve sosyal izolasyonları intihar ile ilişkili bir faktördür (9-11). Bu durum, intihar eyleminin en sık evde gerçekleşmesi ile ilişkili olabilir. Malezya’da yapılan çalışmada yaşlı intiharlarının %65’inin evde gerçekleştiği bildirilmiştir (31). Sunulan çalışmada da tüm olguların intihar eylemini evde gerçekleştirdikleri görülmüştür. Yaşlılarda intihar için en önemli risk faktörünün ruhsal hastalıklar olduğu belirtilmiştir (9,11, 24,28,31-40). Yapılan çalışmalarda yaşlılarda intihar oranının artmasının ruhsal hastalıkların yaşlı popülasyonunda artış göstermesi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (9-11,24,30,31). Yaşlıların güç ve yeti kayıpları, var olan kronik hastalıklar, toplumdaki rolleri ve bu rollerdeki değişiklikler, ekonomik sıkıntılar ve giderek çevreye bağımlı hale gelmeleri, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte görülen sorunlardır (9). Yaşlı intiharlarının % 71 - % 97 oranında ruhsal hastalıklar ile ilgili olduğu belirtilmiştir (24,15). Yaşlılık döneminde intihar ile ilişkili ruhsal faktörlerin değerlendirildiği çalışmalarda, bu dönemdeki ruhsal hastalıkların, fiziksel kayıplar, güçsüzlük, yalnızlık, yakınların kaybı, statü kaybı ile ilişkili olduğu ve bu etkenlerin, yaşlılıkta görülen ruhsal hastalık durumları ile birbirinden ayrı düşünülemeyeceği belirtilmektedir (9,10,17,27-29,33-41). Çalışmamız kapsamındaki olguların adli dosyalarından edinilen bilgilere göre, olguların 2’sine (% 28,6) psikiyatri uzmanı tarafından kesin hastalık tanısı konulmuş, 5 olguda ise (% 71,4) yakınları ile yapılan görüşme, sosyal çalışmacının raporlarından muhtemelen ruhsal bir rahatsızlığının olduğu ancak psikiyatriste hiç gitmediği anlaşılmıştır. Ülkemizde psikiyatri uzmanına gitme oranı halen düşüktür. Kırsal kesimde yaşayan yaşlılarda bu

oranının daha da düşük olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda intihar eden yaşlıların tümünde ruhsal hastalık bulgularının olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak; kırsal kesimde yaşayan yaşlılar için tarım ilacı ile intihar etme oranının az olmadığı görülmektedir. Yaşlılıkta ortaya çıkan ruhsal hastalıkların diğer ilişkili faktörler ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Yapılan geriatrik değerlendirmede intihar açısından risk altında olan yaşlı grup belirlenmelidir. Yeti yitimine ve kısıtlılığa neden olan kronik hastalığı olanlar ya da psikiyatrik bozukluğu olan yaşlılar sosyal ve ruhsal olarak desteklenmelidir. Yaşlıya yönelik hizmet ve faaliyetler bu grupta sık görülen ruhsal hastalıklara bağlı intihar oranlarını düşürecektir. Ayrıca Yaşlılık döneminde görülen ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisinin yaşlı intiharlarının azaltılmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Yaşlıların sosyal ve sağlık hizmetlerinden yaygın biçimde yararlanmaları sağlanmalıdır. Bu kapsamda evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılmalı, yaşlıların fiziksel, ruhsal ve ekonomik sorunları belirlenerek, desteklenmeleri sağlanmalıdır. Tarım ilaçlarının kullanmanın denetimleri sağlanmalı ve ruhsal sıkıntıları olan yaşlıların, yakınları tarafından bu ilaçlara erişimlerinin zorlaştırılması gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1.Chishti P, Stone DH, Corcoran P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. Eur J Public Health 2003; 13(2):108 – 14. PMID: 12803408
- 2.Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry 1996;53(12):1155-62. PMID: 8956682
- 3.Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull 2007;54(4):306-69. PMID: 18208680
- 4.Pajoumand A, Talaie H, Mahdavinjad A, Birang S, Zarei M, Mehregan FF, et al. Suicideepidemiology and characteristics among young Iranians at poison ward, Loghman-Hakim Hospital (1997-2007).Arch Iran Med 2012 ;15 (4):210-3. PMID: 22424037
- 5.Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005; 294 (16):2064-74. PMID:16249421
6. SuicideStatistics, 2014
Turkeyhttp://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516 Access Date: 24.11.2016.
7. Shirazi HR, Hosseini M, Zoladl M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian K, Mansorian MA. Suicide in theIslamicRepublic of Iran: an integratedanalysisfrom 1981 to 2007. East MediterrHealth J 2012;18(6):607-13.
8. Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late-life mood disorders. InPrinciples of GeriatricMedicine&Gerontology, 5th ed. (Eds. WR Hazzard, JP Blass, JB Halter, JG Ouslander, ME Tinetti):1451-1452. New York, McGrawHill, 2003.
9. Aslan M, Hocaoglu Ç. Suicidalbehavior in elderly. CurrentApproaches in Psychiatry 2014;6(3):294-309.
10. Yeates C, Thompson C. Suicidalbehavior in elders. PsychiatrClin N Am. 2008;31(2):333e356.
11. Özer E, Gümüş B, Balandiz H, Kırıcı GS, Aydoğdu Hİ, Tetikçok R. Evaluation of geriatric suicides in Turkey. J ForensicLegMed. 2016;44:158-161.
12. Blazer DG, Hybels CF, Hays JC. Demographyandepidemiology of psychiatricdisorders in late life. InTheAmericanPsychiatric Publishing Textbook of GeriatricPsychiatry, 3rd ed. (Eds. DG Blazer DC Steffens , EW Busse):27-29. Washington DC, AmericanPsychiatricPress, 2004.

13. Özgüven HD. İntihar davranışının epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi 2008;1(3):1-7.
14. Lapiere S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, Gallo J, Szanto K, Conwell Y, Draper B, Quinnett P; International Research Group for Suicide among the Elderly. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis. 2011;32(2):88-98
15. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. Psychiatr Clin North Am 2011;34:451-68.
16. Lester D. Suicide and Islam. Arch Suicide Res. 2006;10(1):77-97.
17. Minayo MC, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. Rev Saude Publica. 2010;44(4):750-7.
18. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16(3):300-10.
19. Torresani SI, Toffoli E, Scocco P, Fanolla A. Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study. Psychogeriatrics. 2014;14(2):101-9.
20. Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of suicide in the old elderly. Gerontology 2003; 49: 328-334.
21. Pearson JL. Recent research on suicide in the elderly. Curr Psychiatry Rep. 2002;4(1):59-63
22. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry. 2004;184:147-52.
23. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626> Accessed: 24.11.2016.
24. Shao Y, Zhu C, Zhang Y, Yu H, Peng H, Jin Y, et al. Epidemiology and temporal trend of suicide mortality in the elderly in Jiading, Shanghai, 2003-2013: a descriptive, observational study. BMJ Open. 2016 19;6(8):e012227.
25. Jeste DV. Geriatric psychiatry: overview. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th ed. (Eds BJ Sadock, VA Sadock, P Ruiz):3595-3602. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2009.
26. İstatistiklerle Yaşlılar. tuik.gov.tr. Access date: 22.12.2016
27. Shin KM, Cho SM, Hong CH, Park KS, Shin YM, Lim KY, et al. Suicide among the elderly and associated factors in South Korea. Aging Ment Health. 2013;17(1):109-14.
28. Yur'yev A, Leppik L, Tooding LM, Sisask M, Värnik P, Wu J, et al. Social inclusion affects elderly suicide mortality. Int Psychogeriatr. 2010;22(8):1337-43.
29. Chen YJ, Tsai YF, Ku YC, Lee SH, Lee HL. Perceived reasons for, opinions about, and suggestions for elders considering suicide: elderly outpatients' perspectives. Aging Ment Health. 2014;18(5):593-9.
30. Cattell H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. Br J Psychiatry. 1995 Apr;166(4):451-7.
31. Rahimi R, Ali N, Noor SM, Mahmood MS, Zainun KA. Suicide in the elderly in Malaysia. Malaysian J Pathol 2015; 37(3) : 259 – 263.
32. Wanta BT, Schlotthauer AE, Guse CE, Hargarten SW. The burden of suicide in Wisconsin's older adult population. WMJ. 2009;108(2):87-93.
33. Ho RC, Ho EC, Tai BC, Ng WY, Chia BH. Elderly suicide with and without a history of suicidal behavior: implications for suicide prevention and management. Arch Suicide Res. 2014;18(4):363-7.
34. Minayo MC, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RM. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. Rev Saude Publica. 2012;46(2):300-9.

35. Abraham VJ, Abraham S, Jacob KS. Suicide in theelderly in Kaniyambadiblock, Tamil Nadu, South India. *Int J GeriatrPsychiatry*. 2005;20(10):953-5.
36. Erel Ö, Aydın Demirağ S, Katkıcı U. Homicideandsuicide in theelderly: data from Aydın. *TurkishJournal of Geriatrics* 2011; 14 (4) 306-310.
37. Zeppegno P, Manzetti E, Valsesia R, Siliquini R, Ammirata G, De Donatis O, et al. Differences in suicidebehaviour in theelderly: a study in twoprovinces of NorthernItaly. *Int J GeriatrPsychiatry*. 2005;20(8):769-75.
38. Pompili M, Innamorati M, Masotti V, Personne F, Lester D, DiVittorio C, et al. Suicide in theelderly: a psychologicalautopsystudy in a North Italyarea (1994-2004). *Am J GeriatrPsychiatry*. 2008;16(9):727-35.
39. BergmanLevy T, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicideattemptsandburden of physicalillnessamongdepressedelderlyinpatients. *ArchGerontolGeriatr*. 2011;52(1):115-7.
40. Innamorati M, Pompili M, DiVittorio C, Baratta S, Masotti V, Badaracco A, et al. Suicide in theoldelderly: resultsfromoneItaliancounty. *Am J GeriatrPsychiatry*. 2014;22(11):1158-67.
41. Ciulla L, LopesNogueira E, da SilvaFilho IG, Tres GL, Engroff P, Ciulla V, et al. Suicide risk in theelderly: data fromBrazilianpublichealthcare program. *J AffectDisord*. 2014;152-154:513-6

Sözel 5 (TAM METİN)

YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK BAKIM PERSONELİNİN YAŞLI İSTİSMARINA YÖNELİK GÖRÜŞLERİ: PİLOT ÇALIŞMA

Opinions Regarding Elderly Abuse Of The Health Care Staff Working In Elderly Care And Rehabilitation Centers: Pilot Study

Emine Tuğba TOPCU*, İ. Hamit HANCI,Firdevs BİRANKAR*, Rabia ULUYOL***

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

ÖZET

Bu çalışma, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde çalışan sağlık bakım personelinin yaşlı istismarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma Ankara'da bulunan bir yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 38 sağlık personeli katılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında 11 soruluk tanıtıcı anket formu ve sağlık bakım personelinin yaşlı istismarına yönelik görüşlerini içeren literatür doğrultusunda hazırlanan 10 soruluk anket formu kullanılmıştır. Veriler SPSS 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı ve yüzdelik dağılımı kullanılmıştır. Sağlık bakım personelinin neredeyse tamamı yaşlı istismar ve ihmali konusunda eğitim aldığını ve %62.9'u aldıkları eğitimi hizmetiçi eğitim olarak aldığını belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu yaşlı istismar ile karşılaşmadıklarını ve istismara uğrayan yaşlıya merkezden ayrıldıktan sonra herhangi bir izlem yapılmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların tamamına yakını yaşlı istismar ve ihmali tanımlamanın sağlık personelinin görevleri arasında yer alması gerektiğini, %81.6'sı yaşlı istismar ve ihmali bildirmek konusunda sağlık personelinin yasal sorumluluğu olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık bakım personelinin neredeyse tamamı (%89.5) huzurevinden bir süre ayrılıp tekrar dönen yaşlıların istismar ve ihmali açısından değerlendirilmesi gerektiğini ve yaşlıları en çok istismar edenlerin birinci derece aile yakını olduğunu ve %94.7'si yaşlılara istismar ve ihmali konusunda eğitim verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. **Sonuç:** Sağlık bakım personelinin çoğunluğu yaşlı istismarı ile karşılaşmadıklarını bildirmiş olup karşılaştıklarında ne yapacakları konusunda görüş sunmamışlardır. Dolayısıyla yaşlı istismar ve ihmali ilişkin daha etkili eğitim planlamaları yapılması, bu eğitimlerin sık sık tekrarlanması, merkeze gelen yaşlının geldiğinde mutlaka istismar yönünden değerlendirilmesi, yaşlı istismarına uğramış bireyin merkezden ayrıldıktan sonra takibi edilmesi önerilmektedir.

ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive study in order to determine the opinions of the healthcare personnel working in the elderly care and rehabilitation center towards the abuse of the elderly.

A total of 38 health care personnel working in an elderly care and rehabilitation center in Ankara who agreed to participate in the study participated in the study. In order to collect the data of the study, an introductory questionnaire consisting of 11 questions and a questionnaire which was prepared in line with the literature including the opinions of healthcare personnel about the abuse of elderly were used. Data were analyzed using SPSS 21 program. Number and percentage distribution were used for data analysis.

Almost all of the health care personnel received training on abuse and neglect of the elderly and 62.9% stated that they received in-service training. The majority of the respondents stated that they did not encounter elderly abuse and that the abused elderly had not been followed up after leaving the center. Almost all of the participants stated that diagnosing elderly abuse and neglect should be among the duties of health personnel and 81.6% stated that health personnel have legal responsibility to report elderly abuse and neglect. Almost all of the health care personnel stated that the elderly who left the nursing home for a period of time and returned again should be evaluated in terms of abuse and neglect, and that the most abusers of the elderly were first-degree family relatives, and 94.7% of the elderly should be trained in abuse and neglect.

The majority of health care staff reported they had not encountered elder abuse and did not offer opinions on what to do when they encountered it. Therefore, it is recommended to make more effective training plans for elder abuse and neglect, to repeat these trainings frequently, to evaluate the elderly person who comes to the center in terms of abuse, and to follow up the elderly person who has been abused after leaving the center.

AnahtarKelimeler: Yaşlı istismarı, yaşlı bakımmerkezi, sağlık bakım personeli.

KeyWords: Elderly abuse, elder care center, healthcare personnel.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılığı 65 yaşlılığın başlangıcı, 80 yaş ve üstünü ise ileri yaş olarak kabul etmektedir (1). Yaşlılık bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında azalma, bağımsızlığın, saygınlığın, yaşantıların azalması veya kayıpların yaşandığı bir süreç olarak görülmektedir (2). Yaşlılık dönemi ile birlikte insanda kronik hastalıkların görülme sıklığı artar, fiziksel aktivitelerinde bağımlı hale gelirler ve birçok sorunu da beraberinde getirir. Bu sorunlardan biri de yaşlı ihmal ve istismarıdır (3). Dünyadayaşlı nüfusunun, farklı ülkelere göre, iyileştirilmiş sağlık koşullarıyla artmasıyla birlikte yaşlı istismarının oranında da artış gözlenmektedir (4). Uluslar arası Yaşlı İstismarı Önlenmesi Kurulu ve DSÖ 2002’de Toronto Deklerasyonu’ na göre yaşlı istismarını, “güven beklentisi olan herhangi birilişkide yaşlıya zarar verme, onu strese sokan uygunsuz eylemlerin bir veya daha fazla şekilde gerçekleşmesi olarak” tanımlamıştır. Yaşlılara yönelik istismarın farklı türleri bulunmaktadır. Bunlar; fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik istismar olarak sınıflandırılabilir (5). Yaşlı istismarı en çok aile bireyleri, bakıcı, tanıdıklar tarafından gerçekleştirilmektedir (6). Yaşlı istismarına kirli gıda, yetersiz beslenme, sağlıksız ortamlarda yaşamaya bırakılma, darp edilme gibi birçok örnek gösterilebilir (7). DSÖ yaşlılara şiddet uygulanmasını ve suistimal edilmesini adli bir olay olarak tanımlamıştır (8). Yaşlı istismarı toplum içerisinde gizlenmeye çalışıldığı için önlem alınması konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Yaşlıların maruz kaldığı ihmal ve istismar durumları kesinlikle rapor edilmeli ve göz ardı edilmemelidir. Yaşlılar genellikle durumu bildirmeleri halinde durumun daha kötüye gideceğini ve polisin budurumu önemsemeyeceğini düşünürler. Oysaki istismar ve ihmal bildirilmesi zorunlu bir durumdur. Bu tür durumlar nedeniyle sağlık personeli eğitilmeli ve yaşlı bireyler de temel hakları hakkında bilgilendirilmelidir. Özellikle sağlık personellerinin eğitilmesi gizli vakaların ortaya çıkmasına yardımcı olabilir (7).

Yaşlı istismar ve ihmalinin önlenmesinde yaşlıya hizmetveren sağlık ekibinin konuya ilişkin görüşlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan sağlık bakım personelinin yaşlı istismarına yönelik görüşlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırma, Ankara’da bulunan bir yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire, doktor ve bakım personeli olmak üzere toplam 38 sağlıkpersoneli ile yapılmıştır. Veri toplamak amacıyla iki araç kullanılmıştır.

Tanıttıcı Özellikler Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu, sağlık bakım personelinin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan açık ve kapalı uçlu toplam 11 sorudan oluşmaktadır.

Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezinde Çalışan Sağlık Bakım Personelinin Yaşlı İstismarına Yönelik Görüşleri Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formunda, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde çalışan sağlık bakım personelinin yaşlı istismarına yönelik görüşlerine ilişkin açık ve kapalı uçlu toplam 10 soru yer almaktadır.

Veriler SPSS 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı ve yüzdelik dağılımı kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık bakım personelinin %68.4’ünün kadın, %31.6’sının erkek, %84.2’si lise mezunu ve %84.2’sinin bakım personeli olduğu belirlenmiştir.

Sağlık bakım personelinin %89.5'i yaşlı istismar ve ihmali konusunda eğitim aldığını ve %62.9'u aldıkları eğitimi hizmet içi eğitim olarak aldığını belirtmiştir. Sağlık bakım personelinin yaş ortalaması $\bar{X} = 41.94 \pm 6.84$ olup, bu kurumda mesleki çalışma yılı ortalaması ise $\bar{X} = 11.14 \pm 4.77$ yıldır.

Araştırmada katılımcıların %65.8'inin daha önce başka bir kurumda çalışmadığı, %89.5'inin yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaşmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Katılımcılar, yaşlı istismarı ve ihmali ile karşılaştıklarında, kurumda gerekli önlemleri aldıklarını, sağlık bakım ihtiyaçlarını giderdiklerini ve adli mercilere bildirim yaptıklarını ve %84.2'si istismar ve ihmale uğrayan yaşlıya merkezden ayrıldıktan sonra herhangi bir izlem yapılmadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 1. Sağlık Bakım Personelinin Tanıtıcı Özellikleri (n=38)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	26	68.4
Erkek	12	31.6
Mesleği		
Hekim	1	2.6
Psikolog	2	5.3
Sosyal çalışmacı	1	2.6
Hemşire	2	5.3
Bakım personeli	32	84.2
Çalıştığı kurum dışında çalışma durumu		
Evet	13	34.2
Hayır	25	65.8
Yaşlı ihmal ve istismarı ile karşılaşma		
Evet	4	10.5
Hayır	34	89.5
Yaşlı ihmal ve istismarı konusunda eğitim alma		
Evet	34	89.5
Hayır	4	10.5
Eğitim aldığı yer		
Okul	3	5.7
Kurs	8	20.0
Kongre	1	2.9
Hizmetiçi eğitim	23	62.9
Diğer	3	8.5
Yaşlı istismar ve ihmali ile karşılaşma durumu		
Evet	4	10.5
Hayır	34	89.5
İstismar ve ihmale uğrayan yaşlı merkezden ayrıldıktan sonra izlem durumu		
Evet	6	15.8

Hayır	32	84.2

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde çalışan sağlık bakım personelinin yaşlı istismarına yönelik görüşleri incelendiğinde, katılımcıların %94.7'si yaşlı istismar ve ihmali tanılamamın, sağlık personelinin görevleri arasında yer alması gerektiğini, %81.6'sı yaşlı istismar ve ihmali bildirmek konusunda sağlık personelinin yasal sorumluluğu olduğunu, %89.5'i huzurevinden bir süre ayrılıp tekrar dönen yaşlıların istismar ve ihmal açısından değerlendirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Bakım Personelinin Yaşlı İstismarına Yönelik Görüşleri (n=38)

Görüşler	Sayı	%
Yaşlı istismar ve ihmali tanılama, sağlık personelinin görevleri arasında yer alır		
Evet	36	94.7
Hayır	2	5.3
Sağlık personelinin yaşlı istismar ve ihmali bildirmek konusunda yasal sorumluluğu vardır		
Evet	31	81.6
Hayır	7	18.4
Huzurevinden bir süre ayrılıp tekrar dönen yaşlılar, istismar ve ihmal açısından değerlendirilmelidir		
Evet	34	89.5
Hayır	4	10.5
Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan sağlık bakım personelinin yaşlı istismar ve ihmali konusunda eğitim alması gerekir		
Evet	36	94.7
Hayır	2	5.3
Yaşlı istismarı ve ihmali konusunda merkezdeki yaşlılara eğitim verilmelidir		
Evet	36	94.7
Hayır	2	5.3
Kuruma başvuran yaşlı bireylerde istismar ve ihmal bulgularıyla karşılaştım		
Evet	13	34.2
Hayır	25	65.8
Yaşlılara bakım verirken istismar ve ihmale ilişkin fiziksel değerlendirme yapıyorum		
Evet	29	76.3
Hayır	9	23.7

Sağlık bakım personeli, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yaşlı istismar ve ihmali önlemeye yönelik; hizmetiçi eğitimin artırılması, medyadan yararlanılması, yaşlı bireyin bilgilendirilmesi ve takip edilmesi, yaşlı bireyin aile ve yakınları tarafından istismar edilme riskinin değerlendirilmesi ve önlem alınması, yaşlıların izine gidip döndüklerinde iyi gözlenmesi ve aile yakınları yanında olduğunda davranışlarının izlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Sağlık bakım personelinin tamamı yaşlıların en çok birinci derece aile yakınları,yakın çevre ve komşu tarafından istismar ve ihmale uğradıklarını belirtmişlerdir.

Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde geliştirilmesi gereken uygulamalar neler olduğu incelendiğinde;sağlık bakım personelinin sayısının artırılması,hizmetiçi eğitimlerin artırılması,sağlık bakım personelinin gözlemlerinin dikkate alınması,sağlık bakım personelinin çalışma şartlarının iyileştirilmesi,yaşlı bireylerin bilgilendirilmesi,adli birimler ve emniyet birimleri ile iş birliği ve iletişimin geliştirilmesi,multidisipliner ekip çalışmalarının geliştirilmesi ve bakım planı yapılarak yaşlı bireye hizmet verilmesi önerilmiştir.

Tartışma

Adli olgu ile karşılaşan sağlık personelinin TCK 280. maddesine göre adli olguyu bildirme yükümlülüğü vardır (9). Araştırmaya katılanların çoğunluğunun (%81.6) yaşlı istismar ve ihmali bildirmek konusunda sağlık personelinin yasal sorumluluğu olduğunu belirtmişlerdir.Erarslan ve ark. (2018) “hekimlerin yaşlı istismarına ve ihmali bakış açısını değerlendirdikleri çalışmada, hekimlerin tamamına yakınının (%90.6) yaşlı istismarını bildirme zorunluluğu olduğunu ifade etmişlerdir (10). Aynı şekilde, Ahmad ve ark. (2016) Malezya’daki sağlık bakım profesyonelleri arasında yaşlı istismar ve ihmali bildirmedi yasal sorumlulukları olduğunu saptamıştır (11).Alipour ve ark. (2019) hemşireler ve bakım verici ailelerin yaşlı istismarı konusunda bilgi ve tutumlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında hemşirelerin yarısından fazlası yaşlı istismarını bildirmenin zorunlu olduğunu belirtmişlerdir (12). Burdan yola çıkarak, sağlık personelinin bildirim zorunluluğu hakkında bilgisi olduğunu varsayabiliriz.

Sağlık çalışanları, kuruma başvuran bireyin öncelikle tıbbi tedavi ve muayenesine odaklandıkları için eğitimleri süresince yaşlı istismar ve ihmali ele alınamamaktadır (13).Araştırmamızda sağlık bakım personelinin tamamına yakınının yaşlı istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıkları ve katılımcıların yarısından çoğunun bu eğitimi hizmetiçi eğitim olarak aldığı saptanmıştır.Benzer şekilde, Qinqiuzi ve ark. (2018) sağlık çalışanları arasındabilgi, tutum ve davranış modeline dayanan yaşlı istismarı algılarının karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada,katılımcıların büyük çoğunluğununhizmetiçi eğitim aldığı belirtilmiştir (13). Sağlık bakım personelinin lisans düzeyinde eğitim müfredatlarında yaşlı istismarı ve ihmali yönelik dersler bulunmadığı için bu konuda eğitimi genellikle çalıştıkları kurumda almaktadırlar.

Yaşlı istismar ve ihmali adli olgu olduğundan tanılanması ve bildirilmesi sağlık personelinin görevleri arasında yer almaktadır. Sağlık personelinin yaşlı istismarının tanılama ve tedavi etme becerilerinin gelişmesini sağlamakve daha etkili bakım sunmak için konuya ilişkin uzmanlık eğitimi alması gerekmektedir (14).Araştırmamızdasağlık bakım personelinin neredeyse tamamı, yaşlı istismar ve ihmali tanılayanın, sağlık personelinin görevleri arasında yer alması gerektiğini ifade etmişlerdir.Aynı şekilde Mydin ve Othman (2017) hekimlerin yaşlı istismar ve ihmali ilişkin görüşlerini inceledikleri çalışmada hekimlerin yaşlı istismar ve ihmali tanılamada sorumlu olduklarını tespit etmişlerdir (15).

Sağlık personeli yaşlı istismar ve ihmali ilişkin kurslara katılmalı ve bu konuda eğitim almaları için cesaretlendirilmelidir (13).Araştırmamızda sağlık bakım personelinin neredeyse tamamının yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan sağlık bakım personelinin yaşlı istismar ve ihmali konusunda eğitim alması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır.Benzer şekilde Ahmad ve ark. (2016) sağlık bakım personelinin neredeyse tamamının yaşlı istismar ve ihmali konusunda daha fazla eğitim alması gerektiğini belirtmişlerdir (11). Wagenaar, (2010) ise hekimlerin yaşlı istismarına ilişkin tutumları ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hekimlerin

yarısından fazlasının bu konuda aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını ve hekimlerin bu konuda yeterli eğitimi almaları gerektiğini ileri sürmüşlerdir (14).Sağlık personelinin yaşlı istismarını farklı bir olgu olarak değerlendirdikleri için bu konuda eğitim almayı gerekli gördükleri düşünülmektedir.

Yaşlılar istismar ve ihmale uğradıklarında bu durumun polis tarafından dikkate alınmayacağını düşündükleri için durumu kimseyle paylaşmazlar. Ayrıca çoğunlukla istismar ve ihmal eden kişinin aileden birinin olması ve ceza almasından korktuklarından dolayı istismar ve ihmal devamlılık kazanmaktadır (3,16). Araştırmamızda sağlık bakım personelinin çoğunluğu yaşlıların en çok birinci derece aile yakınları tarafından istismara uğradığını ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Mydin ve Othman (2017) yaptıkları çalışmada katılımcıların çoğunluğu yaşlıların en çok aile yakınları tarafından istismara uğradıklarını bildirmişlerdir (15).

Yaşlı istismarını önlemeye yönelik alınacak önlemlerden biri de yaşlıyı istismar konusunda bilgilendirmektir(17).Araştırmaya katılan sağlık bakım personelinin neredeyse tamamı yaşlı ihmal ve istismarı konusunda merkezdeki yaşlılara eğitim verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Alipor ve ark.(2019) yaptıkları çalışmada hemşirelerin, bakım verici ailelerin olası bir istismarının önlenmesi için yaşlılara konu hakkında eğitim verdiklerini ifade etmişlerdir (12).

Sonuç ve Öneriler

Sağlık bakım personelinin, yaşlı istismar ve ihmali konusunda aldıkları eğitimi hizmetiçi eğitim olarak aldığı belirlenmiştir. Ayrıca yaşlı istismar ve ihmale ilişkin bildirim yapmalarının sağlık bakım personelinin yasal sorumluluklarından biri olduğu saptanmıştır. Fakat katılımcıların çoğunluğu yaşlı istismarı ile karşılaşmadıklarını bildirmiş olup karşılaştıklarında ne yapacakları konusunda görüş sunmamışlardır. Dolayısıyla yaşlı istismar ve ihmaliyle ilişkin daha etkili eğitim planlamaları yapılması, bu eğitimlerin sık sık tekrarlanması, merkeze gelen yaşlının geldiğinde mutlaka istismar yönünden değerlendirilmesi, yaşlı istismarına uğramış bireyin merkezden ayrıldıktan sonra takip edilmesi önerilmektedir. Yaşlı istismar ve ihmaliyle yönelik çalışmalar yetersiz olduğundan bu konuda yapılan çalışmaların artırılması büyük önem arz etmektedir.

Kaynaklar

- 1-WHO: Man Ageing and Health Achieving Health Across The Life Spain. Geneva, WHO, 2001.
- 2- Polat Ü, Kahraman BB.Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki.Fırat Tıp Derg 2013; 18(4): 213-218.
- 3-Öz F,Tambağ H. Ailede istismaredilen yaşlı birey ve huzurevi yaşamı: bir olgu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010; 53-57.
- 4-Artan T. (2016).Huzurevinde kalmakta olan yaşlılarda yaşlı istismarının bir türü olarak ekonomik istismar.Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2016; 1:48-56.
- 5-The Toronto Declaration.On the Global Prevention of Elderly Abuse.Erişim Adresi: <http://www.who.int/hpr/ageing>,<http://www.inpea.net>, Erişim Tarihi: 10.08.2019.
- 6-Gorbien MJ, Eisenstein AR. Yaşlı istismarı ve ihmali: genel bakış. Clin Geriatr Med 2005;21:279-292.
- 7-Uysal A. Dünyada yaygın bir sorun: Yaşlı istismarı ve ihmali. Aile ve Toplum Dergisi 2002; 2(5).
- 8-Orak M, Dursun R, Yaşlı İstismarı ve İhmali. Derman TıbbiYayınılık, 2015;427-437 .
- 9- Türk Ceza Kanunu.Erişim Adresi: <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>Erişim Tarihi: 04.09.2019
- 10-Eraslan B, Çakı İ, Karadayı B, Özasan A. Hemşirelerin yaşlı istismarına ve ihmaliyle bakış açısını değerlendiren bir çalışma. Türk Geriatri Dergisi 2018;21(2):157-165.
- 11-Ahmad A, Choo W, Othman S. Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: an exploratory survey. Journal of Elder Abuse Neglect 2016;163-177.
- 12-Alipour A, Fotokian Z, Shamsalinia A, Ghaffari F, Hajiahmadi M.The relationship between nurses recognition regarding elder abuse and their attitudes and performance in dealing with elder abuse induced by Iranian family caregivers.The Open Nursing Journal 2019 ;116-122.

- 13-Qinqiuzi Y, Naohiro H. Comparision of perceptions of domestic elder abuse among healthcare workers based on the knowledge-attitude-behavior(KAB) model. Health Sciences2018;13(11).
- 14-Wagenaar D, Rosenbaum R, Page C. Primary care physicians and elder abuse :current attitudes and practices. JAOA2019;12:110.
- 15-Mydin F, Othman S. Elder Abuse and Neglect Intervention in the Clinical Setting: Perceptions and barriersfacedbyprimarycarephysiciansin Malaysia.Journal of Interpersonal Violence2017; 1 – 26.
- 16- Ho CSH, Wong SY, Chiu MM, Ho RCM. Global prevalence of elder abuse:a meta-analysis and meta-regression. East Asian Arch Psychiatry 2017;27:43-55.
- 17- Fadıloğlu Ç, Şenuzun Aykar F. Yaşlıda ihmal ve istismara yaklaşım.Ege Tıp Dergisi2012;69-77.

Sözel 6 (TAM METİN)

ELSEFE YAŞLILIK VE ÖLÜM PHILOSOPHY AGING AND DEATH

Prof. Dr. Nurten GÖKALP*

*Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü

ÖZET

İnsanın gelişim dönemlerinin tanımlanmasında kullanılan en son evre olan yaşlılık Antik Yunan felsefesinden beri çeşitli şekillerde felsefede konu edilmiştir. Antik Yunan felsefesinde yaşlıların toplumdaki rolleri üzerinden yapılan değerlendirmeler önemlidir. Roma Stoa okulunda Cicero bu bağlamda yaşlılığı konu alan bağımsız bir kitap yazmıştır. Kitabında yaşlılıkta ortaya çıkan olumsuz değişikliklerin olumluya dönüştürülmesine yönelik düşünceler savunmuştur. Felsefe tarihinde yaşlılığın olumsuz yönlerine vurgu yapan görüşlere de rastlanmaktadır. Bu bağlamda varoluşçu felsefeci Simone De Beauvoir'a göre ihtiyarlamayı niteleyen değişme tersine dönmeyen elverişsiz bir durum bir sona ermez.

Bu sona ermenin somut olgusu ise kaçınılmaz olan ölümdür. Ölüm hakkında düşünen felsefeciler en çok ölümün doğasının ne olduğu sorusu üzerinde durmuşlardır. Ölüm ve yaşlılık ilişkisi bağlamında ise filozoflar çoklukla yaşlıların ölümü kendilerine daha yakın hissettiklerine işaret ederek ölüm korkusu ile nasıl baş edileceğine dair tavsiyeler vermektedirler.

Anahtar Sözcükler: Felsefe, yaşlılık, ölüm, ölüm korkusu

ABSTRACT

Aging which is the lastst age of human developmental periods, has been subject to philosophy in various ways since Ancient Greek philosophy. It is important that the evaluations of the role of the elderly in the society in ancient Greek philosophy. In Rome's Stoa school, Cicero wrote an independent book on old age. In his book, he advocated ideas for turning negative changes in old age into positive ones. In the history of philosophy, there are also views that emphasize the negative aspects of aging. In this context, according to the existentialist philosopher Simone De Beauvoir, the change that characterizes old age is an unfavorable situation that does not reverse.

The concrete fact of this end is the inevitable death. Philosophers who think about death mostly focused on the question of the nature of death. In the context of the relationship between death and old age, philosophers often give advice on how to deal with the fear of death by pointing out that elderly people feel death closer to them.

Keywords: Philosophy, aging, death, fear of death

Yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ileriki döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olarak betimlenebilen yaşlılık insanın gelişim dönemlerinin tanımlanmasında kullanılan devrelerin sonuncusudur. İnsanın yaş almasına bağlı olarak geçirdiği bedensel değişimlerin psikolojik ve toplumsal yansımaları ile bir bütün olarak değerlendirilmesi gereken yaşlılık bu özelliği nedeniyle farklı bilgi alanlarının ortak konusudur.

Bu alanlardan biri olan felsefede yaşlılığa yönelik değerlendirmelerin tarihi oldukça eskidir. Yaşlılığın anlamının ve yaşlıların toplum içerisindeki yerlerin ele alındığı Antik Yunan devletlerinde bu durum bir statü olarak kabul edilmektedir. Örneğin Antik Yunan filozofu Platon yaşlılık ve erdemli olma arasında bir ilişki kurmakta zihinsel gelişime bağlı tecrübeler konusunda yaşlıları ayrıcalıklı görmektedir. Yaşlılığı konu edinen bir kitap yazmış olan Roma Stoa okulundan Cicero da benzer şekilde yaşlılığı ayrıcalıklı bir devre olarak görmektedir. Kitapta yaşlılığın farklı özelliklerini ele alan Cicero "ihtiyarlığı kötü gösteren dört sebep buluyorum: Birincisi insanı işlerden uzaklaştırması, ikincisi vücudu zayıflatması üçüncüsü insanı hemen hemen her zevkten mahrum etmesi, dördüncüsü ölüme yakın oluşu" (Cicero,1990,18)

derken bugün fizyolojik yaşlılık olarak tanımlanan şeyin içeriğine vurgu yapmaktadır. Ancak o, yaşlılığın olumsuz gibi algılanabilecek bu boyutunu avantaj olarak görmektedir. “Mademki muhakeme ve akıl ile zevk arzusunu kendimizden uzak tutamıyoruz, doğru olmayan bir şeyin önüne geçtiği için ihtiyarlığa karşı büyük minnettarlık duymamız lazım. Çünkü zevk arzusu insanda düşünce bırakmaz, muhakemenin düşmanıdır hem aklın gözlerini körleştirir ve faziletle hiç ilgisi yoktur” (Cicero,1990,34) derken o göre bedensel etkilerin insanın sahip olduğu daha değerli özelliklerini kullanmasında ciddi engeller oluşturabileceğini düşünmektedir.

Bu bağlamda yaşlının toplumsal rolüne vurgu yaparak bilgelik ile erdem ilişkisini öne çıkarmaktadır. Zira erdem bilglikle ilişkilidir ve bilgelik sadece amaçlanan bilginin elde edilmesi ile kazanılan bir vasıf değildir. Bilgelik kazanılan bilginin insani eylemlere de yansıtılması halidir ve bu yaşlının sahip olabileceği bir vasıftır. Çünkü erdemin kazanılmasına yönelik zihinsel gelişme hem iradi ve akli bir çabayı hem de niceliksel sürece paralel niteliksel bir süreci gerektirir. Bu kronolojik yaşla birlikte insanın yaşamının amacını ortaya çıkarmasını sağlayan niteliksel değişim ve dönüşüm sürecidir. Aşağıdaki düşüncesi buna bir örnek olarak verilebilir:

“İhtiyarlığa karşı en mükemmel silah nedir bilir misiniz? Bilgili ve faziletli olmak. Bu meziyetler uzun ve dolu bir ömür sürdükten sonra insana tadına doyumaz bir zevk verir, çünkü bunlar insanı hiçbir vakit, hatta yaşlanınca bile terk etmezler. Üstelik iyi yaşadım diye düşünebilmesi yaptığı birçok hayırlı işleri hatırlayabilmesi son derece tatlı bir şeydir.” (Cicero,1990,13-14)

Dikkat edilirse Cicero yaşlılığı yaşamın anlam ve değerini ortaya çıkarmak için bir fırsat olarak görmektedir. “İhtiyarlık hele şerefli bir ömür sürenlerin ihtiyarlığı insana bütün gençlik zevklerinden daha değerli sayılacak derecede büyük bir itibar kazandırır.” (Cicero,1990,48) ifadeleri bu mertebenin önemine ve değerine işaret etmektedir.

İlkçağdaki yaşlılığı doğal olarak kabul edip yaşlılıktaki olumsuzlukları olumlularla değiştirmenin yollarını bulmak ve göstermek amacındaki felsefi yaklaşım Modern felsefede farklılaşmış daha pessimist bir yaklaşım ortaya çıkmıştır.

Bu bağlamda varoluşçu felsefeci Simone De Beauvoir’a göre, yaşlılık insan varoluşunun zorunlu bir sonucu olup, kişinin faaliyetlerinin azalması çok defa düşünce yeteneklerinin azalması ve dünyaya karşı davranışında değişikliklerin belirdiği bir süreçtir. (Beauvoir, 1970, s:432)İhtiyarlamayı niteleyen değişme tersine dönmeyen elverişsiz bir durum, bir sona ermedir. (Beauvoir, 1970, s:XXII)

Bu sona ermenin somut olgusu ise kaçınılmaz olan ölümdür. Ölüm canlı varlıklarda hayati fonksiyonların veya hayatın son bulması; insanda bilinçli deneyimin tamamen nihayetlenmesi durumu olarak tanımlanmaktadır.

Ölüm hakkında düşünen felsefeciler en çok ölümün doğasının ne olduğu sorusu üzerinde durmuşlardır. Zira ölümün tam olarak ne olduğunun bilinmemesi, hiçbir şekilde deneyimlenememesi, ölümün sadece gizemli değil aynı zamanda ürkütücü bir konu olmasına sebep olmuştur. Ölüm insanın kavrayış alanının ve aklının sınırlarının ötesindedir. Bu mutlak bilinmez karşısında insan büyük bir merak ve hayretle ölüm üzerine düşünmekten kendini alıkoymaz. Nitekim ölüm üzerine düşünmemiş bir toplum ölüm üzerine öğretileri ya da gelenekleri ve kültürleri olmayan bir kültür yoktur.

Felsefecilerin sorgulama alanlarından biri ölümün bir kötülük olup olmadığıdır. Zira pek çok düşünür'e göre ölüm başa gelebilecek büyük bir kötülüktür. Kötülüklerin en büyüğü, her yerde tehdit edebilecek en kötü şey ölümdür; en büyük korku ölüm korkusudur. Hiçbir şey bizi başkalarının hayatına kasteden tehlike kadar en canlı alakayla karşı konulmaz derecede heyecanlandırmaz; hiçbir şey ölümden daha korkunç değildir.

Örneğin Schopenhauer'a göre, "Ölüm yaşama iradesinin ve daha da özelden onun için temel ve elzem olan bencilliğin tabiatın akışı içinde aldığı varoluşumuz için bir ceza olarak düşünülebilir." (Schopenhauer, s.127)

Ölümün bir kötülük olmadığına inanan filozofların en ünlüsü belki de ölüm cezasına çarptırılan Sokrates'tir. Mahkemeye çıkarılan Sokrates kendini suçlayanlara karşı eylemlerini savunur ve kendisine verilen ölüm cezasını büyük bir vakarla karşılayarak tarihe geçmiştir. Ölümden korkmadığını belirten Sokrates için ölüm kötü değildir. Kendisini dinleyenleri de ölümün kötü bir şey olmadığına inandırmak ister. Ona göre ölüm iki şey olabilir: Ölüm ya hiçliğe karışmaktır ya da ruhun bir başka diyara göçüdür. "Hiçbir duyum yoksa onda, uyuyanın hiçbir rüya görmediği bir tür uykuyu gibiyse ölüm ne muazzam bir kazançtır. Öte yandan ölüm buradan başka bir yere giderek mekân değiştirmekle ilgili bir şeyse, yani söylenenler doğruysa; sakın bütün ölümlerin bulunduğu yerde daha büyük bir iyilik bulunmasın, ey saygıdeğer yargıçlar." (Platon, 2006b:40c-41b) derken insanın ölüm karşısındaki durumunu da belirlemektedir.

Ölümün bir kötülük olarak kabul edilmesinde ölüm korkusunun da önemli bir yeri vardır. Ölümü kötülük olarak gören filozofların çoğu bu durumu ölüm korkusu ile ilişkilendirmektedir.

Ölüm korkusu felsefe sözlüğünde insan varlıklarının, bu dünyadaki varoluşlarının son bulacağı gerçeği karşısında duydukları korku olarak tanımlanmaktadır. Ölüm korkusunun kaynağında projelerimizin son bulacağı, sahip olduğumuz değer ve zenginlikleri yitireceğimiz, ontolojik bir güvensizlik yaşayıp mutlak bir belirsizlik içine gireceğimiz düşüncesi yer almaktadır. Dolayısıyla ölüm korkusu gerçektir ve felsefedeki temel problemlerden biridir.

Modern felsefede ölüm korkusu söz konusu olduğunda daha iyimser bir bakış ortaya çıkar. Örneğin Spinoza özgür insanın bilgeliğinin ölüm üzerine değil de yaşam üzerine düşünmekte tezahür ettiğini söylemektedir.

Aydınlanma düşünürleri, Bertrand Russell ve pragmatistler tarafından da paylaşılan bu görüş, ölüm korkusunu ortadan kaldırmak için insana mutluluk sağlayacak koşulların yaratılması gerektiğini ifade eder.

Yüzyılımızda Epikürosçu görüşü yineleyen Wittgenstein'a göre de ölüm sırasında yaşamak diye bir şey söz konusu olmadığı, ölüm, hayat içinde yaşanan bir tecrübe olmadığı ve geri dönüp ölüme bakmaktan söz edilemeyeceği için, ölüm korkusu rasyonel bir korku değildir.

Varoluşçulara göre ise, ölüm korkusu ancak yaşama anlam katmaya, bu yönde bir çaba içinde olmaya yarar. Dahası Heidegger'e göre, ölüm gerçeğinin bilincinde olmak kişinin bireyselleşmesine, bireyselliğine anlam katmasına yardımcı olur.

Ölüm ve yaşlılık ilişkisi bağlamında ise filozoflar çoklukla yaşlıların ölümü kendilerine daha yakın hissettiklerine işaret ederek ölüm korkusu ile nasıl baş edileceğine dair tavsiyeler vermektedirler. Örneğin Cicero "biz çağdakilere en çok üzüntü ve tasa veren, ölüme yakın oluşu... Evet, ölüm yaşlılardan uzun süre uzak kalmaz. Ama onca yıl yaşayıp da ölümün küçümsenmesi gerektiğini anlamayan yaşlıya yazık! Ölüm ruhu tamamıyla yok ediyorsa, üzerinde durmaya değmez, yok onu sonsuz bir ömür yaşayacağı bir yere götürüyorsa, o zaman istenilmesi gereken bir şeydir. Üçüncü bir olasılık da yoktur ya... Öldükten sonra mutsuz olmayacaksam, hele mutlu da olacaksam, ne diye korkayım? (Cicero, 1990, s:101) derken ölüm karşısında oldukça

gerçekçi bir yaklaşım sergilemektedir.

Ölümü bir kötülükten ziyade asıl vatanına ve sevgilisine kavuşma olarak niteleyen Mevlânâ Tasavvuf düşüncesindeki ölüm düşüncesinin en tanınmış şahsiyetidir. Tasavvufu iki türlü ölümden bahsedilir: İradi ölüm ve zaruri ölüm. Zaruri ölüm insanın doğal ölümü olup ruhun bedenden ayrılmasıdır. İradi ölüm ise “ölmeden ölmek” ilkesiyle bağlantılı olarak nefsin öldürülmesi anlamındadır.

Mevlânâ doğal ölümü bu hayattan ayrılıp ölümü olmayan edebi hayata ulaşma olarak niteler.Ruh ve bedenden meydana geleninsanın ruhu zamana ve mekâna bağlı değildir bu nedenle ölümsüzdür. Ruh bu sıfatını Allah’tan almıştır. Ölüm ile beden yok olması Hak ile insan arasındaki perdenin kalkmasıdır. Ölüncü ruh beden kafesinden çıkar ve aslına rücu eder.

Mevlânâ’nın ölümle ilişkili düşünceleri şu iki mısradan özetlenmektedir:

“Aşksız olma ki ölmeyesin.

Aşkla öl ki diri kalasın.”

KAYNAKÇA

- Cevizci, Ahmet. (2009) **Felsefe Tarihi**, Say Yayınları, İstanbul
Cevizci, Ahmet. (2013) **Felsefe Sözlüğü**, Paradigma Yayınları, İstanbul
Gökalp Nurten (2018) **İnsan Felsefesi**, Nobel Yayınevi, Ankara
Gökalp Nurten (2014)**Felsefede Kişi ve Kişicilik**, Nobel Yayınevi, Ankara
Schopenhauer Arthur, (2012) **Ölümün Anlamı**, Çev.A.Aydoğan, Say Yayınları, İstanbul
Yeniterzi Emine (1997)**Mevlânâ Celâleddin Rûmî**, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara

Sözel 7 (TAM METİN)

YAŞLILIKLA İLGİLİ ULUSAL POLİTİKALAR VE YASAL DÜZENLEMELERE GENEL BİR BAKIŞ

An Overview Of National Policies And Legal Regulations Regarding Old Age

Avşegül KOC*, **Sinem KURTOĞLU****

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

**Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Nefroloji Klinik Hemşiresi

ÖZET

Yaşlanma biyopsikososyal ve ekonomik göstergelerin bütününe kapsayan bir oluşumdur. Yaşlanma multifaktöriyel bir süreçtir. Bu doğrultuda yaşlı bireyin yaşamda yer alabilmesi için diğer bireylerden daha fazla desteğe, bakıma ve geliştirilmesi gereken politikalara ihtiyacı bulunmaktadır. Sosyal politikalar bazen ekonomik göstergeler ile eş anlamlı gibi görülse de kronik hastalıklar, işgücü kaybı, yeti yitimi ve hasta bakım maliyetleri konfor ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Yaşlılık çatısı altında ortaya çıkan ihtiyaçlar hiyerarşisine göre ülkelerin politikalar geliştirmeleri ve hukuki altyapısını oluşturmaları gerekmektedir.

Amaç: Yaşlı birey toplumdan koparmadan varoluşunu sürdürebilmesi için birey, toplum ve kamu kuruluşlarına düşen roller vardır. Bu çalışma ülkemizde yaşlılara sunulan hizmet ve politikaların gözden geçirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma ulusal ve uluslararası düzeyde anahtar sözcükler girilerek arama motorları ve Ulakbim veri tabanındaki akademik dergilerin taranması ile sistematik inceleme yöntemiyle hazırlanmıştır.

Sonuç: Yaşlılarla ilgili ulusal politikaların temeli çok eskilere dayanmakta ve yaşlıları koruma, saygınlıklarını sürdürme adına pek çok çalışma bulunmaktadır. Bununla birlikte günümüz koşullarında artan yaşlı nüfusun talep ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeni girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık bakım sistemleri günümüzde dijital ve elektronik tabanlı da sunulabilmektedir. Ülkemizde özellikle büyükşehirlerde yaşlı bireylerin ihtiyaçlarına yanıt vermek için geliştirilen politikalar ve yasal düzenlemelere ilişkin yaşlıların farkındalığı artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, yaşlılık politikaları, yaşlı hizmetleri.

ABSTRACT

Aging is an entity that covers the whole of biopsychosocial and economic indicators.

Aging is a multifactorial process. In this context, in order to take part in the life of the elderly people need more support, care and policies that need to be developed from other individuals. Although social policies are some times seen as synonymous with economic indicators, chronic diseases, loss of labor, disability and patient care costs are directly related to comfort and quality of life. According to the hierarchy of need semerging under the umbrella of old age, countries need to develop policies and establish their legal infrastructure.

Objective: In order for the older individual to continue to exist without breaking away from society, there are roles that fall into individual, community and public institutions. This study was conducted to review the services and policies offered to the elderly in our country. **Method:** This research has been prepared by systematic review of these archengines and academic journals in the Ulakbim data base by entering keywords at national and international level.

Conclusion: The basis of national policies regarding the elderly is based on old times and there are many studies to protect the elderly and to maintain their dignity. However, there is a need for new initiatives to meet the demands and needs of the growing elderly population in today's conditions. Health care systems can now also be offered digital and electronic based. In our country, especially in metro politancities, the awareness of the elderly about policies and legal regulations developed to respond to the needs of elderly people should be increased.

KeyWords: Aging, aging policies, elderly services.

Yaşlanma, organizmanınmolekül, hücre, doku, organ vesistemlerdüzeyinde, zamanınilerlemesiyleortaya çıkan, geriyedönüşölmayanyapısalvefonksiyoneldeğişikliklerintümüdür(1).

Yaşlılık çok boyutlu bir fenomendir. Yaşlılıkta bireyler daha fazla kronik hastalık ve bunun beraberinde pek çok problemle yüz yüze gelmektedir. Yaşlı bireylerin ülke ekonomisinde aktif katılımdan pasif katılma doğru yol aldıklarına ilişkin yargılar mevcuttur. Bu yargılar sağlık bakım hizmetlerinde alıcı rol üstlenmeleri ve daha fazla talep eden konuma gelmeleri nedeniyledir. Dolayısıyla tedavi ve daha bakım maliyetleri oldukça yükselmektedir. Sağlık ekonomisinde bu süreçler kalite göstergelerinde yatak doluluk oranları, maliyet raporları, reçete giderleri, sevk oranları, evde bakım giderleri ve palyatif ihtiyaçları ile görselleştirebilir.

Günümüzde dezavantajlı gruplar olarak düşünülen yaşlılara ilişkin gelenek ve inançlar kültürel kodlarımızda yer almaktadır. Yaşlılara hizmet etmek bir ödev değil özümüzde yer alan şefkat, merhamet ve ataya saygı olgularının bir meyvesidir.

Yaşlıları koruma hizmeti veren ilk kurumun 11. Yüzyılda Selçuklular döneminde kurulmuştur. Yine 11. yüzyılda Reha Oğulları tarafından Sivas'ta yaptırılan Darülrha (Huzurevi), Mısır'da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri, dört darülaceze ve dullar için barınma tesisi bulunmuştur. Memlûklular döneminde 13. yüzyılda Kahire'de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir(2). AkabindeOsmanlılar döneminde ise yaşlılara sunulan hizmetler imarethaneler, aşevleri ve tekkeler aracılığıyla sürdürülmüştür (3).

Sosyal hizmetlerin 19. yüzyıla kadar vakıf kuruluşları aracılığıyla yürütüldüğü bilinmektedir, buna ek olarak yaşlılara hizmet sunan kamu kuruluşları ve hayır kurumları da 19. Yüzyılda ayrılmaya başlanmıştır. Günümüzde varlığını sürdüren en bilinen yaşlı bakım hizmeti sunan kuruluş Darülaceze (1895) dir(2).

Cumhuriyetin ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan belediyelere bakıma muhtaç bireylerin korunması, engelli ve yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır(4).

1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanunu ile kurulmuş, yoksul, engelli ve yaşlı bireylerin sosyal güvenliğini sağlamak amaçlanmış, muhtaçların tespiti, korunması, bakımlarının sağlanması ile ilgili hizmetler de 2828 sayılı kanun ile yürütülmüştür (3).

1982 Anayasasının 61. Maddesinde yaşlılara yönelik olarak “ yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” hükmü yer almaktadır. Bu kanun ile sağlık ve sosyal hizmetler birbirinden ayrılmıştır ve sosyal hizmetler 1983 tarihinde yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Kanunu ile hukuken tanımlanmıştır (5).Daha sonra SHÇEK kapatılmış olup yerineAile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı görevlendirilmiştir. 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Günümüzde ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın adı Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olarak revize edilmiştir.

Türkiye’de yaşlılara ilişkin belli başlı hazırlanan raporlar aşağıda yer almaktadır.

- 1.Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı (2002)
2. DPT Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (2007)
3. ASPB/ EYHGM Bakım Hizmetleri Stratejisi Ve Eylem Planı (2011- 2013)

4. ASPB/ EYHGM Bakım Hizmetleri Stratejisi Ve Eylem Planı (2011-213) Sosyal Güvenlik Sisteminde Bakım Güvence Modeli Ve Bakım Sigortası Oluşturulması Çalışmaları Taslak Raporu 2013
5. ASPB Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı (2012)
6. ASPB/ EYHGM Türkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı-uygulama programı (2013-2015)
7. T.C. Kalkınma Bakanlığı Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara (2014)
8. T.C. Kalkınma Bakanlığı 10. Kalkınma Planı (2014-2018)(3).
- 9.Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015-2020).
10. ASPB Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu Avrupa’dan En İyi Uygulama Örnekleri ve Türkiye İçin Bir Model Tasarımı (2017).
11. TC. Cumhurbaşkanlığı Himayelerinde 1. Yaşlılık Şurası (2019).

Anayasa Maddeleri

Anayasa Madde 10: Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz.

Anayasa Madde 61: Yaşlılar, Devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir.

Anayasa Madde 104: Cumhurbaşkanı, sürekli hastalık, sakatlık ve kocama sebebi ile belirli kişilerin cezalarını hafifletebilir veya kaldırabilir.

Kanunlar

Kanun No	Kanun Adı	İçerik
4736	Kamu Kurum Ve Kuruluşlarının Ürettikleri Mal Ve Hizmet Tarifeleri İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	Türk vatandaşı olan altmış beş yaş ve üzeri kişiler, demiryolları ve denizyollarının şehir içi hatları ile belediyelere, belediyeler tarafından kurulan şirketlere, birlik, müessese ve işletmelere veya belediyeler tarafından yetki verilen özel şahıs ya da şirketlere ait şehir içi toplu taşıma hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanır. (2) Türk vatandaşı olan altmış beş yaş ve üzeri kişiler, demiryolları ve denizyollarının şehirlerarası hatlarından %50 indirimli olarak yararlanır. (3) Toplu taşıma araçlarının ait olduğu kurum ve kuruluşlar, belediyeler, belediyeler tarafından kurulan şirketler, birlikler, müessese ve işletmeler, altmış yaş ile altmış beş yaş arasında bulunan kişilerin toplu taşıma araçlarından ücretsiz veya indirimli olarak yararlanmasını sağlayabilir.

2022	65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından muhtaç olduğuna karar verilen 65 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarına, muhtaçlık hâli devam ettiği müddetçe (2.332) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımından bulunacak tutarda aylık bağlanır.
5510	Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	Yaşlılık sigortası düzenlenmiştir
4721	Türk Medeni Kanunu	Madde 408.Yaşlılığı engelliliği, deneyimsizliği, ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat eden yaşlı vesayet altına alınmayı isteyebilir.
5393	Belediye Kanunu Madde 14. Madde 77.	Belediye hizmetlerinde hizmet sunumunda yaşlıların durumuna uygun yöntemler uygulanır. Yaşlılara yönelik hizmet sunumunda dayanışma ve katılım sağlamak, etkinlik, tasarruf, ve verimliliği artırmak amacıyla gönüllü kişilerin katılımına yönelik program uygulanır.
5216	Büyükşehir Belediyesi Kanunu	Yaşlılara yönelik her türlü sosyal ve kültürel hizmetleri yürütmek, geliştirmek ve bu amaçla sosyal tesisler kurmak, meslek ve beceri kazandırma kursları açmak, işletmek veya işletmek, bu hizmetleri yürütürken üniversiteler, yüksekokullar, meslek liseleri, kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapmak.
5256	Aile Ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun	Yaşlıların toplumda ve ailedeki yeri aile içi şiddet ve istismar gibi konularda eğitim faaliyetleri planlamak ve uygulayıcı kurumlarla işbirliği yaparak bu planların uygulanmasını sağlamak.
3067 sayılı kanun gereği TBMM 01.07.2013 onaylanmıştır.	10. Kalkınma Planı	Yaşlıların kendi çevrelerinde uzaklaşmadan bakımlarını sağlamaya yönelik hizmetler çeşitlendirilerek yaygınlaştırılacak ve yaşlılara yönelik kurumsal bakım hizmetlerinin sayı ve niteliği artırılacaktır.

KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELER

3 Haziran 2011 663 noluKHK	Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK	Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur.
2 Kasım 2011 663 nolu KHK	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna Bağlı Kronik Hastalıklar,Yaşlı Sağlığı Ve Engelliler Daire Başkanlığı kurulmuştur.

YÖNETMELİKLER

5 Nisan.1987 19422 Sayılı Yönetmelik	ASPB	Kamu Kurum Ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik
21 Şubat 2001 24325 Sayılı Yönetmelik	ASPB	Huzurevleri Ve Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği
10 Mart 2005	SB	Evde Bakım Yönetmeliği
7 Ağustos 2008 26960 Sayılı Yönetmelik	ASPB	Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Kurulacak Gündüzlü Bakım Ve Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik
25 Ocak 2013 28539 Sayılı Yönetmelik	ASPB	65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz Ve Kimsesiz Türk Vatandaşları İle Özürlü Ve Muhtaç Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Yönetmelik
9 Şubat 2013 28554 Sayılı Yönetmelik	ASPB	Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği
4 Mart 2014 28931 Sayılı Yönetmelik	ASPB	Ücretsiz Ve İndirimli Seyahat Kartları Yönetmeliği
31 Ocak 2015 29253 Sayılı Resmi Gazete		Sosyal Hizmet Kuruluşlarında Bakımı Sağlanan Engelli Ve Yaşlı Bireylere Harçlık Ödenmesine İlişkin Yönetmelik
27 Şubat 2015 29280 Sayılı Yönetmelik	SB	Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Kurulmasına İlişkin Yönetmelik

TEBLİĞLER

14 Eylül 2012 28411 Sayılı Tebliğ	ASPB	Şehir İçi Yollar Kaldırım Veya Geçitlerinde Ulaşılabilirlik İçin Yapısal Önlemler Ve İşletmelerin Tasarım Kuralları İle İlgili Tebliğ
1 Nisan 2015 29313 Sayılı Tebliğ	SGK	Ev Hizmetlerinde 5510 Sayılı Kanunun 9. Maddesi Uyarınca Sigortalı Çalıştırılması Hakkında Tebliğ
18 Ocak 2016 29597 Sayılı Tebliğ	SB	SGK Sağlık Uygulama Tebliği

GENELGELER

2013/09 Tarih Ve Sayılı	ASPB	Yaşlı Ve Engelli Aylıklarında Sosyal İnceleme Hakkında Genelge
2013/08 Tarih Ve Sayılı	ASPB	Evde Bakım Hizmetlerinde Yararlanan Bireylerin Diğer Hizmetlerden Yararlanması Hakkında Genelge

İÇTİHAHLAR

Yüksek Mahkemelerin İctihat Ve Kararları	Anayasa, Uyuşmazlık Yargıtay, Danıştay, Askeri İdare Mahkemesi İctihat Ve Kararları

YAŞILARLA İLGİLİ DERNEKLER, KURUM VE KURULUŞLAR

Türkiye Emekliler Derneği
Türk Geriatri Vakfı
Yaşlılık Platformu
Türkiye Güçsüzler Ve Kimsesizlere Yardım Vakfı
Türkiye Yaşlı Bilimleri Ve Teknolojileri Vakfı
Geriatri Ve Gerontoloji Derneği
Geriatri Fizyoterapistler Derneği
Geriatri Hemşireleri Derneği
Akademik Geriatri Derneği
Özel Yaşlı Bakım Kuruluşları Dayanışma ve Yardımlaşma Derneği
Yaşlılık Konseyi Derneği
Yaşam Döngüsü Derneği
65 + Yaşlı Hakları Derneği

Evde Bakım Ve Eğitim Derneği
Evde Bakım Derneği
Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği
TURYAK Yaşlılar Konseyi Derneği
Dünya Yaşlanma Konseyi Derneği
Yaşlı Bakım Teknikerleri Derneği
Hacettepe Hemşirelik Lisans Ve Lisansüstü Mezunları Derneği
T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SGK
SB Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu- Halk Sağlığı Kurumu
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

(3).

Yaşlı sağlığı politikalarının temelini aktif ve sağlıklı yaşlanma olgusu oluşturmaktadır. Aktif yaşlanma, yaşlıları ekonomik, sosyal ve kültürel hayatın içerisinde olabildiğince uzun süreli kalarak bu süreci yaşamalarını sağlamaya yönelik bir kavramdır(6). Yaşlılara yönelik geliştirilen sosyal politikaları dört temel kategori içerisinde değerlendirmek mümkündür:

- ✓ Yaşlılık döneminde gelir güvencesi sağlamak.
- ✓ Yaşlıların istihdam edilebilirliklerini artırmak.
- ✓ Yaşlılara bakım hizmetleri sunmak
- ✓ Yaş ayrımcılığını önlemek (6). Yaşlılarla ilgili politikalarda sağlık, sosyal, ekonomik ve tüm alanlarda mevcut sorunların ve kısıtlılıkların giderilmesi, ihtiyaç ve taleplerin karşılanmasıyla efektif adımlar atılacaktır.

Yaşlılara sunulan evde bakım hizmetleri devrim niteliğinde bir girişimdir. Bu kapsamda özellikle 65 yaş ve üzeri yaşlılar, alıştığı ve sevdiği çevreden, sosyal ortamından kopmadan, aile birliği ve bütünlüğü bozulmadan sağlık bakım hizmeti almakta ve yaşam kalitesini yükseltme olanağı bulunmaktadır. Bu uygulama huzurevlerine gitme zorunluluğunu belli ölçüde azaltmakta ve yaşlı psikolojisini olumlu yönde etkilemektedir. Yine 65 yaş aylığı sayesinde yaşlılar yoksulluk ve yoksulluğun neden olduğu pek çok sorundan bir nebze olsun uzak kalabilmekte, maddi bir destek imkanı bulunmaktadır. Yaşlı bakımını üstlenen kişilere aylık verilmesi uygulaması yaşlının bakım verecek bireyleri bulma, ulaşma konusundaki sıkıntısını azaltmaktadır. Yaşlılara yönelik girişimler büyük yada küçük ne boyutta olursa olsun yaşlı bireylerin hayatında önemlideğişimler yaratma ve yaşam kalitesini etkilemektedir.

Sonuç olarak yaşlılara yönelik hizmet sunumu haritalandırılmalı, risk düzeyine göre planlanmalı ve sunulmalıdır. Ancak bu şekilde, yaşlılık dönemindeki sorunlar önlenabilir, geciktirilebilir ya da sakatlık, bağımlılık, erken ölüm gibi ikincil olaylar en aza indirilebilir. Yaşlı sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler sadece yaşlılık çağında değil yaşam boyu sürdürülmelidir(7,8). Buna ek olarak yaşlılık politikaları sosyal ve ekonomik yönleri ile de desteklenmelidir. Yaşlıların esneklik ve teknolojiye uyum sağlamalarına yönelik önyargılar ve yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlar yaşlıların istihdam edilmesinde sorun teşkil etmektedir, bu algının kırılması ve farkındalık kazandırılması adına istihdam politikaları güçlendirilmelidir. Bu kapsamda yaşlıların hayat boyu öğrenme imkanlarını artırmak, topluma hitap eden kamu spotları oluşturmak önemli bir stratejiler arasındadır(6). Yaşlılara ilişkin politikalarının başarılı olmasında; sağlık ve sosyal hizmetlerin eş zamanlı olarak ihtiyaçlara cevap vermesi, yaşlının kendi çevresinden kopmadan yaşam kalitesinin artırılması ile bağımsız, aktif verimli bir yaşlılık geçirmesi, bölgesel farklılıklar olmadan tüm yaşlıların bu imkanlara sahip olması, koruyucu, önleyici ve geliştirici faaliyetlerin önceliklendirilmesi prensipleri temel teşkil etmektedir.

Kaynaklar:

1. Tiftik, S., Kayış, A., & İnandır, İ. (2012). Yaşlı bireylerde sistemsel değişiklikler, hastalıklar ve hemşirenin rolü. *Türk geriatri dergisi*, 15(özel sayı), 96.
2. Devlet Planlama Teşkilatı. (2007). 06 02, 2018 tarihinde Türkiye’de yaşlıların durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2007: <https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/turkiye-de-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı/turkiye-de-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı.pdf>.
3. Bilgili, N., & Kitiş, Y. (2017). *Yaşlılık ve yaşlı sağlığı* (1 b.). Ankara: Vize Yayıncılık.
4. Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. (2005). 06 02, 2018 tarihinde Yaşlılığa genel bakış: http://www.huzurevleri.org.tr/docs/shcek_yasliliga_genel_bakis.pdf.
5. Yalılı, A., Dönmez, Ç., & Kaptan, G. (2016). Türkiye’de yaşlı bakım kurumlarına dair bir değerlendirme. *İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 1(1), 30-3.
6. Gökbayrak, Ş. *Gökbayrak Ş. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar*. 06 09, 2018 tarihinde https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/1880/mod_resource/content/1/YA%C5%9ELILARA%20Y%C3%96NEL%C4%B0K%20SOSYAL%20POL%C4%B0T%C4%B0KALAR.pdf.
7. Uçku, R., & Şimşek, H. (2012). Halk sağlığı uygulamaları ve yaşlanma; ne kadar yeterli? D. Aslan, & M. Ertem (Dü) içinde, *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler* (s. 9-11). Palme Yayıncılık. 06 10, 2018 tarihinde http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yasli%C4%B1sagligiyeni16.7.2012.pdf.
8. Yaşlılığa genel bakış. 02.06.2018 tarihinde http://www.huzurevleri.org.tr/docs/shcek_yasliliga_genel_bakis.pdf.

Sözel 8 (TAM METİN)

**NEFROLOJİ KLİNİĞİNDEKİ 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA
GERİATRİK SENDROMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Evaluation Of Geriatric Syndroms In Patients With Age And Over 65 Years

In Nephrology Clinic

Aysegül KOC*, Sinem KURTOĞLU, Tuğba BİLGEHAN***

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Bolu

ÖZET

Kapsam, Amaç: Geriatrik sendromlar yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık oranını artırmaktadır. Kronik Böbrek Yetmezliğinin doğal sonuçları ve hemodiyaliz ile ilişkili komplikasyonlar bir araya gelerek yaşlı diyaliz hastasını yaşıtlarına göre daha kırılgan hale getirmekte ve kognitif ve fonksiyonel bozukluk olasılığını artırmaktadır. Bu doğrultu da Nefroloji servisindeki 65 yaş ve üstü bireylerde geriatrik sendrom görülme durumları ve etkileyen parametreleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler etik kurulundan izin alınarak verilerin toplandığı klinikten kurumsal izinler alınmıştır. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Nefroloji kliniğine yatarak tedavi gören 2017 yılındaki hasta sayısı evrenimizi oluşturmaktadır. Örneklem ise 2018 yılı içerisinde etik izinler alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş üzeri 60 geriatrik sendromlu olduğu düşünülen yaşlı birey oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak Katz Günlük yaşam aktiviteli (GYA) ölçeği, Lawton-Brody enstrümental GYA ölçeği, Morse düşme ölçeği, Tinetti denge ve yürüme skalası, Pittsburgh Uyku kalite indeksi, Mini Mental durum testi, Geriatrik depresyon ölçeği, Mini nutrisyon test ölçeği kullanılmıştır. Uygulama araştırmacı hemşire tarafından icra edilmiştir. Her bir ölçek aralıklı olarak 3 saat sürmüştür.

Bulgular:

Lawton-Brody Enstrümental GYA ölçek puanlarının dağılımlarına göre değerlendirildiğinde hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu ve vasküler giriş yolu Lawton-Brody Enstrümental GYA ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, son 2 yılda aşı yaptıрма ve vasküler giriş yolu morse düşme ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Tanımlayıcı

ABSTRACT

Background: Geriatric syndromes adversely affect the quality of life of the elderly and increase the dependency rate in daily living activities. The natural consequences of chronic renal failure and the complications associated with hemodialysis make the elderly dialysis patient more vulnerable than their peers and increase the likelihood of cognitive and functional impairment.

Objective: In this respect, it is aimed to reveal the incidence of geriatric syndrome and the affecting parameters in individuals aged 65 years and over in the Nephrology service.

Materials and Methods: For the research, institutional permissions were obtained from the clinic where data was collected by obtaining permission from the ethics committee of Social and Human Sciences of Ankara Yıldırım Beyazıt University. The number of inpatients treated in the Nephrology Clinic of Bolu İzzet Baysal State Hospital in 2017 constitutes our universe. The sample consisted of 60 elderly individuals over 65 years of age who were considered to have geriatric syndromes who agreed to participate in the study after obtaining ethical permissions in 2018. Data collection tools were Katz Daily Living Activity (GYA) scale, Lawton-Brody instrumental GYA scale, Morse fall scale, Tinetti balance and gait scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Mini Mental State Test, Geriatric Depression Scale, Mini Nutrition Test Scale. The application was conducted by the researcher nurse. Each scale was intermittent for 3 hours.

Results: When the Lawton-Brody Instrumental GYA scale scores were evaluated according to their distributions, a statistically significant difference was found when the gender, marital status, occupation, educational status and vascular access route were compared with the Lawton-Brody Instrumental GYA scale score average ($p<0.05$). A statistically significant difference was found when the gender, marital status, occupation, vaccination and vascular access route morse fall scale scores of the patients were compared ($p<0.05$). Distribution of Pittsburgh Sleep Quality Index scores according to descriptive characteristics is given. A

özelliklerine göre pittsburg uyku kalite indeksi puanlarının dağılımı verilmiştir. Hastaların cinsiyet ve mesleği pittsburg uyku kalite indeksi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların kendi evinde ikamet etme durumu pittsburg uyku kalite indeksi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların mesleği mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında serbest mesleği olanlar olumsuz yönde olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların eğitim durumu mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında okuryazar olmayanlar olumsuz yönde olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların vasküler giriş yolu mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.005$). Hastaların cinsiyeti mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.005$). Nutrisyon ölçek puanlarının dağılımına göre değerlendirildiğinde böbrek yetmezliklerinin tipi ve vasküler giriş yolu nutrisyon ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği değişkeni ile mini mental durum testi ($r=0.568$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde orta şiddette ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Sonuç: Yaşlılarda kronik hastalıkların artışı ve komplikasyonlar, klinik yatışlar, maliyet ve bakım giderleri gündemde yer tutan önemli konulardır. Kronik Böbrek Yetmezliğinin (KBY) doğal sonuçları ve hemodiyaliz ile ilişkili komplikasyonlar bir araya gelerek yaşlı diyaliz hastasını yaşlılarına göre daha kırılgan hale getirmekte ve kognitif ve fonksiyonel bozukluk olasılığını artırmaktadır. Böbrek yetmezliği yaşlılarda pek çok sorunu beraberinde getirmekte ve geriatrik sendromların ortaya çıkışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin; yaşlı diyaliz hastalarında artan kırılganlık, yetersiz egzersiz disabilite ve düşmeyi son dönem böbrek hastalarındaki malnutrisyon ve enflamasyona bağlayan hipotezler bulunmaktadır. Ayrıca büyüme hormonu, testosteron ve D vitamini gibi hormonların son dönem böbrek hastalarındaki yetersizliğinin kırılganlığa katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik sendrom, yaşlılık, yaşlılık sorunları, hemşirelik

statistically significant difference was found when the gender and occupation of the patients were compared with the mean pittsburg sleep quality index score ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found between the residence status of the patients and the pittsburg sleep quality index score ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found between the patients who had self-employment and the negative score ($p < 0.001$). When the educational status of the patients was compared with the mean score of the mini-mental state test, a statistically significant difference was found between the illiterate and the negative ($p < 0.001$). There was a statistically significant difference when the vascular access pathway of the patients was compared with the mean score of mini mental state test ($p < 0.005$). When the gender of the patients was compared with the mean score of the mini-mental state test, a statistically significant difference was found ($p < 0.005$). When the nutritional scale scores were evaluated according to the distribution, there was a statistically significant difference between the type of renal insufficiency and the mean vascular access route nutritional scale score ($p < 0.05$). There was a positively and moderately significant relationship between the Katz Daily Living Activities Scale variable and mini-mental state test ($r = 0.568$, $p < 0.001$).

Conclusion: Increased chronic diseases and complications, clinical hospitalizations, cost and care expenses are important issues in the elderly. The natural outcomes of chronic renal failure (CRF) and complications associated with hemodialysis make the elderly dialysis patient more vulnerable than his peers and increase the likelihood of cognitive and functional impairment. Renal failure is associated with many problems in the elderly and is thought to be associated with the emergence of geriatric syndromes. For example; There are hypotheses linking increased fragility, inadequate exercise disability, and fall to malnutrition and inflammation in end-stage renal disease in elderly dialysis patients. In addition, the deficiency of hormones such as growth hormone, testosterone and vitamin D in end-stage renal disease may contribute to fragility.

Keywords: Geriatric syndrome, old age, old age problems, nursing

Giriş Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. TÜİK 2017 yılı verilerine göre 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken son beş yılda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5'e yükselmiştir. Artan yaşlı nüfusla birlikte geriatrik sorunlar artış göstermiştir (1). Bunlardan bir tanesi de geriatrik sendromlardır. "Geriatrik Sendrom", ileri yaş kişilerde hastalık grubuna girmeyen klinik durumları tanımlamak için ortaya konmuş bir terimdir (2). Literatürde farklılıklar görülmekle birlikte, deliryum, demans, depresyon, düşme, baş dönmesi, senkop, düşkünlük, uyku sorunları, ağrı, inkontinans gibi pek çok yaygın klinik durum, geriatrik sendrom olarak sınıflandırılmaktadır (2). Yaşlılıkta sık görülen geriatrik sendromların tanı ve tedavisi ile morbidite ve mortalitenin azaltılması, hastaneye yatışların azaltılması, yatan hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaltılması amaçlanır (3). Yaşlı hastayla sık karşılaşan hekim ve sağlık ekibinin geriatrik sendromlar hakkında bilgi sahibi olması ve farkındalığının artması, koruyucu önlemler ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi açısından oldukça önemlidir (4). Bu araştırma ile 65 yaş ve üstü hastalarda görülen geriatrik sendromların değerlendirilmesi ve bu konuda farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir.

Yaşlı nüfusun artışına bağlı olarak geriatrik sendromlar konusu gündemde önemli yer tutan konular arasındadır. Geriatrik sendromlar yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık oranını artırmaktadır (5). Böbrek hastalıklarında vücutta sıvı elektrolit dengesi başta olmak üzere pek çok fizyolojik süreç etkilenmektedir. Bu süreçlerin geriatrik sendromlarla ilişkisi büyük önem arz etmektedir (6). Kronik Böbrek Yetmezliğinin doğal sonuçları ve hemodiyaliz ile ilişkili komplikasyonlar bir araya gelerek yaşlı diyaliz hastasını yaşlılarına göre daha kırılgan hale getirmekte ve kognitif ve fonksiyonel bozukluk olasılığını artırmaktadır (7,8). İç hastalıkları kliniğinin yoğun birimlerinden biri olan nefroloji servisinde yaşlı bireylerin komplikasyonlarının daha şiddetli ve uzun sürdüğü gözlemlerimizden yola çıkarak bu araştırma planlanmıştır. Nefroloji servisindeki 65 yaş ve üstü bireylerde geriatrik sendrom görülme durumları ve etkileyen parametreleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem

Araştırmanın yapılacağı yer: Araştırma, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme: Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Nefroloji kliniğine yatarak tedavi gören 2017 yılındaki hasta sayısı evrenimizi oluşturmaktadır. Örneklem ise 2018 yılı içerisinde etik izinler alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş üzeri 60 geriatrik sendromlu olduğu düşünülen yaşlı birey oluşturmıştır.

Araştırmada kullanılacak olan veri toplama formu: Veri toplama araçları olarak Katz Günlük yaşam aktivitesi (GYA) ölçeği, Lawton-Brody enstrümental GYA ölçeği, Morse düşme ölçeği, Tinetti denge ve yürüme skalası, Pittsburgh Uyku kalite indeksi, Mini Mental durum testi, Geriatrik depresyon ölçeği, Mini nutrisyon test ölçeği kullanılmıştır. Uygulama araştırmacı hemşire tarafından icra edilmiştir.

Çalışmanın etik yönü: Araştırma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler etik kurulundan (05/18/2018) izin alınarak verilerin toplandığı klinikten kurumsal izinler alınmıştır.

Veri toplama araçlarının uygulanma biçimi: Veriler yüzyüze görüşme yöntemi ile anket formu doldurularak toplanacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Anket öncesi bireylerden sözel onay alınarak anket uygulanmıştır. Her bir ölçek aralıklı olarak 3 saat sürmüştür.

Bulgular

Tablo 1: Nefroloji Hastalarına Ait Sosyo Demografik Değişkenlerinin Yüzdelik Dağılımları

SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER		n	%
Yaş	65-75	43	71.7
	76-90	17	28.3
Cinsiyet	Kadın	41	68.3
	Erkek	19	31.7
Meslek	Emekli	19	31.7
	Ev Hanımı	39	65
	Serbest Meslek	2	3.3
Medeni durumu	Evli	34	56.7
	Bekar	26	43.3
Eğitim durumu	Okur Yazar değil	16	26.7
	İlkokul	37	61.7
	Lise	4	6.7
	Lisans	3	5.0
Sigara/alkol/madde kullanma durumu	Sigara	4	6.7
	Hiçbiri	56	93.3
Böbrek yetmezliğinin tipi	ABY	10	16.7
	KBY	42	70
	Son dönem	6	10
	Diğer	2	3.3
Böbrek hastalığı ile geçirdiği süre	1 yıl ve daha az	16	26.7
	1-3 yıl	15	25.0
	4-6 yıl	13	21.6
	7-8 yıl	4	6.7
	10 yıl ve üstü	12	20.0
*Böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık	DM	34	57.6
	HT	47	79.7
	KAH	22	37.3
	Diğer	9	15.3
*Böbrek yetmezliği için uygulanan tedavi	İlaç tedavisi	55	93.2
	Hemodiyaliz	39	66.1
	Diğer	1	1.7
Haftalık hemodiyalize giriş sıklığı	1 kez	2	3.3
	2 kez	6	10
	3kez	31	51.7
	Hemodiyalize girmiyor	21	35
Vasküler giriş yolu	Arteriovenöz Fistül	16	26.7
	Vasküler Kateterizasyon	23	38.3
	Kullanmıyor	21	35
*Kullanılan ilaçlar	Antihipertansif		

		42	82.4
	Antidiyabetik	32	62.7
	Antidepresan	2	3.9
	Analjezik	9	17.6
	Diğer	9	15
*Ortez/ protez / işitme cihazı/ gözlük kullanma durumu	Protez	6	10
	İşitme cihazı	1	1.7
	Gözlük	38	63.3
	Kullanmıyor	20	33.3
Böbrek Yetmezliği ile ilgili alınan en son eğitim zamanı	Eğitim almadım	5	8.3
	0-1 yıl	31	51.7
	1-5 yıl	24	40
*Böbrek Yetmezliği ile ilgili yaşanan komplikasyon	Komplikasyon yok	37	61.7
	Kasıntı	7	11.7
	Bulantı- Kusma	20	33.3
Böbrek Yetmezliğinin vücudunuzda neden olduğu zararlara yönelik herhangi bitkisel bir ürün kullanma durumu	Evet	1	1.7
	Hayır	59	98.3
Son 2 yıl içinde aşı olma durumu	Evet	24	40
	Hayır	36	60
Kendi evinizde mi ikamet etme durumu	Evet	53	88.3
	Hayır	7	11.7
Evde yalnız yaşama durumu	Evet	10	16.7
	Hayır	50	83.3
Bakımda destek olan birinin varlığı	Evet	55	91.7
	Hayır	5	8.3

*Böbrek yetmezliğine eşlik eden hastalık, böbrek yetmezliği için uygulanan tedavi, kullanılan ilaçlar, ortez/ protez / işitme cihazı/ gözlük kullanma durumu ve böbrek Yetmezliği ile ilgili yaşanan komplikasyon sorularının cevapları çoklu yanıt olduğundan %100'ü geçer.

Tablo 2: Nefroloji Hastalara Uygulanan Ölçeklerden Alınan Puan Ortalamaları

ÖLÇEK ADI	Minimum	Maximum	Mean	Sd
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	0	6	4.68	1.790
Lawton & Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	8	24	15.62	4.662
Morse Düşme Ölçeği	15	110	58.33	22.916
Tinetti Denge Ve Yürüme Testi	0	33	14.13	9.950
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi	7	18	11.34	2.466
Mini Mental Durum Testi	4	27	18.23	5.360
Geriatrik Depresyon Ölçeği	1	27	12.38	6.980

Mini Nutrisyon Testi	14	30	24.73	3.168

Lawton-Brody Enstrümantal GYA ölçek puanlarının dağılımlarına göre değerlendirildiğinde hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu ve vasküler giriş yolu Lawton-Brody Enstrümantal GYA ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların cinsiyet, medeni durum, meslek, son 2 yılda aşı yaptırma ve vasküler giriş yolu morse düşme ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların cinsiyet ve mesleği morse düşme ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tanımlayıcı özelliklerine göre pittsburg uyku kalite indeksi puanlarının dağılımı verilmiştir. Hastaların cinsiyet ve mesleği pittsburg uyku kalite indeksi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların kendi evinde ikamet etme durumu pittsburg uyku kalite indeksi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların mesleği mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında serbest mesleği olanlar olumsuz yönde olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların eğitim durumu mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında okuryazar olmayanlar olumsuz yönde olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların vasküler giriş yolu mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.005$). Hastaların cinsiyeti mini mental durum testi puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.005$).

Nutrisyon ölçek puanlarının dağılımına göre değerlendirildiğinde böbrek yetmezliklerinin tipi ve vasküler giriş yolu nutrisyon ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçek puanlarının dağılımına göre bakıldığında hastaların haftalık hemodiyalize giriş sıklığı ve vasküler giriş yolu katz günlük yaşam aktiviteleri ölçek puan ortalaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 3. Kullanılan Tüm Ölçek Puanlarının Korelasyonları

	Katz Günlük Yaşam Aktivitel eri Ölçeği	Lawton & Brody Enstrümant al Günlük Yaşam Aktivitel eri Ölçeği	Morse Düşme Ölçeği	Tinetti Denge Ve Yürü me Testi	Pittsburg h Uyku Kalite İndeksi	Mini Mental Durum Testi	Geriatrik Depresy on Ölçeği
Lawton & Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	r ,719(**)						
	p ,000						
Morse Düşme Ölçeği	r ,501(**)	- ,600(**)					

	P	,000	,000					
Tinetti Denge Ve Yürüme Testi	r	,673(**)	,792(**)	-,725(**)				
	P	,000	,000	,000				
Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi	r	-,157	-,327(*)	,117	-,213			
	P	,229	,011	,371	,102			
Mini Mental Durum Testi	r	,568(**)	,605(**)	-,355(**)	,532(*)	-,047		
	P	,000	,000	,005	,000	,720		
Geriatrik Depresyon Ölçeği	r	-,210	-,269(*)	,115	,373(*)	,394(**)	-,294(*)	
	P	,107	,038	,382	,003	,002	,022	
Mini Nutrisyon Testi	r	,630(**)	,437(**)	-,407(**)	,435(*)	-,292(*)	,371(**)	-,232
	P	,000	,000	,001	,001	,024	,004	,075

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği değişkeni ile lawton & brody enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeği ($r=0.719$, $p<0.001$), tinetti denge ve yürüme Testi ($r=0.673$, $p<0.001$) ve mini nutrisyon Testi($r=0.630$, $p<0.001$), arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunurken, morse düşme ölçeği ($r=-0.501$, $p<0.001$), arasında negatif yönde orta şiddette ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği değişkeni ile mini mental durum testi ($r=0.568$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde orta şiddette ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Lawton & Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği değişkeni ile tinetti denge ve yürüme testi ($r=0.792$, $p<0.001$) ve mini mental durum testi ($r=0.605$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki varken, morse düşme ölçeği ($r=-0.600$, $p<0.001$) arasında negatif yönde yüksek düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmaktadır . Lawton & Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği değişkeni ile mini nutrisyon testi ($r=0.437$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde orta şiddetli derecede anlamlı bir ilişki varken; pittsburgh uyku kalite indeksi ($r=-0.327$, $p<0.005$), ve geriatrik depresyon ölçeği ($r=-0.269$, $p<0.05$) pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Morse Düşme Ölçeği değişkeni ile tinetti denge ve yürüme testi ($r=-0.725$, $p<0.001$) arasında negatif yönde yüksek düzeyde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunurken; mini mental durum testi ($r=-0.355$, $p<0.05$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunurken; mini nutrisyon testi ($r=-0.407$, $p<0.05$) arasında negatif yönde orta şiddette anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tinetti Denge Ve Yürüme Testi değişkeni ile mini mental durum testi ($r=0.532$, $p<0.001$) ve mini nutrisyon testi ($r=0.435$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde orta şiddetle ileri derecede anlamlı bir ilişki varken; geriatrik depresyon ölçeği ($r=-0.373$, $p<0.05$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Mini Mental Durum Testi değişkeni ile mini nutrisyon testi ($r=0.371$, $p<0.05$) arasında pozitif yönde orta şiddetle anlamlı bir ilişki varken; geriatrik depresyon ölçeği

($r=-0.294$, $p<0.05$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği değişkeni ile mini nutrisyon testi ($r=-0.232$, $p<0.05$) arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Sonuç

Yaşlılarda kronik hastalıkların artışı ve komplikasyonlar, klinik yatışlar, maliyet ve bakım giderleri gündemde yer tutan önemli konulardır. Kronik Böbrek Yetmezliğinin (KBY) doğal sonuçları ve hemodiyaliz ile ilişkili komplikasyonlar bir araya gelerek yaşlı diyaliz hastasını yaşatlarına göre daha kırılgan hale getirmekte ve kognitif ve fonksiyonel bozukluk olasılığını artırmaktadır. KBY, kognitif bozukluk için tek başına bağımsız ve anlamlı bir risk faktörüdür ve diyaliz hastalarında kognitif bozukluğun yaygınlığı, aynı yaş grubu kontrollerden en az iki kat daha fazladır. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan, azalmış hepatik ve böbrek fonksiyonu ve değişmiş yağ dağılımı gibi fizyolojik değişiklikler, normal erişkin dozlarında alınan ilaçlar için bile yüksek serum ilaç düzeylerine yol açabilir.

Diyaliz hastalarında depresyon, düşük diyaliz toleransı, sıvı elektrolit dengesizliği, yetersiz ağrı palyasyonu ve kötü sosyal durumun sonucu olabilir ve artmış mortalite, tedaviye uyumsuzluk, artmış sağlık maliyeti ile ilişkilidir. Öte yandan geriatrik diyaliz hastaları protein enerji kaybına ek olarak kas kütlesi ve kas gücü kaybına neden olan hücresel ve mekanik değişikliklere maruz kalırlar. Böbrek yetmezliği yaşlılarda pek çok sorunu beraberinde getirmekte ve geriatrik sendromların ortaya çıkışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin; yaşlı diyaliz hastalarında artan kırılganlık, yetersiz egzersiz disabilite ve düşmeyi son dönem böbrek hastalarındaki malnutrisyon ve enflamasyona bağlayan hipotezler bulunmaktadır. Ayrıca büyüme hormonu, testosteron ve D vitamini gibi hormonların son dönem böbrek hastalarındaki yetersizliğinin kırılganlığa katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar 2017. <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=27595>, 04.05.2018.
2. Şahin S. Klinik Gelişim. Ed: Beğen T. 2012, 25 (3): İstanbul. İstanbul Tabip Odası Yayınları.
3. Dilek F, Bitek DE, Erol Ö. Yoğun bakım tedavisi alan yaşlı hastalarda sık görülen sorunlar ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2015; 19 (1).
4. Çapar E, Çapar A. Yaşlı Diyaliz Hastalarında Geriatrik Sorunlar. Geriatrik Bilimler Dergisi, 2018 1(3): 119-125.
5. Eyigör S. Geriatrik Sendromlar. Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi, 2009, 55 (2):57-61.
6. Kaya D, Koçyiğit SE, Dokuzlar Ö, Soysal P, Işık AT. Geriatri poliklinik olgularında geriatrik sendromlar: 1048 olgunun analizi. Ege Tıp Dergisi, 2018, 57(1):31-35.
7. Şahin S, Cankurtaran M. Geriatrik sendromlar. Ege Tıp Dergisi, 2010, 49(3): 31-37.
8. Vural KeskinlerM, Tufan F, Oğuz A. Geriatrik Sendromlar. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2013, 29(Ek sayı 2):41-48.

İNDEKS

Ayşegül AKCA.....	222-326-345
Selen ÖZAKAR AKÇA	135-193-378
Rümeysa AKGÜN	176
Elmas AKIN ALTINCI.....	414
Bahar AKTOPRAK.....	336
Fatma ARPACI.....	84-389
Sibel AŞKIN.....	387
Sıtkı Eren ASLAN.....	182
Alp ASLAN.....	149
Dilek BAYSAL.....	76
Tuğba BİLGEHAN.....	362-481
İrem BİRCAN.....	340
Firdevs BİRANKAR.....	463
Omar BOJAN.....	82
Songül BOZTAŞ.....	187
Melisa BOZTEPE.....	336
Mehmet BULDUK.....	367
Gökçen BULUT.....	333
Fatma Gül CAN.....	367
Veysel CAN.....	367
Ayşe CANATAN.....	91
Ömer Faruk CANTEKİN.....	389
Tuğba CENGİZ.....	378
Cennet CEYLAN.....	356
Esra KILIÇ CEYHAN.....	414
Nesrin ÇABA.....	91
Hüseyin ÇELEBİ.....	198
Gülsüm ÇELİK.....	279
Bilge ÇETİNKAYA.....	336
Zehra Arslan ÇEVİK.....	158
Esmanur ÇINAR.....	192
Nesrin ÇOBANOĞLU	13
Nesrin ÇOBA.....	91
Hatice DEMİRBAŞ	136-333
Kadriye Cansu DEMİRKAN.....	262
Şeyma DEMİRALAY.....	255
Cansu DEMİRKAN.....	260-355
Çiçek Nilsu VARLIKLAR DEMİRKAZIK.....	414
Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER.....	120-187-294-373
Gamze DİNÇER.....	227-441
Şenay Aras DOĞAN.....	260

Muzaffer Berna DOĞAN.....	446
Serpil ÇELİK DURMUŞ.....	316
Mustafa Volkan DÜZGÜN.....	233
Emced ELUBEYD.....	367
Yurdagül ERDEM.....	95-210-233-216-242
Selma ELYILDIRIM	112-331
Zehra Zerrin ERKOL.....	227-441
Aysel GÜNİNDİ ERSÖZ.....	144
Emrah EMİRAL.....	456
Ayşe Er FAZLIOĞLU.....	395
Nurten GÖKALP	116-470
Şervan GÖKHAN	16
Çınar Toprak GÜLBAĞ.....	185
Eda GÜLBETEKİN.....	369
Miraç GÜLFIRAT.....	237-247
Emel GÜLNAR.....	264
Sevgi GÜNEY	153
Ayşe GÜROL	54
Ergün HASGÜL.....	425
Hamit HANCI.....	352-463
Erdem HÖSÜKLER.....	227-441
Nawal Mohammed HUSSEIN.....	170
Esmâ KABASAKAL.....	222
Ferda KARADAĞ.....	426
Kenan KARBAYAZ.....	456
Maral KARGIN.....	198
Ebru EREK KAZAN.....	126
İlkay KESER	257
Ayşegül KOÇ.....	364-478
İbrahim KURAN.....	198
Ozan KUTLU.....	352
Sinem KURTOĞLU.....	474-481
Esra TAYAZ.....	321-451
Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ	37-367
Rabia ULUYOL.....	467
Ayla ÜNSAL.....	247
İnci ÖZGÜR İLHAN.....	333
Aysun MADEN.....	340
Dadash MUTALLİMOV	68
Dilek NAKAS.....	385
Şule OLGUN.....	207
Gamze ÖGÜTÜCÜ.....	184
Cengiz ÖZBEŞLER.....	395
Meltem ÖZCAN.....	367

Esra ÖZCAN.....	269
Dilşad Foto ÖZDEMİR.....	426
Hilal SEKİ ÖZ.....	237-247
Yasemin ÖZEL.....	289-311
Birgül ÖZKAN.....	289-311
Ayhan ÖZKAN.....	36
Yasemin ÖZKAN.....	83-411-435
Yasemin ÖZER.....	340
Hüsna ÖZVEREN	269-294-385
Türkan PASINLIOĞLU.....	21
Ayşe Nur PEKASİL.....	389
Sevinç POLAT.....	102-303-355-367
Muhammet Fevzi POLAT.....	131
Fatma Ela Nur POLAT.....	179
Fatma Zehra Nur POLAT.....	177
Eda PURUTCUOĞLU.....	142
Aliya SHARAFULLİNA.....	63
Ramadhan SHABANI.....	107
Gülay ÖZTAŞ SARI.....	192
Ozan SELÇUK.....	411
Ahmet Gürol ŞAĞBAN.....	25
Yeter ŞENER.....	303
Zeynep KİSECİK ŞENGÜL.....	210-216
Ümit ŞİMŞEK.....	456
Daryoush SHAREGHİ.....	163
Leila SHAHVİRDİ.....	163
Elham ŞAHVİRDİ.....	163
Ayşe ŞENER TAPLAK.....	355
Fulya TEKŞEN -	242-253
Zeynep TEZEL.....	143
Fatma Esmâ TÜZEN.....	264
Emine Tuğba TOPÇU.....	74-336-340-463
Mustafa Remzi TOPRAK.....	29
Ayla ÜNSAL	247
Gülay YAZICI.....	279
İrem Betül YILDIRIM.....	387
Yasemin GÜMÜŞ YILMAZ.....	216
Esra DOĞAN YILMAZ.....	294-316
Oğuzhan ZENGİN.....	420