

ULUSLARARASI KONGRE



**4. ADLİ HEMŞİRELİK,  
3. ADLİ SOSYAL HİZMET,  
2. ADLİ GERONTOLOJİ**

**18-20 EKİM 2018**

18 - 20 OCTOBER 2018

**INTERNATIONAL 4. FORENSIC NURSING,  
3. FORENSIC SOCIAL WORK,  
2. FORENSIC GERONTOLOGY CONGRESS**



**BİLİMSEL PROGRAM  
&  
KONUŞMA METİNLERİ  
&  
KONGRE BİLDİRİLERİ  
(Sözel ve Poster)**

[www.hitit.edu.tr](http://www.hitit.edu.tr)



# DÜZENLEME KURULU

## **KONGRE ONURSAL BAŞKANI**

*Prof. Dr. Reha Metin ALKAN (Hitit Üniversitesi Rektörü)*

## **KONGRE BAŞKANLARI**

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

*Prof. Dr. Yurdagül ERDEM (Kırıkkale Üniversitesi)*

*Prof. Dr. Sevinç POLAT (Yozgat Bozok Üniversitesi)*

*Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN (Hacettepe Üniversitesi)*

*Prof. Dr. İlhan TOMANBAY (İstinye Üniversitesi)*

*Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA (Hitit Üniversitesi)*

## **KONGRE SEKRETERLERİ**

*Dr. Öğr. Üyesi Hüsnâ ÖZVEREN- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Dr. Öğr. Üyesi Sinan BULUT- Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Arş. Gör. Emre KELEŞ- Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

## **DÜZENLEYEN KURUMLAR**

*Çorum Valiliği*

*Çorum Belediyesi*

*Çorum Barosu Başkanlığı*

*Çorum İl Sağlık Müdürlüğü*

*Çorum İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü*

*Çorum Ticaret ve Sanayi Odası*

*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Adli Bilimciler Derneği*

# DÜZENLEME KURULU

*Prof. Dr. İ. Hamit HANCI- Ankara Üniv. Adli Tıp Anabilim Dalı, Adli Bilimciler Derneği Başkanı*

*Prof. Dr. Sevinç POLAT- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı*

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

*Prof. Dr. Yurdagül ERDEM- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fak., Adli Hemşirelik Komisyonu Başkanı*

*Prof. Dr. Aysegül TAYLAN ÖZKAN-Hitit Üniv. Tıp Fakültesi*

*Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Zeynep TEZEL- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Assoc. Prof. Sarah CHURCH- London South Bank Univ. School of Health and Social Care London, UK*

*Assoc. Prof. Anna AXELİN- Univ. Research Fellow, Dep. of Nursing Science University of Turku, Finland*

*Assoc. Prof. Ghaniya EDE DAAR- Turkish Hospital, Pediatrics Department. Doha, Qatar*

*Assist. Prof. Dr. Jamal MUSAYEV- Medical University Department of Pathology, Azerbaijan*

*Ph.D. Katerina Horackova DĚS - Univerzita Pardubice, Fakulta Zdravotnickych Studii, Czech Republic*

*Ph.D. Tariq Tawfeeq Yousif Alabdullah- Discipline of Accounting, College of Administration and Economics, University of Basrah, Iraq*

*Ph.D. Essia Ries Ahmed- University Sains Malaysia, Malaysia*

*Ph.D. Mohamed Ibrahim Nor- SIMAD University Faculty of Economics, Somalia*

*Ph.D. Olga Gouni, Head of Educational Department Owner&Director of Cosmoanelixis Prenatal&Life Sciences Educ. Org. Athens, Greece*

*Ph.D. Vugar ALİYEV- Toxicologist, Azerbaijan*

*Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Dr. Öğr. Üyesi Hüsnü ÖZVEREN- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Dr. Öğr. Üyesi Emrah BİLGENER- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Dr. Öğr. Üyesi Figen ALP YILMAZ- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Dr. Ömer SOBACI- Çorum İl Sağlık Müdürlüğü*

*Dr. Altay SUROY- Kosova Anayasa Mahkemesi Üyesi*

*Dr. Sulta AGAYEV- Ankara Üniversitesi*

*Dr. Agar AGAYEV- Ankara Üniversitesi*

*Dr. Hüseyin BEKİR- Yunanistan*

*Öğr. Gör. Filiz SELEN- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Remziye CİCİ- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Semra SÖNGÜT- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Zehra AYDIN- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Zekeriya LEK- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Tuğba GÜLEN- Hitit Üniv. Sosyal Bilimler MYO*

*Öğr. Gör. Aydan DOĞAN- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Eylem YALMAN- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Veysel KAPLAN-Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Tülay HASHEMİ- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Öğr. Gör. Arzu KUL UÇTU- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Arş. Gör. A. Burcu BAŞÇI- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Arş. Gör. Emre KELEŞ- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Arş. Gör. Dr. Esin CERİT- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Arş. Gör. Dr. Gökçen AKBUĞA- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Arş. Gör. Sevim ÇİMKE- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Vet. Daryush SHAYEGAN- İran*

*Special Education Teacher Dzheikhuna Aliyeva- Ukraine*

*Antropolog Leyla ŞAHVİRDİ- İran*

*Avk. Elham ŞAHVİRDİ- İran*

*Beyhan GÜRGÖZE- Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC*

*Stetan PANAIOTOV- Bulgaristan*

# BİLİMSEL KURUL

- Prof. Dr. İ. Hamit HANCI- Ankara Üniv. Adli Tıp Anabilim Dalı*
- Prof. Dr. Yurdagül ERDEM- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN- Hacettepe Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*
- Prof. Dr. İlhan TOMANBAY- Hacettepe Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*
- Prof. Dr. Sevinç POLAT- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. M. Fevzi POLAT- Yozgat Bozok Üniv. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD.*
- Prof. Dr. Gürol CANTÜRK - Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*
- Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ- Biruni Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Fatma YÜCEL BEYAZTAŞ- Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.*
- Prof. Dr. Hülya UÇAR- Nuh Naci Yazgan Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU- Gazi Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Etiği AD.*
- Prof. Dr. Adalat HASANOV- Azerbaijan Medical University Department of Pathological Anatomy*
- Prof. Dr. Recep AKDUR- Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*
- Prof. Dr. Fatma ÖZ- Near East University Faculty of Nursing*
- Prof. Dr. Hicran ÇAVUŞOĞLU- Hacettepe Üniv. Hemşirelik Fakültesi*
- Prof. Dr. Suzan YILDIZ- İstanbul Üniv. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi*
- Prof. Dr. Nimet KARATAŞ- Nevşehir Hacıbektas Üniv. Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu*
- Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU- Sanko Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN- Ankara Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Mehtap TAN- Atatürk Üniv. Hemşirelik Fakültesi*
- Prof. Dr. Emel EGE- Necmettin Erbakan Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Ayşe OKANLI- İstanbul Medeniyet Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU- Mersin Üniv. Hemşirelik Fakültesi*
- Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI- Ondokuz Mayıs Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Gülbu TANRIVERDİ- Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Sağlık Yüksekokulu*
- Prof. Dr. Duygu ARIKAN- Atatürk Üniv. Hemşirelik Fakültesi*
- Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU- Uludağ Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Meral BAYAT- Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Emine GEÇKİL- Necmettin Erbakan Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Prof. Dr. Ayşegül TAYLAN ÖZKAN- Hitit Üniv. Tıp Fakültesi*
- Assoc. Prof. Anna AXELİN- University Research Fellow Dep. of Nursing Science Univ. of Turku, Finland*

*Assoc. Prof. Sarah CHURCH- London South Bank Univ., School of Health and Social Care  
London, UK*

*Assoc. Prof. Ghaniya EDE- Turkish Hospital, Pediatrics Department. Doha, Qatar*

*Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Cem KOÇAK- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ- Gazi Üniv. Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü*

*Doç. Dr. Zeynep TEZEL- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Hande ŞAHİN- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Şule ERGÖL- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Ayşe GÜROL- Atatürk Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu*

*Doç. Dr. Ayşe CANATAN- Gazi Üniv. Fen-Edebiyat Fakültesi. Felsefe Bölümü*

*Doç. Dr. Naile BİLGİLİ- Gazi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Semra KOCAÖZ- Niğde Üniv. Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu*

*Doç. Dr. Sevban ARSLAN - Çukurova Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Emine ERDEM- Erciyes Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR- Erzincan Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Ayla ÜNSAL- Ahi Evran Üniv. Sağlık Yüksekokulu*

*Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA- Balıkesir Üniv. Sağlık Yüksekokulu*

*Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR- Ankara Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Yasemin TOKEM- İzmir Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Hatice YILDIRIM SARI- İzmir Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Nurgül BÖLÜKBAŞ- Ordu Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Özgür ALPARSLAN- Gaziosmanpaşa Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Mahmut KILIÇ- Yozgat Bozok Üniv. Tıp Fakültesi*

*Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Doç. Dr. Dilek AVCI- Bandırma Onyedi Eylül Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Assist. Prof. Dr. Jamal MUSAYEV- Medical University Department of Pathology, Azerbaijan*

*Ph.D. Essia Ries Ahmed- University Sains Malaysia, Malaysia*

*Ph.D. Katerina Horackova DĚS - Univerzita Pardubice, Fakulta Zdravotnických Studií, Czech  
Republic*

*Ph.D. Katalin Papp- University of Debrecen Faculty of Health, Hungary*

*Ph.D. Mohamed Ibrahim Nor- SIMAD University Faculty of Economics, Somalia*

*Ph.D. Tariq Tawfeeq Yousif Alabdullah- Discipline of Accounting, College of Administration  
and Economics, University of Basrah, Iraq*

*Ph.D. Vugar ALİYEV- Toxicologist, Azerbaijan*

*Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Dr. Öğr. Üyesi Ayhan BABAROĞLU- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Dr. Öğr. Üyesi Derya YÜKSEL KOÇAK- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

- Dr. Öğr. Üyesi Emrah BİLGİNER- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Gülay YILMAZEL- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Serpil PEKDOĞAN- Hitit Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Ulviye GÜNAY- Malatya İnönü Üniv. Hemşirelik Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Derya EVGİN- Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu*
- Dr. Öğr. Üyesi Ümran ÇEVİK GÜNER- Gaziosmanpaşa Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Hüsamettin ÇETİN- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Sevil ALBAYRAK- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Yıldı Arzu ABA- Bandırma Onyedi Eylül Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Figen ALP YILMAZ- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Rukiye HÖBEK AKARSU- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Selda YÜZER ALSAÇ- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Dilek EFE ARSLAN- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Tuğba UZUNÇAKMAK- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Gülay YILMAZ- Yozgat Bozok Üni. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Funda TOSUN GÜLEROĞLU- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Şenay ARAS DOĞAN- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Hüsnâ ÖZVEREN- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Elif AKYÜZ- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ- Kırıkkale Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Nuray ŞİMŞEK- Erciyes Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Zehra IŞIK ÇALIŞKAN- Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniv. Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu*
- Dr. Öğr. Üyesi Aygül NALBANT- Yozgat Bozok Üniv. Eğitim Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Jamal MUSAYEV- Azerbaijan Medical Univ. Department of Pathology*
- Dr. Öğr. Üyesi Seval MÜSÜROĞLU- Amasya Üniv. Sağlık Yüksekokulu*
- Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN- İzmir Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Funda ÇETİNKAYA- Aksaray Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi İlknur KAHRİMAN- Karadeniz Teknik Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Emine ALTUN YILMAZ- Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Nurcan AKGÜL GÜNDOĞDU- Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi İlknur YILDIZ- Cumhuriyet Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Dilek Küçük ALEMDAR- Giresun Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK- Mehmet Akif Ersoy Üniv. Bucak Sağlık Yüksekokulu*
- Dr. Öğr. Üyesi Funda KARDAŞ ÖZDEMİR- Kafkas Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Serap SELVER KİPAY- Muğla Sıtkı Koçman Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*

- Dr. Öğr. Üyesi Ulviye GÜNAY- Malatya İnönü Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Gamze YILMAZ- Ağrı İbrahim Çeçen Üniv. Sağlık Yüksekokulu*
- Dr. Öğr. Üyesi Ümran ÇEVİK GÜNER- Gaziosmanpaşa Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Selma KAHRAMAN- Harran Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Öğr. Üyesi Djursun KARASARTOVA- Kırgızistan*
- Dr. Öğr. Gör. Emine Selda GÜNDÜZ- Akdeniz Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu*
- Dr. Sündüz ADIYAMAN BAYGUT- Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Adli Tıp AD.*
- Arş. Gör. Dr. Betül KUŞ- Yozgat Bozok Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi*
- Dr. Atafeh MARJAEİ- Tahran Üniv. Tıp Fakültesi Adli Tıp AD., İran*
- Dr. Sabir ASKEROV- Kırgızistan*
- Dr. Sulta AGAYEV- Ankara Üniversitesi*
- Dr. Agar AGAYEV- Ankara Üniversitesi*
- Dr. Altay SUROY- Kosova Anayasa Mahkemesi Üyesi*
- Dr. Mohamed Ibrahim Nor- SIMAD University Faculty of Economics, Somalia*
- Dr. Tariq Tawfeeq Yousif Alabdullah- University of Basrah College of Administration and Economics, Iraq*
- Dr. Essia Ries Ahmed Universiti Sains Malaysia (USM) Graduate School of Business (GSB) Malaysia*
- Olga Gouni, Head of Educational Department Owner&Director of Cosmoanelixis, Prenatal&Life Sciences Educ. Org. Athens, Greece*
- Vet. Daryush SHAYEGAN- İran*
- Dzheikhuna Aliyeva- Special Education Teacher- Ukraine*
- Antropolog Leyla ŞAHVİRDİ- İran*
- Avk. Elham ŞAHVİRDİ- İran*
- Beyhan GÜRGÖZE- Doğu Akdeniz Üniversitesi, KKTC*
- Stetan PANAIOTOV- Bulgaristan*



# BİLİMSEL PROGRAM

---

**ULUSLARARASI  
IV. ADLİ HEMŞİRELİK,  
III. ADLİ SOSYAL HİZMET,  
II. ADLİ GERONTOLOJİ  
KONGRESİ PROGRAMI**

**18-20 EKİM 2018 – ÇORUM**

**DÜZENLEYEN KURUMLAR**

Çorum Valiliği  
Çorum Belediyesi  
Çorum Barosu Başkanlığı  
Çorum İl Sağlık Müdürlüğü  
Çorum İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü  
Çorum Ticaret ve Sanayi Odası  
Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Adli Bilimciler Derneği

**18 EKİM 2018 PERŞEMBE (1. GÜN)  
(ORTAK OTURUM)**

**09:00-09: 30 AÇILIŞ KONUŞMALARI**

.....

**09:30–10:40 I. OTURUM  
AFET VE RİSK YÖNETİMİ**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. İlhan TOMANBAY

*(İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı- Adli Bilimciler Derneği  
Adli Gerontoloji Komisyonu Başkanı)*

**- Afet ve Risk Yönetimi**

Prof. Dr. Recep AKDUR

*(Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD)*

**-Afetlerde Yerel Yönetimlerin Rolü**

Dr. Ayhan ÖZKAN

*(Ankara İli Vali Yardımcısı)*

**-AFAD'ın Çalışmaları**

Yusuf AYSU

*(Ankara Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Planlama ve Risk Azaltma Daire Başkanlığı Daire  
Başkanı)*

**- Afetlerde Beslenme Sorunları**

Dyt. Serhat HEPCİN

(HEPFİT Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezi, Samsun)

**10:40–11:00 ÖZEL OTURUM**

**Oturum Başkanı:**

Av. Altan AKPINAR

(Çorum Baro Başkanı)

**- Corporate Governance Towards Enhancing Corporate Financial Outcomes**

Ph.D. Tariq Tawfeeq Yousif ALABDULLAH

(Discipline of Accounting, College of Administration and Economics, University of Basrah, Iraq)

**11:00–11:10 ARA**

**11:10-12:10 ADLİ BİLİMLER VE ADLİ AFET YARIŞMASI**

**Moderatör:**

Prof. Dr. İ. Hamit HANCI

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD- Adli Bilimciler Derneği Başkanı)

**12:10-12:40 ÖZEL OTURUM**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. Mehmet KÜLLAHÇI

(Ankara Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi)

**- Does Effective Household Financial Management Alleviate Domestic Violence?**

Ph.D. Mohammed Ibrahim NOR

(Faculty of Economics, Sımad University Mogadishu, Somalia)

**- Forensic Accounting and Fraud-risk Assessments**

Ph. D. Essia Ries AHMED

(University Sains Malaysia, Malaysia)

**12:40-13:30 AİLE FOTOĞRAFI ÇEKİMİ ve YEMEK ARASI**

**13:30-14:30 ÖZEL OTURUM ADLİ ÇOCUK OTURUMU**

**Oturum Başkanları:**

Fatma Ela Nur POLAT

(Yozgat Çözüm Koleji 8.Sınıf Öğrencisi)

Yağmur ÖZDEMİR

(Çorum Sakarya İlköğretim Okulu, 3.Sınıf Öğrencisi)

**- Çocuk Gözüyle Şiddet**

Fatma Zehra Nur POLAT

(Yozgat Çözüm Koleji Fen Lisesi 11. Sınıf Öğrencisi)

**- Çocukların Güvenliği**

Gökberk GECİOĞLU

(Gazi Üniversitesi Vakfı Okulları 7. Sınıf Öğrencisi)

**- Toplumsal Yaşamda Çocukların Kimliklendirilmesi**

Sıtkı Eren ASLAN

(Ankara Efe Koleji 6. Sınıf Öğrencisi)

**- Sağlıkçıların Karşı Karşıya Kaldığı Kimyasal Tehlikeler**

Büşra BESLER

(İzmir Cihat Kora Anadolu Lisesi Öğrencisi)

**14:30–15:20 EĞİTİMLİ KÖPEK GÖSTERİSİ**

(Çorum Emniyet Genel Müdürlüğü)

**15:20-15:30 ARA**

**15.30–16.30 II. OTURUM**

**ADLİ DELİLLERİN TOPLANMASI VE SAKLANMASI**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. Hikmet Ayşegül TAYLAN ÖZKAN

(Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD)

**- Biyolojik Deliller ve Laboratuvar Güvenliği**

Prof. Dr. Muhammet Fevzi POLAT

(Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı)

**- Adli Tıp ve Mikrobiyota**

Dr. Öğr. Üyesi Djursun KARASARTOVA

(Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi)

**-Adli Delillerin Saklanması**

Av. Alp ASLAN

(OYAK Savunma ve Güvenlik Genel Müdürlüğü)

**ADLİ HEMŞİRELİK  
19 EKİM 2018 CUMA (2. GÜN)**

**09:30–10:30 I. OTURUM**

**HASTA HAKLARININ KORUNMASI**

**Oturum Başkanı:**

Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN

(Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**- Hasta Bilgilerinin Saklanması ve Güvenliği**

Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ

(Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü)

**- Hasta Mahremiyeti**

Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

(Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**- Çocuk Hastalarda Hasta Hakkı İhlali**

Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN

(Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**10:30–11:00 ARA**

**11:00–12:00 II. OTURUM**

**ÇOCUK SAĞLIĞINDA GİZLİ TEHLİKELER**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. Sevinç POLAT

(Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı)

**- Medyada Çocuk Resimlerinin Paylaşılmasının Güvenlik Riski**

Doç. Dr. Ayşe GÜROL

(Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu)

**- Ev İçi Tehlikeler**

Prof. Dr. Yurdagül ERDEM

(Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı- Adli Bilimciler Derneği Adli Hemşirelik Komisyon Başkanı)

**- Hidden Dangers in Child Health - Toxicological Approach**

Vugar ALİYEV

(Dr. Toksikolog- Ph.D. Toxicologist- Azerbaijan)

**12:00–13:00 ÖĞLE YEMEĞİ**

**13:00–14:00 III. OTURUM**

**GELENEKSEL UYGULAMALAR ve**

**ADLİ BOYUTU**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. Fulya TEKŞEN

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji AD)

**- Geleneksel Tıp Uygulamalarının Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri**

Prof. Dr. Sevinç POLAT

(Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı)

**- Peditride Güvenli, Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları**

Dr. Bilge GECİOĞLU

(Ankara Bahçelievler Sosyal Güvenlik Kurumu)

**- Geleneksel Tıp Uygulamalarının Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri**

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

(SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Vekili)

**14:00–14:30 ARA**

**14:30–15:30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU**

**Oturum Başkanları:**

Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN

(Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Dr. Öğr. Üyesi Hüsna ÖZVEREN

(Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Dr. Öğr. Üyesi Derya YÜKSEL KOÇAK

(Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

(Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu)

**ADLI SOSYAL HİZMET  
19 EKİM 2018 CUMA (2. GÜN)**

**09:30–10:30 I. OTURUM  
ÇOCUK SUÇLULUĞUNUN ÖNLENMESİ**

**Oturum Başkanı:**

Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA

(Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**- Çocuk Suçluluğunda Risk Faktörleri**

Prof. Dr. Zeynep TEZEL

(Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü)

**- Çocuk Suçluluğunu Önlemede Okul Sosyal Hizmet Müdahale ve Uygulamaları**

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

(Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

**- Çocuğa Yönelik Cinsel İstismar Failinin Psikososyal Özellikleri ve Çocuk Koruma Önlemleri**

Doç. Dr. Nilgün KÜÇÜKKARACA

(Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

**10:30–11:00 ARA**

**11:00–12:00 II. OTURUM  
ADLI SOSYAL HİZMET ÖZEL ALANLARI**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

(Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

**- Ergenlerde Adli Görüşme**

Uzm. Psikolog Sevgi Güney

(Ankara Üniversitesi Rektörlüğü)

**- Kadın Suçluluğu ve Kadın Hükümlüler**

Uzm. Psikolog Serap GÖRÜCÜ

(Kayseri Kadın Tutuk Evi)

**- Adli Sosyal Hizmet ve Etik**

Doç. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU

(Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

**12:00–13:00 ÖĞLE YEMEĞİ**

**13:00–14:00 III. OTURUM  
ADLI İNCELEMELERDE RAPORLAMA**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. Zeynep TEZEL

(Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

**- Adli Poliklinik Sosyal İnceleme Rapor Olgu Sunumu**

Sosyal Hizmet Uzmanı Fatih KILIÇARSLAN  
(Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi)

**- Travma Mağdurlarına Sanatla Terapi ve Yaratıcılık Teknikleri ile Müdahale**

Uzm. Psikolog Sibel COŞKUN DÜZAKIN  
(Ankara Yenimahalle İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Gazi Anadolu Lisesi)

**- Adaletin Gölgesinde Travma Mağdurlarına Yürümek**

Uzm. Psikolojik Danışman İsmail SAV  
(Ankara Kahramankazan Atatürk İlkokulu)

**14:00–14:30 ARA**

**14:30–15:30 IV. OTURUM  
ADLİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI**

**Oturum Başkanı:**

Doç. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU  
(Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

**- Kolluk Kuvvetlerinin Kadın ve Çocuğa Yönelik Şiddetle Mücadelede Yeri**

Uzm. Psikolog Şeyma Sipahioğlu  
(Muğla İl Jandarma Komutanlığı RDM)

**- Özel Güvenlik Hizmetleri Açısından Adli Sosyal Hizmet**

Av. Alp Arslan  
(OYAK Savunma ve Güvenlik Genel Müdürlüğü)

**- Disabled Individuals Compliance with Social Life and Adoption of Society**

Dzheikhuna ALİYEV  
(Ukraine)

**15:30–16:30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU**

**Oturum Başkanları:**

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

Dr. Öğr. Üyesi Gülay YILMAZEL  
(Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**ADLİ GERONTOLOJİ  
19 EKİM 2018 CUMA (2. GÜN)**

**09:30–10:30 I. OTURUM  
ADLİ GERONTOLOJİ**

**Oturum Başkanı:**

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU  
(Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı)

**- Adli Gerontoloji Nedir?**

Prof. Dr. İlhan TOMANBAY  
(İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**- Cicero ve Simone De Beauvoir'a Göre Yaşlılık**

Prof. Dr. Nurten GÖKALP  
(Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Felsefe Bölümü)

**- Gerontoloji Çalışmalarında Metodoloji Problemleri**

Prof. Dr. Ayşe CANATAN

(Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü)

**- Geriatri Takipli Hastalara Psikososyal Destek Uygulaması**

Sosyal Hizmet Uzmanı Fatih KILIÇARSLAN

(Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi)

**10:30–11:00 ARA**

**11:00–12:00 II. OTURUM**

**YAŞLILARDA SUÇ**

**Oturum Başkanı:**

Dr. Öğr. Üyesi Engin YILDIRIM

(Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD)

**- Üniversite Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutum ve Davranışları**

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

(Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı)

**- Suç Davranışı Yaşlılarda Nasıl Farklılık Gösteriyor?**

Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ

(Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü)

**- Yaşlılarda Suç ve Hukuki Boyutu**

Av. Mustafa Remzi TOPRAK

(Samsun)

**12:00–13:00 ÖĞLE YEMEĞİ**

**13:00–14:00 III. OTURUM**

**YAŞLILARDA İHMAL**

**Oturum Başkanı:**

Doç. Dr. Hande ŞAHİN

(Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü)

**- Yaşlılarda Kırıklar**

Dr. Hüseyin BEKİR

(Yunanistan)

**- Olgü sunumu**

Uzm. Sos. Çalışmacı Kemal GÜDEK

(İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD)

**- Geriatrik Dönemde İhmal, Suistimal ve Jinekolojik Semptomlar**

Dr. Öğr. Üyesi Engin YILDIRIM

(Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD)

**14:00–14:30 ARA**



**14:30–15:30 SERBEST BİLDİRİ OTURUMU**

**Oturum Başkanları:**

Dr. Öğr. Üyesi Ayhan BABAROĞLU  
(Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)  
Dr. Öğr. Üyesi Serpil PEKDOĞAN  
(Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**KONGRE DEĞERLENDİRME VE KAPANIŞ**

**SOSYAL PROGRAM**

**19 EKİM 2018 CUMA (2. GÜN)**

**17:00-18:30** ÇORUM MÜZE GEZİSİ  
(Çorum İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü)

**20 EKİM 2018 CUMARTESİ (3. GÜN)**

**09:00-11:00** ALACAHÖYÜK GEZİSİ  
(Çorum İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü)  
**11:30-12:30** BOĞAZKALE-HATTUŞA GEZİSİ  
(Çorum İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü)

---

## KONUŞMA METİNLERİ

---

## AFET VE RİSK YÖNETİMİ

Prof. Dr. Recep AKDUR\*

\*Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı AD

### Giriş ve Temel Kavramlar

#### 1. Yönetim

Yönetimin birçok tanımı vardır. Bunlardan en sık rastlanan ve kullanılanları şöyle sıralanabilir:

Bir örgütün/kuruluşun/sektörün,

- Amaçlarına ulaşmak için; planlama, örgütleme, eş güdüleme, denetleme ve değerlendirme işlevlerini yerine getirme sürecine,
- Kendine yüklenen veya ondan beklenen görevlerin yerine getirilmesi için yaptığı iş ve işlemler kümesine,
- İşlevini yerine getirmek ya da amacına ulaşmak için, gereksinimler ile kaynakları karşı karşıya getirerek etkin ve verimli bir şekilde kullanmasına,
- Toplumun, geleceğini şekillendirmek ve geleceğinde söz sahibi olmasına yönetim denir.

Bu tanımlara daha birçokları eklenebilir. Ancak bu metnin / konuşmanın amacına en uygun olanı son iki tanımdır. Çünkü afetlerde kriz yönetimi özünde afetlerin ortaya çıkardığı toplumsal gereksinimleri var olan kaynaklarla en etkili ve verimli karşılamaktır. Afetlerde risk yönetimi ise toplumun geleceğini şekillendirerek onun afetlerden zarar görmesini önlemektir.

#### 2. Afet

Doğal ya da yapay bir tetikleyici nedeniyle ekolojik denge ve toplumsal düzenin bozularak canlılarda kırim ve mallarda yıkımın/yitimin ortaya çıkması, bu durum ile başa çıkmada yerel toplumun yetersiz kalması ve dış yardıma gereksinim duyması halidir.

Bu konuşma bağlamında canlılarda kırim ve mallarda yıkım ile sonuçlanan olay ve olgular (incident) üç farklı büyüklükte/boyutta cereyan eder ve buna göre; üç grupta sınıflanarak: a) ivedi durum (emergency), b) felaket (disaster), c). Afet (catastrophe) olarak adlandırılır. Ancak bu adlar çoğunlukla günlük yaşamda eş anlamda kullanılırlar. Bu nedenle de birbiri ile karışılırlar. Oysaki afet ile esas kastedilen catastrohe olmalıdır.

Bir olay veya olgunun afet nitelmesi almasında nicel ve nitel büyüklükler kullanılır. Nicel büyüklük toplumun baş etme kapasitesini aşan sayıda kırim ve yıkımla sonuçlanmış olmasıdır. Nitel büyüklük ise, toplumsal işleyişi felç eden kaos yaratan bir durum

yaratmasıdır. Herhangi bir olay ya da olguya bağlı olarak bu iki büyüklüğün birlikte ya da tek başına oluşması ve yerel toplumun biçare/ yetersiz kalması nedeniyle olayla baş etmek için mutlaka dış yardıma gereksinim duyması afetin en belirgin özelliğidir.

### 3. Afetin Evreleri

Gerek günlük yaşamda ve gerekse konu ile ilgili yazın ve düzenlemelerde genel **olarak afet öncesi, afet sırası ve afet sonrası** gibi bir söylem vardır. Ancak bu vazgeçilmesi gereken bir yanıştır. Çünkü afet bir milat / tarih değil bir süreçtir. Bu nedenle de öncesi, sırası ve sonrası gibi ifadeler yanlış algılamalara neden olmaktadır. Afet yönetimi özellikle de afetlerde risk yönetimi açısından afeti, a) sessiz evre, b) alarm evresi c) izolasyon evresi, d) dış yardım evresi ve e) esenlendirme evresi olarak adlandırılan beş evreli bir süreç olarak tanımlamak ve algılamak çok daha doğrudur. Aksi takdirde afet yönetimi genellikle yapıldığı gibi kriz yönetimi kısır döngüsüne hapsedilir.

### 4. Afet Yönetimi

Afet yönetiminin felaketler/disaster veya afetler/catastrophe bağlamında toplumun geleceğini şekillendirerek, onu her türlü kırım ve yıkımdan korumak olduğundan yukarıda da söz edilmişti. Özet bir söylemle afet yönetiminin amaç ve hedefi “toplumun geleceğini afetsiz kılmaktır”

Aslında bir bütün ve birbirinden ayıramaz olmakla birlikte, afet yönetimi iki bileşenden oluşur; a) risk yönetimi b) kriz yönetimi.

*Risk yönetimi;* sessiz evrede yani olay/olgu/tetikleyici gerçekleşmeden önce (proaktif) davranarak, risk/ hasar/ zarar nedenlerini bulup azaltmak ya da yok etmek suretiyle toplumda oluşacak riski/hasarı/zararı azaltma/önleme çalışmalarıdır. Hedef risk/hasar/zarar nedenlerini dolayısı ile de afetleri yok etmektir. Toplumun kırım ve yıkımdan/yitimden koruyan başka bir anlatımla, *afet bağlamındaki koruyucu önleyici hizmetlerdir.*

*Kriz yönetimi* izolasyon ve dış yardım evresinde yani olay/ olgu /tetikleyici olduktan sonra (reaktif) oluşan risk/ hasar/zararları onarma/yaraları sarma /krizi def etme/ böylece ikincil ölüm ve sakatlıkları azaltma çalışmalarıdır. Özetle kriz yönetiminden amaç ikincil kayıpları en aza indirmektir- *afet bağlamında hastalık ve yaralanmaları tedavi etmektir.*

### Afetlerde Risk Yönetimi ve Kullandığı Yöntemler

Risk sözcüğü, günlük yaşamda çok sık kullanılan ve hayatın birçok alanında karşımıza çıkan çeşitli anlamlara gelen bir sözcük. Etimolojik kökünün Arapça, Latince ve Yunancadan geldiğini bildirenler var olup, kökeni konusunda bir uzlaşma olmadığı gibi anlamı konusunda da tam bir anlaşma yoktur. Tehlike, kriz, ihtimal, tehdit, rızık, felaket, kayıp, bilinmezlik,

cesaret, gözü peklik, kazanç, kendi kaderini tayin etme, gibi birçok anlamlarda kullanılmış ve kullanılmaktadır.

Gerek Türkçe ve gerekse batı dillerindeki afet konulu metinlerde risk sözcüğü beş ayrı anlamda (tehlike-tehlikeli=danger-dangerous- hazardous), (olasılık-ihtimal=chance-probability-possibility), (duyarlılık-hassasiyet=vulnerability sensitivity), (şiddet/sertlik = force-severity -violence-intensity), (hasar – zarar – ziyan - kayıp = damage - harm – injury - loss) anlamlarında kullanılıyor. *Bu nedenle risk sözcük olarak da / yaklaşım / düşünce kategorisi ya da kavram olarak da iyi anlaşılmayan bir sözcüktür.*

Kendini ve toplumu bu karmaşadan/ anlaşılmazlıktan korumanın en kestirme yolu konuşma ve yazıda bu sözcüğü hiç kullanmamaktır. Onun yerine anlatmak istediğimiz durumu / olayı ifade eden diğer sözcüklerden birini kullanmak daha yerinde ve anlaşılır olacaktır. Risk sözcüğünü kullanmak isteyenler için ise, yalnızca sözlükteki mutlak karşılığında yani hasar-zarar-ziyan = damage- harm -injury anlamında kullanılması yerinde olur.

Risk yönetimi; özünde hasar/zarar/ziyan ile sonuçlanan olayların kendisinden bağımsız olarak hasar / zarar miktarını azaltmak demektir. Örneğin depremler /seller/fırtına/tsunami gibi olaylar kendisini yok edemediğimiz veya edemeyeceğimiz doğal olaylardır ve dünya var oldukça var olmaya devam edeceklerdir.

Varlığı önlenemeyen/ varlığını sürdürecektir olan bu tür olaylar karşısında yönetimin elinde kalan tek olanak alınan önlemlerle, bu olayların yol açtığı hasarı azaltmak TOPLUM BAĞIŞIK/ DİRENÇLİ KILMAKTIR. Bu yaklaşım özellikle deprem gibi, fırtına gibi oluşması önlenemeyen/ olasılığı azaltılamayan ayrıca kuvveti de zayıflatıla-mayan olayların neden olduğu afetler için çok önemlidir.

Sel gibi oluşumunu önleme/olasılığını veya kuvvetini azaltma olanağımız olan olaylarda da risk yönetimi önemlidir. Ancak burada olayın zararını azaltmak yerine olayı tamamen yok etmek tercih edilir. Bu durumda yönetim için olayı önlemek ya da riskini/hasarını azaltmak seçeneklerinden hangisinin seçileceği tamamen bir teknik veya ekonomik tercih konusu haline gelir. Bu bağlamda olay önleme ile hasar/ risk azaltma/önleme birbirine karıştırılmamalıdır.

Afetin herhangi bir olay sonunda oluşan kırım ve yıkımın yerel toplumun baş edemeyeceği büyüklükte olması demek olduğundan yukarıda söz edilmişti. Risk yönetimi bir anlamda olayların riskinin/zararlarının miktarını /büyüklüğünü küçülterek afet olma niteliğini yok etmek demektir.

Risk yönetimi başlıca üç grup yöntem kullanır:

- a) Tüm yapılarda güvenliği artırma/ duyarlılığını azaltma (YAPISAL RİSKLERİ azaltma/ önleme)
- b) Tüm yapılardaki eşya/malzeme güvenliliğini artırma/ eşyaların duyarlılığını azaltma (YAPISAL OLMAYAN RİSKLERİ azaltma/ önleme)
- c) İnsan/canlıların güvenliliğini artırma ve duyarlılığını azaltma (Erken uyarı/alarm sistemleri insanın uzaklaşması vb)

### **Türkiye' de Afet Risk Yönetimi**

Türkiye'de afetlerde risk yönetiminden birinci derecede sorumlu kuruluş AFAD Planlama ve Risk Azaltma Dairesi Başkanlığı'dır. Çalışmalarını yedi başlık (Çalışma Grupları) altında yürütmektedir.

- a) Doğal Afet Risk Azaltma Çalışma Grup Başkanlığı
- b) Zarar Azaltma Proje Geliştirme Ve Uygulama Çalışma Grup Başkanlığı
- c) Afet Yönetimi Standart Belirleme Ve Akreditasyon Çalışma Grup Başkanlığı
- d) Türkiye Afet Risk Azaltma Plan Esaslarını Belirleme Çalışma Grup Başkanlığı
- e) Teknolojik (İnsan Kaynaklı) Afetler Risk Azaltma Çalışma Grup Başkanlığı
- f) Türkiye Afet Müdahale Planı Çalışma Grup Başkanlığı
- g) Tatbikatlar Çalışma Grup Başkanlığı

### **Dünyada Afet Risk Yönetimi**

BM Genel Kurulu, Aralık 1999'da (56/195) kararı ile Uluslararası Afet Azaltım Stratejisini kabul ederek, bunu yürütmek üzere, UN International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) Genel Sekreterliğini kurdu. Kısaca UNISDR olarak bilinir. Birleşmiş Milletler Sekreterya'sının bir organizasyon birimidir ve BM'nin Afet Riskini Azaltma Genel Sekreteri (SRSG/ASG) tarafından yönetilmektedir. Genel mefrkezi Cenevre, İsviçre'dedir.

UNISDR, Asya (Bangkok), Afrika (Nairobi), Avrupa (Brüksel), Arap Devletleri (Kahire), Amerika ve Karayipler (Panama) ve Cenevre'deki UNISDR Genel Merkezi olmak üzere beş bölge müdürlüğüne sahiptir. New York'ta bir BM Genel Merkezi irtibat ofisi, Bonn'da bir irtibat bürosu ve Rio de Janeiro, Kobe, Suva, Incheon ve Almatı'daki saha birimleri vardır. Genel merkezde ve beş bölge ofisi ile ve diğer saha birimlerinde çalışan 100'ün üzerinde daimi personeli vardır.

UNISDR, 18 Mart 2015 tarihinde Japonya'nın Sendai kentinde Üçüncü Dünya Afet Riskinin Azaltılması Konferansı'nı topladı. *Burada Sendai Afet Riskinin Azaltılması Çerçeve Programı (2015-2030) ve deklarasyonu* kabul edildi. Deklarasyon gönüllü bir sözleşme niteliğindedir. UNISDR, deklarasyon ve çerçeve programa dayalı olarak ulusal hükümetler ve yerel

yönetimler, sivil toplum örgütleri ve özel sektör de dahil olmak üzere tüm toplumsal yapılar ile geliştirdiği ilişkilerden oluşan bir küresel ağı aracılığıyla bu alandaki tüm hizmetleri yönlendirmekte ve koordine etmektedir.

UNISDR'nin temel işlevleri kalkınma ve insani alanları kapsamaktadır. DRR için yatırımların artırılması, afet dirençli şehirler, okullar ve hastaneler kurulması ve uluslararası DRR sisteminin güçlendirilmesi yer alıyor.

UNISDR'nin vizyonu, Sendai Çerçevesinde ortaya konan eylem için dört önceliğe dayanmaktadır: afet riskini anlamak, afet riskini yönetmek için afet risk yönetimini güçlendirmek, afet riskinin azaltılması için yatırım yapmak ve etkin müdahale için afet hazırlıklarını geliştirmek ve “Geri Döndü” İyileştirme, rehabilitasyon ve rekonstrüksiyonda

UNISDR, 2006 yılında kurulan Küresel Afet Risk Azaltma Platformu'nun (BM Genel Kurul kararı 61/198) hazırlanmasına ve takip edilmesine öncülük etmektedir. Küresel Platform, afet riskinin azaltılması ve Sendai Çerçevesinin uygulanması için stratejik ve tutarlı rehberlik sağlanması ve paydaşlar arasındaki deneyimlerin paylaşılması için ana küresel forum haline gelmiştir. UNISDR'nin diğer çalışma alanları arasında her iki yılda bir Afet Riskinin Azaltılmasına İlişkin Küresel Değerlendirme Raporunun yayınlanması, risk eğilimlerinin izlenmesi ve Sendai Çerçevesinin uygulanması konusunda destekleyici ülkeler ve daha güvenli okullar, daha güvenli hastaneler ve daha güvenli için afet riski azaltma konusunda küresel lider kampanyalar yer alıyor. şehirler.

## Kaynaklar

- Akdur R.: Afetler ve Afetlere Karşı Alınacak Önlemler. (Akdur ve Ark, Halk Sağlığı içinde) Antip Ankara 1998
- Esin S.ve ark.: Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Koordinatörlüğü, Ankara 2001
- Kadioğlu M. Afet Yönetimi T.C. Marmara Belediyeler Birliği Yayını: 2011 Yayın No: 65
- Güler Ç., Çobanoğlu Z. Risk İletişimi Ve Risk Yönetimi T:C: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara 1997
- PAHO Emergency Health Management After Natural Disaster, 1981
- PAHO Health Services Organization In The Event Of Disaster, 1983
- PAHO Medical Support Management After Natural Disaster, 1983
- T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Afet Ve Acil Durumlara İlişkin Temel Mevzuat Mart – 2015 ANKARA
- T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı 2013-2017 Stratejik Plan, Ankara 2012
- T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Depreme karşı yapısal risklerin azaltılması ve yapısal güçlendirme Şubat 2011 İstanbul
- T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Depreme karşı yapısal olmayan risklerin azaltılması, Şubat 2011 İstanbul

- Twigg J. Disaster risk reduction Humanitarian Policy Group Overseas Development Institute 203 Blackfriars Road London SE1 8NJ United Kingdom, 2015
- UNISDR, Sendai framework for Disaster risk reduction 2015-2030 United nations
- UNISDR Technical Guidance for Monitoring and Reporting on progress in achieving global targets of the Sendai framework for Disaster risk reduction, December 2017
- UNISDR, Proceedings Third Un World Conference On Disaster Risk Reduction 14-18 March 2015 / Sendai – Japan UNISDR/GE/2015 - ICLUX EN3000 - 1st Edition
- UNISDR, Words into Action Guidelines: National Disaster Risk Assessment Hazard Specific Risk Assessment UNISDR, 2017
- WHO Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies, Geneva



## AFETLERDE YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ

Dr. Ayhan ÖZKAN\*

\*Çorum İli Vali Yardımcısı

### ÖZET

Afetler, 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 gerçekliklerindedir. 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 afet yönetimi çalışmaları yerel yönetimler açısından incelenmiştir. Afetlerde yerel yönetimlerin rolü üzerinde durulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** afet, afet yönetimi, yerel yönetimler.

## AFETLERDE YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ

### Giriş

İnsanların afetlerle tanışması insanlık tarihiyle yaşıttır. Afet, birçok kurum ve kuruluşun koordineli bir biçimde görev almasını gerektiren ve insan hakları için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar meydana getiren, normal yaşamı ve insan aktivitelerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplumlara veya insan topluluklarını etkileyen doğal, teknolojik ve insan kökenli olaylara denilmektedir. Bu olaylar içinde deprem, sel-taşkın, volkan püskürmeleri gibi doğanın normal bir işlevi olarak gerçekleşenler “doğal tehlike” olarak nitelendirilir ve “afet” niteliğini kazanması için insan can ve malının kaybına neden olması gerekir (Sahin ve Sipahioglu, 2002).

İnsan nüfusundaki hızlı artış, doğanın insanlar tarafından tahrip edilmesi, plansız kentleşme, teknolojik gelişmelerle hızlı sanayileşmenin çevreye ve doğaya verdiği yoğun zarar gibi nedenlerle sayıları ve oluş sıklıkları sürekli artan afetler, şiddetine göre bir ülkenin ekonomik, mali ve sosyal yapısını çok ciddi şekilde etkileyebilmektedir (Büyükkaracıgan, 2016).

Ülkemizin afetlerle yaşaması gerçeği, bir afet yönetimi mekanizması kurulmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu gerçeğe rağmen, geçmişten günümüze gerçek afet yönetimi sadece afet sonrası enkaz kaldırma ve afetzedelere günü birlik yardımlar olarak algılanmış, totaliter ve afet

öncesini de içine alan bir sistem geliştirilememiştir. Afet yönetimi yapısı kurumların yetki ve sorumluluklarının iç içe geçtiği, birbirinden kopuk, her afetten sonra biraz daha karışan ve yenilenen bir durumdadır. Türkiye’deki afet yönetimi anlayışının aksine, afet yönetimi, birden çok disiplini ilgilendiren, özel uzmanlık ve kaynak gerektiren, birçok aşaması olan ve uzun zaman isteyen bir yönetim şeklidir. Kalkınmak ve gelişmek isteyen ülkelerin, mutlaka afetlere karşı tedbirlerini almaları, yönetim yapılarına uygun bir afet yönetimi modeli oluşturmaları ve en önemlisi yeterli ve sürekli mali kaynağı ayırmaları gereği, yaşanan deneyimlerin sonucu oluşan ortak bir kabuldür (Çeber, 2005).

## **Afet Yönetimi**

Afet kavramı, çoğunlukla negatif unsurlar içeren, sosyal, siyasal, ekonomik ve doğal yaşamda uzun dönemli etkilere neden olan, ani şekilde ortaya çıkan, kolay şekilde önlenemeyen, insanları ve belirli bir bölgeyi etkisi altına alan yıkıcı olaylar olarak ifade edilmektedir (Keleş, 1980; Yavaş 2001; Yılmaz, 2003). 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ise afeti “toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar” olarak tanımlamaktadır.

İnsanoğlu halen gelmiş olduğu bilgi ve teknoloji düzeyine karşın, doğal afetlere neden olabilen deprem, kuraklık, volkanik patlama ve fırtınalar gibi doğal olayların oluşumu üzerinde herhangi bir etkiye sahip değildir. Özellikle bunların önlenmesi açısından insanoğlunun yapabilecekleri çok sınırlıdır.

Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması için afet öncesi, afet sırası, ve afet sonrasında yapılması gereken idari, yasal ve teknik çalışmaları belirleyen ve uygulamaya aktaran, bir olayla karşılaşıldığında etkili bir uygulama yapabilmeyi sağlayan ve her olaydan elde edilen derslerin ışığında mevcut sistemi geliştiren bir yönetim biçimi veya uzmanlık alanıdır (Özey, 2006). Özetle oluşan afetin farklı safhalarında yapılması gerekenlerin koordinasyonu, planlanması, ve yönetimi anlamına gelir. Afet yönetimi afetlere karşı detaylı planlar yapılmasını, mevcut kaynakların en iyi şekilde değerlendirilmesini, ortaya çıkabilecek gereksinimlerin hesaplanmasını, önceden tahmin edilmesini sağlamalıdır (Gögen, 2004).

Afet yönetiminin ana özelliği, birçok kurum ve kuruluşun birlikte hazırladığı ve her birinin görev ve sorumluluklarının belirlenmiş olduğu planların koordine edilmesidir. Bu amaçla, büyüklüğü ne olursa olsun, afet planları hazırlandıktan sonra, bu planlar içerisinde kendilerine görev ve sorumluluk verilen kurum, kuruluş ve kişiler bu görevlerini zamanında, hızlı ve etkili bir şekilde yerine getirebilmek için, etkin bir eylem planı yapılması ve zamana bağlı olarak güncelleştirilmesi gereklidir (Büyükkaracığan, 2016). Unutulmamalıdır ki, afetle mücadelede ve afete müdahaledeki eksiklikler ancak etkili bir afet yönetimi ile giderilebilir (Köseoğlu ve Yıldırım, 2015).

Modern afet yönetiminde kayıp ve zararların azaltılması, hazırlık, tahmin ve erken uyarı, afetleri anlamak gibi afet öncesi korumaya yönelik çalışmalar “Risk Yönetimi”; etki analizi, müdahale, iyileştirme, yeniden yapılanma gibi afet sonrası çalışmalar ise “Kriz Yönetimi” olarak kabul edilmektedir (Kadıoğlu, 2008). Etkin bir afet yönetimi çalışması, afet öncesi, afet sırası ve afet sonrası ihtiyaç duyulan tüm çalışmaları kapsamaktadır (Demirci ve Karakuyu, 2004). Bu bağlamda afetlerle tepkisel mücadele ve sadece iyileştirme çabalarının yeterli olmayacağı ve afetlere karşı proaktif ve bütünsel bir yaklaşım sergilenmesi için sürecin bir yönetim süreci olarak değerlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır ki, bu süreci dört başlıkta toplamak mümkündür: (Kapucu, 2008).

- 1- Zarar Azaltma: Afeti önleme, meydana çıkma olasılığını düşürme veya hasar verici etkisini azaltmayı kapsayan faaliyetler,
- 2- Hazırlık: Afet olmadan önce hazırlık ve plan yapmayı kapsayan faaliyetler,
- 3- Tepki: Afetin meydana gelişıyla birlikte hayat kurtarma ve zararın büyümesini önleyen faaliyetler,
- 4- İyileştirme: Afetten sonra hayatın normale (önceki haline) dönmesi amacıyla yapılan faaliyetler.

Afet yönetimi, farklı örgütsel ve sosyal düzeylerdeki hazırlık, müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini destekleyen ve iyileştiren strateji, politika ve önlemlerin tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde kullanılan sosyal süreçlerdir (Mojtahedi ve Oo, 2017). Elbette afetlerin yönetimin bir konusu olmasından hareketle sürecin içerisinde birçok kurumun olduğunu gözden uzak tutmamak gerekmektedir. Dolayısıyla afet yönetiminde kurumlar arasındaki koordinasyonu sağlayabilmek başarılı bir idari vizyonun sonucudur. Bu vizyona sahip olmamak afet yönetimindeki koordinasyonsuzluğu ya da başarısızlığı getirebilecektir. Afet yönetimindeki vizyon eksikliğine bağlanacak bu başarısızlıkların da öngörü ya da önceden tahmin etmeyi sağlayacak araçlar ve teknolojiler vasıtasıyla çözülebileceği düşünülmektedir (Jahangiri, Eivazi ve Mofazali, 2017).

Dolayısıyla afet yönetimi, salt bir kamu yönetimi süreci değildir. Çünkü tek başına kamu kurum ve kuruluşlarının afet veya acil duruma hazırlanması, meydana geldiğinde üstesinden gelmesi, afette zarar görenlere yardım etmesi, afetin toplum üzerindeki etkisini azaltması ve günlük yaşamı normale çevirmesi düşünülemez. Afet yönetim, kamu kurum ve kuruluşlarının, yerel yönetimlerin, toplumun, sivil toplum kuruluşlarının, özel sektörün ve hatta uluslararası kuruluşların yer aldığı, çok aktörlü işbirliğini mecbur kılan yönetim sürecidir (Bulut ve Kara, 2018).

### **Türkiye’de Afet Yönetim Süreci ve Merkezi Yönetim**

Afet yönetimi hem merkezi yönetimin, hem de yerel yönetimlerin görev ve sorumluluk alanındaki bir konudur. Buna ilaveten afet yönetimi bireyleri, sivil toplum kuruluşlarını ve özel sektörü de dikkate almalıdır. Devletin yanında sivil toplum örgütleri gibi tamamlayıcı

aktörlerin de afet yönetiminin bir parçası olması ve hatta afetler konusunda ortak hareket etmenin bir kültür haline gelmesi afetlere karşı olan direnci artıracaktır (Özer, 2017).

Afet yönetiminde çok boyutlu bir işbirliği önemli olmakla beraber, Türkiye’de afetlere müdahale ve afetlerle mücadele etme konusunda yükün büyük kısmı merkezi hükümetin sorumluluğundadır. Bugün afet yönetimi konusunda muhatap olunan sistem ve mevzuat gereği de bunu olağan karşılamak gerekir. Zira, acil durum ortamında yerel yönetimlerin ellerindeki kaynakların etkin ve denetimli kullanımını sağlayamamaktadır. Bu nedenle, merkezi yönetimin aldığı kararlar yerel yönetimler üzerinde etkili olmaktadır. Ulus üstü kuruluşların ve müdahale eden güçlerin aldığı kararlar ise merkezi yönetim için bağlayıcı olmaktadır. Merkezi yönetim, küreselleşmiş dünya düzeninde, bu kurum/kuruluşların ekonomik getirilerinden faydalanmak için uygun siyasal koşulları sağlamak durumundadır. Bu halde hem siyasal, hem de ekonomik öngörüler, merkezin aldığı kararların ve afet politikasının belirleyicisidir. Merkezi yönetimde yer alan aktörlerin temelde ellerinde bulunan kaynak finansal kaynaklardır. Devletin sivil toplum üzerinde hegemonya ve güç kullanmasını sağlayan araçların başında bu kaynaklar gelmektedir. Yerel yönetimler öncelikli hizmetler, olanakların iyi kullanılamaması ve diğer toplumsal etmenler nedeniyle afet önleme politikalarına bütçe ayıramamaktadır. Merkezi yönetim, kendini belirleyen iktisadi ve siyasal güçler ile birlikte afet yönetimine ilişkin “ülke politikasını” oluştururlar.

Bu konuda göz ardı edilmemesi gereken bir husus daha vardır. Afetler her ne kadar fiziksel ve psikolojik yıkıma sebep olmuş olsa da bunların ayrıca siyasi etkileri de olmaktadır. Yaşanan afetler sonrasında hükümetlerin takındıkları tutum, yaptığı hareketler ve insani yardım operasyonlarında meydana gelen sorunlar toplumda, hükümete veya yöneticilere karşı olumsuz tavır oluşturarak ülke içi çatışmalara, yöneticilerde istifalara neden olabilmektedir. Bu yüzden bir afete hazırlanmak kadar, afet olduğunda ve sonrasında iyi bir yönetim göstermek de, özellikle demokrasi ile yönetilen ülkelerde, hükümetler açısından önemli bir sınav teşkil etmektedir(Köseoğlu ve Yıldırım, 2015). Bu önemli etken “Afet Yönetimi”nin merkezileşmesini de bir anlamda zorunlu kılmaktadır.

Benzeri etkenler nedeniyle de merkezi yönetim, yerel yönetimler üzerinde bir çok konuda olduğu gibi; afete ilişkin mahalli hizmetlerin idarenin bütünlüğü ilkesine uygun şekilde yürütülmesi, afete ilişkin kamu görevlerinde birliğin sağlanması, bu hususta toplumun yararının korunması ve yerel ihtiyaçların gereği gibi karşılanması amacıyla, kanunda belirtilen esas ve usuller dairesinde vesayet yetkisine sahip kılınmıştır.

Afetler olası etki ve sonuçları itibarıyla toplumun her kesimini ilgilendirir; belirli bir kesim ya da kurumun çabalarının ötesinde birliktelik ve ortak mücadele gerektirir. Dolayısıyla, afet yönetiminde, kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, özel sektör, üniversiteler, akademik kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları, medya, bireyler ve aileler olmak üzere

toplumun her kesimi ve uluslararası kuruluşlar paydaş olarak yer alır. Ayrıca Türk kamu yönetimi için yeni sayılabilecek bir örgüt olan kalkınma ajansları, işbirliği gibi son derece önemli konuda afet yönetiminde bir aktör olabilecektir (Özer, 2017). Etkili bir afet yönetimi için ortak bir duyarlılıkla her bir paydaşın sorumluluk üstlenerek koordinasyon ve işbirliği içinde olması gerekir (Türkiye Afet Yönetimi Strateji Belgesi, 2015).

Türkiye’de paydaşlar arası afet ve acil durum hizmetlerinin koordinasyon ve işbirliğini sağlanmasından, eğitim politikalarının oluşturulmasından ve bu konularda mevzuat düzenlemeleri yapılmasından kamu yönetimi teşkilat şemasında merkezi yönetimin bir parçası olarak görülen İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından yerine getirilir. AFAD ‘ın ana görevi; risk odaklılık, toplumsal katılım, yerelden yönetim, sürdürülebilir kalkınma ile bütünlük, sürekli gelişim, esneklik ve millilik olmak üzere yedi politika etrafında şekillenen Türkiye afet yönetim modeli ekseninde Türkiye Afet Müdahale Planını (TAMP) oluşturmak, belli zaman aralıklarında güncellemek ve afet anında da ilgili planın uygulanmasını koordine etmektir.

Öncelikle hayat kurtarmak, kesintiye uğrayan hayatı ve faaliyetleri en kısa sürede normale döndürmek, müdahale çalışmalarını hızlı ve planlı bir şekilde gerçekleştirmek, halk sağlığını korumak ve sürdürmek, mülkiyet, çevre ve kültürel mirası korumak, ekonomik ve sosyal kayıpları azaltmak, ikincil afetleri önlemek ya da etkilerini azaltmak, kaynakların etkin kullanımını sağlamak Türkiye Afet Müdahale Planı’ nın ana hedefleridir (Büyükkaracıgan, 2016).

AFAD, bu rolü ile ülke genelinde afet yönetimi ile ilgili faaliyetleri düzenler, yönlendirir, koordine eder, destekler ve denetler. Bunun yanında, merkezi hükümet bünyesinde afet çalışmalarını yürütmek üzere bazı kurullar oluşturulmuş ve bir de merkezi birim kurulmuştur. Sürekliliği olmayan ve afet zamanlarında toplanan bu kurullar, genel karar organı ve koordinasyon birimi olarak kurgulanmıştır. Merkezi yönetimin afetle ilgili birim ve kurulları şöyledir.

Afet ve Acil Durum Yüksek Kurulu

Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu

Deprem Danışma Kurulu

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

Afetlerle ilgili plan, program ve raporları onaylamak üzere Afet ve Acil Durum Yüksek Kurulu, afetler öncesinde hazırlık ve zarar azaltma, afet anında müdahale, sonrasında ise iyileştirme çalışmalarını değerlendirmek, bunlara ilişkin alınacak önlemleri belirlemek, bu önlemlerin uygulanmasını sağlamak ve denetlemek amacıyla Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu ve depremden korunmak, zararlarını azaltmak, deprem sonrası

yapılacak faaliyetler hakkında öneriler sunmak ve depremle ilgili araştırmalar için politikaları ve öncelikleri belirlemek amacıyla Deprem Danışma Kurulu görevlidir. Bu kurullar ve ihtiyaca göre oluşturulabilecek başka danışma kurulları ile diğer paydaşlar arasındaki koordinasyon AFAD tarafından sağlanır(Türkiye Afet Yönetimi Strateji Belgesi, 2015).

Merkezde bakanlık, kurum ve kuruluşlar, ulusal düzey hizmet grubu planlarının hazırlanması ve uygulanmasından hizmet grubundan sorumlu ana çözüm ortağı olarak asıl sorumlu olmalarının yanı sıra, hizmet grubu planlarında görevlendirilen destek çözüm ortağı bakanlık, kurum ve kuruluşlar, özel sektör, sivil toplum örgütleri ve gerçek kişiler de ayrı ayrı sorumludur.

Nitekim ülkemizde afet yönetimi, merkezi yönetimin sorumluluğunda veya merkezin taşra teşkilatı vasıtasıyla yönetilen bir süreç olarak görülmektedir. Bu süreçte yer alacak ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlar, Sivil Toplum Kuruluşları, yardım dernekleri, gönüllüler arası işbirliği ve koordinasyon merkezi yönetimin ve onun taşra unsurları olan vali ve kaymakamlar vasıtasıyla sağlanmaktadır (Bulut ve Kara, 2018). Çünkü afet konusunda, ülke politikasının yereldeki uygulayıcısı validir. Vali, devletin yerel teşkilatıyla beraber, il düzeyinde kaynakların kullanımından sorumludur (Orhan, 2010).

Bakanlık, kurum ve kuruluşlarda planların hazırlanması ve uygulanmasından en üst yöneticiler, merkezi yönetim adına il afet müdahale planlarının hazırlanması ve uygulanmasından merkezin taşradaki temsilcileri valiler ve kaymakamlar, özel kuruluşlarda ise sahipleri veya yetkili temsil organları sorumludur. Buradan da anlaşılacağı üzere; afet yönetimi, kamu yönetiminde merkezi ve yerel yönetimin işbirliğiyle başarıya ulaşabilecek bir süreçtir (Özer, 2017).

Konumuz çerçevesinde, yerel yönetimlerin afetlerdeki rolü ayrıntılı olarak gözden geçirilecektir.

### **Türkiye’de Afet Yönetim Sürecinde Yerel Yönetimlerin Rolü**

Yerel yönetim belirli bir coğrafyada yaşayan yerel topluluğun ortak ihtiyaçlarını karşılamak üzere, karar organları yerel halk tarafından seçilen görev ve yetkileri kanunlarla sınırlı olan, özel gelire ve bütçeye sahip kamu tüzel kişileridir (Ulusoy, Akdemir, 2001).

Yerel yönetimi bir başka ifade ile tanımlamak gerekirse, devlet sınırları içerisinde yerleşmiş insan topluluklarının ortak ve yerel nitelikteki ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla belli bir hukuk düzeni oluşturulmuş anayasal kuruluşlardır (Nadaroğlu,1994).

Yerel yönetimleri ikiye ayırabiliriz. Bunlar:

a) Hizmet yönünden Yerinden Yönetim: Bu yönetimin anlayışına göre özel teknik ve uzmanlık gerektiren bilimsel, kültürel ve teknik hizmetlerin merkezi idare dışında örgütlenen kamu tüzel kişileri tarafından görülmeleri söz konusudur. Örneğin; TRT, Üniversiteler, meslek odaları, KİT'ler, İhracatçı Birliği, Futbol Federasyonu v.b (Çetinkaya, 2009).

b) Yer Yönünden Yerinden Yönetim: Bu yönetim şeklinde belli bir bölgede yaşayan halkın ortak ihtiyaçlarını kendi karar organları ile belirleyebildikleri, ihtiyaçların finansmanına yine onların katıldığı bir yönetim şeklidir. Belediyeler, İl Özel İdareleri ve köyleri bu sisteme örnek olarak verebiliriz (Çetinkaya, 2009).

Merkezi yönetimin aksine yerel yönetimlerin temel görevi halkın yerel ve müşterek ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Bulut, 1999).

Yerel yönetimlerin özellikle yoğun yerleşmeye mekan olan kentsel merkezlerde muhatap olduğu mahalli ve müşterek ihtiyaçlar afetler açısından daha büyük anlam ifade etmektedir.

Afetlere ilişkin mahallin müşterek ve günlük hayata yönelik görev ve sorumlulukları kentsel alanlarda belediyeler, kırsal alanlarda ise il özel idareleri tarafından yerine getirilirken, son yıllarda yaşanmış olan deprem ve benzeri afetlerde belediyeler ile il özel idarelerinin hem yetki yönünden, hem de kaynak ve personel açısından yetersiz kaldığı görülmüştür. Bu durum ise yerel yönetimlerin afet yönetimi konusundaki etkinliğinin sorgulanması sonucunu doğurmaktadır.

Türkiye’de afet yönetimi politikalarının gelişiminde çağdaş dünyadaki ve gelişmiş ülkelerdeki afet politikalarına paralel olmayan bir yönelimin olduğu görülmektedir. Tüm dünyada afetlerin yerel olması ve afetlere öncelikli olarak en yakın yerel otoritenin müdahale etmesi politikası uygulanmaktadır. Ancak Türkiye’de afet yönetimi politikalarında bu yaklaşımın tersi uygulanarak afetlerin merkezden ve merkezi yönetimin organları tarafından yönetilmesi anlayışı bulunmaktadır. Bu anlayış nedeniyle yerel yönetimler (özellikle de Belediyeler) afet yönetimi sistemi içerisinde yer alamamıştır. Yerel yönetimler de bu nedenle afet örgütlenmelerini geliştirmemişlerdir.

Ülkemizde yerel yönetimlerin afete karşı alınacak tedbirler içindeki katkıları merkezi idare ile karşılaştırıldığında sınırlıdır. Bununla birlikte vatandaşla doğrudan temasta olan yerel yönetimlerin afet zararlarını azaltmada daha fazla pay ve sorumluluk alması durumunda olası afetler daha az zararla atlatılabilecektir (Esen, 2017).

Afet ve acil durumlarda büyüklükleri veya etkiledikleri alanlar ne kadar geniş bir alana yayılırsa yayılsın yerelde bir veya birkaç noktadan başlamaktadır. Bu yönüyle değerlendirildiğinde, herhangi bir yasal düzenleme veya yetkilendirme olmasa bile, yerel halkı olumsuz etkileyen her şey gibi afet ve acil durumlar da temelde yerel yönetimlerin

sorumluluk alanına girmektedir. Afetlere karşı alınacak önlemler içinde planlama ve denetim başta olmak üzere pek çok konu yerel yönetimlerin (belediyeler ve il özel idareleri) sorumluluk alanındadır. Ayrıca, belediyelere ve il özel idarelerine afet önlemede eğitim ve bilinçlendirme konularında büyük görevler düşmektedir (Esen, 2017). Özellikle afet sonrası iyileştirme döneminde afet bölgesinin yeniden inşası, altyapının yenilenmesi, ortak alanların dizaynı vb. konularda yerel yönetimlere önemli roller düşmektedir (Bulut ve Kara, 2018). Devletin tüm güç ve kaynaklarını afetten önce planlayarak, afetin meydana gelmesi halinde Devlet güçlerinin afet bölgesine en hızlı bir şekilde ulaşması ile afetzede vatandaşlara en etkin ilk ve acil yardım yapılmasını sağlamak için acil yardım teşkilatlarının kuruluş ve görevlerini düzenlemek zaten yerel yönetimlerin görevidir.

Seçilmiş bir organ olan yerel yönetimler özellikle yerleşimlerin, toplumun ve kaynakların yönetimiyle ilgili yetki ve sorumluluklara sahiptir. Yerel yönetimlerin söz sahibi oldukları kaynakların başında doğal kaynaklar gelir. Doğal kaynaklar içinde üzerinde ayrıntılı inceleme yapılacak olan kaynak kentsel arazidir. Kentsel araziye diğer doğal kaynaklardan ayıran temel özellik, toplum tarafından inşa edilmiş olması ve üzerinde bir değerler sistemi yaratılmış olmasıdır. Bu halde, afet yönetimi konusunda sınırlı kentsel arazi hem valinin, hem de belediyenin idaresi altındadır. Buna ek olarak, sivil toplum kuruluşları faaliyetlerini yerel düzeyde yürütürler ve kentsel arazinin kullanımı hakkında çalışmalar yapabilirler. Belediyeler toplumu doğal tehlikelerden korumak ve zarar görebilir grupların kendilerini koruma kapasitelerini geliştirmelerine yardımcı olmak için gerekli olan teknik uzmanlık ve parasal kaynaklara sahiptir (Wisner, 2003).

Neyse ki son yıllarda yapılan bazı yasal düzenlemeler ile yerel yönetimlerin afet yönetimi çalışmaları ile afet politikalarının uygulanmasında daha fazla rol almaları sağlanmaktadır. Kriz ve Afet yönetimine yerel yönetimlerin sorumlulukları, konu ile ilgili genel kanunlarda geçmesi yanında, 5393 Sayılı Belediye Kanunu, 5302 Sayılı İl Özel İdaresi Kanunu, 5216 sayılı Büyükşehir Yasalarında yerel yönetimlere özel maddeler ile belirlenmiştir. 6360 Sayılı On Üç İilde Büyükşehir Belediyesi Ve Yirmi Altı İlçe Kurulması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile de özellikle büyükşehir belediye sorumluluk sınırlarının genişlemesi de dikkate alınmalıdır. Kanunlarda yerel yönetimlere yüklenmiş sorumlulukların yanında özellikle son yıllarda yaygınlaşan Gündem 21 ve sosyal belediyecilik kavramları ile yerel yönetimlere kriz ve afet yönetiminde farklı görevler verilmiştir (Büyükkaracığan, 2016).

Bu minvalde yerel yönetimlerin afet yönetimindeki yerini, mevzuat tarafından açıkça verilen görev ve sorumluluklar, geleneksel beledi hizmetleriyle afet yönetimine yapmış olduğu dolaylı katkılar ve 2009 yılında yeni oluşturulan yeni afet yönetimi sistemi içerisindeki işlevleri bağlamında üç farklı yaklaşımla değerlendirmek yerinde olacaktır (Bulut ve Kara, 2018).



İlk olarak, yerel yönetim sistemimizi şekillendiren temel kanunlar (5216, 5302, ve 5393) yerel yönetim birimleri olan başta Büyükşehir Belediyesi olmak üzere İl Özel İdareleri ve Belediyelere afet ile ilgili konularda çeşitli görev ve yetkiler vermiştir. Bunlar arasında afet planı ve gerekli hazırlığı yapma, itfaiye ve acil yardım hizmetlerini yürütme, patlayıcı ve yanıcı maddelerle ilgili işleri takip etme, yangın ve diğer afetlere karşı alınacak önlemler yönünden tüm yapı ve tesisleri denetleme, izin ve ruhsat verme, tehlike arz eden binaları tahliye ve yıkım, halkın afet konusunda bilinçlendirilmesi için eğitim faaliyetleri yürütme, diğer afet bölgelerine yardım ve destek vermek, diğer kamu kurum ve kuruluşları, üniversite, meslek teşekkülleriyle koordineli çalışma gibi konuları saymak mümkündür (Bulut ve Kara, 2018).

İkinci olarak, yerel yönetimler sunmuş oldukları geleneksel beledi hizmetleri ile afet yönetimine dolaylı olarak katkı sağlamaktadır. Nitekim hazırladıkları kentsel imar planları ve uygulaması kapsamında verilen inşaat ruhsatları, yapı denetim ve oturma ruhsatları, alt yapı çalışmaları ve yatırımları, kentsel büyümeye yönelik yatırım ve hizmetler, kentsel dönüşüm projeleri, bataklık, dere yatağı vb. ile ilgili hizmetleri ile dolaylı olarak yönetim hizmetine katkı sağlamaktadırlar (Esen, 2007).

Üçüncü olarak, merkezi yönetimin yürüttüğü afet yönetimi sürecinde yerel yönetimlere verilen görevler 2013/5703 sayılı “Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği” çerçevesinde ve illerin kendi afet müdahale planlarına göre belirlenmektedir. Yönetmeliğe göre, afet yönetimi sistemi içerisinde yapılacak işler 26 ana hizmet grubuna ayrılmış ve yerel yönetimlere tüm hizmet gruplarında çözüm ortağı ve destek çözüm ortağı olarak görevler yüklenmiştir (AFAD, 2013).

Son yıllarda yapılan yönetsel reform çalışmaları kapsamında da yerel yönetimlerin afet yönetimi çalışmalarında daha fazla etkin olabilmesini amaçlayan yeniliklerin yapıldığı görülmektedir. Belediyeler ve İl Özel İdarelerinin görev ve yetkilerini düzenleyen yasalara konulan bazı hükümlerle getirilmesi amaçlanan bu yeniliklerin önceki duruma göre bir ilerleme olduğu kabul edilmelidir. Ancak yerel yönetimlerin afetlerde günümüz toplumunun ihtiyaçlarına cevap verebilecek yetkilendirme ve teşkilatlanmada hala çok uzakta olduğunu da kabul etmemiz gerekmektedir.

### **Merkezi Yönetimin Taşra Uzantısı Olarak Yerel Yönetişim Birimlerinin Afet Yönetim Sürecindeki Rolü**

Merkezde hükümet tarafından yürütülen devlet işleri, taşrada devletin ve hükümetin temsilcisi olan mülki idare amirleri eliyle yürütülmektedir. Mülki idare amirleri, taşra düzeyinde il ve ilçelerde kamu hizmetlerini yerel yönetişim birimlerinin hiyerarşik üstü sıfatıyla görev yaptıkları gibi; bütün bakanlıklara bağlı il ve ilçe teşkilatlarının hizmet ve faaliyetlerini de

koordine etmekte, yönetim ve denetim altında bulundurmaktadırlar(Özkan,2017). Bir başka deyimlemülki idare amirleri, devletin genel idare ve gidişini düzenlemek ve denetlemekle görevli ve yetkilidir.

İlde bakanlıklar görevlerini yerine getirebilmek için çeşitli örgütler kurarlar ve bunların başında “il müdürleri” bulunur. İl müdürleri ve bunların örgütleri tamamen valinin emri altındadır ve il müdürleri kendi kurumlarını ilgilendiren işlerin yürütülmesinden, personelin eylem ve işlemlerinden dolayı doğrudan valiye karşı sorumludurlar.Vali, il genel yönetimi içinde yer alan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve eşgüdümü sağlamakla yükümlüdür.Valiler merkezi yönetim adına; il sınırları içindeki yerel yönetimler üzerinde, yerel hizmetlerin idarenin bütünlüğü ilkesine uygun şekilde yürütülmesi, kamu görevlerinde birliğin sağlanması, toplum yararının korunması ve yerel ihtiyaçların gereği gibi karşılanması amacıyla, kanunda belirtilen esas ve usuller dairesinde “ idarî vesayet” yetkisine sahiptir (Gözler, 2010).

Belirtilen bu hususlar çerçevesinde afet yönetimi de,il sınırları içerisinde birlikte ve ortak çalışmak durumunda olan paydaşlar, yani merkezi ve yerel yönetim kuruluşları, ulusal ve uluslararası yardım kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve bireyler arasında önceden belirlenmiş olan plan, program ve işbölümü çerçevesinde düzen ve uyum içerisinde hem merkezi yönetimin taşradaki uzantısı ve temsilcisi sıfatıyla, hem de yerel bir yönetim birimi olan il özel idaresinin başı sıfatıyla valinin koordinasyonu, gözetimi ve denetimi altında yürütülür.

Mülki idare amirlerinin afet yönetimine ilişkin taşrada üstlendikleri planlama, koordinasyon, organizasyon, yürütme, gözetim ve denetim görevlerine yardımcı olmak ve danışmanlık yapmak üzere; 5902 sayılı “Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun” ile valiye bağlı olarak il merkezlerinde il afet ve acil durum müdürlükleri kurulmuştur (5902 sayılı Kanun, 2009). Kanuna göre müdürlüğün sevk ve idaresinden vali sorumludur. 5902 sayılı kanun çerçevesindeki düzenlemelerle Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı sadece merkezde birimleri olan bir kurum olarak dizayn edilmiş, taşrada bulunan İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri ise yerel nitelikte kendi ilinden sorumlu birer afet örgütü olarak yönetimdeki yerini almıştır.

İl afet ve acil durum müdürlüklerinin görevleri şunlardır: İlin afet ve acil durum tehlike ve risklerini belirlemek; afet ve acil durum önleme ve müdahale il planlarını, mahalli idareler ile kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği ve koordinasyon içinde yapmak ve uygulamak; il afet ve acil durum yönetimi merkezini yönetmek; afet ve acil durumlarda meydana gelen kayıp ve hasarı tespit etmek; afet ve acil durumlara ilişkin eğitim faaliyetlerini yapmak veya yaptırmak; sivil toplum kuruluşları ile gönüllü kişilerin afet ve acil durum yönetimi ile ilgili akreditasyonunu yapmak ve belgelendirmek; il ve ilçe düzeyinde sivil savunma planlarını

hazırlamak ve uygulamak; afet ve acil durumlarda, gerekli arama ve kurtarma malzemeleri ile halkın barınma, beslenme, sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında kullanılacak gıda, araç, gereç ve malzemeler için depolar kurmak ve yönetmek; ilgili mevzuatta yer alan seferberlik ve savaş hazırlıkları ile sivil savunma hizmetlerine ilişkin görevleri ilde yerine getirmek; il kurtarma ve yardım komitesinin sekretaryasını yapmak; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer maddelerin tespiti, teşhisi ve arındırması ile ilgili hizmetleri yürütmek, ilgili kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak ve valinin vereceği diğer görevleri yapmaktır.

Kanunda tanımlanan görevlerinden de anlaşılacağı üzere; oldukça ağır ve yoğun görevler ifa eden İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri her geçen gün yapılan düzenleme ve iyileştirmelerle afetler ve afetlerin yönetilmesi konusunda uzmanlaşmış, bir afet anında faaliyete geçecek ve çalışmalarını yürütecek şekilde örgütlenmişlerdir.

Valiye bağlı olarak görev yapan bu müdürlüklerin araç, gereç, personel ve lojistik ikmal ihtiyaçları İl Özel İdareleri tarafından desteklenmektedir. Ayrıca merkezi yönetim bütçesinden de başta personel giderleri olmak üzere diğer afete yönelik çalışmalar için kaynak aktarımı yapılmaktadır.

Yürürlükteki olan mevzuat ve uygulamaların incelenmesinde, İl Afet Müdürlüklerinin daha çok afet anı ve sonrasına yönelik çalışmalarda görev alacak şekilde kurgulandığı; afet zararlarını azaltmaya ve afete hazırlık çalışmalarının yürütmeye yönelik yetkilendirilmediği ve organize olmadığı görülmektedir. Bu durum ise İl Afet ve Acil Durum Müdürlüklerinin fonksiyonlarının ve hedeflerinin yetersiz kalması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle taşrada örgütlenecek olan bu birimlerin görev tanımlamalarının yeniden yapılması ve daha geniş bir bakış açısıyla görev ve fonksiyon icra edecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

İllerde afet yönetimi İl Afet ve Acil Durum Müdürlüklerinin sekretaryasında yürütülen kimi çalışmalar çerçevesinde hayat bulmaktadır. Bunlara kısaca değinmekte yarar görülmektedir.

İl ve İlçe Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri: Valilerin, İlçelerde ise Kaymakamların başkanlığında faaliyet göstermektedir. Bu merkezlerde acil durumlarda ve afet hallerinde müdahale, kurtarma ve yardım ulaştırma çalışmaları yürütülmekte, ekipler ve kurumlar arasındaki koordinasyon sağlanmaktadır. Bu çalışmalara ek olarak afet alanı ve bölgesiyle ilgili olarak il düzeyinde tüm yönetim ve bilgi toplama çalışmaları burada yürütülmekte, merkezle olan iletişim ve koordinasyonda kesintisiz ve güvenli şekilde bu merkezler tarafından yerine getirilmektedir. Her ne kadar sürekli bir yapılanma olarak görülse de, daha çok afet zamanlarında etkin şekilde faaliyette bulunmakta olup diğer zamanlarda ise aktif olmayıp, minimum personel ve ekiple hazır beklemektedir. Yürürlükteki yasalarla bu birime verilen görevler daha çok afet sonrasındaki faaliyetlere yönelik bulunmaktadır. Afete hazırlık

amaçlı envanter ve bilgi toplama faaliyetleri ile afet sonrası yürütülmekte olan kurtarma, sosyal yardımları dağıtma ve iyileştirme çalışmalarını da bu merkezler üstlenmektedir.

**İl Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu:** Vali veya Vali Yardımcısının Başkanlığında oluşturulan bu kurulda İl AFAD Müdürü, Belediye Başkanı, Garnizon Komutanı, İl Özel İdare Genel Sekreteri ile hizmet gruplarından sorumlu il yöneticileri ile afet çalışmaları için ihtiyaç duyulan il yöneticileri de bu kurulda yer almaktadır. Afet sonrası yapılacak tüm çalışmaları yönetmek ve koordine etmekle görevlidir. Mevcut yasal ve yönetsel düzenlemelere göre afetlerden (özellikle de depremlerden) önce yapılması gereken zarar azaltma ve afete hazırlık aşamalarında bu kurula fazla bir görev yüklenmemiştir. Bu döneme yönelik çalışmalar daha çok yerel yönetimler tarafından üstlenilmektedir. Bu nedenle İl Afet ve Acil Durum Koordinasyon Kurulu afet sonrası döneme yönelik yapılanmakta ve planlarını yapmaktadır.

**İl Afet Müdahale Planları:** Afetlere yerel düzeyde müdahale edebilmek amacıyla İl Afet Müdahale planlarının hazırlanması gereklidir. Bu planlarla ulusal düzeydeki afet planlarıyla uyumlu olacak şekilde taşra afet planlamasının yapılması amaçlanmıştır. Planlar İl Valisinin sorumluluğunda AFAD İl Müdürlüğü'nün koordinasyonunda hazırlanmaktadır. Planlama çalışmalarında İl'de bulunan tüm kuruluşlar ile yerel yönetimler yer almaktadır. İl Afet Müdahale Planlarıyla yerel düzeyde ve merkez yapılanmasına paralel olacak şekilde bir müdahale organizasyon sistemi oluşturulması öngörülmüştür.

## **Sonuç**

Türkiye'de afetlere müdahale ve afetlerle mücadele etme görevi ağırlıklı olarak merkezi hükümetin sorumluluğunda bulunmaktadır. Merkezi hükümet bünyesinde bu çalışmaları yürütmek üzere bazı kurullar oluşturulmuş ve bir de merkezi birim kurulmuştur.

Merkez adına bu görevler de, yani afet yönetimi de, il sınırları içerisinde birlikte ve ortak çalışmak durumunda olan paydaşlar, yani merkezi ve yerel yönetim kuruluşları, ulusal ve uluslararası yardım kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve bireyler arasında önceden belirlenmiş olan plan, program ve işbölümü çerçevesinde düzen ve uyum içerisinde hem merkezi yönetimin taşradaki uzantısı ve temsilcisi sıfatıyla, hem de yerel bir yönetim birimi olan il özel idaresinin başı sıfatıyla valinin koordinasyonu, gözetimi ve denetimi altında yürütülür.

Ülkemizde yerel yönetimlerin afete karşı alınacak tedbirler içindeki katkıları merkezi idare ile karşılaştırıldığında sınırlıdır. Bununla birlikte vatandaşla doğrudan temasta olan yerel yönetimlerin afet zararlarını azaltmada daha fazla pay ve sorumluluk alması durumunda olası afetler daha az zararla atlatılabilecektir.

Son yıllarda yapılan yönetsel reform çalışmaları kapsamında yerel yönetimlerin afet yönetimi çalışmalarında daha fazla etkin olabilmeni amaçlayan yenilikleri yapıldığı görülmektedir. Belediyeler ve İl Özel İdarelerinin görev ve yetkilerini düzenleyen yasalara konulan bazı hükümlerle getirilmesi amaçlanan bu yeniliklerin önceki duruma göre bir ilerleme olduğu kabul edilmelidir. Ancak yerel yönetimlerin afetlerde günümüz toplumunun ihtiyaçlarına cevap verebilecek yetkilendirme ve teşkilatlanmada hala çok uzakta olduğunu da kabul etmemiz gerekmektedir.

## Kaynaklar

- AFAD (2013), “2013/5703 Sayılı Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği”, Yayımlandığı Resmi Gazete: 18/12/2013, No : 28855, Ankara.
- AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ BAŞKANLIĞININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN (5902 sayılı, 2009), Yayımlandığı Resmi Gazete: 17 Haziran 2009, Ankara.
- BELEDİYE KANUNU (5393 sayılı, 2005), Yayımlandığı Resmî Gazete : Tarih : 13/7/2005, Sayı : 25874, Ankara  
BULUT, Yakup (1999), Büyük Şehir Yönetimine Kentsel Alt Örgütlenmelerin (STK, Mahalle..) Katılımı: Gaziantep Büyükşehir Belediyesi Örneği, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi SBE, İstanbul.
- BULUT, Yakup ve KARA, Mehmet (2018), “Etkin Bir Afet Yönetiminde Merkez Yerel İlişkilerinin Önemi: Hatay’da Bir Uygulama”, 10. Kamu Yönetimi Sempozyumu, İzmir.
- BÜYÜKKARACIĞAN, Naci (2016), “Türkiye’de Yerel Yönetimlerde Kriz ve Afet Yönetim Çalışmalarının Mevzuat Açısından Değerlendirilmesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, Sayı:12.
- BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ KANUNU (5216 sayılı, 2004), Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 23/7/2004, Sayı :25531, Ankara.
- ÇEBER, Kemal (2005), “Mali Yönüyle Afet Yönetimi”, Yüksek Lisans Tezi, SDÜ, Isparta.
- ÇETİNKAYA Özhan (2009), Mahalli İdareler, Ekin kitapevi, Bursa.
- DEMİRCİ, A. ve KARAKUYU, M, 2004, “Afet Yönetiminde Coğrafi Bilgi Teknolojilerinin Rolü”, Doğu Coğrafya Dergisi, 9(12).
- ESEN, Adem (2017), “Ülkemizde Yerel Yönetimlerin Afet Önleme Çalışmaları; Sorunlar ve Öneriler”, TMMOB Afet Sempozyumu Bildiriler Kitabı, TMMOB İnşaat Mühendisleri Odası, Ankara.
- GÖGEN, (2004), “Afetler ve Afetlere Müdahalede Asgari Sağlık Standartları”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(12).
- GÖZLER, Kemal (2010), İdare Hukukuna Giriş, Ekin Basım Yayım Dağıtım, Bursa.
- İL ÖZEL İDARESİ KANUNU (5302 sayılı, 2005), Yayımlandığı R.Gazete : Tarih: 4/3/2005, Sayı : 25745, Ankara.
- JAHANGİRİ, K., EİVAZİ, M.R. ve MOFAZALİ, A.S. (2017), “The Role of Foresight in Avoiding Systematic Failure of Natural Disaster Risk Management”, International Journal of Disaster Risk Reduction, Sayı: 21

- KADIOĞLU, Mikdat (2008), “Küresel İklim Değişikliğine Uyum Stratejileri”, Kar Hidrolojisi Sempozyumu Bildiri Kitabı, 27-28 Mart 2008 Erzurum, DSİ 8. Bölge Müd. Yayınları.
- KAPUCU, Naim (2008), “Collaborative Emergency Management: Better Community Organizing, Better Public Preparedness and Response”, Disasters, 32, (2).
- KELEŞ, Ruşen (1980), Kentbilim Terimleri Sözlüğü, TDK Yayınları, Ankara.
- KÖSEOĞLU, A. Murat ve YILDIRIMLI, Hatice (2015), “Afet Lojistiğine Bağlı Afet Yönetimi Sorunlarının Siyasi Etkileri”, Akademik Bakış Dergisi, Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sayı:49, Celalabat-Kırgızistan.
- MOJTAHEDİ, M. ve Oo, B.L. (2017), “Critical Attributes for Proactive Engagement of Stakeholders in Disaster Risk Management”, International Journal of Disaster Risk Reduction, Sayı: 21.
- NADAROĞLU, Halil (1994), Mahalli İdareler Felsefesi Ekonomisi uygulaması, Sermet Matbaası, İstanbul.
- ORHAN, Ezgi (2010), “Afet Planlamasında Kaynak Kullanımının Siyasetinde Planlamanın Rolü”, ([http://www.spo.org.tr/resimler/ekler/bd6d2f5d60ff9af\\_ek.pdf](http://www.spo.org.tr/resimler/ekler/bd6d2f5d60ff9af_ek.pdf) 04.09.2018).
- ÖZER, Y. Emre (2017), “Afet Konusundaki Algı ve Yerel Aktörlerin Sorumlulukları”, Sayıştay Dergisi, Sayı:106, Temmuz-Eylül 2017, Ankara.
- ÖZEY, Ramazan (2006), Afetler Coğrafyası, Aktif Yayınevi, İstanbul.
- ÖZKAN, Ayhan (2017), “Uyuşturucu ile Mücadelede Yerel Yönetimlerin Rolü”, Adli Bilimler Dergisi, Cilt:16, Sayı:4, Ankara.
- ŞAHİN, C. ve SİPAHIOĞLU, S. (2002), Doğal Afetler ve Türkiye. Gündüz Eg. ve Yay. Ankara.
- TÜRKİYE AFET YÖNETİMİ STRATEJİ BELGESİ, 10.06.2015.
- ULUSOY Ahmet, AKDEMİR Tekin (2001), Mahalli İdareler, Seçkin Yayıncılık, 4. Baskı, Ankara.
- WISNER, B. (2003), Mega Kentlerde Afet Riskinin Azaltılması: İnsan Sermayesinden ve Sosyal Sermayeden İyi Şekilde Yararlanma, Building Safer Cities, World Bank.
- YAĞAŞ, Hikmet (2001), “Doğal Afet Yönetimi ve Yerel Gündem 21 Çalışmaları Kapsamında İzmir’de Deprem Riski”, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:3, Sayı:3.
- YILMAZ, Abdullah (2003), Afet Yönetimi, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.

## AFAD HAKKINDA

Yusuf AYSU\*

\*Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

AFAD, afet ve acil durumlara ilişkin ‘Afetlerde Türkiye'nin Ortak Gücü’ olarak afet yönetimi faaliyetlerini planlamakta, yönlendirmekte, desteklemekte, koordine etmektedir.

Ülkemiz, afet meydana geldiğinde müdahale eden ‘kriz yönetimi’ anlayışından afet olmadan önlem alan ve zarar azaltan ‘risk yönetimi’ yaklaşımına AFAD ile geçti.

AFAD, afet ve acil durumların önlenmesi ve zararlarının azaltılması için çalışmaktadır. Afet sırasında afetlere müdahale edilmesini, etkin koordinasyonun sağlanmasını ve afet sonrasında iyileştirme çalışmalarının bir bütünlük içerisinde tamamlanmasını sağlamaktadır. AFAD, afetin yönetimi için politika ve üst planlar üreterek strateji ve projeleri hayata geçirmekte, halka ve çalışanlara eğitim vermektedir.

AFAD, ülkemizde afete ilişkin en üst çerçeve olacak Türkiye Afet Yönetimi Strateji Belgesi’ni (TAYSB) geliştirmektedir. Bu ana belge altında ise birkaç yıl önce uygulamaya alınan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) ile birlikte Türkiye’nin afet risk yönetimi alanında master planı olacak ‘Türkiye Afet Risk Azaltma Planını’ (TARAP) ve afet sonrası iyileştirme fazına odaklanan Türkiye Afet İyileştirme Planını (TAYSİP) oluşturma çalışmalarına devam ediyor.

TAMP, müdahaleyi hızlı ve planlı şekilde gerçekleştirerek hayat kurtaracak ve yaşamı normale döndürecek bir afet müdahale sistemidir. Afet öncesi, sırası ve sonrasındaki müdahale planlaması temel prensiplerine ilişkin referans noktasıdır. Müdahale çalışmalarında görev alacak hizmet grupları ile koordinasyon birimlerinin rol ve sorumluluklarını tanımlayan ana kaynaktır.

TARAP ise ülke genelindeki tüm risklerin tespiti ve topyekûn azaltılmasında yol haritası görevini üstlenecek. Planın yürürlüğe girmesinden sonra bugüne kadar yürütülen risk azaltma çalışmaları, makro düzeydeki stratejik yaklaşımın birer parçası olarak devam edecek.

Türkiye’nin deprem yol haritası olan Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı 2023’ü (UDSEP - 2023) yürürlüktedir.

Türkiye Afet Müdahale Planı TAMP ile entegre şekilde çalışarak afetlerin dijital platform üzerinden yönetilmesini sağlayan Afet Yönetim Karar Destek Sistemi’ni (AYDES) AFAD tarafından geliştirilmiştir.

AFAD ülke genelinde 25 AFAD Lojistik Merkezini kurmuş olup, şimdi lojistik merkez sayısının 27'ye çıkarılması planlanıyor.

AFAD 'Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri'nin birbirleri ile kesintisiz ve emniyetli iletişim sağlamaları için aşamalı bir haberleşme sistemi olan Kesintisiz ve Güvenli Haberleşme Sistemi'nin (KGHS) yaygınlaştırılmaya çalışıyor.

'Bütünleşik Afet Tehlike Haritalarını' hazırlanıyor. İllerin heyelan, çığ ve kaya düşmesi tehlikelerinin tek bir haritada görülebileceği proje ile şehir şehir risk analizlerini belirlemeyi hedefliyoruz.

Ülke genelinde yaklaşık 2 bin profesyonel arama kurtarma personeli ve hafif, orta ve ağır tonajlı arama kurtarma taşıtları bulunmaktadır.

Olası afet bölgelerinde yerinde eşgüdüm sağlamak için Mobil Koordinasyon Merkezi, Olası afet bölgelerinden anında görüntü aktarımı sağlamak için Görüntü Aktarım ve Haberleşme Aracı, Toplumun afet bilincini arttırmak ve yurdun her köşesine ulaşmak için Mobil Afet Eğitim Merkezi kullanılmaktadır.

Vatandaşlarımızın afet risklerinin farkına varmaları ve hazırlık yapmaları için "Afete Hazır Türkiye Eğitim Kampanyasını" yürütülmeye devam etmektedir.

Afete Hazır Türkiye kapsamında, Afete Hazır Aile, Afete Hazır Okul, Afete Hazır İşyeri ve Afete Hazır Gençler modülleri ile bugüne kadar yaklaşık 11 milyon vatandaşımıza ulaşıldı.

AFAD Deprem Dairesi, bugün 977 deprem gözlem istasyonu ile Türkiye ve bölgemizdeki depremleri 7/24 takip ve analiz ediyor. AFAD Deprem Gözlem Ağları, Avrupa'nın 2. büyük deprem gözlem ağıdır. AFAD Deprem Gözlem Ağları, ülkemizdeki en büyük ve gelişmiş ağlarıdır. Ayrıca dünyanın en büyük ilk on deprem gözlem ağı arasında yer almaktadır.



## AFETLERDE BESLENME

### Nutrition in Disaster

Dyt. Serhat HEPCİN\*

\*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

ÖZET	ABSTRACT
<p>Bir toplumun en önemli ihtiyaçlarından biri olan sağlık, o toplumun gelişmişliğini, huzurunu ve kalkınmasını belirleyen temel unsurdur. Afet durumlarında da zamanında, temiz ve yeterli besine ulaşmak en önemli sorunların arasında yer almaktadır. Temiz ve yeterli besine ulaşamama durumunda oluşabilecek hususların başında salgın hastalıklar ve enfeksiyonlar gelmektedir.</p> <p>Salgınlara yol açan en önemli etken içme ve kullanma suyu eksikliğidir. Kullanma sularının uygun yöntemlerle klorlanarak mikroorganizma tehdidinin asgari düzeye çekilmesi gerekmektedir. Su sağlamada şebeke suyu ve merkezi dağıtım gerekli incelemeler yapıldıktan sonra tercih edilmelidir.</p> <p>Afet durumlarında dikkat edilmesi gereken bir diğer husus uzun süreli açlık sonrası beslenmedir. Uzun süreli açlıklar ve yetersiz beslenme sonrasında malnütrisyon gözlemlenebilir. Refeeding (yeniden beslenme) sendromu şiddetli malnütrisyon ve açlığın ardından hızlı beslenme ile ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden kardiyovasküler, pulmoner, hepatik, renal, nöromusküler, metabolik, ve hematolojik özellikleri olan ağır bir tablodur. Bu tür hastalarda öncelikle dehidratasyon durumu değerlendirilmeli, elektrolit dengesizliği tedavi edilmeli sonra kontrollü bir beslenme programı uygulanmalıdır.</p> <p>Afet durumlarında özel bir beslenme tedavisi uygulaması gerektiren bir başka durum yara ve yanıklardır. Makro ve mikro nütrientler açısından yetersiz, artmış enerji ihtiyacını karşılayamayan beslenme şeklinin yara ve yanıkların iyileşme süresini uzattığı belirlenmiştir. Oral alımla enerji ihtiyacını karşılayamayan hastalarda enteral veya parenteral beslenme desteği uygulanabilir.</p> <p>Afet sonrasında yapılan kurtarma çalışmalarının yanında, afetzedelere uygulanan tedavi ve beslenme yöntemleri de büyük önem taşımaktadır. Dengesiz ve düzensiz uygulanan beslenme yöntemlerinin ise ölüme kadar gidebilecek klinik tablolara sebebiyet verebileceği unutulmamalıdır.</p>	<p>Health, which is one of the main necessities of a society, is the main determinant of society's development which determines the society's level of development and peace. During disasters, obtaining clean and adequate food on time is one of the most important problems. In case of lack of clean and adequate food, major problems like epidemic diseases and infections may occur.</p> <p>The main reason causing the epidemics is lack of drinking and using water. It is needed to chlorinate the water using the appropriate methods and keep the microorganism threat at the lowest level. Tap water and central water distribution should be preferred after necessary examinations.</p> <p>During disasters, another subject to be considered is the nutrition after starvation. Malnutrition may be seen after starvation and undernourishment. Refeeding syndrome is a heavy situation which occurs after a rapid nutrition following malnutrition and starvation and causes cardiac, pulmonary, hepatic, renal, neuromuscular, metabolic and haematological problems. In this kind of situations, dehydration should be taken into consideration, electrolyte imbalance should be cured and then a controlled nutrition should be applied.</p> <p>During disasters, another situation requiring a special nutrition treatment is wounds and burns. It is determined that nutrition type which doesn't meet the increased energy requirements and is inadequate in terms of macro and micro nutrients, extends the recovery process. If the patient's energy requirements can not be met by oral intake, enteral and parenteral nutrition can be applied.</p> <p>After disaster, beside the rescue operations, treatments and nutrition processes applied to victims are also very important. It should be remembered that unbalanced and irregularly applied nutrition methods may cause clinical pictures causing even to death.</p>
<b>Anahtar Kelimeler:</b> Malnütrisyon, yara, afet	<b>Keywords:</b> Malnutrition, wound, disaster,

## AFETLERDE BESLENME

Bir toplumun en önemli ihtiyaçlarından biri olan sağlık, o toplumun gelişmişliğini, huzurunu ve kalkınmasını belirleyen temel unsurdur. Sağlığın temelini ise yeterli ve dengeli beslenmenin oluşturduğu herkes tarafından kabul edilen bir gerçektir (1).

Afet durumlarında zamanında, temiz ve yeterli besine ulaşmak en önemli sorunların arasında yer almaktadır. Temiz ve yeterli besine ulaşamama durumunda oluşabilecek hususların başında; tüm afetzedeleri etkileyen salgın hastalıklar, yaralanma ve travmalara bağlı oluşabilecek infeksiyonlar gelmektedir.

### **Salgın Hastalık Durumlarında Beslenme**

Salgınlara yol açan en önemli etken içme suyu eksikliğidir. Su mikroorganizmalar için tam bir yaşam alanı olmasa da çok iyi bir taşıyıcıdır. Bu sebeple, afet bölgesine her şeyden önce sağlıklı içme suyu tedariği önem arz etmektedir.

Kullanma suları da uygun yöntemlerle klorlanarak mikroorganizma tehdidinin asgari düzeye çekilmesi gerekmektedir. Bu yöntem 200ml çamaşır suyu/1litre su şeklinde hazırlanmış çözeltilinin kullanma suyunun her litresine 3-5 damla damlatılarak kullanılmasıyla gerçekleşmelidir (2).

İçme ve kullanma için su temini kişi başına günlük 15-40 litre olacak şekilde ayarlanmalıdır. Su sağlamada şebeke suyu ve merkezi dağıtım ise gerekli incelemeler yapıldıktan sonra tercih edilmelidir (3).

Daha önce yaşanan 17 Ağustos depremi sonrasında ortaya çıkan ishallerin, salgın bir hastalık olmadığı ortaya konmuştur (4). Bu durumun beslenme alışkanlıklarının değişmesiyle ortaya çıktığı belirlenip, buna afet sonrası gelen yardımlara bağlı bebeklerdeki mama değişiklikleri, besinlerin taşınması, dağıtılması ve depolanması konusunda yapılan hataların sebep olabileceği düşünülmektedir.

### **Uzun Süreli Açlık Ve Tedavi Yöntemi**

#### **1. Açlık**

Açlık; gıda, enerji, makro ve mikronütrientlerin alımında şiddetli azalma durumu olarak tanımlanabilir. Kişinin açlığa yanıtını etkileyen birçok faktör olduğu için açlık sürecindeki değişiklikleri insanlar üzerinde takip etmek güçtür. Bu faktörler yaş, açlık öncesi kilo, açlık öncesi yağ dokusu, karaciğer ve renal fonksiyon durumu, kardiyak performans ve ek hastalıklar olarak sıralanabilir (5).

## 2. Açlığın Evreleri

**a. Erken Açlık (1-7 gün):** Yağ asitlerinin enerji kaynağı olarak öneminin arttığı evredir. Beyin yakıt olarak keton cisimciklerini kullanır. Glikoz, birincil olarak aminoasit ve gliserolden glukoneogenez ile üretilmeye başlanır.

**b. Devam Eden Ara Dönem Açlık (1-3 hafta):** Yağ asitleri ve keton cisimcikleri kas ve böbreklerin esas enerji kaynağı haline gelmeye başlamıştır. Yağ dokusu lipolizi ve hepatik ketogenez artar.

**c. Uzamış Açlık (>3 hafta):** Yağ asitleri ve keton cisimcikleri kas ve böbrekler için esas enerji kaynağı olmuştur. Yağ dokusu trigliseridleri başlıca enerji kaynağıdır. Kas proteolizi ve hepatik glukoneogenez çok azalır (5).

## 3. Klinik Tablo

Açlık ilerlemesiyle kan basıncı düşer, nabız yavaşlar, kardiyak pompa gücü ve atım hacmi azalır. Hipotermi gözlemlenmeye başlanır (6,7). Kas ve yağ dokusu kayıpları artar. Deri soğur ve kurulaşır, elastikiyetini kaybeder. Ödem gözlemlenmeye başlar. Yetersiz sıvı alımı ile dehidratasyon görülür. Albümin düzeyleri düşer. İnfeksiyonlara duyarlılık artar, vücut direnci düşer. İlk haftalardan sonra duyu kayıpları görülmeye başlanır. Kişilik, hafıza ve duygulanım değişikliklerinin ardından komaya kadar giren klinik bir tablo söz konusudur (5,7,8). Uzun süreli açlığa maruziyet sonucunda bir beslenme yetersizliği olan malnütrisyon gözlemlenebilir.

### a. Malnütrisyon

Malnütrisyon; bir veya daha çok besin öğesinin eksik veya dengesiz alınması sonucu ortaya çıkan patolojik bir durumdur. Bu durum protein yetersizliği, enerji yetersizliği ya da her ikisinin birlikteliği ile beraber olabilir (9).

Afet sonrası travma (yanık, künt kafa travması vb.) geçiren hastaların sıklıkla ciddi derecede artan stres metabolizması nedeniyle malnütrisyon riski yüksektir. Yüksek proinflatuvar sitokin aktivitesi, artmış katekolamin ve kortikosteroid salınımı, insüline direnç, besin tüketiminin azalması veya hiç olmaması ve bunların kombine etkisi vücut enerjisinde hızlı bir düşüşe neden olur (10).

Sadece sıvı ve elektrolit alınan açlıklardan sonra yüksek kalorili beslenme şekli, yeniden beslenme sendromu olarak adlandırılan ve ölümlü sonuçlanabilen bir tablo ortaya çıkarabilir (5,8).

### b. Refeeding (Yeniden Beslenme) Sendromu

Şiddetli malnütrisyon ve açlığın ardından hızlı beslenme ile ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden kardiyovasküler, pulmoner, hepatik, renal, nöromusküler, metabolik, ve hematolojik özellikleri olan ağır bir tablodur (11). Refeeding Sendromu'nda sorun karbonhidrat alımı ile başlar. Karbonhidratların hızlı alınmasıyla su ve sodyum atımı azalır, ödem, hipofosfatemi,

hipokalemi, hipomagnezemi, aritmi, kalp yetmezliği görülür. Ayrıca karbonhidratın hızlı alımı ile B1 vitamini eksikliğinde Wernicke Ensefalopatisi tablosu oluşur (11,12).

Refeeding sendromu için risk faktörleri sıralandığında;

- BKi <16 olması, vücut ağırlığının %15'ini kaybetmiş olması, 10 günden uzun süredir açlığa maruz kalmış olması, plazma potasyum, magnezyum, fosfor düzeyinin düşük olması gibi faktörlerin en az birinin bulunması
- BKi <18.5 olması, vücut ağırlığında %10-15 kaybın olması, 5-10 gün süreyle açlığa maruz kalınması, alkolizm, insülin, kematerapötik, diüretik kullanım öyküsünün olması gibi faktörlerin en az ikisinin bulunması (12).

### **b. Refeeding Sendromu Risklerinin Belirlenmesi ve Tedavisi**

Vücut ağırlığının %10'dan fazlasını kaybeden veya ideal vücut ağırlığının %70'inin altında olan hastalar yeniden beslenme sendromu açısından büyük risk altındadırlar.

Öncelikle dehidratasyon durumu açısından değerlendirilmeli, elektrolit dengesizliği tedavi edilmelidir. Günlük en fazla 1 litre sıvı alımı ile başlanmalı, renal ve kardiyak performans takip edilmelidir. Günlük kalori ihtiyacının en fazla yarısı veya en fazla 20 kkal/kg/gün ile beslenmeye başlanmalıdır. Protein alımı 1-1.5 g/kg/gün olacak şekilde hesaplanmalı, karbonhidrat alımı sınırlandırılmalıdır. Elektrolit düzeyleri normal değerlere ulaştığında 2-3 günde bir 200 kkal değerinde kalori artımı yapılmalıdır. Kilo kazanımı günde 200 gr olacak şekilde hesaplanmalıdır (12).

### **Yara ve Yanık Durumlarında Riskler Ve Tedavi Yöntemleri**

Yara, organizmada ciddi stres oluşturan anatomik, fizyolojik, endokrinolojik ve immünolojik değişikliklerle ilişkili özel bakım gerektiren klinik bir tablodur (13).

Yanıkla birlikte bazal metabolizma hızı ve oksijen tüketiminde belirgin bir artma, protein ve yağ dokusu yıkımı ve glikoz kullanımında artma dikkati çeker. Bu tip hastalarda artmış enerji gereksinimi durumu söz konusudur. Artmış enerji gereksiniminin karşılanamadığı durumlarda yetersiz beslenme, malnütrisyon, yara iyileşmesinde azalma gibi risklerle karşılaşmaktadır.

Yanık hastalarının erken dönemden başlayarak etkin ve uygun şekilde beslenme desteğinin yapılması son derece önemlidir. İlk olarak tercih edilmesi gereken beslenme yolu enteraldir. Özellikle, total vücut alanının %15-20'sinden fazlası yanık olan hastalarda erken ve yoğun enteral beslenme uygulanmalıdır. Tüple beslenen tüm hastalarda rezidü ölçümü yapılmalıdır. Ancak, herhangi bir nedenle enteral yolla beslenemeyen hastalarda parenteral beslenme tercih edilmelidir. Yanık yüzeylerinin %90'ı kapanıncaya kadar veya kalori gereksiniminin tamamını oral yolla karşılayana kadar beslenme desteğine devam edilir.

Uygulanan beslenme protokolünün yeterli olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Artmış kalori ihtiyacı olan bu tip hastalarda önerilen kalori dağılımının %60'ı karbonhidratlardan, %20'si yağlardan, %25'i proteinlerden gelecek şekilde olmalıdır. Ana besin öğeleriyle birlikte immün sistemi güçlendirici ürünlerin eklenmesinin yanık tedavisinde önemli rolü vardır. Arginin, glutamin, balık yağı, bazı vitamin ve minerallerin beslenmeye eklenmesiyle yanığa bağlı inflamatuvar ve sitokin cevabının azaldığı, yara iyileşmesinin hızlandığı, kas kaybının azaldığı ve infeksiyon riskini azalabildiği bilinmektedir. Stres durumlarında arjinin ve glutamin ihtiyacı artmaktadır. On günün üzerinde 0.3 g/kg/gün enteral glutamin kullanımı sonrası yara iyileşmesinin hızlandığı gözlemlenmektedir (14).

Yanıklı hastalarda bütün vitamin ve minerallerin eksikliği söz konusu olsa da çinko, vitamin C, A, E ve folat eksikliği ayrı öneme sahiptir. Yara iyileşmesi, protein sentezi ve hücre yenilemede bunların replasmanı çok önemlidir. Ayrıca kemikten yumuşak dokuya kalsiyum geçişi söz konusu olduğu için iyonize kalsiyum düzeyi takibi yapılmalıdır. Hasta hipomagnezemi ve hipofosfatemi açısından da takip edilmelidir.

Yanık hastalarında metabolik ihtiyaçları ve yara bölgesinden oluşan kayıpları karşılamak için, yüksek protein ihtiyacı söz konudur. Yüksek proteinli beslenme ile yara iyileşmesi hızlanmakta, infeksiyon oranları ile kasta aşırı protein katabolizması azalmakta ve sağ kalım artmaktadır. Günlük protein gereksinimi; altı aydan küçük bebeklerde 4.4 g/kg, 6-24 ay çocuklarda 4.0 g/kg, diğer hastalarda genel olarak 3.0 g/kg olarak önerilmektedir. Fazla protein böbrek için ek yük oluşturabilir. Enerji ise esas olarak karbonhidratlardan sağlanmalı, kalori miktarı protein dışı besinlerden hesaplanmalıdır. Ancak yanıklı hastalarda hedeflenen miktarın verilememesi başlıca sorunlardan birisidir. Bu sebeple yanıklı hastalarda beslenme desteğinin izlem ve tedavisinin önemi unutulmamalıdır (15).

## **Sonuç**

Afet sonrasında yapılan kurtarma çalışmalarının yanında, afetzedelere uygulanan tedavi ve beslenme yöntemleri de büyük önem taşımaktadır. Kurtarılan afetzedelerin yara, yanık, açlık, dehidratasyon ve önceden var olan kronik hastalıklar yönünden değerlendirilip, buna uygun beslenme tedavisi uygulamak iyileşme sürecini hızlandırmaya yardımcı olmaktadır. Dengesiz ve düzensiz uygulanan beslenme yöntemlerinin ise ölüme kadar gidebilecek klinik tablolara sebebiyet verebileceği unutulmamalıdır.

## **Kaynaklar**

1. Baltacı G, Ersoy G, Karaağaoğlu A ve ark, Ergenlerde sağlıklı beslenme, hareketli yaşam. Sinem Matbaacılık, Ankara, 2006;1
2. Deprem ve İnfeksiyon, Dr. Semra Çalangu
3. Afet Durumlarında Beslenme Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı, TSHGM, 2002.
- 4 Vahaboğlu H. Marmara depreminden sonra yürütülen salgın kontrol ve surveyans çalışması. Ankem Derg 2001; 15: 657-60

5. Barendregt K, Soeters P, Allison S, Sobotka L. Basics in clinical nutrition: Simple and stres starvation. *Eur e-J Clin Nutr Metab* 2008; 3: 267-271.
6. Altun G, Ugur-Altun B, Altun A, Azmak D. Sudden Cardiac Death in a Hunger Striker. *Cardiology* 2003; 100:107-108.
7. Altun G, Akansu B, Altun BU, et al. Deaths due to hunger striker: post-mortem findings. *Forensic Sci Int* 2004; 146: 35–38.
8. Macdonald RS, Smith RJ. Starvation. In: Becker KL; ed. *Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:1247-1251.
9. Tresley J, Sheean PM. Refeeding Syndrome: Recognition is the key to prevention and management. *J Am Diet As* 2008; 108: 21052108.
10. Kumar S, Olson DL, Schwenk WF. Part I. Malnutrition in the pediatric population. *Dis Mon* 2002;48(11):703-12.
11. Gariballa S. Refeeding Syndrome: A potentially fatal condition but remains underdiagnosed and undertreated. *Nutrition* 2008; 24: 604-606.
12. Jeejeebhoy KN. Malnutrition, fatigue, frailty, vulnerability, sarcopenia and cachexia. *Curr Op Clin Nutr Metabol Care* 2012;15:213-9.
13. Newsome, T, Mason A, and Pruitt B. Weight loss following thermal injury. *Ann Surg* . 1973;178:0-0.
14. Boelsma E, Hendriks FJ, Roza L. Nutritional skin care; Health effects of micronutrients and fatty acids. *Am J Clin Nutr*. 2001;73:853-64
15. Sökülmez Kaya P, Özenoğlu A. *Cilt Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. Tüfekçi Alphan E. ed *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*, Ankara, 2013:867-910.

## CORPORATE GOVERNANCE TOWARDS ENHANCING CORPORATE FINANCIAL OUTCOMES

Tariq Tawfeeq YOUSİF ALABDULLAH\*, Essia Ries AHMED\*\*, Mohamed Ibrahim  
NOR\*\*\*, Azlan AMRAN\*\*\*\*

\*Accounting Department, College of Administration and Economics, University of Basrah, Iraq

\*\*Graduate School of Business, Universiti Sains Malaysia, Malaysia

\*\*\*Faculty of Management Sciences, SIMAD UNIVERSITY, Mogadishu, Somalia

\*\*\*\*Graduate School of Business, Universiti Sains Malaysia, Penang, Malaysia

### ABSTRACT

The study examines the role of corporate governance on enhancing outcomes of Jordanian non-financial companies. The Corporate Governance impact has been used to assess the outcomes of Jordanian non-financial companies for the year 2016. The return of assets (ROA) and return on equity (ROE) have been utilized to measure the nonfinancial companies' outcomes (performance). The findings revealed that there is a significant and positive relationship between corporate governance represented by foreign ownership and non-financial companies' outcomes represented by return of assets (ROA). Better corporate governance is related to better outcomes. On the other hand, the authors also have found insignificant relationship between foreign ownership and return on equity (ROE). Such findings lay a basis for policymakers and academic to make necessary changes and procedures to focus on corporate governance (i.e. role of Board of foreign ownership issue) of non-financial companies in Jordan in the current ownership restructure of the non-financial companies' system. Therefore, the current study provides practical evidence in emerging markets, including several parties like policy makers, especially in Jordanian Hashemite kingdom.

**Keywords:** governance, financial outcomes

## DOES EFFECTIVE HOUSEHOLD FINANCIAL MANAGEMENT ALLEVIATE DOMESTIC VIOLENCE?

Mohamed Ibrahim NOR\*, Tariq Tawfeeq YOUSIF ALABDULLAH\*\*, Essia Ries  
AHMED\*\*\*

\*Faculty of Management Sciences, SIMAD UNIVERSITY, Mogadishu, Somalia

\*\*Accounting Department, College of Administration and Economics, University of Basrah, Iraq

\*\*Graduate School of Business, Universiti Sains Malaysia, Malaysia

### ABSTRACT

Domestic violence is a common social ailment in many households today and it can come in many forms such as physical or emotional. While it's imperative to investigate domestic violence and its common causes, finding an effective preventive measure is extremely important. The objective of this study is to investigate the relationship between effective household financial management and domestic violence. This study employs a qualitative method by utilizing an in-depth interview. About 20 interviewees will participate in this study. To investigate the issue convincingly, the interviewees were selected from different categories of the society in Mogadishu, Somalia. This study is expected to contribute significantly in the fight against domestic violence by providing some preventive measures.

**Keywords:** domestic violence, financial management, financial planning, household



## FORENSIC ACCOUNTING AND FRAUD RISK ASSESSMENTS

Essia Ries AHMED\*, Tariq Tawfeeq YOUSİF ALABDULLAH\*\*, Mohamed Ibrahim  
NOR\*\*\*, Fathyah HASHİM\*\*\*\*

\*Graduate School of Business, Universiti Sains Malaysia, Malaysia

\*\*Accounting Department, College of Administration and Economics, University of Basrah, Iraq

\*\*\*Faculty of Management Sciences, SIMAD UNIVERSITY, Mogadishu, Somalia

\*\*\*\*Graduate School of Business, Universiti Sains Malaysia, Penang, Malaysia

### ABSTRACT

Previous studies in accounting has shown that much attention has been dedicated to manipulating and fraud risk related issues. Unfortunately, these studies found that auditors are poor assessors of fraud risk and as a result failed to detect fraud in financial statements. Thus, the main objective of this paper is to elaborate the importance of fraud risk assessments adopted in financial data regard to forensic accounting. The application and mechanics of fraud risk assessments discussed related to the implementation of the current practices of forensic accounting that adopted in firms.

**Keywords:** *forensic accounting, fraud, risks assessments.*

## ÇOCUK VE GÜVENLİK

Gökberk GEÇİOĞLU\*

\*Gazi Üniversitesi Vakfı Okulları 7. Sınıf Öğrencisi, Ankara

### Evde Yalnız Kalan Çocuk Güvenliği

Çoğu devletin, bir çocuğun evde yalnız bırakılma yaş sınırını tanımlayan yasaları yoktur. Bir çocuğun evde yalnız kalmasına izin verme kararı bireysel olarak ebeveynlere düşmektedir. Çocuğun olgunluğuna ve rahatlığına göre değişebilmekle birlikte genellikle sekiz yaşın altındaki hiçbir çocuk herhangi bir zaman için yalnız bırakılmamalıdır.

“Latchkey children” (anahtarlı çocuklar); Bu terim, anne ve baba işten eve dönene kadar kendilerine bakmak için boş bir eve dönen okul çağındaki çocuklar için kullanılır. Evlerine girebilmek için anahtar taşırlar ve bu büyük bir sorumluluktur.

Ebeveynler, çocuklarının evde yalnız kalma sorumluluğunu üstlenmeye hazır olup olmadığını değerlendirmek zorundadır. Çocuğun önce 15-20 dakika gibi kısa sürelerde yalnız bırakılmaya başlanması, hazır olup olmadıklarını değerlendirmek için uygun bir yöntem olabilir. İyi bir performans sergiliyorsa, 12 yaş altındaki çocuklar için bu süre kademeli olarak arttırılabilir.

#### □ Ebeveynler İçin Güvenlik İpuçları

Çocuğunuza tek başına evde kalmak için gerekli güvenlik kurallarını öğretirken, gereksiz yere korku aşılardan kuralların önemini vurgulamak önemli ve gereklidir.

- Aile üyeleri, güvenilir arkadaş ve komşular, acil durum numaralarını içeren bir listeyi kolay ulaşabileceği bir yerde bulundurmak ve varsa cep telefonuna mesaj olarak göndermek uygun olabilir.
- Çocuğunuzun sizin ve kendisinin telefon numarasını ve adresini bildiğinden emin olmalı. Bunlar önemli numaralar listesinde yazılmalı. Listede yer alıyorsa, çocuk acil durumlarda telefon operatörüne yüksek sesle kolayca okuyabilir.
- Çocuğun evden uzakta olduğunda cep telefonu ve / veya iş numarası da dâhil olmak üzere ebeveyniyle iletişim kurabileceğinden emin olunmalı. Mesajların sık sık kontrol edilmeli ve çocuğun çağrılarına hemen geri dönüş yapılmalı.
- Evde ilk yardım çantası buldurulmalı. Çocuklara temel ilk yardımı öğretilmeli.
- Evde çalışan duman dedektörleri olduğundan emin olunmalı ve çocuğa yangın durumunda ne yapacağı öğretilmeli. Çocuklara yangın tahliye rotaları gösterilmeli.
- Elektrik kesintisi durumunda bir el feneri ve pilleri kolayca erişilebilen bir yerde saklanmalı. Çocuğun nerede bulunabileceği gösterilmeli.

- Yetişkin gözetimi olmadan yapılmaması gereken yemek türleri belirlenmeli.
  - Çocuklar aranıp ve kontrol edilmeli. Geç kalınıyorsa daima haber verilmeli.
- Çocuklar İçin Güvenlik Önerileri
- Kimsenin eve girmesine izin vermeyin. Kapıyı yabancılara açmayın.
  - Çağruları görüntülemek için arayan kimliği veya telesekreter kullanın. Telefona cevap verirken, arayanlara asla evde yalnız olduğunuzu söyleme. Annenin / babanın meşgul olduğunuzu ve onların geri arayacaklarını söyle.
  - Tüm kapıları ve pencereleri kilitli tutun.
  - Eğer boş bir eve geliyorsanız - açık veya kırık pencere veya kapılar veya başka bir zorla girme işareti varsa, eve asla girmeyin. Güvenilir bir komşudan yardım alın.
  - Ebeveynler eve dönene kadar evde kalın. Arkadaşlarınızı davet etmeyin.
  - Ebeveynlere korkularınızı veya endişelerinizi mutlaka bildirin.

### Çocuk Okulda Güvende mi?

Çocuklarınızı okulda bırakarak rahat mısınız? Okullar ne kadar güvenli? Çocuklarınıza Güvenli Davranış uygulamalarında yardımcı olmak için neler yapabilirsiniz?

Onları okula kaydetmeden önce onları hazırlayarak yardımcı olabilirsiniz. Ebeveynlerin sahip olduğu en büyük endişelerden biri çocuğun okuldaki şiddet eylemlerinden korunup korunmadığını bilmektir.

- Çocuklar İçin Okul Güvenliği İpuçları
- Çocuklarınızın ve kendinizin okul personeliyle tanışmasına izin verin. Çocuklarınız personele aşina olur ve oraya ait olduklarını bilirler. Yabancılarla konuşmaktan kaçınmasını öğretin.
  - "Sayılardaki güvenlik". Bu okulda da geçerlidir. Çocuğunuzu arkadaşlarıyla grup halinde kalmayı öğretin, bu davranış bazen çocukların zorbalığa maruz kalmasını önleyebilir.
  - Koridorlarda harcanan süreyi, tuvalete gitme süresini kısaltın.
  - Çocuklarınızın kiminle arkadaş olduğunu öğrenin. Çocuklarınızla konuşun ve öfkeyle ilgili sorun yaşayan çocuklardan kaçınmalarını öğütleyin. Başkalarının eşyalarını almaya eğilimli çocuklardan uzaklaşmalarını tavsiye edin.
- Her şeyden önce, sıradan olmayan davranışları ve durumları size bildirmelerini söyleyin. Örneğin;
- Okula silah ve bıçak getiren çocuklar
  - İlaçlar veya madde kullanımı
  - Saldırganlık gibi,

Çocuklarınıza, bu tür olayları bildirmelerinin kötü bir şey olmadığını (İspyonculuk) anlatın. Onların ve arkadaşlarının güvende olmasını sağlayacağını öğretin. Herkes güvende!

Bu okul güvenliği sorunları hakkında çocuklarınızla konuşun. Çocuklarınızla güvenilir bir ilişki kurmanız önemlidir.

Okul güvenliği ile ilgili diğer konular şunları içerebilir:

- Şiddet ve Çeteler
- Afet durumları
- Okullarda İlaçlar
- Okul Bahçesi Güvenliği
- Okulda Sağlık ve Güvenlik

### **Çocuklar İçin Sokak Güvenliği**

Çocuklarınızla birlikte ebeveynler olarak sokak güvenliği hakkında bilgi edinebilir ve karşılaşılabileceğimiz birçok tehlikenin farkında olabilirsiniz. Çocuklarınıza sokakları kullanarak yaya olarak ulaşım sağladıkları durumlar için öğretilebilecek bazı kurallar;

- Mümkünse bir grup arkadaşla birlikte yürüyün,
- Nereye gittiğinizi tam olarak bilin ve gezinmeden doğrudan hedefe gidin,
- O dakika bir yerde olmanız ve geç kalmış olduğunuz izlenimini verin.
- Daha yoğun bölgelerde kalın. Kaldırımın ortasında yürüyün. Terk edilmiş veya boş binalardan kaçının. Asla kısa yoldan gitmeyin.
- Birinin yanlış bir şey yaptığını görürseniz diğer yöne doğru gidin.
- Tehlikede hissediyorsanız ya da bir şeyler olacağını düşünüyorsanız, kalabalık bir bölgeye gidin ya da saklanın ve yardım isteyin.
- Daha önce de belirtildiği gibi asla kısa yoldan gitmeyin. Her gün okula gidip gelmek için aynı yolu kullanın.
- Asla yabancılarla konuşma!
- Sokaklarda yürürken çocukların nereye gittikleri üzerinde odaklanmaları için her türlü dikkat dağınıklığını önlemeleri gerekir. Bu özellikle yürürken telefonla oynamayın.
- Bir sonraki kural, ebeveynler için; çocuğunuza sadece acil aramalar için bir cep telefonu verin.

### **Çocuk Elektrik Güvenliği**

Elektrik, günümüz dünyasında önemli bir teknolojidir. Elektrik sadece ışıkların açık kalmasını sağlamaz, evinizin özünü ve kalbini çalıştırır. Onsuz yaşayamayız. Ancak elektrik, özellikle etrafta küçük çocuklar olduğunda çok tehlikeli olabilir.

Elektrikli aletleri ve elektriği gerektiren eşyaları kapsayan şeylerin hepsi, küçük parmaklar ve küçük ağızlar için çok ilginç ve tehlikelidir. Evinizde çocuk elektrik güvenliğini en üst düzeye çıkarmak için bilmeniz gereken ve evinizde uygulayabileceğiniz birkaç temel şey var.

#### Çocuk Güvenlik Cihazları;

- Tüm prizlerde çocuk güvenlik soket kapakları olmalıdır.
- Çocuk odalarındaki ışığın çekme ipi ile çalışması hem çocuğa bir özgürlük verecektir hem de onu elektrik anahtarından uzak tutacaktır. Pille çalışan aydınlatmalar da kullanılabilir.
- Çocuğunuza prize veya elektrikli nesnelerin içine bir şey sokmaması gerektiğini öğretin. Bunu uyarıcı resimler göstererek veya asarak yapabilirsiniz.
- Evinizdeki tüm kablo kutularının ve elektrik kutularının kilitlendiğinden ve anahtarın yalnızca yetişkinlerin erişebileceği güvenli bir yerde olduğundan emin olun.
- Elektrik güvenliği açık havada da geçerlidir. Çocuklarınızın güç hatlarına, kulelere veya kamu hizmetlerine yakın ağaçlara tırmanmasına izin vermeyin. Aynı şekilde, çocuklarınızın denetimsiz veya herhangi bir elektrik hattına veya elektrik kulelerine yakın uçurtma uçurmasına izin vermeyin.
- Çocuklarınızı yeterince büyüdüklerinde kabloları nasıl çıkartabileceklerini gösterin. Kabloyu kablodan değil fişten çekmeyi bilmelidirler.
- Çocuğunuza, babasının oynadığı eğlenceli güç araçlarının oynayacağı oyuncak olmadığını öğretin. Kilitli ve erişilemez halde tutunuz. Çocuğunuzun bu araçlar için gerçek bir cazibesi varsa, evdekilerle eşleşen oyun araçlarını satın alın, böylece tıpkı Baba gibi yetişkinlere yardımcı olacak şeyler oynatabilirler.
- Evdeki elektrik kablolarının çocukların ulaşamayacağı şekilde toplandığından emin olun.
- Bir ısıtıcı kullanıyorsanız, kabloları çocukların üzerinde çekip çıkaramayacak şekilde uzak tutun. Isıtıcıyı duvara yaslayın, böylece kablolar çocuklarınızı ilgilendirmez.
- Evde yıpranmış hasarlı kablo veya elektrik kabloları olmamalıdır. Bu kabloları, fark ettiğiniz anda atın ve değiştirin.
- Çocuklarınızın, daha yaşlı olsalar bile, ampulleri değiştirmeye çalışmasına izin vermeyin. Eğer genç yaşlarındalarsa, bunu yapmaları güvenli olacaktır, ancak bir ampülü soğuyana kadar ve lambanın fiziki olarak kapanmadığını bildiğinden emin olun.
- Çocuğunuzun odasında perdelerin veya yatak örtülerinin yakınında gece lambası bulunmamalıdır. Bu sadece yangın tehlikesidir.
- Banyoda elektrikli cihaz bulundurmuyun. Aynı şekilde, çocuklarınızın elleri ıslaksa herhangi bir cihaza dokunmamalarını öğretin.

- Eğer elektrikli ısıtıcı kullanıyorsanız mobilyalarınızı ısıtıcıları gizlemek için yeniden düzenleyin ve onları gözlerden uzak tutun. En ilginç oyuncaklarla odanın ortasında ve ısıtıcıların uzağında geniş bir oyun alanı oluşturmayı da düşünebilirsiniz.
- Kullanılmayan tüm cihazları fişten çekin. Saç kurutma makineleri ve hatta kahve makineleri gibi aletler tüm renkli düğmeleri olan aletler çocuklar için çok çekici olabilir. Kabloları çıkarın ve kabloları erişilemeyecek şekilde uzak tutun.
- Çocuklarımıza bu becerileri erken yaşta öğretmek onları güvende tutacak, böylece endişelenmemize gerek kalmayacak.

### **Çocuklar ve Trafik**

İstatistiklere göre motorlu taşıtlarla ilgili çocuk ölümlerinin % 30'dan fazlası çocuğun araç yolunda oynaması sonucu meydana gelmektedir. Bu durumların %75'ten fazlasında ise sürücü çocuğun kendi ebeveyni olmaktadır. Bunun için alınacak en güzel önlem çocuklara garaj veya otopark gibi alanlarda oynamak yerine daha güvenli olan alanlarda oynaması gerektiğini öğretmektir. Çocuğunuzun karanlıkta dışarıda oynamasına izin vermeyin.

Anahtarınızı kontağa sokmadan önce aracınızın etrafında gezinin. Oyuncakların araba yolunda olmasına izin vermeyin ve çocuklarınızın park halindeki bir aracın etrafında veya arkasında asla oynamamalarını sağlayın.

### **Çocuk Su Güvenliği İpuçları ve Kuralları**

Boğulma olaylarının çoğu, bir çocuk havuza düştüğünde veya küvette yalnız bırakıldığında meydana gelir. Bir çocuğu asla suya yakın bir yerde bırakmayın. Çocuklara mümkün olan en erken yaştan itibaren yüzme öğretilmelidir. Ancak çok iyi yüzse bile yine de çocuğunuz sürekli izleyin. Havuz kenarlarında koşmamasını öğretin. Sizden izin almadan suya girmemesini öğütleyin

### **Bisiklet Çocuk Güvenliği İpuçları ve Kuralları**

Bisiklet çocuk güvenliği çok önemlidir. Ebeveynler olarak kuralları uygulamak ve çocuklarımıza tüm çocuklar için güvenli bisiklet sürmek için uygun güvenlik kurallarını öğretmek zorundayız.

Bisiklete binmek, egzersiz yapmak ve temiz hava almanın ve bir aile olarak zaman geçirmenin harika bir yoludur. Bisiklet sürmek çok eğlencelidir ama kaza riski de unutulmamalıdır. Bisikletin bir oyuncak değil de araç olduğunu hatırlatmak önemlidir.

Peki, hepimizin öğrenebileceği bazı bisiklet çocuk güvenliği ipuçları nelerdir?

- Scooter, kaykay, bisiklet ve paten sürme ilk kural "Bir Kask Giymek" dir. Çalışmalar, bisikletle ilgili kafa yaralanmalarının% 74-85'inin bir kaskın doğru kullanımıyla önlenebileceğini göstermektedir.
- Sürüş sırasında çocuklarınızı parlak renklerde giydirin. Parlak renkli giysiler, diğer sürücüler tarafından kolayca görülebilir.
- Ayakkabı bağcığı, pantolon paçaları bisikletin hareketli kısımlarına takılabilirler. Bu yüzden uygun kıyafetler giyildiğinden emin olun.
- Küçük çocuklar asla gece bu araçlara binmemelidir.
- Çocuğunuz için doğru boyutta bir bisiklet alın. Uygun büyüklükte olmayan bir bisiklette çocuğun yaralanma şansı daha da artar.
- Tüm trafik kurallarına uyun.

Ebeveynler, çocuklara temel trafik kurallarını öğretmeli ve güvenli yerlerde sürdüklerinden emin olmalıdırlar.

### **Çocuklar İçin Hayvan Güvenliği**

Bir evcil hayvan sahibi olmak, bir çocuk için çok olumlu ve ödüllendirici bir deneyim olabilir. Çocuklar evcil hayvanı önemseyerek sorumluluk ve şefkati öğrenir ve aynı zamanda harika bir arkadaş edinir. Ama yine de güvenlik açısından dikkat edilmesi gereken hususlar vardır.

- Köpekleri ve kedileri severken dikkati elden bırakmayın. Kediler, köpeklerin aksine, karnın üzeri ovulduğunda ısırır veya çizebilir.
- Yemek yerken, uyurken, oyuncak çığnerken veya bebeklerine bakarken hayvanları yalnız bırakın.
- Uyarı işaretlerine dikkat edin - hırıltılı veya tıslayan bir hayvan yalnız kalmak ister!
- Hayvanların yüksek seslerde ve ani hareketlerde saldırganlaşabileceğini unutmayın.
- Bilmediğiniz bir hayvana asla yaklaşmayın. Sokaklardaki hayvanlar saldırgan davranabilir ve ısırabilirler. Geçmişte hayvanlarla oynamış olsanız bile, bir arkadaşına, komşusuna ya da tanıdığı hayvana yaklaşımadan önce mutlaka bir hayvanın sahibinden izin isteyin.
- Yaralı veya hasta gibi görünen bir hayvana asla yaklaşmayın.
- Asla başıboş hayvanlara yaklaşmayın.

Hayvanların yemek tabaklarını ve çöp kutularını bebeklerin ve küçük çocukların erişemeyeceği bir yerde saklayın.

### **Çocuk ve İnternet Güvenliği**

İnternet, sadece eğlence sayfaları, oyunlar ve kulüpler şeklinde eğlenceler sunmakla kalmaz, aynı zamanda güncel olaylar ve sınıf ödevleri için eğitim bilgilerini de sağlar. Ne yazık ki, internet çok tehlikeli bir yer olabilir. Kimlik hırsızları ve sisteminizde tahribat yaparak

kendilerini eğlendirmek isteyen hackerlar gibi kötü niyetli kullanıcılar açısından dikkatli olmak gerekir. Bunun çözümü olarak çocuğu bilgisayardan uzaklaştırmak yerine daha güvenli bir tarayıcı virüs programı gibi çözümlere yönelmektir. İnternette güvenlik için dikkat edilecek bazı noktalar;

- Ebeveynler her zaman çocuk e-postalarını, sohbet odası konuşmalarını ve ziyaret ettikleri web sitelerini izlemelidir. Çocukların internette gezinmesini izleyebilecek ve erişimi sınırlayabilecek yazılımlar kullanılabilir.
- Çocuklar asla internet üzerinden isim, adres, telefon numarası, okul vb. tanımlayıcı bilgileri vermemelidir.
- Çocuklar sadece ebeveyn onayına ve gözetimine göre kulüplere, gruplara vb. katılmalıdır.
- Bilinmeyen gönderenlerden gelen elektronik posta açmayın; onları hemen silin. Bu tür gönderiler bilgisayarınıza çok zararlı olabilecek "virüsler" olabilirler.
- Anketlere, yarışmalara veya özel tekliflere asla cevap vermeyin.
- Çocuklar şifrelerini ebeveynleriyle paylaşmalıdır.
- Daha büyük çocuklar sohbet odaları, mesaj panosu ve ağ / kişisel blog siteleri ile ilgilenecektir. Çocuklarınızın bu siteleri kullanmasına izin verirseniz, profillerini "özel" olarak tutmaları, gerçek dünyada tanıdıkları kişilerle bile olsa sohbetlerine ve yayınladıkları bilgilere çok dikkat etmeleri gerekir. Yukarıda listelenen tanımlayıcı bilgilere ek olarak, çocuklar nerede oldukları, nereye gittikleri, belirli yerlerde olduklarında, vs. hakkında bilgi vermemelidir.

### **Çocuk ve Zehir Güvenliği**

- Çocuklara dayanıklı ambalaj kullanın
- İlaçları ve ev kimyasallarını küçük çocukların erişilemeyeceği şekilde kapalı tutun.
- Zehir kontrol merkezi numarasını telefonun yanında tutun ve zehirlenme olursa hemen arayın.
- Eski ilaçları atın.
- Ev kimyasallarının depolandığı çekmece ve kapı koruyucuları kullanın.
- İlacı asla "şekerleme" ya da başka bir çekici isim olarak belirtmeyin.
- Doğru ilacın doğru miktarına sahip olduğunuzu bilmeniz için çocuklara ilaç hazırladığımızda ışığı açın.
- Çocukları asla ev ürünleri ya da uyuşturucu ile bırakmayın. Kimyasal ürünler kullanıyorsanız ya da ilaç kullanıyorsanız ve telefona cevap vermek gibi başka bir şey yapmanız gerekiyorsa, küçük çocuklarınızı da yanınıza alın.



## **Pasif İçicilik**

Pasif içicilik, sigara içmediği halde, sigara içilen ortamda bulunduğu için sigara dumanından etkilenmek, yani “içmiş kadar olmaktır”. Pasif içicilik, sigara içmeyen bir kişinin akciğer kanseri olma riskini en az %25 artırdığı gibi, kanser dışında diğer hastalıkların meydana gelme riskini de ortaya çıkarıyor.

## **Pasif İçiciliğin Zararları**

- Kalp Krizi
- Kalp Yetmezliği
- Damar Tıkanıklığı
- Felç
- Akciğer Kanseri
- Burunda Kanser
- Astım
- Pnömoni

## **Pasif İçicilikten Korunma Yolları**

- Sigara içilen alanlardan uzak durulması gerek.
- Çocuk ve bebeklerin yanında sigara içilmesi çok tehlikelidir.
- Pasif içicilik çocuklarda okula devamsızlık, öksürük, bronşit, zatürre gibi hastalık ve hayatını olumsuz yönde etkiler.
- Çocukları ve tüm toplumu pasif içicilikten korumak için halka açık sosyal alanlarda (çocuk parkları, kafeler, lokantalar vb.) sigara içilmesi yasaklanmalı ve denetimler çok sıkı yapılmalıdır.

## **Kaynaklar**

1. <https://m.bianet.org>
2. <https://www.derszamani.net>
3. <https://www.hayatisaglik.com>
4. <http://beta.hurriyetaile.com>

## TOPLUMSAL YAŞAMDA ÇOCUKLARIN KİMLİKLENDİRİLMESİ

Sıtkı Eren ASLAN\*

\*Ankara Özel Efe Koleji Ortaokulu 6. Sınıf Öğrencisi

### Toplumsal Yaşamda Çocukların Kimliklendirilmesi

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi, “daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” demektedir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 10. maddesine göre çocuklar eşittir ve 41. maddesine göre ise devlet çocukları koruyucu tedbirleri alır. Yasalarımız bu hükümlere uygun olarak çocukların toplum içerisindeki varlıklarını ve gelişimlerini garanti altına almıştır.

Toplumsal yaşamın bir parçası ve ülkenin geleceği olan çocukların resmi kimlik kartları ve özellikle nüfus cüzdanları kendi evimizde olduğu gibi genellikle evlerdeki çekmecelerde saklanmaktadır. Okulumda ve yakın arkadaş çevremde yaptığım görüşmeler sonucunda, günlük yaşamda çocukların üzerinde kimlik kartı taşımadıklarını öğrendim. Bu durumun, özellikle küçük çocukların kaybolması başta olmak üzere, deprem, göç gibi afet ve acil durumlarda sorun yaratabileceği sonucuna vardım. Çocukların günlük yaşamda ve olağanüstü durumlarda doğru ve çabuk bir şekilde kimliklendirilmesi halinde Devlet kaynaklarının da boş yere harcanmayacağı ve daha verimli kullanılabileceği, çocukların toplumsal yaşamda daha güvenli olabileceklerini düşündüm.

Bu gözlemlerimden yola çıkarak çocukların aileleri tarafından büyük özenle saklanan nüfus cüzdanı, pasaport gibi resmi kimlik belgelerinin yanı sıra, toplumsal yaşamda kullanabilecekleri ve sürekli olarak üzerlerinde taşıyabilecekleri bir kimlik belgesi tasarladım. Bu belge Polis ve Jandarma’nın internet sitesinden çocuğun anne ve babası gibi velileri tarafından indirilebilir ya da okul veya karakollardan sağlanabilir. Bu özel çocuk kimlik belgesi, üzerine çocuğun fotoğrafı yapıştırılarak, çocuğun adı ve soyadı, velisinin adı, telefon numarası ve imzası gibi bilgiler ile yeterli kapsamda düzenlenebilir. Bu şekilde hazırlanan özel çocuk kimlik belgesi ile, çocuğun toplumsal yaşamda birey olarak tanınması ve kimliklendirilmesi mümkün olabilecek, üzerinde kimlik taşıyan çocuklar sahihsiz ve korunmasız bir görüntü sergilemeyeceklerdir. Üzerinde özel çocuk kimlik belgesi taşıyan çocuk, toplumsal yaşamda kendisini eşit bir birey olarak güvende hissedebilecektir.

## SAĞLIKÇILARIN KARŞI KARŞIYA KALDIĞI KİMYASAL TEHLİKELER

Büşra BESLER\*

İzmir Cihat Kora Anadolu Lisesi \*

### **Kimyasal Tehlike Nedir?**

Canlılar üzerinde tahriş edici, yakıcı, felç edici veya öldürücü etkileri olan, deri, solunum veya sindirim sistemi yoluyla bünyeye girebilen gaz, sıvı ya da katı şeklindeki toksik kimyasal maddelerin kasten veya kazaen çevreye yayılmasına neden olabilecek her türlü tehlikedir.

### **Kimyasal Tehdit Nedir?**

Kimyasal maddeler günlük yaşantımızın hemen hemen her alanında karşımıza çıkmaktadır. Endüstriyel uygulamalarda hammadde veya ara ürün olarak, evsel kullanımlarda ise temizlik veya günlük bakım amacıyla kimyasal maddeler oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Kimya endüstrisinin gelişmesine paralel olarak bu maddelerin kullanım miktarları da her geçen gün artmaktadır. Bu artış bir takım tehditleri de beraberinde getirmektedir. Organize sanayi bölgelerinde faaliyet göstermekte olan ve kimyasal madde üreten, işleyen veya depolayan tesislerde meydana gelebilecek kazalar insan ve çevreyi olumsuz yönde etkileyecektir. Bu maddelerin her gün kara, deniz veya demir yolu ile taşınması da bir başka tehdit olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **Kimyasal Maddelerin Vücuda Girişi**

Bütün kimyasal maddeler insan vücuduna üç yolla girerler.

1. Solunum Sistemi
2. Sindirim Kanalı
3. Ciltten Emilim

Vücuda girdikten sonra; Ya temas ettikleri yerde tahriş yaparlar veya kana karışıp vücutta değişik organ ve dokulara giderek çok değişik hastalıklar yaparlar.

### **Kimyasal Maddelerin Etkileri**

1- Ani(Akut) Etki: Bazen basit bir öksürük, ishal şeklinde olabileceği gibi bazen de şiddetli zehirlenme yaparak ölüme neden olabilirler.

2- Geç(Kronik) Etki:Vücuda girdikten sonra değişik organ ve dokularda birikerek uzun zaman sonra değişik hastalıklar yaparlar. Söz konusu uzun zaman bazen 30 – 40 yıl olabilir.

Genetik yapıyı değiştirerek sakatlıklara ve sakat doğumlara, kanserlere ve tedavisi çok zor olan hastalıklara kadar değişen tablolar karşımıza çıkarlar.

Sağlık çalışanları dermatit ve işe bağlı astıma neden olan kimyasal tehlikelere maruz kalmaktadır.

### **Kimyasal Maddeler**

Kimyasal maddelerin toksik etki (zehir etkisi) göstermesi ve bu toksik etkinin şiddeti;

- Vücuda giren maddenin fiziksel ve kimyasal özelliklerine,
- Kullanımı sırasında alınan sağlık ve güvenlik önlemlerine,
- Maruz kalmanın miktarına ve maruziyet süresine,
- Kimyasala maruz kalan kişinin yaşı, cinsiyeti, dayanıklılığı, genel sağlık durumu gibi fizyolojik özelliklerine bağlıdır.

Sağlık kurumlarında insan sağlığına zararlı toz, buhar, gaz, sıvı şeklinde ortalama 300 değişik kimyasal bileşenlerin kullanıldığı yapılan araştırmalarda saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının kimyasal tehlikelere maruz kalması akut ve kronik sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

Bu kimyasallar içinde bütün sağlık personelinin en fazla karşılaştığı kimyasallar antiseptikler ve dezanfektanlardır.

### **Sterilizasyon**

Formaldehit ve etilen oksit gibi bazıları mutasyon(organizmanın genetik yapısını değiştiren), bazıları teratojen(fonksiyon bozukluklarına neden olan), ve bazıları da karsinojen(kanser yapan)dır.

Formaldehit: Allerjik reaksiyonlar sık görülür. Deri ile temas ve soluma, ürtiker, allerjik kontak dermatit, atopik reaksiyonlar veya göze sıçraması durumunda kalıcı hasar yapabilir. Literatürde Xylene tipi maddelerin göze kaçtığı durumlarda körlüğe neden olabildiği bildirilmiştir.

### **Antiseptikler ve Dezanfektanlar**

Dezanfektanlar ve antiseptikler toksik (zehirli) olmakta ve deri ya da solunum yolu rahatsızlanmalarına yol açmaktadırlar.

Gluteraldehit: Boğaz ve akciğer irritasyonu, astım, astım benzeri semptomlar, nefes darlığı, burun kanaması, konjunktivit, dermatit, baş ağrısı ve bulantı kusmaya yol açar.

El dezenfektanları, yüzey dezenfektanları cilde sıçrayan ya da iğne batması kazalarıyla maruz kalınan sitotoksikler, antiviraller alerjilere hatta mesleki astıma neden olabilmektedir.

### **Anestetik Kimyasal Maddeler**

Hastanın bayıltılması işlemini bir çok kez tekrarlayan anesteziyoloji personeli ve ameliyathane çalışanları, sızıntılar dolayısıyla risk altındadır.

Epidemiyolojik çalışmalar anestezi gazlara -nitroz oksit, halotan, izofloran- kronik maruziyetin, spontan düşüklere ve konjenital malformasyonları arttıran, prematüre doğumlara neden olan, kanser, karaciğer ve böbrek hastalıkları yapan, mental fonksiyonları geriletken, baş ağrısı, yorgunluk ve irritabilite gibi sonuçları olan mesleki bir risk olduğunu göstermiştir.

### **Amalgam**

Amalgam ile ilgili tartışmanın kaynağını içeriğindeki ağır metaller oluşturur. En büyük tehlike muhtevasında %53 oranında bulunan cıvadır.

Gümüş, kurşun, kalay, bakır, çinko gibi çeşitli maddeler de amalgamın diğer yarısını oluşturur.

Cıva vücuttan atılamayan nörotoksik bir maddedir. En büyük tehlike solunum yoluyla alınan cıvadan kaynaklanmaktadır. "Diş hekimi, amalgamı hastanın diş oyduğuna yerleştirir. Böylece amalgam genleşir ve donar. Yani katıdan direkt buharlaşır. Ve solunum yoluyla ciğerlere ulaşır."

Amalgamın dişe yerleştirilmesi sırasında 6-8 mikrogram cıva buharı açığa çıkar. Söküm sırasında ise bu rakam 15-20 mikrograma ulaşır.

Cıvanın zararları şu şekildedir: Nefes darlığına neden olur. Astım ve bronşite neden olabilir. Öksürük yaşanmasına neden olabilir. Ateş ve titreme haline neden olabilir. Baş ağrısına ve karın ağrısına neden olabilir. Ağızda metalik bir tat olmasına neden olur. Kanlı ishalin yaşanmasına neden olabilir. Kusma olaylarının yaşanmasına neden olabilir. Nefes darlığına neden olur. Astım ve bronşite neden olabilir. Öksürük yaşanmasına neden olabilir. Ateş ve titreme haline neden olabilir. Baş ağrısına ve karın ağrısına neden olabilir. Ağızda metalik bir tat olmasına neden olur. Kanlı ishalin yaşanmasına neden olabilir. Kusma olaylarının yaşanmasına neden olabilir. Davranış ve kişilik değişikliklerine neden olabilir. Çekingenlik, özgüven boşluğu gibi psikolojik sorunların yaşanmasına da neden olabilir. Uykusuzluk, sinirlilik ve yorgunluk gibi olaylara neden olabilir. Ağız ve diş bölgelerinde yaralarının meydana gelmesine neden olur. Deride bazı lekelerin oluşmasına neden olabilir. Depresyon ve hafıza kaybı gibi olayların yaşanmasına da neden olabilir. Uyarılara aşırı tepki vermeye neden olabilir. Anlamada yetersizlik ve dikkat eksikliği ve dağınıklığına neden olabilir.

## **Lateks**

Lateks alerjisine karşı çalışanlar sürekli takip edilmelidir. Kimyasal ilaçların kullanımı sonrası oluşan alerji durumlarında çalışanların görev yerleri değiştirilmeli ve alerji durumları takip edilmelidir.

Çalışanlara zarar verecek ilaçların kullanımı sonrası çalışanlar gözlemlenmeli ve tetkikler yapılmalıdır.

Sağlık çalışanları içerisinde kişisel koruyucu olarak kullanılan eldivenler lateks alerjine neden olabilmektedir.

Genel popülasyonda %1 oranında olan lateks alerjisi, sağlık çalışanları arasında %2.7 ile %11.4 arasında bir yaygınlık göstermektedir.

Özellikle avokado, kestane, muz gibi meyvelere alerjisi olan kişilerde daha sık görülmektedir.

Lateks alerjisine bağlı basit ürtikerler olabildiği gibi anaflaksi de görülebilmektedir.

Latekse alternatif olarak kullanılacak ürünlerse vinil, nitril ürünlerdir.

Eldivenlerdeki pudranın, lateks proteinlerini eldivenlerin giyilmesi çıkarılması sırasında etrafa yayarak lokal alerjiyi sistemiğe çevirmesi riskinden dolayı lateks alerjisi olan sağlık çalışanlarının pudrasız eldiven tercih etmeleri gerekmektedir.

## **Kanser İlaçları**

Sağlık çalışanları antineoplastik ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve kontaminasyon ile atıkların yok edilmesi sırasında inhalasyon, sindirim ya da doğrudan cilde temas yoluyla; ilaç içeren ampulü kırma, ilacı sulandırma, flakondan enjektöre çekme, enjektörden havayı çıkarma, ilacı serum içine verme, serum torbasının setle bağlantısını sağlama serum torbasını ya da seti çıkarma, kaza ile dökülmeler gibi durumlarda ilaca maruz kalabilmektedir.

Yetersiz korunma önlemleri uygulayan hemşirelerin idrarı ile atılan tiyoeter bileşikleri yüksek bulunmuştur.

Eczacı ve hemşirelerin sitotoksik ilaçlara maruziyetinin etkilerini belirlemek amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda yeterli korunma önlemi almaksızın başlıca antineoplastik enjeksiyonları hazırlayan ve uygulayan bireylerin idrarında mutajenik aktivitenin arttığı ve lenfositlerde kromozomal kırıklar meydana geldiği gösterilmiştir.

Antineoplastik ilaçların hazırlandığı ve yakın odaların havasında bu ilaçların belli düzeylerde olduğu ölçülmüştür.

## Laboratuvarlar

Patoloji, biyokimya, hematoloji ve diğer laboratuvarlarda kullanılan asit ve alkaliler, tuzlar, boyalar, uçucu organik solventler, kanser ilaçları gibi çeşitli ilaçlar, allerjiden kansere kadar çok sayıda hastalığın oluşumu için önemli risk faktörleridir.

Uçucu Organik Solventler; Alkoller, aromatik hidrokarbonlar...Görme siniri hasarı, puslu görme, ırgalanma, baş ağrısı, uyuklama, deri iltihaplanması, baş dönmesi

## Radyasyon

Görüntüleme merkezlerinde ve kemoterapi ünitelerinde çeşitli yollarla personel radyasyona maruz kalabilir.

Hastalar, bir kez, ama sağlık personeli birçok kez radyasyona maruz kalmakta; yaşamını radyoaktivite yüklü alanlarda geçirmektedir.

Servislerde ya da ameliyathanelerde, hasta başında ve korunmasız gerçekleştirilen işlemlerde sıklıkla etkilenme söz konusudur.

### Radyasyon İçin Yüksek Risk Grupları

- Radyolojide çalışanlar
- Radyasyon onkolojisinde çalışanlar
- Nükleer tıpta çalışanlar
- Ameliyathane çalışanları
- Diş kliniklerinde çalışanlar

### Radyasyonun Yarattığı Etkiler

1. Bedensel Etkiler
2. Kalıtımsal Etkiler

Bedensel ve kalıtımsal etkiler ise erken ve gecikmiş etkiler olarak iki grupta incelenebilir.

Erken Etkiler: Kısa bir süre içinde ve bir defada yüksek dozlara maruz kalınması sonucunda kısa bir zaman aralığı içerisinde ortaya çıkan hasarlardır.

Gecikmiş Etkiler: Uzun süre aralıklı olarak düşük dozlara maruz kalınması sonucu ortaya çıkarlar.

### Erken Etkiler

Akut radyasyon sendromları; vücudun tamamının veya büyük bir bölümünün akut bir ışınlamaya maruz kalması sonucunda gelişir, iyonlaştırıcı radyasyonların en önemli deterministik etkisidir.

Radyasyon dozu arttıkça, ışınlamadan sonraki ilk birkaç saat içinde mide bulantısı, kusma, ishal, baş ağrısı, ateş, bilinç kaybı ve kan hücresi sayısında azalma gibi belirtiler oluşur.

İki veya üç hafta sonra; saç dökülmesi, iç kanama, kendini kötü hissetme, erkeklerde geçici kısırlık, iştahsızlık, yüksek ateş, genel halsizlik, katarakt

Eğer tüm vücut, birkaç gün veya daha az bir süre içerisinde 7 Sv'i aşan bir radyasyon dozuna maruz kalmışsa kemik iliği hasar görecektir ve büyük ihtimalle birkaç hafta içerisinde ölüm olayı meydana gelecektir.

Bölgesel radyasyon hasarları; vücudun belli bir bölgesinin, genellikle bir kaza sonucu, kısa bir sürede ve bir defada yüksek dozlara maruz kalması sonucu görülen etkilerdir.

Genellikle eller ve parmaklar, nadiren de vücudun diğer kısımları etkilenir.

Akut radyasyon sendromlarına göre daha sık karşılaşılan olaylardır.

Yüksek dozun ilk belirtisi eritemdir. Daha şiddetli hasarların bir habercisi olabilir.

Fazla doz alındığında, bölgede doku ölümü (nekroz) meydana gelir.

Hamilelikte radyasyon etkisi fetüsün gelişim evresine bağlıdır, evreye bağlı olarak;

Bebeğin doğum öncesi ölümüne

Gelişme geriliğine

Bebekte nörolojik etkilerin (kafatası küçüklüğü, şiddetli zihinsel gerilik, akli eksiklik, felç) oluşmasına neden olabilir.

Gecikmiş Etkiler (Kronik Işınlama Etkileri)

Kişilerin uzunca bir süre içinde aralıklı olarak düşük dozlara maruz kalması sonucu meydana gelebilecek etkilerdir.

Yıllar sonra ortaya çıkabilir.

Katarakt ve kanser vakaları görülebileceği gibi doğal ömür sürelerinde de bir kısalma söz konusu olabilir.

Bu kişilerin kendilerinden sonraki nesillerinde kalıtsal bozukluklara rastlanabilir.



## ADLİ TIP VE MİKROBİYOTA

Djursun KARASARTOVA\*, Ayşe Semra GÜRESER\*, Ayşegül TAYLAN ÖZKAN\*

\*Hitit Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

### Giriş

Dünya çapında suç oranı artmakta ve birçok ceza davası çözümsüz kalmaktadır (1). Olay yeri incelemesi sırasında, her insan için özgün olması nedeniyle, parmak izi ve insan DNA'sı en iyi kanıtlar arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, her zaman insan DNA'sını tam olarak elde etmek mümkün olamamakta, parmak izleri de zayıf veya eksik olarak alınabilmekte, bu da zanlının saptanmasını zorlaştırmaktadır (2). Bu nedenle suçları çözmek için her zaman yeni ya da destekleyici yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yöntem mikrobiyota olabilir mi? Mikrobiyota ile insan DNA'sı ile saptanan şeyler (kimlik tanımlaması, suç ortamında bulunan objelerin, biyolojik sıvıların tanımlanması gibi) saptanabilir mi? Bu derlemede, bu sorulara cevap aranmaya çalışılmıştır.

### Mikrobiyota

Mikrobiyota insan vücudunda yaşayan çeşitli bakteri, virüs, mantar ve protistaları kapsayan bir ekosistemdir. Mikroorganizmalar insanın deri, ağız, burun, konjonktiva, üst ve alt solunum sistemi ile gastrointestinal ve genitoüriner sistemlerinde yaşamaktadır. Mikrobiyom doğumda oluşmaya başlayarak konakçısı ile birlikte gelişmekte, diyet ve diğer çevresel faktörlerden büyük ölçüde etkilenmektedir. Mikrobiyota, 10.000 mikrobiyal tür ve yaklaşık 100 trilyon mikroorganizmadan oluşmaktadır. Tüm bu organizmaların DNA'ları insan mikrobiyomu olarak bilinmektedir. Yeni sekanslama yöntemlerinin ve biyoinformatik yaklaşımların gelişmesi ile birlikte, insan vücudunda bulunan bakteri topluluğunun tanımlanması, bu canlılar arasındaki etkileşim ve dinamiklerin ortaya çıkarılması ve milyonlara farklı mikrobiyal genin saptanması mümkün hale gelmiştir (3). Metagenomik analizlerin çoğu ile filum, tür ve cins düzeyinde tüm mikrobiyal topluluklar tanımlanabilmekte ve taksonların çeşitlilik oranları da saptanabilmektedir. Güncel metagenomik yaklaşımlar, tek bir filogenetik marker olan 16S rRNA genini hedeflemekte veya tüm genomun (shortgun) sekansını yapmaktadır. 16S rRNA geni, filogenetik çalışmalarda ve geniş bakteriyel tanımlamada en yaygın kullanılan genetik markerdir. Multilokus sekans tiplendirme (MLST), yöntemlerini kullanarak, bakterilerin genetik tiplendirmesi de yapılabilmektedir. 'Multilocus variable-number tandem-repeat' analizi (MLVA) ve 'single nucleotide polymorphism' (SNP) yöntemleri belirli türlerin genetik ayrımında kullanılabilir.

## Mikrobiyotanın Adli Tıpta Kullanılabilirliği

Mikrobiyotanın adli tıpta kullanılabilmesi için insan genomik DNA'sı gibi her insan için özgül olması gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada metagenomik varyasyon analizi için bir model geliştirilmiş ve Avrupa ve Kuzey Amerika'dan gelen 207 kişinin 252 fekal metagenomuna uygulanmıştır. Sonuçta, kişiye özgül mikrop suşlarının olduğu ve kolayca değiştirilemediği saptanmış, her bireyin benzersiz bir metagenomik genotipe sahip olabileceği ileri sürülmüştür (4). Bir başka çalışmada set-tabanlı bir kodlama algoritması geliştirilerek, insan mikrobiyom projesinde yer alan popülasyona uygulanmış ve vücut bölgesine özgü metagenomik kodlar tanımlanmıştır. Bu çalışmada bireyleri benzersiz ve doğru bir şekilde tanımlamak için mikrobiyal takson ve gen kümeleri tanımlanmış ve insan mikrobiyotasının, bireylere özgün mikrobiyal tür varyasyonu içerdiği gösterilmiştir (5). Deride bulunan mikrobiyotanın, minör taksonlarını kullanarak kimlik saptama yönteminin geliştirildiği bir çalışmada ise çalışmaya katılan 11 kişi % 85 doğrulukla sınıflandırılabilmiştir. Bu yöntem 89 kişiden alınan 837 cilt mikrobiyomu örneğine uygulandığında ise % 78 doğrulukla bireyleri tanımlamayı başarmış ve yöntemin kimlik tanımlanmasında büyük katkılar sağlayabileceği öne sürülmüştür (6). Alın, avuç içi ve barsak mikrobiyota örnekleri, 85 kişiden alınıp incelendiğinde, mikrobiyota her bireye özgül olarak bulunmuş ve kişisel mikrobiyom kavramının, bireysel mikrobiyom kavramı şeklinde değiştirilmesi önerilmiştir (7). Doksan kişinin dilinden alınan 127 sürüntü örneği ile yapılan bir başka çalışmada, sadece *Streptococcus spp*'nin metasekans analizi sonucunda, bu bakterinin türleri ve kompozisyon çeşitliliğinin bile her insan için özgül olduğu saptanmıştır (8). Ciltteki bakteriyel toplulukların çeşitliliği şaşırtıcı derecede yüksektir; 85 kişinin incelendiği bir çalışmada, tek bir el yüzeyinde > 150 benzersiz türde bakteri filotipinin bulunduğu ve bu filotiplerin toplam 4.742'inin eşsiz olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada bireylerde cilt mikrobiyota benzerliği %13 olarak tespit edilmiştir. Ek olarak, cilt bakteriyel topluluklarının kalıcı olup değişmediği, avuç içi yüzeyinin bakteriler yıkandıktan sonra bile hızlı bir şekilde eski halini aldığı saptanmıştır (9). Monozigot ikizlerin mikrobiyota benzerliği %17 olarak bulunmuştur (10). Oysa ki monozigot ikizler üzerinde yapılan tipik bir genomik DNA testi, sonuçları % 99.99 oranında benzerlikle sonuçlanmaktadır. Bu da mikrobiyota DNA'larının, insan DNA'larına göre daha bireysel ve özgün olduğunu göstermektedir. Deri, ağız, burun, konjonktiva, üst ve alt solunum yolu, gastrointestinal ve genitouriner sistemlerde yer alan mikrobiyota kendine özgül mikrobiyal toplulukları içermektedir.

Mikrobiyotanın insan genomik DNA'ları gibi, adli tanımlamalarda kullanılabilmesi için, vücuttan bol miktarda salınması ve depolanması gerekmektedir. İnsanlar yaklaşık 20.500 genle doğar ve 1,000,000'den fazla genle ölürler. Vücutta insan hücrelerinden 10 kat fazla bakteri hücresi bulunmaktadır (11, 12). Her saat başına insan vücudundan 30 milyon bakteri salınmaktadır (13). Sürüntü ile 10,000 bakteri/cm<sup>2</sup> ve deriyi kazıyarak 50,000 bakteri/cm<sup>2</sup> toplanabilmektedir (14). Bir nesne üzerinde kan, doku, semen veya tükürük olmadığı sürece,

adli tanımlama için yeterli insan DNA'sının elde edilmesi çoğu zaman zordur (15). İnsan vücudunda insan hücrelerinden daha fazla bakteri hücresi olması nedeniyle dokunulmuş objelerde kişiye özgül bakteri DNA'larının, insan markırlarından daha fazla olması gerektiği düşünülmektedir (15).

Böylece bireysel çeşitliği, genetik varyasyonlarının her insana özgül olması ve aynı zamanda vücuttan mikroorganizmaların bol miktarda salgılanması nedeniyle adli tanımlama yöntemlerinde mikrobiyotanın kullanılabilmesi tahmin edilmektedir (16)

## **Mikrobiyota ve Adli Tıp Araştırmaları**

### **Mikrobiyota ve adli tanımlama**

Suç ortamında kalan objelerin/nesnelerin sahibini belirlemek çok önemlidir. Cildin mikrobiyotasının kişiye özgün olması nedeniyle nesnede bulunan bakterilerin nesneyle temas eden bireyin derisindeki bakteriler ile eşleştirilmesi yoluyla adli tanımlanmada kullanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, cilt yüzeyindeki bakteriyel hücrelerin epitel hücrelerine göre daha fazla olması nedeniyle, insan DNA'sına göre, bakteriyel DNA'nın elde edilmesi daha kolay olabilmektedir. Ayrıca bu teknik, net parmak izlerinin elde edilemediği nesnelere (örneğin, kumaşlar, lekeli yüzeyler, yüksek dokulu yüzeyler) tanımlama yapmak için de yararlı olabilir (17).

Yapılan bir çalışmada, kişisel bilgisayar klavyesinin tuşlarında ve bilgisayar sahiplerinin parmaklarında bulunan bakteriyel topluluklar incelendiğinde, objelerde bulunan bakteriyel toplulukların, bireyin cildinde bulunan bakteriler ile yüksek derecede benzerlik gösterdiği bulunmuştur. En az 12 saat dokunulmamış kişisel bilgisayar farelerinden ve kullanıcılarının avuçlarından toplanan bakteri verileri, 270 farklı insanın eline ait başka mikrop örneklerinin olduğu bir mikrop veritabanını ile karşılaştırıldığına ise, farelerden saptanan mikropların sahibinin elinde bulunanlarla, veritabanındaki diğer ellerde bulunanlara kıyasla çok daha fazla eşleştiği tespit edilmiştir (17). Ayrıca, cep telefonlarının da sahibinin kişisel mikrobiyal özelliğini taşıdığı gösterilmiştir (18,19).

Yapılan bir çalışmada, 14 gönüllünün iki ayak tabanının derisinden ve iki ayakkabı tabanlığından sürüntüler alınmış ve bakteri çeşitliği incelenmiştir. Alınan örneklerden yeterli miktar bakteri elde edilmiş ve her gönüllünün ayak taban derisindeki bakterilerin kendi ayakkabı tabanındaki bakteriler ile anlamlı bir benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca her bireyin plantar deri mikrobiyotası ile ayakkabı tabanlıklarındaki mikrobiyotanın benzersiz ve özgün olduğunu tespit edilmiştir. Dolayısıyla ayakkabılardan gelen mikrobiyal DNA ile şüpheli ayakkabı sahibinin ayak tabanlarındaki deri mikrobiyotasının karşılaştırılarak ayakkabı sahibini ayırt etme olası görünmektedir (16). Genelde ayak taban derisinden yeterli insan DNA'sı elde edilebilir ama ayakkabıdan alınan örneklerden genomik DNA elde edilmesi çok zordur (20).

Araştırmacılar, her bireyin benzersiz, özgün, stabil ve aktarılabilen bakteri toplulukları barındırması nedeniyle, insan mikrobiyotasının adli tanımlamada ‘parmak’ izi olarak kullanılabilceğini düşünmektedir.

İnsan vücudu her saatte solunum, deri ve saçlar aracılığı ile milyonlarca bakteri yaymaktadır. Böylece, insanlar ‘mikrobiyal parmak izini’ sadece özel eşyalarında değil, buldukları kapalı ortamlarda da bırakmakta, çeşitli yüzeylerde (masa, zemin, kapı kolu vs) ve havada mikrobiyal parmak izi bulunmaktadır (21-25).

Aynı evde yaşayan bireylerin deri yüzeylerinden alınan mikrop örneklerinin ailenin yaşadığı evdeki çeşitli yüzeylerden alınan örnekler ile (el, burun ve ayaklarda yaşayan mikropların ev yüzeyinde saptanan mikrop topluluğu ile) benzer olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar ayrıca farklı evlerin mikrobiyal topluluklarının önemli ölçüde farklı olduğunu ve bir evi paylaşan insanların, aynı evi paylaşmayanlara göre mikrobiyota açısından benzer olduğunu keşfetmişlerdir. Araştırmacılar, aynı evi paylaşanların mikrobiyal parmak izini paylaştığını ileri sürmüşler (15, 24).

Bir çalışmada bireylerin yatak tozu örneklerindeki bakteri sekanslarının % 69’u ile % 88’inin, zemin tozlarındakilerin ise % 45 ile % 55’inin insan kaynaklı olduğu saptanmıştır. Bu dizilerin bireyin cilt yüzey florası ile doğrudan bağlantılı olduğu ya da çoğunlukla oral, bağırsak / fekal veya genital flora ile açıkça ilişkili olduğu bulunmuştur (26). İnsan cildinin bakteriyel topluluklarının kapalı ortamda daha önemli iken toprak ve dış hava gibi diğer çevresel kaynaklarda çok daha az önemli olduğu bulunmuştur (22,23).

Bir alanda bulunan bireylerin kendine özgül mikropları havaya ( mikrobiyal bulut) yaydığı gösterilmiştir. Gönüllülerin, salgıladığı biyo-aerosollerden mikrobiyal topluluklar tespit edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı şekilde her birey için benzersiz olduğu saptanmıştır. Her birey havaya saptanmaya yetecek miktarda bakteri yaymaktadır. Bu bakterilerin bireysel taksonomik gruplarla ilişkili olduğu ve bunun da zanlının kapalı alanda önceden bulunup bulunmasına dair ipuçları verebileceği belirtilmektedir (25).

New York şehrinin kentsel mikrobiyomu üzerine yapılan yeni bir çalışmada ise metro sisteminden ve etrafındaki nesnelere yüzeylerinden sürüntü örnekleri alınmış ve cilt mikrobiyotasına ait mikroorganizmalar tespit edilmiştir. Tespit edilen DNA’nın yaklaşık yarısının (% 48) bilinen herhangi bir organizma ile uyuşmaması nedeniyle o bölgeye has metro sistemlerine spesifik taksonların olduğu ileri sürülmüştür. Bu çalışma mikrobiyom verilerinin araştırmacılara şüphelinin çevresi hakkında ayrıntılı bilgi verebileceği teorisini desteklemektedir (27). İnsanlarda bulunan mikroplar ve insanların yaşam ortamları arasında güçlü korelasyon gözlemlenmekte ve bu durumun bir kişinin yakın zamanda ziyaret ettiği veya yaşadığı yerin saptanmasına yardımcı olabileceği tahmin edilmektedir.

## Mikrobiyota ve vücut sıvıların identifikasyonu

Bazı durumlarda biyolojik sıvıları ayırt etmek zorlaşabilmektedir. Bu nedenle örneklere özgül bakteriyel türleri tespit ederek, biyolojik örneklerin tespitinin yapılabileceği öne sürülmüştür. Örneğin, *Lactobacillus crispatus*, *Lactobacillus jensenii* ve *Atopobium vaginae* vajinal sekresyonlarla ilişkilendirilmiştir ve diğer mikrobiyota elemanları gibi vajinada da benzersiz bakteriyel topluluklar bulunduğu saptanmıştır. *Streptococcus salivarius* ve *Streptococcus mutans* yalnız tükürük örneklerde bulunduğu için tanımlayıcıdır (16). Tükürük mikrobiyotasının 24 saatlik bir süre içinde ve 1 hafta sonra bile stabil olduğu ve her insan için özgün olduğunu da ortaya koymuştur (28).

## Mikrobiyota ve kişisel özellikler

Mikrobiyota; coğrafya, etnik özellikler ya da yaşam tarzı gibi faktörlerle de ilişkilidir. Bu konuyla ilgili çok fazla araştırma yapılmıştır. Ağız boşluğu, solunum yolu, barsak, ürogenital sistem ve deri mikrobiyotası bu faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Barsak mikroflorası özellikle etnik kökene, yaşam tarzına, hastalıklara ve yaşa bağlıdır. Örneğin, Amerikan toplumunda, Japon ve Koreli topluluklarda ve Çin toplumunda, sırasıyla, Firmicutes, Actinobacteria, ve Bacteroidetes çeşitliliği barsak mikrobiotasında gösterilmiştir. Cins seviyelerinde, Japonlarda yüksek miktarda *Bifidobacterium* ve *Clostridium*, Çinlilerde; *Bacteroides* ve *Prevotella*, Korelilerde; *Faecalibacterium* tespit edilmiştir (29,30). Malawi'de, Venezuela ve Peru'da *Prevotella*; ABD, Çin, Danimarka, İspanya ve Fransa'da *Bacteroides*; Rusya'da *Eubacterium*; İsveç'te *Clostridium* baskınlığı gösterilmiştir (29,30). *Ruminococcus*, *Roseburia* ve *Veillonellaceae* Hollandalı bireylerde egemendir (31,32). Barsak mikrobiyota'nın coğrafya veya etnik kökene özgü farklılıklarını gösteren başka birçok çalışma vardır (şekil 1) (32). Uzakta yaşayan avcı toplayıcı nüfusta mikrobiyal çeşitlilik oldukça yüksektir, esas taksalar *Prevotella*, *Succinivibrio*, *Treponema*, *Cyanobacteria*, *Tenericutes*, *Clostridium*, *Catenibacterium*, *Eubacterium*, *Salmonella*, *Lachnospira*; tükenmiş taksalar: *Bacteroidales*, *Lachnospiraseae* taksalarıdır. Hayvancılık, tarım ve balıkçılık ile uğraşan popülasyonda mikrobiyal çeşitlilik yüksektir ve esas taksalar *Prevotella*, *Succinivibrio*, *Treponema*, *Ruminococcus* ve *Bakteroides*; ve *Prevotella*-tükenmiş taksadır. Kentsel popülasyonda ise mikrobiyal çeşitlilik zayıftır ve esas taksalar *Bakteroides*, *Bifidobacterium*, *Ruminococcus*, *Blautia*, *Dorea*; iken, *Prevotella*, *Xylanibacter*, *Treponema*-tükenmiş taksalardır (32). Bu popülasyonların mikrobiyotadaki değişkenliği popülasyonun diyetine de bağlıdır; örneğin avcı-toplayıcı nüfus esas olarak manyok veya yumrular, bitki, fındık, bal gibi nişastalı gıdaları tüketirken ABD, metropol şehirleri veya Avrupa ülkeleri sanayileşmiş yaşam tarzına sahip olup rafine edilmiş yüksek proteinli, yüksek yağ içeren bir diyetle sahiptir. Ayrıca sanayileşmiş yaşam tarzına sahip grupta sanitasyon ve hijyen uygulamaları üst düzeyde olup, antibiyotik ve diğer ilaçların kullanımı da fazladır. Barsak mikrobiyotası, metabolik hastalıklarda, barsağın iltihaplı hastalıklarında ve diğer hastalıklarda

değişiklik göstermektedir. Obez olan bireylerde, Firmikutes filumundan aşağıdaki bakteriyel türlerle güçlü bir ilişki vardır: *Blautia hydrogenotrophica*, *Coprococcus catus*, *Eubacterium ventriosum*, *Ruminococcus bromii* ve *Ruminococcus obeum*. Öte yandan, zayıf bireylerde Bacteroidetes filuma ait *Bacteroides faecichinchillae* ve *Bacteroides thetaiotaomicron* ve ayrıca Firmicutes *Blautia wexlerae*, *Clostridium bolteae* ve *Flavonifractor plautii* daha baskındır (32).

ABD ve Tanzanya'daki kadınların el mikrobiyotaları üzerinde yapılan bir çalışmada, ABD popülasyonunda *Propionibacteriaceae*, *Staphylococcaceae* ve *Streptococceaceae* familyalarının baskınlığı ve Tanzanya'daki kadınlarda ise *Rhodiobacteraceae* ve *Nocardioideaceae* türlerinin egemen oluşu göze çarpar. Deri mikrobiyomunun bu coğrafi çeşitliliği, her iki ülkedeki ayrı çevreye ve yaşam tarzına bağlıdır. ABD bireylerinin vakti daha çok iç mekanlarda geçmekte iken Tanzanya nüfusu açık havada sürekli toprak, su vs. ile temas halinde günlük aktivitelerini gerçekleştirmektedir (33). Çin nüfusu üzerine yapılan bir araştırma, kentsel ve kırsal nüfus arasında deri mikrobiyotasında önemli farklılıklar olduğunu göstermiştir. Örneğin *Trabulsiella*, kent nüfusunda kırsal alana göre daha fazladır. Cilt mikrobiyotasının çeşitliliğinin, yaş, cinsiyet ve ikamet yeri de dahil olmak üzere çoklu konak faktörlerine bağlı olduğu gösterilmiştir (34). Batı Avrupalı kadınlarda 17 genç (21-31 yaş) ve 17 yaşlı bireyde (54-69 yaş) cilt mikrobiyotası incelendiğinde, yaşlı bireylerin cildinde, genç olanlara göre, daha yüksek bir alfa çeşitliliği olduğu ortaya konmuştur. Yaşlı bireylerde *Actinobacteria* oranı genç olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Buna karşılık, filum *Proteobacteria* yaşlılarda genç yaş grubundan anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Genel mikrobiyota yapısının, iki yaş grubu arasında farklı olduğu benzer sonuçlar başka çalışmalarda da elde edilmiştir (35,36). Çocuklar ve gençler arasında da mikrobiyota çeşitliliği gözlemlenmiş, üstelik yaşadıkları yere göre de fark saptanmıştır. Cilt mikrobiyotasının yaş ile değişiklik göstermesi fizyolojik ve davranışsal değişikliklere ve yaşanılan ortama bağlıdır (37). Erkekler ve kadınlar el yüzeylerinde önemli ölçüde farklı bakteri toplulukları barındırmaktadır; *Propionibacterium*- % 37, *Corynebacterium* % 80 erkeklerde daha fazla iken; *Enterobacteriales*- % 400, *Moraxellaceae* -% 180, *Lactobacillaceae* -% 340 ve *Pseudomonadaceae* - % 180 kadınlarda daha fazladır (9). Yaş ve cinsiyete ilişkin mikrobiyota çeşitliliği hormonal değişiklikler, ter veya sebum üretimindeki farklılıklar, cilt pH farklılıkları ve konak davranışları ile açıklanmaktadır. İlaç kullanımı (örn. antibiyotikler, steroidler), hijyen (örn. kişisel, evsel) ve kozmetik kullanımı (örneğin kremler, losyonlar, yumuşatıcılar), sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi faktörler cilt mikrobiyotasına etki etmektedir. İlave, bireyler mesleki maruziyetler (örneğin, hemşireler, bahçıvanlar, öğretmenler) büyük ölçüde cilt mikrobiyotasını değiştirebilmektedir (38). Cilt mikrobiyotası, dermatit, psoriasis, akne gibi çeşitli deri hastalıklarında değişkenlik göstermektedir (32).

Böylece yapılan çalışmalara göre mikrobiyota, zanlının yaşadığı yer, etnik özelliği, cinsiyeti, yaş, kilo gibi özellikleri ve diğer özellikleri (sigara, alkol, antibiyotik ve uyuşturucu



ve sosyal bilgiler gibi insanlarla ilişkili meta-dataları içeren güvenilir mikrobiyota veritabanlarına da ihtiyaç vardır (39). Araştırmacılar, mikrobiyotanın moleküler analizlerinden elde edilen verileri doğru bir şekilde işlemek için gerekli olan işlem gücünün maliyetli olduğunu ve hem araştırma hem de potansiyel adli uygulama için bir engel oluşturabileceğini de düşünmektedir (15).

### **Mikrobiyotanın uygulanabilirliği**

Amerika Birleşik Devletlerinde, mevzuat 402 Federal Kanun Kurallarında, mikrobiyota ile ilgili kanıtların, mahkemede kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (15).

Burglary (hırsızlık) Microbiome Projesi, Chicago'daki Illinois Üniversitesi'nde çalışan Dr. Jarrad Hampton-Marcell tarafından yönetilen bir projedir. Araştırmacılar, sahte hırsızlar evlerine girmeden önce ve girdikten sonra, evde yaşayanlardan (cilt, burun ve el sürüntüsü) ve evdeki çeşitli eşya yüzeylerinden örnekler almışlardır. Yaptıkları analizler sonucunda her bir birey için benzersiz bakteri toplulukları olduğunu tanımlanmışlar ve belirli bir evle etkileşimde bulunmayan bir kişiyi doğru bir şekilde saptamak için modeller oluşturmuşlardır. Bu çalışmada 30 bireyde toplam 9,965 adet özgün operasyonel taksonomik birim (OTU) belirlenmiştir. Konut sakinlerinden olmayanların (sahte hırsızlar) OTU'ları konut sakinleri ile eşleştirildiğinde, sahte hırsızlar % 60'tan daha yüksek bir etkileşim doğruluğu ile saptanabilmiştir. uOTU'lardaki zaman içindeki değişim gözlemlendiğinde ise diğer bireylerin yokluğunda veya varlığında, görünüm / kaybolma oranları anlamlı bir farklılık göstermemiştir (ANOVA,  $p > 0.05$ ). Bu çalışmada mikrobiyal yapıdaki değişiklikler yerine özgün markerler kullanılmış olup bu çalışma mikrobiyomu adli tıp aracı olarak kullanan ilk çalışmadır. Bu projenin araştırmacıları, sabit markerlerin tespiti konusunda daha fazla gelişme sağlandığında insan mikrobiyomunun, kimlik tespiti ve olay yeri incelemesi için ek bir araç olarak hizmet edebileceğini belirtmişleridir (40).

### **Sonuç**

Mikroplar her yerdedir: cildimizde, bağırsaklarımızda, solunum yollarında, genitoürenal sistemimizde. Her birey benzersiz, özgün stabil ve aktarılabilen bakteri topluluklarını barındırmaktadır. Mikrobiyom nerdeyse insan genomik DNA özelliklerine sahiptir. Mikrobiyomun adli tanımlamada 'parmak' izi olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir. İnsanlar 'mikrobiyal parmak izini' özel eşyalarında, buldukları kapalı ortamlarda, çeşitli yüzeylerde (masa, zemin, kapı kolu vs); ve havada bırakmaktadır. Mikrobiyotanın, zanlının yaşadığı coğrafya veya yer, etnik özellikleri, cinsiyet, yaş, kilo ve diğer özelliklerini (sigara, alkol, antibiyotik ve uyuşturucu kullanımı, mesleği, hastalıklar) ortaya koyabilmesi de mümkündür ve mikrobik kanıtların, insan genomik DNA kanıtlarından daha tanısal hale gelebileceği ileri sürülmektedir. Mikrobik kanıt, adli tanımlamada çok yararlı olma potansiyeline sahiptir.



## Kaynaklar

1. Hampton-Marcell JT, Lopez JV, Gilbert JA. The human microbiome: an emerging tool in forensics. *Microb Biotechnol*, 2017; 10(2): 228–230.
2. Gunn A, Pit SJ. Microbes as forensic indicators. *Tropical Biomedicine*, 2012; 29(3): 311–330
3. Aslan G, Altındış M. İnsan mikrobiyom projesi, mikrobiyotanın geleceği ve kişiye özel tıp uygulamaları. *Journal of BSHR*, 2017;1(Special issue) :1-6
4. Schloissnig S, Arumugam M, Sunagawa S, Mitreva M, Tap J, Zhu A, Waller A, Mende DR, Kultima JR, Martin J, Kota K, Sunyaev SR, Weinstock GM, Bork P. Genomic variation landscape of the human gut microbiome. *Nature*, 2013;493 (7430):45-50.
5. Franzosa EA, Huang K, Meadow JF, Gevers D, Lemon KP, Bohannon BJ, Huttenhower C. Identifying personal microbiomes using metagenomic codes. *PNAS*, 2015 ;112(22):E2930-8.
6. Watanabe H, Nakamura I, Mizutani S, Kurokawa Y, Mori H, Kurokawa K, Yamada T. Minor taxa in human skin microbiome contribute to the personal identification. *PLoS One*, 2018; 25;13(7):e0199947.
7. Flores GE, Caporaso JG, Henley JB, Rideout JR, Domogala D, Chase J, Leff JW, Vázquez-Baeza Y, Gonzalez A, Knight R, Dunn RR, Fierer N. Temporal variability is a personalized feature of the human microbiome. *Genome Biol*, 2014;15(12):531.
8. Aas, J. A., Paster, B. J., Stokes, L. N., Olsen, I. & Dewhirst, F. E. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol*, 2005; 43: 5721–5732 .
9. Fierer N, Hamady M, Lauber CL, Knight R. The influence of sex, handedness, and washing on the diversity of hand surface bacteria. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2008; 105(46):17994-9.
10. Turnbaugh PJ, Quince C, Faith JJ, McHardy AC, Yatsunenko T, Niazzi F, Affourtit J, Egholm M, Henrissat B, Knight R, Gordon JI. Organismal, genetic, and transcriptional variation in the deeply sequenced gut microbiomes of identical twins *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2010;107(16):7503-8.
11. Human Microbiome Project Consortium. Structure, function and diversity of the healthy human microbiome. *Nature*, 2012; 486:207–214.
12. Human Microbiome Project Consortium. A framework for human microbiome research. *Nature*, 2012; 486:215–221.
13. Qian, J, Hospodsky D, Yamamoto N, Nazarof, WW, Peccia J. Size-resolved emission rates of airborne bacteria and fungi in an occupied classroom. *Indoor Air*, 2012;22: 339–351.
14. Grice EA, Kong HH, Conlan S, Deming CB, Davis J, Young AC, NISC Comparative Sequencing Program, Bouffard GG, Blakesley RW, Murray PR, Green ED, Turner ML, Segre JA. Topographical and temporal diversity of the human skin microbiome. *Science*, 2009; 324:1190– 1192.
15. Nothorn K. How research into the human microbiome can be used to solve crimes.
16. Schmedes SE, Sajantila A, Budowle B Expansion of Microbial Forensics. *J Clin Microbiol*, 2016 ;54(8):1964-74.
17. Fierer N, Lauber CL, Zhou N, McDonald D, Costello EK, Knight R. Forensic identification using skin bacterial communities. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2010;107(14):6477-81.
18. Meadow JF, Altrichter AE, Green JL. Mobile phones carry the personal microbiome of their owners. *PeerJ*, 2014; 2: e447.
19. Lax S, Hampton-Marcell JT, Gibbons SM, Colares GB, Smith D, Eisen JA, Gilbert JA. Forensic analysis of the microbiome of phones and shoes. *Microbiome*, 2015; 3: 21.
20. Goga H. Comparison of bacterial DNA profiles of footwear insoles and soles of feet for the forensic discrimination of footwear owners. *Int J Legal Med*, 2012;126(5):815-23.

21. Hospodsky D, Qian J, Nazaroff WW, Yamamoto N, Bibby K, Rismani-Yazdi H, Peccia J. 2012. Human occupancy as a source of indoor airborne bacteria. *PLoS ONE*, 7:e34867.
22. Flores GE, Bates ST, Caporaso JG, Lauber CL, Leff JW, Knight R, Fierer N. Diversity, distribution and sources of bacteria in residential kitchens. *Environment Microbiol*, 2013; 15:588–596.
23. Flores GE, Bates ST, Knights D, Lauber CL, Stombaugh J, Knight R, Fierer N. Microbial biogeography of public restroom surfaces. *PLoS ONE*, 2011; 6:e28132
24. Lax S, Smith DP, Hampton-Marcell J, Owens SM, Handley KM, Scott NM, Gibbons SM, Larsen P, Shogan BD, Weiss S, Metcalf JL, Ursell LK, Vázquez-Baeza Y, Van Treuren W, Hasan NA, Gibson MK, Colwell R, Dantas G, Knight R, Gilbert JA. Longitudinal analysis of microbial interaction between humans and the indoor environment. *Science*. 2014;29;345(6200):1048-52.
25. Meadow JF, Altrichter AE, Bateman AC, Stenson J, Brown GZ, Green JL, Bohannon BJ. Humans differ in their personal microbial cloud. *PeerJ*, 2015;3:e1258.
26. Taubel M, Rintala H, Pitkaranta M, Paulin L, Laitinen S, Pekkanen J, Hyvarinen A, Nevalainen A. The occupant as a source of house dust bacteria. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2009; 124:834–840.
27. Belstrøm D, Holmstrup P, Bardow A, Kokaras A, Fiehn NE, Paster BJ. Temporal Stability of the Salivary Microbiota in Oral Health. *PLoS One*, 2016;11(1):e0147472.
28. Afshinnekoo E, Meydan C, Chowdhury S, Jaroudi D, Boyer C, Bernstein N, Maritz JM. Geospatial resolution of human and bacterial diversity with city-scale metagenomics. *Cell Syst*, 2015;1(1):72-87.
29. Nam Y D, Jung M J, Roh S W, Kim M S, Bae J W. Comparative analysis of Korean human gut microbiota by barcoded pyrosequencing. *PLoS ONE*, 2011; 6:e22109.
30. Nishijima S, Suda W, Oshima K, Kim S W, Hirose Y, Morita H, et al. The gut microbiome of healthy Japanese and its microbial and functional uniqueness. *DNA Res*, 2016; 23, 125–133.
31. Bonder M J, Tigchelaar E F, Cai X, Trynka G, Cenit M C, Hrdlickova B, et al. The influence of a short-term gluten-free diet on the human gut microbiome. *Genome Med*, 2016 8:45.
32. Gupta VK, Paul S, Dutta C. Geography, ethnicity or subsistence-specific variations in human microbiome composition and diversity. *Front Microbiol*, 2017;8:1162.
33. Hospodsky D, Pickering A J, Julian T R, Miller D, Gorthala S, Boehm A B, et al. Hand bacterial communities vary across two different human populations. *Microbiology*, 2014; 160: 1144–1152.
34. Ying S, Zeng D N, Chi L, Tan Y, Galzote C, Cardona C, et al. The influence of age and gender on skin-associated microbial communities in urban and rural human populations. *PLoS ONE*, 2015; 10:e0141842.
35. Shibagaki N, Suda W, Clavaud C, Bastien P, Takayasu L, Iioka E, Kurokawa R, Yamashita N, et al. Aging-related changes in the diversity of women's skin microbiomes associated with oral bacteria. *Sci Rep*, 2017;10567.
36. Somboonna N, Wilantho A, Srisuttiyakorn C, Assawamakin A, Tongsimas S. Bacterial communities on facial skin of teenage and elderly Thai females. *Arch Microbiol*, 2017; 199, 1035–1042.
37. Lehtimäki J, Karkman A, Laatikainen T, Paalanen L, von Hertzen L, Haahtela T, Hanski I, Ruokolainen L. Patterns in the skin microbiota differ in children and teenagers between rural and urban environments. *Sci Rep*. 2017 ;7:45651.
38. Rosenthal M, Goldberg D, Aiello A, Larson E, Foxman B. Skin microbiota: microbial community structure and its potential association with health and disease. *Infect Genet Evol*. 2011;11(5):839-48.
39. Clarke TH, Gomez A, Singh H, Nelson KE, Brinkac LM. Integrating the microbiome as a resource in the forensics toolkit. *Forensic Sci Int Genet*, 2017;30:141-147.
40. <https://www.asm.org/index.php/2-uncategorised/95948-the-burglary-microbiome-project>

## ADLİ DELİLLERİN TOPLANMASI VE SAKLANMASI MEVZUATI

Alp ASLAN\*

\*Oyak Savunma ve Güvenlik Genel Müdürlüğü

### Adli Delillerin Toplanması ve Saklanması Mevzuatı

Olay yeri incelemesi ile ilgili mevzuatımızdaki başlıca düzenlemeler 1982 tarihli T.C. Anayasası'nda yer almaktadır. Buna göre: “Hakimler, görevlerinde bağımsızdırlar; Anayasaya, kanuna ve hukuka uygun olarak vicdanı kanaatlerine göre hüküm verirler. (m.138)”; “... suçluluğu mahkeme kararı ile ispatlanıncaya kadar kimse suçlu sayılamaz.” (m.15) hükümleri uyarınca delillendirme esası kabul edilmiştir. Anayasamızın: “Suçluluğu hakkında kuvvetli belirti bulunan kişiler, ancak kaçmaları halinde, delillerin yok edilmesini veya değiştirilmesini önlemek için, hakim kararı ile tutuklanır.” (m.19) ve “Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.” (m.17) hükümleri uyarınca delillerin usulünce toplanması, korunmasının sağlanması, yok edilmesi ve değiştirilmesini önleyici tedbirlerin alınması ve yargı süreci dahilinde delil ve sanığın irtibatlandırılarak gerçek suçlunun ortaya çıkarılması hedeflenmektedir. Ceza Muhakemeleri Kanunu (CMK) göre, hazırlık soruşturmasında araştırma işlemleri cumhuriyet savcısı tarafından yapılır. Ancak savcının yardımcısı sıfatıyla polis ve jandarma da soruşturma ile ilgili araştırmayı, tahkikatı yapabilir (m.161). Buna göre adli kolluk, olaya el koyma, yakalama, soruşturma, olay ve olay yerinde inceleme, suçu ve suçluyu tespit etmeye yararlı olabilecek her türlü çalışmayı yapmakla görevlidir. Olay ve olay yerinde görevine ait işlemlere başlayan adli kolluk görevlisi, olayı ve taraflarını belirlemek için ifade almada ve sorguda yasak yöntem kullanılamaz, bu şartlarda elde edilen deliller değerlendirilmeye alınmamaktadır (m. 148). Soruşturma, araştırma faaliyetleri bütün olarak ve planlı şekilde yürütülür. Bütün olaylarda polis, savcının yardımcısı sıfatı ile, el koyma, yakalama, suç teşkil eden fiilleri araştırma, olayın aydınlatılması için acele tedbirleri alma, olay yerini koruma ve suç delillerini toplamakla görevlidir (m. 163/2, 164, 165). Özel güvenlik görevlileri adli kolluğa çağrılmaları halinde yardımcısıdır. Türk Ceza Kanunu (TCK)'na göre hakim sanığa cezayı elde ettiği delillere ve oluşan ziyana göre vermektedir. Bu deliller, suç konusu olayın mahiyetini açıklayan, suçun kimler tarafından, nerede, ne zaman, ne amaçla, ne ile, nasıl ve kime karşı işlendiğini, sonuç ve zararlarının ne olduğunu açıkça gösteren, fail-mağdur-mekan arasında mantıksal ilişki kurmaya yarayan vasıtalarlardır. Bunlara tanık- sanık-mağdur beyanı, el koyma-arama-keşif-yer gösterme tutanakları, belgeler, bilirkişi ve ekspertiz raporları (otopsi raporları, vücut muayeneleri), beyanları, teknik bilgiler vb. örnek gösterilebilir. Emniyet Teşkilatı Kanunu, Polis ve Jandarma'ya adli kolluk görevi vererek, işlenmiş olan suçların tahkikatını yapmak, sanıkların, tanıkların ilgililerin ifadelerini almak ve delilleri toplayıp sonuç çıkarmak yetkisine sahiptir. (m. 9, 10) Adli kolluk görevlileri adli hizmetleri sırasında; savcıdan, sulh hakiminden ve amirlerinden emir alır. Polis Vazife ve

Selahiyetleri Kanunu (PVSK)'na göre Polis ve bu kanuna atfen Jandarma, suç işlendiğini öğrendiğinde emir beklemeden olay yerine gitme, olaya el koyma ve maddi gerçeği araştırma yetkisine sahiptir. Polis görevli bulunduğu mülki sınırlar içinde, hizmet branşı, yeri ve zamanına bakılmaksızın, bir suçla karşılaştığında suça el koymak, önlemek, sanık ve suç delillerini tespit, muhafaza ve yetkili zabıtaya teslim etmekle görevli ve yetkilidir. Polisin Adli Görevlerini Yerine Getirmesinde Delillerin Toplanması, Muhafazası ve İlgili Yerlere Gönderilmesi Hakkında Yönetmelik (1983/17962) hükümleri, suç delillerinin düzenli ve standartlara uygun olarak mahkemeye sunulmasını düzenlemektedir. Bu yönetmelikle, Kanunlarda suç sayılan fiillerin ortaya çıkmasıyla başlayan adli kolluk görevlerinin yerine getirilmesi, suç ve suç sanıklarıyla ilgili delillerin korunması, muhafazası, tespiti, ambalajlanması, ilgili yerlere gönderilmesi aşamasında yapılacak işlemleri sıralamakta, polisin yetki ve görevlerini belirlemektedir. Yine bu yönetmelikte olay yerinde alınacak tedbirler belirtilmekte, suç unsuru taşıyan tüm delillerle suçun kaynağına inilerek irtibatlı olabilecek tüm delillerin ele geçirilme yöntemleri düzenlenmektedir. Kimlik Tespit ve Olay Yeri İnceleme Şube Müdürlüğü Yönetmeliği ile olay yeri incelemesine esas olarak, suçların aydınlatılması ve suç sanıklarının tespit ve yakalanması amacıyla polisin yetki, görev ve çalışmalarını düzenleyen, olay yeri incelemesinin hangi uzmanlarca yapılacağı belirtilmektedir. Olay yerlerini teknik yöntemlerle incelemek, kroki, plan, fotoğraf veya video ile tespit etmek, elde edilen iz ve delilleri toplamak, değerlendirmek, Polis Bölge Kriminal Laboratuvarlarınca değerlendirilmesi gereken maddi delilleri usulüne göre ambalajlayıp ilgili birime göndermek, olay yerlerinden elde edilen el izlerini, mekan itibari ile bırakılan diğer izleri arşivden ve şüpheliler ile karşılaştırma ve gerekli teşhisi yapma görevlerinin uzman personel tarafından yapılması gerektiği bu yönetmelik ile belirtilmektedir (m. 7/g,h). Bu yönetmeliğe göre olay yerinin incelenmesi uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından yapılır. Görevli personel, uzmanlık alanına giren konularda, Emniyet Genel Müdürlüğü Merkez ve taşra birimlerince, adli ve idari yargı tarafından gönderilen deliller ile olay yerinden elde edilmiş delilleri ilmi esas ve usullerle incelemek, değerlendirme sonucunu bir rapor halinde talepte bulunan yetkili birim veya makama göndermek, bilirkişi raporları düzenlemek yetkisine sahiptir (m.13). Yakalama, Gözaltına-İfade Alma Yönetmeliği hükümlerine göre, yakalama-gözaltına almanın şartları arasında, suç işlendiği yönünde hakkında kuvvetli iz, eser, emare ve delil bulunan kişinin gözaltına alınması sağlanır. Kişi şüpheden kurtulması için somut delillerin toplanmasını ifade vererek belirtilmiştir. Yönetmelik hükümleri, suç delillerinin değiştirilmesine ve gizlenmesine veya yok edilmesine meydan vermeyecek şekilde soruşturmanın yapılmasını düzenlemektedir. Adli Tıp Kurumu Mevzuatı kapsamında başta Adli Tıp Kurumu Kanunu olmak üzere ilgili diğer düzenlemeler ile bilirkişilik görevi yapmak, adli tıp uzmanlığı ve yan dal uzmanlığı programları ile görev alanına giren konular, adli bilimler ve adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmek görevleri düzenlenmiştir. Kriminal Polis Laboratuvarı Mevzuatı kapsamında adli ve idari soruşturmalar sırasında elde edilen maddi delillerin, bilimsel usullerle inceleme ve değerlendirilmesi

suretiyle, suç ve suçlunun tespit ve ispatında teknik hizmet yürüten KPL Dairesi Başkanlığının ve KPL Müdürlüklerinin kuruluş, görev ve çalışma esasları düzenlenmiştir. Adli Kolluk Yönetmeliği ile olay yerinde delil toplanması işlemlerinin sağlığı güvence altına alınmış ve görevini yapan adli kolluk görevlisine yetki verilmiştir.

## HASTA MAHREMİYETİ

### Patient Privacy

Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN\*

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde "Özel Yaşama Saygı" temel insan hakları olarak belirtilmektedir. İnsan haklarının önemli bir alt başlığını oluşturan hasta haklarının belki de günümüzde en çok tartışılan ve konuşulan unsurları "Hasta Mahremiyeti" ve "Özel Hayata Saygı" kavramlarıdır. Özellikle teknoloji çağında bilginin bu kadar yaygınlaşması sağlık sektöründe hastaya ilişkin bilgilerin ne derece saklanması ya da korunması gerektiğine ilişkin soruları akla getirmektedir. Araçlardan türetilmiş olan "mahremiyet" kelime anlamı olarak, "gizlilik" ile eş değer kabul edilmektedir. Kişiyi özel olan, sır olarak saklanması gereken tüm bilgiler mahremiyet alanı içinde görülmektedir. Bu anlamda bireylerin sağlık/hastalık durumları ile ilgili diğer bireylerden saklamak istedikleri tüm tetkik ve tedavi sonuçları hasta mahremiyetini yansıtmaktadır. Literatüre göre hasta mahremiyetinin pek çok boyutu bulunmaktadır. Bunlar fiziksel- bedensel, zihinsel, bilişsel, sosyal ve psikolojik boyutlardır. Tarih boyunca hasta mahremiyetine bakış değişiklik göstermiştir. Daha önceleri hasta mahremiyeti, hastalara ilişkin bilgilerin sağlık personelleri tarafından korunması olarak görülürken, günümüzde ise sadece hastaya ait bilgilerin değil hastanın ailesine ilişkin bilgiler ile bedensel, zihinsel ve psikolojik mahremiyetin korunması da hasta mahremiyetinin içinde daha geniş bir perspektif ile yer almaktadır. Bu bağlamda konuşmamızda "Hasta Mahremiyeti" kavramı pek çok boyutu ve uluslararası ve ulusal mevzuattaki yeriyle tartışılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta, mahremiyet

#### ABSTRACT

In the Universal Declaration of Human Rights of the United Nations, Respect for private life is defined as basic human rights. The most discussed and discussed elements of patient rights, which constitute an important sub-title of human rights, are Patient Privacy and Respect for Life. Especially in the age of technology, this spread of knowledge raises questions about the extent to which information on the patient should be kept or protected. "Privacy", which is derived from Arabic, is considered equivalent to "privacy". All the information that is private, which should be kept secret, is seen within the privacy area. In this sense, the results of all examinations and treatment that the individuals want to keep from other individuals related to their health / disease status reflect patient privacy. According to the literature, patient privacy has many dimensions. These are physical, physical, mental, cognitive, social and psychological dimensions. Throughout history, the view of patient privacy has changed. Previously, patient privacy is seen as protection of the information about the patients by the health personnel, but today, information about the patient's family and the protection of the physical, mental and psychological privacy, not only the information of the patient, but also the protection of the patient's privacy takes place with a wider perspective within the patient privacy. In this context, the concept of Patient Privacy will be discussed with its many dimensions and its place in international and national legislation.

**Keywords:** Patient, privacy

## ÇOCUK HASTALARDA HASTA HAKKI İHLALİ Patient Rights Violation in Children

Dr. Öğr. Üyesi Zehra DOĞAN\*

\*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

Her sağlıklı/hasta birey kaliteli bakım alma hakkına sahiptir. Hasta haklarının temeli insan haklarına dayanmaktadır. Hasta hakları, insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanmasıdır. Benzer şekilde durumun çocuklar içinde geçerli olması, çocuk hakları doğrultusunda hasta çocuklar içinde bir çocuk hasta hakları kavramından bahsedilmesi gerekliliği ilk olarak European Association for children in Hospital (EACH) - Avrupa Hastanede Bulunan Çocuklar Birliği, tarafından 1988'de, Leiden (Hollanda)'da yapılan ilk konferansında ortaya konmuştur. 2001 yılında Brüksel'deki 7. konferansında ise ilk "hasta çocuklar bildirgesi" düzenlenmiştir. Ülkemizde, tüm sağlık hizmeti alanlar için geçerli haklar "Hasta Hakları Yönetmeliği" içinde bildirilmektedir. Fakat çocuklar için özel yazılı düzenlemeler mevcut değildir.

Sağlık personeli ve ebeveynler, çocuklara karşı çocuğun haklarını, çıkarlarını ve isteklerini korumak için özel ve yasal sorumluluk sahibidirler. Bu sorumluluk çocuğun yaşına, kavrama düzeyine ve tedaviye bağlı olarak değişmektedir. Birleşmiş Milletler çocuk haklarına sözleşmesine göre onsekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılmaktadır. Çocukların özel olarak korunması gerektiği ise, gerek hukuksal alanda Anayasa'nın, gerekse uluslararası anlaşmaların sosyal koruma kurallarında açıkça düzenlenmiştir.

Çocuklara uygulanacak girişimlerde onam ve rıza alınması, yasal açıdan ailenin, etik açıdan ise çocuğun da rızasının olması gerekliliği, hasta çocuğun hakları konusunda en tartışmalı durumlardandır. Çocuk hakları sözleşmesinin 12. maddesi Çocuğun Görüşünün Alınması İlkesi;" görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanınmalıdır" demektedir. Hasta hakları yönetmeliğininin 24. Maddesinde de "Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır." ifadesi yer almaktadır. Sonuç olarak çocuk ile ilgili bütün kararların alınmasında çocuğun menfaatinin esas alınması ve hangi yaşta olursa olsun çocuğa gelişim düzeyine uygun bakım alabilmesinin sağlanması her çocuğun hakkıdır.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk, hasta hakları, ihlal, rıza (onam), hemşire

### ABSTRACT

Every healthy / sick human has the right to receive quality care. The basis of patient rights is based on human rights. Patient rights are the application of human rights to health services. The fact that the same situation applies to children, and that the concept of a child patient rights within the sick children in line with the rights of the child should first be mentioned in the first conference of the European Association for Children in Hospital (EACH) in 1988 in Leiden (The Netherlands). In 2001, at the 7th conference in Brussels, the first children's sick declaration was issued. In our country, the rights applicable to all healthcare providers are reported in the Patient Rights Regulation. However, there are no special written arrangements for children.

Health staff and parents have a special and legal responsibility against children to protect the rights, interests and wishes of the child. This responsibility depends on the child's age, comprehension level and treatment. According to the United Nations Convention on the Rights of the Child, every human being until the age of eighteen is considered a child. The special protection of children is clearly regulated in the legal framework of the constitution and in the social protection rules of international agreements.

Obtaining consent for the interventions to be applied to children is one of the most controversial cases about the rights of the sick child. Convention on the Rights of the Child Article 12 (Respect for the views of the child): When adults are making decisions that affect children, children have the right to say what they think should happen and have their opinions taken into account. In Article 24 of the patient rights regulation; Even if the consent of the legal representative is sufficient, the participation of the small or limited patient to the extent that they can understand what is being said is ensured as much as possible to participate in the information process and decisions to be taken regarding the treatment. As a result, it is the right of every child to make sure that the child's interests are taken as a basis in making all decisions related to the child and that the child can receive appropriate care for his level of development.

**Keywords:** children, patient, rights, violation, consent, nurse

## MEDYADA ÇOCUK RESİMLERİNİN PAYLAŞILMASININ GÜVENLİK RİSKİ

**Doç. Dr. Ayşe GÜROL\***

\*Atatürk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Teknolojinin gelişim sürecinin gündelik hayat üzerindeki yansımaları oldukça farklıdır. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinin ortaya çıkışından günümüze dek uzanan süreci incelediğimizde, donanımsal olarak tasınabilirlik, kullanılabilirlik ve ekonomik olması ön plana çıkmaktadır. Yazılımsal olarak ise evrensel tasarım ilkelerinin hakim olduğu gelişmeler görülmektedir. Bu gelişmelerin doğal yansımalarından biri olarak Bilgi ve İletişim Teknolojileri insanların gündelik yaşamlarında vazgeçilmez bir unsur olarak yerini almıştır. Teknolojinin hayatla iç içe olmasının yansımalarından biri de Sosyal Medya platformlarının yaygın olarak kullanımınıdır (1). Sosyal medya, yaygınlaşan internet kullanımına en büyük etken, insan hayatını etkileyen ve büyük oranda kolaylaştıran güçlü bir araçtır (2). Sosyal Medya platformlarının kullanımındaki artış ile birlikte kullanıcıların Bilgi ve İletişim Teknolojilerinden yararlanırken karşılaşılan problemler de artmış ve bu günümüzün geleceğiyle, ebeveynlerin sorumlulukları ve görevleri değişmiştir. Çocuklarının bu ortamda korunması ve teknolojinin kullanımı için bir rol modeli olması da sorumluluklara eklenmiştir. Ancak, çocuklarını gündelik hayatta korumakta tereddüt etmeyen ebeveynler, sosyal ağlar aracılığıyla çocuklarının dijital izlerini/kimliklerini sanal ortamda yayınlamaktan hiç çekinmemektedir (3).

Bugünün ebeveynleri, çocuklarını dijital bir kültürde yetiştiriyor ve önceki nesillere göre daha fazla ebeveynlik sorunu yaşamaktadır. Ancak yeni nesil yetişkinler, ebeveynlerinin saflarına katılırken Facebook gibi sosyal ağlar, çocuklarıyla ilgili yeni veya zor sorunlarla baş etmede onlar için çok kolay bir platform olarak yerini alıyor. Bu nedenle, yeni nesil ebeveynler, ebeveynlikle ilgili coşku ve zorluklarını paylaşmakta, çocuklarının hayatlarını, neredeyse bir sosyal norm haline gelen ve giderek artan sıklıkta sosyal medyada belgelendirmektedir. Sonuç olarak, pek çok çocuğun, yürümeye başlamadan önce sosyal medyada hayatları hakkında çok sayıda resim, yazı ve güncellemesi bulunmaktadır (4).

Bu tür bir faaliyete “sharenting” denir ve Collins Dictionary tarafından “sosyal medyayı çocuklarıyla ilgili çok sayıda ayrıntılı bilgi iletmek için düzenli olarak kullanacak bir ebeveyn uygulaması” olarak tanımlanmıştır (Collins Dictionary). Sosyal medya aracılığıyla ebeveynleri tarafından çocuklarla ilgili samimi bilgilerin paylaşılması ve açıklanması olgusu hızla artmaktadır (4). Toplumsal bağlamda değerlendirildiğinde; günümüzde sosyal



aileleri olarak da isimlendirebileceğimiz ebeveynlerin 2012 yılı öncesinde hayatlarında yer olmayan bir kavramı gündeme getirdikleri gözlenmektedir.

Bu kavram ‘sharenting’, özetle ‘parenting’ ve ‘share’ kelimelerinden türetilmiş, olup ilk kez 2012 yılında Wall Street Journal’da yer almıştır (5). Ayrıca bu kavram oransal bağlamda alanyazında ‘oversharenting’ olarak da ifade edilmektedir. ‘Sharenting’ kavramı, ailelerin kendi çocuklarına ait resim, video vb. gibi birçok bilgi ve görsel çevrimici ortamlarda paylaşmasını ifade etmektedir (3,6). Eşitlenmiş bir yaklaşımla, ailelerin iyi niyetle bu davranışını sergiledikleri değerlendirilse de, istemsizce yaratılan dijital ayak izleri birtakım hak ihlalleri yaratmaktadır (1). Bu nedenle, dünya çapında farklı disiplinlerden sayısız bilim insanı tarafından araştırma konusu haline gelmiştir (4).

Küçük çocukların ebeveynleri için sosyal medya, ebeveynlikle ilgili zorlukları araştırmaya ve paylaşmaya, arkadaşlarıyla ve akrabalarının çocuklarıyla iletişim halinde kalmalarına yardımcı olmaya yönelik yollar sunar. Aynı zamanda, internet güvenliği konularında artan bir farkındalık, sözde “sharenting”, çocukların risk altına girmesine neden olabilecek özel bilgilerin ihlal edilmesine yol açıp açmayacağı hakkında soruları gündeme getirmiştir (7).

Kasım/Aralık 2014’te, Michigan Üniversitesi C.S. Mott Çocuk Hastanesi, 0-4 yaş arası çocukların ebeveynlerinin sosyal medyada ebeveynlik bilgilerinin paylaşılmasıyla ilgili yararları ve kaygıları hakkında Çocuk Sağlığı Ulusal Anket çalışması yürüttü (7).

*Ebeveynlerin Sosyal Medya Deneyimleri:* Küçük çocukların ebeveynlerinin çoğu (annelerin %84’ü, babaların %70’i) Facebook, çevrimiçi forumlar veya bloglar gibi sosyal medyayı kullandıklarını bildirmektedir. Annelerin yarısından fazlası (%56), babaların sadece %34’ü, çocuk sağlığı ve ebeveynlik konularını sosyal medyada tartışmaktadır. Birçok ebeveyn sosyal medyada ebeveynlik ile ilgili tavsiyelerini paylaşırken, ortak konular çocukların uyumasına (%28), beslenme/yeme önerilerine (%26), disipline (%19), kreşe/anaokuluna (%17) ve davranış sorunlarına (%13) ilişkindir. Ebeveynler, sosyal medyayı yalnız olmadıklarını hissetme (%72), yapmamaları gerekenleri öğrenme (%70), daha deneyimli ebeveynlerden tavsiye alma (%67) ve daha az endişelenmelerine yardımcı olma (%62) gibi nedenlerden dolayı yararlı bulduklarını bildirdi. Buna karşılık, ebeveynlerin yaklaşık üçte ikisi sosyal medyada paylaştıkları çocuklarıyla ilgili özel bilgileri (%68) veya çocuklarının fotoğraflarını (%67) herhangi birinin paylaşması ile ilgili endişe duyarken, %52’si daha büyük yaşlarda çocuklarının bu konuda utanç duymasından endişe duymaktadır.

Bu ulusal ankette yer alan ebeveynler, ebeveynlik konusundaki kaygıları nedeniyle kendilerinin yalnız olmadıklarını hissetmek, ebeveynlik danışmanlığı almak ve paylaşmak gibi nedenlerle sosyal medyayı kullanmanın birçok yararından bahsetmektedir. Fotoğrafları ve anekdotları paylaşmak, uzaktaki akrabaları ve arkadaşları ile iletişim halinde kalmak gibi

birçok konuda yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Gecenin ortasında uyanık olan başka bir ebeveynle bağlantı kurmak, izolasyon duygularını önlemeye yardımcı olabilir. Diğer ebeveynlerin önerilerini sormak yeni bir çocuk bakımı sağlayıcısının seçimini kolaylaştırabilir. Diğer ebeveynlerin kullandıkları stratejileri duymak, bir bebeğin davranış sorununu çözmek için pratik ipuçları sunabilir.

Ebeveynler ayrıca, çocuklar hakkında sosyal medyada çok fazla bilgi paylaşmanın olumsuzluklarının olabileceğini de biliyorlar. Örneğin, “oversharenting” sosyal medyada paylaşılan ayrıntılar çok kişisel olduğunda veya çocuk büyüdüğünde onun için utanç verici olduğunda meydana gelebilir. Neyin paylaşılmasının uygun olduğu konusunda sert ve hızlı kurallar olmamasına rağmen, bu ankette, ebeveynlerin dörtte üçünün başka bir ebeveynin çocuklarıyla ilgili çevrimiçi olarak çok fazla bilgi paylaştığını düşündüğü ortaya çıkmıştır. Sosyal medyayı kullanan ebeveynlerin çoğunluğu (%74), bir çocuk hakkında utanç verici bilgi veren ebeveynler (%56), sosyal medyada bir çocuğun yeri (%51) ya da bir çocuğun uygunsuz fotoğrafları (%27) gibi çok fazla bilgi paylaşan başka bir ebeveyni bilmektedir.

Sosyal medya kullanımıyla ilgili ebeveynlerin diğer endişeleri, bir çocuğun evini, çocuk bakımını veya oyun mekanlarını tanımlamak için kayıtların kullanılabilmesidir. Çocukların velayet anlaşmazlıkları ya da aile içi şiddet vakaları gibi belirli durumlarda bilgilerinin açıklanması önemli bir risk oluşturabilir. Çevrimiçi yayınlarda çocukların kimliklerinin ve yerlerinin belirlenmesi, fiziksel zorbalık veya siber zorbalığa yol açabilir. Ayrıca, ebeveynler, çocuklarının resim ya da görüntülerinin uygunsuz bir yetişkin web sitesinde yayınlanmasından korkmaktadır. Bazı ebeveynler bu durumu, kendi çocuklarını “dijital kaçırma” kurbanı olarak tanımlamaktadırlar (7).

Birçok ebeveyn, kişisel bilgilerini kimin görebileceğini kontrol etmek için sosyal medyada gizlilik ayarlarını kullanıyor. Ancak, gizlilik ayarları tüm kullanıcılar tarafından iyi anlaşılammıştır. Ayrıca, belirli türdeki bilgileri yeniden sınıflandırabilen sosyal medyanın gizlilik politikaları değişebilir, bu yüzden bugün özel olarak paylaşılanın gelecekte özel olarak garanti edilemeyeceği anlamına gelir.

Federal Çocukların Çevrimiçi Gizliliğini Koruma Yasası (The Federal Children’s Online Privacy Protection Act - COPPA), 13 yaşından önce internet üzerinden bilgi toplanmasını veya yayınlanmasını sınırlar. İronik olarak, o yaşta, birçok çocuğun ebeveynlerinin sosyal medya kullanımına dayalı olarak uzun bir “dijital profili” vardır. Ebeveynlerin ebeveynlik sorunlarını tartışmak için sosyal medyayı kullanmaları konusunda dikkatli olmaları gerekmektedir ve çocuğun bilgilerinin paylaşılma şeklini etkileyebilecek gizlilik politikalarını anlama konusunda gayretli olmaları teşvik edilmektedir.

Aile Çevrimiçi Güvenlik Enstitüsü (Family Online Safety Institute - FOSI) adına, 6 ila 17 yaş arası çocukların 589 ebeveyni ile yapılan bir çalışma sonucunda oluşturulan “Ebeveynler,

Gizlilik ve Teknoloji Kullanımı” raporuna göre, Kasım 2015’te, bir sosyal ağ hesabına sahip olan ebeveynler arasında, yaklaşık %20’si bir çocuk hakkında, gelecekte utanç verici bulabileceği çevrimiçi bilgi paylaşmaktadır. Dahası, on ebeveynin birinden kendi çocukları ile ilgili paylaştıkları çevrimiçi yayınlanan bazı bilgileri kaldırmaları istendi (8).

Şüphesiz, çağımızda kameralı cep telefonları kullanımının artışına paralel olarak sosyal paylaşım sitelerinde en yaygın uygulama fotoğraf paylaşımıdır. Her 60 saniyede 136.000 fotoğraf Facebook’a yüklenmektedir. Bugünün ebeveynleri çocuklarının fotoğraflarını isteyerek paylaşmakta ve bazı araştırma sonuçlarına göre, çocuklarının fotoğraflarını Facebook’ta yayınlayan ebeveynlerin sayısı %98’e ulaşmaktadır (9).

Ebeveynler, doğumdan çocuklarının ilk adımlarına ve okula başladığı andan genç yaşlarına kadar çocuklarının hayatlarının neredeyse her anını sosyal medyada yayınlamaktadır. AVG Technologies tarafından 2010 yılında yapılan araştırmada, çocukların ortalama olarak altı yaşına kadar dijital kimlik kazandıkları bulunmuştur. Ancak çoğu durumda, bu çevrimiçi uygulamalar, bir çocuğun doğumu öncesinde bile, anne adaylarının anne karnındaki çocuklarının sonogram görüntülerini paylaşmasıyla başlamakta (10). Bu şekilde, Facebook çocukları, kendi toplumlarında mikro ünlüler haline geldiği “modern bir bebek kitabı” haline geldi (11). Ayrıca ebeveynler çocuklarını sosyal medya hesapları üzerinden “micro-celebrity” olarak ticari amaçlı kullanmaktan çekinmemektedirler (12). Micro-celebrity”ler internet aracılığıyla popülerlik kazanan fenomenlerdir (6).

Facebook’un bugünün ebeveynlerine, ebeveynlikleriyle ilgili deneyimleri ve mutluluklarını paylaşmaları veya ebeveynlik konularında yardım aramaları için eşsiz bir fırsat sunduğu göz ardı edilemez. Ancak sorunlar, çocuklarıyla ilgili utanç verici veya çok kişisel bilgileri paylaştıklarında ve dolayısıyla çocukların mahremiyetlerini ihlal etme riskiyle karşı karşıya kaldıklarında ortaya çıkar.

Sharenting ile ilgili bir başka ciddi konu da, “dijital kaçırma/ digital kidnapping” olarak adlandırılan, yabancıların bebek/çocuk fotoğraflarını çaldığı ve internette onları sanki kendi çocuklarıymış gibi yeniden yayınladığı bir olgudur (13).

Ne yazık ki, bazen anne-babalar, paylaştıkları bilginin, özellikle utanç verici hikayelerin veya uygunsuz fotoğrafların paylaşılması durumunda başkaları tarafından nasıl yorumlanabileceğini düşünmüyorlar ve dahası bu içeriklerin bir gün nerede biteceğini asla bilemezler. Richard Follett’in öne sürdüğü gibi, şu anda online olarak yayınlanan bir şey gelecekte uygun olmayabilir. Bu görüntüler sadece hassas gençlik yıllarında onları utandırmak için kullanılmaz, aynı zamanda potansiyel işverenler veya üniversite kabul departmanları tarafından da erişilebilir (14).

Yasal açıdan bakıldığında herkesin unutulma hakkı vardır ve bu nedenle ebeveynler çocuklarına fotoğraflarını çevrimiçi olarak paylaşmadan önce izin istemek zorundadır. Bebekler ve küçük çocuklar (0-14 yaşlarında) karar veremezler çünkü avantajları ve dezavantajları dengelemek için gerekli bilgiye sahip değildirler ancak 14 yaşından itibaren, çocuğa sorulmalı ve kararları ebeveynleri tarafından dikkate alınmalıdır (15).

Ebeveynler, çocuklarının adı arama motorlarında görüldüğünde (ör. Google uyarıları) onları uyarmak için bildirimler ayarlamalıdır. Çocuklarının sağlık sorunları veya hastalıkları hakkında bilgi paylaşmaya karar veren ebeveynler, anonim olarak paylaşmayı düşünmelidir. Ebeveynler, çocuklarının gerçek konumunu veya tam adını paylaşmadan önce dikkatli kullanmalıdır. Ebeveynler çocuklarına çevrimiçi bildirimler üzerinden “veto gücü” vermelidir. Ebeveynler çocuklarını herhangi bir mahrem durumunu gösteren resimleri paylaşmamalıdır. Ebeveynler, paylaşımın çocuklarının mevcut ve gelecekteki statülerinde sahip olabileceği etkiyi düşünmelidir. Çocuklarla ilgili çevrimiçi paylaşılan bilgilere dikkat etmenin de onlara bakmanın ve sağlıklı gelişimlerini teşvik etmenin bir yolu olduğu unutulmamalıdır (16).

## Kaynaklar

1. Tuğ̃tekin U, Odabaşı HF. Sosyal Medya Aileleri'nin Yeni Sendromu: 'Sharenting'. 11. Uluslararası Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Sempozyumu, 24-26 Mayıs 2017, Malatya
2. Sağbaşı EA, Ballı S, Şen F. Sosyal Medya ve Gençler Üzerindeki Etkileri. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Uluslararası Gençlik Araştırmaları Kongresi Bildiri Kitabı. 27-31 Mayıs 2016, Muğla, 153-163.
3. Leymun ŞO, Kurt AA, Odabaşı HF. A New Syndrome in Families: Sharenting International Child and Information Safety Congress “Digital Games” April 11–13, 2018, Ankara, Turkey
4. Brosch A. When the child is born into the Internet: Sharenting as a growing trend among parents on Facebook. The New Educational Review 2016; 43(1): 215- 236.
5. Maraslı M, Suhendan E, Yilmazturk NH, Cok F. Parents' Shares on Social Networking Sites About their Children: Sharenting. The Anthropologist, 2016; 24(2): 399-406.
6. Çimke S, Yıldırım Gürkan D, Polat S. Sosyal Medyada Çocuk Hakkı İhlali: Sharenting. Güncel Pediatri, 2018; 16(2): 261-267.
7. Child Health Evaluation and Research Unit (CHEAR). Parents on social media: Likes and dislikes of sharenting. C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health 2015; 23(1): 1-3. [http://mottnpch.org/sites/default/files/documents/031615\\_sharenting\\_0.pdf](http://mottnpch.org/sites/default/files/documents/031615_sharenting_0.pdf) Erişim tarihi:10.08.2017
8. Family Online Safety Institute. Parents, Privacy & Technology Use. <https://www.fosi.org/policy-research/parents-privacy-technology-use/> Erişim tarihi: 25.09.2018.
9. Bartholomew MK, Schoppe Sullivan SJ, Glassman M, Kamp Dush CM, Sullivan JM. New parents' Facebook use at the transition to parenthood. Family relations, 2012; 61(3): 455-469.
10. AVG Technologies (2010). AVG Digital Diaries–digital birth. [https://now.avg.com/wp-content/uploads/2015/06/updated\\_17.07.15\\_dd\\_2015\\_executive\\_summary.pdf](https://now.avg.com/wp-content/uploads/2015/06/updated_17.07.15_dd_2015_executive_summary.pdf), Erişim tarihi: 25.09.2018
11. Kumar P, Schoenebeck S. The modern day baby book: Enacting good mothering and stewarding privacy on Facebook. In Proceedings of the 18th ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work & Social Computing (pp. 1302-1312). 2015, ACM.

12. Crystal Abidin C. Micromicrocelebrity: Branding Babies on the Internet. *M/C Journal* 2015; 18(5).
13. O'Neill J. The Disturbing Facebook Trend of Stolen Kids Photos. From <https://www.yahoo.com/news/mom-my-son-was-digitally-kidnapped-what-112545291567.html> Erişim tarihi: 25 September 2018.
14. Houghton S, Hunter S, Rosenberg M, Wood L, Zadow C, Martin K, Shilton T. Virtually impossible: Limiting Australian children and adolescents daily screen based media use. *BMC Public Health*, 2015; 15(5): 1-11.
15. Wagner A, Gasche LA. Sharenting: Making Decisions about Other's Privacy on Social Networking Sites (No. 90477). Darmstadt Technical University, Department of Business Administration, Economics and Law, Institute for Business Studies (BWL). 2018.
16. Otero P. Sharenting... should children's lives be disclosed on social media? *Arch Argent Pediatr* 2017;115(5): 412-413.

## EV İÇİ TEHLİKELER: ÇOCUK BOYUTU

Prof. Dr. Yurdagül ERDEM\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

### Giriş

#### Problemin Büyüklüğü

Çocuk hakları sözleşmesine göre dünyada tüm çocukların şiddet ve kazalardan uzak güvenli bir çevrede yaşama hakkı bulunmaktadır(1). Çocukluk kazaları önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün şiddet ve sağlık 2002 raporunda, en yaygın kasıtsız (veya "kazara") çocuk yaralanmalarının niyetinin belirlenmesinin her zaman kolay olmadığını bildirmektedir. Belirli bir çocuk yaralanma tipine ilişkin verilerin tartışılmasında, niyet konusu belirsiz olduğunda, o zaman kasıtlı yaralanmalar da söz konusu olabilir (2). Adli raporlama bu noktada çok önemli duruma gelir. 2005 yılında WHO ve UNICEF çocukluk çağı kazalarının önlenmesi konusunda dünya genelinde çağrıda bulunmuş, on yıllık eylem planı açıklamıştır (3). Bu çağrının genel amaçları: dünya çapında çocukluk çağı kazalarının büyüklüğü, risk faktörleri hakkında farkındalık yaratmak; çocukluk kazalarının önlenebilirliğine dikkat çekmek ve tüm ülkelerde çocuk kazalarını etkili bir şekilde azaltmak için uygulanabilecek önerilerde bulunmak (3).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre (2008), tüm kaza ve yaralanmaların yüzde 54'ünü ev kazaları oluşturmakta ve günde 2000 çocuğun önlenbilir nedenlerle yaralandığı, dünya genelinde 18 yaşın altında 950000 çocuğun kazalara bağlı ya da şiddete bağlı yaşamını yitirdiği bildirilmektedir. Kasıtsız kazalar bu olayların %90'ından sorumludur ve 10-19 yaş çocuk ölümlerinin önde gelen nedenlerini oluştururlar. Kazaların çoğu hastane yatışı gerektirir ve yaşam boyu engellilik söz konusudur. Ölümlü seyreden kazaların %95'i düşük ve orta gelirli ülkelerdedir (4).

Evler hepimiz için güven verici, rahat ettiğimiz ve günümüzün çoğunu geçirdiğimiz ortamlardır. Tehlikelerden uzak olunması gereken ortam olmasına rağmen Ülkemizde ve dünyada ev kazaları, özellikle okul öncesi yaş döneminde sık görülmesi, sakatlıklarla ve ölümle sonuçlanabilmesi nedeniyle önem taşımaktadır (5). 15 yaşın altı çocuklarda ve 65 yaşın üzeri yaşlılarda ölümlerin çoğu ev içi ortamlar ve evin bahçe bölümlerinde yer almaktadır (6) Oysa, yaralanmalar kaçınılmaz değildir; önlenbilir veya kontrol edilebilir. Ölüm en fark edilebilir ölçüttür. Evdeki ölümlerin nedeni sıklıkla düşme, yangın, alev ve zehirlenmelerdir. Kuzey İrlanda da Kaza ve Acil Durum (A & E) departmanında yapılan bir çalışmada evin içinde daha fazla kaza meydana geldiği belirlenmiştir. Ev kazalarının % 66'sının ev içinde meydana geldiği ve % 34 doğrudan evin dışında, yani bahçede vb alanlarda olduğu; Ev kazalarının % 39,2'si 0-15 yaş arası çocukları içermiştir (12). Sosyoekonomik

düzeyi düşük gelişmekte olan ülkelerden Sudan'da ise 5 yaş altı ev kazaları insidansı %13.3 olarak bulunmuştur (15).

### **Ev Kazalarının Tipleri ve Görülme Alanları**

Ev ve yakın çevresindeki tehlikeler olarak en fazla ev kazaları görülmektedir. Ev kazaları evin içinde veya eve ait bahçe, havuz, garaj gibi evin yakın çevresinde meydana gelen kazalardır. Literatürde Ev kazası tiplerini 0-6 yaş grubu çocuklar açısından değerlendirdiğimizde; Dünya'da ve ülkemizde yapılan bir çok araştırmaya göre bu yaş grubu çocuklar arasında en sık görülen ev kazası tipleri düşmeler, yanıklar, zehirlenme, suda boğulma, yabancı cisim yutmaları, evcil hayvan ısırıklarıdır. Şahiner ve ark. (2011), yaptıkları çalışmada evin oturma odasında ve mutfakta daha fazla kaza ve yaralanmalarla karşılaştığını belirlemişlerdir.

### **Ev Kazaları Yönünden Risk Faktörleri**

Çocuğun karşılaşacağı ev ve yakın çevresindeki tehlikeler, çocuğun büyümesi ve gelişmesi ile değişmektedir. Çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişim aşamalarının özelliklerinin bilinmesi ile yaşa göre olası kaza ve tehlikeler tahmin edilebilir ve önlenebilir. Çalışmalar yaş ve cinsiyetin en önemli faktörler olduğunu göstermektedir. ABD'de geniş popülasyonda yapılan bir çalışmada erkek çocukların kız çocuklarına göre kaza ve travma riskine 1.52 oranında daha fazla sahip oldukları belirlenmiş, 13-17 yaştaki erkek çocuklarında kızlara göre travmaya maruz kalma oranı ise 1.85'e çıkmaktadır (7). Sıklıkla çocukların travmaya maruz kalma durumu çocuğun yeteneklerine, nerede, kiminle olduklarına ve fiziksel-motor gelişimsel özelliği, algılama yeteneği, adölesan ise risk alma davranışına göre, evin içinde ya da dışında çevresel faktörlere bağlı değişiklik göstermektedir (8).

Zamanlarının çoğunu evde geçiren, aynı zamanda çevrelerini keşfetme ve öğrenme merakları, büyükleri taklit etme özellikleri, yürüme ve hareket etme becerisi kazanmaları, çevreyi keşfetme isteği, geçmiş deneyim olmadığı için her şeyi ağzına götürme isteği ve kazalardan kendilerini koruyabilecek gelişimsel beceriye yeterince sahip olamamaları nedeniyle 0-6 yaş grubu çocukların kazaya uğrama olasılığı yüksektir (4). Bu nedenlerle çocuğun yaşı da kaza ve yaralanma tipini etkilemektedir. Küçük bebekler yüksekten düşme ile karşılaşırken, 5 yaş çocuğu yangın, 13 yaş çocuğu ateşli silahla yaralanma, 15 yaş çocuğu motorlu araç kazası yaşayabilmektedir. Bir diğer risk faktörü sosyoekonomik düzeydir. Yoksul olan ailelerde evde bir çocuğun gözetim sorumluluğu başka bir çocuğa verilebilmektedir. Sosyoekonomik düşük düzeyli evlerde yangın detektörü, alarm sistemleri, güvenlik önlemleri, evin etrafında güvenli oyun alanları, merdivende korkuluk olası değildir.

Şahiner ve ark. (2011), Kocaeli'nde sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerdeki hanelerde 1539 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada konut içindeki kazaların, konut çevresindeki kazalara

göre daha yüksek bulmuşlardır. Evde yaşayan kişi sayısı arttıkça kaza görülme riskinin arttığı; en çok 0-4 yaş çocukların ev kazalarına maruz kaldığını belirtmiştir (9).

Erdem ve ark (2017), Düzce’de bir üniversite hastanesi çocuk polikliniğinde Çınar ve Görak tarafından (2003) geliştirilen “0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğini” kullanarak (10) 117 anne üzerinde yaptıkları çalışmada, anne yaşının çocuğun kaza geçirme durumunu etkilediğini belirlemişlerdir. Annelerin evde güvenlik önlemi alma düzeyinin ortanın üstünde olduğu saptanmıştır(11).

### **Ev Kazalarını Önleme Stratejileri**

Ev kazalarını önleme halk sağlığı yaklaşımını gerektirir.

**Destekleyici ev ziyaretleri:** Pediatri hemşireleri tarafından yüksek riskli ailelere ev ziyareti yapılmasının ev ortamını iyileştirmek, çocuğun davranış problemlerini önlemek, emniyet araçlarının kullanımını artırmak. Ev ziyaretlerinin etkilerinin gözden geçirilmesi erken çocukluk çağı kazalarının önlenmesinde önemli olumlu etkiler göstermiştir. İyi bir ev ziyareti ile çocuklardaki ev kazalarının %26 azaltılabileceği gösterilmiştir (13). Kaza için 3 faktör vardır: çocuk, obje ve çevre (14). Çocuğa güvenli olan şeyle olmayan öğretilmelidir. İlaçlar şeker diye öğretilmemelidir. Ateş güvenliği eğitimi verilmelidir. Bakıcıya temel ilk yardım becerileri kazandırılmalıdır. Bebek yürüteçleri tehlikelidir. Keskin ve küçük parçalı oyuncaklar uzak tutulmalıdır.

**Güvenlik cihazları, Çevre Güvenliği:** Güvenlik cihazlarının tanıtımı cihazı kullanmada artan uyumluluğa ve yaralanmalarda düşüşe neden olmaktadır. Örn. Bisiklet binerken kask takmanın kafa travmaları ve yüze olan yaralanmalardan koruduğu belirlenmiştir. Yangın alarmlarının da çok etkili olduğu gösterilmiştir. Mutfak evin en tehlikeli bölümüdür (14). Banyoda çocuk tek başına bırakılmamalıdır. Oturma odalarında elektrik prizlerine çocuk erişmemelidir. Yatak odasında yenidoğan bebek erişkin yatağında bırakılmamalıdır. Yenidoğan bebekte yastık kullanılmamalıdır.

**Eğitim, Bilgi, Davranış Değişikliği:** Eğitimin odak noktası, çocukların bakıcılarının ötesine uzanarak sağlık çalışanlarını, politika yapıcıları, medyayı ve iş dünyasını kapsamalıdır. Güvenlik mesajlarını televizyon programlarına almanın yeni yolları araştırılmalıdır. Anne, çocuklar banyo yapmadan önce su sıcaklığını test eden bir kişi haline getirilmelidir.

**Toplum Temelli Yaklaşımlar:** Yaralanmaların önlenmesi için uzun vadeli stratejiler, etkili ve odaklı liderlik, çeşitli kuruluşlar arasındaki işbirliği, uygun hedefler ve yerel ağları geliştirmek için yeterli zamana sahip olmak önemlidir.



**Çocukluk Kazalarındaki Bilinmezlikleri Azaltmak:** Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında sosyo- ekonomik eşitsizliklerin üstesinden gelmek için geniş yaklaşımlar sağlıkta önerilmiştir:

**-Bireyleri güçlendirmek;** çocukları ve onların bakıcılarını hedeflemeyi içerebilir.

**-Toplumları güçlendirmek;** güvenlik konularında çalışan birçok kurum tarafından benimsenmelidir.

**- Hizmetlere erişimi iyileştirmek;** yeni yollar açarak hizmeti erişime kolaylaştırmak.

**- Makroekonomik ve kültürel değişimi teşvik etmek:** okulları kalabalık yoğun yollardan uzaklaştırma gibi geniş arazi kullanım politikaları; yayaların ihtiyaçlarını tam olarak dikkate alan ulaştırma politikaları; Sağlıklı bir aktivite olarak yürüyüşün teşvik edilmesi; Güvenli açık oyun alanları kurulması

## Kaynaklar

1. Convention on the Rights of the Child, 1989. New York, NY, United Nations, 1989 (A/RES/44/25) <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>.
2. World report on violence and health. Ed. Krug EG [et al].Geneva, World Health Organization, 2002.[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf)Erişim tarihi: 30.9.2018.
3. Child and adolescent injury prevention: a global call to action. Geneva, World Health Organization and UNICEF, 2005. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf), Erişim Tarihi: 30.9.2018
4. World report on child injury prevention. Edited by Margie Peden ... [et al]. 2008. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574\\_eng.pdf;jsessionid=5175014533FFB52CCFE5ACD6FAB534EC?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf;jsessionid=5175014533FFB52CCFE5ACD6FAB534EC?sequence=1).
5. Özdemir U., Reşitoğlu S.,Tolunay O.,Çelik T.,Celiloğlu C ve diğ. (2016). Çocuk Acile Başvuran Ev Kazalarının Değerlendirilmesi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2016;3:146-50.
6. Mackessack-Leitch K. Domestic accidents: their cause and prevention. J R Coll Gen Pract. 1978 Jan; 28(186): 38-40, 42-43, 45.
7. Scheidt CP., Harel Y., Trumble CA., Jones DH., Overpeck DM., Bijur PE. The Epidemiology of Nonfatal Injuries among US Children and Youth. American Journal of Public Health. 1995; 85(7): 932-938.
8. Towner E., Dowswell T.,Errington G., Burkes M.,Towner J. Injuries in children aged 0–14 years and inequalities. A report prepared for the Health Development Agency, 2005.
9. Şahiner P., Özkan Ö.,Onur Hamzaoğlu O. Kocaeli İlindeki Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Hanelerde Ev Kazası İnsidansı ve Risk Faktörleri. TAF Prev Med Bull 2011; 10(3): 257-268
10. Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çocuk Forumu. 2003;6:22-7.
11. Erdem SS., Bolu F.,Mayda AS. Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanımlanması. Konuralp Tıp Dergisi 2017;9(2):40-46.

12. A Five Year Home Accident Prevention Strategy & Action Plan 2004 – 2009.  
<https://www.injuryobservatory.net/wp-content/uploads/2012/09/Home-Strategy-2004-Home-Accident-Prevention.pdf>.
13. Lucas P. Home visiting can substantially reduce childhood injury. What Works for Children Group Evidence Nugget 2003.
14. Chin Khoon W. Home Safety And Prevention Of Home Accidents in Young Children. Bulletin 24 January 2002  
[https://www.nuh.com.sg/wbn/slot/u3609/Education/Healthcare%20Professionals/Education%20&%20Training%20Opportunities/Bulletin/bulletin\\_24.pdf](https://www.nuh.com.sg/wbn/slot/u3609/Education/Healthcare%20Professionals/Education%20&%20Training%20Opportunities/Bulletin/bulletin_24.pdf).
15. Amen Mohammed AW. Home Accidents And Associated Factors Among Children Less Than Five Years Old in Sudan: A Descriptive Study. Gulf Medical Journal 5(1):10-15, December 2016.

## ÇOCUK SAĞLIĞINDA GİZLİ TEHLİKELER - TOKSİKOLOJİK YAKLAŞIM

### Hidden Dangers in Child Health - Toxicological Approach

Dr. Vugar ALİYEV\*

\*Toxicologist, Azerbaijan

<p><b>ÖZET</b></p> <p>Çocuklar yetişkinlere nazaran ağır metal ve ftalatlar daha duyarlıdır. Bu gibi çevresel maruziyetler sebebiyle çocuklarımızı gizli tehlikeler beklemektedir. Ağır metaller toksik, ftalatlar ise kanserojen olmaları sebebiyle çeşitli malzemelerde kullanımları gerek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gerekse diğer sağlık kuruluşları tarafından belirli limitler ile sınırlandırılmaktadır.</p> <p>Toksik ağır metaller başta göğüs kanseri olmak üzere çeşitli hastalıklara neden olmaktadır. Bununla birlikte beyni etkileyerek öğrenme ve gelişim bozukluklarına sebebiyet vermektedir. Genetik yatkınlığın yanı sıra, özellikle teratojenik veya ilk bebeklik evrelerindeki ağır metal maruziyetleri buradaki en büyük paya sahiptir. Bu durum özellikle son dönemlerde zihin engelli çocuk sayılarının, çocuklardaki hiperaktivite ve alerjik semptomlarının artışı açıklamaktadır. Ayrıca bu toksinler karaciğeri ve üreme organlarını da etkilemektedirler. Ftalatlar maruziyet sperm sayısında azalma, prenatal mortalitede artış, testislerdeki histolojik değişiklikler, azalan büyüme ve doğum ağırlığı ile sonuçlanabilir.</p> <p>Gerek toksik metaller gerekse ftalatlar içeren ürünler kapsamlı toksikolojik değerlendirilmeden geçirilmelidir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> çocuk sağlığı, gizli tehlike, toksik metal, toksikoloji</p>	<p><b>ABSTRACT</b></p> <p>Children are more sensitive to heavy metals and phthalates than adults. Because of such environmental exposures, our children are waiting for hidden dangers. Because heavy metals are toxic and phthalates are carcinogenic, their use in various materials is limited to certain limits by the World Health Organization (WHO) and other health institutions.</p> <p>Toxic heavy metals cause various diseases, particularly breast cancer. However, it affects the brain and causes learning and developmental disorders. They also affect liver and reproductive organs. In addition to genetic susceptibility, the heavy metal exposures, especially in teratogenic or early infancy, have the largest share. This situation explains the increasing number of children with mental retardation, hyperactivity and allergic symptoms in children. In addition, these toxins also affect the liver and reproductive organs. Exposure to phthalates may result in decreased sperm count, increased prenatal mortality, histological changes in testes, decreased growth, and birth weight.</p> <p>Products containing both toxic metals and phthalates must be thoroughly evaluated for toxicological evaluation.</p> <p><b>Keywords:</b> child health, hidden dangers, toxic metal, toxicology</p>
---	--

## ÇOCUK SAĞLIĞINDA GİZLİ TEHLİKELER - TOKSİKOLOJİK YAKLAŞIM

### Giriş

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de enerji ve sanayi üretimi, metalürji ve ilişkili üretimlerde ortaya çıkan çeşitli kirleticilerden dolayı, ayrıca bu kirleticilerin yeterince denetlenememesinden dolayı insan sağlığı tehdit altındadır. Çocuklar, yetişkinlere nazaran daha duyarlı olmaları ve özellikle ebeveynlerden gelen teratojenik etkilerinin de eklenmesi sebebiyle çocuklarımızı gizli tehlikeler beklemektedir.

Bu tehlikelerin en büyükleri ağır metaller ve ftalatlardır. Ağır metaller toksik, ftalatlar ise kanserojen olmaları sebebiyle çeşitli malzemelerde kullanımları gerek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gerekse diğer sağlık kuruluşları tarafından belirli limitler ile sınırlandırılmaktadır. Bu

durum Toksikolojinin ana prensibine dayanmaktadır: maruziyeti engelle veya bu mümkün olmuyorsa maruziyeti belirli limitlerle sınırlandır (Dündar ve ark., 2012; Seven ve ark., 2018; Türksoy ve ark., 2018). Bu toksik ve kanserojen maddeler sularda, gıdalarda, oyuncaklarda, alışveriş torbalarında, eldivenlerde, kişisel bakım ve kozmetik ürünlerinde (oje, boya, sabun ve şampuan gibi), deterjanlarda, kablo ve çatı izolasyonlarında, ayakkabı, tıbbi cihaz ve inşaat malzemelerinde, boyalarda, ayrıca çocuk kırtasiye ürünlerinde yaygınca kullanılmaktadır. Bu maddelerin bulaşması ise özellikle çocuklarda ağız yoluyla veya cilde temas ile olmaktadır. Çocukların toksik metallere maruz kalması en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bilindiği gibi toksik ağır metaller başta göğüs kanseri olmak üzere çeşitli hastalıklara neden olmaktadır. Bununla birlikte beyni etkileyerek öğrenme ve gelişim bozukluklarına sebebiyet vermektedirler. Bu durum özellikle son dönemlerde zihin engelli çocuk sayılarının, çocuklardaki hiperaktivite ve alerjik semptomlarının artışı açıklamaktadır. Genetik yatkınlığın yanı sıra, özellikle teratojenik veya ilk bebeklik evrelerindeki maruziyetler buradaki en büyük paya sahiptir. Ayrıca beyinle birlikte karaciğeri ve üreme organlarını etkilemektedirler. Örneğin, organik kurşun bileşiklerinin deri yolu ile de absorbe edilebilir olması, Dünya Sağlık Örgütü tarafından bildirilmektedir. Bu tür etkiyi yapabilecek toksik içerikli oyuncaklar genellikle bebekler için tasarlanan düşük fiyatlı dış kaşyıcılar, yumuşak sıkılabilir oyuncaklar, banyo oyuncakları gibi yumuşak plastik oyuncaklardır. Bunlar ucuz olması sebebiyle tercih edilmekte ve genelde kurşunlu boyalar kullanılarak boyanmaktadır. (Grandjean, 1992; Philip, 1994; Markowitz, 2002; ATSDR, 2005; ATSDR, 2011; Naseem, 2012; Aliyev ve ark., 2011; Türksoy ve ark., 2018). Özellikle kurşun içeren veya kurşunlu boyalarla boyanan oyuncaklarla oynayan çocuklar risk grubunda yer almaktadır (Yapıcı ve ark., 2002; Yapıcı ve ark., 2004; AAPCEH, 2005; Naseem ve ark., 2012). Ayrıca diğer toksik metal içeren çevresel etkenler de kümülatif etkiye sebebiyet vermektedir.

Daha önce de belirttiğimiz gibi ftalatlar, kanserojen maddeler olarak bilinmektedirler. Ftalatlar, ftalik asit esterleridir ve genellikle esnekliklerini artırmak için çeşitli plastiklerin yapısına katılarak kullanılmaktadır. Başka bir ifade ile sert plastik olan polivinilkloriti esnek plastiğe çevirme işleminde kullanılmaktadır. Plastiklere katıldığında uzun polivinil moleküllerin birbirleri üzerinde kaymasına izin vermektedirler ve böylece suda çözünürlükleri ve uçuculukları düşük, yağda çözünürlükleri ise yüksektir. Ftalatlar PVC yapımında daha çok plastiklerin esnekleştirilmesi işlemi için kullanılmaktadır. Bununla birlikte, birçok çeşidi Dünya'da uzun yıllardır kullanılmasına karşın, son birkaç yılda insan sağlığı açısından etkileri, özellikle kanserojen olmaları sebebiyle, tartışmaya başlanmıştır. Ftalatlar, çevreye endüstriyel atık sularından, doğrudan tüketici ürünlerinden, plastik ürünlerin yakılmasından ve atıklardan girebilir. Tehlikeli atık sahalarının yakınında, üretim tesislerinde veya maddeyi içeren tüketici ürünlerinin kullanımıyla maruziyetin meydana gelmesi olasıdır. Havayı soluduğunuzda, su içtiğinizde veya ftalat içeren yiyecekleri yediğinizde, ftalat vücudunuza girebilir. Ayrıca ciltle de maruziyet söz konusu olabilir. Bu maddeler günlük yaşamamızın her

yerinde yer almakla birlikte dünyaca ünlü bilimsel komisyonlar tarafınca ancak 20 yy. sonlarında tartışılmaya başlanmıştır. Ftalatlara maruziyet sperm sayısında azalma, prenatal mortalitede artış, testislerdeki histolojik değişiklikler, azalan büyüme ve doğum ağırlığı ile sonuçlanabilir (ATSDR, 1995; Heudorf ve ark., 2007; NRC, 2008; Koch ve ark., 2011; Barušić ve ark., 2015).

## Sonuç

Toksik metaller ve ftalatların ürünlerdeki güvenliği, hükümetlerin, üreticilerin, düzenleyici kurumların ve ebeveynlerin ortak sorumluluğudur. Bunun için herkes kendine düşen sorumlulukları yerine getirmeli, bununla birlikte gerek toksik metaller gerekse ftalatlar içeren, özellikle de çocukların ulaşabileceği ürünler, tükettiği gıdalar ve diğer çevresel ürünler kapsamlı toksikolojik değerlendirilmeden geçirilmelidir.

## Kaynaklar

- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR), Toxicological Profile for Lead. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service Agency for Toxic Substances and Disease Registry, Agency for Toxicology and Environmental Medicine/Applied Toxicology Branch 600 Clifton Road NE, Mailstop F 32 Atlanta, Georgia 30333, 29-31, 2005
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). Toxicological Profile for Lead. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Agency for Toxic Substances and Disease Registry. 2011
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry(ATSDR), Department of Health and Human Services, Public Health Service. Toxic Substances Portal - Diethyl phthalate. Public Health Statement for Diethyl Phthalate. CAS#: 75-34-3, June 1995
- Aliyev V, Bozalan M, Güvendik G, Söylemezoğlu T. The potential health risk assessment of lead levels in children's toys. *Toxicol Lett* 2011; 205: 255
- American Academy of Pediatrics Committee on Environmental Health. (AAPCEH). Lead exposure in children: prevention, detection, and management. *J Pediat* 2005; 116:1036-1046
- Barušić L, Antonija G, Jasna B, Lidija B, Ivana MA, Adela K, Ana MC, Domagoj Đ. Phthalate in children's toys and childcare articles in Croatia. *Curr Sci* 2015; 109:8
- Dündar MŞ, Altundağ H, Sinem Kaygaldurak, Volkan Şar, Aysun Acar. Çeşitli endüstriyel atık sularda ağır metal düzeylerinin belirlenmesi. *SAÜ. Fen Bilimleri Dergisi* 2012; 16(1):6-12
- Grandjean P. Major poisoning episodes from environmental chemicals, WHO. Health significance of metals- lead. In: Wallace.1992; 3-15
- Heudorf U, Mersch-Sundermann V, Angerer J. Phthalates: Toxicology and exposure. *Int J Hyg Environ Health* 1992; 210: 623–634.
- Koch HM, Wittassek M, Brüning T, Angerer J, Heudorf U. Exposure to phthalates in 5–6 years old primary school starters in Germany A human biomonitoring study and a cumulative risk assessment. *Int J Hyg Environ Health* 2011; 214: 188– 195.
- Markowitz M. Lead Poisoning. *Pediatr Rev* 2000; 21 (10): 327-335.
- Naseem A, Malik N, Firoj H, Singh AK, Patel DK, Khan AR, Masihur R. Heavy Metal Assessment of Leachates of some Plastic Toys Purchased from Different Districts of UP, India. *Int Res J Environment Sci* 2012; 1(4), 32-36

- National Research Council (NRC) (US) Committee on the Health Risks of Phthalates. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008.
- Philip A, Gerson B. Lead Poisoning-Part I. Incidence, etiology and toxicokinetics. Clin Lab Med 1994; 14: 423-444.
- Seven T, Can B, Darende BN, Ocak S. Hava ve Toprakta Ağır Metal Kirliliği. Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi, 2018; 1(2): 91-103
- Türksoy VA, Gündüzöz M, İritaş SB, Çetintepe SP, Akkbik M, Eravcı DB, Tutkun L, Deniz S, Park EK. Determination of contaminants in drinking water in Yozgat, Turkey, Int J Ecos and Ecol Sci (IJEES) 2018; 8(2): 319-328.
- Yapıcı G, Can G, Şahin Ü. Çocuklarda asemptomatik kurşun zehirlenmesi. Cerrahpaşa J Med 2002; 33: 197-204.
- Yapıcı G, Can G, Kızılar AR, Demircan Ç, Timur H. Yatağan merkezde yaşayan 6 ay-altı yaş arası çocuklarda asemptomatik kurşun zehirlenmesi prevalansı. MN-Klinik Bilimler & Doktor 2004; 10: 60-65

## YENİDOĞANDA GELENEKSEL UYGULAMALAR

### Traditional Methods Applied in Newborn

Prof. Dr. Sevinç POLAT\*

\* Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

#### ÖZET

Bir toplumun yaşama biçimi olarak da tanımlanabilen kültür, bireylerin özellikle de bebeklerin sağlık ve hastalık algısını doğrudan etkilemektedir. Çocukların sağlık ve hastalık durumlarında başvurulan geleneksel uygulamaların sayısını artıran en önemli demografik veriler; ileri anne yaşı ve düşük eğitim düzeyidir. Yurt içinde ve dışında yapılan çalışmalarda da annenin eğitim seviyesi yükseldikçe, çocuk beslenmesi ve bakımı konusunda geleneksel uygulamalara başvuru oranının azaldığı belirtilmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi sağlıklı çocuklarda geleneksel uygulama (TAT) kullanım oranının %20-40 arasında olduğunu belirtirken Türkiye’de ise yapılan çalışmalarda TAT kullanım sıklığının %26.1-%77 arasında olduğu bildirilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda, anne-babalar/bakım vericilerin yarısından fazlasının çocuklarının hastalık ve rahatsızlıklarında geleneksel tedavi yöntemlerine başvurduğu ancak neredeyse tamamının sağlık ekibine uyguladıkları bu yöntemler hakkında bilgi vermedikleri görülmektedir. Günümüz tıbbi bakış açısı, geleneksel uygulamaların zarar potansiyeline odaklanmakta ve bu zarar potansiyeli iki şekilde açıklanmaktadır. Bunlardan birincisi yapılan uygulamaların çoğu tahrişe ve enfeksiyon yatkınlığına yol açabildiği, ikincisi ise bazı geleneksel uygulamaların çağdaş tıbbin olanaklarının devreye girişini yani tedaviyi geciktirerek, durumun daha da ciddileşmesine neden olduğudur.

Literatür değerlendirmesi sonucu ülkemizde yenidoğan döneminde annelerin en sık başvurduğu geleneksel uygulamalar; tuza yatırma, bala yatırma, gözüne sürme çekme, gamzesi olsun diye yanaklarını sıkma ve çenesine basmak, gözüne limon sıkma, bebeğin başını, belini, alnını sıkıca bağlamak, vb yer almaktadır.

Kültürel yetkinlikte sağlık profesyonellerinin bakım verebilmesi için; kendi kültürel değerlerinin farkında olması, toplumun kültürel farklılıklarını kabul etmesi, kültürel bilgiye sahip olması, uygulama becerilerini çocuğun ve ailenin kültürel yapısına uygun hale dönüştürebilme yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesi, korunması ve sürdürülmesi, hastalık hallerinde verilecek tedavi ve bakımın toplumun yapısına ve kültürüne uygun olması gerektiğinden modern tıp

#### ABSTRACT

The life culture of a society can also be defined and it directly affects the health and disease perception. Defining children in health and disease situations is the most important demographic cargo that increases the place of traditional practices; advanced maternal age and low level of education. As the right to education in the country and abroad has increased, the rate of practices on child nutrition and care has been reduced. American Academy of Pediatrics that prevalence rate of traditional practices in healthy children (TAT) was 20-40 % while this number was reported to be 26.1 %- 77% in Turkey. In addition, it was seen that more than half of the parents / caregivers resorted to traditional treatment methods in their children's diseases and disorders but almost none of them gave any information about or reported the use of these methods to the health team. The current medical perspective focuses on the potential for harm of traditional practices, and the potential for this damage is explained in two ways. The first is that most of the applications can lead to irritation and infection predisposition and the second is that some traditional practices delay the introduction of the possibilities of modern medicine, in other words, delaying treatment and causing the situation to become even more serious.

As a result of the literature evaluation, the most common traditional applications of mothers in the neonatal period are as follows; dipping into the salt or honey, tingeing with kohl, squeezing the cheeks for dimples, dropping lemon in the eye, tying the baby's head, waist, tightening his forehead, pouring cologne onto the baby so that the fontanel does not collapse, rubbing mouse blood on baby's legs and arms, covering the baby's face, sugary mousse drip, drip flour and oil into the mouth.

In order for health care professionals to provide care; be aware of their cultural values, accept the cultural differences of the society, have cultural knowledge, and have the ability to transform their practical skills into suitable for the cultural structure of the child and the family. Modern medicine practitioners (doctors and nurses) should take this into consideration when patient health is raised, protected and maintained, and treatment and care should be appropriate to the structure and culture of the community. and health care planning by nurses and the health team, and cultural diagnostics of pediatric nurses with parents and children. creation and

uygulayıcılarının (doktor ve hemşirelerin) hasta sorgulamalarında bu durumu dikkate alması, çok kültürlü dünyamızda, insanları kültürel özellikleri ile kabullenerek ve bu özelliklerin sağlık ve hastalık davranışlarına etkisini göz önüne alarak bakımın planlanması, hemşireler ve sağlık ekibi tarafından, farklı kültürlere sahip olan insanların sağlık gereksinimlerinin de farklılık gösterebileceğinin bilinmesi, çocuk hemşirelerinin ebeveyn ve çocuk ile güvene dayalı bir ilişki kurarak kültürel tanılama yapması, yararlı uygulamalar için toplumla sağlıklı bir işbirliği oluşturulması ve toplumun kültürüne sahip çıkılması, zararlı uygulamaların gerekli kişi ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak ortadan kaldırılması için girişimlerde bulunulması, sağlık çalışanları özellikle hemşireler tarafından annelere konuyla ilgili bilgi verilmesi ve doğru seçim yapmaları ve geleneksel uygulamaların sonuçları ile yan etkileriyle ilgili farkındalıklarının artırılması konusunda desteklenmeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk, geleneksel uygulamalar, hemşire

elimination of the culture of the society and the elimination of harmful practices by cooperating with the necessary persons and organizations It is recommended that health workers should be supported by nurses, especially nurses, to provide information about the subject and to make the right choice and to raise awareness of the consequences and side effects of traditional practices.

**Keywords:** children, traditional methods, nurse



## PEDİATRİDE GÜVENLİ GELENEKSEL TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP UYGULAMALARI

Dr. Bilge GEÇİOĞLU\*, Dr. Ersel GEÇİOĞLU\*

\*Ankara Bahçelievler Sosyal Güvenlik Kurumu

### Giriş

“Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp” fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Batı tıbbını destekleyici ve tamamlayıcı yöntemlerdir. Alternatif tıp ise tamamen yanlış kullanılan bir terim olup anlatılmak istenen enstrümanların alternatifi olarak düşünülebilir çünkü tıbbın alternatifi tıp olarak ifade edilemez.

Geleneksel tıp veya tamamlayıcı ve alternatif tıp gibi isimlerle anılan tedaviye yardımcı yöntemler hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelere gittikçe yaygınlaşmaktadır. Ancak 2000 yılı öncesinde çok az sayıdaki ülkede bu tür tedaviler ve bu alanda kullanılmakta olan ürünlerle ilgili ulusal politikalar ve yasal düzenleme yapılmıştır. Buna kayıtsız kalamayan Dünya Sağlık Örgütü GETAT kullanımı ile ilgili durum, GETAT ilaç ve uygulayıcıları ile ilgili yasal düzenlemelerin durumu, Sağlık sigortalarının kapsamı, GETAT uygulayıcıların eğitimi ile ilgili 123 üye ülkedeki yasal statülerini özetledi. DSÖ Avrupa Birliği ülkelerinde 2009 yılında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (CAM) kullanımını ve mevcut yasal düzenlemelerinin olup olmadığını değerlendirerek GETAT yöntemlerini tek bir çatı altında toplamak amacıyla CAMbrella projesini hayata geçirdi ve final konferansı ise 2012 yılında yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü GETAT yöntemlerini önce beş ana başlık altında inceledi.

**Ayurveda** Sanskritçede "yaşam bilimi" anlamına gelir. Kayıtları M.Ö. 5. yy'a dayanan Ayurveda felsefesi kutsal metinlere, Vedalara ve Panchmahabhutas teorisine dayanır - tüm nesnelere ve canlı bedenlere beş temel unsurdan oluşur: toprak, su, ateş, hava ve gökyüzü. Benzer şekilde, çevre ile bireyler arasında makrokozmos ve mikrokozmos ilişkisi olarak algılanan temel bir uyum vardır. Bu nedenle, biri üzerinde hareket etmek diğerini etkiler. Ayurveda sadece bir ilaç sistemi değil, aynı zamanda bir yaşam şeklidir. Hastalıkları önlemek ve tedavi etmek için kullanılır. Ayurveda tıbbi bitkisel ilaçlar ve tıbbi banyoları içerir. Güney Asya'da, özellikle Bangladeş, Hindistan, Nepal, Pakistan ve Sri Lanka'da yaygın olarak uygulanmaktadır.

**Geleneksel Çin Tıbbı**, en erken kayıtlar M.Ö. 8.yüzyıla rastlar. Tanı ve tedavi, hastanın ve semptomlarının bütününe dayanır, yin ve yang dengesi olarak ifade edilir. Yin, dünyayı, soğukluğu ve kadınlığı temsil ederken Yang gökyüzünü, sıcaklığı ve erkekliği temsil eder. Yin

ve yang'in eylemleri, evreni oluşturan beş elementin etkileşimi ile ortaya çıkar (metal, ağaç, su, ateş ve toprak). Geleneksel Çin tıbbı uygulayıcıları, enerjiyi vücuda getiren 12 meridyen ile yin ve yang seviyelerini kontrol etmeye çalışırlar. Geleneksel Çin tıbbı, sağlığı korumak ve hastalıkların önlenmesi ve iyileştirilmesini sağlamak için kullanılabilir. Geleneksel Çin tıbbı, akupunktur, yakı, bitkisel ilaçlar, manüel terapiler, egzersizler, nefes teknikleri ve diyetler de dâhil olmak üzere bir dizi uygulamayı kapsar. Cerrahi nadiren kullanılır. Çin tıbbında özellikle akupunktur, en yaygın olarak kullanılan geleneksel yöntemdir. Dünyanın her bölgesinde uygulanmaktadır.

**Kayropraktik**, 19. yüzyılın sonlarında ABD'nin Iowa eyaletinde Daniel David Palmer (manyetik terapist) tarafından kuruldu. Kayropraktik, omurga ve sinir sistemi ile insan vücudunun kendi kendini iyileştirme özellikleri arasındaki ilişkiyi temel alır. Dünyanın her bölgesinde uygulanmaktadır. Kayropraktik eğitim programları, uluslararası eğitim standartlarını benimsemeleri ve giriş koşullarını takiben en az dört yıl tam zamanlı üniversite düzeyinde eğitim almaları durumunda Dünya Kayropraktik Federasyonu tarafından kabul edilmektedir.

**Homeopati**, ilk olarak Hipokrat (M.Ö. 462-377) tarafından belirtilmiştir, fakat Homeopatinin temel ilkelerini kuran bir Alman hekim olan Hahnemann'dır (1755-1843). Homeopatide, hastalıklar sağlıklı bir insanda hastalığınkine benzer belirtiler üretecekleri ilaçlarla tedavi edilir. Hastalıkla doğrudan savaşmak yerine, ilaçların hastalıkla savaşmak için vücudu uyarması amaçlanmıştır. 19.yüzyılda, hem Avrupa hem de Asya ve Kuzey Amerika'da homeopati uygulanmıştır. Homeopati, Hindistan, Meksika, Pakistan, Sri Lanka ve Birleşik Krallık dahil olmak üzere birçok ülkenin ulusal sağlık sistemlerine entegre edilmiştir.

**Unani Tıp**, dört bedensel mizah teorisine dayanır: kan, balgam, sarı safra ve kara safra. Hipokrat (462-377 MÖ), Galen (MS 131-210), Rhazes (850-925 MS) ve İbn-i Sina (Avicenna MS 980-1037), unani tıbbın temelini ağır biçimde etkilemiş ve yapısını oluşturmuştur. Unani tıp Çin, Mısır, Hindistan, Irak, İran ve Suriye Arap Cumhuriyeti'nin geleneksel tıp sistemlerinden yararlanmaktadır . Ayrıca Arapça ilaç olarak da adlandırılır.

Türkiye'de 2002 yılından beri akupunktur uygulama sertifikasyon standartları yönetmelikle belirlenmiş olmakla birlikte, 2012 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri arasında "Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak" sayılmıştır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bunu takiben, dünyada olduğu gibi, İnsan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerinin belirlenmesi, eğitim ve uygulama koşullarının standartlarının oluşturulması amacıyla bir dizi çalışmalar yapılmıştır.

Usulsüz ve bilgisizce yapılan uygulamaların önüne geçmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 tarih, 29158 sayılı Resmi Gazete 'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre bakanlık tarafından yalnızca hekimlere ve sadece kendi alanında uygulama yapmak üzere dış hekimlerine yetki verilmiştir. Hekimler ve dış hekimleri her bir kurs için belirlenen süre ve Bakanlıkça yetkilendirilmiş merkezler tarafından düzenlenen eğitim programları ile alacakları eğitimlerle sertifika almaları halinde bu tedavi yöntemlerini uygulayabileceklerdir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde geçen başlıklar şöyle sıralanmıştır; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, hirudoterapi, homeopati, kayroparktik, kupa uygulaması, maggoterapi, mezoterapi, proloterapi, oateopati, ozon uygulaması, refleksoloji, müzikterapi yer almaktadır.

### **Akupunktur**

Akupunktur; akupunktur noktaları olarak adlandırılan deri yüzeyinde, komşu alanlardan daha düşük doku direncine sahip noktaların iğne, bası, ışık, ses veya elektromanyetik dalgalarla uyarılması olarak tarif edilmektedir.

Akupunktur, vücudun işlevlerini iyileştirir ve genellikle akupunktur noktalarının uyarılması yoluyla vücudun kendi kendini iyileştirme sürecini destekler.

Akupunktur farklı ekollerde farklı vücut kısımlarına uygulanabilir. Vücut akupunkturunu vücudun tamamına dağılmış ve meridyen adı verilen kanallar üzerinde yerleşmiş özellikli noktalara uygulanmaktadır. Vücudumuzda 14 ana meridyen ve ayrıca ekstra meridyenler tanımlanmıştır. Bilinen 361 akupunktur noktası mevcut olmakla birlikte ekstra noktalar diye adlandırılan özel noktalar da mevcuttur. Meridyenler boyunca bu geleneksel yöntemin tanımladığı hayat enerjisi olan Qi dolaşır. Her noktanın özel bir adı ve etkili olduğu organ ya da sistemler mevcuttur. Dolayısıyla her hasta durumuna göre farklı noktalardan oluşan kombinasyonlarla tedavi edilir. Bazı noktalar daha sık kullanılır, bazıları ise oldukça nadir. Ayrıca farklı ekollere göre yüzeysel veya derin iğneleme yapılabilir. Örneğin Japon Pediatrik Akupunktur yüzeysel iğneleme tekniğini kullanır.

FDA'nın akupunktur iğnelerinin tıbbi cihaz olarak düzenlenmesi ve iğnelerin "steril, toksik olmayan ve yalnızca yetkilendirilmiş hekimler tarafından tek kullanım için etiketlenmiş" olması gerektiğini vurgulamaktadır.

## Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Akupunktur Endikasyonları

<b>Solunum yolu hastalıkları</b> Akut sinüzit Akut rinit Soğuk algınlığı Akut tonsillit	<b>Göz hastalıkları</b> Akut <u>konjunktivit</u> Santral <u>retinit</u> <u>Miyopati</u> (çocuklarda) <u>Katarakt (komplikasyonsuz)</u>
<b>Gastrointestinal hastalıklar</b> <u>Özofagus ve kardia spazmı</u> Hiçkırık <u>Gastroptozis</u> Akut ve kronik gastrit <u>Gastrik hiperasidite</u> Kronik <u>duodenal ülserler</u> Akut ve kronik kolit Basil kaynaklı dizanteri <u>Konstipasyon</u> <u>Divare</u> <u>Paralitik ileus</u>	<b>Nörolojik hastalıklar</b> Baş ağrısı Migren <u>Trigeminal nevralsi</u> <u>Faşial paralizi (erken evre)</u> <u>İnme sonrası parezi</u> <u>Periferik nöropati</u> <u>Polio sekeli</u> <u>Meniere hastalığı</u> <u>Nörojenik mesane bozukluğu</u> <u>Enürezis nokturna</u> <u>İnterkostal nöralji</u>
<b>Bronkopulmoner hastalıklar</b> Akut bronşit <u>Bronşial astma</u>	<b>Kas iskelet sistemi hastalıkları</b> <u>Servikobrakial sendrom</u> Donuk omuz Tenisçi dirseği Siyatik Bel ağrısı <u>Osteoartrit</u>
<b>Ağız hastalıkları</b> Diş ağrısı, çekim sonrası ağrı <u>Gingivitis</u> Akut ve kronik farenjit	

Akupunktur uygulamaları sırasında karşılaşılan komplikasyonlar şöyle sıralanabilir;

**Çok sık:** Küçük morluklar, iğnenin batma ağrısı ve kanama.

**Sıkça:** Hafif dolaşım şikâyeti, baş dönmesi, uygulama sonrası uyuşukluk.

**Bazen:** Uygulama yerinde birkaç gün sürebilen ağrı.

**Nadiren:** Uygulama yerinde hematoma veya birkaç gün sürebilen morluklar.

**Çok nadiren:** Damar veya sinir zedelenmesi (Kural olarak tamamen hemen iyileşir).

**Çok ender olarak:** Büyük damarların irreversibl yaralanması sonucu hastanede müdahaleyi gerektiren hayati tehdit edici kanama veya sinir zedelenmesi.

**Çok ender olarak:** Hospitalizasyon gerektirebilecek iç organ yaralanması (plevra, pnömotoraks)

**Çok ender olarak:** Hayati tehdit edici kanama, anafilaksik şok (alerjik şok), nefes almada zorluk, şuur kaybı, kramp hali, inhibisyon.

Jindal ve arkadaşlarının 2008 ve Adams ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı geniş kapsamlı bir review çalışmalarına göre Pediatrik yaş grubunda iğneli akupunktur ile ilişkili komplikasyonların ciddi komplikasyonlar olduğu ancak bunların çoğunun standart dışı yani tıbbi gerekliliklerin yerine getirilmediği uygulamadan kaynaklanmış olabileceği ifade edilmiştir.

## Fitoterapi

Pediatride fitoterapi çok değerlidir. Doğal bileşiklerin (ör. Uçucu yağlar, acı maddeler, flavonoidler, tanenler, saponinler, müsilajlar veya kâfur, bisabolol, mentol,) etkileri deneysel olarak ortaya konulmuş ve/veya klinik olarak doğrulanmıştır. Pek çok ajan hafif etkili olduğu için oldukça iyi bir fayda-risk oranına sahiptir ve pediatride kullanım için uygundur.

Ancak yine de çocukların bazı maddelerin emilimi, dağılımı, metabolizması, atılımı açısından yetişkinlerden farklıdır. Örneğin çocukların karaciğerleri daha büyüktür ve bu yüzden bazı açılardan detoksifikasyonda daha etkindirler. Ancak gelişmekte olan merkezi sinir sistemleri ve bağışıklık sistemleri toksik etkilere daha duyarlıdır. Bebekler ve küçük çocuklar bu nedenle bitkilerin bazı istenmeyen etkilerinden yetişkinlere oranla daha fazla zarar görebilir.

Örneğin sinameki, aloe vera ve bazı bitkisel çaylarda bulunan laksatif veya diüretikler bir bebek veya küçük çocukta hızlı şekilde sıvı ve elektrolit kaybı sebebi olabilir.

Alerjisi olan çocuklar özellikle risk altındadır. Papatya çayı Asteraceae familyası üyelerine alerjisi olan bireylerde anafilaksiye neden olabilir. Atropa belladonna (Güzel avrat otu) Solanaceae familyasından bir bitki olup kadınlar tarafından gözbebeklerini büyüterek güzelleşmek amacıyla kullanılan zehirli bir bitki olup yetişkinler için 10'dan fazla, çocuklar için de 2-3 tane yaprağın yenmesi toksik etki gösterecektir.

Almanya'da yapılan bir çalışmada, çocukların %85'inin en az bir veya daha fazla bitkisel destek ürünü kullandığı saptanmıştır. Ayrıca dünya genelinde bitkisel ürün kullanımı da oldukça yaygın olup Wegener'e göre (2013) İngiltere'de %5 ve İskoçya'da %23 ve Amerika Bileşik Devletleri'nde %3.9'dur. Zuzak ve arkadaşları(2013) Türkiye'de ilk bir yıl içinde ailelerin %27'sinin çocuklarının rahatsızlığı için (kabızlık, öksürük, gaz sancısı) doktor önerisi olmadan bitkisel tedavi kullandığını saptamıştır.

## Bebek ve Çocuklarda Yaygın Kullanılan Bitkisel Destek Ürünleri

**Adaçayı** olarak bilinen *Salvia officinalis* (acı elma yağı) bebek koliklerinde kullanılmaktadır. Uçucu yağında bulunan bu bileşenleri epileptojenik özellikte olup kesinlikle oral alınmamalıdır. Hiçbir epilepsi öyküsü olmayan bebek ve çocuklarda kullanımdan 20 dakika sonra tonik-klonik nöbetler geliştirebilir.

**Ekinezya** (*Echinacea Purpurea*) Amerika'da 4-17 yaş arasındaki çocuk ve adölesanlarda en fazla kullanılan bitkisel üründür. Ekinezya papatyagiller ailesine mensup olup Kuzey Amerika'da yetişmektedir. Üst solunum yolu enfeksiyonları için profilaktik ve tedavi edici ajan olarak kullanılmaktadır. İki aydan fazla kullanılması taşiflaksiye neden olmaktadır. Çocuklarda en sık karşılaşılan yan etki deride döküntü ve kızarıklığıdır.

**Amerikan ginsengi** (*Panax quinquefolius*) ve **Asya veya Çin ginsengi** (*Panax ginseng*) Genel olarak çevresel strese karşı direnç artırıcı ve fiziksel dayanıklılığı güçlendirici olarak kullanılmaktadır. Anti-platelet aktivitesinden dolayı tek başına alındığında kanama riskini arttırabilmektedir. Sinameki (*Cassia Angustifolia*) laksatif etki göstermektedir. Ayrıca uzun süreli kullanılması kronik diyare dolayısıyla sıvı ve elektrolit kaybı ile ilişkilendirilmektedir.

### **Ginkgo Biloba** (Mabet Ağacı)

DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) çocukların yaklaşık %3-7'sini etkilemektedir. Ginkgo biloba, serebral vasküler kan akışını hızlandırarak dikkat eksikliği ile ilişkili hiperaktiviteyi azaltabilmektedir. Ayrıca platelet-aktivasyon faktörünü (PAF) inhibe ederek platelet agregasyonunda azalmaya, kardiyak kontraktilitede ve kronik kan akışında da artışa neden olabilmektedirler.

**Sarmaşık Yaprağı Özütü** (*Hedera Helix*) Çocuklarda bronşiyal astım tedavisinde kullanılmaktadır. sarmaşık yaprağı ekstraktlarının şurup veya damla olarak kullanılmasının etkili ve güvenli olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Kronik inflamatuvar bronşiyal hastalık veya öksürüğün eşlik ettiği soğuk algınlığı geçiren bireylerde sarmaşık yaprağı tabletlerin tüketiminin güvenli olduğu ve iyi tolere edildiğini gösteren çalışmalarda mevcuttur.

**Sarı Kantaron**/St. John's Wort (*Hypericum Perforatum*) Avrupa Bilimsel Fitoterapi Birliği uykusuzluk, anksiyete ve çabuk öfkelenmenin tedavisi için sarı kantaron kullanımını önermektedir. Hafif-orta depresyon tedavisi için kullanılan geleneksel seçici serotonin geri alım inhibitörü olan antidepresanlara karşı yan etkisinin az olması nedeniyle 12 yaş altı çocuklarda tedavi seçeneği olabilir ancak kullanım süresi ve alınan doza bağlı olarak beraberinde tüketilen ilaçların farmakokinetiğini etkileyebileceği bildirilmektedir.

**Papatya**/Chamomile (*Matrica Chamomilla-Papatya*) İnfantil kolik tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Fakat yeni doğanda kullanılacak standart dozun belli olmaması ve uzun dönem kullanılmasının bebeğin beslenmesini özellikle de bebeğin süt alımını etkilemesi papatya kullanımı hakkındaki endişeleri arttırmaktadır (Savino, Garro, Nicoli, & Ceratto, 2015).

**Sarımsak** (*Allium Sativum*) Sarımsak yüzyıllardır profilaktik ve terapotik medikal ajan olarak kullanılmaktadır. Bu özellikleri yapısında barındırdığı organosülfür bileşenler ve antioksidan aktivitesinden kaynaklanmaktadır. Çocuklarda sulu sarımsak ekstraktı gastrointestinal sistemdeki parazitlerin tedavisi amacıyla kullanılmaktadır.

**Rezene** (*Foeniculum Vulgare*) Geleneksel olarak rezene meyvesi ve yağı gaz ağrısını rahatlatmak ve üst solunum yolu enfeksiyonunu gidermek için kullanılmaktadır. Ayrıca rezene ile hazırlanan çaylar Almanya, Hollanda, Avusturya, İsviçre ve İtalya'da genellikle infantil kolik nedenli abdominal ağrının giderilmesinde tercih edilmektedir. Avrupa Gıda

Güvenliği Topluluğu (EFSA), çocuklar için ortalama rezene alım miktarının 3-5g taze bitkinin ufalanarak çay formuna getirilerek ve üç doza bölünerek tüketilmesini, kısa süre (yedi günden az) kullanılmasını, 4 yaşından küçük çocuklarda kullanılmamasını önermektedir.

**Kedi Otu** (Valerian Officinals) Kedi otu, yatıştırıcı ve antispazmotik özelliği ile sinir sisteminde etkilidir. Anksiyete, uykusuzluk ve DEHB'nun tedavisinde kullanılır. Çocukluktaki uyku bozuklukları çocuğun sağlığı, davranışı, ruh hali, dikkat, biliş ve hafıza gibi davranış parametreleri ve aile yaşamı üzerinde değişik etkilere sahiptir. Dirençli vakalarda Valeriana officinalis (Valerianaceae) ve Humulus lupulus (Cannabaceae) yaygın olarak kullanılmaktadır.

**Yaban Mersini/Cranberry** (Vaccinium macrocarpon) ekstratı veya suyu çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunu önlemek amacıyla kullanılmakta olup günümüzde ticari formları da bulunmaktadır.

**Mürver** (Elderberry) 1-3 yaş arasındaki çocuklarda grip hastalığının tedavisi için kullanılması uygun değildir, toksik etki gösterebilir ve ayrıca kurşun ve siyanür zehirlenmesine de neden olabilmektedir.

Buradan çıkarılması gereken sonuç şudur ki; ister sentetik ister bitkisel ürünler olsun, farmakolojik ve farmaokinetik etkileri iyi bilinmelidir. Fitoterapi doğru endikasyonda doğru miktarda, doğru monitörizasyonla kullanıldığında güvenlidir.

## Homeopati

Homeopati, yaklaşık 300 yıldır Avrupa, Amerika ve Hindistan'da çok sık kullanılan, doğal, yan etkisiz, bütüncül, alternatif tıp sistemidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre en sık kullanılan tamamlayıcı tıp yöntemidir. Avrupa'da halkın %50'den fazlası homeopatik tedavi görmekte, doktorların %50'den fazlası homeopatiyi diğer tedavi yöntemleri ile birlikte önermektedir. Homeopatik ilaçlar tamamen doğadaki kaynaklardan elde edilir. İlaçların yaklaşık yüzde 70'i bitkilerden, yüzde 20'si minerallerden, diğer kısmı da hayvan, bakteri gibi kaynaklardan elde edilir. İlaçların hazırlanışı özel bir eczacılık yöntemidir.

Homeopatik tedavi sisteminin asıl amacı hastalığın ana sebebini bulmak ve mümkün olduğunca yan etkisiz ama etkili tedavi yöntemiyle-doğal homeopatik ilaçlarla yardımcı olmaktır. Homeopati'nin olmazsa olmaz kuralı hastaya bir bütün olarak bakmak ve yaklaşımdır. Homeopati alternatif tıp kategorisine giren bir tedavi çeşididir ve kullanılmadan önce mutlaka uzman bir homeopat hekime başvurulması gerekir

Çocukların soğuk algınlığı, öksürük, ateş, kusma, ishal, dizanteri, kolik, tonsillit, bronşit, astım, kızamık, suçiçeği, diş çıkarma problemleri, kabakulak gibi rahatsızlıklarında en etkili ve en hızlı, yan etkisi olmayan tedavi şekli homeopatidir. Vücudun kendini yenileme kapasitesini artırır. Alerjiye neden olmadığı gibi uzun bir süre boyunca ya da çok miktarda alınsa bile herhangi bir zarar vermez. Homeopati çocuk dostu bir uygulama olarak bilinmektedir. Ancak akılda tutulmalıdır ki homeopati her hastalığı düzelten bir mucize değildir.

## **Hipnoz**

Çocuklarla hipnoz benzeri tekniklerin kullanımı antik çağlara kadar gider. Eski dini metinler, telkin ve inanca dayalı yöntemler ile şifa bulan çocukların bilgilerini içerir. İlkel kültürlerde çocuklar ayinler ve diğer törenlerde trans fenomeni kullanılmıştır

1970'lerde, araştırmalar, hem klinik yararlılık, hem de çocuklarda kendi kendine hipnoza dayalı psikofizyolojik değişiklikler bildirmeye başlamıştır. Hipnoterapi yüzlerce davranış bozukluğunun, kronik hastalıkların ve ağrı ve huzursuzluğun tedavisinde kullanılmaktadır

Davranışsal problemler için dolaylı yaklaşımlar kullanılır. Bunlar bir kişinin davranışlarının tedavisinde problemi çözme beklentisinden ziyade, problemlerle mücadele gücünü geliştirmek, anksiyeteyi yatıştırmak, kendi kendine hipnoz yardımıyla benlik değerini geliştirmek, olabilir.

Astım, migren, enkoprezis, Tourette sendromu, iltihabi bağırsak hastalığı gibi biyo-davranışsal hastalıklarda, psikolojik stresin hastalığı daha da kötüleştirdiği iyi bilinmektedir. Kendi kendine hipnozu öğretmek, benlik kontrolü hissini teşvik ettiği gibi semptomu azaltmak için de bir strateji sağlamaktadır. Klinisyenler çocuk hastalıklarında klinik hipnozun kullanımı ve pediatriye kaynaştırma konusunda uygun eğitim sahibi olmalıdırlar.

Günümüzde uygulanan hipnoterapi en sık, fiziksel semptomlar ve diğer koşullarda kötü alışkanlıkları kontrol etmek için, bir çocuğa nasıl kendi kendini hipnotize edeceğinin öğretilmesini kapsar. Çocuk hipnotize olmak için zihinsel görüntüleri ve gevşeme tekniklerini kullanmayı öğrenir

## **Ozon**

Ozon,1840 yılında Avusturyalı kimyager Christian Schönbein tarafından keşfedildi.1857 yılında H.W.Siemens ilk ozon jeneratörünün patentini aldı. 1995 yılında ABD Sağlık Bakanlığı ozon terapiyi tamamlayıcı tıp uygulaması kabul ettikten sonra prelinik ve klinik akademik çalışmalar giderek artmış ve ozon terapi tüm dünyada medikal alanda yaygın uygulanır olmuştur.



## **Ozon Terapi Uygulama Yöntemleri**

1. Majör Otohemoterapi 50 – 100 ml venöz kan alınarak, dış ortamda steril şartlarda eşit hacimdeki ve doğru dozdaki ozon-oksijen karışımı ile ex-vivo olarak birleştirilir ve geçici bir oksidatif stres yaratılır.
2. 2)Rektal Ozon Terapi, Rektal kateter.
3. Torbalama / kupa Hasarlı bölge ozona dayanıklı torba/kupa içerisine alınır. Vakum yapılarak hava boşaltılır ve mümkün olan en yüksek doz ozon torba içerisine doldurularak uygun olacak süre kadar beklenir.
4. Ozon Sauna,
5. İntradiskal Uygulama tek başına veya steroid, anestetik veya intradiskal radyofrekans termokoagülasyon kombinasyonları ile uygulanan bir yöntemdir.
6. Ozonize su ve yağ sularının dezenfeksiyonunda ve yara bakımında kullanılmaktadır.
7. Minör uygulama 2-5 ml kan alınarak eşit hacimde ozon ile birleştirilip IM olarak uygulanır.
8. Nazal insuflasyon

## **Hirudoterapi**

### **Uygulama alanları**

1. Serbest doku transferlerinde ve bazı flep uygulamaları sonrası gelişen post-op venöz yetersizlikler.
2. Yenidoğandaki akut damar yaralanmaları,
3. Bebeklerde bacaklar ve penisteki post-operatif akut venöz konjesyon,
4. Komplike variköz venler,
5. Post-flebitik sendrom,
6. Periferik arteriyel oklüzyonda, sülükten elde edilen antikoagülanlar,
7. Enfeksiyöz miyokarditte, sülükten elde edilen antikoagülanlar,
8. Periorbital hematoma ve kulak kepçesi hematomu,
9. Ekimozlar,
10. Purpura fulminans

### **Sülük uygulamasının kontrendikasyonları**

Arteriyel yetersizlik, iskemik replantasyon ve flepler normal perfüze olanlara göre enfeksiyonlara çok daha az dirençlidir.

İmmüsupresyon, bakteriyel septisemi riski altındadırlar. Kanama eğilimi olan, alerjik reaksiyon geliştiren ve yaraları geç iyileşen kişilerde de sülük uygulaması uygun değildir.

Sülük uygulamalarında uzamış kanama, sülüğün salgılarına karşı anafilaksi ve lokal alerjik reaksiyonlar, sülüklerin tekrar kullanılmasına bağlı enfeksiyon, skar, görülebilir. Sülük vücut boşluklarına kaçması muhtemel komplikasyonlar arasında sayılabilir.

Geleneksel ve tamamlayıcı Tıp uygulamaları yönetmeliğinde endikasyonlar dünya sağlık örgütü tarafından yayınlanan endikasyon listesine göre çok daha sınırlayıcıdır. Mevcut sınırlamalar her ne kadar toplum sağlığını korumaya yönelik olsa da, uluslararası sosyal medyada yer alan reklam ve bilgiler bireylerin yönetmelikte izin verilmeyen kişilerce ve koşullarda tedavi olmasına da neden olmaktadır.

## **Sonuç**

Pediyatrik hastalarda GETAT uygulamaları ne zaman güvenlidir?

*Doğru tanı, doğru endikasyon, doğru uygulama, doğru kişiler tarafından, doğru koşullarda, doğru şekilde uygulandığı takdirde güvenlidir.*

İlaçla zehir arasındaki tek fark dozudur

Güvenli Uygulama = Doğru Tanı + Doğru Endikasyon + Doğru Tedavi Seçeneği

Yetkin uygulayıcı

(Sağlık Bakanlığınca onaylı sertifikalı eğitim almış ve yetkilendirilmiş hekim)

Ruhsatlı merkez/ünite

(Sağlık Bakanlığınca uygulama yetkisi verilmiş)

Ruhsatlı ürün

(Tıbbi Cihaz kaydı, endikasyon ve doz standardizasyonu sağlanmış ruhsatlı ürün)

## **Kaynaklar**

1. Adams D. ve diğ. The safety of pediatric acupuncture: a systematic review Pediatrics. 2011.
2. Anita R. ve diğ. Pattern of complementary and alternative medicine use in cancer patients: prospective analysis of medical oncology unit.
3. Aytaçoğlu S. Ve diğ. Ozon terapi. Integr Tıp Derg. 2015;3(1):21-26.
4. Banerjee S. ve diğ. Hypnosis and Self-Hypnosis in the Management of Nocturnal Enuresis: A. Comparative Study with Imipramine. American Journal of Clinical Hypnosis 1993;36(2):113-119.
5. Bapat RD ve diğ. Leech therapy for complicated varicose veins. Indian J Med Res 1998; 107: 281-4.
6. CAMbrella's Final Conference 29th November 2012.
7. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007).

8. Çiftçi S, Samur FG. Bebek ve Çocuklarda Bitkisel Desteklerin Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkileri, H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt:4, Sayı:2, 2017.
9. Ernst E, Serious adverse effects of unconventional therapies for children and adolescents: a systematic review of recent evidence *Eur J Pediatr*, 162 (2003), pp. 72-80.
10. Fletcher PC, Clarke J. The use of complementary and alternative medicine among pediatric patients *Cancer Nurs*, 27 (2004), pp. 93-99.
11. Friedman T. ve diğ. Use of alternative therapies for children with cancer *Pediatrics*, 100 (1997).
12. Heldt TJ. Allergy to leeches. *Henry Ford Hosp Med Bull* 1961; 9: 498.
13. Hofnüter M ve diğ. Modern Tıbbın Yeniden Keşfettiği Bir Alternatif Tedavi Metodu: Hirudoterapi *Türk Aile Hek Derg* 2003; 7(4): 177-179.
14. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (18.04.2016).
15. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-39272/27102014-tarihli-resmi-gazete-de-yayimlanan-29158-sayil-.html> (18.04.2016).
16. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-460/sayisi1219--rg-tarihi04041928--rg-sayisi863-tababet-ve-.html> (18.04.2016).
17. Hunt K, Ernst E The evidence-base for complementary medicine in children: a critical overview of systematic reviews *Archives of Disease in Childhood* 2011;96:769-776.
18. Jindal V ve diğ. Safety and Efficacy of Acupuncture in Children A Review of the Evidence *J Pediatr Hematol Oncol*. 2008 June; 30(6): 431–442.
19. Karsch Völck M, Barrett B, Kiefer D, Bauer R, Ardjomand Woelkart K, Linde K. Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2.
20. Kemper KJ. Seven herbs every pediatrician should know. *Contemp Pediatr* 1996; 13:79.
21. Kohen DP and Botts P. Relaxation-Imagery (Self-Hypnosis) in Tourette Syndrome: Experience with Four Children. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1987;29(4):227-237.
22. Kohen DP ve diğ. Sleep-Terror Disorder in Children: The Role of Self-Hypnosis in Management. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1992;34(4):233-244.
23. Markham, M.-J, & Dog, T. L. (2013). 32 - Dietary Supplements and Hemostasis A2 - Kitchens, Craig National Center for Complementary and Alternative Medicine. Available at: [nccam.nih.gov/health](http://nccam.nih.gov/health) (2017).
24. Olness K. Hypnosis and biofeedback with children and adolescents; clinical, research, and educational aspects. Introduction. *J Dev Behav Pediatr* 1996; 17:299.
25. Ozturk C. ve diğ. Complementary and alternative medicine in pediatrics in Turkey *World J Pediatr* 2014;10(4):299-305.
26. Pellow, J, Solomon, E. M, & Barnard, C. N. (2011). Complementary and alternative medical perspectives. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 163(3-4), 46-51.
27. Rama Reddy ve diğ.(2015). Next Generation Sequencing and Transcriptome Analysis Predicts Biosynthetic Pathway of Sennosides from Senna (*Cassia angustifolia* Vahl.), a Non-Model Plant with Potent Laxative Properties. *PLoS One*, 10(6).
28. Rigbi M ve diğ. Platelet aggregation and coagulation inhibitors in leech saliva and their roles in leech therapy. *Semin Thromb Hemost* 1996; 22(3): 273-8.
29. S. In C. M. Kessler & B. A. Konkle (Eds.), *Consultative Hemostasis and Thrombosis* (Third Edition) (pp. 595-600). Philadelphia: W.B. Saunders.
30. Saikiran KV ve diğ. Homeopathy in Pediatric dentistry – A review, *Sch. J. Dent. Sci.* Vol-4, Iss-2 (Feb, 2017), pp-89-92.
31. Sarris, J. ve diğ.(2011). Complementary medicines (herbal and nutritional products) in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review of the evidence. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(4), 216-227.

32. Set T, Taştan K. Hipnoz ve Aile Hekimliğinde Kullanımı, Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012;3(1):56-8
33. Wegener, T. (2013). Herbal medicinal products in the paediatric population—status quo and therapies for children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Altern Med Rev*, 16(4), 323-337.
34. Weinfeld AB, ve diğ. Leech therapy of acute venous congestion of an infant's lower limb. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102(5): 1611-4.
35. WHO, Traditional Medicine Strategy 2002-2005(2002).
36. Zuzak T.J. ve diğ. Use of complementary and alternative medicine by children in Europe: published data and expert perspectives *Complement Ther Med*, 21 (2013), pp. S34-S47.

## GELENEKSEL TIP UYGULAMALARININ KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

**Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU\***

\*SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Kadın sağlığı ve kadınların üreme sağlığı her toplumda halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir. Doğurganlık yükünün kadınlarda olması nedeniyle kadınların hastalanma ve ölüm oranları toplumun diğer kesimlerine göre daha fazladır. Bu nedenle kadın sağlığı, özel önem verilmesi gereken bir alandır.

### **Kadın Sağlığının Tanımı**

*Kadın Sağlığı:* Bir kadının doğumundan başlayarak ölümüne kadar, yaşamının her döneminde bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyi durumda olması demektir.

### **Kadın Sağlığının Önemi**

Toplumdaki her bireyin sağlığı şüphe yok ki çok önemlidir. Ancak kadınlar, erkeklerden farklı olarak doğurganlık özelliğine sahiptirler. Bu özellikleri sayesinde üremenin temelini oluştururlar. Üreme yükünün kadınlarda olması nedeniyle, kendi sağlıklarının yanı sıra, çocuk, aile ve toplumun sağlığını etkilerler. Bu yönüyle kadın sağlığı toplumdaki diğer bireylerin sağlığından ayrı olarak ele alınmayı gerektirir.

### **Kadın Sağlığı Sorunları**

Yalnızca kadınların, sırf kadın olmaları nedeniyle yaşadıkları sorunlara *kadın sağlığı sorunları* denmektedir. Ne yazık ki Dünyada ve Türkiye’de kadınların yaşamakta olduğu çok sayıda kadın sağlığı sorunu bulunmakta ve kadınlar bu sorunlarla baş etmek için çaba sarf etmektedirler. Bunlar;

1. Eğitim eksikliği
2. İlk evliliğini erken yaşta yapma
3. Gelir getiren bir işte çalışmama (ekonomik yetersizlik)
4. Ailede ve toplumda söz sahibi olamama (düşük statü)
5. Adölesan yaştaki gebelik ve doğumlar
6. Çok sayıda gebelik ve doğumlar
7. Sık aralıklarla yapılan gebelik ve doğumlar
8. İleri yaşlardaki gebelik ve doğumlar
9. Sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama (özellikle AP, DÖB)
10. Evde ve sağlık personeli olmaksızın doğum yapma
11. Düşükler
12. Beslenme bozukluğu ve anemi

13. İnfertilite
14. Fuhuş
15. Cinsel taciz ve tecavüz
16. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
17. Üreme sistemi enfeksiyonları
18. Kanserler (meme ve rahim kanseri)
19. Kadına yönelik şiddet

### **Geleneksel Tıp Nedir ?**

Modern ve bilimsel olmayan tedavi ve uygulamaların birçoğu geleneksel ve tamamlayıcı tıp olarak ifade edilmektedir. Klasik ve temel tıbbi tedaviye ek olarak veya bazen de onun yerine (alternatif) kullanılan birtakım uygulamaları içermektedir. Geleneksel tıp ile ilgili çeşitli tanımlar yapılabilir. Kısaca “Modern tıbbi destekleyici ve tamamlayıcı yöntemlerdir.” şeklinde tanımlanabilir. Diğer bir tanım ise “Hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, tedavi etme, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi için başvuru, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, bilgi beceri ve uygulamaların bütünüdür” şeklindedir. Geleneksel tıp ile eş anlamda kullanılan bazı terimler bulunmaktadır. Bunlar;

- Alternatif Tıp
- Tamamlayıcı Tıp
- Destekleyici Tıp
- Bütünleyici (Entegratif) Tıp

### **Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği**

Usulsüz ve bilgisizce yapılan uygulamaların önüne geçmek amacıyla, Sağlık Bakanlığı 2011 yılında *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı*’nı kurmuştur. 27 Ekim 2014 tarihinde de resmi gazetede “*Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği*” yayınlanmıştır.

Bu yönetmeliğe göre Sağlık Bakanlığı tarafından yetki verilenler:

1. Hekimler
2. Diş Hekimleri (yalnızca kendi alanında uygulama yapmak üzere)

Hekimler ve diş hekimleri geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında uygulama yapmak istiyorlarsa bu konularda düzenlenen eğitimleri tamamlayarak sertifikalarını almaları gerekmektedir.

### **Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri**

Çok sayıda geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemi bulunmaktadır. Zaman içinde bu yöntemlere yenileri eklenmektedir. Ancak yukarıda belirtilen yönetmelik kapsamında hekimler ve diş hekimlerine eğitimi verilmeye başlanan toplam 15 alan bulunmaktadır. Bu alanlar;

- Fitoterapi
- Akupunktur
- Kupa terapi
- Sülük Tedavisi
- Hipnoz
- Ozon Terapi
- Mezoterapi
- Apiterapi
- Proloterapi
- Osteopati
- Refleksoloji
- Homeopati
- Kayropratik
- Larva Uygulaması
- Müzik terapi

### **İnsanların Geleneksel Tıbbı Tercih Etme Nedenleri**

Sağlık-hastalık söz konusu olduğunda ilk akla gelen seçenek her zaman modern tıp olmuştur. Çünkü dünyadaki teknolojik gelişmeler modern tıbbın gelişmesine de hizmet etmiş ve buna paralel olarak hastalıkların tedavisi daha hızlı bir şekilde yapılabilir hale gelmiştir. Hastalıkların tedavisinde gösterilen başarılar ona sarsılmaz bir hâkimiyet sağlamıştır. Ancak modern tıbbın handikapları da mevcuttur. Örneğin insan bedeninin müdahaleci yapısı, ilaçların yan etkisi ve zararları, bazı hastalıkların tedavisindeki başarısızlık gibi durumları ortaya çıkarmakta ve insanların modern tıba olan güveninin sarsılmasına yol açmaktadır. Bu nedenle daha zararsız olduğu düşünülen geleneksel tıp insanlar tarafından daha çok tercih edilir duruma gelmiştir.

Kendini doğal ve tamamlayıcı olarak sunan geleneksel tıp uygulamaları çok çeşitlidir. Bu nedenle geniş bir kitleye hitap etmektedir. Özellikle kitle iletişim araçları vasıtasıyla etki alanının genişletmekte ve her geçen pazar payını artırmaktadır.

Geleneksel tıbbı tercih etmeyi sağlayan bir diğer etmen de modern tıbbın imkânlarından her bireyin yararlanamamasıdır. Modern tıbbın pahalı olması, geleneksel tıbbın ise ona göre daha ekonomik bir seçenek olması insanları ona yönlendirmektedir.

### **Kadınlar Hangi Sağlık Sorunları İçin Geleneksel Tıba Başvurmaktadır ?**

Geçmişten günümüzde geleneksel tıp özellikle kadınların daha çok ilgisini çekmektedir. Bunun nedeni kadınların erkeklere göre daha çok hastalanıyor olması ve sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki güçlüklerdir. Diğer taraftan kadınlar sağlık sorunları ile daha ilgilidirler. Çünkü onlar yalnızca kendilerinin değil ailedeki tüm bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgilenmekte ve bu yüzden de sağlık ve hastalık ile ilgili arayışlara girmektedirler. Kadınların

hangi sağlık sorunları için geleneksel tıba başvurduklarına bakıldığında bunun çok geniş bir yelpazesi olduğu görülmektedir. Bu sorunların bir kısmı herkes için geçerli olan sağlık sorunlarıdır. Bunlar konumuzun dışında olduğundan değinilmemiştir. Kadınlar genel sağlık sorunlarının yanı sıra, hem kadın olmak ile ilgili sağlık sorunları için hem de sağlık ve güzellik için geleneksel tıba başvurumaktadırlar. Bunlar:

- Bakımlı ve güzel olmak
- Yaşlanmayı geciktirmek
- Adet ağrısını gidermek
- Cinsel sorunları gidermek
- Gebe kalmak için
- Gebeliğe bağlı yakınma ve rahatsızlıkları gidermek
- Düşüğü durdurmak
- Düşük yapmak
- Doğumu kolaylaştırmak, doğum konforunu sağlamak
- Lohusalıkta süt oluşmasını sağlamak
- Menopoz döneminde oluşan rahatsızlıkları önlemek ve gidermek

### **Geleneksel Tıp Uygulamalarının Güvenilirliği**

Geleneksel tıp alanı her zaman tartışıla gelmiştir. Karşı çıkanlar olduğu gibi inananlar ve hatta göklere çıkarılanlar bulunmaktadır. Bu konudaki tartışmaların hiçbir zaman bitmeyeceği bir gerçektir. Bir tedavi yönteminin öncelikle insan sağlığına zarar vermemesi ve aynı zamanda tedavi edici olması gerekir. Bu yöntemlerin yasal olarak kullanımları henüz çok yeni olduğundan bu konuda yeterince araştırmalar yapılmış değildir. Ayrıca hekim dışı kişilerin de bu alanda çalıştıkları ve çeşitli uygulamalar yaptığı bilinen bir gerçektir. Sağlık Bakanlığı'nın bu uygulamaları yapma yetkisini hekim ve diş hekimlerine vermesi doğru bir davranış olmakla beraber, bu uygulamaları yapan hekim dışı kişilerin sıkı takibi ve yasal sürecin işletilmesi halk sağlığının korunması bakımından önem taşımaktadır.

Türk Tabipler Birliği (TTB) ve diğer bazı hekimler bu uygulamalara karşı çıkmakta ve toplum sağlığını tehdit ettiği uyarısında bulunmaktadır. Söz konusu uygulamaların komplikasyonlara, yan etkilere, organ kayıplarına, hatta ölümlere yol açtığına yönelik geri bildirimlerin yoğunlaştığını belirtmektedir. Bu nedenle TTB konuyla ilgili çalışmalarda bulunmak üzere “Sağlıkta Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Uygulamalar Çalışma Grubu” nu kurmuş ve bunu kamuoyuna duyurmuştur. Ayrıca bu tür uygulamalar için “*alternatif tıp*” ifadesinin kullanılmasına itiraz etmekte ve tıbbın alternatifinin olmayacağına dikkat çekmektedir.



## Geleneksel Tıp Uygulamalarının Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Geleneksel tıp uygulamaları insanlık tarihi kadar eskidir. Geleneksel tıp uygulamalarının etkinliği ve güvenilirliğine dair çok sınırlı kanıtlar olmasına rağmen insanlar/hastalar geçmişten günümüze bunları kullanmaya devam etmektedir. Benzer şekilde kadınların da hastalık ya da yakınmalarını gidermek amacıyla sıklıkla bu uygulamalara başvurdukları bilinmektedir. Bunun nedenleri yukarıda verilmiştir. Geleneksel tıp uygulamaları tüm zamanlarda var olmakla beraber 1990'lı yıllarda kullanımını belirgin bir şekilde artmıştır.

Geleneksel tıp uygulamalarının kadın sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinen bir gerçektir. Geçmişte bu uygulamalara bağlı olarak çok sayıda kadının sağlığı bozulmuş, üreme yeteneğini kaybetmiş, birçoğu sakat kalmış ve/veya hayatını kaybetmiştir.

Ancak bu uygulamalar şimdiye kadar sağlıklı ilişkisi olmayan kişilerce yapılmıştır. Bunun önemi büyüktür. Geldiğimiz noktada konuya Sağlık Bakanlığı el koymuştur. İnsanların vazgeçemediği bu uygulamaların artık Sağlık Bakanlığı'nın kontrolünde yalnızca hekim ve dış hekimlerinin yapacak olması sevindiricidir. Ancak, yeterli bilimsel kanıtları olmayan bu tür uygulamalar her zaman kuşku yaratmış ve yaratmaya da devam etmektedir.

### Kaynaklar

1. Somer P, Vatanoglu-Lutz EE. (2017) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği'nin hukuki ve etik açıdan değerlendirilmesi. *Anadolu Kliniği*, 22:(1), 58-65.
2. Aytaç Ö, Kurttaş MÇ. (2014) Çalışan kadınların alternatif tıbbi bakış açılarının sosyolojik analizi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 16:(2), 1-26.
3. Sağlık Bakanlığı. (2014) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği.
4. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. (2013) Alternatif / tamamlayıcı tıp ve kadın sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12:(4), 441-448.
5. Taşçı E, Sevil Ü. (2007) Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yöntemler. *Genel Tıp Dergisi*, 17:(3), 181-186.
6. Khorshid L, Yapucu Ü. (2005) The nurse's role in complementray therapies. *Atatürk Üniv. Hemşirelik YO Dergisi*, 8:(2), 124-30.
7. Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T. (2003) Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik YO Dergisi*, 6:(2), 40-49.
8. Özdemir F, Pasinlioğlu T. (2009) The effect of training and progressive relaxation exercises on anxiety level after hysterectomy. *The New Journal of Medicine*, 26: 102-107.
9. Erkek ZY, Pasinlioğlu T. (2018) Ayak refleksolojisinin doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi. *JACSD, Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Derg.* Kış İlkbahar Dönemi, Sayı: 12, 1-24.
10. Üst ZD. (2016) Travayda gebelere uygulanan çömelme pozisyonunun doğum eyleminin süresine ve ağrıyı algılama düzeyine etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.
11. Kırca N. (2018) İnfertil kadınlarda yoganın stres düzeyine etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum.
12. Taşçı E, Sevil Ü. (2007) Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yöntemler. *Genel Tıp Dergisi*, 17(3): 181-186.
13. Ertem G, Sevil Ü. (2005) Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik YO Dergisi*, 8(2): 117-123.

14. POCOOTO S, SALVADOR D. (2007) Reiki as a rehabilitative nursing intervention for pain management: A case study. *Rehabil Nurs.* 33: 231-2.
15. KOCABAŞ P. (2009) jinekolojik muayeneye bağlı anksiyetenin azalmasında özel muayene giysisi ile müziğin etkisinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
16. ERDOĞAN Z, ÇINAR S. (2011) Reiki: An ancient healing art-modern nursing practice. *Kafkas J. Med Sci.* 1(2): 86-91.
17. TAŞPINAR A, ŞİRİN A. (2010) effect of acupressure on chemotherapy-induced nausea and vomiting in gynecologic cancer patients in turkey. *European Journal Of Oncology Nursing*, 14: 49-54.
18. HUNT S, LIGHTLY N. (2010) Tamamlayıcı Tıp Sosyolojisi: Alternatif Tıp Sağlıklı Bir Alternatif Mi Sunuyor? Sosyoloji Başlangıç Okumaları (Editör: Anthony Giddens), (Çev.: Günseli Atalar), Say Yayınları, Ankara.
19. KESHED Y, SIMCHAI D. (2014) The “genderpuzzle” of alternative medicine and holistic spirituality: A literature review. *Social Science & Medicine.* 113: 77-86.

## ÇOCUK SUÇLULUĞUNDA RİSK FAKTÖRLERİ

### Risk Factors in Children's Criminal

**Prof.Dr. Zeynep TEZEL\***

\*Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

<p><b>ÖZET</b></p> <p>Suç ya da suçlu davranışı, insanın biyolojik, psikolojik, fizyolojik, toplumsal, kültürel vb. özelliklerinin biri ya da bir kaçının neden olduğu bir olgudur. Türk Hukuk Sistemi'ne göre suçlu çocuk, "yürürlükteki ceza yasalarına göre suç sayılan bir davranışı ortaya koyan, 18 yaşını doldurmamış kişidir". Çocuğun gelişim süreci disiplinler arası bir yaklaşım ile ele alınmakta, bu süreç biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bakış açısıyla değerlendirilmektedir. Bu süreçte geçiş noktaları; bireysel faktörler, ailesel faktörler, akran grubu ve okul çevresi faktörü, toplumsal faktörler olarak ele alınmaktadır. Çocuk ve suç ile ilgili literatür incelendiğinde çocuğun sosyalizasyonunu belirleyen ve çocuğun gelişimi açısından her biri ayrı önem taşıyan geçiş noktaları aynı zamanda çocuk suçluluğunda suçlunun davranış nedenlerinin de parametrelerini oluşturmaktadır. Sosyo-ekolojik bağlamda bir sistem yaklaşımıyla çocuk ve ergenlerin yaşamları içerisinde risk faktörleri; bireysel faktörler, ailenin demografik yapısı, akran grupları ve okul çevresi, toplumsal ve çevresel özellikler olarak sıralanabilir.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> çocuk, suç, çocuk suçluluğu</p>	<p><b>ABSTRACT</b></p> <p>Crime or criminal behavior is a phenomenon caused by one or more of the biological, psychological, physiological, social and cultural characteristics of man. According to the Turkish Legal System, the culprit is called a person who is 18 years of age who is considered to be a criminal offense under applicable criminal law. The child's development process is handled with an interdisciplinary approach and this process is evaluated with a biological, psychological and sociological perspective. The transition points in this process are individual factors, familial factors, peer group and school environment factor, social factors. When the literature on the child and crime is examined, the transition points that determine the socialization of the child and each of them are important in terms of the development of the child also constitute the parameters of the offender behavior in juvenile delinquency. Risk factors for children and adolescents in their socio-ecological context; individual factors, demographic structure of the family, peer groups and school environment, social and environmental characteristics.</p> <p><b>Keywords:</b> child, crime, child delinquency</p>
---	--

## ÇOCUK SUÇLULUĞUNDA RİSK FAKTÖRLERİ

### GİRİŞ

Suç, günümüzde hala güncelliğini koruyan en önemli toplumsal problemler arasında başta gelmektedir ve suç araştırmalarının günümüzde önemli çalışma konuları içerisinde yer aldığı gözlemlenmektedir.

Suç ya da suçlu davranışı, insanın biyolojik, psikolojik, fizyolojik, toplumsal, kültürel vb. özelliklerinin biri ya da bir kaçının neden olduğu bir olgudur. Ferri'ye göre Suç = Suçlu + Sosyal Çevredir. Suçlular hakkında yalnız önlem almak yeterli değildir; çevrenin etkilerini de ortadan kaldırmak gerekmektedir. Batı literatüründe "Juvenile Delinquency" terimiyle açıklanan, tam karşılığı "reşit olmayanın suçluluğu" olarak çevrilebilecek terim, ülkemizde, "Çocuk Suçluluğu" olarak kullanılmakta olup, bu tanım, hem çocukluk, hem de ergenlik döneminin büyük bir bölümü kapsamaktadır (Baysan Kobat, 2009). Türk Hukuk Sistemi'ne göre suçlu çocuk, "yürürlükteki ceza yasalarına göre suç sayılan bir davranışı ortaya koyan, 18 yaşını doldurmamış kişidir" (Öktem, 2012).

Teknolojik gelişmeler, göç, nüfus artışı ve toplumsal değerlerdeki değişmelerin etkisiyle çocuk suçluluğu yeni boyutlara ulaşmıştır (Dönmezer, 1984). Gerek ülkemizde, gerekse yabancı ülkelerde şiddet ve suç vakaları, çocuk ve ergen yaş gruplarında hızlı bir artış göstermektedir (Heimes, 1998; Tokdemir ve Küçüker, 2000). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (Türkstat) İçişleri, Adalet ve Kalkınma Bakanlıkları ile işbirliği halinde açıkladığı verilere göre herhangi bir nedenden dolayı güvenlik güçleri tarafından işlem gören çocuk sayısı 2008 yılında 132.592 iken bu sayı 2011 yılında 203.040 olmuştur (UNICEF, 2012)

TÜİK(2013)verileri incelendiğinde (Çizelge 1.). 2012'de güvenlik birimlerine getirilen çocuk sayısı 77.654 kız, 167.426 erkek çocuk olmak üzere toplam 245.080 çocuk iken, 2013'de bu rakam artarak 85.875 kız, 187.696 erkek çocuk olmak üzere toplam 273.571 çocuğa ulaşmıştır. Bu çocuklar arasında güvenlik birimlerine getirilme nedeni suça sürüklenme olan çocukların sayısında da paralel bir şekilde artış gözlenmektedir. Buna göre 2012 yılında suça sürüklenen erkek çocuk sayısı 89.667 kız çocuk sayısı 11.164 iken bu rakam 2013 de artarak erkek çocuklarda 102.350, kız çocuklarda 13.089 olmuştur.

**Çizelge 1. Geliş Nedenine Göre Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar, 2012-2013 (TÜİK,2014)**

Geliş Nedeni	2012			2013		
	Toplam	Erkek	Kız	Toplam	Erkek	Kız
Toplam	245.080	167.426	77.654	273.571	187.696	85.875
<b>Suçta sürüklenme</b>	<b>100.831</b>	<b>89.667</b>	<b>111.64</b>	<b>115.439</b>	<b>102.350</b>	<b>13.089</b>
<b>Kabahat işleme</b>	<b>770</b>	<b>688</b>	<b>82</b>	<b>551</b>	<b>488</b>	<b>63</b>
Terk	43	17	26	42	15	27
Evden kaçma	2.424	928	1.496	2.821	1.209	1.612
Buluntu	1.661	973	688	1.732	936	796
Kayıp (Bulunan)	12.474	4.885	7.589	16.218	6.421	9.797
Mağdur	11.857	59.880	51.977	121.717	66.353	55.364
Madde kullanımı	245	225	20	230	201	29
Sokakta çalışma	2.213	1.950	263	1.574	1.327	247
Sokakta yaşama	17	10	7	15	12	3
Kanunsuz çalışma	13	8	5	19	12	7
Bilgisine başvurulma	7.075	4.601	2.474	8.588	5.486	3.102
Okula gönderilmeme	527	218	309	123	51	72
Kurumdan kaçma	1.256	632	624	1.093	556	537
Diğer	3674	2.744	930	3.409	2.279	1.130

Kriminolojide sosyal ekoloji teorileri olarak anılan bilimsel yaklaşım, suçun çevreyle ilişkilerini inceler, suçu çevrenin değişimi ile ortaya çıkan sosyal değişimin bir fonksiyonu olarak açıklamaya çalışır (Balcı, 2011). Çocuk suçluluğu üzerinde çevre etkisini pek çok kuram ile açıklamak mümkündür. 'Toplumsal Süreç Kuramlarından' Toplumsal Öğrenme ve Davranış Kuramları'na göre; çeşitli alt-kültürlerin bulunduğu bir toplumda, bazı toplumsal

çevrelerde bireylere yasadışı etkinlikler özendirilirken, bazılarında ise mevcut toplumsal normlar çerçevesinde davranılması öğretilmektedir (Avcı, 2008; Giddens, 2000).

Sosyal yapı teorilerinde suç işleme davranışı sosyal yapı ve toplum düzeni ile açıklanmaktadır. Bu teoriler, suç davranışının toplumsal yapının bir sonucu olarak ortaya çıktığını ve toplumsal yapının özelliklerine bağlı olarak değiştiğine odaklanmaktadır. Gerilim teorileri; belli temel değerler üzerinde toplumun homojen olduğu varsayımına dayanıp toplumda büyük çoğunluğun kitle iletişim araçları, aileler ve okullar ile sosyalleştiğini göz önünde bulundurarak bazı bireylerin neden sapan davranış gösterdiklerini açıklamaktadır. Kuralları ve yasaları çiğneyen bireylerin bu davranışlarını anormal olan toplumsal koşullara karşılık verme olarak gören bu teoriler suçun nedenini toplumun sosyal organizasyonuna bağlı olarak görmektedir (Henry and Milavanovic, 1996).

Çocuğun gelişim süreci disiplinler arası bir yaklaşım ile ele alınmakta, bu süreç biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bakış açısıyla değerlendirilmektedir. Bu süreçte geçiş noktaları;

- bireysel faktörler
- ailesel faktörler
- akran grubu ve okul çevresi faktörü
- toplumsal faktörler

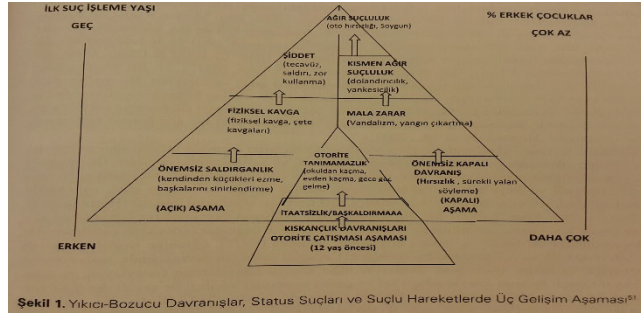
olarak ele alınmaktadır (Farrington ve ark., 2001; Siegel ve Welsh, 2009).

Çocuk ve suç ile ilgili literatür incelendiğinde çocuğun sosyalizasyonunu belirleyen ve çocuğun gelişimi açısından her biri ayrı önem taşıyan geçiş noktaları aynı zamanda çocuk suçluluğunda suçlunun davranış nedenlerinin de parametrelerini oluşturmaktadır (Polat, 2006). Çocuğun biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişim sürecinde yaşayabileceği sorunlar davranışlar üzerinde etkili olmakta dolayısıyla çocukta davranış değişiklikleri yaratmakta ve bu davranış değişiklikleri zaman içinde çocuğun yasa ile itilafa düşmesine neden olabilmektedir (Gönültaş ve Yücel, 2016). Erken yaşlarda suçu bizzat tecrübe edenler ileri yaşlarda suça yönelebilmektedir. Çocuk suçluluğu üzerine yapılan bir çalışmada ciddi suç işleme durumları ile erken yaşlarda suç işleme durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Krohn ve ark., 2001).

Çocuğun gelişim sürecinde ortaya çıkan yıkıcı-bozucu davranışlar ve zaman içinde gözlenen antisosyal davranışlar diğer faktörlerin etkisi ile çocuk davranışının suçlu davranışına dönüşme ihtimali artmaktadır. Yıkıcı-bozucu davranışların suçlu davranışına dönüşmesi üzerine erkek çocuklarla yapılan deneysel bir çalışmada (Kelley ve ark, 1997; Loeber ve ark., 1999) üç aşamada gerçekleşmektedir;

1. **açık aşama:** küçük saldırganlıkların dozunu arttırarak fiziksel şiddete dönüşmesi
2. **kapalı aşama:** 15 yaş öncesinde art arda gelen hırsızlık vb. ile başlayıp mala zarar, vandalizm, kundaklama ile devam ederek ciddi boyutlara ulaşması

3. **otorite ile çatışma:** 12 yaş öncesinde başlayan ve süregelen kıskançlık, itaatsizlik, otorite tanımama(okuldan kaçma, eve geç saatlere kadar gelmeme, evden kaçma), sonrasında sigara içme, okuldan kaçma, disiplin suçu işleme, ahlak dışı tavırlar sergileme, uygunsuz arkadaşlıklar kurma, küfürlü konuşma, ebeveynlere ve okulda öğretmen ve idarecilere itaatsizlik etme gibi antisosyal davranışlar sergilenmesi.



Şekil 1. Yıkıcı-Bozucu Davranışlar, Status Suçları ve Suçlu Hareketlerde Üç Gelişim Aşaması<sup>21</sup>

### Şekil.1. Yıkıcı-Bozucu Davranışlar ve Suçlu Hareketlerde Üç Gelişim Aşaması (Gönültaş,2016:147)

Loeber ve ark(1999) göre suça karışan çocukların çoğunluğu erken yaşlarda problemleri davranışlar sergilemektedir. Bu çocuklarda küçük çaplı problemleri davranışların ik görülmeye başladığı ortalama yaş 7 civarındır. Kısmen ciddi problemleri davranışların görüldüğü ortalama yaş 9,5tur. Ciddi suçluluk yaşı ise 11 civarındadır. Loeber ve ark.'na göre 7 yaş ile 12 yaş arası anti sosyal ve yıkıcı-bozucu davranışlar sergileyen çocuklar için kritik bir yaş aralığıdır ve aynı zamanda bu periyot çocuk açısından aileden sonra önemli bir sosyalleşme sürecine girdiği ilköğretim çağıdır. (Şekil.1)

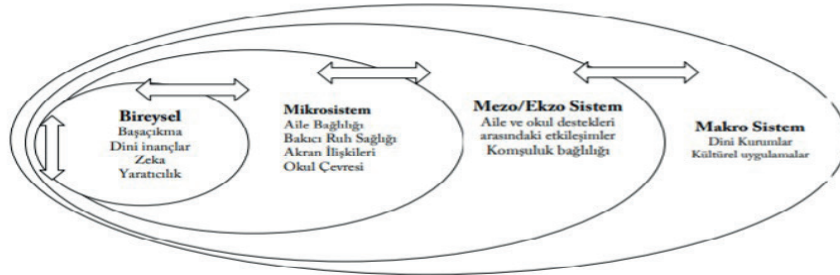
Sosyal öğrenme teorisi, tüm davranışlar gibi suç davranışının da öğrenildiğini ileri sürmektedir. Bu teoriye göre insanlar şiddete eğilimli olarak doğmazlar. Bireyler suç işlemeyi diğer bireylerden öğrenir. Suç davranışı bazı bireyler tarafından değil sosyal çevre tarafından yaratılmaktadır. Saldırgan davranışlar çoğu kez televizyon ve sinemada şiddet olaylarının izlenmesiyle doğrudan gözlem yoluyla öğrenilir. Suç olgusunu, bireylerin davranışlarında etkili olan aile yapısı, çevresel faktörler, inançlar gibi sosyal değişkenler ışığında değerlendirmektedir ve çocukların saldırgan ve kontrollü davranışları gözlem yoluyla ve taklit ederek öğrendiklerini vurgulamaktadır (Bandura ve Walters, 1963; Cohen,1985; Balcı, 2011; Burkay, 2008).

Cohen(1985)'e göre dezavantajlı veya alt sınıflarda yer alan bireyler diğer bireylere göre eşit imkanlara sahip olamadıklarında meşru olmayan davranışlar sergileyebilmektedir. Homel, Lincoln ve Herd (1999) suça yönelmeyi risk ve koruyucu faktörler bağlamında ele alarak sosyal bağlama vurgu yapmışlardır. Bu sosyal bağlam, aile içinin formal destek kaynaklarını (akraba, komşular, arkadaşlar), yerel toplulukları, bölgede gelişimsel olarak ilişkili kuruluşları (örneğin anaokullarını, oyun gruplarını, kiliseleri ve çocuk bakım merkezlerini) ve çocuk ile aileleri etkileyen daha büyük elementleri içerir. Bundan dolayı gelişimsel yaklaşım, yalnızca

kişinin ailesine ya da negatif sonuçların etkisinden koruyan bireysel özelliklerine değil aynı zamanda kişinin ilişki ve sosyal çevresi üzerine de odaklanır. Bu çalışma suça yönelmeye ilişkin risk ve koruyucu faktörleri anlama, sosyal-ekolojik bir yapı üzerine temellendirilmiştir.

Ekolojik yaklaşıma göre birey merkezde bulunur ve bireyi çevreleyen iç içe geçmiş beş sosyokültürel katman, birbiri ile etkileşim halinde bireyin gelişimini biçimlendirir. Bu katmanlar sırasıyla; mikrosistem, mezosistem, egzosistem, makrosistem ve kronosistemdir. Her bir düzey, önceki düzeyi ve doğrudan ya ekolojik yaklaşıma göre birey ve çevre etkileşimi oluşturan sistemler birbiriyle bağlantı halindedir. Sistemlerin kendi içerisindeki dengesi ve etkileri önemlidir. sistemin içerisinde her bir etkileşimin suça bulaşmada hem önleyici hem de riski artırıcı bir unsur olduğu söylenebilir. O yüzden bireyi değerlendirmede içinde yaşadığı sistemden ayrı bir şekilde değerlendirme ve müdahale etmek yetersiz kalabilmektedir.

#### Ekolojik Yaklaşım



Şekil.2. Ekolojik Yaklaşım (Panter-Brick ve Eggerman, 2012)

Sosyo-ekolojik bağlamda bir sistem yaklaşımıyla çocuk ve ergenlerin yaşamları içerisinde risk faktörleri; bireysel faktörler, ailenin demografik yapısı, akran grupları ve okul çevresi, toplumsal ve çevresel özellikler olarak sıralanabilir;

**Bireysel Faktörler:** Çocuk ve ergenlerde zihinsel ve duygusal bozukluklar ve buna bağlı olan kişilik bozukluklarının suçluluğu oluşturan dinamik etkenler olduğu bildirilmektedir (Yavuzer, 2006). Literatürdeki veriler suça sürüklenen çocukların çoğunluğunun erkek ve ergen olduğunu (Title ve ark.,2003; Akduman ve ark., 2007; Kurtuluş ve ark.2009; Bilaç ve ark., 2014; Gördeles Beşer ve ark., 2016; Çakaloz ve ark., 2016), en çok 14-18 yaş aralığında suç işlendiğini göstermektedir (Uğur ve ark.,1994; Bayındır ve ark.,2007; Akduman ve ark.,2007).Yapılan araştırmalar, suça sürüklenen çocuk-ergenlerin, stres belirtilerini daha yüksek düzeyde bildirdiğini, etkili başa çıkma örüntülerini daha az kullandıklarını ve daha düşük düzeyde ahlaki davranışlar sergilediklerini ortaya koymaktadır (Basut ve Erden,2005).Yaşadıkları stres karşısında sosyal destek yetersizliği olan çocuklar baş etme mekanizmalarını ve problem çözme becerilerini yeterli düzeyde kullanamamakta, baş etmek için saldırgan davranışlar sergilemekte ve psikosomatik şikayetlerde bulunmaktadır. Sosyal problem çözme yeteneği bozulan çocuklar ve ergenler, suç davranışı açısından yüksek risk altındadır. (Eryılmaz, 2009; Vostanis ve ark, 1998; Leadbeater ve ark, 1989)

**Ailenin Demografik Yapısı:** Ailenin suçluluk üzerinde tek yönlü bir etkisi yoktur. Ailenin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullar, ikamet edilen çevre, ailedeki çocuk sayısı, ailenin parçalanmış olması, aile içi şiddet, ailede madde kullanımı suçluluk üzerinde dolaylı bir etkiye sahiptir (Balcı, 2011). Ailedeki çocuk sayısının artmasıyla birlikte ailenin ekonomik durumunun zorlanması ve demografik artışa karşın mevcut durumun aynı kalması, ebeveyn ilgisinin ve aile içi eğitimin yetersiz hale gelmesi, ev içinde kişi başına düşen alanın azalması, çocukların temel ihtiyaçlarının yeterli düzeyde karşılanamaması ve örgün eğitim olanaklarından yararlanmada zorluklar yaşanması neticesinde çocukta suçluluk olgusundan bahsedilmektedir. Suçlu çocukların %55,85'inin beş veya daha fazla kardeşe (Sevük, 1998) %62,5'inin dört ya da daha fazla kardeşe sahiptir. Çocukların %79,9'u beş kişilik veya daha kalabalık ailelerden gelmektedir. (Yavuzer, 1996).

Çatışma ve kavgaların yaşandığı ailelerde, ailesinden sevgi görmeyen, reddedilen çocuklar diğerlerine göre suç işlemeye daha eğilimlidir (Temel ve Aksoy, 2005). Aile içi ilişkilerde kopukluk, uyumsuzluk, aile bireylerinin birbirlerine yönelik olumsuz tutum ve davranışları, ev içi disiplinin niteliği, ailede var olan suç olgusu da çocuğun gelişimini etkileyerek suça yönelmesine neden olabilmektedir (Akyüz, 1991; Baysan Kobat, 2009; Sokullu, 1992). Suçlu ve suçsuz çocuklar üzerinde yapılan çalışmada, ailede çocuklara karşı ceza ve sözel hakarete bulunmayla suçluluk arasında bağlantı olduğu belirlenirken (Utech, 1994) suçluların %46'sının ebeveyn kontrolünün olmadığı ailelere mensup oldukları belirlenmiştir (Sutherland ve ark., 1992). Uluğtekin (1991)'in hükümlü çocuklarla yapmış olduğu araştırmanın sonuçlarına göre çocuğu suça iten en önemli faktör çocuk için model olan aile üyelerinden birinin özellikle babanın suç işlemesidir. Eğer suç işleyen model olursa çocuğun da suça itilmesi kolaylaşmaktadır.

**Arkadaş/Akran Gruplarının Etkisi:** Çocuğun sosyal hayatta öğrendiklerinin bir nevi tatbik sahasını oluşturan oyun grubu ve arkadaşlık ilişkileri çocuğun sosyal hayata uyumunda önemli rol oynar. Bunun yanı sıra aile içi düzensizlikler ve okul içi başarısızlıklar söz konusu olduğunda, arkadaş grupları çocuğun kendini bir grup içinde kabul ettirmesi bakımından oldukça uygun ortamlardır. Henüz tecrübesiz olan çocuğun grup içindeki hatalı davranış örnekleri ile etkileşimi ve bunları benimseyebilmesi mümkündür ve işlenen suç ile arkadaş grupları arasında yakın bir ilişki olduğu söylenebilir (Sözen, 2011). Suç işleyen çocukların arkadaş grubu içerisindeki saygınlığı, diğer çocukların da suç işleyerek o saygınlığa sahip olma isteğini arttırmakta ve suç işlemekten çekinmemelerine yol açmaktadır (Güngör, 2008).

Çocuğun içinde bulunduğu akran grubunun suçluluğa eğilimi ve risk faktörleri içeren grup özellikleri göstermesi, çocuğun da bu davranışlara itilmesine neden olabilir (Ereş, 2009). Eğer çocuğun arkadaş grubu olumsuz, ahlak dışı ve suç niteliğinde davranışlar gösteren kişilerden oluşmuş ise çocuk da zamanla değişecek ve onların değerlerini benimseyerek aynı davranışları gösterecektir (Balcı, 2011).



Arkadaş grupları içerisinde kullanılan alkol ya da uyuşturucu ya da uyarıcı maddeler de çocukları ve özellikle ergenlik sürecindeki gençleri suça yöneltmede çok önemli bir etmendir. Henüz zihinsel, fiziksel, ruhsal ve psikolojik açıdan gelişimini tam olarak tamamlayamamış ve bu süreci tamamlama adına hızlı değişimler yaşayan genç bireyler insan iradesini ortadan kaldıran ya da sınırlayan maddeler kullandıkları takdirde çok daha kolay suç işleyebilmektedirler. Ayrıca bu maddeleri tedarik edebilmek amacıyla da arkadaş grupları ile suça yönelebilmektedirler (Güral, 2009). Ülkemizde çocuk suçluluğu ile ilgili yapılan çalışmalarda özellikle mala yönelik suçlarda gruplar halinde suç işleme oranlarının %50'lerin üstüne çıktığı görülmüştür (Güney, 2008).

Sözen tarafından Paşakapısı cezaevinde bulunan suçlu çocuklar ile ilgili yapılan çalışmada; hükümlü çocukların % 42.5'inin yakın arkadaş çevresinin "mahalle" olduğu ve % 10'unun yakın arkadaş çevresinin cezaevinden olduğu belirlenmiştir (Sözen, 2011). Bu da çocukların suç işlemelerinde arkadaş çevresinin önemli olduğunu göstermektedir

F. Thrasher'in 1313 çocuk çetesi üzerinde yaptığı araştırma sonuçlarına göre, çete içinde oluşturulan kültürün toplumun kültürel değerleriyle çatıştığı, çetelerin çoğunlukla içki ve sigara içmek, kumar oynamak, cinsel ilişkiye girmek gibi eylemlerde bulunduğu, çetelerin birlik ruhunun tüm aktivitelerin üzerinde yer alan bir değer olduğu tespit edilmiştir (Vito ve ark., 2007).

**Okul Çevresinin Etkisi:** Victor Hugo 17. yüzyılda "bir okulun yapılması bir hapisanenin kapanması demektir" sözü ile eğitimin ne denli önemli olduğunu vurgulamıştır. Çocukların davranışlarını kontrol ederek onları toplumsallaştırmak suretiyle geleceğe hazırlayan ve aileden sonra gelen sosyalleşme kurumu okuldur (Demirbaş, 2001). Eğitim sistemleri öğretim ve meslekî formasyon vermenin ötesinde, özellikle çocuğa temel değerleri ve kendisine ait kültürel kimlik ve geleneklere, yaşadığı ülkenin değerlerine, kendi tarihinin değişik uygarlıklarına kendi uygarlığından farklı diğer uygarlıklara, insan hakları ile temel özgürlüklere saygı tavrı kazandırma; çocuklarda okula ve topluma ait olma ve kimlik duygusunu geliştirecek etkinlikleri destekleme görevini üstlenmelidir (Bayındır ve ark.,2007). Okullardaki aşırı kalabalık sınıflar, sosyal baskılar, öğretmenin kişilik yapısı ve çocuğa olan tutum ve davranışı, disiplin yöntemi olarak dayağa başvurulması şiddeti arttırabilmektedir. Bu durumda suç işleyen veya suça karışan çocuklar, ailenin eksikliğini giderecek şekilde denetimlerini ve toplumsallaşmalarını sağlayacak okul olanaklarından yeterince yararlanamamaktadırlar. Çocuğun eğitim düzeyinin düşük olmasının yanı sıra, suç işlediği zamanlarda genellikle okulla ilişkisinin de kesik olması dikkat çekmektedir. (Balcı, 2011).

Okuldaki genel başarısı düşük olan öğrenciler, diğer öğrencilere göre daha çok suç işleme eğilimi göstermekle birlikte başarısız olup sınıfta kalmak başlı başına suç işleme-suça karışma nedeni sayılmamakla birlikte nedenler zincirinin bir halkasını oluşturduğu söylenebilir. Akademik yetersizlik, okulda başarısız olmaya, başarısızlık, okuldan soğumaya, uzaklaşmaya,

uzaklaşma ise otoriteyi reddetmeye ve çocuğun suça itilmesine neden olabilmektedir (Baysan Kobat, 2009).

**Çevresel Faktörler:** İç ve dış göçler çocuğun suça sürüklenmesinde etkili faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Akduman ve ark. (2007) çalışmasında, Suça sürüklenen ergenlerin %94.7'sinin Türkiye'nin farklı bölgelerinden Ankara'ya göç ile gelen çocuklar olduğuna dikkat çekilmektedir. Gönültaş ve Hilal (2012) çalışmalarında, göçün malvarlığına yönelik suçları zayıf da olsa pozitif yönde etkilemekte olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan araştırmalar çocuk suçluluğundaki artış ile ilgili olarak medyanın da çok önemli bir rol oynadığı belirlemiştir (Willis ve Strasburger,1998; Oscar ve ark., 2000). Medyanın etkin şekli olan televizyon çağdaş toplumlarda yaygın kullanılan kültür üretme makinesi olarak görsel ve işitsel etkinliği nedeniyle çok sayıda kişiye ulaşan, en güçlü iletişim aracı olarak tanımlanmaktadır (Dilber,2014;Tuncer ve Yalçın,1998). İlköğretim öğrencilerinin büyük çoğunluğu çocuk programlarını en az izlemekte, en çok şiddet içerikli yerli/yabancı dizileri izlemektedir. Araştırma sonuçları: şiddet içerikli programları izleyen çocukların daha yüksek oranda fiziksel şiddete başvurduklarını ve fiziksel şiddeti bir çözüm yolu olarak benimsediklerini göstermektedir (Dilber, 2014).

Gazete ve dergilerin suçluluğu yaygınlaştırmadaki etkileri ise, suç tekniğini öğretmek, suçu olağan, çekici, hatta heyecanlı, yararlı bir faaliyet olarak göstermek; suçluya saygın bir kişilik atfetmek, suçluyu cana yakın, sempatik biri olarak sunmak; adaletten kurtulmanın kolay olduğunu telkin etmek ve böylelikle suçun adeta reklamını yapmak ve bir kazanç yolu haline getirmek gibi olumsuzlukları içeren yayınların varlığıyla suça yönelimde etken faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Yavuzer, 2006).

Tokdemir ve Küçüker (2000) tarafından Elazığ ıslahevinde bulunan çocukların suç işlemelerinde medyanın etkisini incelemek üzere yapılan çalışmada, hükümlü çocukların ıslahevine girmeden önce haftada ortalama 34-39 saat TV seyrettikleri belirlenmiştir. Çocuklar üzerinde yapılan bir diğer çalışmada (Josephson, 1987) şiddet içerikli film izletilen deneklerde, izleme sonrasında şiddet duygularının arttığı belirlenmiştir. Şiddet içerikli filmlerin sık izlenmesiyle şiddete karşı duyarsızlaşma geliştiği ve şiddet davranışının normal davranış olarak algılanmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Willis and Strasburger,1998).

## **Sonuç ve Öneriler**

Çocuk suçluluğunda kalıtsal etkenlerin, psikiyatrik sorunların ve beden kusurlarının etkili olabileceği teorileri destek görmekle birlikte günümüzde çevresel faktörlerin bu konuda en etkili etken olduğu kabul edilmektedir (Hancı, 2014). Çocuğu suça iten etkenler fiziki, psikolojik ve sosyal açılardan olabildiği gibi bunlardan biri ya da ikisi bazen de tamamı çocuk üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir. Bu etkenler incelendiğinde ortak payda tek bir kavramda birleşmektedir; çocuğun dünyaya gözlerini açtığı anda kendisini bulduğu (ya da çoğu zaman bulamadığı) bir kurum olan aile. Suç işleme eğiliminin ortaya çıkışındaki ilk

belirtilerin çocuklukta görüldüğü gerçeği, bir insanın kişiliğinin oluşmasında ve bir toplumun meydana gelişinde ailenin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır (Pala, 2014).

Ailesinden gerekli ilgi ve şefkati göremeyen, sevgi yoksunluğu çeken, baskıcı disiplin yöntemleriyle eğitilen, istismara maruz kalan, iç ve dış göçler neticesinde kimlik ve kültür bunalımı yaşayan, aile ekonomisine destek vermek üzere küçük yaşta çalışmak zorunda bırakılan, ailesinde suçlu rol modeli olan çocuklar suça daha kolay itilmektedir.

Suçlu ve tutuklu çocuklar ile yapılan çalışmalarda görülmektedir ki; çocuklar kalabalık aileye sahip olduklarında genelde sağlıksız bir toplumsallaşma süreci geçirmekte, ders çalışma olanaklarından yoksun kalmakta, akademik başarıları düşmekte bunun sonucunda ise aile, öğretmen ve arkadaşlarıyla sorunlar yaşayarak evden ya da okuldan uzaklaşmaktadır. Bu süreç çocuğun kendi yaş grubunda ya da daha büyük çocukların bulunduğu bir çeteye katılımıyla sonuçlanabilmektedir.

Sonuç olarak; çocuk suçluluğu ile mücadele edebilmenin veya suçu azaltabilmenin başlıca etkeni; suçun önlenmesine yönelik tedbirlerin alınmasıdır. Bu nedenle toplumun geleceğini emanet edeceği çocukların suça yönelmesinde etkili olan nedenlerin tespiti, suçun önlenmesine dönük tedbirlerin ilk basamağını oluşturacaktır.

Çocuk suçluluğuna yönelik risk faktörleri küçük ya da büyük ölçekli ve farklı alanlarda yapılmış bilimsel çalışmalarla belirlenerek çözüm önerileriyle birlikte ortaya konmaktadır. Aile ve okul, çocuğun hayatında etkili olan iki temel kurum olarak eşgüdüm içerisinde olmalıdır. Tespit edilen bu risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına ya da etkisinin en aza indirilmesine yönelik alınacak tedbirlere işlevsellik kazandıracak planlı ve koordineli çalışmalar, çocuk suçluluğun önlenmesine büyük ölçüde katkı sağlayacaktır(Tezel ve Şahin,2015)

## Kaynaklar

1. Akduman GG, Akduman B, Cantürk G (2007). Ergen suçluluğunda bazı kişisel ve ailesel özelliklerin incelenmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 42:156–161.
2. Andrews, D. A., ve Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
3. Avcı, M. (2008). Tutuklu çocuklar üzerinde bir araştırma: Çocukların suça yönelmesinde etkili olan toplumsal nedenler ve çözüm önerileri. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 11 (1): 49-73.
4. Balcı, H. (2011). *Çocuk suçluluğu ve toplumsal nedenleri*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
5. Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). Aggression. In *Child psychology: The sixty-second yearbook of the national society for the study of education, Part I*. Chicago: The National Society for the Study of Education.
6. Basut E, Erden G. Suça yönelen ve yönelmeyen ergenlerin stres belirtileri ve stresle başa çıkma örüntüleri yönünden incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2005;12:48–55.
7. Bayındır, N., Özel, A., ve Köksal, E. (2007). *Çocuk Suçluluğu Demografisi: Kütahya Şehri Örneği*. *Polis Bilimleri Dergisi*, 9(4), 95-108.

8. Baysan Kobat, İ. (2009). Ulusal ve uluslararası hukukta çocuk hakları ışığında çocuk suçluluğu ve nedenleri. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale.
9. Bilaç Ö, Pılan BŞ, Orhon Z, Bayrak A(2014) Suça Sürüklenen çocukların suç ve tanı dağılımlarının incelenmesi: kesitsel bir araştırma. Çocuk Genç Ruh Sağlık Dergisi, 21(2):115–122.
10. Burkay, S. (2008). Teorik çerçevede suç. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar* 2/4:1-15.
11. Çakaloz B, Ünlü G, Terzioğlu MA, Kapubağlı N, Tekkanat Ç(2016) Çocuklarda suç davranışı ile sosyodemografik özelliklerin ve zekanın ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,17(5):411–8.
12. Demirbaş, T. (2001). Kriminoloji. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
13. Dilber, F. (2014). Kitle İletişim Araçları ve Suç Olgusu. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 16 (Özel Sayı 1):60-66.
14. Dönmezer, S. (1984). Kriminoloji. İstanbul: Filiz Kitabevi.
15. Ereş, F. (2009). Toplumsal bir sorun: Suçlu çocuklar ve ailenin önemi. *Aile ve Toplum* 5 (17):8-96.
16. Eryılmaz A(2009) Ergenlik döneminde stres ve başa çıkma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009;6:20–37.
17. Farrington DP, Jolliffe D, Loeber R, Stouthamer-Loeber M, (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys' delinquency. *Journal of Adolescence* 24(5)579–596.
18. Giddens, A. (2000). Sosyoloji. Ankara: Ayraç Yayınevi.
19. Gönültaş B.M (2016).Çocuk Suçluluğunda Gelişim Aşamaları. Adli Sosyal Hizmet- Yaklaşım ve Müdahale, 1. Basım, Akademik Basın Yayın Dağıtım.Nisan,2016. 143-154.
20. Gönültaş BM ve Hilal A(2012) Çocuk suçluluğunda göç faktörü : Adana Örneği.*Adli Tıp Dergisi*, 26:156-64.
21. Gördeles Beşer N, Baysan Arabacı L, Uzunoğlu G. (2016)Türkiye’de bir bölge psikiyatri hastanesinde tedavi olan suça itilmiş çocuk profilleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*;17:317–324.
22. Güney, H. (2008). Sosyolojik açıdan çocuk suçluluğu ve nedenleri. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale.
23. Güngör, M. (2008). Evrensel bir sorun olarak çocuk suçluluğu ve sokakta çalışan ve yaşayan çocuklar. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1):25-43.
24. Güral, B. (2009). Türkiye’de çocuk suçluluğu ve nedenleri: Erzurum örneği. *Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
25. Hancı, H. İ. (2014). Çocuk suçluluğuna yol açan sosyal bir yara: İç göçler ve çarpık kentleşme, 08 Aralık 2014, [http://www.kriminoloji.com/Carpik\\_Kentlesme-Hamit\\_Hanci.htm](http://www.kriminoloji.com/Carpik_Kentlesme-Hamit_Hanci.htm)
26. Heimes I. (1998). A review of violence statistics among children in the United States. *Pediatr Clin North Am*, 45,269-80.
27. Henry S. ve Milovanovic D. (1996). *Constitutive Criminology- Beyond Postmodernism*, London: Sage Publications.
28. Josephson, W.L. (1987). Television violence and children's aggression: testing the priming, social script, and disinhibition predictions. *J Pens Soc Psychol* 5.3(5):882-90.
29. Kelly B.T., Loeber, R., Keenan, K., DeLamatre, M. (1997) Developmental Pathways in Boys' Destructive Delinquent Behaviour. *Juvenile justice bulletin*.
30. Khron, M.D., Thornberry, T.P., Rivera, C., Le Blanc, M (2001) *Later Delinquency Carriers. Child Delinquents: Development Intervention and Service Needs*. UK: Sage Publications, Inc.
31. Kurtuluş A, Salman N, Günbet G, Boz B, Cenger CD, Acar K (2009) Denizli ilinde 12–15 Yaş Arasındaki Suça Sürüklenen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri. *Pamukkale Univ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2:8–14
32. Leadbeater BJ, Hellner I, Allen JP, Aber JL (1989) Assessment of interpersonal negotiation strategies in youth engaged in problem behavior. *Developmental Psychology*, 25(3), 465-472.
33. Loeber, R., Wei, E., Stouthamer-Loeber, M., Huizanga, D., Thornberry, T.P. (1999). Behavioral Antecedents to Serious and Violent Offending: Joint Analyses from the Denver Youth Survey, Pittsburgh Youth Study and the Rochester Youth Development Study. *Studies on Crime & Crime Prevention*, 8: 245-263.
34. Oscar, H.P., Ruth, E.K., Ellen, J.S. ve Blanche, S.B. (2000). Exposure to violence among urban school-aged children: Is it only on television? *Pediatrics* 106: 949-953.

35. Öktem, D. (2012). Türkiye'deki çocuk adalet sisteminin yönetimi ve yaş ayrımcılığına ilişkin paradigmanın incelenmesi. Türkiye'de çocuk adalet sisteminin yönetimi içinde (15) Ankara: İHOP.
36. Pala, N.S. (2014) Suçlu çocuk mu, suça yönlendirilen çocuk mu?, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=50095>
37. Sevük, H.Y. (1998). Uluslararası Sözleşmelerdeki İlkeler Açısından Çocuk Suçluluğu İle Mücadelede Kurumsal Yaklaşım, Beta Basım, İstanbul.
38. Siegel, J.L ve Welsh, B.C(2009) Juvenile Delinquency: The Core 3rd on Edition. Cengage Learning.
39. Sokullu, F.A. (1992). Çocuk Suçluluğu Kriminolojisinde Aile Faktörü . M.Ü.Hukuk Fakültesi 10.Yılı Adliye ve Çocuk Suçluluğu Sempozyumu, Marmara Üniversitesi, İstanbul,ss 127-133.
40. Sözen, E. (2011). Sosyolojik Açıdan Çocuk Suçluluğu ve Paşakapısı Cezaevi'nde Bir Deneme. *Sosyoloji Konferansları*, (21), 261-285.
41. Sutherland, E.H., Cressey, D.R.ve Luckenbill, D.F. (1992). Principles of Criminology. A Division of Rowman & Littlefield Publishers, Inc., Lanham.
42. Temel, F. ve A. Aksoy (2005). Ergen ve Gelişimi: Yetiş- kinliğe İlk Adım. Ankara: Nobel Yayıncılık.
43. Tezel, Z. ve Şahin H.(2015). Çocuk Suçluluğu ve Çevre Etkisi, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2(2):196-206.
44. Tittle CR, Ward DA, Grasmick HG(2003). Gender, age and crime deviance: A Challenge to Self Control Theory. *J Res Crime Delinq* 2003;40:426-453.
45. Tokdemir, M. ve Küçükler, H. (2000). Çocuk suçluluğu ve medya. *Adli Tıp Bülteni* 5 (3): 164-167.
46. TÜİK (2013). Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuklar, 2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16121>.
47. Tuncer, A.M. ve Yalçın, S.S. (1998). Multimedia and children in Turkey. *Turk J Pediatr* 4:27-34.
48. Uğur N, Türkcan ve S, Geyran P(1994). Adli psikiyatride çocuk ve ergen suçları. *Düşünen Adam*, 7:20-24
49. Uluğtekin, S. (1991). Hükümlü Çocuk ve Yeniden Toplumsallaşma. Ankara: Bizim Büro Basım.
50. UNICEF (2012). Türkiye'de çocuk ve genç nüfusun durumunun analizi, [www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-final-2012.pdf](http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-final-2012.pdf)
51. Utech, M.R. (1994). Violence, Abuse and Neglect : The American Home. New York: General Hall, Inc.
52. Vito, G.F., Maash, J.R. ve Holmes, R.M. (2007) Criminology: Theory, Research, and Policy, Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
53. Vostanis P, Grattan E, Cumella S(1998) Mental health problems of homeless children and families: longitudinal study. *BMJ*. Mar 21; 316(7135): 899-902.
54. Willis E. ve Strasburger VC. (1998). Media violence. *Pediatr Clin North Am* 45(2): 319-31.
55. Yavuzer, H. (1996). Çocuk ve Suç. 8. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
56. Yavuzer, H. (2006). Çocuk ve Suç. 11. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.

## ÇOCUK SUÇLULUĞUNU ÖNLEMEDE OKUL ODAKLI MÜDAHALE: OKUL SOSYAL HİZMETİ YAKLAŞIMI

### School Based Intervention for Preventing Juvenile Delinquency: School Social Work Perspective

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN\*, Öğr. Gör. Ayşe ÖZADA\*\*

\*Hacettepe Üniversitesi İktisadi Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara.

\*\*Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, K.K.T.C.

#### ÖZET

Suç; toplum refahını olumsuz yönde etkileyen, toplumların üzerinde önemle durduğu ve önlemek için yoğun çaba harcadıkları önemli bir olgudur. Özellikle son otuz yılda suçluluğu önlemeye yönelik kullanılan strateji, uygulama ve programlarda çeşitlilik artmıştır. Pek çok meta-analiz araştırması bunlardan hangilerinin daha başarılı olduğunu anlamada yol göstericidir. Önleyici müdahalelerin önemli bir uygulama alanı okullardır. Okulların, suça yönelme davranışını önlemeye yönelik müdahalelerin ve programların uygulanabileceği en önemli kurumlar olduğu vurgulanmaktadır. [1] Okullarda riskler ve suça yönelmeyi engellemek amacıyla taşıyan psiko-sosyal servislere psikolojik danışman, rehber öğretmenler, okul psikologları, okul sosyal hizmet uzmanları ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden söz edilmektedir. Özellikle sosyal adalet perspektifine sahip, dezavantajlı grup ve bireyleri güçlendirmeye çalışan ve birey ya da grubu ekolojik yaklaşım ile ele alan okul sosyal hizmet uzmanları, aile ile çalışma becerilerine sahip olduklarından ergen adalet sisteminde vazgeçilmez ekip elemanları olmuşlardır.

Bu çalışmada çocuk suçluluğuna yol açan risk etmenleri üzerinde durularak, önleyici müdahalelerde okul sosyal hizmetinin önemi ele alınmaktadır. Çalışmanın sonunda farklı ülkelerde uygulanan başarılı okul programlarının değerlendirilmesi yapılarak, bu programların Türkiye okullarında uygulanabilirliği tartışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk suçluluğu, okul odaklı programlar, önleyici müdahaleler, okul sosyal hizmeti

#### ABSTRACT

Crime is a phenomenon that adversely affect social welfare. Communities expend intense effort and economic resources to juvenile justice system. Strategies, interventions and programs on preventing offence increased particularly in the recent three decades. Plenty of meta-analysis research indicate efficiency of them. One of the convenient places of preventive interventions is school. Schools are a key site for prevention and intervention services. One of the reasons of this thought is spending so much time in schools. The other reason is schools are the primary institution that influences behavior, roles, and developmental tasks. [1] In addition, direct relationship between family and society mostly provided by schools. Psycho-Social services in schools with the aim of preventing risks of unwanted behaviour are units where counselors, school psychologists, school social workers and other mental health professionals work. School social workers ecological and contextualizing approach to working with individuals, trainings to empower disadvantaged groups and individuals make them leader in juvenile justice system.

This paper examines, importance of school social work on preventing risk factors that lead to juvenile delinquency. First, successful school programs in different countries was presented. Next, what works on school based prevention was discussed. Finally, some programs and strategies were recommended to implement Turkey's schools.

**Keywords:** juvenile delinquency, school-based interventions, preventive interventions, school social work

## ÇOCUK SUÇLULUĞUNU ÖNLEMEDE OKUL ODAKLI MÜDAHALE: OKUL SOSYAL HİZMETİ YAKLAŞIMI

### Giriş

Çocuk suçluluğunun suçluluk konusu içinde ayrı bir öneme sahip olduğu bilinmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de çocuk suçluluğu yıllar içerisinde ciddi boyutlara ulaşmıştır. Bunun yanında ergenlik çağındaki çocukların suça yönelmesi toplumların suç ve suçluluk konusuna ayrı bir önem arz etmesini gerekli kılmıştır. Bu dönemde, ruhsal, zihinsel, fiziksel yönden tam bir olgunluğa erişmemiş toplum içindeki rol ve görevlerini henüz kavrayamamış olma bu hızlı gelişmenin yarattığı dengesizliğin bilgi ve deneyim eksikliğiyle de bir arada bulunması gibi etkenler ergenleri sosyal normlara uyum göstermek konusunda çoğunlukla önemli zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Diğer taraftan kabul edilme ya da kabul görmenin önemli olduğu bu dönemde, ergen/çocuklar bazı toplum kurallarını kendilerine göre yeniden düzenlemeyi arzu ederler. İşte bu noktada ergen/çocuk “kendi olma” sürecinde otonomlarının kabul edilmeyerek çevresindeki bireyler (aile, öğretmen, okul personeli, yetişkin vb.) ya da toplum tarafından yok sayılarak dışlanmaları ya da olumsuz tepki gösterilmesi maalesef bu çocukların suça yönelmelerine neden olabilir. [2, 3, 4]

Bir çocuğun suça yönelmesi, fiziksel ve ruhsal gelişimini henüz tamamlamadan kanunla ihtilafa düşme halidir. Yaşamın erken dönemlerinde karşılaşılan bu olumsuz durum sağlıklı kimlik gelişimini etkilediği gibi yetişkinlikte tekrarlayan bir hal alabilir. Erken yaşlarda ceza infaz sistemi içine girme, yetişkinlikte yaşanabilecek kişilerarası ilişki sorunlarına, ruh sağlığı sorunlarına, eğitim sorunlarına ve mesleki sorunlara yol açabilmektedir. [5] Bu nedenle suçu önlemeye dönük müdahaleler hem ekonomik açıdan hem de sağlıklı nesiller yetiştirilmesi açısından önemli bir konudur. 2011 yılı istatistiklerine göre Türkiye’de 22,7 milyon çocuk vardır ve bu genel nüfusun %30,3’ünü oluşturmaktadır. [6] Özellikle Türkiye gibi genç nüfusun yoğun olduğu ülkelerde, gençlere yönelik çalışmalar dikkatle üzerinde durulması gereken konulardandır. Gençlere yönelik çalışmaların önemli bir parçası da çocuk adalet sistemidir. Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü verilerine göre 2014 yılı başında 1795 çocuk tutuklu/hükümlü olarak ceza infaz kurumuna girmiştir. [7] Bu açıdan çocuk adalet sisteminin üç önemli özelliği olan Önleme, Yönlendirme ve Koruma işlevleri etkili kullanılmalıdır [8]

Araştırmalar, çocukları özgürlüğünden yoksun bırakarak cezalandırma düşüncesinin başarısızlığına dikkat çekmektedir. [9] Bu yüzden geleneksel yaklaşımlar yerine suçu önleyici ve suçun yeniden tekrarlamasını engelleyici müdahaleler geliştirmek ve bu programların etkisini değerlendirmek oldukça önemlidir. Özellikle son otuz yılda suçluluğu önlemeye yönelik kullanılan strateji, uygulama ve programlarda çeşitlilik artmıştır. Suçluluğu önlemeye yönelik programlar genel olarak Birey Odaklı, Aile Odaklı, Okul Odaklı ve Toplum Odaklı olmak üzere dört grupta ele alınabilir. [10] Erken yaşlarda ortaya çıkan suç davranışını

önlemede birey odaklı yaklaşım kişinin problem çözme, ahlaki sorgulama, karar verme, kendini kontrol, akademik ve mesleki becerilerini geliştirmeye odaklanmaktadır. [11] Aile odaklı uygulamalar ailelerin güçlendirilmesini vurgulayarak aile içi işlevlerde bozulmalar varsa düzeltilmesini, aile üyelerinin problem çözme becerilerinin artırılmasını, aile üyeleri arasındaki duygusal bağın güçlendirilmesini, ebeveynlerin çocuklarına rehberlik etme ve kural koyabilme becerilerinin geliştirilmesi üzerinde durmaktadır. [12] Suçu önlemeye dönük okul odaklı müdahaleler kapsamında “sosyal yeterlilik becerileri, davranışçı yönetim müdahaleleri, okul ve davranış yönetimini artırma için çevresel değişim, bağların artırılması ve sosyalizasyon, rekreasyon ve üretici faaliyetler ile bilgi ve psiko-eğitim” gibi çeşitli uygulamalar kullanılmaktadır [13] Toplum Odaklı programların etkililiğini araştıran Greenwood [10] başarılı uygulamaların ailelerin katılımını destekleyen ve çocuk yetiştirmede ebeveynlere beceri kazandırmayı amaçlayan uygulamalar olduğunu vurgulamaktadır.

Bu çalışmada, çocuk suçluluğunu önlemeye dönük müdahalelerde okul sosyal hizmetinin önemi ele alınmaktadır. Çalışmanın sonunda, farklı ülkelerde uygulanan başarılı okul programlarının değerlendirilmesi yapılarak, bu programların Türkiye okullarında uygulanabilirliği tartışılmaktadır.

### **1. Çocuk Suçluluğunun Nedenleri**

Şiddetin bir türü olarak algılanabilen suçun önlenmesinde, suç davranışının nedenlerinin anlaşılıp analiz edilmesi önleyici müdahaleler geliştirilmesinde önemlidir. [14] Genç suçluluğunun nedenlerine ilişkin pek çok değişkenden bahsedilmektedir. Parçalanmış ailede büyüme, ailenin işlevlerini yerine getirememesi, suç işleyen bir yakının varlığı, ihmal ve istismar mağduru olma, ekonomik yetersizliklere sahip olma, olumlu kimlik gelişimini destekleyici bir çevreden mahrum olma, okulu erken terk etme ve çeşitli duygu-durum bozukluğu ile öğrenmeyi güçleştiren durumlara sahip olma önemli riskler arasındadır. Bunların yanında, tutuklandığı esnada henüz teşhis edilmemiş öğrenme güçlüğüne sahip olma, okul başarısızlığı, uzaklaştırılma cezası ile okuldan atılma cezası almış olma da risk sayılmaktadır. [9] Ereş suça yönelen çocukların önemli bir bölümünün yaşamlarının ilk yıllarını anlayıştan yoksun anne-babalarla, sosyal, moral ve ekonomik düzensizliğin hâkim olduğu aile ortamlarında geçirdiklerini belirtmektedir. [15] Ayrıca ebeveynlerin yetersizlikleri suça yönelmede önemli bir risk olarak belirtilmektedir. [16, 17 ]

Araştırmacılara göre; ebeveynlerin çocukları ile girdikleri bazı sürtüşmeler veya çatışmalar, çocukları sapkın bireylerle birlikte olmaya itmektedir. [18] Sonuç olarak; suç işleyen akranlarla birlikte olan çocuklar belirli bir süre sonra onlara bağlılık duymaya başlamaktadırlar. Çocuğu cezaevinde tutuklu/hükümlü olarak bulunan annelerle gerçekleştirilen nitel bir araştırmada annelere göre çocuklarının suça yönelmesine etki eden bir takım faktörler belirlenmiştir. Bunlar arasında arkadaş çevresi, yaşanılan çevrede



suçluluğun yüksek olması, şiddete tanıklık etme ve/veya maruz kalma, okulu bırakma ile ekonomik yetersizlikler dikkat çekici unsurlardır. [19]

Toplumlardaki suçluluk durumlarını saptamak amacıyla ilk akla gelen yöntem hepimizin de düşündüğü gibi o topluma ait adli ve polis istatistiklerine göz ataktır.

Ancak ülkemizin mevcut sisteminde yeterli kayıtların tutulmadığı, bilgilerdeki eksiklik ve birimler arası koordinesizlik gibi nedenlerden dolayı suça yönelen çocuk sayısı hakkında yeterince bilgi sahibi olunamamakta elde edilen bilgiler de gerçeği maalesef yansıtmamaktadır. [2, 4]

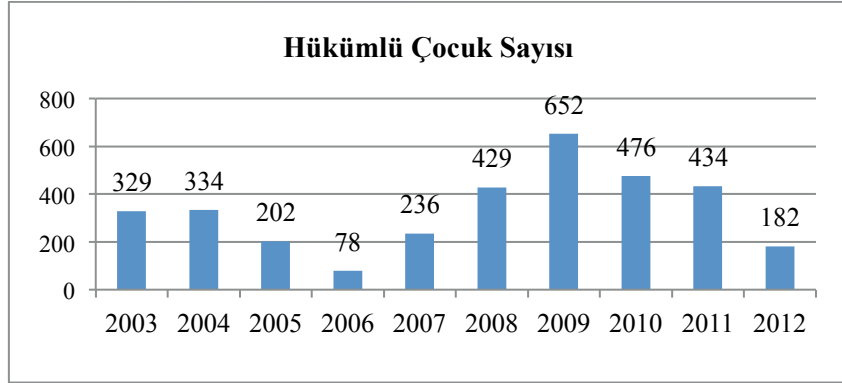
Ayrıca adli makamlara, polis veya jandarmaya intikal etmeyen olaylar da eklendiğinde çocuklar tarafından işlenen suçların istatistiki verilerde yer almaması nedeniyle bu bilgilerin gerçekten uzak olduğu görülebilmektedir.

Çocuk suçluluğunun boyutlarını anlamada tutuklanan ve hüküm giyen çocukların sayısı ile suç türlerinin incelenmesi yararlı görülmektedir. Grafik 1’de 2003-2012 yılları arasında ceza infaz kurumu ve eğitimevine giren hükümlü çocukların sayısı görülmektedir.

Grafik 1’de görüldüğü gibi hükümlü çocuk sayısı 2009 yılında en yüksek noktadadır. 2010-2012 yılları arasında hükümlü çocuk sayısında azalma olmuştur. 2012 yılındaki düşüşte Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun ile Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un, ceza infaz kurumuna giren ve çıkan hükümlü sayılarını etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır.

Ülkemizde bugüne kadar yapılan araştırmalara göz atıldığında 1937 yılında Hilmi Malik, 1942 yılında Hadi Tan, 1942 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku öğrencileri, 1940’da Tezer Taşkiran, Samet Ağaoğlu, 1947 yılında İstanbul Üniversitesi Kriminoloji Enstitüsü, 1962 de Dr. Saran’ın suçlu çocuklar ile ilgili olarak yaptıkları araştırma sonuçları itibariyle şahsa karşı işlenen suçların mala karşı işlenen suçlara göre fazla olduğu, ancak son zamanlarda Devlet İstatistik Enstitünce tutulan istatistiklerde mala karşı (hırsızlık, yankesicilik dolandırıcılık vs.) işlenen suçların diğer suçların önüne geçtiği görülmektedir. [2]

### Grafik 1: 2003-2012 Yılları Arasında Ceza İnfaz Kurumu ve Eğitimevine Giren Hükümlü Çocuklar



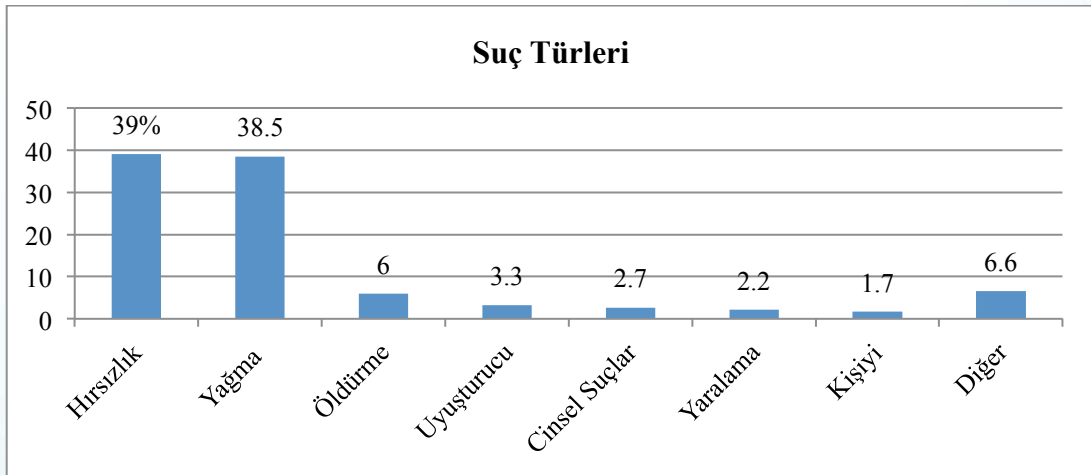
**Kaynak:** Türkiye Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri 2012 [20]

Türkiye’de çocuk cezaevi ve eğitimevine giren hükümlü çocukların işlediği suçlar incelendiğinde %39’unun hırsızlık, %38,5’inin yağma, %6’sının öldürme, %3,3’ü uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile % 6,6’sının diğer suçları işlediği belirtilmektedir. [20]

Grafik 2’de görüldüğü gibi, çocuklar daha çok hırsızlık ve yağma nedeniyle ceza almaktadırlar. Bu durum Türkiye’de ekonomik yetersizliklerden kaynaklı suçların yaygınlığını göstermektedir. Diğer taraftan Türkiye’de çocuklar tarafından diğer suçlara göre en çok işlenen suçun mala karşı işlenen suçlar olduğu söylenebilir.

Türkiye’de çocuklara ilişkin suç istatistikleri eldeki mevcut geçerli veriler üzerinden değerlendirilmiş olmakla birlikte özellikle pek çok ülkede yapılan araştırmalarda, çocukların ve gençlerin saldırgan ve suç davranışı üzerinde etkili olabilecek kişilik, aile, okul, akran grubu ve yaşanan muhit ile ilgili etkenlerin belirlenmesinde çok ciddi ilerleme ortaya koymuştur. [21, 22, 4]

### Grafik 2: Suç Türüne Göre Ceza İnfaz Kurumuna ve Eğitimevine Giren Hükümlü Çocuklar



**Kaynak:** Türkiye Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri 2012 [20]

Bu risk etkenlerinden bazıları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

**Tablo 1. Çocuk Suçluluğu için Risk Etkenleri**

<b>Risk Düzeyi</b>	<b>Risk Etkenleri</b>
Birey	Zor mizaç, hiperaktivite, dikkat eksikliği, risk alma, empati kuramama, düşünmeden dürtüsel hareket etme, hazı ertelemeye yetersizlik, düşük IQ düzeyi, düşük öz kontrol düzeyi
Aile	Ailenin sosyo-ekonomik durumu, büyük aile, parçalanmış aileler, zayıf çocuk yetiştirme teknikleri (örneğin, zayıf gözetim, tutarsız disiplin), ebeveynlerin çocuklara ilgisizliği, çocuğun istismarı, çocuğa şiddet kullanılması, suçlu ve antisosyal ebeveynler ve antisosyal davranışın nesiller arasındaki devamlılığı, ebeveynler arası çatışma
Okul	Çocuğun akademik başarısı, okula bağlılığı, düşük motivasyon düzeyi, öğretmene karşı duyduğu düşük güven duygusu, öğretmene bağlılık, okul kırmak, okulda zorbalığa maruz kalmak
Akran grupları	Antisosyal arkadaşlar ve arkadaş suçluluğu, antisosyal kardeşler ve kardeş suçluluğu
Yaşanılan çevre	Mahallenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, mahalledeki sosyal düzensizlik, komsular arasındaki birlik duygusu, komsuların orta fayda için bir araya gelebilme konusundaki istek ve yeterliliği, komsular tarafından sağlanan enformel sosyal kontrolün düzeyi

Tablo 1’de de görüldüğü gibi çocuk ve gençlerin suça yönelmelerinde riskli alanları barındıran okul ve okul çevresi, gencin yaşamında sosyalleşme sürecinde aileden sonra ikinci derecede önemi olan aynı zamanda okuldaki öğretmenler, yöneticiler ve akran gruplar ile çocuk ya da gencin rol model aldığı bir yer olması ile önem taşımaktadır. Okul ve suç arasındaki ilişkiyi anlamak burada oluşan riskleri göz önüne almak ve önlemek açısından dikkate alınması gereken bir konudur [4]

### **Okul ve Suçluluk**

Gelişmiş ülkelerde suç öğrenim ilişkisi, büyük ölçüde “okul” teması üzerinden tartışılmaktadır. Bu konudaki araştırmalar, okul faktörünün suçluluğun önemli bir göstergesi olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda Cernkovich ve Giordano [23] suçlulukta okul faktörünün, arkadaş ve aile faktörü kadar etkili ve önemli olduğunu ileri sürmektedirler . [24] Aynı şekilde suçluluğu, olumsuz /negatif ilişkilerin bir sonucu olarak gören Agnew [25] de, söz konusu bu olumsuz ilişkilerin hem akran grubu, hem aile hem de okuldaki otorite unsurları içerisinde deneyimlenebildiğine işaret etmektedir. [24] Suç ve okul ilişkisi üzerine odaklanan araştırmacıların çalışmalarına genel olarak bakıldığında özellikle; akademik başarı, okula yönelik tutumlar (okulu sevip sevmemeleri, okula bağlılık), eğitim sistemi, okul yönetiminin öğrencilere yönelik tutumları (kötü davranmaları, etiketleme), okul ortamı, öğrenciler arasındaki ilişkiler, okul yönetiminin disiplin anlayışı, okuldaki başarı düzeyi ve not durumu, okuldan kaçma sıklığı veya okuldan atılma gibi faktörler üzerinde odaklandıkları ve suçlulukla ilintili olarak söz konusu bu değişkenleri çözümleme unsurları olarak ele aldıkları görülmektedir. [26]

Bugün için okul, çocuk suçluluğunu yok etmeye çalışan yardımcı bir kurum olarak kabul edilmektedir. Okulun çocuk hayatındaki düzenleyici rolü çok yönlü olup; çocuğun fikren gelişimini sağlayacak ona toplum hayatının icaplarını öğretecek, düzenli çalışma alışkanlığını verecek ona zamanını iyi yönde değerlendirmesi alışkanlığını kazandıracaktır. Hatta ailelerin fonksiyonlarındaki kayıplar nedeniyle önemi son yıllarda daha da artmıştır. Okul toplumun ve yetişkinlerin çocuğun yaşamında doğrudan etkisinin görüldüğü bir ortam oluşturmaktadır. Böylece toplumsal değerlerin ve normların biçimlenmesine, kısaca toplumsallaşmaya önemli ölçüde katkıda bulunur. Okul, çocuğun akran gruplarıyla olan etkileşimine fırsat tanıyan bir ortam oluşturmasının yanında, çocuğun model almaya ve taklit etmeye çaba göstereceği kişilerle karşılaşmasına da olanak sağlar. Bazı etkinlikler çocuklarda, işbirliği ve işbölümüne uymak, başkalarının haklarına saygı göstermek gibi toplumsal gelişimine katkıda bulunur. [2]

Aksi durumda, okulun çocuk için negatif bir gelişme ortamı sağlaması durumunda özellikle son yıllarda okul ortamlarında şiddet ve zorbalığın arttığı düşünüldüğünde bu tür okul ortamlarının çocuk ya da genç için suça yönelme konusunda zemin hazırlayacağı söylenebilir.

Okul ortamlarında şiddetin bu denli yoğun yaşanması çocuklarımızın kişilik gelişimine zarar vermekte, öğrenciler üzerinde onarılması güç olumsuz davranışlar ortaya çıkarmaktadır. Okullarda şiddet unsuru ile karşılaşan öğrencilerin bunu bir yaşam biçimi olarak benimsedikleri ve yaşamlarının ileriki yıllarında çok yoğun olarak uyguladıklarına ve çeşitli suçlara karıştıklarına tanık olmaktadır.

Öğrenme güçlüğü, birinden beklenen başarı ile o şahsın gösterdiği başarı arasındaki uyumsuzluk olduğu zaman ortaya çıkmaktadır. Ancak öğrenme güçlüğü ile ortaya çıkan başarısızlık ile suça yönelme konusunda yapılan araştırmalar bu ikisi arasında nedensel bir ilişki kurulamayacağını göstermiştir. Okuldaki başarısızlığın en önemli sonucu kişinin kendisine olan saygısını ve inancını yitirmesidir. Okuldaki yeterliliği ve özsaygıyı ölçen değişkenler, başarılı öğrencilerin kendilerine olan davranışlarında daha iyi olduğunu göstermektedir. [2]

Geçtiğimiz son yıllarda ABD’de çeşitli programlar yoluyla lise eğitimini tamamlayan gençlerin oranında artış meydana geldiği araştırma sonuçları ile belgelenmiştir. [27] Daha önceden çeşitli nedenlerle okulu bırakmış öğrencilerin, liseden mezun olmak için bu türden alternatiflere gereksinimleri olacaktır. [28]

Çocuğun eğitim düzeyinin suçluluğu belirleyici etkenlerden biri olduğu cezaevlerine giren hükümlü çocukların suçu işlediği andaki eğitim düzeyinin dağılımı incelendiğinde de görülmektedir. Eğitim düzeyi ile suç işleme oranı arasındaki ilişki ters orantılı olup, çocuğun eğitim durumu yükseldiği oranda suç işleme eğilimi azalmaktadır.

Bazı araştırmacılar da, eğitim sisteminin bizzat kendisinin, suçlu davranışa katkıda bulunduğunu savunmaktadır. Olumsuz okul ortamı ya da sağlıksız eğitim sisteminin çocuk ya da ergenleri suça yönelteceği savını bazı araştırma sonuçları ortaya koymaktadır.

### **Önleyici Müdahalelerde Okul Sosyal Hizmeti**

Okul ortamında görülen istenmeyen davranışları önlemeye yönelik okul değiştirme stratejileri oldukça sık kullanılmaktadır. Okul temelli değişim programlarının başarısında önemli bir unsur; bireysel değişim stratejilerinin tek yönlü iletişimlerden ziyade etkileşimsel öğretim tekniklerinin kullanıldığı (örneğin; arkadaşlar ile rol oynama etkinlikleri) öğrencilerin bilgi, beceri, tavır, inanç ya da davranışlarını değiştirme yolu ile sosyal yetilerinin geliştirilmesidir [28] Sosyal kontrol kuramına göre bireylerin; aile, okul, din ve arkadaş gibi geleneksel kurum veya unsurlara bağlılık düzeylerinin güçlü olması, suçlulukta engelleyici bir işlev görmektedir. [29, 30] Bu açıdan, okullarda uygulanacak önleyici müdahalelerde öğrencilerin okula bağlılıklarının artırılması öncelikli hedef olmalıdır. Okul sosyal hizmet uygulamalarında okula bağlılığın artırılmasında pozitif okul iklimi geliştirilmesinden bahsedilmektedir. Negatif iklime sahip okullarda özellikle risk altında bulunan çocuklar, zorbalık ve sataşma gibi eylemlerde daha yüksek mağdur edilme olasılığı ile karşı karşıyadırlar. [31] Oysa, pozitif okul iklimine sahip okullarda, okul faaliyetlerine aileler, gönüllüler ve çalışanlar da dahil edilerek içinde bulunmaktan memnuniyet duyulan bir ortam yaratılmaktadır. [31] Bu boyutuyla pozitif okul iklimi, çocukların yanında yetişkinler üzerinde de olumlu bir etkiye sahiptir. Örneğin okul sosyal hizmet uzmanlarının, koruyucu ve önleyici hizmetler odağında, mezuniyet öncesinde öğrencilerin okuldan ayrılmalarına neden olan okul şartlarının değiştirilmesine odaklanmaları büyük önem taşımaktadır. Okul sosyal hizmet uzmanlarının koruyucu ve önleyici hizmetler sunması, okul risk faktörlerinin etkisini azaltarak mezun olmadan önce okulu bırakanların sayılarında bir düşüş sağlayacaktır. Okulları "sıfır toleransın ve önlemenin olduğu yerlerden", "öğrenme yerlerine" dönüştürmek için hazırlanmış bazı programlar mevcuttur. [32]

Okullarda zorbalık, çocuk ihmal ve istismarı, koruyucu bakım, yoksulluk, okulu bırakma, madde bağımlılığı, okuldan kaçma ve suça yönelme gibi sorunların yanında duygu-durum bozuklukları, öğrenme sorunları ve gelişimsel sorunlarla karşılaşmak olasıdır. [32] Okul sistemini doğrudan ya da dolaylı bir şekilde etkileyen problemler ve olası risklere karşı koruyucu, önleyici ve tedaviye yönelik uygulamalar bütüncül bir bakışı gerektirmektedir. Bunlardan biri olan çocuk suçluluğu heterojen bir grubu temsil ettiğinden, sağaltım çeşitli ihtiyaçlara cevap verebilecek nitelikte olmalıdır. [33] Bu amaçla okul sosyal hizmeti uygulamalarının yürütüldüğü psiko-sosyal servisler giderek yaygınlaşan birimlerdir. Bu birimlerde psikolojik danışman, rehber öğretmen, okul psikologu, okul sosyal hizmet uzmanı ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan disiplinler arası bir ekipten bahsedilmektedir. Sosyal adalet perspektifine sahip, dezavantajlı grup ve bireyleri güçlendirmeye çalışan ve birey ya da grubu ekolojik yaklaşım ile ele alan okul sosyal hizmet uzmanları bu birimlerde

lider olma özellikleri taşımaktadırlar. Ayrıca temel aldıkları ilkeler ile kullandıkları mesleki yöntemler sosyal hizmet uzmanlarını çocuk adalet sisteminin de vazgeçilmez elemanları yapmaktadır. [34] Ekolojik bakış açısına sahip sosyal hizmet uzmanları, çocuğu çevresi içinde incelerken, karşılaştığı güçlükler ve sorunlar karşısında, diğer meslek elemanlarından farklı olarak, soruna etki eden faktörleri tespit etmek üzere “ev ziyaretleri” gerçekleştirmekte ve böylelikle soruna dahil olan aile üyelerini ya da diğer kişileri de müdahale planına katmaktadırlar. [35]

Okullarda uygulanan önleyici müdahaleler alkol ve uyuşturucu madde kullanımını, zorbalığı, okula devamsızlığı, suçu önlemeye yönelik çeşitli plan, program ve müdahaleleri kapsamaktadır. Bu açıdan önleyici plan ve program geliştirilip etkisinin değerlendirilmesinde okullardaki merkez psiko-sosyal servisler olabilir.

## 2. Suçu Önlemede Başarılı Okul-Odaklı Uygulamalar

Suçü önlemeye dönük programlarında temel hedef suçun gerçekleşmeden önce var olan ve olası risklerin ortadan kaldırılmaya çalışılmasıdır. Başka bir deyişle risk odaklı suçü engelleme programlarının suçü yönelten tüm riskler üzerinde çalışmaktadır. Ayrıca bu programlar teoriden ziyade deneysel bulgulara dayanmaktadır. Risk odaklı suçü önleme yaklaşımı, bu bağlamda teori ve uygulamalı araştırmayı bir araya getirdiği gibi akademisyenler ile pratisyenleri de bir araya getirmektedir. [36]

Yani kanıta dayalı uygulamadan bu konuda söz etmek yerinde olacaktır. Risk odaklı suçü önleme programlarının sunduğu çok önemli bir diğer avantaj da bu programların gelişimsel olarak çok erken yaşlarda uygulanabilir olmasıdır. Ceza adalet sistemi içerisindeki uygulamalar, kişinin suç işlemesi sonrasında sisteme dahil olmasıyla ve suç davranışına bir tepki olarak gerçekleşmektedir. Oysa gelişimsel suçü önleme programları, proaktif olarak suç davranışı henüz meydana gelmeden önce aileler, okullar, akran grupları ve muhitler üzerinden çocukların sosyal, bilişsel ve duygusal olarak desteklenmeleri esasına dayanmaktadır. Suçun birey ve toplum üzerindeki maliyetinin boyutu göz önüne alındığında erken müdahale—etkili olması durumunda—toplumsal düzeyde inanılmaz kazanç vaat etmektedir. Risk odaklı suçluluğu önleme programlarının bu özelliği onları hem toplum hem de politika üretkenler tarafından daha kabul edilebilir kılmaktadır. [22] Ayrıca, bu müdahale programları, programın uygulanacağı hedef kitlenin özelliklerine göre doğum öncesinden başlayan süreç içerisinde hayatın birçok noktasında gerçekleştirilebilmekte (örn: doğum öncesi, okul öncesi, okul dönemi, ergenlik gibi) ve de genel nüfusu hedef alabildiği gibi (*birincil önleme programları*), gerekirse sadece yüksek risk altındaki nüfusa da uygulanabilmektedir (*ikincil önleme programları*). [4]

Başarılı bir okul sosyal hizmeti uygulamasında okul sistemi içinde görülen bir problem, çok-nedenli yaklaşımla ele alınıp, müracaatçı yalnızca öğrenci ile sınırlanmayarak ebeveynler, öğretmen ve okulu da kapsayan bir bakışla değerlendirmeyi içermektedir. [37] Çocuk

suçluluğunu önlemeye dönük müdahaleler genellikle birey, aile, okul ve toplum odaklı olmak üzere dört farklı boyutta gerçekleştirilmektedir. Amerika’da yayımlanan Okullarda Çocuk Suçluluğunun Önlenmesi Ulusal Raporunda okul odaklı müdahalelerin başarısında aşağıda sıralanan sekiz özelliğe dikkat çekilmektedir. [1]

1. Yüksek riskli bireyler veya ergenlere yönelik sosyal yeterlik programları
2. Okullarda veya ailelerin katılımıyla uygulanan davranış yönetimi programları
3. Doğrudan çevre değişimine odaklanan davranış yönetimi veya okul yönetiminin etkisini artırma ile ilgili programlar
4. Bireylerin sosyal düzene uyumunu artıran programlar
5. Okula dışarıdan getirilen ya da öğrenciler tarafından sokulan silahlara karşı önlem
6. Öğrenci davranışlarının gözetimini artıracak programlar.
7. Gençlerin üretkenliğini ve boş zamanlarını değerlendirecekleri programlar
8. Bilgi içeren programlar

Roberts [9] başarılı okul odaklı önleme programlarında müdahalelerin aile/ebeveyn katılımı, akademik başarının desteklenmesi, mesleki eğitim, değerler eğitimi, davranış değişimi, olumlu sosyalizasyon, aile danışmanlığı, uyuşturucu ve alkol danışmanlığı, grup terapisi ve toplum hizmetlerinden oluşan çok sistemli bir bakışın hakim olduğunu belirtmektedir.

Önleyici müdahalelerden bireysel danışmanlığı temel alan birey odaklı müdahale suçluluğu önlemede oldukça sık kullanılan bir yöntemdir. Psikoterapi ve yoğun vaka çalışması uygulamalarına yer verilen birey odaklı müdahalelerin ciddi suç davranışı işleyen gençlere yönelik etkili olduğu ancak genel etkisinin sınırlı olduğundan bahsedilmektedir. [14]

Başarılı aile odaklı müdahaleler yalnızca risk altındaki bireye değil, aile dinamikleri, yaşanılan çevrede aile katılımı, okul ve akran çevresini de ele almaktadır. [14] Aile odaklı müdahalede uzun dönemli ev ziyaretlerinin başarılı olduğundan bahsedilmektedir.

Suçluluğu önlemeye yönelik okul odaklı programlar bireysel değişim yaratma üzerinde duran programlar ile okul iklimini geliştirmeye yönelik programlar olmak üzere ikiye ayrılabilir. Okul kuralları oluşturmak ve güçlendirmek okul odaklı programların etkililiğinde önemlidir. [14] Bu çalışmada çeşitli araştırmalar tarafından etkisi değerlendirilen ve “başarılı önleme programı” olarak anılan üç program ele alınmıştır. Tanıtılan programlar okul odaklı önleme programları hakkında genel bir yaklaşım sunmaktadır.

### **2.1. Seattle Sosyal Gelişim Projesi**

Seattle Sosyal Gelişim Projesi sosyal gelişim modeli benimsenerek geliştirilen bir önleme programıdır. [30] Sosyal gelişim modeline göre bir davranış sosyal kontrol ve sosyal öğrenme ile şekillenmektedir. [30] Buna göre; aile ve okul ergen kişiye aktif olma ve katılımını destekleme yönünde olanaklar sunarsa, kişi katılıma yönelik beceri ve yeterlik geliştirecektir. Bunun yanında, aile ve okula bağlılık çocuğun istenmeyen davranışlardan uzak durmasında da fayda sağlayacaktır. Projede öğretmen eğitimi, çocuğa yönelik sosyal ve duygusal beceri

eğitimi ile ebeveyn eğitimi şeklinde sosyal gelişim üç bileşenle ele alınmaktadır. [30] İlk aşamada, öğretmenlere önleyici (proaktif) sınıf yönetimi, interaktif öğretim ve işbirlikçi öğrenme konularında beş günlük hizmet içi eğitim verilmektedir. İkinci aşamada, eğitim-öğretim yılı öncesinde öğretmenlere yönelik sosyal-bilişsel becerileri ile ilgili bilgilendirme toplantıları düzenlenmektedir. Bu aşamada Bilişsel Problem Çözme Becerileri kullanılarak çocuklara problemi belirleme, probleme ilişkin alternatif çözüm yolları geliştirme, çözümü seçme ve uygulama becerileri kazandırılması amaçlanmaktadır. Danışman, öğrencilere dört saatlik grup müdahalesi uygulayarak, problem davranışa eşlik eden sosyal etkiyi belirlemeyi ve olumsuz durumlardan kaçınma becerisi kazandırmaya çalışmaktadır. Üçüncü olarak, ebeveynlere ya da çocuğun bakımını sağlayan yetişkinlere yönelik gönüllülük esasına dayalı müdahaleler uygulanmaktadır. Bunlardan biri Çocuk Davranışları Yönetim Becerisidir. Daha sonraki dönemde, ebeveynlere çocuklarının akademik başarısını yükseltmeye yönelik eğitimler verilmektedir.

## **2.2.CARE Projesi**

CARE projesi sınıf yönetimi ile işbirlikçi öğrenme tekniklerinin kullanıldığı, lise öğrencileri arasında suç davranışını azaltmada kullanılan bir programdır. [9] Program, öğretmenler, yöneticiler ve diğer okul çalışanlarından oluşan bir ekip tarafından planlanıp uygulanmaktadır. Programda ayrıca gönüllü ebeveyn katılımı ile toplumsal destek sağlanmaktadır.

CARE projesinin sekiz temel bileşeni bulunmaktadır. Temel iki bileşen sınıf yönetim teknikleri ile sınıf öğretim yaklaşımlarıdır. Bunlar disiplin ile gerçeklik terapisisidir. Etkili disiplin öğretmenlere öğrencilere nasıl sınır koyacakları ile sonuca ilişkin faaliyetleri kapsamaktadır. Gerçeklik terapisi öğrencileri davranış değiştirmeye ikna etmektedir. Projede okul disiplini, gönüllü ebeveyn katılımı, toplum destek programı, çocuklarının sınıftaki davranışları ile ilgili ebeveynleri bilgilendirme konuları ele alınmaktadır. [38]

İki yıllık uygulamanın ardından öğrenci raporlarına göre suçluluğun belirgin şekilde azaldığı belirtilmektedir. Öğretmenler sınıf düzenine ilişkin belirgin bir iyileşmeden bahsetmektedirler. [39]

## **2.3. İyi Davranış Oyunu**

İyi Davranış Oyunu adındaki programda, öğrenciler kendi davranışları ve sınıf arkadaşlarının davranışlarını nasıl düzenleyeceklerini öğrenmeye ilişkin cesaretlendirilmektedirler [40]. Programda sınıf öğretmenleri tarafından uygulanan davranış değiştirme yöntemleri kullanılmaktadır. İlerleyen yıllarda ortaya çıkabilecek suç durumunun önüne geçmede



utangaç ve agresif davranışların azaltılmasına çalışılmaktadır. Program ortaokul geneline uygulanmasına rağmen araştırmalarda erken dönemde ortaya çıkan yüksek riskli davranışların azaltıldığı belirtilmektedir. Program öğretmenlerin görev belirleme becerileri, kural koyma becerisi, disiplin sağlama becerilerinin geliştirilmesi ile öğrencilerin grup içinde çalışma becerilerinin artırılmasını sağlamaktadır. Oyundan önce, öğretmen açıkça yıkıcı davranışları belirtmektedir (sözel ve fiziksel uyumsuz davranışlarla, düzeni bozucu davranışlar). Bu davranışlar görüldüğünde takım puan kaybetmektedir. Öğretmen herhangi bir uyarı yapmaksızın herhangi bir zaman aralığında oyunu başlatabilmekte, böylece öğrenciler davranışlarının gözlemlendiğini ve beklenti içerisinde olduğunu fark etmektedir. Programın uygulandığı öğrenciler kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha az agresif ve utangaç davranışta buldukları belirtilmektedir.

### 3. Türkiye Okullarında Önleyici Müdahalelerin Uygulanması

Sosyal hizmetin temel uygulama alanlarından biri okul sosyal hizmeti olmasına rağmen, Türkiye’de okul sosyal hizmeti uygulamaları henüz yaygınlaşmamıştır. 2001 yılında resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Yönetmeliği’nde **Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Bölümünde** çalışmak üzere görevlendirilen sosyal çalışmacılardan bahsedilmektedir. Bu birimlerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görevleri okul sosyal hizmet uygulaması ile ilgili üç unsur dikkat çekmektedir. Bunlar; başvuru üzerine öğrenci, aileler ve diğer ilgililerle görüşme yapma, bilgi toplama; merkeze gelenlerin aile yapısı, fizikî-sosyal gelişim, çocuk-aile ilişkisi, eğitim, çevreye uyum gibi çeşitli değişkenleri inceleme ile çeşitli sosyal çalışma tekniklerini kullanarak problemlerin çözülmesine yardımcı olmak; merkeze gelen öğrenci veya bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarına göre çevrede yararlanabilecekleri eğitsel ve sosyal hizmet olanaklarını araştırıp tanıtmak şeklinde sıralanmaktadır. [41]

Ülkemizde özellikle 2000’li yıllarda yapılan çalışmalar ceza adalet sistemimizin kontrolü altında olmayan öğrenci gruplarına odaklanmıştır. [4] Bu çalışmalar, ülkemizde resmî olmayan suçluluğa ve daha genel anlamda antisosyal sapma davranışına ilişkin değişkenlerin belirlenmesinde çok büyük katkı sağlamıştır. Bu çalışmalar, damgalama teorisi, gerilim teorisi, öğrenme teorisi, sosyal bağ teorisi gibi çeşitli kuramsal modelleri test etmiş ve sonuç olarak ebeveynlerin davranışları, parçalanmış aile, aile tarafından damgalanma gibi çeşitli aile etkenlerinin; akran grupları ile olan ilişkilerin niteliği, okulda fiziksel şiddete maruz kalma, okula olan bağlılık ve okulun sosyo-ekonomik özellikleri gibi etkenlerin çocuk ve gençlerde şiddet içeren ve içermeyen sapma davranışı ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Ancak ülkemizdeki mevcut çalışmalar, çocukların ilk ergenliğe geçiş dönemindeki gelişimini birçok boyutuyla incelemeye ve söz konusu dönemde bu etkenlerin çocukların saldırgan ve suç davranışına ve erken suçluluğa etkisini incelemeye imkân vermemektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), okullarda şiddet öyküsü ya da şiddete eğilimi olan çocukları tespit ederek, onlara psikososyal destek vermek için, “okul sosyal hizmet sistemini” hayata geçirmeye hazırlanmaktadır. Böyle bir girişim şiddeti azaltma ve önlemeye dönük okul odaklı çalışmalar açısından yarar sağlayacaktır.

Türkiye’de çocuklar, yaşlarına, cinsiyetlerine ve toplumsal şartlarına göre de değişen şekil ve ölçülerde şiddet, istismar, sömürü ve/veya ihmal uğramakta veya uğrama ihtimali ile karşı karşıya kalmaktadır. 2005 yılında çıkartılan Çocuk Koruma Yasası çocuk korumada haklara dayalı bir yaklaşım getirmiş ve yasanın yaşama geçirilmesi yolunda önemli çabalar harcanmıştır. Ne var ki, kurumsal, finansal ve insani kaynaklar, eşgüdüm ve izleme gibi alanlarda önemli açıklar halen sürmektedir. Çocuk koruma hizmetleri asıl olarak herhangi bir ihlal meydana geldiğinde müdahalede bulunulmasına odaklanmış olup, önleme ve erken uyarı sistemlerine henüz geçilmemiş olmakla birlikte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve TÜBİTAK işbirliği ile gerçekleşen bu yönde bir çalışma mevcuttur.

Çocukların çoğu, evde, okulda ya da toplumda olsun, yetişkinlerden ya da diğer çocuklardan kaynaklanan şiddete maruz kalmaktadır. Çocuklara yönelik her tür şiddetin toplumun tümü tarafından reddedilmesi, daha iyi bilgi paylaşımı ve eşgüdüm yoluyla bu tür olayların tespit edilmesi, bildirilmesi ve takip edilmesi, çocukları güçlendirerek şikâyet mekanizmalarının harekete geçirilmesi ve mağdurlara yönelik hizmetlerin yaygınlaştırılması için yeni bir hamle gerekmektedir.

Türkiye, çocuk adaleti alanındaki yasalarını, mevzuatını ve uygulamalarını en ileri uluslararası standartlar düzeyine getirmek için özellikle son dönemlerde önemli çabalar harcamıştır. Ne var ki, iş uygulamaya geldiğinde sonuçlar farklılık göstermektedir. Bugün bile çok sayıda çocuk hala yetişkinlerin yargılandığı mahkemelerde yargılanmaktadır. Önemli sayıda çocuk, mahkeme önüne çıkarılmadan önce uzun süre cezaevlerinde tutulmaktadır. Alternatif önlemlere her zaman başvurulmuyor, başvurulduğu durumlarda da etkili biçimde uygulanamamaktadır. Gözaltı koşulları hala şikâyet konusudur ve çocuk mağdurlara yönelik hizmetlerin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu konuların aciliyetini gören bir anlayışa ihtiyaç vardır.

Ana baba bakımından yoksun yaklaşık 14 bin kadar çocuk kurumlarda yaşamaktadır. Bu sayı, ailelere destek, bakıcı aile ve evlat edinme gibi kurum dışı bakıma ağırlık veren uygulamalarla son yıllarda belirli bir mesafenin alındığını göstermektedir. Bu arada, yatılı kurumlar için standartlar belirlenmiştir ve kurumlardaki çocuklar daha küçük, daha sıcak ve dostane ortamlar sunan evlere nakledilmektedir.

Madde kullanımını önlemeye yönelik, Türkiye’de de oldukça sık kullanılan yöntemlerden biri madde kullanımının zararlarına ve olumsuz sonuçlarına ilişkin bilgilendirici toplantılar düzenlenmesidir. Bu programlar aracılığıyla genellikle öğrencilere madde, alkol ve sigara

kullanımının yaratabileceği olumsuz etkiler anlatılmaktadır. Bu yaklaşımlar uyuşturucu sorununa mantıklı bir yaklaşım gibi görünüyor olmasına rağmen, çok sayıda araştırma bu tür çalışmaların gençlerin uyuşturucu kullanımını azaltmak ya da önlemeye yönelik işe yaramadığını açıkça göstermektedir. [42]

Günümüzde dünyanın pek çok ülkesi ve Türkiye’de yasa dışı madde kullanımı gençler arasında yaygındır. Ülkemizde de genele ait kesin veriler olmamakla birlikte Emniyet Genel Müdürlüğü’nün verileri alkol ve madde kullanımının yaygınlaştığı ve kullanım yaşının düştüğüne ilişkin saptamaları mevcuttur.

Cezalandırıcı yaklaşımların tek başına etkili olduğunu gösteren hiçbir kanıt olmamasına rağmen, çoğu okul ve toplum, okuldan kaçma ile baş edebilmek için cezalandırma ağırlıklı yaklaşımları benimsiyor gibi gözükmektedir. Okullar dersten kaçanlara, "uzaklaştırma ya da akademik sonuçları olan (not düşürme, öğrenciyi düzenli sınıf programından uzaklaştırma gibi) cezalandırmalar" uygulamaktadırlar. Toplumlar bu tür çocukların ebeveynlerine para cezası verme ya da hapse atma, okulunu kıran çocuğun ehliyetini elinden alma ya da bunların bir bileşeni olan cezalar uygulamayı uygun gören kanunlar geçirmektedirler .

Okul sosyal hizmet uzmanları, ebeveynlere ve okuldan kaçan çocuklara doğrudan hizmetler sunmanın yanı sıra disiplin uygulamalarında ve okuldan kaçan çocuklar ile ilgili diğer uygulamalarda daha fazla esnekliği desteklemelidirler. Ayrıca okula daha fazla gelme konusunda çaba sarf eden, devamsızlığı olan öğrencileri fark etmeli ve ödüllendirmeyi amaçlayan programları desteklemelidirler.

### **Madde Kullanımı**

Bugün tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan madde kullanımına ilişkin güncel bir nicel veriyi değerlendirdiğimizde şu sonuçları değerlendirebiliriz:

Prof. Dr. Andres Pumariega tarafından yürütülen ve İstanbul Emniyet Müdürlüğü ile İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü ile gerçekleştirilen İstanbul’da gençlerle 2010-2012 yılları arasında 32 bin lise öğrencisiyle yaptığı bir araştırmada çarpıcı sonuçlar ortaya koyulmuştur. Bu araştırmanın sonucunda, çoğunluğu lise 1. sınıfta okuyan her 100 öğrenciden 45’inin sigara, 32’sinin alkol, 9’unun da uyuşturucu kullandığı rapor edilmiştir.

Okul boyutunda yapılan incelemelerde meslek liselerinde sigara, Anadolu liselerinde ise alkolün daha fazla tüketildiğine işaret edilen bu araştırmada, “Tütün kullanımı riskini aile eğitimi, yaş, antisosyal davranış, sınırlılık, aile ve arkadaşlarla geçirdiği zamanlar, ailede madde kullanımı, arkadaş çevresi etkisi tütün kullanma riskiyle ilişkili olduğu açıklanmıştır. Ayrıca sonuçlarda, alkol kullanımında da yaş, göç, özgüven, antisosyal davranış, inanç veya inançsızlık, eğitim imkanı, baskı gibi faktörler rol oynadığı rapor edilmiştir. [43] [kullaniyor\\_2161383.html](http://kullaniyor_2161383.html)).

Madde Bağımlılığı ve Zihinsel Sağlık Hizmetleri Yönetim (SAMHSA) Merkezi tarafından madde bağımlılığını tedavi etmek için bir dizi Tedavi Geliştirme Protokolü (TIP) oluşturulmuştur. TIP, madde bağımlısı gençlerin tedavisi için gerekli olan en iyi uygulama rehberini geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu protokol genç madde bağımlılarının yetişkinlerden hangi yönleriyle farklı olduklarını ele almaktadır ve özellikle madde kullanımının genellikle gencin kimliğinin temel bir parçası olduğuna dikkat çekmektedir. Bu protokol ayrıca gençlere özgü tedavinin nasıl oluşturulabileceğini, değerlendirme ölçütlerini, personel ile ilgili konuları, program bileşenlerini, tedavi planlamasını ele almaktadır ve ayrıca 12 adım-temelli programları, terapi topluluklarını ve aile terapisinin detaylı bir tartışmasını içermektedir. Bu protokol ayrıca adalet sisteminde gençlerin farklı tedavi gereksinimlerini, evsiz gençleri, gey ve lezbiyen gençleri ve fiziksel, davranışsal ve psikiyatrik bozuklukları bir arada yaşayan gençleri de ele almaktadır. Bu protokol gençlere madde bağımlılığı tedavisi sunma ile ilgili ahlaki ve hukuksal konuların tartışılması ile son bulmaktadır. Okul sosyal hizmet uzmanları için özel bir önem arz eden konu, tedavinin okul ile ilgili olan kısmı ve tedavi programlarının okul sistemleri ile daha yakın ilişki içinde çalışması ve okul tedavi personeli ile bağlantı kurmasıdır.

Sonuç olarak, bir toplumsallaştırma kurumu olarak okulların işlevi son derece önemlidir. Okul, bir sosyal kurum olarak gerektiğinde bir aile ve yakın çevrenin veremediği olumlu etkileşim ortamını hazırlayan, bu boşluğu dolduran bir kuruluştur. Okul, bu önemli işlevini gereği gibi yerine getirebildiği ölçüde başarılı sayılır. Okul tek başına suçluluk problemini kontrol edemez, gençlik üzerinde suçluluğu önlemede önemli bir adım olabilir.

#### **Kaynaklar**

1. Gottfredson, G. D., Cantor, D., Gottfredson, D. C., Czeh, E., Crosse, S. B., Hantman, I. National Study of Delinquency Prevention in Schools. Final Report. U.S. Department of Justice. 2002.
2. Kunt, V. Suç ve Çocuk. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Antropoloji Ana Bilim Dalı. 2003.
3. Kızmaz, Z. Öğrenim Düzeyi ve Suç: Suç- Okul İlişkisi Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2004; 14 (2): 291-319.
4. Topçuoğlu, T. Çocuk Suçluluğu ve Gelişimsel (Risk-odaklı) Suç Önleme. KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 2014; 16: 217-226, ISSN: 2147 – 7833.
5. Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. Violent Offending in Adolescence: Epidemiology, Correlates, Outcomes, and Treatment. In: Gullotta, T. P., Adams, G. R. , Montemayor, R. eds. Delinquent and Violent Youth Theory and Interventions: Advances in Adolescent Development: An Annual Book Series, Thousand Oaks, CA: Sage, 1998:144-174.
6. UNICEF. Türkiye’de Çocuk ve Genç Nüfusun Durumunun Analizi. 2012. <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/sitan-tur-final-2012.pdf>
7. Ceza ve Tevkif Evleri. 2014. <http://www.cte.adalet.gov.tr>
8. Baykara Acar, Y. Çocuk Adalet Sisteminde Sosyal Hizmetin Rolü. İç. Hançerli, S., Sevinç, B., Gürer, C. ve Öner, M. C. Ed. Suça Sürüklenen ve Mağdur Çocuklar. Ankara: SABEV, 2011; 231-239.
9. Roberts, A. R. National Survey of Juvenile Offender Treatment Programs That Work. Ed. Roberts, A. R. Juvenile Justice Sourcebook: Past, Present, and Future. New York: Oxford University Press, 2004.

10. Greenwood, P. Prevention and Intervention Programs for Juvenile Offenders. *The Future of Children* 2008; 18 (2): 185-210.
11. Elliott, D. S. Prevention Programs that Work for Youth: Violence Prevention. Education and the Development of American Youth. Aspen Institute's Congressional Program, South Carolina. 1998; February 13-16.
12. Alexander, J., Pugh, C., Parsons, B., Barton, C., Gordon, D., Grotmeter, J., Hansson, K., Harrison, R., Mears, S., Mihalic, S., Schulman, S., Waldron, H., ve Sexton, T. Functional Family Therapy. In D. S. Elliott Ed. *Blueprints for Violence Prevention*. Boulder, CO: University of Colorado at Boulder, Institute of Behavioral Science, Center for the Study and Prevention of Violence, 1998.
13. Gottfredson, G. D., Gottfredson, D. C., Czeh, E. R., Cantor, D., Crosse, S., ve Hantman, I. *The National Study of Delinquency Prevention in Schools: Final Report*. Ellicott City, MD: Gottfredson Associates, 2000.
14. Elliott, D. S. Prevention Programs that Work for Youth: Violence Prevention. Education and the Development of American Youth. Aspen Institute's Congressional Program, South Carolina. 1998; February 13-16.
15. Ereş, F. Toplumsal Bir Sorun: Suçlu Çocuklar ve Ailenin Önemi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2009; 5 (17), 88-96.
16. Simons, R. L., Wu, C., Conger, R. D. and Lorenz, F. O. Two Routes of Delinquency: Differences between Early and Late Starts in the Impact of Parenting and Deviant Peers. *Criminology* 1994; 32 (2): 247-275.
17. Gottfredson, M. R. ve Hirschi, T. *A General Theory of Crime*. California: Stanford University Press, 1990.
18. Shoemaker, D. J. *Juvenile Delinquency, United States of America: Littlefield*, 2009.
19. Özada, A. Annelerinin Gözüyle Tutuklu/Hükümlü Çocukların Suça Yönelme Nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
20. Türkiye Ceza İnfaz Kurumu İstatistikleri (2012).  
[http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT\\_ID=12&KITAP\\_ID=136](http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=12&KITAP_ID=136)
21. Farrington, D.P. Early Prediction of Violent and Non-Violent Youthful Offending. *European Journal on Criminal Policy and Research* 1997; 5(2):51-66.
22. Farrington, D.P. Families and Crime, In J. Q. Wilson & J. Petersilia (Eds.), *Crime: Public Policies for Crime Control*, Oakland: Institute for Contemporary Studies Press, 2002 (129-148).
23. Stephen A. Cernkovich and Peggy C. Giordano. School Bonding, Race, and Delinquency. *Criminology* 1992; 30 (2) 261-291.
24. Gullotta, T.P., Adams, G.R., Montemayor, R. (Eds.) *Delinquent, Violent Youth: Theory and Interventions*. Advances in Adolescent Development. 1998.
25. Agnew, R. Foundation For a General Strain Theory Of Crime and Delinquency. *Criminology* 1992; 30 (1) 47-88.
26. Kızmaz, Z. Öğrenim Düzeyi ve Suç: Suç Okul İlişkisi Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2004; 14 (2): 291-319.
27. Kaufman, P., Ruddy, S. A., Chandler, K. A, Rand, M. R. *Indicators of School Crime and Safety*. US Departments of Education and Justice. Washington, 2000.
28. Dupper, D. R. Özkan, Y. Çıfci, G. E. (Ed.) *Okul Sosyal Hizmeti*. Kapital: İstanbul. 2013.
29. Kızmaz, Z. *Cezaevi Müdahimleri İnatçı Suçlular (1.Baskı)*. Ankara: Orion, 2006.
30. Lonczak, H. S., Abbott, R. D., Hawkins, D., Kosterman, R. Catalona, R. F. Effects of the Seattle Social Development Project on Sexual Behaviour, Pregnancy, Birth, and Sexually Transmitted Disease Outcomes by Age 21 Years. *American Medical Association*, 2002; 156 438-447.
31. Wolley, M. E. *Advancing a Positive School Climate for Students, Families, and Staff*. Astor, R. A. ed. *The School Services Sourcebook* Oxford: Oxford University Press, 2006; 777-784.

32. Dupper, D. R. *School Social Work: Skills and Interventions for Effective Practice.*, New York: John Wiley & Sons, 2003.
33. Tarolla, S. M., Eric F W., Jonathan R., ve Jonathan G. *Understanding and Treating Juvenile Offenders: A Review of Current Knowledge and Future Directions. Aggression and Violent Behaviour*, 2002; 7(2):125–43.
34. Goldkind, L. *Protective Webs: Exploring a Role for School Social Workers on Behalf of Delinquent Youths*, 2014.
35. Özkan, Y. ve Kılıç, E. *Okul Sosyal Hizmet Uygulamalarında Ekolojik Yaklaşımın Önemi. (İç.) Dr. Şener Koçyıldırım'a Armağan. Sosya Hizmet Araştırma, Uygulama ve Geliştirme Derneği*, 2014; 74-81.
36. Farrington, D.P. *Explaining and Preventing Crime: The Globalization of Knowledge Criminology*, 2000 38(1):1–24.
37. Kelly, M. , S., Raines, J. C., Stone, S. ve Frey, A. *School Social Work an Evidence-Informed Framework for Practice. Ed. Biegel, D. E. ve Tracy, E. M. New York: Oxford University Press*, 2010.
38. Gottfredson, D. C. *An Empirical Test of School-Based Environmental and Individual Interventions to Reduce the Risk of Delinquent Behavior. Criminology*, 1986; 24:705-731.
39. Catalano, R. F., Loeber, R., McKinney, K. C. *School and Community Interventions to Prevent Serious and Violent Offending. Juvenile Justice Bulletin. Office of Juvenile Justice and Delinquent Prevention (Dept. of Justice), Washington, DC. 1999.*
40. *Justice Research. Changing Lives: Prevention and Intervention to Reduce Serious Offending. National Institute of Justice Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention: U.S. Department of Justice Office of Justice Programs*, 2014.
41. *Rehberlik ve Psikolojik Danışma Hizmetleri Yönetmeliği*, 2001.
42. Botvin, G. J. *Preventing Drug Abuse In Schools: Social And Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors. Addictive Behaviour*. 2000; 25(6):887-97.
43. *Zaman Gazetesi. www.zaman.com.tr/gundem\_yuz-ogrenciden-45i-sigara-32si-alkol-9u-uyusturucu-kullaniyor\_2161383.html (Erişim 21.11.2014).*

## ÇOCUĞA YÖNELİK CİNSEL İSTİSMAR FAİLİNİN PSİKO-SOSYAL ÖZELLİKLERİ VE ÇOCUK KORUMA ÖNLEMLERİ

Doç.Dr. Nilgün KÜÇÜKKARACA\*

\*Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

### ÖZET

Bu çalışma aslında ‘acaba’ dediğimiz pek çok şey ile ilgili olarak hazırlanmaya çalışıldı. Yazar, çocuk istismarı konusundaki en önemli öge olan fail ile ilgili bu çalışmayı hazırlarken genellemelere gidileceğini ancak hep bir ‘acaba’ nın aklında olduğunu öncelikle paylaşmak istemektedir. Failin belirgin özellikleri yoktur. Sadece bazı işaretler taşıyabilir. İşaretler her zaman doğru da olmayabilir. Çünkü pek çok yerde çocuğa yönelik sıcak davranışlar bir ön istismar çabası gibi görülmekte ve değerlendirilmekle birlikte yazarın içinde yaşadığı toplumda çocuğa sıcak sevgi göstermek önemlidir. İşte bu noktada okurdan ve dinleyen kişilerden, cinsel istismarın bir his ile başlayacağını aklılarında tutmalarını rica eder. Konu ile ilgili açıklamalar daha aşağıdaki bölümlerde detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

Bu çalışmada çocuğa yönelik cinsel istismar faillerinin psiko-sosyal özellikleri ele alınacaktır. Aslında çocuk yönelik cinsel istismar faillerinin özellikleri tek tek belirlenememekle birlikte bazı davranışları, yaklaşımları, yaşam deneyimleri ya da psikolojik durumları onları farketmemizi kolaylaştırabilecektir. Ancak bu davranış farketme süreci mutlaka çok iyi gözlemlenmelidir.

Cinsel istismar konusunda yapılabilecek çalışmalar ailelerin çocuklarını çok aşırı koruma altına alması ya da çocuğa ‘bikini bölgesi’ hakkında bilgi vermek şeklinde olmamalı. Bu nedenle çocukları cinsel istismar konusunda koruma önlemleri olarak failer üzerinden yapılacak çalışmalar önerilecektir.

Bu çalışmanın konusu sadece çocuğa yönelik cinsel istismar davranışında bulunan kişilerdir ve önlemler de failerle ilgilidir. Çalışma, konunun özelliği açısından eko-sistem yaklaşımı çerçevesinde ele alınacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuğa yönelik cinsel istismar, Fail, Failin özellikleri, Eko-Sistem Yaklaşımı

### ABSTRACT

This work is tried to be prepared in relation to many things that we called “wonder”. While preparing this study the author would have to share with some generalist statements about perpetrator that on the most important factor in child abuse, so it is always in the mind of a “wonder”. There are no specific characteristics of the perpetrator. It can only carry some signs. Signs may not always be true. Because, in many places, hot behaviors towards children are seen and evaluated as a pre-exploitation effort and but it is important to show warm love to the child in the society in which the author lives. At this point, she asks readers and listeners to keep in mind that sexual abuse begins with a feeling. The related issues will be discussed in more detail in the following sections.

In this study, psycho-social characteristics of perpetrators of child sexual abuse will be discussed. In fact, the features of child abusive perpetrators cannot be determined individually, but some behaviors, approaches, life experiences or psychological conditions may make it easier for us to recognize them. However, the process of recognizing this behavior must be observed very well.

Studies on sexual abuse should not be in the form of excessive protection of the children of the families or giving information about the “bikini region” to the child. For this reason, it will be proposed to work on perpetrators as protection measures for children.

The subject of this study is only those who engage in child sexual abuse behavior and the measures are related to the perpetrators. The study will be considered within the framework of the eco-system approach.

**Key Word:** Sexual abuse toward child, Perpetrate, Characters of perpetrates, Eco-system Approach

## ÇOCUĞA YÖNELİK CİNSEL İSTİSMAR FAİLİNİN PSİKO-SOSYAL ÖZELLİKLERİ VE ÇOCUK KORUMA ÖNLEMLERİ

### Giriş

“Kim çocukluğunda, ilk gençliğinde, gençliğinde, orta yaş da cinsel istismara uğramadığını düşünüyor?” diye sorsak ve gerçekten doğru cevap verildiğini varsayarsak çok az kişinin bulunacağını düşünebiliriz.

Cinsel istismar, bilerek ve isteyerek çocuk, kadın, erkek, yetişkin, yaşlı üzerindeki cinsel şiddettir. Neden şiddet? Çünkü, istismara uğrayan herkes bir süre(uzun, kısa, ömürlük, anlık..) korku yaşamaktadır. Korku ancak şiddet ile ilişkilidir. Bu nedenle cinsel istismarın konusu şiddettir.

Cinsel istismar pek çok çalışmada tanımlandığı için burada tekrar ele almak istemiyorum. Ancak şöyle diyebilirim, failin, kendi cinsel istek, duygu ve düşüncelerini eylemsel olarak çocuk,

kadın, erkek üzerinde deneyimlemesidir. Cinsel istismara uğrayan çocuk, kadın ve erkeklere “mağdur” demek istemiyorum. Mağdur, güçsüzlük ifade eder, burada aslında istismara maruz kalanların güçsüzlükleri varsa bile failin çok şiddetli bir gücü olduğunu belirtmek gerekir. Yani, maruz kalan kişi güçsüz değildir. Bu çalışma çerçevesinde konu, çocuğa yönelik cinsel istismar olduğu için; sadece “çocuk” demek yeterli olacaktır. Çocuğun ikinci bir şekilde tanımlanması da ayrıca bir ayırım yaratmaktadır.

Cinsel istismar, failin sadece çocuğa tensel ya da cinsel teması ile değil, duygu-düşünce paylaşımı; detaylı yaşam deneyimi anlatma ya da karşısındaki kişinin deneyimlerini öğrenme çabası ve bakma, koklama gibi davranışları da içerir. Bu nedenle çok geniş yelpazedeki bu istismara hiç maruz kalmamak neredeyse olanaksız gibi. Ancak bu “olanaksız” olma durumu çocuk ve maruz kalma sözkonusu olduğunda daha dikkat edilecek bir konudur. Cinsel istismar konusunda çocukları korumak önemli ancak kimden ve nasıl koruyacağımızı bilmemiz gerekmektedir.

### Cinsel İstismar Faili Kimdir?

Bu çalışmanın konusu olan fail ile ilgili yazmak aslında çok boyutlu bir konuya çok küçük bir noktadan bakmamıza yolaçabilir. Çünkü faileri tanımıyoruz. Tanıyamıyoruz. Neden? Çok özellikleri var. Ya da yok. Çok yakınımızda, evde; çok uzağımızda, sokakta. Bazen yazdıklarımız hiç de cinsel istismar faili olmayan kişileri de anlatabilir. Örneğin, çocuğa sevgi dolu yaklaşmak. Failler için önemli bir özellik olarak görülüyor. Ama çocuğa yönelik sevgisi gerçek olanlar şimdi ne yapacak? Çocuk bakım, gözetim, eğitim kurumlarında çocuklara yakın olanlar ve çocukları gerçekten sevenler sadece bu madde nedeniyle çocukları sevmesin mi? Belki bir yol ayırımındayız. Sevelim ama yeniden sevmeyi öğrenebiliriz diyeceğiz.



Uzun zamandır yapılan çalışmalar, cinsel istismar failinin gerçekte bir cinsel istismar kurbanı olma olasılığının yüksekliğinden bahsederler.

Cinsel istismar deneyimi genellikle kurban-cezalandırıcı döngüsü ile anılmaktadır. Çocukken cinsel istismara uğrayanların yetişkinlikte cinsel saldırı faili durumuna gelmesi sözkonusudur. Cinsel istismar ya da istismar ile ilk yaklaşımda dikkat edilecek kişilerin istismar mağduru oldukları açıkça görülmektedir(Baril, Institut National De Sante Publique). Cinsel istismar döngüsü konusunda yapılan bir çalışmada araştırma grubuna dahil olan failerin yaklaşık dörtte birinin çocukluğunda cinsel istismarı fiziksel olarak yaşadığı tespit edilmiştir. Ancak bu ve benzeri sonuçlara karşın çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan çocukların hepsinin yetişkinlikte cinsel istismar faili

olacağı kesin değildir hatta çok açık da değildir. Burada konu özellikle şimdiye kadar değinmediğimiz failin cinsiyeti ile de ilişkili hale gelmektedir.

Cinsel istismar yapan kişiler genel olarak erkek olarak anılmakla birlikte kadınların da cinsel istismarda buldukları ancak erkekler kadar fazla bir oranda karşımıza çıkmadığı şeklinde genel bilgiler bulunmaktadır. Her cinsel istismar vakası rapor edilmediği, şikayet edilmediği için erkek failer açısından rakamlar ne kadar belli değilse de kadınlar açısından bu durum daha da belirsizdir. Cinsel istismar konusunda kadınların neden rapor edilmediği konusunda ise genel olarak onların cinsel olarak pasif rollerde bulunmaları ileri sürülmektedir.

Erkek cinsel istismar faillerinin kurban-fail döngüne girmelerine yolaçabilecek faktörler şöyle sıralanabilir(Quebec);

### **Çocukluktaki Faktörler**

Cinsel istismarın şiddeti; birden fazla failin olması, fiziksel şiddet kullanımı; artan sıklıklar; uzun süre; fail ile kurban arasındaki ilişkinin önemi

Cinsel istismarın kadın tarafından yapılmış olması,

Cinsel istismar deneyiminin pozitif olarak algılanması; failden olumlu etkilenme, hoşlanma, istismarın olumsuz etkilerinin yetersiz anlaşılması

Çocuklukta aile ve arkadaşlar tarafından sınırlı(yetersiz) duygusal destek

Çocukluk ve ergenlikte sosyal kontakların sınırlı olması ve gözdağı verilmesi

Kötü muamele

Yetersiz ebeveyn desteği ve gözetimi

Çocukluk ve ergenlikte mental sağlık sorunları ve uyum problemleri

### **Yetişkinlikteki Faktörler**

Çocukluktaki cinsel istismar deneyimi ile ilgili zorluklar açısından farkında olmama ya da sınırlı farkındalık,

Düşük benlik saygısı

Antisosyal davranışlar

Kadın cinsel istismarcılar açısından bakıldığında ise

Genel olarak bakıldığında kadınların birden çok kurban oldukları ve çok ciddi aile içi sorunlar yaşadıkları

Psikolojik olarak bu kadınlar genel olarak eş ve anne rollerini birbirinden ayırtedememe sorunu yaşamaktadırlar

Aralarında benzerlikler olsa da erkek failer için geliştirilen teoriler ya da açıklamalar kadınlar için geçerli olamamaktadır.

Kadınların fail olma durumları oldukça farklı işlemekte ve yargı yerine çoğunlukla ruhsal destek tedavileri sözkonusu olmaktadır(Quebec).

### **Cinsel İstismar için Olgunlaştırma**

Faillerin, çocuk ile cinsel teması çok çeşitli şekillerde olabilmektedir. Özellikle içinde yaşadığımız son dönemlerde uzun süreli yaşanan istismarların yanısıra çocuğu kaçıırıp, cinsel istismarda bulunup öldürmek de çok sık yaşanmaktadır. Çocuğu kaçıırıp tecavüz ve sonrası öldürme ile sonlanan olaylardaki yaklaşım ile uzun süre çocuk, aile ile dostluk kurmak farklı yaklaşımlar olarak değerlendirilmelidir. Yazara göre, çocuğu kaçıran ve ölümle sonuçlayan fail aslında birtürlü sosyal ilişki geliştirememeyi göstermektedir. Çocuk ile olumlu, sıcak ilişki kuranlar ise planlı, programlı ve uzun süreli, kendilerince barışçıl ilişki kurup bir düzen içinde yaşamayı planlamaktadırlar. Tabii burada hangisi iyi diye bir sorumuz olamaz.

Cinsel istismar için olgunlaştırma(sexual grooming), bir süreç gerektirir. Cinsel istismar faili, bu süreci çok iyi planlamaya çalışır, çünkü kendisini çocuğa, aileye, topluma, komşularına, iş arkadaşlarına beğendirmeye çalışır. Onlarla ilişkilerini güçlü tutmak ve yeni kurbanlar bulmak için çok çabalar. Eğer ensest bir ilişki ise, çok iyi bir baba, abi, dede, amca pedofil bir ilişki ise de çok iyi bir komşu, derse yardım eden abi-kişi; okulda öğretmen, yüzme antrenörü, bakım evinde aşçı, okul servis şoförü vb.. herkes olabilir. Son genelleme gerçekten hiç kimseyi işaret etmemek için özellikle seçildi yazar tarafından. Çünkü, herkesi saymak mümkün değil. Geleneksel toplumlarda hepsaygı ile yaklaştığımız, ama çocuklara yaklaşımları istismar olan herkes diyebiliriz. Bu kişilerden çocuklarımızı korumak için kabuğumuza çekilmek değil, onları herkese duyurmamız gerekir.

Cinsel istismar için olgunlaştırmanın çeşitli basamakları bulunmaktadır. Kısaca özetlemek gerekirse;

Fail, son derece sıcak, sevimli, müsvik, hediyeler alan, para veren, yardımseven ve toplumda saygıdeğer bir yeri olan kişi gibi pekçok güzel, mutlu edici güven veren özellikleri taşıyabilir. Süreci başlatacak olan özellikler bunların hepsi, birkaçı ya da biridir.

Öncelikle fail kendisine bir kurban seçer. Bazı failer birden fazla kurban ile bu süreci başlatıyor olabilir. Failin içinde bulunduğu durum ile ilgili olduğunu gözden kaçırmamak gerekir.

İkinci olarak, çocuk ile ilişkisinin kabul görmesini sağlar. Bu ilişki önemlidir çocuk için, aile onay verir.

Aile içine birkez girildi mi arkasından gelen gelen aşama çocuğun güvenini kazanmaktır. Ya ders çalıştırılır ya spor ya bilmediği bir konu anlatılır, ya hiçbirşey yapılmaz eve giden bir misafirdir... Aile kabuletmiş ve çocuk da güvenmiştir.

Çocuk ile yanyana gelindiğinde fiziksel temaslar artar. Koluna dokunur, saçını sever ve bu arada artık o kadar olağandır ki çocuk kendisine yapılan keşif dokunmaları kanıksar ve olumsuz bir şey düşünmez. Bu arada yine tesadüfen, yanlışlıkla özel bölgelere dokunulur; çocuk ya önemsemez ya da olağan karşılar. Çünkü o güvendiği bir kişidir. Aile de onların beraber olduğu zamanları çocuk için kıymetli bulur ve onları yalnız bırakır. Fail için en mutlu olunan ve zafer kazandığı anlardır. Artık cinsel istismar her şekilde mümkün olacaktır.

Bu olgunlaştırma sürecinde failin, esprili, neşeli, çocuğun enerjisini yükselten onun özelliklerini takdir eden, aileyi çok seven kişi şeklinde karşımıza çıktığını tekrar hatırlarsak, çocuk ailesine bu kişi hakkında bir şey anlatamaz. Burada fail sanki pedofil gibi anlatıldı ancak ensest vakalarında da ailenin güvenini kazanmış kişileri ifşa etmek çok zordur.

### **Çocuk Koruma Nasıl Olmalı**

Çocuğa yönelik cinsel istismar konusunda failer ile çalışma başlı başına çok uzun erimli, çok boyutlu, çok kültürlü, çok nedenli, çok sorunlu bir konudur. Böyle olunca

çalışılmayacak mı? Multidisipliner bir bakış açısı ve çocuk korumanın toplum temelli ve eko sistem içinde olması gerekmektedir.

Okul, ev, kamp, hastane vb çocukları öncelikle cinsel istismardan korumak için daha önceki kurban kuşaktan yardım almak gerekmektedir. Onların sorunlarla başa çıkıp çıkamadığı takip edilmelidir. Çünkü, erkek failerin kurban geçmişleri olduğunda hegemonik erkeklik duyguları ile kendisini “erkek” olarak kanıtlamak amacıyla kurban arayışlarına girdiği literatürde yer almaktadır (Küçükkaraca, Albayrak;2016).

Eko-sistem yaklaşımı, failerin psiko-sosyal ve fiziksel gelişim dönemlerinde hangi çevreler içinde oldukları ile ilgili olarak bu alanda çalışanlara bilgi verecektir. Bilgiler çok genel olmakla birlikte yine bu alanda çalışanların genellemelere gitmemeleri gerektiğini belirtmekte yarar görmekteyim. Ayrıca, eko-sistem yaklaşımı fail ile cinsel olarak istismar edeceği

çocuğun hangi alanlarda nasıl karşılaştığı konusunda bilgiler verecektir. Bu kesişim yapan noktalar bu alanda çalışanlar ve ve koruyucu önlemler için önemli işaretler verecektir.

## Kaynaklar

- [www.csom.org/train/etiology/3/3\\_1.htm](http://www.csom.org/train/etiology/3/3_1.htm) [www.inspq.qc.ca/en/sexual-assault/fact-sheets/sexual-abuse-childhood-perpetrators](http://www.inspq.qc.ca/en/sexual-assault/fact-sheets/sexual-abuse-childhood-perpetrators)
- Küçükkaraca, Nilgün; Albayrak, Hande(2016)“Çocuğa Yönelik Cinsel İstismar ve Hegemonik Erkeklik Algısı: Neden Sonuç İlişkisi Üzerine Bir Tartışma”*Sosyal Bilimler Dergisi IX(1) Nisan.*:85-108
- Spraitz, Jason; Bowen,Kendra N ve Louisa Strange(2018). Proposing a Behavioral Taxonomy of Priest Sexual Grooming . *IJCJ&SD 2018 7(1): 30-43*
- Winters, Georgia; Jeglic, Elizabeth l.(.). “Stages of Sexual Grooming: Recognizing Potentially Predatory Behaviors of Child Molesters”  
[www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/guidelines\\_chap7.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/guidelines_chap7.pdf)

## ADLI GÖRÜŞME- ÇOCUK

Öğr. Gör. Sevgi Güney\*  
\*Ankara Üniversitesi Rektörlüğe

### ÖZET

Bu makale de çocuklarla yapılan adli görüşmenin kilometre taşları ve özellikleri özetlenerek gözden geçirilmiştir. Sağlıklı bir adli görüşmenin en temel gerekliliğinin çocuğun bellek, psikososyal, bilişsel ve ahlaki gelişimine hakim olan bir profesyonel bilgi ve donanım çerçevesinde yapılabileceği vurgulanmıştır. Ayrıca adli görüşmenin yapılacağı oda ve konumu, bulunduğu yerin suç durumlarının diğer unsurlarından izole edilmesi gerektiği belirtilerek, tartışma kısmında bu türden görüşmelerin sadece alan uzmanlarınca yapılması gerektiğinin altı çizilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** çocukla adli görüşme, klinik adli psikoloji, kriminalistik klinik psikoloji

### Giriş

Suç davranışı ve suçun failinin belirlenmesi beraberinde multi-disipliner bir bakış açısı ve çalışmayı gerektirmektedir. Çocuklarla ilgili suçlar için öncelikle çocuk hakları sözleşmesinin 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girdiğini, ve 18 yaşın altındaki her insanın çocuk sayıldığını (TCK 6/1b) hatırlamakta yarar vardır. Çocuk hakları sözleşmesinin 1. Maddesi uyarınca daha erken yaşta reşit kabul edilme durumları hariç on sekiz yaşın altındaki her insan çocuk sayılmaktadır (Hancı, İH, 2002; 263-284; Cantürk, G., 2016).

Çocuklarla ilgili suçlar arasında yer alan istismar suçları 4 kategoride ele alınır. Bunlar

1. İhmal,
2. Duygusal istismar
3. Fiziksel istismar
4. Cinsel istismar olarak yasalarca belirlenmiştir.

İhmal ile istismar arasında çeşitli farklılıklar vardır. İhmal daha pasif ve süregiden bir maruz kalma süreci ve duygusal maruz kalma daha ağır bir şekilde işliyor iken, istismar daha aktif, gözlemlenebilen, süreç devam ederken devamlı izlem gerektirmeksizin yakalanabilen ve dolayısıyla müdahale şansı daha yüksek bir suç durumudur. Her ne kadar çocuğun fail ya da kurban olduğu bir çok suç durumu adli makamlara gelse de oranlandığında daha çok istismar vakalarının geldiği belirlenmektedir. Çocukla adli görüşmenin nasıl yapılacağına geçmeden önce özellikle istismar vakalarında toplumca bilinen mitlere değinmek görüşmelerin sağlıklı gerçekleşmesi açısından önem taşımaktadır. Nedir bu toplumsal mitler?

**\*Tablo 1:** Çocuk İstismarı ile ilgili toplumsal mitler

Yanlış	Doğru
Çocuklar maruz kaldıkları istismarı hayal güçlerinin genişliği ve anne vb. aile yakınlarının manipüle etmesi ile uydurur.	Çocuklar maruz kaldıkları istismarı uydurmazlar, yalan söylemezler. Dağarcığında olan bir bilgi doğrudan dikkate alınması gereken bilgidir. İlk kural çocuğa inanmak olmalıdır.
İstismar olayını prove eden çocuklar, şirin ve cazip kız çocukları, çocuklara makyaj yaptırılması, ihmal edilmiş çocuklardır. Bu popülasyon potansiyel kurbanlardır.	Kurbanlar her sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel gruptan gelen kız ve erkek çocuklar olabilir. Çocuğun istismarcı ile karşılaşması yanı sıra belirtilen koşullarla sınırlı değildir. Tam tersine istismarcılar şüphe çekmeyen kişiler arasındadır.
Parklar, genel tuvaletler, ıssız sokaklar, karanlık yerler, boş inşaat sahaları tehlikeli bölgelerdir.	İstismar olaylarının olduğu yerler genellikle ev, okul, ev ile okul arasındaki yol ve yerler gibi çocuğun içinde bulunduğu rutin yakın çevresidir.
İstismarcılar genellikle yaşlı ve yabancı erkeklerle sokaktaki hırpani serserilerdir.	İstismar vakalarının % 80-95 inde fail 20-40 yaşları arasında, kurban tarafından tanınan, evli ve çocuklu erkeklerdir.

\*(Gürol Cantürk (2016) yayınlanmamış Adli Pediatri ders notları).

### **Anamnez Nasıl Alınmalı?**

Adli görüşmeler, adalet sürecine başka bir deyişle adli makamlara yansımış olaylarla ilgili mevcut suçun sabitlenmesi, dolayısıyla aydınlatılmasına gerek duyulduğu için, maddi gerçekliğin ortaya çıkarılması amacıyla ilgili çocuğun bilgisine ihtiyaç olduğu durumlarda yapılır. Suçun doğrudan faili olan, ya da kurbanı olup kötü muameleye maruz kalan, tanıklık eden çocuğun adil yargılanma hakkının, adalete erişim hakkının gerçekleştirilmesi için ve çocuğun ikincil mağduriyetler yaşamaması için bu görüşmeler özenle gerçekleştirilir. Görüşmeler doğrudan çocuk merkezlidir. Sürecin herhangi bir aşamasında “çocuğun maksimum yararı” gözetilir. Görüşme de bu çerçevede yapılır. Fiziksel ve duygusal gereksinimlerine temel olarak özen gösterilir. İncinebilirlik ve kırılabilirlik alanları göz önünde bulundurulur. Yapılan görüşme yetişkin görüşmesinden farklı olarak bir ifade alma görüşmesi değildir. Bilgi alınmaya çalışılırken, doğruluğu ve yanlışlığı test edilmez. Yetişkinlerde uygulanan hiçbir yöntem, çapraz sorgu da dahil olmak üzere, kullanılmaz. Görüşme de ulaşılmak istenen amaç, çocukla soruşturma ve kovuşturmaya destek olma için gerekli bilgilerin alınması için yakın ilişki kurulan bir iletişim ortamı yaratmaktır. Bu bağlamda içeriğin ve görüşmecinin kullandığı kavramların ve konuşma dilinin çocuk tarafından anlaşılması mutlak gerekliliktir. Bunlara ek olarak görüşmecinin herhangi bir resmi kıyafet giymemesi, multi-disipliner bir yaklaşım içinde olması sürecin sağlıklı işlemesine katkı da bulunan diğer etmenlerdir.

Gerek fail gerekse kurban olsun, faili olduğu ya da kurbanı olduğu, maruz kaldığı suça ilişkin anamnez doğrudan çocuğun kendi sözleriyle, kendisinin anlattığı şekilde alınmalı ve kaydedilmelidir. Çocukla görüşmeyi yapacak profesyonelin çocuğun ruh halini, davranışlarını, mental durumunu dikkate alması gerektiği gibi aynı zamanda çocuğun ailesi, anne-babasıyla ve yaşamında kendi için önemli olan kişilerle ilişkilerini de göz önüne alması

ve görüşmeyi bu alanları da kapsayacak bir bakış açısıyla gerçekleştirmesi gerekmektedir. Bu nokta da çocukların gelişimsel süreçleri ile ilgili gerekli mesleki bilgi ve donanıma sahip olması kritik önem taşır.

Adli görüşmeyi yapan profesyonel yukarıda da belirtildiği gibi suça sürüklenen çocuğun ya da mağdur çocuğun bilgisine adalet sistemi içinde ihtiyaç duyulduğu için bu görüşmeyi yapar. Bu nedenle çocuğun bellek gelişimi, psikososyal gelişimi, bilişsel gelişimi ve ahlaki gelişimle ilgili kabul görmüş kuramların bilgisine mutlaka hakim olması gerekmektedir. Dolayısıyla, bu görüşmeleri yapacak profesyonellerin seçilmesinde ve belirlenmesinde liyakat ilkelerinin yerine getirilmesi hem adli görüşmenin sağlıklı yapılması hem de adaletin yerinde tecelli etmesi için önem taşır. Bu gelişim dönemlerine ilişkin özet bilgiler sunulmuştur (Bkz: tablo 2, 3, 4 ve 5 ).

**Tablo 2. \*Çocuk Bellek Gelişim Dönemleri**

Gelişim Dönemi	Ozellikleri
2 – 3 Yaş	Otobiyografik hafıza oldukça sınırlıdır. Ancak bir yetişkinin yardımıyla deneyimledikleri olayları sözcüklere döküp, anlatabilirler
3 – 6 Yaş	Görsel bellek sözel bellekten daha ön plandadır. Doğrudan deneyimlediği veya tanık olduğu olayları daha çok resim yapma, çizim yapma (örn. Bir kurgusal düzen resmi istenebilir), oyun oynama teknikleri ile ifade edebilir.
6 – 7 Yaş	Sezgisel kavrama süreci başlamıştır. Bilgileri kodlama, saklama, ilgili uyarılarla karşılaştığında geri getirme (hatırlama, ifade etme ve anlatma) süreçleri başlamıştır. Bu anlamda deneyimlediği bilgileri kategorilendirip depolayabilir ve ipuçları ile hatırlayabilir. Ancak neden-sonuç kurma, muhakeme etme becerisi henüz gelişmemiştir.
7 – 11 Yaş	Muhakeme süreci gelişmiştir. Deneyimleriyle süreç içinde artar. Deneyimlerini hem somut hem de soyut düzeyde kavrar. Bağlaçlar kullanarak cümleler kurar; örn; eğer, ama, madem ki vb. Otobiyografik hafıza gelişmeye ve kendi başına deneyimlerini anlatma süreci başlamıştır.
12 Yaş ve üstü	Hafıza işlevleri yetişkin düzeyine erişmiştir.

*\*(Çocuklarla Adli Görüşme için rehber, 2014; UNICEF TÜRKİYE)*

Bellek Gelişim dönemlerinden sonra psikososyal gelişim dönemleri ve bilişsel gelişim dönemlerine de kısaca değinecek olursak, şöyle özetleyebiliriz.

**Tablo 3. \*Erickson' ın Psikososyal Gelişim Dönemleri**

Gelişim Dönemi	Ozellikleri
0 – 1 Yaş	Bebeklik dönemi. Temel güven gereksinimi ön plandadır. Temel güven duygusunun sağlıklı gelişimi için bebeğin gereksinimlerinin düzenli aralıklarla karşılanması gereklidir.
1 – 3 Yaş	İlk çocukluk dönemi. Dikkati dağınıktır. Odaklanamaz. Bağımsız olma çabaları içerisindedir. Meraklı araştırmacı ve çevresindeki her şeyi öğrenme çabası içerisindedir. Bu yüzden zıt duygu durumları deneyimleyebilir. Ebeveynleri yetenekleri doğrultusunda kendilerini yönetme fırsatı verirlerse özerklik duygusu gelişir. Çocuğu tam tersi bir şekilde baskı, ceza ve tehdit kullanarak kurallara uydurmaya çalışırsa ebeveynler, çocukta davranışlarını yönetmede ciddi zorluk, yetersizlik, ve uygunsuz utanç duyguları oluşmaya başlar.
3 – 6 Yaş	Okul öncesi dönem. Gerçekle, gerçek olmayanı karıştırırlar. Yanlış algılamaları çok belirgindir ya da çarpık algılama söz konusudur.

	Merak ve dolayısıyla öğrenim ön plandadır. Cinsel kimlik duygusu gelişir. Ebeveynler bu dönemde çocuğun ilgi ve merakları ödüllendiren yaklaşımlar kullanırlarsa, çocuk girişkenlik becerileri kazanır. Öte yandan kısıtlayıcı, eleştirici ve denetleyici yaklaşım kullanırsa ebeveynler, suçluluk duyguları ve engellenme duyguları gelişir ve davranışlarına hakim olur.
6 – 11 Yaş	İlkokul dönemi. Okul dönemi beraberinde sosyal davranışlarında gelişmeyi işlevsel kılar. Yeni bir şeyler öğrenmek, yaratmak, ortaya çıkarmak ve başarmak isteği içindedir. Bu dönem de öğretmen ve arkadaşlarının kişilik gelişimi üzerindeki etkisi en yüksek düzeydedir. Ebeveynler çocuklarının çaba ve girişimlerini olumlu yönde desteklerlerse, çalışkan olur. Tam tersi yönde davranılırsa, aşağılık duygusu gelişir.
12 – 18 Yaş	Kimlik gelişiminin başlayıp, sürdürüldüğü dönemdir. Kimim, kim olacağım, hangisi doğru, bana göre nasıl oluyor? Soruları ile uğraşır düşünce içeriği. Yaşamı bu anlamda anlamlandırma ve belirsizliklere karşı çözüm bulma stratejileri ile uğraşır. Ani duygu durumları yaşar, bedensel ve fiziksel gelişimi ile de uğraşır. Herşeye muhalefet, ve tepkisel davranışlar sergiler. Akran gruplarına ağırlıklı olarak ilgisi artmıştır. Çalışmaya az isteklidir. Özdeşim modelleri hevesi yüzünden bazen marka tutkunu ya da idol oluşturma eğilimleri gözlenir. Ebeveynleri yapılandırılmış bir yaşam çerçevesi sunmaları, girişimcilik ve atılganlık eğilimlerini olumlu pekiştirmeleri kritik düzeyde önemlidir.

**Tablo 4. \*Piaget' nin Gelişim Dönemleri**

Gelişim Dönemi	Ozellikleri
0 – 2 Yaş	Duyu – Motor Dönem. İşitmede ve ayna nöronlarında bir sorun olmadığı sürece, konuşma da dahil olmak üzere her şeyi kolaylıkla taklit eder. Kendi konumunu çevresi içinde anlamlandırma aşamasındadır. Nesne devamlılığı kavramı kazanmıştır.
2 – 7 Yaş	İşlem Öncesi Dönem. Durumları, olayları tersine çevirememeye, mevcut duruma odaklanma, yüzeysel görünümleri temel alma belirgindir. Odaklanabilir ve ben merkezidir.
7 – 11 Yaş	Somut İşlemler Dönemi. Bu dönem çocuk ben Merkezilikten uzaklaşır. Soyut işlemler yapamaz ancak deneyimleri ile muhakemenin yavaş yavaş temelleri atılır. Mantıksal düşünme başlar. Problemlerini somut düzeyde çözer. Özdeşlik (bir taraftaki artışın diğer taraftaki azalmayı karşılama gibi) ve geçişlik (iki blok parça arasında yeniden bir ilişki kurma gibi) ilkeleri gelişir. Sınıflama ve Sıralama maksimum performansla yapılır.
12 Yaş ve sonrası	Soyut işlemler dönemi. Tümevarım yoluyla değil, tümden gelim yoluyla düşünür. Mevcut durumun ötesinde düşünür. Olasılıklı düşünür. 1 kg. Demir mi 1 kg. Pamuk mu ağırdır tarzından sorulara ikisi de eşittir yanıtını kolaylıkla verir. Hipotetik düşünce gelişmiştir. Bu dönem de çocuk idealler, değerler, ahlak anlayışı ve inançlar gelişmeye başlar.



**Tablo 5. \*Lawrence Kohlberg' in Ahlak Gelişim Dönemleri**

Gelişim Basamağı	Ozellikleri
1. Basamak	Çocuk cezadan kaçmak için ahlaki kurallara uyma eğilimindedir.
2. Basamak	Bu basamakta başkaları için bir şey yaptığında yardım göreceği fikri gelişir. Kendi ihtiyaçlarını gözetme eğilimi önceki basamakla aynı düzeydedir.
3. Basamak	Başkalarının onayını almak için ahlaki kurallara uygun davranışlar ve düşünce geliştirir. Ergenlik dönemine hazırlık ve yetişkinlik dönemlerine hazırlık bu basamaklardan temel alır.
4. Basamak	Bu aşama ahlaki gelişimin en üst basamağıdır. Bu basamağa çok az sayıda insan gelebilmektedir. Kendini ya da başkalarının onayını düşünmeden evrensel etik ve adalet duygusuyla hareket eder bu aşamadaki birey. Gelişmiş olan otonomi, insanların birbirlerine istekleri için zarar vermedikleri bir dünya görüşüne yol açar.

### Çocukla Adli Görüşmede Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Sorulacak sorular üç temel alana odaklanacak şekilde sorulmalıdır. Bunlar 1. Çocuğun maruz kaldığı suçun bilgisine ulaşılabilmesinde kritik durumda olan ilgili kişiler 2. Suçun, istismarın detaylarını ortaya çıkarmaya yönelik sorular 3. Görüşme yapılan çocuğun vücudunun bölümlerine odaklanmış sorular(Görüşme de sorulacak sorular ileride daha ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır). Görüşme de açık, net, kısa ve somut bir konuşma tarzı içinde olmak görüşmecinin sağlıklı bilgilere ulaşması açısından önem taşımaktadır. Çocuklar anlamadıkları durumlarda, bir de bu anlaşılabilirlik duygusunun belirsizlikle karışmasıyla korkuya kapılıp, kendilerini iletişime kolayca kapatabilmektedirler. Özellikle suça maruz kaldıkları durumlarda bu daha da sık yaşanmaktadır. Bu yüzden konuşmanın çocuk tarafından anlaşılır olması gerekmektedir. Görüşme sürecinde çocuğun gelişim dönemine dikkat edilerek konuşulmalıdır. Çocuğun soruları doğru anlayıp anlamadığı mutlaka gözden geçirilmelidir.

### Adli Çocuk Görüşmesinde İşlevsel Teknikler

Görüşme sırasında çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Bunlar;

*Odaklanma tekniği:* en işlevsel tekniklerdendir. Sorular insanlara, istismarın ayrıntılarına ve çocuğun vücudunun bölümlerine odaklandırılır. Bu teknikte çeşitli soru teknikleri kullanılır. “Benimle bu görüşmeyi neden yaptığını biliyormusun” tarzında çocuğun belirsizlik duygusunu ortadan kaldırmayı amaçlayan, oryantasyonunu ve dikkatini görüşmeye yönelten genel soruların yanı sıra, yönlendirici, istismara ya da suça odaklanan sorular, çoktan seçmeli sorular, evet hayır soruları da kullanılır.

*Suçun detaylarını ortaya çıkarmaya yönelik uygun sorular sorma:* Bu teknikte istismar veya suçla ilgili nesne veya resimler kullanılarak çocuğun bilgisine başvurulur. Medya, oyun malzemeleri örneğin, oyuncak bebek, kukla , anatomik bölümlerin kolaylıkla görüldüğü çıplak bebekler, bebek evi (çocuğun aile içindeki konumunu ailesel algısını ortaya çıkarma konusunda oldukça yararlı) kullanılabilir.

Resim çizme, anatomik resimler ve anatomik bez bebekler kullanmak, bu resimlere uygun hikayeler anlatmasını isteme, ve bu anlattığı hikayelerle kendisini ilişkilendirmesine yöneltme suçun detayını ortaya çıkarmaya yönelik kullanılan diğer tekniklerdendir.

### **Hangi bilgiler alınmalıdır?**

Çocuğun adı, yaşı, cinsiyeti, Görüşmenin nedeni, Çocuğun fiziksel, duygusal ve psikolojik gelişim dönemi, Çocuğun kültürel kökeni, çocuğun otorite figürleriyle ilişkisi, kırılganlık noktaları, Özellikle etnik farklılığa sahip olup olmaması, Utanan korkan çocukların bu durumlarının nötralize edilip, bilgi vermesinin desteklenmesini sağlamak önem taşımaktadır.

Görüşme yapılacak çocuk, kendisiyle görüşen kişinin alanında uzman olduğunu, görüşme de önce konuşma olacağı, daha sonra gerek duyulursa, resim çizme, bez bebek ile konuşma oyunları oynanacağı bilgisi verilmelidir. Bunların yanısıra yine belirsizlik durumlarının oluşmaması için söyleyeceklerinin doğru ya da yanlış olarak ele alınmayacağı, cezalandırılmayacağı, hatırladığı her şeyi paylaşmasının kendi özgürlüğü ve yararına olacağı ve görüşmenin kayıt altına alındığının çocukla paylaşılması gereklidir.

### **Görüşmenin aşamaları:**

Görüşme üç aşamadan oluşur. 1. Hazırlık 2. Görüşme ve 3. Görüşmenin sonlandırılması.

#### **1. Hazırlık**

Öncelikle görüşme odasının sağlıklı bir görüşme ve görüşmenin kayıt altına alınması için hazırlanması, var olan teknik ekipmanın kontrol edilmesi gerekmektedir. Daha sonra görüşmeci kendini tanıtır. Ne için burada olduğunu hem kendi hem çocuk açısından açıklar. Neler yapılacağını anlatır. Güven ilişkisinin gelişmesine katkıda bulunması için doğrudan görüşmeye geçilmeyip, çocuğun bulunduğu psikososyal gelişim dönemine göre çocuğun ilgisini çekebilecek konularda sohbet edilir. Asla doğrudan görüşmeye geçilmez. Çocuğun güvenini oluşturmak için mutlaka, çocuğun yararı için orada bulunduğu, hatta gerekirse görüşmeci kendini tanıtırken personel kimliğini göstermesi önerilir. Tokalaşılmalı, kanka ilişkisi değil karşılıklı samimiyete dayanan profesyonel – çocuk ilişkisi kurulmalıdır. Görüşmecinin tüm süreç boyunca çocuğun yararına davranacağı sözlü olarak çocuğun anlayabileceği düzeyde anlatılmalıdır. Görüşmeci sakin, ses tonu yumuşak, kendi transferans donelerinden nötralize olmuş, ortaya çıkacak duygusal durumları kolaylıkla yönetebilecek bir durumda olmalıdır. Mutlaka göz temasıyla çalışmalı ve çocuğu ve haklarını önemseydiğini belirtmelidir. Görüşme kurallarını da bu atmosferde açıklamalıdır. Çocuğun gerçekleri söyleyebilmesi için gerçeği söyleme ve yalan söyleme ile ilgili konuşulur. Bu görüşme de gerçeği bunların önemine değinilmelidir. Bu noktada çocuğun gerçeği ve yalan söylenmemesi ile ilgili görüşleri öğrenilir düzeltilmesi gereken noktalar ele alınır, yalan söylememesi gerekliliği ile ilgili duygu ve düşünce durumu oluşturulur.

## 2. Görüşme

Konuya giriş yapma çocuğun sağlıklı bilgiler vermesinin temelini oluşturmaktadır. Çocuğun suç ile ilgili hafızası canlandırılır. Kendisini açmasına olayı anlatmasına yönelik müdahale ve teknikler kullanılır. Serbest öykülendirme süreci başlatılır. Çocuğun anlatımı sürecinde stres yaşadığı, korktuğu ve üzüldüğü gözlemlenirse, bu duyguların nötralize edilir. Sonra sürece kalınan yerden devam edilir. Açık uçlu sorular da dahil olmak üzere yukarıdaki bölümlerde belirtilenler uygulanır.

## 3. Görüşmeyi sonlandırma:

Görüşmeci çocuğa katkılarından dolayı teşekkür eder. Çocuğun sormak istediği bir şey var mı sorar. Görüşmeci çocuğa aynı zamanda görüşmenin bundan sonra ki aşamalarında neler olacağına ilişkin bilgilendirme yapar ve görüşme sonlandırılır.

## Tartışma

Çocuklarla yapılan görüşmelerde yetişkin görüşmelerinden farklı olarak ifade alma teknikleri kullanılmaz. Bu görüşmeler suç ve varsa istismarla ilgili çocuğun bilgisine başvurulduğu görüşmelerdir. Çocukla kurulan empatik ilişkinin yanısıra çocuk hakları ile ilgili farkındalık düzeyinin görüşmelerde çocukta yaratabileceği suçluluk duyma, korkma ve utanma gibi olumsuz duygu durumu oluşturabilme potansiyeli dikkate alınarak bu görüşmelerin mutlaka alan uzmanları tarafından gerçekleştirilmesi kritik önem taşımaktadır. Ülkemizde çocuk koruma kanununda sosyal çalışma görevlisi kimliği ile tanımlanan sosyoloji, çocuk gelişimci, aile ve tüketici bilimleri mezunları ve ayrıca pedagoğ kadrosunda görev yapan alan dışı üniversite mezunları ne yazık ki adli görüşmeci olarak sürece dahil edilmelerinin, ulusal standartlara uygun olmadığı ve hatta bu meslek elemanlarının yaptığı görüşmelerin amaca hizmet etmediği zaman zaman da süreci çocuk açısından ağırlaştırdığı (örn: ikincil mağduriyetlerin oluşturulduğu) gözlemlenmekte, bilinmektedir. Bu mesleklerin eğitim formasyonlarında yukarıdaki bölümlerde belirtilen alanlarla ilgili bilgi birikimi oluşturacak bir donanım yoktur. Bu durumun yol açtığı tali ancak süreci doğrudan olumsuz düzeyde etkileyecek potansiyel oluşturmanın ivedilikle önüne geçilmesi için gerekli girişimler yapılmalıdır. Bunların yanısıra çocuğun yaşı ne olursa olsun, bebeksi konuşma tarzının asla kullanılmaması gerekmektedir. Çocuk ne diyorsa onun dikkate alınması gereklidir. Çocuğun anlamayacağı kavramlar kullanılmamalıdır. Sadece tek bir konu etrafında görüşlerinin alınacağını unutmamak ve çoklu sorularla çocuğun kafasında karışıklıklar yaratacak müdahalelerden kaçınmak gerekmektedir. Görüşmenin sonunda görüşmenin bittiğini belirtmek, soruşturma süreci ile ilgili bilgi vermek ve çocuğa katkılarından dolayı teşekkür etmenin sürecin bütününde olumlu bir atmosfer yaratacağını unutmamak gereklidir.

## Kaynaklar

- Aidridge, J and Cameron, S. (2010) Interviewing child witnesses: Questioning techniques and the role of training, *Journal of Applied Developmental Science*, 136 – 147.
- Guobrandsdottir, R. (2013) Forensic interviewing with children.  
[http://www.childcentre.info/public/forensic\\_interviewing.ppt](http://www.childcentre.info/public/forensic_interviewing.ppt)
- Redlich, A.D., Quas, J.A. ve Ghetti, S. (2008). Perceptions of children during police interrogation: Guilt, confessions and interview fairness, *Psychology, Crime & Law*, 14(3), 201- 223.
- Sorunlar, İhtiyaçlar, Tespitler Raporu, 28.01.2013. Suça sürüklenen çocuklara hukuki yardım eğitimci el kitabı, Ankara.
- Wakefield, H. And Underwager, R. (1999) Techniques for interviewing children in sexual abuse cases, *American Journal of Forensic Psychology*, 7 (3), 43 – 69.
- Yuille, J.C., Cooper, B.S and H.F. Hervé, H.F. (2009) The Step-Wise Guidelines for Child Interviews: The New Generation. In M. Casonato & Pfafflin (Eds.), *Handbook of pedosexuality and forensic science*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

## ŞİDDET VE SUÇ BAĞLAMINDA KADINLAR

Serap GÖRÜCÜ\*

\*Kayseri Kadın Tutukevi

### ÖZET

İnsan temel hak ve özgürlüklerinden mahrum bırakılmanın, kişiler üzerinde sosyal, psikolojik ve bedensel zararlara yol açtığı bilinen bir gerçektir. Kadına yönelik şiddet **eylemleri** de kadınların kadın kimliğine ilişkin algılarını derinden ve olumsuz etkilemekte, cinsel ve üreme sağlığına ciddi biçimde zarar vermekte, kimi durumda da hayatlarını kaybetmelerine neden olmaktadır. Ayrıca aile içi şiddete maruz kalmış kadınların bedensel yaralanmaları ile birlikte yaşadıkları sürecin psikolojik etkileri çok daha derin ve uzun süreli olabilmektedir. Şiddete maruz kalan kadınlarda ciddi psiko-sosyal problemler ortaya çıkabilmekte, sosyal hayata katılma, ekonomik özgürlüğünü kazanmada güçlükler yaşayabilmektedirler. Kadına yönelik aile içi şiddetin, bir diğer mağduru olan çocuklar üzerinde de önemli sonuçları bulunmaktadır. Şiddete tanık olan çocuklarda sağlık problemlerinin yanı sıra, davranış bozukluğu, duygusal travma ve okul başarısızlığı gibi sorunların sıkça yaşandığı belirlenmiştir. Şiddet mikro düzeyde kadını, mezzo düzeyde ailesini ve makro düzeyde toplumu olumsuz etkilemekte, güçsüzleştirmektedir. Yapılan pek çok çalışma sonuçları birlikte değerlendirildiğinde kadına yönelik şiddetin maliyeti yalnızca şiddet mağdurlarına verilen hizmetlerden (sağlık hizmetleri, sığınma evi, danışma merkezleri, acil telefon hatları gibi) ya da faillere yönelik yapılan işlemlerden (polislerin, savcılarının, mahkemelerin, ceza infaz kurumlarının maliyeti) oluşmamaktadır. Bu doğrudan maliyetin yanı sıra, üretimin ve istihdamın düşmesine (şiddet mağdurunun üretimdeki verimliliğinin düşmesi, mağdurların ve faillerin işe devamının aksaması gibi) neden olan dolaylı maliyeti de vardır. Bu nedenle şiddetin önlenmesi için yapılacak girişimler hem kadınlar hem de toplum açısından çok daha önemlidir. Kadına yönelik şiddetin önemli bir boyutu ya da sonucu olan bir diğer konu da gördüğü şiddet nedeniyle suça sürüklenen kadınlar olmaktadır. Ceza infaz kurumlarında kadın hükümlü ve tutuklularla yapılan bireysel ve grup çalışmalarında ve bilimsel araştırmalarda gördüğü şiddet nedeniyle suça sürüklenmiş kadın sayısı azımsanmayacak kadar büyüktür. Dolayısıyla ceza infaz kurumlarında yürütülen psiko-sosyal yardım çalışmalarında bu başlık önemli olmaktadır.

### Anahtar Kelimeler:

## ADLİ SOSYAL HİZMET VE ETİK

Doç.Dr. Eda PURUTÇUOĞLU\*

\*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

### ÖZET

Adli sosyal hizmet kavramı son dönemlerde sıklıkla kullanılan bir terim haline gelmiştir. Adli sosyal hizmet, hem cezai hem de medeni yasaları içeren hukuki konular ve davalar ile ilgili sosyal hizmet uygulamalarını, ayrılma, boşanma, ihmal, ebeveynlik haklarını sonlandırma ile çocuk koruma konularını, çocuk ve partner istismarını, çocuk ve yetişkin adalet hizmetlerini, sosyal yardımlaşma haklarını içeren bir kavramdır. Bu noktada, adli sosyal hizmet, sosyal hizmet uygulamaları ile hukuk sisteminin kesişimi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları/sosyal çalışmacılar adli vakaların karmaşıklığı ve çok yönlülüğü nedeni ile bir takım ikilem ve çelişkiler yaşamakta ve hareket tarzını belirleyememektedir. Sosyal hizmet alanlarında uygulamalar yapan sosyal hizmet mesleği, bir disiplin olarak belli kural, ilke, kaide, mesleki standartlar, bilimsel alt-yapı ve etik değerler doğrultusunda çalışmaktadır. Bu nedenle sosyal hizmet ve hukuk, kendi etik kurallarını belirleyen etik standartlara dayalı mesleklerdir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarının/ sosyal çalışmacıların, sosyal hizmet mesleğinin etik ilkelerine duyarlı davranma sorumluluğu bulunmaktadır. A.B.D. Ulusal Adli Sosyal Hizmet Uzmanları Organizasyonu (1987) yayınladığı etik kurallarla, adli sosyal hizmet uzmanının uygulamada karşılaştığı ikilemleri ortaya koymuştur. Adli sosyal hizmet uzmanı, bu etik kurallara uygun olarak, topluma, diğer mesleklerle ve onların örgütleri ile Ulusal Adli Sosyal Hizmet Organizasyonu'nun üyelerine Adli Sosyal Hizmet Uygulayıcısı Etik Kuralları'na uyma ve yükümlülüklerini yerine getirme sözü verir. Böylece her bir Adli Sosyal Hizmet Uzmanı/Sosyal Çalışmacısı, iyi oluşu teşvik edecek, potansiyel zararları en aza indirecek ve Adli Sosyal Hizmetin herkes için eşit kalitede kullanılabilirliğini teşvik edecektir. Bu çalışmada, adli sosyal hizmet uygulamasında etik konulara değinilecek olup adli sosyal hizmet uzmanlarının/sosyal çalışmacıların Ulusal Adli Sosyal Hizmet Örgütü'ne, işverenler ile meslektaşlarına, danışanlara ve topluma yönelik etik sorumluluklarına yer verilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** adli sosyal hizmet, etik, etik ikilem, etik sorumluluk

### ABSTRACT

The concept of forensic social work has become a frequently used term in recent times. Forensic social work is a concept which includes legal issues and litigation, both criminal and civil, social work practices related to cases, child custody issues, involving separation, divorce, neglect, termination of parental rights, the implications of child and spouse abuse, juvenile and adult justice services, and social assistance rights. At this point, forensic social work is defined as an intersection between social work practices and legal system. Due to the complexity and versatility of forensic cases, social workers may experience a number of dilemmas and contradictions, and cannot determine the mode of action. The social work profession, which makes applications in the fields of social work, works as a discipline in accordance with certain rules, principles, bases, professional standards, scientific infrastructure and ethical values. Therefore, social work and law are professions based on ethical standards that determine their own code of ethics. At this point, social workers have the responsibility to be sensitive to the ethical principles of the social work profession. US National Organization of Forensic Social Work (1987) has published the ethical rules and the dilemmas faced by the forensic social worker in practice. The forensic social worker, in accordance with these codes of ethics, promises to follow the Code of Ethics of Forensic Social Work Practitioner, and to fulfill its obligations to the community, other professions and their organizations, and members of the National Organization of Forensic Social Work. Thus, each of the Forensic Social Worker will promote the well-being, minimize the potential harm, and promote the equal quality of forensic social work for all. In this study, ethical issues in forensic social work practice will be mentioned, and ethical responsibilities of forensic social workers towards the National Forensic Social Service Organization, employers, colleagues, clients and society are summarized.

**Key Words:** Forensic social work, ethics, ethical dilemma, ethical responsibility

## ADLİ POLİKLİNİK SOSYAL İNCELEME RAPOR OLGUSU

### A Case of Forensic Psychiatry Clinic Social Inquiry Report

Sosyal Hizmet Uzmanı Fatih KILIÇARSLAN\*

\*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

#### ÖZET

Psikiyatri tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanları hastaların, psiko-sosyal ve ekonomik sorunların giderilmesinde tedavi öncesi, tedavi sürecinde ve taburculuk sonrasında mesleki uygulamalarını gerçekleştirerek hasta ve ailesine yönelik sosyal destek hizmetlerini yürütür.

Kliniklerinde çalışan sosyal hizmet uzmanının temel görevlerinden birisi, hasta ile ilgili olarak, sosyal inceleme raporu hazırlamaktır. Sosyal inceleme hastayı aile ve sosyal çevresinde ele alarak aile, iş ve çevresel koşulların bireyin hastalığı ile etkileşimini, teşhisini ve hastalık seyrinin iletişimini, rol ve sorumluluklarını ne yönde etkileyeceğini belirleme açısından başvurulan değerlendirme raporudur.

Sosyal İnceleme Rapor için kliniklerden sevk edilen hastaların aileleri, yakınları, komşuları, çalışıyorlar ise mesai arkadaşlarının bir kısmı ile görüşmeler yaparak hastanın psiko-sosyal durumu aile, çevresiyle ilişkileri, iletişim uyum ve davranış sorunları, sosyo- ekonomik durumu, işyerinde performansı görüşmelerle değerlendirilerek tedavi ekibine ve sağlık kurul heyetine sunulur.

#### *Sosyal İnceleme Olgusu*

Edirne İlinde 18.06.2017 tarihinde, dedesi ve babaannesini 15'er kez bıçaklayıp öldürdüğü iddiasıyla 22 yaşındaki O. S. polisteki ifadesinde, 3 yaşından beri yanlarında yaşadığı yaşlı çiftin kendisine büyü yaptığını ve cinayetleri kendisine 'cinlerin' yaptığını söylediği öğrenildi. Psikiyatrik tedavi gören O.S.'yi ilgili mahkeme hastanemize sevk etmiştir.

O.S. tutuklu hastaların tedavi gördüğü Adli Servis Kliniğine yatırılmıştır. Tedavi altına alınan O.S. ceza ehliyetinin olup olmadığı ile ilgili hazırlanan sağlık kurulu rapor öncesi sosyal inceleme raporu hazırlanmak üzere Sosyal Hizmet Birimine sevk edilmiştir.

Sosyal inceleme raporunda, babası C.S. ile görüşme yapılmış olup, yakınlarına ve komşularına ulaşılamamıştır. Rapor sürecinde O. S. 'un lise eğitimini Edirne'de tamamladığını, İstanbul'da bir üniversitenin radyo televizyon bölümünü öğrenci olduğu, 2015 yılında ise ilk psikiyatrik atağını yaşadığını, çırılçıplak soyunarak caddede koşmaya başladığını ve çevredeki insanların polisi araması sonucu Trakya Üniversitesi Psikiyatri Kliniğine yatırılarak tedavi gördüğü bilgisi alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** adli klinik psikiyatri, sosyal hizmet uygulamaları, sosyal inceleme raporu

#### ABSTRACT

Psychiatric social workers in the process of treating patients, the psycho-social and economic problems in the process of eliminating the pre-treatment, treatment and discharge after performing patient and professional applications for social support to the family executes the services.

Knowledge is one of the basic tasks of social workers working, the patient is concerned, is to prepare social review report. Social review by addressing the patient family and social environment of family, work and interaction with environmental conditions are individual disease, diagnosis and disease, role and responsibilities the communications will affect in terms of determining what direction referenced is the evaluation report.

Social inquiry Report referred to the patients of the clinic for families, relatives, neighbors, they're working on is some of the colleagues of the patient's psychosocial State by doing interviews with the family, associations, communication with its environment adaptation and behavior problems, socio-economic status, evaluated treatment team meetings and performance in the workplace health Committee delegation.

#### *A Case Of Social Inquiry*

Edirne Province 18.06.2017, grandfather and grandmother stabbed 15 times for allegedly killing 22-year-old o. s. police testimony, lived with them since you were three elderly couple Bewitched him and murders ' cinlerin' It was learned that he said made. Psychiatric treatment, then the Court has referred to our hospital O.S..

O.s. inmate patients treated Forensic Service Clinic is paid in full. Treated O.S. prepared about whether to have the Medical Board report to prepare for the Social Services social review report before the Unit has been shipped.

Social inquiry report, his father made the interview with relatives and C.S. neighbours could not be reached. In the process of report: high school education that s. in Edirne

has finished, the University's radio and television in İstanbul section of the student in the year 2015, which is lived by the first psychiatric venture began running down the street, strip naked and surrounding people call the police as a result of Thrace University Psychiatric Clinic has been receiving treatment in the inpatient information

**Key Words:** forensic clinical psychiatry, social work practices, social inclusion report

## SANATLA TERAPİ VE YARATICILIK NEDİR, NE DEĞİLDİR?

Uzman Psikolog Sibel COŞKUN DÜZAKIN\*

\*Ankara Yenimahalle İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Gazi Anadolu Lisesi

### Giriş

Sanat insan ile var olan, şekillenip gelişebilen bir olgudur. Tarihin başlangıcından beri süregelen bu olgusal gerçeklik, insanın farkında olduğu ya da olmadığı duygu ve düşüncelerini maddesel bir görüntüye dönüştürebilme süreci olarak tanımlanabilir (Gombrich 2004). Bir başka deyişle sanat başkaları ile paylaşılabilir estetik objelerin, nesnelerin ve deneyimlerin yaratımında beceri ve hayal gücünün kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Ana Britanika 2014). Bu çerçeveden bakıldığında sanat, insan var olduğundan beri “*hayatın anlamı*” olarak görülür. Sanatın “anlam” olmaya kadar yüceltilmesinin pek çok nedeni ve kanıtı bulunmaktadır. İlk insanın mağara duvarlarına çizdikleri bugün sadece varoluşumuzun ilk izleri olduğu için kıymetli değildir. Atalarımızın göçleri, katliamları, av ve ölüm törenlerini duvara nakşetmesi, bir nevi hayatın kırılğan izlerini resimle onardığı bir sayfa gibidir (Gombrich 2004, Soysal 2015).

Araç bedeninin bir uzantısıdır. Bir isteğin yerine getirilebilmesine hizmet eder. Fiziki yapımızı tamamlayarak bizi hedefe ulaştırır. Örneğin bıçak, gücümüzün yetmediği kesme ihtiyacına yanıt verir. Kaldıraç, taşıyamayacağımız ağırlıkları yükseltme ihtiyacımızı karşılar. Otomobil uzakları yakınlaştırır. Sanat ise ne yapmak istediğimize, neye ihtiyaç duyduğumuza aracılık eder. Çünkü sanat, doğuştan getirdiğimiz zayıflıklarımızı ve yaşam yolunda karşılaştığımız zorlukları telafi etme aracımızdır (De Botton ve Armstrong 2014). Sanat içten dışı doğru psikolojik süreçleri hareket ettiren farkındalık sağlayan, yönlendiren, cesaretlendiren ve onaran bir araçtır (Eracar 2013).

Psikoterapi de bir araçtır. Kişinin uyumunu bozan duygu, düşünce ve davranışlarını gidermek, içgörü geliştirmek ya da bir belirtiyi ortadan kaldırmak amacıyla, normal ve patolojik gelişim kuramları temel alınarak uygulanan, terapist ile hastanın sözlü ve/veya sözsüz iletişimlerine ve dinamik bir ilişki içerisinde etkileşimlerine dayanan, değişim oluşturmayı amaçlayan bir tedavi yöntemidir (Yalom 2012). Psikoterapi içinde de zaman içinde biçimlenen, bugün üzerinde halen gidilip geline, bazıları çoktan unutulmuş, bazıları çok kullanılmaktan dolayı aşınmış yollar vardır. Bazı yollara ise henüz ayak basılmamıştır. O yüzden kuramsal çerçeve ve uygulama açısından arayış devam etmektedir. İnsan var olduğu sürece de bu arayış devam edecektir. Sanat ve psikoterapinin birlikteliği de bu arayışın bir sonucudur.

Fark edildiği üzere sanat ve psikoterapinin pek çok ortak paydası vardır. Her ikisinin de var oluşu “*kendini ifade edebilme arzusu*” üzerine kurgulanmış olmalarıdır (Eracar 2013). Sanatçının, hasta ve/veya danışanın meselesi; iç dünyasında olup bitenleri anlamlandırma çabasıdır. Yaratıcılık bu kaynaklardan beslenir (May 2007). Yaratıcılık, kendini ifade



edebilme kaynağına erişebilmek için, kendi izlerini takip etmek ve çizilen sınırların ötesine geçebilme cesaretidir. Sanat ve psikoterapi bu cesareti gösterebilme gücüdür. Bu güç iyileştirir. Çünkü yaratıcılığın ortaya çıkabilmesi için psikolojik güvenlik (*empatik ortam*) ve psikolojik özgürlük (*istediğini ifade edebilme*) gereklidir. Sanat ve terapi bu gereklilikleri yerine getirebildiği için iyileştirir ya da iyilik halini korur (Soysal 2016).

Sonuç olarak sanatla terapi ve yaratıcılık, sanat unsurlarının ve/veya materyallerinin kullanıldığı dışavurumcu terapinin bir biçimidir (Edwards 2004). Yaratıcı sürecin psikolojik yönünü özellikle farklı sanat materyallerinin duygusal özelliklerini anlama ile geleneksel psikoterapötik teori ve teknikleri birleştirir. Resim, müzik, tiyatro, edebiyat, sinema, heykel, seramik, mimari, maket, fotoğraf, hareket ve dans, drama, maske, terapötik kartlar, kukla, minyatür, ebru gibi sanatın her alanındaki uygulamaları içerir. Günümüz kavramsal sanatı çerçevesinde tekstil ürünlerinden atık malzemeye hemen her şey sanatla terapi ve yaratıcılığın uygulama alanı içerisindedir (Malchiodi 2003, Capacchione 2012, Eracar 2012, Akhan Utaş 2012, Soysal 2016).

Sanatla terapi ve yaratıcılık multidisipliner bir alandır, uygulaması bir ekip ve işbirliği gerektirir. Bu ekipte sanatçı ile birlikte psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı, çocuk gelişim uzmanı, nörolog, hemşire, rehberlik ve araştırma uzmanı, öğretmen yer alabilir. Sanat terapisi çocuklara, gençlere, yetişkinlere, yaşlı yetişkinlere ve ailelere uygulanabilir. Uygulamalar bireysel ya da grup olarak yapılabilir (Güney 2011, Eracar 2012).

### **Sanatla Terapi Ve Yaratıcılık: Tarihsel Süreç**

Sanat terapisi psikoloji ve sanatın ortak çocuğu olsa da her ikisinden aldıkları ile özgün bir disiplin olarak evrilmiştir (Vick 2003). Sanat ile iyileştirme ve /veya tedavi arasındaki ilişkinin yeni bir olgu olduğunu söylemek zordur. Bu ikili insanlık tarihi kadar eski bir maziye sahiptir. Şamanizm veya ruh çağırma eski çağ dönemlerinden beri var olan geleneksel iyileştirme ayinleridir. Bu ayinlerde tüm sanat dallarının bir arada kullanılması tesadüf değildir. Ölüm ve yeniden doğuşu içeren ayinlerde sembolik olarak ölümün kıyasına gelen kişinin, yaşama yeni takdirler ve iç görülerle döndüğü inancı hâkimdi (De Botton ve Armstrong 2014). Bunun dışında baharın bir bayram gibi kutlanması, bağ bozumu şenlikleri gibi büyük organizasyonlarda yapılan ritüeller, söylenen şarkıların, edilen dansların da bir işlevi vardı. Bütün bu ritüellerin insan üzerinde iyileştirici etkisi olduğunu açıklı. O nedenle de müzikle, resimle, dansla terapi çağlar boyu sürdürüldü.

Sanatın tedavi edici gücü ilk olarak ruh hastalarının kendiliğinden yaptıkları resimlerin hekimler tarafından fark edilmesi ile başladı. Krapelin ve Bruer hastaların yaptıkları resimlerin tanı koymada önemli ipuçları olabileceğini ileri sürdüler. Bu düşüncenin ilk izdüşümü Prinzhorn'un 1922'de yayınladığı "Ruh Hastalarının Resimleri" adlı kitap olarak karşımıza çıkmaktadır. Kitabın sanat ve psikoloji/psikiyatri çevrelerinde uyandırdığı yankı,

bilimsel platforma psikolojik testlerde projektif yöntemlerin geliştirilmesi şeklinde somutlaştı (Rubin 2016).

Sanatla terapi ve yaratıcılık için bir sonraki mihenk taşı Freud ve Kris'in sanatın psikanalitik ve psikopatolojik yönünü vurgulayan makale ve kitapları kaleme almaları oldu. Bu eserler günümüzde de yolumuzu aydınlatmaya devam etmektedir (Freud 1999, Güney 2012).

Bu gelişmelerin ardından Jung'un başını çektiği bazı analistlerin, terapi sürecinde olan hastanın yaptığı resimleri "terapisti ile iletişim kurma çabası" olarak görmeleri sanatın bir araç olarak psikanalitik tedavilerde kullanılmaya başlanması anlamına geliyordu. Jung hastanın sözel olarak açıklayamadığı anı, duygu ve düşüncelerini sözel olmayan bir biçimde resimler ve sembollerle ifade edebileceğini; bu durumda bilinçdışını canlandırıldığını düşünüyordu (Güney 2011).

Sanatın tedavi edici gücü müziğin iyileştirici ve harekete geçirici özelliğinin kliniklere taşınmasıyla birlikte daha da perçinlendi. Pinel müzikle tedaviyi kliniğe taşıyarak Avrupa'nın gündemine yerleşmesiyle birlikte, 1920'lerde Amerika'da Willer Wall New York eyaletindeki hastane ve hapisanelerinde müziğin sakinleştirici etkilerini ortaya koymak için bir dizi çalışma başlattı. Elde edilen verilerin sunulması, müziğin iyileştirici gücünü kullanmak isteyen bilim insanlarının sayısını bir anda artırdı. Sonuç olarak sözle ifade edilemeyenlerin sanat yoluyla gün ışığına çıkması "neden bu yöntem terapide kullanılmasın" fikrini zihinlere getirdi.

Sonuç olarak 18. asır itibarıyla zamanın ruhu akıl sağlığı ve hastalıkların tedavisine dair üç önemli köşe taşı işaret etmektedir. İlki hastalığın arzu, şehvet, sapkınlık, zapt edilemeyen tutkular gibi "ahlaki" nedenlere dayandığı fikri ve tedavi için bu nedenlerin, yani istek ve fantezilerinin hastanın bilinç ve özgür iradesine ulaşma sürecinin bir parçası olarak ele alınabileceği düşüncesinin ortaya çıkmasıdır. Hastanın hikâyesinin tedavinin bir parçası haline gelmesi çok önemli bir adımdır (Hogan 2001).

İkinci köşe taşı deliliğin "düşüncelerden" çok "duygularda" karmaşa – bozukluk olarak görülmeye başlanması, tedavinin de bu noktaya odaklanması gerektiği yönündeki kuramsal görüşlerin ortaya çıkışıdır. Bu görüşlerin ışığında 18. yüzyılın sonlarına doğru sanatla terapinin ayak seslerinin işitilmeye başlanmıştır. Çünkü hastanın sanat üretim sürecine katılımı; insani bir yöntemdir.

Dönüşümün üçüncü köşesinde ise hastanın kendi durumuna dair farkındalığı ve tedavi olma yönünde irade sahibi olmasıdır. Bu durum, hastaya birey olarak yaklaşan tedavi anlayışı ile birlikte düşünüldüğünde anlamlı hale gelmektedir.

İnsan zihni, delilik ve tedavi anlayışı; hayal gücü – akıl arasındaki ilişkiler; zihne dair geliştirilen teorilerin her biri sanatın yeri ve önemi konusunda farklı görüşler ortaya

koymuşlardır. Ancak hepsinin ortak noktası sanatsal üretim ile zihinsel süreçler arasında bilirkişi olduğu, bu ilişkinin potansiyel olarak (ister hastalığa dair bir perspektif sunması, ister sembolik iletişim potansiyeli, ister bozulduğu varsayılan ilişkileri düzeltmeye yönelik olması, ister rehabilitasyon olarak görülmesi) tedavide kullanılabileceği düşüncesidir.

Sanatla terapinin tarihsel yolcuğunda 19. yüzyılın sonu ile 20. yüzyılın ilk çeyreği arasındaki süre entelektüel anlamda birçok yıkım ve inşaya sahne olmuştur. Freud ve onu izleyen veya reddeden kuramcılarının etrafında şekillenen ve bugün hala etkisini sürdüren tartışmalar bu sürecin önemli bir parçasıdır. Diğer taraftan sanat çevrelerinde de hem bilimsel – teknolojik dönüşümlerden beslenen hem de psikiyatri ve psikoloji alanındaki tartışmalara referans veren akım ve görüşler gündemi belirler hale gelmiştir. Özellikle de dış dünyanın “fotoğraf” aracılığı ile olduğu gibi kaydedilebilir hale gelmesi ile sanat ve sanatçının iç dünyası ile dış dünya arasındaki ilişkiye dair yeni ve farklı açılımlar gündeme gelmiştir. İzlenimciler, dışavurumcular, kübistler, gerçeküstüçüler ve hatta dadacılar yalnızca biçimsel bir dil kurmanın peşine düşmemişlerdir. Biçim aracılığı ile bireye ve nihayetinde topluma yönelmiş bir eleştiridir artık sanat. Bireyi ve toplumu anlamaya yönelik her türlü etkinlik ile de yakından ilişkilidir. Bu gelişmeler sanatla terapi sürecinde de yeni bir dönemin habercisidir. Bundan sonraki bölümde 20. yüzyıldan bugüne kadar olan gelişmeler üç başlık altında tartışılacaktır.

### **I. Klasik Dönem: Sanatın Hastane Ortamında Terapi Amacıyla Kullanılması (1940–1970)**

20. yüzyılın ortalarından itibaren sanat unsurlarının tedavi sürecinde kullanılmaya başlandığı görülmektedir. “*Sanatla terapi*” başlığı altında tedavi protokollerini düzenleyen öncü terapistler ilk olarak farklı disiplinlerle olan temaslarını artırdılar ve kendilerinden önceki kuramcılara ait bilgi birikiminden faydalandılar. Çünkü, 1940’larda formel bir sanatla terapi eğitimi yoktu.

Hill’in tüberküloz hastalarıyla yaptığı çalışma büyük yankı uyandırdı. Hill hastalığın tedavisi sürecinde çizmenin ve boyamanın, yaratıcı enerjiyi açığa çıkarttığını ve sanatın hastaya yaşadığı güçlüklerle karşı güçlü bir savunma inşa edebilme becerisi kazandırdığını ileri sürmüştür (Edwards 2004). Bu çalışma, sanatla terapinin iyileştirici kazanımlarının keşfedilmesi açısından önemlidir.

Sanatın hastane ortamında *terapi* amacıyla kullanılmaya başlanmasının rasyonel dayanağı II. Dünya Savaşı ve etkileridir. Söz konusu dönem dışavurumculuğun öne çıktığı 1930’ların sonlarından 1950’lere kadar devam etmiştir. Savaşın yaralarını sarmak, özellikle silahlı kuvvetler personelinin rehabilitasyonunun sağlanması için psikiyatride farklı metotlar denenmiştir. Bu dönemde koruyucu ruh sağlığı önem kazanmış; psikiyatrik bakımın erişilebilirliğinin kolaylaştırılması sağlanmıştır. Psikiyatrik hizmetler ayaktan tedavi hizmeti

veren genel hastanelere kaydırmak ön plana çıkmıştır. Akıl hastanelerinde sanatın öne çıktığı tedavi protokolleri uygulanmaya başlamıştır.

Tüm bunlar, savaş sonrası toplumun acıya artmış duyarlılığı ve eskiye ait her şeyi değiştirme eğilimi, iç dünyasındaki acıyı çarpıcı bir aldırmaçlıkla dışa savuran psikotik sanata karşı, ilgi ve hayranlığı desteklemiş olabilir. Bu dönemde, sanatın psikiyatrik tedavide kullanılmasının amacı, hastanın kendini dışa vurarak rahatlamasıydı. O dönemde sanatla terapi çalışmalarında resmin ön planda olduğu görülmektedir. Hastanın tedavinin öznesi olarak dikkati üzerinde hissetmeden çalışabileceği geniş mekânlar kurgulanmış, terapistlerin sessiz gözlemciliğinde, hastaya hiç müdahale etmeden resim yapmaları saplanmıştı (Killick 1993, Yazıcı 2006).

## **II. Sanatla Terapide Antipsikiyatri Akımının Etkisi**

1960 başlarından 1970 sonlarına kadar olan dönemdir. Bu dönemde İngiliz Sanat Terapistleri Derneği kurulmuştur. Antipsikiyatri hareketi ve hümanistlik terapötik düşünce ekolleri sanatla terapi yapan terapistler tarafından benimsenmiştir. “Normal ve anormal nedir?” tartışması alevlenmiş, deliliği neyin oluşturduğuna dair kabul görmüş fikirlere meydan okunmaya başlanmıştır. Sanatla terapide Jung’un etkisi hissedilmeye başlanmıştır. Jung heykeltıraştı. Sanatın pek çok dalıyla ilgiliydi. Dili önemseyen Freudyen ekollerden farklı olarak, psişenin kendini ortaya koyduğu bir ilkel form gibi gördüğü imgeyi önemsiyordu. Bu anlamda da deliliği, yalnızca psikolojik bir yıkım olarak değil, aynı zamanda zihnin katmanları üzerindeki örtüyü kaldırarak içsel doğayı ortaya çıkaran bir süreç olarak görüyordu. (Killick 1993, Yazıcı 2006, Aydın 2012).

## **III. Çağdaş Sanatla Terapi**

1980’den günümüze kadar olan süreci içermektedir. Sanatla terapi yapan terapistler, yaptıklarının bir oyalanma ya da uğraşı terapisi olmadığını, serbest çağrışımla işleyen bir boşalım, iletişim kurma, yorumlama yöntemi olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu çaba nedeniyle sanatla terapi çeşitli psikoterapi yaklaşımları içinde yer almaya başlamıştır. Ancak 1980’lerin ikinci yarısı ve 1990’ların başlarında yaşanan ağır ekonomik koşullar kamuya ait kliniklerde sanatla terapi uygulamalarının askıya alınmasına yol açtı. Artık, kamu hizmeti birimlerinde tedavi alanında çalışan kişilerin dikkatlerini terapötik ilişkilerin yanı sıra çalışmalarının politik ve ekonomik koşullarını anlamaya da yöneltmeleri gerekmektedir (Killick 1993; Killick ve Schaveiren 2003, Yazıcı 2006, Aydın 2012).

2000’lerde artık sanatla terapi toplumsal iyileşme için anahtar rol oynamaya başladı. Sağlıklı ve sağaltımı ve kendini ifade edebilme gücünü geliştirme konusunda yaklaşımların sanatla terapinin gruplarla çalışılmasını yaygınlaştırdı. Otizm, down sendromunun bir yaşam biçimi olarak ele alınması gerektiği bakış açısının yaygınlaşmasıyla birlikte sanatla terapinin etkinliği daha da arttı.

Türkiye`de de özellikle 1999 depremi sonrasında travma terapisi eğitimi için gelen uzmanlar tarafından tanıtılan ve giderek yaygınlaşan dışavurumcu sanat terapisi, terapistlerin sıklıkla başvurduğu bir yöntemdir. Sanat terapisinin diğer yöntemlere göre en güçlü yanı; en acı verici konuları bile yumuşakça, kişiyi rahatsız etmeden ele almasıdır. Bu sebeple değişik kaynaklı travmalarla (Steele, 2003), değişik şiddette ve tanıda olan psikolojik sorunlarla bu teknikle rahatça çalışılabilmektedir. Travma çalışmalarında sanat terapisinin pek çok dalından yararlanılmaktadır. Hikayeler, beden ve dans terapisi, kil ve resim çalışmaları travmada iyileştirici çalışmalar olarak yer almaktadır.

Görüldüğü gibi insanın serüveni devam ettikçe yaklaşımlar çeşitlenecek ve terapi biçimlenecektir. Değişmeyen tek şey ise sanatın dışavurumcu gücü olarak kalacaktır. Önemli olan bu gücün yetkin biçimde kullanılabileceği araçların uyum koşullarda kullanılmasıdır.

### Kaynaklar

1. Adler A. (2005). Bireysel Psikoloji. (Çeviri Ed A. Kılıçoğlu). İstanbul: Say Yayınları.
2. Akhan Utaş L. (2012).Psikopatolojik Sanat ve Psikiyatrik Tedavide Sanatın Kullanılışı. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science 2 (2) :132-135.
3. Capacchione L. (2012). Sanat Terapisiyle İyileşmek. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
4. De Botton A., Armstrong J. (2014). Terapi Olarak Sanat. İstanbul Everest Yayınları.
5. Eracar N. (2013). Sözdən Öte Sanatla Terapi ve Yaratıcılık. İstanbul 3P Yayıncılık.
6. Eren N. (1998). Psikotik ve Borderline Hasta Gruplarında Sanatla Psikoterapi Sürecinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
7. Freud S. (1999). Edebiyat ve Sanat. (Çeviri Ed E Kapkın, AT Kapkın). İstanbul: Payel.
8. Killick K, Schaveiren J. (2003). Sanat Psikoterapi ve Psikoz. Yelkovan Yayıncılık.
9. May R. (2005). Yatırma Cesareti. (Çeviri Ed A Oysal). 9. Baskı. İstanbul: Metis Yayınları.
10. San İ. (1977). Sanatsal Yaratma ve Çocukta Yaratıcılık. Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları.
11. Soysal AŞ. (2015). Terapi Koltuğunda Edebiyat Yapma. Deliler Teknesi. 53: 20-24.
12. Soysal AŞ., Düzakın S. ( 2017). Sanatla Terapi ve Yaratıcılık Bir Eğitim Modeli Olabilir mi?. Ankara Nobel Yayınları

## ADALETİN GÖLGESİNDE TRAVMA MAĞDURU İLE YÜRÜMEK

**İsmail SAV\***

\*Uzman Psikolojik Danışman

### Giriş

Sosyal hizmet uzmanları hukuk sisteminde bireysel ve sosyal adaletin yerine getirilmesinde önemli bir hizmet sunmaktadırlar. Toplumun en dezavantajlı grup ve bireylerine yaşadıkları mağduriyet, maruz kaldıkları suç ve kaybettikleri güvende olma duygularının kırıldığı zor zamanlarda eşlik etmektedirler. Toplum, kendi üyelerine emniyette hissetme, adalet ve koruma sözü vermiştir. Suç ve mağduriyet gizli anlaşmanın bozulduğu derin incinmelerin ve ruhsal kırılmaların fiziksel zararlarla büyüdüğü bir sonuç yaratmıştır. Umut, gelecek ve iyi hissetme hali bireyler için ortadan kalkmıştır. Adaletsizliğin iç dünyalarda yıkımlar yaptığı zor zamanları yaşamaktadırlar. Mağdurlar uğradığı adaletsizliği onarmak ve iyileşmek ister. Adalet sistemi maddi somut delillerle matematiksel bir denklemin sağlanması gibi soğuk, insana uzak sonuca odaklanmıştır. Mağdurlar hukuk sisteminin soğuk kollarında daha da çok incinebilmektedirler.

Mağdur, suçun hayatından çaldığı güven ve yaşadığı tramvanın terörü, dehşeti korkusu ve kimliğinde yaşadığı utanç verici acıya, en güçlü ve empatik dokunuşun sesini duymak istemektedir. Sosyal çalışmacılar bu adaletsizliğe şahitlik eden bir pozisyondadırlar. Mağdurun acısının sessiz çığlıklarını duyan kulak, insana yapılan vahşeti gören göz olarak konumlanmışlardır. Sosyal çalışmacılar ifadeleri ve sözleriyle hak savunuculuğu, toplumun bütünlüğünün sözcülüğü, aktivist ve harekete geçirici gibi işlevler taşımaktadırlar. İyi olma hali bozulmuş, acı çeken, utanç duyan güçsüz hisseden, adalet isteyen mağdurların duygusal taleplerinin yoğunluğu sosyal çalışmacılarda şefkat yorgunluğuna sebep olabilmektedir. İnsanın yapabileceği vahşete tekrar tekrar şahit olan sosyal hizmet görevlileri ikinci bir travmanın etkisinde ağır stres altında kalabilmektedir.

Adli sosyal inceleme raporları insan hayatı ile ilgili en kesin ve güçlü sorumluluk taşıyan şahitlik belgeleridir. Bu çerçevede mağdur için yapılan görüşmeler aynı zamanda failer için de geçerlidir. Fail suça sürüklenmesinde doğuştan kusurlu ya da yönelimli kabul edilemezdir. Bir insan toplumun farklı gruplarının en küçük parçası olan bir ailenin içine doğar. Kişiler ailelerini ve çocukluk hayatını geçirecekleri ortamları seçemezler. Sevgi, güven ve korunma ihtiyacı karşılanamayan bireyler hayatlarında kötü şartlara ve mağduriyetlere maruz kalarak büyüebilmektedirler. İhmal, fiziksel şiddet, duygusal şiddet ve istismar aşağılanma, hor görülme sonucu ruhsal incinmelerin kurban olan çocukları derinden etkilemektedir. Bu şartlar altında büyüyen çocuklar kendilerini koruyamayan toplum ve devlet aygıtının organlarına içlerindeki öfke ve incinmişlik ile yoğun nefret hissedebilmektedirler. İçlerindeki travma şeytanını, toplumun kendilerini koruyamamasına, adaletsizliğine isyan ve çaresizlik ile serbest

birakabilmektedirler. 12 yıl zorunlu eğitim ile devlet aygıtı kendi geleceğinin mimarı olan çocuklarına iyi bakamamış olabilmektedir. Eğitim ve hayata hazırlama gibi bir fonksiyonu işlevsiz yerine getirebilmektedir. Suça sürüklenen failer o zaman sağlıklı bir toplumun üyesi olma, güven dolu ilişkilerde kendi kimliğini görünür kılma ve iyileştirici bağlar kuramayabilmektedirler. Ruhsal incinmelerinin acısı bu döngüde telafi edilmeyebilmektedir. Failer travmanın döngüsünü kendilerinden zayıf kurbanlar bularak onlara içlerindeki acı ateşini bulaştırabilmektedir.

Devlet aygıtının suç ve suçlulukla mücadelede toplum için koruma ve onarma, rehabilitasyon hizmetini yerine getirmesi gerekmektedir. Hukuk sistemi salt adaleti değil, adil bir sorumluluğu kendi üzerinden kabullenmelidir. Toplumun kendi içindeki incinmiş üyelerinin sürüklendiği suçluluk ve mağdurların yaşadığı adaletsizlikten maddi ve manevi olarak bedelini ödeme kefareti sergilemelidir.

Adli sosyal inceleme raporları; Mağdurun yaşadığı adaletsizliğe en güçlü şahitlik ve tarihe kayıt düşecek toplumsal sorumluluk belgeleri olarak düzenlenmelidir. Failerin, zorba istismarcıların mağduriyet süreçlerini de görmezden gelmemelidirler. Hukuk sisteminin suç ve suçluluk konumuna karşı sorumluluğunu görmek ve hatırlatmak zorundadır. Toplumsal mutabakatın kırıldığını ve bu süreçte devlet sisteminin her iki üyesini de koruyamadığına yönelik, yapacağı güçlü vurgu ile bir hatırlatma yapabilmelidir.

Sosyal çalışmacıların adli raporlama süreçlerinde Devlet aygıtının toplumsal adaleti tesis etme sorumluluğunu göstermelidir. Adalet fail ve mağdur arasında bir düzenleme olmamalıdır. Suç, suçlu ve mağdur döngüsünde, devlet aygıtının her mağdur için maddi ve manevi bir tazminat ödemenin sorumluluğunu hissetmesi ve fark etmesi için bir kapıyı açabilir misiniz? Sosyal çalışmacıların raporlamalarında bu hususun görünür bir vurgu ile yer alması güçlü bir dönüşüm sürecinde başlangıç olabilir mi?

Mağdurum ihtiyacı olan adaleti suçlu ve suça sürüklenmiş bireylerin üzerinden onarmak üzerine biraz düşünülebilir mi? Faili rehabilite ve toplumu ıslah ve yaralarımızı sarmak için bir yeni bakış açısı raporlama süreçlerine yansiyabilir mi? Adalet maddi deliller ışığında hukuk sisteminin gölgesinde toplumun bir arada güvenle yürütmesinde kalpleri ısıtmaktan uzak olabilmektedir. Adli sosyal incelemede raporlama toplumun yaralarına ve iyileşmesine şahitlik etmektir.

## ÖZEL GÜVENLİK HİZMETLERİ AÇISINDAN ADLİ SOSYAL HİZMET

Av. Alp ASLAN\*

\*OYAK Savunma ve Güvenlik Genel Müdürlüğü

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'nde ikinci sıra yer alan "güvenlik" ihtiyacı, insanları her çağda meşgul etmiştir. Güvenlik kelimesi Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğü'ne göre "*Toplum yaşamında yasal düzenin aksamadan yürütülmesi, kişilerin korkusuzca yaşayabilmesi durumu, emniyet*" anlamına gelmektedir. Günümüzde güvenlik kavramı "kamu düzeni" kavramı içerisinde yer almaktadır. Kamu düzeni, kamu hizmetlerinin iyi ve adil yürütülmesinin yanı sıra, insanların güvenlik ihtiyacının da karşılanmasını kapsar. Vatandaşların kamu hizmetlerinden sosyal devlet ilkesi kapsamında eşit ve adil bir şekilde yararlanmaları için zaman içerisinde toplumsal işbölümü ve uzmanlaşmanın gereği olarak örgütlü yapılar ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda "güvenlik" ihtiyacının karşılanması görevi de "kolluk" denilen yapıya düşmüştür. Kamu gücünü kullanan kolluk birimleri, bireylerin toplumsal düzene aykırı davranış sergilemelerinin önüne geçerek kamu düzenini gerçekleştirirler. Bu anlamda kolluk kavramı, kamu düzeninin sağlanmasındaki açık kamu yararı nedeniyle, kanun çerçevesinde sınırlanan kişi hak ve özgürlüklerinin kullanılmasını, kamu düzeninin sağlanmasını ve kamu düzenini olumsuz etkileyen faaliyetlerin engellenmesini, bozulduğunda gerektiğinde kuvvet de kullanmak suretiyle yeniden kurulmasını kapsar.

"Kolluk" kavramı, toplum huzurunu ifade eden "asayiş" kavramı ile iç içedir. Ülkemizde genel emniyet ve asayişten İçişleri Bakanlığı sorumludur. 1937 tarihli Emniyet Teşkilatı Kanunu'na göre Polis ve Jandarma Teşkilatı "Genel Kolluk", kendi kanunlarına göre kurulup belirli görevleri gören kolluk teşkilatları ise "Özel Kolluk" olarak tanımlanmıştır. 5188 s. Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun kapsamında yürütülen Özel güvenlik faaliyetleri; özel hukuk tüzel kişilerinin güvenliklerinin ve korunmalarının sağlanmasına yönelik olarak kurumların kendi içyapılarında oluşturdukları birimler ya da bu amaç doğrultusunda faaliyet göstermek üzere kurulmuş bulunan özel hukuk tüzel kişilerin tarafından gerçekleştirilen koruma faaliyetleriyle, gerçek kişilerin güvenliklerinin sağlanması ve korunması amacıyla özel güvenlik şirketlerince sağlanan koruma hizmetlerinden oluşur. Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun'da açıkça belirtildiği üzere, özel güvenlik faaliyetlerinin amacı, kamu güvenliğinin sağlanmasında tamamlayıcı rol üstlenmektir. Genel kolluk faaliyetlerinin tamamlayıcısı konumunda bulunan özel güvenlik faaliyetlerinin, kamu yararını sağlayabilmesi için genel kolluk birimleriyle gereken durumlarda birlikte hareket etmesi gereklidir. Yasa koyucu il ve ilçelerde kamu düzeninin sağlanması konusunda mülki idare amirlerinin sahip olduğu yetkilerin kullanılması konusunda özel güvenlik birimlerinin, genel idari kolluk birimleriyle birlikte verilen emirleri yerine getirmek zorunda olduğunu düzenlemiştir. Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun'un m.9/III hükmüne göre, özel güvenlik görevlileri, zor kullanma ve yakalama yetkilerinin kullanılmasını gerektiren olaylarda yakalanan kişi ve zapt edilen eşya ile genel kolluğa teslim edecek olup, olay



hakkında bilgi sahibi olan genel kolluk birimleri de olayın niteliğine göre adli ya da idari kolluk olarak duruma müdahalede bulunacaktır. Özel güvenlik görevlileri, genel kolluk kuvvetlerine derhal bildirmek şartıyla, aramalar sırasında suç teşkil eden veya delil olabilecek ya da suç teşkil etmemekle birlikte tehlike doğurabilecek eşyayı emanete alma yetkisine sahiptir (m. 7/f). Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik kapsamında, özel güvenlik birimleri gerektiğinde genel kolluğa bağlı olarak görev yapabilecek, görev alanlarında meydana gelen olumsuzlukları ya da yasal zorunluluk bulunan durumları genel kolluğa bildiren ve görevini kolluk amiri olan mülki idare amirinin emir ve direktifleri doğrultusunda yürüten kolluk yardımcısı birimler olarak kabul edilmektedir. Özel güvenlik görevlileri, Adli ve Önleme Aramaları Yönetmeliği hükümlerine göre görev alanında, can ve mal güvenliğinin ve kamu düzenin sağlanması, suç işlenmesinin önlenmesi, taşınması veya bulundurulması yasaklanmış her türlü silah, patlayıcı madde veya eşyanın tespit edilmesi amacıyla detektörle, x-ray cihazından geçirerek veya Kanunda belirtilen durumlarda gerektiğinde üst araması yapabilir. Özel güvenlik görevlileri, kişinin vücudu veya sağlığı bakımından mevcut bir tehlikeden korunması amacıyla yakalama yetkisine sahiptir. Ayrıca olay yerini ve delilleri koruma, genel kolluğun olaya el koymasından itibaren araştırma ve delil toplama faaliyetine genel kolluğun talebi halinde yardımcı olma ve bu amaçla Ceza Muhakemesi Kanununun 168 inci maddesine göre yakalama yetkileri de özel güvenlik görevlilerine verilmiştir. (m. 7/1,j) ( Uygulama Yönetmeliği m. 16).

Özel Güvenlik Hizmetlerinin, çeşitlenen ve hızlanan toplum yaşamında bireylerin kamu hizmetleri ile ilk temas noktasını oluşturduğu daha sıklıkla gözlenmektedir. Adliye, Hastane, Hava alanı, Okul, Alış-Veriş Merkezi gibi toplumsal etkileşimin en yoğun olduğu alanlarda 5188. S. Kanun kapsamında kolluk faaliyetlerinden destek alındığı ve buralarda Özel Güvenlik Teşkilatlarının kurulduğu sıklıkla görülmektedir. Toplum huzurunun sağlanmasında sac ayağını oluşturan kolluk hizmetleri, sosyal hizmetler ve adalet hizmetleri dahilinde Özel Güvenlik Hizmetlerinin de önemli rol oynadığı gözlenmektedir. Özel güvenlik görevlilerinin 5188. S. Kanun kapsamındaki yetkileri çerçevesinde görevlerini yerlerine getirirken, özellikle adli sosyal hizmet sosyal eğitimi almış olmalarında yarar bulunacaktır. Özel güvenlik görevlilerinin görev yerlerinde işlerinin doğası gereği karşılaşacakları durumlar ile baş etmeleri ve genel kolluğu çağrılmaları gerekli durumları ayırt edebilmeleri bu sayede mümkün olabilecektir. Örneğin sağlık çalışanlarına şiddetin önlenmesinde (önlenememesinde) Özel Güvenlik Hizmetlerinin büyük payı bulunmaktadır. Özellikle Hastaneler ve Sosyal Hizmet Merkezlerinde özel güvenlik görevlilerinin son derece eğitilmiş olmaları beklenmelidir. Adliyelerimizde yaşanan istenmeyen olaylarda da çoğunlukla ilk müdahale özel güvenlik görevlilerince yapılmaktadır. Benzer şekilde Okullarda ve Alış-Veriş Merkezlerinde adli mercilere intikal etmeyecek seviyede her gün yaşanan yüzlerce olay, Özel Güvenlik birimlerince çözüme kavuşturulmaktadır. Sonuç olarak gelişmekte olan Adli Sosyal Hizmet çalışmalarında Özel Güvenlik Hizmetlerinin de sürece dahil edilmesi ve ortak yaklaşımlar geliştirilmesi ihtiyacı bulunmaktadır.

## HASTA KAYITLARININ SAKLANMASI VE GÜVENLİĞİ

### Storage and Security of Patient Records

Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ\*

\* Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

#### ÖZET

Hasta kayıtları, tarih öncesi kil tabletlerden günümüzde kullanılan bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemlerine kadar uzanan ve tıp tarihine paralel giden bir geçmişe sahiptir. Kayıtlar, en ilkel biçiminden bugün kullanılan elektronik hasta kayıtlarına kadar geçen süreçte, hastanın tanı ve tedavisiyle ilgili klinik kararlarda destek sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Günümüzde ise, sunulan sağlık hizmetlerinin devamlığı, sağlık hizmeti sunanlar arasında iletişim, geri ödemeye esas olmak üzere veri sağlama, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve etkililiğini değerlendirmek için veri elde etme, tıbbi araştırmalar ve eğitim için bilgi desteği sağlama, sağlık kuruluşlarına operasyonel kararlar için veri sağlama, yasal gereklilikler ve adli olaylar için veri sağlama gibi pek çok farklı amaç için kullanılmaktadır. Hasta kayıtları, hasta verilerine olan talebin artması, teknolojinin sağladığı olanakların gelişmesiyle birlikte, kâğıda dayalı sistemlerden elektronik hasta kayıt sistemlerine doğru bir gelişim göstermiştir. 21. Yüzyıl, bilgi toplumu, yıkıcı teknolojiler çağı gibi farklı isimlerle tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe sanal gerçeklik, yapay zekâ, nesnelerin interneti gibi uygulamalar hastadan sağlanan veri de büyük bir patlamaya yol açmıştır. Hastadan alınan bu verilerin üssel artışı (moon yasası) ve veri kaynaklarının dijital platformlara taşınması, verilerin güvenliğinin sağlanması için bireysel, hukuki, teknolojik, organizasyonel ve toplumsal düzenlemeleri zorunlu kılmıştır. Bu amaçla ülkeler, uluslararası ve ulusal birçok kuruluş yasal, teknik düzenlemeler yapmaktadır.

#### Anahtar Kelimeler:

#### ABSTRACT

Patient records have a history that extends from prehistoric clay tablets to computer-based patient recording systems used today and parallel to medical history. The records were used in order to support the clinical decisions related to the diagnosis and treatment of the patient in the period of from the most primitive form to the electronic patient records used today. Today, they are used for several different purpose such as continuity of the health services provided, communication between health service providers, providing data for reimbursement, providing data support for medical research and education, evaluating the quality and effectiveness of the health service provided, providing data for operational decisions to health institutions. providing legal requirements and data for forensic events. Patient records showed an improvement from paper-based systems to electronic patient registry systems with the increasing demand for patient data, and the opportunities provided by technology. The 21st century is defined by different names such as the information society, the age of destructive technologies. Applications such as virtual reality, artificial intelligence, the Internet of objects in the healthcare sector have also led to a massive explosion of data from the patient. The exponential increase of this data (moon law) and the transfer of data sources to digital platforms necessitated individual, legal, technological, organizational and social regulations in order to ensure the security of the data. For this purpose, countries, international and national organizations make legal and technical arrangements.

#### Key Words:

## ENGELLİ BİREYLERİN SOSYAL HAYATTA UYUM SORUNLARI VE TOPLUMUN KABULÜ

### Disabled Individuals Compliance with Social Life and Adoption of Society

Dzheikhuna ALIYEVA\*

\*Zihin Engelliler Öğretmeni, Ukrayna

<p><b>ÖZET</b></p> <p>Engelli birey için en temel sorun, topluma uyum sağlamak ve üretici duruma geçmektir. Ancak bu amacın gerçekleşebilmesi için toplumun da engelli bireyleri kabul etmesi ve onlara yönelik olumlu yaklaşım içinde bulunması gereklidir. Ülke genelinde engellilere yönelik tutumların, algıların ve düşüncelerin genelde olumludur. Bununla birlikte acıma, engellileri tercih etmeme, ayrı okullarda eğitim görmelerini düşünme gibi olumsuz tutumların varlığı da söz konusudur. Engelli öğrencilerin kaynaştırma uygulamalarında normal gelişim gösteren akranları arasındaki sosyal statülerini etkileyen değişkenlerden söz edilmektedir. Kaynaştırma sınıflarındaki öğrencilerin sosyal kabullerinin, öğretmenlerin tutumlarıyla yakından ilişkilidir. Öğrenciler açısından bakıldığında ise, cinsiyet, yaş eğitim düzeyi, engelin türü ve düzeyinin, engelli öğrencilerin sosyal kabullerini etkileyen değişkenlerdir.</p> <p>Sonuç olarak, hayatımız her alanında özel gereksinimi olan bireylerle karşılaşmaktayız. Onlara karşı sergilediğimiz tutumlar, kullandığımız dil ne kadar çok kabul edici olursa o kadar özel gereksinimi olan bireylerin toplumsal uyumu kolaylaşır. Sorunlar genel olarak bilinmekle birlikte, asıl amaç farkındalık oluşturmaktır. Gelin hep beraber farkındalık oluşturalım.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> engelli birey, uyum sorunları, sosyal hayat, toplum</p>	<p><b>ABSTRACT</b></p> <p>The main problem for the disabled person is to adapt to society and to become a producer. However, in order to achieve this goal, it is necessary for the society to accept individuals with disabilities and to have a positive approach towards them. The attitudes, perceptions and thoughts towards disabled people throughout the country are generally positive. However, there are also negative attitudes such as pity, disability and disability in separate schools. The variables that affect the social status of disabled students among their peers who have normal development are mentioned. The social acceptance of students in mainstreaming classes is closely related to the attitudes of teachers. In terms of students, gender, age education level, type and level of disability are the variables affecting the social acceptance of students with disabilities.</p> <p>As a result, we encounter individuals with special needs in every aspect of our lives. The attitudes towards them, the more accepting the language we use, the easier the social cohesion of individuals with such special needs. Although the problems are generally known, the main aim is to raise awareness. Let's create awareness together.</p> <p><b>Key Words:</b> disabled individual, compliance issues, social life, society</p>
--	--

## ENGELLİ BİREYLERİN SOSYAL HAYATTA UYUM SORUNLARI VE TOPLUMUN KABULÜ

### Engelli (Özel Gereksinimi Olan) Birey Kimdir?

Özürlü kanununa göre engelli tanımı şöyle yapılmakta: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal 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 kişidir. Bu tanımdan yola çıkarak şunu varsayabiliriz ki, engelli bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları zorluklar belirlenerek, özel gereksinimleri karşılandığında ve ihtiyaç

duydukları hizmetler ve eşit erişim hakkını hedefleyen düzenlemeler sunulduğunda, toplumsal yaşama uyumları artacak ve “engellilik” durumu, “engellenmişlik” durumuna dönüşmeyecektir. Örneğin dönen musluğu açamayan birisi için otomatik ya da yukarı kalkan musluk verilirse engellilik durumu ortadan kaldırılmış olur. Bireyin çevresi düzenlenirse, onu engelli hale getirilen sebepler ortadan kalkar, böylece bu bireylerin sosyalleşmesi kolaylaşmaktadır.

### **Engellilik Tanımları ve Sınıflandırılması**

Yetersizlik, özürlülük ve engellilik kavramları birbirlerinin yerine kullanılmakta ve tanımlamaları da çeşitlilik göstermektedir. Fakat bu kavramlar birbirinden farklı anlamlar taşımaktadır (Çağlar, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu kavram karmaşasını önlemek, çeşitli disiplinler ve bilim alanlarında sağlık ve tıbbi bakımla ilgili dünya çapında iletişimi sağlayan standart, ortak bir dil oluşturmak amacıyla uluslararası çeşitli sınıflandırmalar geliştirmiştir (WHO, 2011). İlk olarak DSÖ 1980 yılında Yetersizlik, Özürlülük ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-ICIDH) isimli bir sınıflama sistemini geliştirmiştir. ICIDH, özürlülük olgusunu 3 kategoride ele almıştır:

1. **Yetersizlik (Impairment):** Vücudun zihinsel, fiziksel veya işlevsel bozukluğudur. Yetersizlik doku, organ, ekstremit, fonksiyonel sistem ya da vücut mekanizmasındaki psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapı ve fonksiyonların geçici, sürekli kaybı ya da anormalliğini ifade eder.
2. **Özürlülük (Disability):** Yetersizlik sonucu fonksiyonel kapasitede azalma ya da kayıptır. Yetersizlik sonucu günlük aktiviteleri içeren beklenen davranış ve fonksiyonlarda eksiklik ya da aşırılıktır.
3. **Engellilik (Handicap):** Bir yetersizlik ya da özürlülük sonucu oluşan, toplum tarafından kişiden beklenen bireysel performans veya durumdan sapmaya neden olan toplumsal bir bozukluk olarak ifade edilir. Engellilik, yetersizlik ve özürlülüğün sosyal ve çevresel sonuçlarıdır (Minaire, 1992, Çakmak, 2008; Bilsin ve ark., 2014,).

### **Sınıflandırılması**

- Zihinsel Yetersizlik (hafif, orta, ağır, çok ağır)
- İşitme Yetersizliği
- Görme Yetersizliği
- Ortopedik Yetersizlik
- Özel Öğrenme Güçlüğü
- Birden Fazla Alanda Yetersizlik

- Otizm
- Özel Yetenekli Birey (MEB,2018)

### **Engel Türlerin Tanımları**

#### **□ Zihinsel Yetersizlik (hafif, orta, ağır, çok ağır)**

Zihin yetersizlik, hâlihazırdaki işlevlerde önemli sınırlıklar göstermektedir. Zihinsel işlevlerde önemli derecede normal altı, bunun yanı sıra zihinsel işlevlere ilişkili uyumsal beceri alanlarında (iletişim, öz bakım, ev yaşamı, sosyal beceriler, toplum hizmetlerinde yararlanma, kendilik yönetimi, sağlık ve güvenlik, işlevsel akademik beceriler, boş zamanları değerlendirme ve iş) iki ya da daha fazlasında sınırlıklar gösterme durumudur. Zihinsel yetersizlik durumu 18 yaşından önce ortaya çıkmaktadır. Bu bireylere eğitim programlarında yer alan becerilerin işlevsel olması, onların toplumsal yaşama katılımını kolaylaştıracağı savunulmaktadır.

#### **□ İşitme Yetersizliği**

İşitme yetersizliği kavramı bütün işitme kayıplarını kapsar. İşitme kaybının dereceleri sıklıkla: normal, çok hafif, hafif, orta, orta-ağır ve ağır şeklinde sınıflandırılmaktadır.

#### **□ Görme Yetersizliği**

Eğitsel açıdan görme yetersizliği; öğrenmesini dokunarak, işiterek ve konuşan kitapları dinleyerek sürdürmeye gereksinimi olan bireylerdir.

#### **□ Ortopedik Yetersizlik**

Fizik yetersizlikleri ve sağlık sorunları olan bireyler genel olarak iki başlık altında incelenir: ortopedik yetersizlikler ve diğer sağlık yetersizlikleri. Ortopedik yetersizlikler kısaca hareket ile ilgili yetersizlikler olarak tanımlanır. Sağlık yetersizlikleri ise, bireyin tıbbi problemler nedeniyle sürekli tedavi ve bakıma gereksinimi olması durumudur. Bu yetersizliklerin çoğu bireyin eğitsel performansını etkilemektedir. Yetersizlikleri akut ya da kronik olabilir, nöbetler halinde gelişebilir veya ilerleyici olabilir. Bu bireylerde aynı zamanlarda diğer hastalıklar, zihinsel yetersizlik, duygusal ve davranışsal bozukluklar olabilir veya özel yetenekleri olabilir. Problemin tıbbi doğası gereği eğitimde disiplinler arası işbirliği gereklidir. Bu bireylerin büyük bölümünün özel eğitim gereksinimleri yapılacak bazı düzenlemelerle normal okullarda karşılanabilir.

#### **□ Özel Öğrenme Güçlüğü**

Öğrenme güçlüğü, okuma, yazma, bilgileri işleme, konuşma dili, yazı dili veya düşünme becerileri gibi akademik becerilerde güçlükler yaşayan, buna karşın ortalama veya ortalamanın üzerinde zekâyâ sahip olan bireyler grubunu gösteren bir terim olarak kullanılmaktadır.

#### □ **Birden Fazla Alanda Yetersizlik**

Zihinsel fonksiyonlarla bağlantılı çevrenin günlük isteklerine uyum sağlamada önemli derecede geriliği olanlar, “Fiziksel, zihinsel ya da duygusal problemlerinin yoğunluğundan dolayı, toplumsal, psikolojik, tıbbi ve eğitsel özel destek hizmetlere gereksinimi bulunan çocuklardır” şeklinde tanımlanmaktadır.

#### □ **Otizm**

Otizm Spektrum Bozukluğu, sosyal etkileşim, iletişimde yetersizlikler, sınırlı tekrarlayan davranışlar ve sınırlı ilgi alanları ile kendini gösteren nöro – gelişimsel bir bozukluktur. Çoğunlukla yaşamın ilk üç yılında fark edilen, her toplumda, kültürde, dünyanın her yerinde görülen bir bozukluktur.

#### □ **Üstün ve Özel Yetenek**

Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği ve bu alanda çalışan pek çok araştırmacının benimsediği tanıma göre zeka bölümü (IQ) çeşitli ölçeklerde sürekli olarak normların üzerinde ve kendi yaşlılarından rastgele seçilmiş bir kümenin %98’inden üstün olanlara *üstün zekalı* denir. Üstün yetenekli ise zeka bölümü sürekli olarak normların üzerinde olup güzel sanatlar, matematik ve teknik gibi alanlarda yaşlılarından belirgin ölçüde üstün olanlara verilen addır (Renzulli ve ark., 1998; Webb, 2007; Gülmeriç, 2018).

#### **Etiketleme ve Kullanılan Dil**

Özel gereksinimi olan bireyi nasıl adlandıracağız? Ne desek daha az örseleyici olur? Bu konuyu şöyle başlamak uygun olacaktır. Sizi yeterliklerinize göre değil de yetersizliklerinize göre tanırlarsa ya da öyle bilerseniz neler hissedersiniz? “Evet, şu konuşurken sürekli gözünü kırıştıran söz ediyorum.” “Sizin okulda konuşurken sürekli aşırı heyecanlanan bir öğretmen vardı, adı neydi?” “Bu tür tanımlamalar sözü edilen kişinin değerini düşürebilir mi?” Büyük olasılıkla evet. Sonuçta, etiketleme yapıldığında özel gereksinimi olan bireyler diğerinden ayrılacak, değeri düşecek ya da diğerleri tarafından değersiz algılanacak, öğrenci de kendini değersiz hissedebilecektir. Bu nedenle özel gereksinimi olan öğrenciler için kullanılacak dili özenle seçmek, onları etiketleme ve damgalamaktan kaçınmak, bu bireylerin günlük yaşama tam katılımlarında olumlu sonuçlar doğurmasına etki edebilir. Pek çok eğitimci öğrencilerinin değerli olduğunu göstermek için “önce insan” dilini kullanır. Bu nedenle “fiziksel engelli” ya da “fiziksel engelli çocuklar” terimleri yerine “fiziksel yetersizlikleri olan öğrenciler” teriminin, etiketlemenin olumsuz etkilerini azaltabileceği belirtilmektedir. Tabi ki daha da iyisi sadece çocuğa “Mehmet, Ahmet” gibi kendi adıyla seslenmektir. Bir öğrenci, “neden önce benim CP’li (spastik) olduğumu söylüyorsunuz? Öncelikle benim adım Mehmet, sonra diğerlerinden farklı olarak CP’liyim, bu kadar!” diyor (Turnbull ve ark., 2007; Diken İH, 2010). Dolayısıyla kullanılan dil çok önemlidir.

## Engelli Sorunları

Engellilerin karşılaştıkları sorunların başında yoksulluk, eğitim, ulaşım, fiziksel çevre, konut ve iyileştirme gibi konular gelmektedir. Yapılan araştırmalar, dünyanın her yerinde engellilerin çok büyük çoğunluğunun toplumun yoksul kesimlerinden geldiğini ve yoksulluk içinde yaşadıklarını göstermektedir. Eğitimdeki eksiklikte yoksullukla endeksli olarak ortaya çıkmaktadır engelli ailelerinin maddi sıkıntılarından dolayı engelli çocuklarını okula göndermeleri güçleşmektedir. Bu sorunların haricinde en önemli olan sorun ise ailelerin ve çevredeki insanların engellilere bakış açısından kaynaklanmaktadır. Engellilerin karşılaştıkları diğer sorunlar ise şu şekilde sıralanmaktadır:

- **Rehabilitasyon:** Rehabilitasyon ve araç-gereç gereksiniminin yeterince karşılanamaması engellilerin toplumla bütünleştirilmesinin önündeki en büyük engellerden birisidir.
- **Engellinin Aile Yaşamı / Özel Yaşamı:** Fiziksel işlevlerindeki bozulma ya da bazı eksiklikler nedeniyle engellinin hareket yeteneği sınırlanınca, bu, onun özel yaşamına da bazı kısıtlamalar getirmektedir. Yetişkinliğine muhtaç durum ortaya çıkmaktadır.
- **İstihdam Sorunu:** Her insanın yapabileceği bir iş vardır ve engelliler de fiziksel ve ruhsal işlevlerinde bir bozulma ya da eksiklik olsa bile, onların bu niteliklerini dikkate alan uygun bir eğitim ve rehabilitasyondan geçirildikleri zaman çalışabilirler, üretime katılabilirler. Çalışmanın, kültürün önemli bir parçası sayıldığı toplumlarda, herkes gibi engelliler de çalışmaya/üretmeye isteklidirler.
- **Ulaşım, Fiziksel Çevre ve Konut:** Engellilerin içinde yaşadıkları fiziksel çevre, sahip oldukları fiziksel işlev bozuklukları/yetersizlikleri ve bunun yol açtığı sınırlamalar yüzünden büyük önem taşımaktadır. Toplumunu tasarlarlarken, bir toplum modeli ortaya koyarken, içinde yaşanılan fiziksel çevreyi de o toplumun içinde yaşayan herkesi düşünerek tasarlamak gerekir. Engellilerin karşılaştıkları sorunları çoğaltmak mümkündür (Koca, 2010).

## Öneriler

- Özel gereksinimi olan bireylerin misafirlğe gitme, sosyal hayatta olma gibi konularda geride durmasının en önemli nedeni yaşadıkları uyum sıkıntıları. Bu sorunun çözümünde görev, engelli yakınlarından çok toplumun üzerindedir. Bilinçli, hoşgörülü yardımsever bir bakış bu sorunun üstesinden gelebilir (Yumuşak, 2014).
- Engelli bireylere yönelik tutum ve davranışların geliştirilmesi ve özellikle engellilerin bu konuda nasıl anlayışlı olmak gerektiği konularda yapılacak eğitimlerin düzenlenmesi gerekmektedir (Bilsin ve ark., 2014).

- Özel gereksinimi olan bireylerin yaşamları hakkında kamu spotu yapılması gerekmektedir.
- Medya araçların engelli olan bireyler için yapılan bilgilendirme programların artırılması gerekmektedir.
- Bahsedilen bilinçlenme başka bir boyutuyla, engelli ailelerinin engellilere yönelik sosyal, kültürel faaliyetlere katılımını da teşvik edecektir.
- Bütün engellilerin topluma kazandırılmaları ve kendi güçleri ile üretken olmalarını sağlamak için sertifikalı eğitimler düzenlenip meslek kuruluşlarının eğitim almış engellileri istihdam etmeleri konusunda bilgilendirmeler yapılması faydalı olacaktır.
- Özel gereksinimi olan bireyin kaynaşma ortamların uyumlu hale getirmek için, kaynaştırma eğitimine uygun fiziksel çevre ve ders programları düzenlemeleri yapılması, yeterli sayıda rehberlik ve özel eğitim öğretmeni sağlanması, öğretmenlere, okul yöneticilerine, ailelere ve öğrencilere kaynaştırma eğitimi üzerine gerekli bilgilendirme yapılması öğrencilerin faydasına olacak (Ayrıl, 2013).
- Engelli çocuk ve ailesiyle hastanede, toplum sağlığı hizmetlerinde ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan hemşirelerin, engelliliğin önlenmesi, erken tanımlanması, aileye ve çocuğa bakım verme gibi önemli girişimleri bulunmaktadır. Hemşirenin her bir çalışma alanında ayrı rol ve görevleri olmasına karşın değişmeyen verici, savunucu, eğitici, araştırmacı, yönetici ve lider rolleri bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı hemşireler, engellilik tanımları, engelli çocuklar ve ailelerinin yasal haklarını bilmelidirler (Bilsin ve ark., 2014).

## Sonuç

Sonuç olarak, hayatımız her alanında özel gereksinimleri bireylerle karşılaşmaktayız. Onlara karşı sergilediğimiz tutumlar, kullandığımız dil ne kadar çok kabul edici olursa o kadar özel gereksinimi olan bireylerin toplumsal uyumu kolaylaşır. Anlatılan sorunlar genel olarak bilinmekle birlikte asıl amaç farkındalık oluşturmaktır. Gelin hep beraber farkındalık oluşturalım.

## Kaynaklar

- Ayrıl M. Kaynaştırma öğrencilerinin sosyal kabul düzeyleri. ELMIS Uluslararası Özel Eğitim Kongresi, 2013
- Bilsin E, Başbakkal Z. Dünyada ve Türkiye'de engelli çocuklar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 30 (2): 65-78
- Çağlar S. Engelli Hakları Sözleşmesi'nde Ayrımcılık Yasağı ve Türkiye'nin Uyum Sorunu. 2011.



- Çakmak NM. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki engelli tanımı hakkında bir inceleme. AÜHFD 2008; 52-62
- Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2008; 9 (2): 81-96-97.
- Diken İH. Özel eğitime gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim. Pegem Akademi 2010; 2.Baskı: 3-397
- Gülmeriç Ö. Üstün Yetenekli Kimdir? [www.ozgegulmeric.com/category/yazilar](http://www.ozgegulmeric.com/category/yazilar). Erişim Tarihi 27.09.2018
- Koca C. Engelsiz şehir planlaması bilgilendirme raporu. Dünya Engelliler Vakfı 2010; 3-35
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Özel eğitim hizmetleri yönetmeliği. 2018; 1.Kısım. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180707-8.htm>. Erişim tarihi: 27.09.2018
- Minaire P. Disease, Illness and Health: Theoretical Models of the Disablement Process, Bulletin of the World Health Organization. 1992;70(3):373-9.
- Renzulli, Joseph S.; Three-Ring Conception of Giftedness. 1998
- Turnbull AP, Turnbull HR, Wehmeyer ML. Exceptional lives:Special education in today's schools(5th ed.)Upper Saddle River, NJ:Merrill/Prentice Hall. 2007
- Webb JT, Gore JL, Amend ER, DeVries A.A Parent's Guide to Gifted Children. Scottsdale, AZ: Great Potential Press. 2007
- World Health Organization (WHO). World Report On Disability. Geneva. 2011.
- Yumuşak M, Çelikel Ş. Engelli bireylerin ve ailelerinin toplumsal hayatta yaşadıkları zorluklar araştırma raporu. Şanlıurfa Kalkınma Derneği, TRC2/14/DFD/0002, 2014; 1. Baskı <http://www.anadoluoizm.org/otizm-hakkinda/otizm-spektrum-bozuklugu-nedir>

## ADLÎ SOSYAL ÇALIŞMA BAĞLAMINDA ADLÎ GERİYATRİ

Prof. Dr. İlhan TOMANBAY\*

\*İstinye Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü  
\*Adlî Bilimler Derneği Adli Gerontoloji Komisyon Başkanı

### Kavramsal Giriş

Türkiye’de gerontoloji alanında yapılanlar, yazılanlar sınırlıdır. Kavramlaşma da gerektiği kadar oturmamıştır. Bu nedenle önce kavram diyerek başlamakta yarar görüyorum:

En heyecan verici yerden, işin kaynağından başlayalım. Kökü Yunanca olan gerontoloji birleşik sözcüktür. Eski Yunanca geron (gérōn) yaşlı logos bilgi, bilim demektir. Dolayısıyla gerontoloji yaşlılık bilimi anlamına gelir.

İnternette ulaşabileceğiniz kaynaklar (Örn: Vikipedi) gerontoloji kavramını ilk kez 1903 yılında Tıp Nobel sahibi Rus mikrobiyolog İlja Metschnikow’un (İlya Meçnikov) (1845-1916) kullandığını yazmaktadır. 1930’lu yıllardan başlayarak ABD ve diğer ülkelerde üniversitelerde bilim dalı olarak benimsenmiş, kürsüleri açılmıştır.

Gerontoloji yaşlılık bilimi anlamına gelmektedir. Bu terim, yaşlılık konusuyla ilgili tüm bilimsel dalları çatısı altında toplar.

Bugün Fransızca *gériatrie*, İngilizcede *geriatry*, Almanca’da *geriatrie*, Türkçede de geriyatri olarak kullanılan sözcüğün aslı Yunanca yaşlı anlamındaki *gérōn* ile bakım anlamına gelen *atri* ve bakımı hekim yapan takısıyla *iatrós*, *iatreía* sözcüklerinin birleştirilmesinden oluşturulmuştur ve yaşlılık hekimliği anlamındadır. Tıp dilinde yaşlı hastalıkları uzmanlığıdır.

Geriyatri sözcüğünün babası sözcüğü 1909 yılında ilk kez kullanan Avusturya kökenli Amerikalı hekim Dr. Ignatz Leo Nascher’dir (İgnatz Leo Naşer) (1863-1944).

Ek bilgi: Bir de yönetim biliminde benzer bir terim vardır: Gerontokrasi. İngilizce *gerontocracy*, yaşlılar iktidarı demektir. Eski Yunanca *gérōn*, yaşlı ve Eski Yunanca *kratía* **KPATIA** "iktidar" sözcüklerinin bileşiğidir.

Geriyatri tıp biliminin yaşlılık konusuyla ilgili tüm üretim ve çalışmalarıdır. Yani gerontolojide yaşlılıkla ilgili ekonomi, hukuk, sağlık, eğitim, sosyoloji, psikoloji, antropoloji ve sosyal (sosyal çalışma) olmak üzere yaşlılık alanında ve konusunda tüm bilim dalları devredeyken geriyatri sadece yaşlının her boyutuyla sağlık alanının bilimsel ve uygulamalı çalışmalarını içine alır. Bu da yaşlılık tıbbı, yaşlılığın tıbbı demektir. Geriyatri bir bakıma gerontolojinin alt dallarından biridir.

Adlî denildiği zaman hukuk adamlarının (yargıç, savcı, avukat) ve bunların yanısıra bugün Türkiye’inde sosyal çalışmacı, psikolog ve pedagoğun tüm siyasal yapının adalet konusundaki yeriyle birlikte adalet alandaki yerleri ve rolleri anlaşılır. Adlî sıfattır ve adaletle ilgili demektir. Adalet alanında tavırdan bilime ve uygulamaya değin tüm eylem ve işlemleri kapsar.

Adlî gerontoloji, gerontolojinin adalet alanındaki rollerini içerir, irdeler, geliştirmek için çabalar. Bu da geniş bir yelpaze oluşturur. Adlî Bilimler Derneğinin çalışmalarıyla pek üzerinde durulmayan gerontoloji bilim yapılanması içinde varlık bulan ve bilimsel, sanatsal, kültürel, sportif alanlarda insanın bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlarda değerlendirildiği ortalama 120 adlî bilim, eylem, düşünce ve hareket alanı olduğu ortaya çıkmıştır (Hancı, 2018). Bunun da zaman içinde artması kaçınılmazdır.

Tabii kavramsal bölümde adalet ve gerontolojiyi ele alınca yaşlının kim olduğunu da belirlemek gerekir. En azından bu yazı çerçevesinde yaşlı – diğer tüm değişkenler – gözardı edilerek, 65 yaşını geçmiş insan kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ölçütlerine göre orta yaşın 69’a çıktığı ve yaşlılığın 70. yaşla başladığı gerçeğini bile bile yaşlılığı biz, bu yazı çerçevesinde, Türkiye ölçeğinde 65 olarak almak istiyoruz, çünkü alışılmış hukuk kuralları ve geleneklerimiz bugün Türkiye’de 65 yaşına gelene yaşlı denmesini benimsemektedir.

Konumuz her ne kadar adlî gerontolojiye de gerontoloji konusunu enine boyuna anlayabilmemizin kolaylaşması açısından bu araya iki kavram daha sıkıştırmak istiyorum. Bunlardan biri sosyal gerontoloji (konumuz gerçevesi dışında ama sosyal geriatri de var), diğeri adlî sosyal çalışmadır.

Sosyal gerontoloji, yaşlının sosyal ilişkilerini inceler. Çünkü yaşlılıkta sosyallik üzerinde konuşulması gereken, yaşlının ömrünü etkileyecek önemde bir konudur. Öteyandan adlî gerontolojide yaşlının sosyal konumu, sosyal ilişkilerinin konumu adlî sorunların aşılmasında önemli bir veri olarak önümüzdedir. Sosyal ilişkiler dendiğinde de kişinin tüm toplumla ilişkileri değil, yakın çevresiyle (aile, komşu), mahalle ve işyeri çevresiyle olan ilişkileri anlaşılmalıdır.

Adlî sosyal çalışma ise gerontolojik çalışmalarda sosyal ilişkileri ele alınan yaşlının tüm sosyal ilişkileri ve ilişkisizliklerinin adlî sorunların çözülmesindeki kaçınılmaz önemine bağlı olarak yargı karşısında yaşlının sosyal ilişkilerini ele alarak veri sunacak mesleki çalışmadır. Sosyal gerontoloji adli sosyal çalışmanın konusudur; bir bakıma, alt dalıdır.

Adlî sosyal çalışmayı (forensic social work) adlî sosyal hizmet olarak adlandırmak olanaklı değildir. Çünkü sosyal hizmet (social service) yaşlıya verilecek somut hizmetler ve etkinlikler bütünüyken sosyal çalışma (social work) yaşlının sosyal ilişkilerinden hareket ederek onun

soyut ve somut sosyal ve psikolojik müdahalelerle sosyal refahını artırmayı hedefleyen bir meslektir. (İki kavramın farkı konusunda ayrıntılı bilgi için bkz: Tomanbay,2017).

Bu kavramsal girişten sonra adli gerontolojiye daha anlaşılır bir giriş yapabiliriz. Bu kavramları ayrı ayrı iyice tanımak aralarındaki bağlantıları da kolaylaştıracaktır.

### **Gerontoloji (Gerontology)**

Yaşlılık konusuyla ilgili olan tüm bilim dalları ve alt dallarının çalışmalarının, bilimsel, uygulamasal ve teknik üretimlerinin bütünü gerontoloji şemsiyesi altında yer alır. Başka deyişle tüm bilim ve uygulama dallarının yaşlılık konusuyla ilgili verimleri gerontoloji bilim dalının konusudur. Bu yüzden yaşlılığın bilimi, yaşlanmanın bilimi demek doğru ve açıklayıcı olacaktır.

Gerontolojinin şöyle ya da böyle varolan bilim dallarının hemen hepsiyle bir bağlantısı, bağlantısı yoksa bir ilintisi vardır. Ama gerontolojiyi yaratan ve destek veren daha az sayıda en önemli olarak görülecek belirli bilim dalları vardır. Bunlar, tıp (hastalık bilimi, medizin), toplumbilim (sosyoloji), ruhbilim (psikoloji), eğitim (pedagoji), ruh hastalıkları bilimi (psikiyatri), insanbilim (antropoloji), besinbilim (gastronomi), hukuk, istatistik, yurt ekonomisi, araştırma (metodoloji), sosyal psikoloji, vb... Çeşitli kaynaklarda yer alan bu bilim dallarına insan bilimi olarak Türkiye’de yeri pek de netleşmeyen bir bilimdalını (ve mesleği) da ekleyelim: Sosyal çalışma.

Bunların ikisi dışında tamamı sosyal gerontolojiyle içli dışlıdır, alışveriş içindedirler. Bunlardan tıp ve psikiyatriyi sosyal gerontolojinin biraz dışında tutabiliriz. Çünkü bunlar daha çok kendi içinde, geriyatri bilimsel alanında çalışmalar yapar. Ancak mutlaka gerontoloji boyutundaki bilimsel ve uygulamasal ilişkiler içinde yer almalıdırlar. Sosyal çalışma hem gerontolojiye hem geriyatriye kendi mesleki çerçevesinde destek verir.

Gerontoloji kendine özgü ve benzetmek yerindeyse birçok farklı çiçeğin oluşturduğu demetle ortaya çıkan bir büyük çiçek sepetidir.

Geriyatri ve gerontoloji geliştikçe nüfus piramidi tersine dönüyor. Özellikle Avrupa’da. Eskiden nüfus piramidi tabanı geniş tepesi sivri bir yapıdaydı. Doğum oranının düşmesi ve (ceteris paribus) gerontoloji sayesinde yaşlı nüfusun artmasıyla piramidin tabanı inceldi, tepesi genişledi. Tam anlamıyla olmasa da adeta tabanı geniş piramit tersine döndü.

Bu toplumsal değişim sürecinin gerontolojiye yüklediği birincil işlev yaşlıyı genç tutmaktır. Bu, tıp ve psikolojiyle birlikte sosyal çalışmanın ilgi alanına girer. Çünkü bu üç disiplin sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal hastalıklarının hekimleridir.

Bir başka konu: Yaşlı bakım meslekleri de adli gerontolojinin içindedir. Yaşlı bakım meslekleri gerontolojiyi öğrenmek zorundadır.

### **Adli Gerontoloji (Forensic Gerontology)**

Adli gerontoloji adalet alanına giren yaşlılık olaylarını konu edinir. Sadece konu edinmez, yaşlının adalet karşısındaki konumu, durumu, korunması, yargılanmasında en hakkaniyetli sonucu almaya, en adil sonuca ulaşmak için gerekenlerin üretilmesine ve yapılmasına yoğunlaşır. Adaletle yaşlı arasındaki ilişkileri konu edinir. Adaletin yaşlı için bakışını konu edinir. Yaşlının adalet karşısındaki konumunu konu edinir.

Adli gerontoloji alanına - aklınıza gelebilecek - konuyla ilgili birçok bilim dalı ve meslek müdahilken, adli sosyal çalışma yaşlının adli konularına sadece sosyal çalışma mesleğinin müdahalesi demektir.

Yaşlılığın her insan gibi çok farklı boyutları vardır. En temelde toplumsal, ekonomik, kültürel, fizik sağliksal (fizyolojik), ruhsal ve sosyal boyutları vardır. Bu boyutların bütününde sağlanan - en azından - yeterlilik ya da refah ile (soyut hedef) yaşlı toplumda istedik yerini almış olacaktır.

Adli gerontoloji alanında çalışan sosyal çalışmacının projektörlerini üzerinde tuttuğu kişi yaşlıdır.

Burada yaş sınırı belirlemek doğru olmaz. Yaşı ilerlemiş ama 65 yaşına varmamış biri ilgilenilmesi gereken bir adli konumda olabilir. Yoksuldu, yalnızdır, kısıtlıdır.

Gene yaş 65 altı olabilir; ancak düşkündür, çökküdüdü, ruhen yaşlanmıştı ve yardıma gereksinimi vardır.

Yaşı 65'in çok üstündedir, ancak hem fizik, hem ruh hem sosyallik bakımlarından örnek gösterilecek denli dinç ve sorunsuzdu. Yani adli gerontolojik çalışma için kesin bir yaş sınırı çizilemez.

Adli gerontolojik çalışma sadece yargıç karşısındaki kişiyle, sadece cezaevindeki yaşlıyla, sadece polisin yakaladığı tutuklu yaşlıyla yapılmaz. Suç öncesi de yapılır. Bu sosyal geriyatrik bir çalışmadır. Suçu önler. Çünkü suç, inceleme bakımından üç evrelidir: Suç öncesi, suç sırası ve suç sonrası.

Adli gerontoloji özel bir uzmanlık alanıdır. Adli tıbbın yanısıra, onun gibi, gerektiği durumlarda, yaşayan ya da ölü yaşlıyla ilgili suç uygulamalarını somut ve soyut delillerle ortaya çıkaran, yeniden ete kemiğe büründüren bir uzmanlık alanıdır.

## Sosyal Gerontoloji (Social Gerontology)

Sosyal gerontoloji kavramı iki sözcükten oluşmaktadır: Sosyal ve gerontoloji. Bu iki kavramın doğru kullanılarak birbiriyle uyumlandırılması önemlidir.

Sosyal dendiğinde kişinin tüm topluma yaymadan, sadece yaşama çevresi ve bu çevreyle olan ilişkileri anlaşılmalıdır. Yakın ve uzak aile çevresi, sokak, mahalle çevresi ve işyeri çevresiyle olan bağlantılar, ilişkiler sosyal ilişkilerdir.

Sosyal zaten bir çevre içinde yaşamak, birarada yaşamakla ilgili bir terimdir. İnsan tekbaşına yaşayamaz. Birlikte yaşamak koşul değil, ancak, birarada yaşamak insanı insan yapar. Birlikte yaşamak birarada yaşamayı daha da güzelleştirir. İnsan yalıtılamaz. Yalıtılmaya uygun bir canlı değildir. (Hangi canlı yalıtılmış yaşamaktan haz alır, bunu bilemiyorum. Ancak buna olasılık tanımıyorum.)

Gerontolojinin ne olduğunu yukarıda açıkladık. O zaman sosyal geriyatri sosyal geriyatriye katkısı demektir. Geriyatri nin sosyal boyutu demektir. Geriyatriye sosyal mesleklerin, özellikle sosyal çalışmanın katkısı yaşlılık bilimine sosyal çalışmanın katkısı demektir.

Adli sosyal çalışma da sanığın sosyal ilişkilerinden yola çıkarak adli sorunların çözülmesi çalışmalarıdır. Adli gerontolojik sosyal çalışma yaşlı sanığın sosyal ilişkilerinden yola çıkarak adli sorunların çözülmesi çalışmalarıdır. Bunun yanısıra suç karşısında mağdur yaşlının savunulması da adli gerontolojik sosyal çalışmanın işlevleri arasındadır.

Böylelikle yaşlılık konusuyla ilgilenmek sürekli daha çok önem kazanmaktadır. Öyle ki, bugün Almanya ve diğer gelişmiş ülkelerde yaşlı bakım elemanlığı diye kendine özgü bir meslek oluştu ve giderek yaygınlaşıyor. Yaygınlaşmak zorunda.

Alaska'da, Eskimolar'da, Afrika'nın orman topluluklarında ve Japonya'da yaşlıların günü geldiğinde içinde ve yok olmaya çekildikleri topluluklar/toplumlar yok artık. Önemsiz görülen bile değil, kendilerini önemsiz gören ve sessizce ölüme çekilen bir yaşlılar grubundan, hem ülke ekonomisini zorlayacak kadar önemsenen bir yaşlılar büyük grubuna, adeta yaşlı tolumuna evrildik. Ve yaşlılık kendini toplumda artık ağırlığıyla önemsetiyor.

Onlarla artık sadece tıp ilgilenmiyor. Tüm sosyal bilimler ve teknik bilimler, daha güncel adıyla teknolojik bilimler, başka deyişle insan bilimlerinin yanısıra fen bilimleri giderek daha çok yaşlıları düşünüyor, onlarla ilgileniyor. İlgilenmek zorunda kalıyor. Çünkü yaşlılar toplumda edindikleri nüfussal ağırlıkla toplumda yeni edimler, yeni haklar ve yeni çözümler istiyor.

Yukarıda adli gerontolojiyi anlatırken suç öncesi evreden ve yaşlının suçtan uzak tutulmasından söz ettim. Suç öncesi çalışmaların en önemlisi, yurtdışında (özellikle

Almanya’da) giderek yaygınlaşan yaşlı bakım mesleği ve işlevleridir. Bu yaşlı bakımıdır, evet, ancak sadece yaşlı bakımını ele almaz. Bakım ilgisi içinde yaşlının suçtan uzak tutulmasını da sağlar.

### **Adli Sosyal Çalışma (Forensic Social Work)**

Bu yazıdaki asli konumuz olan adlî gerontolojinin sosyal boyutunu kavramamız için adlî sosyal çalışmayı da öğrenmeliyiz. Çünkü adlî sosyal çalışma adlî gerontolojik konularda da çalışmalar yapar. Adlî gerontolojiye konu olmuş yaşlıların iyilikleri ya da hukukun üstünlüğü açısından gerekli sosyal ipuçlarını sağlar.

Bir adlî olayda diğer uygun adlî bilimler ve birimler, balistik bulgulara, kadavraya, bırakılmış izlere, maddi verilere, beş duyu ile üzerinde düşünce üretilebilecek herşeye... bakar. Bunun için devreye adlî kimya girer, adlî fizik girer, adlî tıp vb..., hatta adlî tafonomi, adli kozmetoloji gibi dallar girer. Gerontolojide görev alan her fen bilim dalı ve alt dalları girer. Oysa adlî sosyal çalışmada suçun ortaya çıkmasını kolaylaştıracak düzenli, uygun ya da dikkat çekici, çarpık, eksik, kasıtlı, amaçsız vb. yaşanmış, yaşanan sosyal ilişkiler ortaya çıkarılır ve veri olarak sunulur yargıca. Sosyal çalışmacının balistik bulgu, kadavra, kırık cam parçası, mermi kovanı, diş, kan, sperm izi bulmak gibi görevi yoktur; çok daha zor bir görevi vardır: Sosyal çalışmacı suç öncesi, sırası ve sonrasında olayı etkileme gücü olan yaşanmış sosyal ilişkiler nasıldı, kim kimle ne zaman iletişime girdi, sosyal ilişki kurdu, bu ilişkilerin suç olayında (ele alınan olguda) rolü olmuş mudur, bu ilişkiler kimi nasıl etkilemiştir, bu sosyal etkileşimin ve ilişkilerin suça olumlu olumsuz etkisi olmuş mudur gibi durumlara bakar. Bunlar soyut durumlardır ama gene de beş duyu organının algıladığı durumlardır. Enazından gözlem ve duyum yollarıyla algılanırlar.

Adlî sosyal çalışma bu tür çalışmalarıyla adlî ilişkiler içine girme olasılığı olan, girmiş olan ve çıkan bireye ve yakın çevresine (aile, sosyal, iş çevresi) (bu bir boyut) ve aynı zamanda adlî makamlara (bir başka boyut) veri sağlayan; bireyi koruyarak hukuka katkı veren; hukuka uyararak bireye destek olan; mesleki yöntemleri kullanarak (savunuculuk – advocacy) adlî ilişkiler düzeyinde sosyal boyutu önealan dizgeli, düzenli mesleki çalışmaların tümüdür.

(Bu anlamda adlî sosyal çalışmanın adlî sosyal hizmet dendiği zaman ortaya çıkan başka bir anlamla uzaktan yakından ilişkisi yoktur. Adlî sosyal hizmet, adlî kısaltık ya da konumdaki insanlara ve bu nedenle dışarda güçsüzleşen, çaresiz kalan yakınlarına, ailesine yapılan maddi ve güncel yardımlardır. Bu arada kendisine söylenen güçlü ol, kendini bırakma, adalet elbet birgün yerini bulur gibi sözler sosyal çalışmanın güçverilik çalışması kapsamında görülmemelidir. Çünkü bu sözleri herkes herkese söyleyebilir. Adlî sosyal hizmet veren de...)

Adlî sosyal çalışmanın bir boyutu cezaevi sosyal çalışmasıdır (prison social work). Cezaevinde bulunan hükümlülerin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını yeniden

kazanmaları, korumaları, geliştirmeleri ve toplumdan kopmamaları amaçlarıyla cezaevinde sosyal çalışmacı tarafından hükümlülerle yapılan dizgeli, düzenli çalışmaların tümüdür. Bu, ABD’de sosyal çalışmanın en eski alanlarından biridir.

Adlî sosyal çalışmacı “adli sürece girmiş vakaların [olguların] gelişimini yönlendirilmesini ve bilirkişiliğini yaparak en adil bir şekilde ekonomik mağduriyeti ve psiko -sosyal çöküntüyü en asgariye çekerek yaşam alanı yaratma” olarak tanımlanmıştır (Koşan, Soner. 2015).

Bu tanımda tanıma uygun eksiklikler bir yana ciddi yanlışlıklar vardır. Örneğin, bir: Adlî sürece girmiş olguların gelişimi diye bir düşünce olamaz. Bu dil ve düşün hatasıdır. Zaten bir vakanın geliştirilmesi denmez ve olmaz. Olgu olmuştur, zaten bir gelişme yaşanmıştır. Yaşanmış bir olgunun geliştirilmesi düşünülemez. Adlî olgu süreci etkilenebilir; beklenen, doğru ve adlî yönde yargıcın etkilenmesidir. Bu etkileme yargıca gözden kaçan verilerin, bulguların iletilmesinden ibarettir. Yargıç kendisine sunulan verileri mantık, vicdan ve hukuk çerçevesinde değerlendirir, doğru bulursa onu uygulamaya alır. Dolayısıyla olmuş bir şeyin geliştirilmesi gibi olmayacak bir görev sözkonusu olamayacağı için sosyal çalışmacıya verilemez.

Örneğin, iki: Yanlış anlamaya yolaçmaması için; Adlî sosyal çalışmacı “gelişim, yönlendirme ve bilirkişiliğini” yaparak denmişse bundan üçünü de yapar anlaşılmalıdır. Bir olguda üçünü de yapamaz. Sadece sosyal çalışmacı değil, kimse içinde rol aldığı bir olguda bilirkişilik yapamaz. Tanımda o bölüm şöyle kurgulanmalıydı: Adlî sürece girmiş olgularda sosyal çalışmacı olarak rol almış bir meslek elemanı yargıca elde ettiği adlî çerçevedeki bilgileri ve verileri sunar. Meslek elemanı olarak rol almadığı adlî olgularda da bilirkişilik yapabilir. Bir tanım bu düşünceyi veremiyorsa o tanım doğru kurgulanmamış demektir.

Örneğin, üç: Sosyal çalışmacının en adil sonuca ulaşılması için yapması gerekenler arasında çalıştığı süreç içinde, “adli sürece girmiş vakaların” [...] en adil bir şekilde ekonomik mağduriyetini gidermek diye bir konu olamaz. Çünkü o, kötü koşullarda da olsa, ekonomik mağduriyetten ötürü suç işlemiş birinin ekonomik mağduriyetini gidererek yargılama makamı için yeni bir sonuç üretmezsiniz. Adli sürece girmiş olguların bu süreçle ilgili ama adli sürecin dışında kalan yakınlarının, eşlerinin cezaevine girmesiyle ailesinin yaşadığı “ekonomik mağduriyeti” sosyal çalışmacı gidermeye çalışacaktır. Ayrıca, ekonomik mağduriyeti “en adil bir şekilde” aşağıya çekmek ne demek? Cidden anlamadım. Ekonomik mağduriyeti gidermek ya sosyal yardım sağlamak ya da kendine ve/ya yakınlarına iş bulmaktır. Bunun en adili nasıl olur?

Örneğin, dört: “Adli sürece girmiş vakaların” şu şu şu önlemlerle (“gelişimini yönlendirilmesini ve bilirkişiliğini yaparak en adil bir şekilde ekonomik mağduriyeti ve psiko -sosyal çöküntüyü en asgariye çekerek) “yaşam alanı yaratma” ne demektir. Bunu da herhalde tanımı yapanın istediği gibi anlamak oldukça zordur. Çünkü, yaşam alanı deyişi güzel bir



değiş de gene isteneni çok iyi anlatmıyor burada. Cezaevinde de, yoksulluk çekerken de, hastanede yatarken de bir yaşam alanı var aslında. Belki burada demek istenen, daha iyi bir yaşam alanı mıdır, sosyal bir yaşam alanı mıdır, ekonomik bir yaşam alanı mıdır? Herhalde daha istendik bir yaşam niteliği kastedilmektedir.

Bir tanım içeriği anlatacak kadar uzun, olayı ifade edecek kadar kısa; ama net ve anlaşılır olmalıdır. (Değerli yazar beni bağışlasın. Burada yapmak istediğim akademik bir katkı verme çabasıdır.)

Söylemeden geçemeyeceğim. Aynı kaynakta «a) Adli sürece girmiş 18 yaş altı çocuklar için sosyal hizmet uzmanı,» ve «b) Adli sürece girmiş 18 yaş üstü kişiler için sosyal hizmet uzmanı,» gibi sosyal çalışmacı için görev alanı ayrımı var. Bu ayrımın kolaylaştırıcı anlamını bulmaya çalışıyorum, bulamıyorum. Bu ikili ayrım eksiklidir. Çünkü, c) Adli sürece girmiş 65 yaş üstü kişiler için de sosyal hizmet uzmanı farklı bir uzmanlık bilgisi kullanmalıdır. Bu ayırlamanın içinde adli gerontoloji yoktur. Ya da neden 18? Adli sürece girmiş deyip farklı yaş sınırlamaları yapılabilir. 18 yaş altı çocuk olduğu için ayrılmışsa, 18- ve üstü (25; 30 vb.) gençler olarak ayrılabilir. 30-60 ya da 65, çalışan, verimli bir yaş dönemi olarak kendine özgü, farklı özellikler taşır. Dediğim gibi 65 üstü farklı bakış ve yaklaşım ister. Bunların her grubu için farklı sosyal hizmet uzmanı dediğiniz zaman nereye varmış oluyorsunuz? Sosyal çalışmacının adli alanda rolü, sosyal iz sürüp ortaya suça ya da suçsuzluğa yönelik veri çıkartmaktır. Yaş farkları mesleğin bu işlevi açısından çok da önemli değildir. Gerontoloji, diğer tüm dallarıyla özel bir çalışma alanı olduğu için ayrı bir önem taşır. Belki adli çocuk gibi.

Yaşa bağlı ayırlamayı aşarak yaşam süreçlerine göre de ayrı ayrı “sosyal hizmet uzmanı” yazabilirsiniz. Adli sürece girmiş erginler, adli sürece girmiş ergenler, adli sürece girmiş çocuklar, adli sürece girmiş gençler, adli sürece girmiş emekliler, adli sürece girmiş yaşlılar için “sosyal hizmet uzmanı”. Ayrıca adli sürece girmiş kadınla, adli sürece girmiş erkekler ve adli sürece girmiş eşcinseller diye bir ayırım da yapılabilir. Bu ikili ayırlamayı yapan değerli yazar bunu yaparken neyi hedefleyerek yaptığını yazsaydı belki daha anlaşılır olurdu. Bu tür ayırlar kişiyi özel bir yere götürmez. Sosyal çalışmacı her yaş grubuyla adli boyutta çalışabilmelidir. Tam yapılmamış olan bir ayırlama önemli bir değer taşımayacaktır.

Yargı karşısındaki ya da cezaevine girmiş birinin dışarda kalan ve ekonomik sıkıntıya düşmüş ailesine, yakınlarına iş bulmak ya da sosyal yardım sağlamak sosyal çalışmacının görevidir, ancak yukarıdaki tanım içinde bu ayrı bir iş parçası olarak anlaşılmıyor. Belki tanımın iyi düşünülerek anlaşılır kurgulanmadığı söylenebilir. Ama eğer, bu tanımın düşünülerek doğru kurgulandığı düşünülüyorsa sanıyorum konuya sosyal hizmet ve sosyal hizmet uzmanı gözüyle bakıldığı için sosyal çalışma değil de sosyal hizmet algısına daha yakın bir tanım yapılmıştır. Oysa sosyal çalışmacının görev ve işlevleri bu yapılan tanımın çok üstündedir.

Konuya dönersek, adli sosyal çalışmada adli çalışmaların ağırlığını sosyal ilişkiler, sosyal bağlar, sosyal sorunlar ve sosyal etkileşimler oluşturur. Sosyal ilişkiler, aile, sokak, mahalle, işyeri ve diğer bağlar ve etkileşimlere bakılarak sonuca ulaşılmaya çalışılır.

Bunlar, davranışsal, insani ilişkiler, sosyal ilişkiler, aile ilişkileri, iletişim, yalnızlık, sevilme, sevilme gibi daha çok duygularla ve gözlem yöntemiyle anlayabileceğimiz ve mutlaka bilimsel yöntemlerle bilimsel temellere dayayarak ortaya çıkarılabilecek göstergelerdir.

Adli sosyal çalışma sosyal yapının doğru sonuca götüren kültürel ürünlerinden yararlanır.

Sosyal bağlar, aile bağları, akran bağları, arkadaşlık bağları, grup bağları, mahalle bağları, son ya da eski dönemde yaşanmış birlikteliklerden oluşur. Sosyal sorunlar, sosyal etkileşimler bu bağlar arasında yoğunudur. Bu nedenle, sosyal ilişkilere, aile, komşu, mahalle, işyeri bağlarına ve etkileşimlere bakılarak sonuca ulaşılmaya çalışılır.

Öteyandan, cezaevinde sosyal çalışma kendi sınırları içinde, öncelikle suç ve cezadan ötesine bakar. Cezaevindeki suçluya değil, cezaevindeki anaya, babaya, kadına, işsize, yaşlıya, çocuğa bakar. Suçlu da olsalar, onların insan değerlerine öncelik verir. Suçlu da olsalar onları topluma kazandırmaya çalışır. Suçluya, cezaevinde de olsa, çıkmış da olsa artık suçtan uzak, pırıl pırıl, yepyeni bir yaşam alanı oluşturmaya çalışır. Mağdura, mağduriyetten uzak, travmasını aşmış yepyeni bir yaşam alanı yaratmaya çalışır. Onların artık suç ve cezadan, olumsuz yaşamışlıklardan ötesine bakmalarını sağlamaya çalışır. Suçlu da olsalar onların sosyal ilişkilerini, cezaevi öncesinde, sırasında, sonrasında, içerde ya da dışarda, yeniden sağlıklı kurmalarını önceler.

Tutuklu ve hükümlünün değil, onların dışardaki ailesinin, yakınlarının sosyal varlığını, sosyal çevresini, buldukları yeni konumda sosyal ilişkilerini önemser; düzeltmeye çalışır.

Hükümlünün cezaevi sonrasında yaşamını yeniden düzenlemesine destek verir. Yolunu açar. Yeni aile ilişkileri, yeni iş, yeni arkadaşlık çevresi yeni ortam oluşturmaya destek verir.

Denetimli serbestlik hükmü altındaki çalışanların, yaşlıların, kadınların hüküm koşullarına uymalarını sağlar. Bu yöndeki sıkıntılarını aşmalarına yardım eder. Onların sosyal yaşamları içinde denetimli serbestlik koşullarını düzenlemesine katkı verir.

Sonuçta, ceza çeken insan hukuku kavrasın, içselleştirsin, hukuka uygun hareket etsin, yaptırımları içine sindirerek uygulasin, ancak, yeter ki bu süreçte sosyal insanın sosyal sağlığı bozulmasın ister.

Suç eğimli kişiye suç öncesi, suçlu ile ceza sırası ve sonrası dönemlerde farklı çözümlerle yaklaşır. Yöntemleri ve teknikleri bellidir. Günlük ilgilenme, birlikte olma, olmama süreleri

bellidir. Bu, suçun ve suçlunun durumuna göre haftada bir saatten, hergün daha uzun sürelere kadar değişkenlik gösterir.

Sosyal yaşam insanı suçtan uzaklaştırır da, suça yöneltir de. Suç öncesinde varolan sosyal ortam ile cezadan sonraki sosyal ortamın nasıl olması gerektiği konusunda sosyal çalışmacı bireyle çalışır. Buna bireyle çalışma denir. Bireyle çalışırken ailesiyle, arkadaş çevresiyle, iş çevresiyle, fizik çevresini de, işsizlik durumunu da gözeterek çalışır.

Sosyal çalışmacı sanığı, suçluyu, tutkuyu, mahkûmu birey olarak görür. Böyle gördüğü için onu suça yönelten, suçlu yapan küçük çevresini bulur, içine girer, tanışır ve gerekiyorsa bu grupla çalışır. Ya da suçluyu bir grup içinde tedavi etmenin çalışmalarını yapar. Buna sosyal tedavi ve grupla çalışma denir.

Suçlu yerel ortam da tetikler ya da korur. Sorunlar ve suç geniş bir iletişim yelpazesi içinde bir odak noktadadır. Onu ortaya çıkartmak için suçlunun yaşadığı yerel toplulukla da çalışır. Gerekiyorsa merkezi ve yerel makamlarla çalışır. Onlardan yardım alır. Buna toplulukla çalışma denir.

Sosyal çalışmacı adlî alanda da çalıştığı kişiyle onun kişisel farklılıklarından önce kültürel özelliklerini dikkate alarak çözümler üretir. Çünkü cezaevine girmek, cezaevinde yatmak, cezaevinden çıkınca yaşamı yeniden düzenlemek kültür işidir aynı zamanda. Bu nedenle sosyal çalışmacı kişinin kültürüyle sıkı bağıntı içindedir.

Sosyal çalışmacı adlî alanda da çalıştığı kişinin cinsiyetini ve yaş özelliklerini dikkate alarak çözümler üretir. Fizik çevre ve sosyal çevrenin yanısıra aile koşullarını gözeterek çözümler üretir.

Sosyal çalışmacı adlî alanda da çalıştığı kişinin ekonomik ve eğitim koşullarını dikkate alarak çözümler üretir. Cezaevinden sonra yeni iş eğitimine yönlendirir; ona iş bulur.

Sosyal çalışmacı adlî alanda çalıştığı kişinin engellilik durumu varsa ona göre farklı yaklaşımlar, farklı çözümler üretecektir. Onun yaşamak istediği yaşamı yaşamasından çok ona yeni yaşam modelleri yaratacak, yeni bir yaşama uyumu için çalışmalar yapacaktır.

Sosyal çalışmacı sanık ya da mağdurla çalışırken suç öncesi, suç anı ve suç sonrası, bu üç evreyi de ayrıntılı olarak inceler. Çünkü her bir evreden ipucu çıkabilir. Sosyal çalışma suç öncesi yaşlının suça özendirilmesini ve girişimini önleyecek sosyal çalışmalar yaparken suç sırasında - onun sosyal ilişkilerini gözeterek - yaşlının korunmasıyla suç yerinden uzaklaştırılması; güvenli bölgeye çekilmesi çalışmaları yapar. Suç sonrası çalışmalarıysa yargı karşısına çıkarılması sürecinden savunulması (sosyal savunma) süreci ile yargılama sonrası sürecine kadar uzar. Yargılama sonrası iki farklı durum içerir. Yargılama bittikten sonra, ceza almışsa, cezaevinde, serbest kalmışsa evine döndüğüne yaşlıyla ilgilenir. Onun

toplumsal konumunun bu koşullar altında bozulmaması ya da yeni duruma göre yeniden düzenlenmesi için gerekli sosyal çalışmaları yapar. Çünkü yaşlı yitirilmemelidir; toplumdan koparılmamalıdır; yeniden topluma kazandırılmalıdır. Evine dönmüş yaşlı da geçirdiği süreç içinde travma yaşamışsa, bedensel ve ruhsal sağlığı sarsılmışsa, - varsa – yakın çevresi ile ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi gibi konularda sosyal çalışmacı mesleki sorumluluklarını yerine getirir.

Adlî tıp, adlî hukuk gibi alanlarda daha çok ipucu olabilecek somut deliller aranırken, adlî sosyal çalışmada - soyut, ilişki modellerine dayalı - sosyal ipuçları aranır. Bu yaşlı bu işi niye yaptı? Hangi güdüyle? Hangi koşullar altında? Akli yetileri (meleke) yerinde miydi? Kandırıldı mı, yönlendirildi mi, zorunda mı kaldı ya da bırakıldı gibi somut bir delilden çok soyut ipuçları aranır.

Genelden daha özel bir konuya geçelim: Yaşlılarla adlî çalışma yapan sosyal çalışmacı insani sorunlar ve olaylar üzerinde çalışabilmek için,

- Önce durumu betimlemelidir. (Durum nasıl? Neyi algılıyorum?)
- Açıklayabilmelidir. (Niye, niçin?)
- Bir öngörü geliştirebilmelidir. (Ne olacak, ne olabilir?)
- Etkileme gücüne sahip olmalıdır. (bu durumu değiştirmek için ne yapabilirim?)
- Bu güçleriyle uygulamaya başlamalıdır. (Mesleki müdahale.)  
(<https://www.altenpfllegeschueler.de/psychologie/soziale-gerontologie>)

Mesleğin uygulamaya dönük bu tür bilgilerini uygulamaya aktararak sosyal çalışmacı yaşlıya en verimli katkıyı yapabilecektir.

### **Adli Sosyal Çalışma Nerelerde?**

Adlî sosyal çalışma geniş adlî alan içinde her aşamada, her boyutta görev yapar. Yazıyı fazla uzatmamak için şematize edecek olursak;

- Suçluluk öncesi (koruma, önleme)
- Suçluluk sırası (ikna, anlatma, önlemeye çalışma, davranış değişikliği, hedef.)
- Suçluluk sonrası (ikna, yönlendirme)
- Mahkeme (adli sosyal yardım ve destek)
- Mahkeme sonrası
  - Cezaevinde (yalnız bırakmama, sosyalleştirme, boş zaman değerlendirme)
  - Denetimli serbestlik (sosyal yardım)
  - Ceza sonrası (mahkumiyet sonrası) (sosyal yardım, sosyal destek)

gibi görev alanlarında mesleğin işlevlerine uygun çalışmalar yapar.

Sosyal çalışmacı olguda bulunan merkez kişiyi iyi tanımaya çalışır. Onları suça iten ya da mağdur bırakan koşulları değerlendirir. Bunları sınıflandırır. Örneğin:

- Ekonomik nedenler
- Toplumsal nedenler
  - Aile yapısının değişmesi
  - Kuşak çatışması
- Sosyal nedenler
  - Aile içi, mahalle sorunları
  - Şiddete ve tacize maruz kalma
  - Dışlanma, aşağılanma, hırpalanma
  - Eşini kaybetme
  - Soyutlanma (kimsesizlik ve yalnızlık)
- Sağlıksal nedenler
  - Tıbbi nedenler
  - Psikolojik nedenler
  - Kişiyeye özel nedenler

Bu ve benzeri durumları, özellikleri, koşulları iyi inceleyerek, irdeleyerek gerçeğe ulaşmaya çalışır.

### **Adli Sosyal Çalışmanın Türleri**

Adli sosyal çalışmanın insana yaklaşımı iki boyutludur:

1. Suçlu (kadın, genç, yetişkin, emekli, yaşlı, ileri yaşlı...) (Fail).
2. Zarar gören (Mağdur).

Adli sosyal çalışma bu iki boyutta da hukuk çerçevesi içinde sözkonusu bireyin, grubun, ailenin ve topluluğun yanındadır.

Adli sosyal çalışmanın türleri üçe ayrılır.

1. Suçu önleme odaklı adli sosyal çalışma. (Koruyucu sosyal çalışma).
2. Suç odaklı adli sosyal çalışma. (Mahkemede sosyal çalışma.)
3. Mağduru koruma odaklı adli sosyal çalışma (Savunmacılık (Advocacy))

Koruyucu sosyal çalışma daha suç daha gerçekleşmeden önleme gibi önemli bir işleve sahiptir. Koruyucu sosyal çalışma, kişi/birey mağdur ya da suçlu adli sürece girmeden o sürece girme yolu açmayacak, kişiyi/bireyi suça kaydıracak ortamın dışında tutan çalışmalarla sağlıklı bir sosyal ortam içine huzur içine yaşamasını sağlamaktır.

Koruyucu sosyal çalışma, insanı, fiziksel (çevresel), bedensel, ruhsal, sosyal ve toplumsal olarak sağlıklı yaşamasını sağlayacak önlemlerin yaşama aktarılmasında görevlidir.

Mahkemede sosyal çalışma 4787 Sayılı Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usullerine Dair Kanuna (2003) uygun olarak yargılama sürecine sosyal çalışmacının müdahil olmasıdır.

Kişinin mağdur olduğu görülüyor ya da düşünülüyorsa mahkeme karşısında da olsa adli yargı sürecinin dışında da olsa korunması, haklarının savunulması ve travmasının (varsa) giderilmesi, yaşam ortamının değiştirilmesi gibi önlemleri adli sosyal çalışmacı almalıdır.

Bunların hepsini sosyal çalışmacı bireyi sosyal çevresi ile birlikte değerlendirerek yapar. Çünkü suç sadece bir kişiyle varolmaz; bir kişinin ürünü değildir. Sosyal çevreden şöyle ya da böyle etkilenme vardır. Bu etkilenmenin düzeyi, oranı, kasıt durumu vb. gibi konular bakımından sosyal çevre ele alınmalıdır.

### **Bir Koruyucu Önlem Ve Yöntem: Telesosyal Çalışma (Tele Social Work)**

Özellikle koruyucu gerontoloji boyutunda yaşlıyı suçtan ve suç mahallinden uzak tutmanın yolu, olumlu aktiviteler ve onun özgürce gezip dolaşması dışında kendi evinde, dışarıya çok fazla gerek duymayacak bir biçimde mutlu kılmaktır.

Günümüz teknolojisinde bunun yolu telesosyal çalışmadır.

ABD’de 1950’li yıllarda başlayan ve bugün tüm gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılan tele sosyal çalışma Türkiye’de de özellikle yaşlılar için önemli bir sorun çözücüdür.

Sistem, evindeki yaşlının boynuna kolye ya da bileğine bileklik olarak takılan bir düğme, duvara asılan ya da komidinin üzerine konan bir sesver aygıtı ve bu aygıtı bağlı 24 saat çalışan bir çağrı merkezinden oluşur. Dar durumda yaşlı düğmeye basar, En geç 15 saniye içinde çağrı merkezi ile bağlantı kurulur ve hatırı sorulur. Derdi dinlenir. Duruma göre en hızlı biçimde cankurtaran, polis ya da itfaiye yönlendirilir. Ya da psikolojik destek sağlanır, soruları yanıtlanır.

Sadece suçtan ve suç mahallinden uzak tutmak değil, evinde de adlî bir durumla karşılaştığı anda kendisini en hızlı bir biçimde korumak telesosyal çalışmanın görevleri arasındadır. Bunun yanısıra ona sağlık desteği, sosyal destek sağlanmakta, birçok sorun telesosyal çalışma yoluyla çözülmektedir. Örneğin çocuklarının ziyaret etmediğinden yakınan bir yaşlıya bilişim yoluyla bilgi alındıktan sonra sosyal çalışmacı kendisine hiç duyurmadan çocuklarının evlerine gider ve kendilerini uygun bir gün büyüklerini ziyaret etmeleri yönüne ikna eder. Gün düzenlenir. Ziyarete gidilir. Gençler bunu sosyal çalışmacı aracılığıyla yaptıklarını anne ve babalarına söylemeyeceklerdir.

Evde yalnız yaşadığı için ürküntü ya da korku duyan, bir tıkırtı işiten ya da işittiğini sanan yaşlı bileğindeki düğmeye basar. En geç 15 saniye içinde duvardan gelen ses yaşlının hatırını

ve nasıl yardımcı olabileceğini sorar. Bir sıkıntı varsa en seri biçimde müdahale edilir; bir sıkıntı yoksa yaşlıyla sohbet edilir; rahatlatılır ve görüşme sonlandırılır.

Ayağı halıya takılıp düşen ve ayağı burkulan, kırılan yaşlı; kabi sıkışan, tansiyonu yükselen yaşlı, ilacını zamanında almayı unutan yaşlı boynunda kolye modelindeki düğmeye basar, en seri biçimde ambulans ya da bakım elemanı gelir.

Yalnızlıktan sıkılan yaşlı düğmeye basar. Sohbet eder. Eksik duygularını anlatır. Kendisine psikolojik destek verilir.

En yakın eczanenin, en yakın halı sahanın, en yakın yaşlı buluşma merkezinin (varsa) ya da zaman geçirmek için gidebileceği yerleri sorar. Bilgi alır, İşi kolaylaştırmıştır.

Bunlar gibi herhangi bir gereksinim durumunda düğmeye basılır. Sorun söylenir, dertleşilir, yalnızlık giderilir. Bu bağlantı hem fizyolojik hem ruhsal hem sosyal bakımdan yaşam kurtarır.

### **Gerçeği Bulmada Psikososyal İpuçları**

Sosyal çalışmacı hukuk düzeni içinde hem mağduru koruyacak, hem sanığı haksız yere mahkum ettirmeyecek uzmanlık bilgisiyle savunmaları yapacak, hem hukuka yardımcı olacaktır. Bu zorunlu bir görevdir. Örneğin bir avukatın tek sorumluluğu vardır. Yargıç karşısında savunmak. Bir savcı ve yargıcın tek sorumluluğu vardır. Doğruyu ortaya çıkarmak ve yasaya uygun yaptırıma hüküm vermek. Oysa sosyal çalışmacı her iki tarafı gözeterek bir denge bulmak zorundadır.

Bu süreç içinde, beden dili (jest, mimik), davranış biçimi, söyleyiş biçimi, ses tonu, gerçek mi yalan mı konuşulduğunu belli eder. Sosyal çalışmacı bunları izler, gözlemler.

Mahkeme karşısında yalan söylemek kişi için en kolay yapılan iştir. Gerçek bilindiği halde bunun saklanarak, bile bile gerçeğin dışında yapılan açıklamalara yalan denir. Bu bilinçli yalandır. Yalanı ortaya çıkartmak için belirli teknikler, teknik gereçler vardır. Bu araçlardan sosyal çalışma da yararlanarak yalanı ortaya çıkartmaya çalışır. Sadece beden ya da davranışlara bakarak değil, sosyal ilişkilere, yeni kurulmuş iletişimlere vb. bakar; yalanla sosyal ilişkilerin bağını kurar.

Ya da bilinçsiz yalan vardır. Bilinçsiz yalan yalancı suçluluk yaratır. Çeşitli nedenlerle kişi kendisinin suçlu olduğunu savunur. Gerçekten de bunda samimidir ve bundan büyük üzüntü duyar. Suçlu olmadığını söylerseniz inanmaz. Tersini savunur. Burada gerçeği ortaya çıkarmak da diğer sosyal ilişkilerine, son dönemdeki yaşam biçimine ve nerelerde geçirdiği zamana bakarak onun suçsuzluğu ortaya çıkarılmalıdır. Bu gelişme gerçek suçlunun ortaya çıkarılmasının da yolunu açacaktır.

Bir nokta daha: Öyle bir adli muhakeme ile karşılaşılabilir ki, sanığın ergonomik düzenlemeler olmadığı için o sıkıntıyı yaşadığını sosyal çalışmacı saptarsa, sanığın ergonomik nedenlerle o suçu işlemek zorunda kaldığını mahkemeye belgeleyerek sunabilir.

### **Karşılaştırmaya Bir Örnek: Psikoloji, Sosyoloji ve Sosyal Çalışma**

Burada sosyal çalışma disipliniyle en yakın destekçilerinden olan psikoloji ve sosyoloji disiplinleri arasındaki yakınlıkları bir örnek olsun diye belirtmek istiyorum.

Psikoloji ve sosyal çalışma. Psikoloji insana bakışta ve değerlendirmede temel olarak, öncelikle psikolojik bulgulara yönelikken, sosyal çalışma sosyal bulgulara yöneliktir.

İnsanın psikolojisi sosyal ortamıyla ilgili, sosyal ilişkileri ruhsal yapısıyla ilişkili olduğu için bu iki yaklaşım birbirinden etkilenerek ortak bakışlar ve ortak çözümler üretebilir. Çünkü insan davranışlarını etkilemede onun ruhsal durumu ile sosyal konumu birbirinden ayrı düşünülemez. İki disiplin arasındaki ortak payda insan davranışlarıdır.

Psikoloji, insan deneyiminin ve davranışının öğretisidir (Grüneberg; Hauser. 1997). Bu kapsamda, ilgilendiği alanlar, algı, öğrenme güçlükleri, düşünme, güdü (güdüleme ve güdülenme), ayarlama (kendini, ilişkileri...), duygu ve heyecandır. Psikolojiden bu destekleri alan bir sosyal çalışma yaşlıyla daha derinlemesine, daha doğru ve etkili çalışır (agy).

Bu bağlamlarla birlikte farklılıklar da vardır. Sosyal çalışma insanlar arasındaki ya da bir insanın yaşadığı bir sosyal sorunun çözümü için çeşitli yöntemlere başvurur. Psikolojinin, söylemlerin denetlenebilir ve sınanabilir olması için kullandığı yöntemler, yani, soru sorma, gözlem, test, deney sosyal çalışmanın kendi yöntemleri içinde teknikler olarak yararlandığı bilimsel araçlardır. Gene psikolojinin hedefleri olan betimleme, açıklama, öngörü, etkileme sosyal çalışmanın uygulamalarında olgularıyla sağlıklı iletişim kurmak için kullandığı araçlardır. Bunları başarıyla kullanarak ve başka değişkenleri de katarak insanda değişim sağlar.

Adli psikoloji adli sosyal çalışmaya ve yaşlı bağlamında adli gerontolojiye destek veren birçok bilim dallarından biridir. Yaşlı ile ilgilenen psikoloji çalışmaları da **gerontopsikoloji** olarak adlandırılır (<https://www.altenpfllegescheuer.de/psychologie/soziale-gerontologie>)

Sosyoloji ve sosyal çalışma. Sosyoloji toplumsal süreçlerin bilimidir. Toplumsal yapılarla ve süreçlerle ilgilenir. Neden niye, nasıl olacak diye sorar. Yaşlılarla ilgili olarak, yaşlıların toplumsal yapılarına, toplumdaki rollerine, sosyal ve politik süreçlere katılımlarına, belirli nüfus gruplarının barınma koşullarına, eğitim düzeylerine, finansal kaynakları ve gelir durumlarına, evdeki sosyal durumlarına, ayakta tedavi durumlarına ve yaşam koşullarına yönelik sorular sorar, durumları belirler, çözümler üretir. Daha alt alanda, özellikle



toplumdaki kişiler ve grupların sosyal ilişkilerine yönelik araştırmalar yapar. Bu noktada sosyal psikolojiye yaklaşır.

Sosyoloji insana bakışta ve değerlendirmede temel olarak toplumsal bulgulara yönelikken, sosyal çalışma sosyal bulgulara yöneliktir. Sosyoloji insan davranışlarını inceler, belirler ve raporlarken sosyal çalışma davranışlarda değişiklik yapma gibi uygulamasal bir görev üstlenir. Sosyoloji bilimsel çalışma yaparken sosyal çalışma uygulamacıdır.

Sosyal çalışma birey, grup, aile ve topluluklarla çalışırken tüm bu alanlara tüm bu verilerden yararlanır. Yani sosyolojiden destek alır. Araştırma yaparken araştırma yöntemleri konusunda sosyolojinin yöntem ve tekniklerini kullanır.

Adlî sosyoloji de adlî psikoloji gibi adlî sosyal çalışmaya ve yaşlı bağlamında adlî gerontolojiye destek veren birçok bilim dallarından biridir. Yaşlılarla ilgili olan yaşlılık sosyoloji de gerontososyoloji olarak adlandırılır (agy).

Sosyal çalışma nasıl ki psikoloji ve sosyolojiden destek alır ve uygulamalarında yararlanır, adlî sosyal çalışmanın da adlî psikoloji ve adlî sosyolojiden yararlanacağı gerçeği de ortaya çıkmış olur. Sosyal çalışma bilim dalı için de gerontososyal çalışma kavramı neden olmasın? Bu alan zaten zaman içre gelişmekte değil midir? Sosyal çalışmacıların, aynı psikologların gerontopsikolojiyi, sosyologların gerontososyolojiyi geliştirmeye çalışmaları gibi gerontososyal çalışmaya ilgi duymaları, yaşlı nüfusu hızla artan Türkiye’de bu alanda düşünce üretmeleri ve yazmaları gerekmektedir.

### **Adlî Gerontolojiyi İlgilendiren Mevzuat**

Daha çok adliye ortamları için akla gelen hukuk konusunda gerontologlar ve sosyal çalışmacılar da kendi çalışma alanları çerçevesinde bilgili olmak zorundadırlar. Yoksa hukuksal düzenlemelere aykırı hareket edebilirler; hukuka aykırı durumlarda doğru karar almada da zorlanabilirler.

Gerontologlar ve gerontososyal çalışmacılar mahkeme düzleminde adlî gerontoloji, hukuk, asliye, ceza mahkemeleri gibi her türlü mahkemelerde ve bunların yanısıra çocuk ve aile mahkemelerinde de çalışır. Çocuk ve aile mahkemelerine konu olan mahkemelik durumla bağlantılı olan bir yaşlı olabilir. Çocuk suçluluğunda yaşlının (dene, nene) ihmali, teşviki, özendirilmesi ya da dalgınlığı... olabilir. Buralarda da sosyal çalışmacı diğer sosyal destek meslekleriyle birlikte gerçeğin ortaya çıkması için çalışır. Sosyal ipuçları arar. İnsanı sosyal bakımdan sıkıntıya sokan her türlü duruşmada sanığın yanında yer alır. Mahkemelerde çalışan sosyal çalışmacılar yeterli hukuk bilgisi yanında, örneğin, aile mahkemeleri, çocuk mahkemeleri gibi yasaları iyice bilmek zorundadır.

Sosyal çalışmacı sanık, hükümlü ile çalışırken ceza ehliyetinin üç boyutunu dikkate alarak çalışır.

1. Tam ceza ehliyeti,
2. Azaltılmış ceza ehliyeti,
3. Ceza ehliyetinin bulunmaması durumlarına göre farklı yöntemler kullanır; farklı çözümler üretir.

Önemli çoğunluğu ekte toparlanmış olan bu mevzuat adlî boyutta her yaştan herkesi ilgilendirdiği gibi adlî pozisyondaki yaşlıları da ilgilendirmektedir. Adlî sosyal çalışma ya da adlî gerontoloji uygulamaları yapanlar bu yasaları tanımalı, gerektiğinde hangisinden yararlanacağını ve nasıl yararlanması gerektiğini bilmelidir.

Ekte yeralan mevzuatın sayısı arttırılabilir. Özellikle Avrupa Konseyi sözleşmelerinin çok büyük çoğunluğu yaşlıları da ilgilendirmekte, ancak yer darlığından hepsinin buraya alınması olanaklı değildir.

## **Sonuç**

Adlî gerontoloji adlî bilimlerden biridir. Bilimlerin genel tasnifi içinde bilim dallarından sayılacak sosyoloji, psikoloji, iktisat, hukuk gibi dallarla, antropoloji, sosyal çalışma, sosyal psikoloji gibi altbilim dallarının hepbirlikte adlî bilimler kavramı altında bütünleşmesi tasnif açısından yanlış değildir. Çünkü dal ya da altdal hepsi bir ağacın dallarıdır. Bilim ağacının. Bütün dallarıyla bu muhteşem ağacı oluşturan temel bilimlerin, yani tarih ve matematiğin felsefenin muhteşem desteğiyle sarmalladığı bilim gövdesinden türeyen çeşitli dallarıdır adlî bilimler. Adlî bilimlerin içinde temel bilimlerden olan adlî tarih, adlî matematik ve (ceteris paribus) adlî felsefe de vardır.

Maddi bulgu değil, en fazla sadece gözleme ve algıya dayanan bir altbilim dalı olduğu için adlî sosyal çalışma belki de adlî disiplinlerin en zorlarından ve alanı en dar olanlarından biridir. Tekbaşına adlî sonuca ulaştırma konusunda gücü sınırlıdır, ancak somut bulguları kovalayan bilim dallarına da kolaylaştırıcı katkı yapar. Özellikle delil olabilecek somut bulguların yeterli olmadığı durumlarda sosyal bulguların 2016gücü daha da artar.

Sadece yaşlıyla ilgilendiği ve adlî alanda yaşlıyla ilgili tüm konulara ilgili olduğu için altında birçok altbilim dallarını barındıran adlî gerontoloji somut ve soyut delilleri ve bulgularıyla farklı özellikler gösteren yaşlılık konusunda geniş bir alanda düşünce üretir. Bu yüzden kendi altında yeralan birçok diğer bilim ve altbilim dallarından yararlanır. Adlî sosyal çalışma bunlardan sadece biridir.

Bu nedenle, adlî sosyal çalışma konusunda çalışan bir sosyal çalışmacı sadece adlî sosyal çalışma konusuna değil, adlî çocuk, adlî kadın, adlî genç, adlî yaşlı gibi demografik boyutlu

konulara değil, adlî gerontolojiye de ilgisini arttırmalıdır. Çünkü adlî gerontolojiyi kavramadan adlî yaşlılık konusunda doğru bir yol bulunması güçtür. Adlî sosyal çalışma olmadan da adlî gerontolojinin bir tarafı eksik kalacaktır. Bunlar birlikte, bütünleşerek sonuca ulaşılmasını sağlayan bilimler ve birlikteliktir.

Bu nedenle bu yazıda adlî sosyal çalışma konusunda ayrıntılı bir döküm yapmadan adlî gerontolojiyi anlatmak yeterli olmayacaktır. Bunda benim lisans disiplininin sosyal çalışma olmasının da doğrudan etkisi vardır. Diğer bilim ve altbilim dalları da kendi adlî çerçeveleri içinde düşünce üretirken, okurken, yazarken adlî gerontoloji konusuna da özel ilgi göstermelidir. Çünkü adlî yaşlılık, bu yazıdaki ana konumuz çerçevesinde, adlî sosyal çalışma ile adlî gerontolojinin karşılıklı etkileşimiyle, eskilerin değişimiyle, vuzuha, yani açıklığa kavuşacaktır.

## Kaynaklar

- Grüneberg, Lutz; Hauser, Paul. 1997, Gerontologie für Altenpflegeberufe. Taschenbuch, Almanya: Stam
- Hancı, Hamit. 21 Temmuz 2018. Kendisiyle Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı binasındaki odasında yapılan görüşme.
- <https://www.altenpflegeschueler.de/psychologie/soziale-gerontologie> (E. 23 07 2018)
- Koşan, Soner. 2015, «Sosyal Hizmetlerin Yeniden Yapılandırılması», iç: sosyalthizmetuzmani.org (E. 25 12 2015)
- Tomanbay, İlhan. “Adli Sosyal Hizmet mi Adli Sosyal Çalışma mı? (Forensic Social Service or Forensic Social Work?)”, 07 02 2017, Ankara.Vikipedi. İnternet. (E. 23 07 2018)

## EK:

- ADLÎ GERONTOLOJİYİ İLGİLENDİREN MEVZUAT
- Yaşlının yargılanmasında konuya uygun olarak birçok tüzel düzenleme (mevzuat) bulunmaktadır. Bunları sadece adlarını anarak anımsayalım.
- Yaşlıyı Doğrudan İlgilendiren Ancak Genele Dönük Mevzuat
- Aile Mahkemelerinin Kuruluş, Görev ve Yargılama Usullerine Dair Kanun (4787, K.T. 9 1 2003, R.G. 18 1 2003, S. 24997)
- Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun (5256, K.T. 10 11 2004, R.G. 12 11 2004, S. 25642)
- Ceza İnfaz Kurumları ile Tutukevleri İşyurtları Kurumunun Kuruluş ve İdaresine İlişkin Kanun (4301, K.T. 6 8 1997, R.G. 9 8 1997, S. 23075)
- Ceza İnfaz Kurumları ile Tutukevleri İzleme Kurulları Kanunu (4681, K.T. 14 6 2001, R.G. 21 6 2001, S. 24439)
- Ceza İnfaz Kurumları Tutukevleri Personeli Eğitim Merkezleri Kanunu (4769, 29 7 2002, R.G. 2 8 2002, S. 24834)
- Ceza Muhakemesi Kanunu (5271, K.T. 4 12 2004, R.G. 17 12 2004, S. 25673)
- Ceza Muhakemesi Kanununun Yürürlük ve Uygulama Şekli Hakkında Kanun (5320, K.T. 23 3 2005, R.G. 31 3 2005, S. 25772 (Mükerrer)
- Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun (5275, K.T. 13 12 2004, R.G. 29 12 2004, S. 25685)
- Denetimli Serbestlik Hizmetleri Kanunu (5402, K.T. 3 7 2005, R.G. 20 7 2005, S. 25881)

- Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu (5402, K.T. 03 07 2005, R.G. 20 07 2005, S. 25881)
- İnfaz Hakimliği Kanunu (4675, K.T. 16 5 2001, R.G. 23 5 2001, S. 24410)
- İş Kanunu (4857, K.T. 22/5/2003, R.G. 10 6 2003, S. 25134)
- İş Mahkemeleri Kanunu (7036, K.T. 12 10 2017, R.G. 25 10 2017, S. 30221)
- Sosyal Hizmetler Kanunu, 2828, K.T. 24/5/1983, R.G. 27 05 1983, S. 18059 (2828 tarihli Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu)
- Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu (3294, K.T. 29 05 1986, R.G. 14 06 1986, S. 19134)
- Topluma Kazandırma Kanunu (4959, K.T. 29 7 2003, R.G. 6 8 2003, S. 25191)
- Türk Ceza Kanunu (5237, K.T. 26 09 2004, R.G. 12 11 2004, S. 25611)
- Doğrudan Adli Yaşlılıkla İlgili Olan Mevzuat
- Bakıma Muhtaç Engelli Bireylerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik (R.G. 30.07.2006, S. 26244)
- Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği (R.G. 21 02 2001, S. 24325)
- 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun (2022, K.T. 1 7 1976, R.G. 10 7 1976, S. 15642)
- 2972, Mahalli İdareler ile Mahalle Muhtarlıkları ve İhtiyar Heyetleri Seçimi Hakkında Kanun (2972, K.T. 18 01 1984, R.G. 18 01 1984, S. 18285)
- Şehir ve Kasabalarda Mahalle Muhtar ve İhtiyar Heyetleri Teşkiline Dair Kanun (4541, K.T. 10 04 1944, R.G. 15 04 1944, S. 5682)
- Adli Gerontolojiyle İlgili Bakanlıkların Kuruluş Kanunları
- Adalet Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun (2992, K.T.29 03 1984, R.G. 07 04 1984, S. 18365)
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (633, K.T. 03 06 2011, Yetki Kanunu. 6223, Tarih. 06 04 2011, R.G. 08 06 2011, S. 27958)
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun (3146, K.T. 09 01 1985, R.G. 18 01 1985, S. 18639)
- Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (652, K.T. 25 08 2011, Yetki Kanunu. 6223, Tarih. 06 04 2011, R.G. 14 09 2011, S. 28054)
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (663, K.T. 11 10 2011, Y.K. 6223, Tarih. 06 04 2011, R.G. 02 11 2011, S. 28103 (M))
- Adli Yaşlılıkla İlgili Uluslararası Mevzuat
- Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi, 4 Temmuz 1776, Amerika
- BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 10 Aralık 1948, Paris
- BM Tutuklulara Uygulanacak Muameleler İçin Temel İlkeler, 14 Aralık 1990. Paris.
- BM Tutulan Hapsedilen Kişilerin Korunması Prensipler Bütünü, 9 Aralık 1988, Paris.
- Ceza İşlerinde Karşılıklı Adli Yardım Avrupa Sözleşmesi, 20 Nisan 1959, Strasburg
- Hammurabi Kanunları, MÖ. 1760, Mezopotamya
- İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşmesi (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi), 4 Kasım 1950, Roma.
- İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi, 26 Ağustos 1789, Fransa
- Magna Carta Libertatum, 1215, İngiltere
- Suçluların İadesine Dair Avrupa Sözleşmesi, 13 Aralık 1957, Strasburg.
- Yaşlılar, Maluller ve Felaketzedelere İlişkin Sosyal Güvenlik Planlarına Dair Geçici Avrupa Sözleşmesi, 19 Aralık 1953, Strasburg.

## CICERO VE SIMONE DE BEAUVOIR'A GÖRE YAŞLILIK

### Aging According to Cicero and Simone De Beauvoir

Prof. Dr. Nurten GÖKALP\*

\*Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Felsefe Bölümü

ÖZET	ABSTRACT
<p>Yaşlılık düşünce tarihinin ilk dönemlerinden itibaren düşünürlere konu olmuştur. Filozofların bir kısmı yaşlılıkta görülen fiziksel değişimlere ve onun yarattığı olumsuzluklara vurgu yaparken bir kısmı da yaşlılıkla birlikte kazanılan olumlu niteliklere ve ayrıcalıklarına işaret etmektedir.</p> <p>İlkçağ felsefesinde yaşlılığı konu edinen ve bunu ilk kez bir metin haline getiren filozof Roma Stoa okulundan Cicero'dur.</p> <p>Yaşlılıkla ilgili kitap yazmış felsefecilerden biri de yirminci yüzyılın oldukça etkili bir akımı olan varoluş felsefesinin önemli isimlerden biri olan Simon De Beauvoir'dır.</p> <p>Yaşlılık konusunda bağımsız bir kitap yazan Cicero ve Beauvoir'ın farklı tarihsel dönemlerde bu konuyla ilgilenmiş olmaları yaşlılık konusunun her dönem ve çağda önemli olduğunun bir göstergesidir. Onların yaşlılığa yaklaşımları farklı olsa da yaşlılığın kaçınılmaz olduğu hususunda her iki filozof da hemfikirdir. Ancak yaşlılığın toplumsal algısında farklılıklar gözlenmektedir.</p> <p>Ayrıca her iki filozof kişisel gelişmeyi ortaya çıkan problemlere karşı bir çözüm olarak görmektedirler. Ancak Beauvoir'ın düşüncesinde bu gelişmede toplumsal değişim ve etkilerin önemli bir katkısı vardır.</p> <p><b>Anahtar Kelimeler:</b> Yaşlılık, Cicero, Simone De Beauvoir</p>	<p>Aging has been the subject of thinkers since the first periods of thought history. Some of the philosophers emphasize the physical changes and the negativities seen in aging and some of them point out the positive qualities and privileges gained with old age.</p> <p>Cicero from the Roman Stoa School is the first philosopher who interested aging in ancient philosophy. One of the philosophers who wrote books about aging is Simone De Beauvoir, one of the important names in the philosophy of existentialism, which is a highly effective movement of the twentieth century.</p> <p>Cicero and Beauvoir, who wrote an independent book on aging have been interested in this issue in different historical periods, indicating that the issue of old age is important in every period and age.</p> <p>Both philosophers who have different views about aging agree that aging is inevitable. However, differences are observed in the social perception of old age.</p> <p>In addition, both philosophers see personal development as a solution to emerging problems. In Beauvoir's thinking, however, social change and impacts have an important contribution to this development.</p> <p><b>Key Words:</b> Aging, Cicero, Simone De Beauvoir</p>

## CICERO VE SIMONE DE BEAUVOIR'A GÖRE YAŞLILIK

Yaşlılık düşünce tarihinin ilk dönemlerinden itibaren düşünürlere konu olmuştur. Düşünürlerin yaşlıların toplumdaki yeri ve değerine yönelik görüşleri ve tutumları dikkat çekicidir. Bu görüşlerin bir kısmı yaşlılıkta görülen fiziksel değişimlere ve onun yarattığı olumsuzluklara vurgu yaparken bir kısmı da yaşlılıkla birlikte kazanılan olumlu niteliklere ve ayrıcalıklarına işaret etmektedir.

Günümüz bilimsel değerlendirmelerinin işaret ettiği bu değişimler aslında insanlığın ilkçağlarından beri tespit edilip vurgulanmıştır. İlkçağ felsefesinde yaşlılığı konu edinen ve

bunu ilk kez bir metin haline getiren Roma Stoa okulundan olan Cicero'dur. Cicero'nun bu eseri İ.Ö.44'te, altmış iki yaşındayken yazdığı kabul edilmektedir. O sırada devlet işlerinden uzak olan Cicero'nun bu eseri yaşlılık denen yükü hafifletmek için değil, yaşına rağmen devlet işlerinde yine de pek yararlı olabileceğini anlatmak için yazdığı söylenir.

Yaşlılıkla ilgili kitap yazmış felsefecilerden biri de yirminci yüzyılın oldukça etkili bir akımı olan varoluş felsefesinin önemli isimlerden biri olan Simon De Beauvoir'dır.

Yirminci yüzyılın belki de en tanınmış feminist filozofu olan Simone de Beauvoir'ın varoluşçuluğun ahlaki etkileri ve toplumsal bağlamı üzerine çalışmaları dikkat çekicidir. En tanınmış eseri olan İkinci Seks, edebiyat, efsane ve din, biyoloji kuramları, toplumsal ve ekonomik gelişme, Marksizm, psiko-analiz ve varoluşçu felsefeye dayanan zengin ve karmaşık bir çalışmadır. Amacı 'Kadın nedir?' sorusunu ele almak olan De Beauvoir, varoluşçu düşüncenin kaygılarını bireyin özgürlüğü, bireyin seçim yapma kapasitesi ve bireyler arasında sosyal ilişkiler bağlamında ortaya çıkan çatışmaları ele alır.

Kendisini bir filozof olarak değil de bir yazar olarak tanımlayan ve bir düşünür olarak değil de Sartre'ın varoluşçu etiğinin ebesi olarak adlandıran Beauvoir yaşlılık konusunda yazma sebebini kendisinin de yaşlılığa girdiğini düşünmesi ve bunu bir sorun olarak algılaması olarak açıklamaktadır. Çevresindekilere göre yasak bir şey olan yaşlılık bir tabudur ve hiç yanaşmamak gerekir. O kimsenin göze alamadığı bu soruna yaklaşmak gerektiğini düşünmektedir. Yaşlılık karşısındaki duygusallıkla kendini artık yaşlılar arasında görmeye başlamış, onların sorunlarının kendi sorunları olarak algılamıştır. Kitabı yazdığında 62 yaşında olduğunu ifade eden yazar her yönden yaşlılığın 65'te başladığını düşünmekte "tam bir yaşlı değilsem de, yaşlılığın sınırına iyice yaklaştığım söylenebilir" demektedir. 80 yaşına geldiğinde gerçek anlamda yaşlı olacağını, çalışma gücünü yitireceğini düşünen Beauvoir mevcut haliyle kendini on yıl öncekinden çok değişik görmemektedir. Hatta bazı yönlerden on yıl öncesine göre daha iyimser olduğunun bile söylenebileceğini ifade etmektedir.

Bu noktada ilginç bir tesadüf, her iki düşünürün de yaşlılığa dair kitaplarını 62 yaşında yazmış olmalarıdır. Bu yaşın özel bir psikolojik hali yansıtıp yansıtmadığı bilinmez ama iki düşünür de bu yaşta kendilerini yaşlılığa yakın hissetmektedirler. Bu da dikkat çekici bir husus olarak değerlendirilebilir.

Öte yandan her iki filozofun yaşlılıkla ilgili değerlendirmelerinde hem ortak hem de farklı özelliklerine işaret edilebilir.

Yaşlılık her iki filozof tarafından da kaçınılmaz bir olgu olarak kabul edilmekte, yaşlılığın yetişkinliğin bir uzantısı olarak yaşam süresinin ileriki döneminde fiziksel ve ruhsal değişimlerin görüldüğü bir evre olarak tanımlanabileceğine işaret edilmektedir.

“Yaşlılık yaşamın son perdesidir; bir oyunun bizi usandırmasından nasıl kaçınıyorsak, yaşlılıktan usanmaktan da kaçınmalıyız, hele yaşama doymuşsak.” (Cicero, 1990, s:117) diyen Cicero gibi Beauvoir da “yaşlılık insan varoluşunun zorunlu bir sonucudur. Bununla birlikte yıllar geçtikçe insan organizmasının bir değişime uğradığı, görgüye dayanan, evrensel bir gerçektir. Bu oluşun önüne geçilemez. Bir sürenin sonunda, bu, kişinin faaliyetlerinin azalmasını gerektirir; çok defa düşünce yetenekleri azalır ve dünyaya karşı davranışında bir değişiklik belirir” (Beauvoir, 1970, s:432) demektedir.

Burada özellikle dikkat çekilen husus yaşlılık döneminde görülen fizyolojik değişimlerdir. Örneğin; 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 değişimler gibi. Bu bağlamda Cicero, “İhtiyarlığı 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, s:18) derken, bugün fizyolojik yaşlılık olarak tanımlanan içeriğe işaret etmektedir.

Aynı şekilde Beauvoir “İhtiyarlık statik bir olgu değildir, bu bir sürecin sonuçlanması ve devamıdır. Bu süreç neden ibarettir? Başka bir deyimle, ihtiyarlamak nedir? Bu düşünce, değişme düşüncesine bağlıdır. Fakat embriyonun, yeni doğmuş çocuğun, çocuğun yaşayışı sürekli bir değişmedir. Hayatın yasası değişmektir. İhtiyarlamayı niteleyen değişmenin belli bir biçimidir: Bu tersine dönülmez ve elverişsiz durum, bir sona ermedir. (Beauvoir, 1970, s:XXII)

Fizyolojik değişim sürecinin sonucundaki en istenmeyen sonuç ise ölümdür. Ölüme karşı tavır konusunda iki filozofun farklılaştığı görülmektedir.

“Ölüm, ansızın önümüze çıkan yollardan biridir, her yaşta bizi tehdit eder. Ama biz gelecekteki yaşlılığımızın durağında olduğumuzu aklımıza getirmeyiz. Yaşlılık bizden öyle uzak bir zaman parçasıyla ayrılmıştır ki, gözümüzde sonsuzluğa karışıp gider. Bu uzak gelecek bize gerçek dışı gibi gelir, ölümler de bir hiçtir. İnsan bu yokluğun önünde metafizik bir baş dönmesi duyabilir; ama bu yokluk kesin bir şekilde yerine oturmuştur, tartışma götürmez.” (Beauvoir, 1970, s:XV-XVI) diyen Beauvoir daha pessimist bir tavırla ölüme yaklaşmaktadır.

Buna karşılık Cicero ölüm karşısında daha gerçekçi bir yaklaşım sergilemektedir: “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) Ölümü gözümüzde büyütmemek için, bunu daha gençken düşünmeliyiz; böyle düşünülmezse, kimsenin içi rahat edemez; çünkü öleceğimiz kesin; kesin olmayan bir şey varsa, o da bugün ölüp ölmeyeceğimizdir.” (Cicero, 1990, s:104)

Cicero'ya göre ölüm kaçınılmaz son olduğuna göre yapılması gereken şey yaşlılığı doğal olarak kabul edip yaşlı ve erdemli olabilmektir. Aynı şekilde yaşlılıktaki olumsuzlukları olumlularla değiştirmenin yollarını bulmak ve göstermek gerekir. “Yaşlılığa katlanmak, kusurlarını çabalarımızla gidermek gerek. Sağlığı göz önünde tutmak, bedeni ölçülü olarak işletmek, gücümüzü yok edecek denli değil, tazeleyecek denli yiyip içmek gerek. Hem yalnızca bedene değil, asıl zihne ve ruha özen göstermeli; çünkü yağsız kalan lambanın sönmesi gibi, bunlar da beslenmezse, yıkıma uğrarlar. Çok yorucu olan bir beden eğitimi, kuşkusuz bedeni ağırlaştırır; zihinse, işletildiğinde çevikleşir. (Cicero, 1990, s:61) “İhtiyarlar gençlerin yaptığı işleri yapamazlar ama çok daha büyük, çok daha iyi işler görürler. Büyük işler kuvvet veya sürat ve çeviklikle değil, düşünce, sözünü geçirme, ortaya doğru fikirler atma ile başarılır. Umumiyetle ihtiyarlar bu meziyetlerinden mahrum olmak şöyle dursun, onları artırmışlardır bile.” (Cicero, 1990, s:19-20) demektedir.

Yine, “Yaşlıların aklına bir şey olmaz, yeter ki çabalarını ve eylemlerini sürdürsünler; bu, yalnızca parlak ve onurlu konumlarda bulunan kimseler için değil, devlet işlerinden uzak, kendi halinde bir ömür sürenler için de böyledir. Sophokles, en yaşlı zamanında bile tragedya yazdı. Görüyorsunuz ya uyuşuk ve devinimsiz olmak şöyle dursun, yaşlılar çalışkandırlar, boş durdukları yoktur, hem de zorlu işler görürler; insan önceleri neyle uğraşmışsa, elbet yaşlılığında da onunla uğraşır. Ya yeni yeni şeyler öğrenenlere ne dersiniz? Örneğin Solon'un, dizelerinde, "Yaşlı olduğum halde her gün yeni bir şey öğreniyorum" diye övündüğünü görüyoruz; ben de öyle, bu yaşta Yunan yazını öğrendim” (Cicero, 1990, s:45) diyen Cicero, yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan bedensel zayıflamanın insanın zihinsel yeteneklerini de zayıflatmadığını aksine entelektüel yeteneklerini daha verimli ve etkili kullanmasına sebep olduğunu iddia etmektedir. Yani zamanın bedene olumsuz etkisi olurken, zihne olumlu katkısı olduğunu iddia etmektedir ki, bu düşüncenin arkasında insanın insan olmasını sağlayan ayırıcı vasfının zihni ya da akli olduğu temel düşüncesi yatmaktadır.

Oysa Beauvoir'a göre yaşlılığın varoluşu bir boyutu vardır: İhtiyarlık, bireyin zamanla olan ilişkisini; yani, dünyayla ve kendi öz tarihiyle olan ilişkisini değişikliğe uğratar. Öte yandan insan asla tabii durumda yaşamamaktadır. Her çağında olduğu gibi ihtiyarlığında da insanın konumu, bağlı olduğu toplum tarafından insana zorla kabul ettirilir. Sorun'u karmaşık kılan da budur. Yine bu konuda fizyolojik verileri ve psikolojik olguları dikkate almayıp bir yana atmak doğru değildir. Bunlar, birbirlerine karşılıklı etkilerler. Özellikle yaşlılıkta bu ilişki apaçıktır. Bu ilişki daha çok psikosomatik 'in alanıdır. Bununla beraber bir bireyin psikik hayatı diye adlandırılan durum, ancak bireyin varoluşsal durumunun ışığı altında anlaşılabilir.



Bireyin bu durumunun da kendi organizması içinde yansımaları vardır. Tersine; zamanla olan ilişki, vücudun az ya da çok harap oluşuna göre, değişik bir şekilde duyulur. Yaşlının varoluşu sırasında karşılaştığı çöküntüler ise daha da köklüdür. Eğer emekli şimdiki hayatının anlamsızlığından umutsuzluğa kapılıyorsa bu demektir ki, varoluşunun anlamı her zaman için kendisinden çalınmıştır. Mesleğinin zorunluluklarından kurtulur kurtulmaz, çevresinde kurak bir çölden başka bir şey bulamayacaktır. Dünyaya hedefler, değerler, varoluş nedenleri sağlayacak bir takım tasarımlara atılmasına izin verilmemiştir. (Beauvoir, 1970,s:435-436)

Dikkat edilirse yaşlılığa yönelik pessimist bir bakış açısına sahip olan Beauvoir yaşlılıkla ilgili bu durumu analiz ettiğinde problemin kaynağında yaşadığı toplumun olumsuz özelliklerini görmektedir. İhtiyarlara saygı göstermede toplumun tutumunun, ikiyüzlü olduğunu ihtiyarlığa ileri yaştakilerin kurduğu bir sınıf olarak bakmadığını vurgulamaktadır. Ona göre, ihtiyarlığın başlangıç zamanı iyi tarif edilmemiştir, yerlere ve çağlara göre değişmektedir. Yeni bir konum getiren, ihtiyarlıkla ilgili geçiş törenlerine hiçbir yerde rastlanmamaktadır. Politika alanında, birey yaşadığı sürece, hak ve ödevleri aynı kalmakta, medenî kanun yüz yaşındaki bir adamla kırk yaşındaki bir adam arasında hiçbir ayırım yapmamaktadır. Hukukçulara göre; patolojik haller dışında, yaşlı insanların cezaî sorumlulukları gençlerinki kadar tamdır. Aynı şekilde ihtiyarların ekonomik durumu söz konusu olduğunda, onlar, yabancı bir cinstenmiş gibi kabul edilmektedirler. Onlar diğer insanlarla ne aynı ihtiyaçlara, ne de aynı duygulara sahip olarak düşünülürler. Oysa ihtiyarlar yaşamakta olan insanın hatalarını ve niteliklerini taşırlar ama kamuoyu bunu bilmezden gelmektedir. Ona göre yaşadığı toplumun işlediği cinayet de buradadır. Toplumun Yaşlılık politikası bir rezalettir. (Beauvoir, 1970, s:435-436)

Buna karşın Cicero'da ise yaşanan toplumun olumlu niteliklerine, yaşlılığın faziletlerine ve değerine vurgu yapılmaktadır. “İhtiyarlık hele şerefli bir ömür sürenlerin ihtiyarlığı insana bütün gençlik zevklerinden daha değerli sayılacak derecede büyük bir itibar kazandırır.” (Cicero, 1990, s:48) ifadeleri bu mertebenin önemine ve değerine işaret etmektedir.

Bunu sağlamak için yaşlıların yapması gereken şeyler akıl ve erdemle ilişkilidir. “Ruhun yapacağı eğitim budur, zihnin tutacağı yol, işte bu yoldur. Böyle işlere kendimi verip çalışırken, alın teri dökerken beden gücümün yokluğunu pek duymuyorum. Arkadaşların yardımına koşuyorum, senatoya sık sık gidiyorum, hem de üzerlerinde iyice, uzun uzun düşünülmüş düşünceler ortaya atıyorum. Bu düşünceleri de beden gücüyle değil, akıl gücüyle savunuyorum. Bu işlerle uğraşamayacak duruma gelirim, artık o yapamadığım şeyleri yattığım yerde düşünmek de gene benim için bir zevk olur; ama sürdüğüm ömür gene eylemli olmama olanak veriyor. Çünkü kendisini işe veren, çalışan insan, yaşlılığın ne zaman geldiğini duymaz. Böylece yavaş yavaş, ayırımına varmaksızın yaşlanır ve birden çökuvermez de ağır ağır söner.” derken Cicero erdem ahlakı çerçevesinde erdem ile bilgiyi aynileştirmiş, doğru bilginin kazanılmasına yönelik zihinsel bir gelişime işaret etmiştir. Bu aynı zamanda iyi

ve doğru yaşamın gereği olan erdemin kazanılmasıdır. Erdemin kazanılmasına yönelik bu zihinsel gelişme de 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.

Öte yandan her iki filozofun yaşlılığa yönelik düşüncelerinin şekillenmesinde yaşadıkları çağın ve toplumun etkilerini görmek mümkündür. Bu bağlamda ilkçağın insanın onurlu yaşamını öven ve tavsiye eden düşünceleri uzantısında Cicero "Ne ak saçlar, ne yüzdeki kırışıklar insana hemen saygı sağlayamaz: ancak onurlu bir yaşamdan sonra bu olgun çağa yetişen kimse, saygının en güzel meyvalarına erişir. Bir yaşlıya selam vermek, yanına yaklaşmak, onu görünce ayağa kalkmak, önüne geçmemek, onu geçirmek, ona akıl danışmak gibi önemsiz ve sıradan görünen şeyler bile ona gösterilen saygının belirtisidir; bu saygı gösterilerine bizde de, ahlâkları oranında başka uluslarda da uyulur". (Cicero, 1990, s:97) ifadesi ile bu durumun ahlaki boyutunu öne çıkarmaktadır.

Beauvoir ise yaşadığı toplumu eleştirmekte, toplumun çağın şartlarına göre ürettiği, insana ve yaşlıya yönelik politikaların olumsuzluğuna işaret etmektedir. Ona göre, yaşlılık çöküntüsünün başladığı yaş insanın ait olduğu sınıfa bağlıdır. Örneğin, 50 yaşındaki bir maden işçisi, artık bitmiş bir insandır, fakat imtiyazlılar arasında pek çokları 80'ine kadar gayet iyi bir hayat sürdürebilmektedirler. Çalışanın yıkılışı, erkenden saf dışı bırakılsa da, daha çabuklaşmaktadır. Fazladan yaşadığı yıllarda bitkin vücudu hastalıkların, kurbanı olacaktır. Oysa sağlığını korumasını becerebilmiş bir yaşlı, ölümüne kadar iyi durumunu sürdürmek imkânını sahiptir. Toplumun sömürdüğü insanlar yaşlandıkları zaman sefaletle ya da büyük bir yoksulluğa, rahatsız yerlerde yaşamaya ve yalnızlığa mahkûm olurlar. Bu da kendilerinde genel bir bitkinlik ve kuruntu duygusunun uyanmasına yol açar. Emekli ihtiyar sağlığın ve aklının dengesini korusa bile, müthiş bir derdin, sıkıntının kurbanı olmaktan kurtulamaz. Dünya ile ilişkisi kesildiğinde, işinin dışında bir başka uğraşı edinemediği için zaman öldürmeyi bile beceremez. Can sıkıcı işsiz-güçsüzlüğü, kendisinde kalan son fizik ve moral dengeyi de altüst edecek gevşekliğe varır. Bu durumda yaşlılık toplum ilişkisi önemlidir. Beauvoir bunu şöyle ifade etmektedir: "nihayet toplum, işe yaramaması, görmüş geçirmiş olması gibi ihtiyarın bireysel mizacının doğuracağı tepkiyi hesaba katarak ona yerini ve yapacağı işi gösterir. Buna karşılık, bireyi şartlandıran, toplumun ideolojik ve pratik tutumudur. Öyleyse, ihtiyarlığın çeşitli görünüşlerini çözümsel bir tarzda anlatmak tepki yapar ve ötekiler tarafından etkilenir. Yaşlılığı, işte bu dolaşımın sonsuz hareketi içinde yakalamak gerekir." (Beauvoir, 1970, s;436)

Peki, bu durumda bir insanın son çağında da insan olarak kalabilmesi nasıl bir toplumda olanaklıdır.

Beauvoir için bu sorunun cevabı çok basittir: "İnsana daima insan muamelesi yapılarak. Şimdiye kadar hepsine bir mal gözüyle bakmıştır. Toplum kendisi için sadece kârın önemli

olduğunu ve hümanizmasının sadece bir boyadan ibaret kaldığını itiraf etmiştir. Yaşlılık bütün uygarlığımızın başarısızlığını ortaya koymaktadır. Yaşlı insanın yaşama şartlarının sindirilir duruma gelmesini istiyorsak, insanı yeni baştan yapmalı, insanlar arasındaki ilişkileri yeniden düzenlemelidir. Bir insan, hayatının sonuna bomboş eller ve yalnızlık içinde varmamalıdır.” (Beauvoir, 1970, s:437)

“Belirttiğim ideal toplumda, yaşlılığın belki de hiç var olmayacağı hayal edilebilir. Bazı ayrıcalıklı kişilerin örneğinde olduğu gibi, yaşın gizli gizli zayıf düşürdüğü kişi, bir gün vücudunun dayanamayacağı bir hastalığa yakalanabilecektir, fakat asla küçülmeyecektir. Alçalmadan ölebilecektir. Son çağ, hayatın, gençlik ve olgunluk çağından farklı, fakat kendine özgü dengesi olan ve kişiye türlü imkânları açık bırakan bir devresi olacaktır.” Beauvoir, 1970, s;438)

## **Sonuç**

Yaşlılık konusunda bağımsız bir kitap yazan Cicero ve Beauvoir’ın farklı tarihsel dönemlerde bu konuyla ilgilenmiş olmaları yaşlılık konusunun her dönem ve çağda önemli olduğunun bir göstergesidir.

Cicero ve Beauvoir’ın yaşlılığa yaklaşımları farklı olsa da yaşlılığın kaçınılmaz olduğu hususunda her iki filozof da hemfikirdir.

Ancak yaşlılığın toplumsal algısında farklılıklar gözlenmektedir. Farklılıklar Beauvoir’ın da işaret ettiği gibi toplumsal farklılıklarla ve yaşanan çağın nitelikleri ile alakalıdır. Doğal olarak Cicero’nun yaşadığı dönemin toplumsal yapılanması çağdaş toplumlarınkinden oldukça farklıdır.

Buna bağlı olarak Beauvoir’a göre yaşlılığa karşı toplumsal yanlış değerlendirmeler daha çok psiko-sosyal kaynaklıdır, yaşanan çağın ve toplumun özellikleriyle bağlantılı olarak açıklanabilir.

Öte yandan her iki filozof da kişisel gelişmeyi ortaya çıkan problemlere karşı bir çözüm olarak görmektedirler. Ancak Beauvoir’ın düşüncesinde bu gelişmede toplumsal değişme ve etkilerin önemli bir katkısı vardır.

Nihayet kaçınılmaz bir olgu olan yaşlılığa yaklaşımlarındaki farklılıklara rağmen iki filozof da hayatımıza bir anlam veren hedefleri kovalamaya devam etmenin yaşlılık için önemli olduğunu düşünmektedirler. Bunu sağlamak için Cicero onurlu bir yaşamı tavsiye etmektedir. Zira onurlu bir yaşamdan sonra yaşlılıkta toplumsal saygının en güzel meyvelerine erişilecektir. İhtiyarlığa karşı en mükemmel silahın bilgili ve faziletli olmak olduğunu iddia eden Cicero bu meziyetlerin uzun ve dolu bir ömür sürdükten sonra insana tadına doyumaz

bir zevk vereceğini, çünkü bunların insanı hiçbir vakit, hatta yaşlanınca bile terk etmeyeceğini ifade etmektedir.

Dolayısıyla yaşlılık niceliksel bir değişimden ziyade niteliksel bir dönüşüm olarak algılanmakta ve kavramın can alıcı noktası da bu olmaktadır. Bu niteliksel dönüşüm bilgelik ve erdem ile ilişkilendirilmiş olduğundan insan için değerli ve şerefli bir merteye olarak görülmelidir. Cicero'nun yaşadığı dönemin toplumsal ve siyasal özellikleri ile ilişkilendiğinde yaşlılık insan yaşamında yukarıda işaret edildiği ulaşılması gereken bir merteye insan hayatının önemli ve ayrı bir dönemidir.

Beauvoir'a göre ise varoluşsal bir değişim gereklidir. Mademki yaşlılık kaçınılmaz bir olgudur onun olumsuzluklarına karşı tek bir çıkar yol vardır: Hayatımıza bir anlam veren hedefleri kovalamaya devam etmek. Sözgelisi, kişilere bağlılık, toplu yaşama, çeşitli nedenler, sosyal ya da politik, zihni ve yaratıcı çalışmalar yapmak ki bunlar sayesinde kendi üzerimizde bir dönüş yapmayalım. Hayat, ancak aşk, dostluk, kırgınlık, ilgi aracılığı ile başkalarının hayatlarına değer verildiği zaman bir değer taşır. Ancak o zaman konuşacak ve bir şeyler yapacak nedenler bulunabilir. Tüm bunlara karşı durabilmenin ve bunu gerçekleştirebilmenin tek yolu da hayatı değiştirmektir!

### **Kaynaklar**

- Cicero, İhtiyarlık, Çev. A. Sarıgül, M.E.B. İstanbul, 1990
- Simone de Beauvoir, Yaşlılık, Çev. M. Ali Kayabal, Milliyet Yayınları, 1970

## GERONTOLOJİ ÇALIŞMALARINDA METODOLOJİ PROBLEMLERİ

Prof. Dr. Ayşe CANATAN\*

\*Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

### ÖZET

20.yüzyılın başında sanayileşmenin toplum üzerindeki etkisiyle ortaya çıkan modern toplumun özellikleri sosyal bilimlerde çeşitli araştırmalar için zemin oluşturmuştur. Tıp ve teknolojideki gelişmeler bebek ölümlerinin düşmesine ve ortalama yaşam süresinin yükselmesine yol açmıştır. Bu nedenle hızla artan 65 yaş ve üstündeki yaşlı nüfus grubu hakkında araştırmalar yapılmaya başlamıştır. Modern toplum yaşantısının bir çok yönü gibi yaşlılık ve yaşlanma konuları da araştırmalar arasında yer almaya başlamıştır. Yüzyılın başında hakim olan pozitivist anlayışın etkisiyle araştırmaların nicel yöntemlerle yapıldığı anlaşılmaktadır. Nicel araştırmaların bulguları geniş bir kitle hakkında ve yüzeysel veriler elde etmeye uygun, ancak daha derinlikli bilgiler elde etmeye uygun olmadığından 20. Yüzyılın ortalarından sonra nitel araştırmalar da devreye girmiştir. Yaşlılık araştırmalarında iki temel boyut yer almıştır. Yaşlılık dönemi araştırmaları ve yaşlanma süreci ile ilgili araştırmalardır.

Yaşlılık dönemi araştırmaları psiko-sosyal gelişim temelli ve dönem özelliklerini ortaya çıkaran niteliktedir. Yaşlıların gündelik hayat içinde sosyal refahlarını artırmaya yöneliktir. Yaşlanma araştırmaları ise çoğunlukla biyoloji ve tıp temelli olup yaşam süresini uzatma, sağlıklı yaşlanma ve yaşlanmanın yavaşlatılması konularındadır. Yaşlılık araştırmalarında yaş, kuşak ve ölçüm zamanı önemli kavramlar olup aynı zamanda araştırmalarda bağımsız değişkenlerdir. Araştırmanın deseni kullanılacak yöntem ve tekniklerin önceden belirlenmesi, araştırma adımlarının sırasıyla izlenmesi ve metodolojik hataların engellenebilmesi için önemlidir. Yaşa göre değişmelerin, gelişmelerin ya da farklılaşan özelliklerin ortaya konması için yapılan araştırmalar kesitsel ve boylamsal araştırmalardır. Bu araştırmalar deneysel veya betimsel yaklaşımla yürütülebilir. Araştırmanın deseni oluşturulurken kullanılacak araştırma yönteminin avantajları olduğu gibi dezavantajları da dikkate alınır. Nitel araştırma yöntemleri kısıtlı bir örneklem ile derinlikli bilgiler elde etmeye yöneliktir. Yaşlılarla yapılacak araştırmalarda anlatılar, hayat hikayeleri ve etnografik keşifler ya da araştırma sahasının incelenmesi ile oldukça önemli veriler elde edilebilir.

### Anahtar Kelimeler:

### ABSTRACT

In the beginning of the 20th century, characteristics of modern society which emerged with the effect of industrialization formed the basis for various researches in social sciences. Developments in medicine and technology have led to a decrease in infant mortality and an increase in life expectancy. For this reason, researches have started to be done about the rapidly growing population of elderly people aged 65 and over. Old age and aging issues, like many aspects of modern society life, have also begun to be included in the research. At the beginning of the century, it was understood that the most of the researches were carried out with quantitative methods. As the findings of quantitative research are suitable for a large mass and to obtain superficial data, but since they are not suitable for obtaining more in-depth information, qualitative research has been introduced after the mid-20th century. There were two main dimensions in the old age and ageing researches. Researches on aging process and old age period.

Elderly studies are psychosocial development based and revealing features of the period. It aims to increase the social welfare of the elderly in daily life. Aging researches are mostly biology and medicine-based and extend life span, healthy aging and slowing of aging. Age, generation and measurement time are important concepts in old age research and they are independent variables in researches. The design of the research is important in order to determine the methods and techniques to be used, to follow the research steps in order and to prevent the methodological errors. The researches conducted to reveal the changes, developments or differentiated features according to the year are cross-sectional and longitudinal studies. These studies can be conducted with an experimental or descriptive approach. The disadvantages of the research method as well as the disadvantages are taken into account when creating the design of the research. Qualitative research methods are aimed at obtaining in depth information with a limited sample. Valuable data can be obtained by analyzing narratives, life stories and ethnographic discoveries and also research area in elderly research.

### Key Words:

## GERONTOLOJİ ÇALIŞMALARINDA METODOLOJİ PROBLEMLERİ

### Giriş

20.yüzyılın başında sosyal bilimlerde hakim olan paradigma pozitivism olduğundan araştırmalarda nicel yöntem ön planda olmuştur. Gerontolojide de nicel yöntemle araştırmalar yapılmıştır. Gerontolojide yapılan sosyal araştırmalarda sosyal yönden yaşlılık ve yaşlı yoksulluğu öne çıkan konular olmuştur. Sağlık ekonomisi yönünden ise yaşlının sağlık durumu ve sosyal bakım konuları araştırılmıştır. Bu araştırmaların örneklemine yaşlı kadınlar oluşturmuştur. O dönemde yaşlı kadınları zor ve yoksul koşullarda yaşayan tek tip bir grup olarak değerlendirme anlayışı hakimdir. Bu anlayış kabul edilemez görünse de ikinci dünya savaşının ardındaki kalıntıların ve üzüntülerin en göze çarpan kısmı olmuştur. Biyo-medikal yaklaşım ise yaşlanmayı karşı konulamaz bir gerileme ve yaşlıları da sağlık alanında tüm yıpranmışlıklarıyla pasif alıcılar olarak görmüştür.

1970'lere gelindiğinde ise toplumda artık sağlıklı ve uzun yaşam konuları gündeme gelmeye başlamıştır. Gerontologlar yaşlıların tek tip bir grup olmadığını ve yaşlıların tek derdinin de yoksulluk olmadığını anlamaya başlamışlardır. Yaşlılarla ilgili araştırma verilerinin genellenebilirliği tartışılmaya başlanmıştır. Bunun yanında yapılan araştırmalarda nitel yöntemle elde edilen derinlikli verilerin önemi vurgulanmıştır. Fakat ileri yaşlarda ortaya çıkan değişiklikleri ayrıntılı çalışmak ve ileri yöntemler kullanarak çözümleme yapmak için geniş örneklemle yapılan nicel araştırmalara ve veri tabanlarına da her zaman gereksinim duyulduğu vurgulanmıştır. Örneğin 2. Dünya savaşından sonra önem kazanan bir kavram olan “yaşam beklentisi” yaşlılık araştırmalarında çalışma konusu olmuş cinsiyete göre karşılaştırmalar yapılmış hem erkeklerde hem de kadınlarda “uzun yaşamanın memnuniyeti” ile karşılaşılmıştır. Bu memnuniyetin neye dayandığının nicel araştırmalar yoluyla anlaşılması zor olduğundan sosyo-kültürel açıdan yaşlılık dönemine ait özelliklerin nitel yöntemlerle çalışılması, yaşlıların gündelik hayatlarını keşfetmek ve yaşamı sürdürme çabalarının neler olduğunun anlaşılabilmesi için önemlidir.

Tarımla uğraşan kırsal toplumlarda bütün yaş grupları aynı yaşam düzeni içinde gündelik yaşamını sürdürürken, modern toplum birbirinden farklı özellikler taşıyan genç, kadın, erkek, çocuk ve yaşlı grupları için birbirinden farklı yaşam biçimleri ve beklentiler geliştirmiştir. Her bir grup toplum bilimleri açısından sorunları, konumları ve beklentileri ile birer çalışma alanı haline gelmiştir. Bu gruplar içinde bugün yaşlılar ve erkekler en fazla anlaşılması gereken gruplardır.

Tıp ve biyoloji alanlarındaki araştırmalar sağlıklı ve uzun yaşam konularına daha fazla yer vermeye başlamıştır. Beslenmeden kozmetiğe, estetikten spora kadar bir çok alanda yaşlanma karşıtı endüstrinin önemli bir yer tuttuğu ve bedene verilen önemin arttığı görülmektedir. Sosyal araştırmalar ise özellikle kadın yaşlıların yoksulluğu üzerinedir. Uzun yaşam beklentisi

bakım konusunu mercek altına almayı gerektirmiştir. Bakımın nerede yapılacağı, bakıma muhtaçlığın ölçülmesi, bakımın maddi boyutu, günümüzde modern toplumlarda en çok çalışılan konular haline gelmiştir. Küreselleşme ile göçmenlik olgusu özellikle Batı Avrupada yaşayan ve yaşlanan yaşlı göçmenler üzerine ve etnik azınlıkların emeklilik ve yaşlılık dönemine ilişkin düzenlemelerle ilgili araştırmalar yapılmaktadır.

Kuzey Amerika’da önceleri toplumda yaşlılara “rolsüzlük rolü” verilirken 1950’lerden sonra “başarılı yaşlanma” konusu gündeme gelmiştir. Yaşlıların homojen bir grup olmadığı daha önce belirtilmişti. Günümüzde yaşlanan her yeni kuşak toplumsal hayata araştırılacak yeni konular eklemektedir. Bu konular içinde yaşlıların tüketim davranışları önemli bir araştırma konusudur. Yaşam kalitesi (quality of life) araştırması ve yaşam doyumu gibi standart ölçekle ölçüm yapmayı hedefleyen çalışmalar ise farklı koşullardaki yaşlıların karşılaştırmalı durumunu ortaya koymaktadır. Kuzey Amerikada üretilen bu çalışmalar farklı ülkelerde uyarlanıp kullanılmakla birlikte yapılan çalışmalarda kültürel farklılıkların, kimlik unsurunun, tüketim ve yaşam tarzının dikkate alındığı görülmektedir (Canatan, 2018).

İnsan gelişimi üzerine yapılan araştırmalarda iki temel bakış bulunmaktadır. İnsanı bir makina olarak ele alan “mekanistik” bakış açısı insanı çevrenin şekillendirdiği görüşüne sahiptir. Bunun karşısında “organizmik” bakış açısı ise tam tersi gelişimi belirleyen faktörün insanın doğası (biyolojisi, taşıdığı genleri) olduğunu ileri sürmüştür. Birbirine zıt bu iki görüşün dışında üçüncü görüş ise “çevre ve insan doğasının etkileşimi” ile gelişimin gerçekleştiğini savunmaktadır. Etkileşimci görüş gelişimin çok boyutlu olduğunu ileri sürmektedir. İnsan davranışı üzerinde kendi doğasının ve genetiğinin etkisi olduğu kadar çevrenin de etkili olduğunu savunmaktadır.

Baltes’in üstünde durduğu(1987) yaşam boyu gelişim anlayışına göre organizmada ortaya çıkan değişim çevreyi de değiştirir. Yaşam boyu gelişim yaklaşımı, yaşlılık araştırmalarında bilişsel, sosyal ve biyolojik araştırmalara uygulanabilme özelliğini taşımaktadır. Bu yaklaşım yaşam boyu kazançlar ve kayıpları gösterme özelliğine sahiptir (Erber, 2013). Baltes insan hayatında yaşam boyu kazançların ve kayıpların yer aldığını, yaşamın başlangıcında kazançlar daha fazla görünürken kayıpların daha az olduğunu; yaşlandıkça kayıpların fazlalaştığı ve kazançların azaldığını belirtmektedir (Canatan, 2018).

## **1. Yaşlılık Araştırmalarının Değişkenleri**

### **1.1. Yaş**

Yaş, araştırmalarda oldukça önemli bir değişkendir. Gelişim araştırmalarında yaş, yaş gruplarının açılış ve kapanış zamanlarını veren kategorik bir değişkendir. Yaşlılık araştırmalarında bulgular genç grup, yaşlı grup olarak iki kategori arasında karşılaştırma yapma imkanı verir. Örneğin 70-74 yaş arasındaki yaşlıların oluşturduğu bir grupla 85 yaş ve üstündeki yaşlıların grubu herhangi bir şekilde karşılaştırıldığında iki grubun benzeyen veya

farklı puanlarından söz edilebilmesi için iki grup için ortak bir araştırma değişkeni bulunmalıdır. Örneğin araştırma grubunun hiç evlenmemiş yalnız yaşayan kadınlardan oluşması veya diyabet hastalığının etkisinde olanlar gibi.

Yaşı vurgulayan çalışmalarda araştırma grupları çok genç yaş grup ve çok yaşlı yaş grubunu “ekstrem yaş grubu deseni” içinde karşılaştırarak yaşlıların herhangi bir yetilerinde kayıp ya da gerileme var mı yok mu ortaya koyulabilir (Akt. Erber,2012).

Bazı araştırmalar yaşı kategorik değil de sürekli değişken olarak tanımlamaktadır. Örneğin, “30 yaşın üstündekiler” ifadesi “genç” “yaşlı” gibi hiç bir kesim noktası göstermemektedir. Yaş kategorik ya da sürekli olup olmadığına bakılmaksızın biyolojik değişkendir. Sosyo-ekonomik düzey değişkenlerinden biri olan yaş, bireyin taşıdığı cinsiyet, medeni durum gibi bir değişkendir.

### **1.2. Kuşak**

Kuşak, aynı yılda ya da belli bir zaman diliminde doğan kişilerin oluşturduğu gruptur. Bir kuşağın üyeleri gelişim dönemlerinden birinde ortak bir deneyime sahip olurlar. Kuşak üyeleri, aynı olaydan etkilenirler ama her birinin davranışı farklı olur (Whitbourne, 2005). Örneğin, ikinci dünya savaşında askerlik yapan 20 yaş grubu için savaşın anlamı ile diğer insanlar için savaşın anlamının aynı olmaz. Bir başka ifadeyle kuşak aynı dönemde doğan, içine doğdukları çevrenin etkilerini taşıyan aynı çağın insanlarından oluşur.

### **1.3. Ölçüm Zamanı**

Ölçüm zamanı, araştırmanın yürütüldüğü zamandaki herkes için ve bireyler için geçerli olan koşulları ifade eder. Örneğin, araştırma yapılırken bireyin eğitim durumu sorulduğunda ki hali, medeni durumu sorusuna verilen “evli” cevabı gibi. Örneğin araştırmanın yapıldığı dönemde şiddetli bir afet yaşanması gibi tüm toplumu etkileyen olaylar sırasında araştırmaya katılanların durumunun ne olduğu, onların üstündeki etkisi anlatılır. Bir başka ifadeyle araştırmanın yürütüldüğü zaman araştırmaya katılanların durumunu anlatır. Ayrıca araştırma yürütülürken kullanılan bir ölçme aracı varsa onun hangi sürüm olduğu da önemlidir.

### **2. Araştırmanın Deseni**

Bir araştırmada, araştırmanın aşamaları ve hangi yöntem ve tekniklerin uygulanacağını, yapılması gerekli işlemlerin önceden planlanması araştırmanın desenini oluşturur. Yaşın bağımsız değişken olduğu, yaşa göre değişmelerin araştırıldığı çalışmalarda araştırmacılar iki ya da daha fazla yaş grubu ile çalışılırken kesitsel ve boylamsal araştırma yöntemi kullanırlar. Eğer tek bir yaş grubu içinde bir konu çalışılacaksa öncesi-sonrası veya öntest-sontest yöntemi ya da zaman aralıklı yöntem (time-lag design) kullanılır (Erber, 2012).

Araştırma deseninde, birden çok faktörün etkisi birbirine karışmışsa bunları birbirinden ayırmak zor olabilir. Örneğin boylamsal araştırma deseninde yaş faktörü ile ölçüm zamanı



birbiri ile karışabilir. Elde edilen sonuçta hangisinin rol oynayan faktör olduğunu ortaya çıkarmak zor olabilir.

### **2.1. Kesitsel yöntem**

Araştırmada iki ya da daha çok yaş grubunun bir uyarana verecekleri tepkiler çalışılacaksa genellikle kesitsel yöntem kullanılır. Bu yöntem aynı anda birden çok yaş grubunun araştırmaya katılmasıyla gerçekleşir. Örneğin, genç yetişkin grup (18-28 yaş arası) ile yaşlı gruba (65-75 yaş arası) belli bir test ya da anket uygulanmış olsun, verdikleri cevaplara bakılır ve gruplar arasında test sonuçları veya anket cevapları açısından bir farklılık varsa bu durum yaşla ilgili veya yaşa bağlı farklılık olarak değerlendirilir. Eğer gruplar arasında sonuçlar açısından önemli bir fark yoksa araştırılan konuda yaşın etkisi yok demektir.

Kesitsel araştırmada araştırma verilerinin sınırlı kısa bir zaman içinde toplanması ölçüm zamanı etkisini ortadan kaldırır, zaman ve maliyet yönünden ekonomi sağlar. Yaşla ve kuşakla ilgili tanımların araştırmada nasıl ifade edildiği önemlidir. Kesitsel araştırmalar arasında karşılaştırma yapmak kolay değildir. Örneğin, kesitsel yöntemle, bir araştırma 2000 yılında ikinci araştırma da 2010 yılında yapılmış olsun. Her ikisinde de genç kuşak 40 yaş, orta kuşak 50 yaş yaşlı kuşak ise 60 yaş olsun. Veriler sadece bir kez toplanıyor, ya 2000’de ya da 2010’da ve ölçüm zamanı karıştırıcı bir faktör değildir. Böylece, çalışmaya katılanların sağlığı, araştırmada kullanılan ölçme araçlarının değişikliği, teknolojisi ya da ölçüm yapan araştırmacıların değişikliği söz konusu olmaz. En önemlisi de ölçüm bir kere yapıldığı için araştırmaya katılan deneklerde kayıp ve yıpranma etkisi görülmez( Erber, 2012).

Kesitsel araştırmalarda önemli bir dezavantaj yaş ve kuşak etkisi birbirine karışabilir olmasıdır. Eğer yaşla ilgili farklılıklar çıkmış ise bunun yaşla mı yoksa kuşak üyeliği ile mi ilgili olduğu anlaşılamaz, yaş ve kuşak birbirine karışır.

### **2.2. Boylamsal araştırmalar**

Boylamsal araştırmalarda, araştırmaya katılan denekler belli aralıklarla iki-üç kere test edilir. Örneğin 2000 yılında 40 yaşında olan bir kişi 2010 yılında 50 yaşında tekrar teste alınır. İki test arasında bir farklılık çıkarsa yaşa bağlı değişmeden söz edilir. Boylamsal araştırmalarda yaş ve kuşak karışması olmaz tüm katılımcılar aynı kuşak içindedir. Fakat yaş ve ölçüm zamanı faktörleri birbirine karışabilir. İki ölçüm arasında yaşla ilgili değişmeler olursa bu değişimin katılımcının yaşından mı yoksa ölçüm zamanından mı kaynaklandığı belirlenemez. Bunun yanında aynı test tekrar verildiği için öğrenme etkisi de bulguları etkileyebilir.

Boylamsal araştırmalarda başka bir karıştırıcı etki de katılımcıların çeşitli nedenlerle araştırmadan ayrılmalarıdır. Araştırmacıların ikinci ölçüme gittiklerinde katılımcılara kolayca ulaşamaması da ayrı bir sorundur. Ayrıca ikinci ölçüme katılmayanlar nedeniyle çalışılan grup gittikçe küçülür istatistiksel hesaplamaları zorlaştırır. İlk test uygulamasında örneklem

nüfusu daha uygun temsil ederken, ikinci testte örneklemin nüfus temsiliyet gücü azalır. Boylamsal araştırmalarda seçici ayrılmalar da olabilmektedir. İlk uygulamada testlerde az hata yapmak veya yüksek puan almak ikinci teste katılmak için olumlu bir etken olarak görülürken, tam tersi ilk uygulamada çok hata yapmak veya düşük puan almak testi sürdürme motivasyonunu düşürebilmektedir. Bu durum test başarı ortalamasının yüksek olmasını sağladığından bulgular yanıltıcı olabilir.

Boylamsal araştırmaların dezavantajı, zaman alıcı ve maliyet açısından pahalı oluşudur. Bununla birlikte boylamsal araştırmalar, yaşam boyu gelişim hakkında aynı katılımcılardan çok yönlü veriler elde etmeye çok elverişlidir. Bir diğer ifadeyle büyüme, durağanlık ve gerileme hakkında veriler elde edilebilir. Özellikle yaşlılarla yapılan çalışmalarda beceriler ve yetilerle ilgili ayrıntılı araştırma olanağı sağlamaktadır. Bu yöntemle yaşla birlikte sabit kalanların hangileri, gerileyenlerin hangileri olduğu hakkında daha derin bilgiler elde edilebilir (Canatan, 2018).

### 2.3. Ardışık Araştırma Deseni

Bu araştırma diğer desenlerde yaş, kuşak ve ölçüm zamanı faktörlerinden ikisinin bir araya gelerek oluşturduğu karıştırıcı etkisinden kurtulmak için önerilmiştir. Üç ayrı çeşidi vardır.

**Ardışık kuşak deseni**, kesitsel ve boylamsal çalışmalar içindir. İki ayrı kuşak için iki boylamsal çalışmadaki gibi bu desende yaş ve kuşak etkisini ayırır. Ölçüm zamanı etkisini ayırmaz. Bu araştırma deseni, araştırmacının beklentisinin ya da varsayımının ölçüm zamanı etkisinin önemsiz olduğu durumda en iyi sonucu verir.

**Ardışık zaman deseni**, zaman aralıklı iki veya daha çok kesitsel araştırmada iki veya daha çok ölçümün yapılmasıdır. Bu desen yaş ve ölçüm zamanı faktörünü ayırıştırır, ancak kuşak etkisini ayırıştırır. Bu desende esas ilgi yaş ve ölçüm zamanı faktörlerini ayırt etmek ise araştırmacı kuşak etkisinin önemsiz olduğunu varsaymalıdır.

**Ardışık çapraz desen**, iki veya daha fazla kesitsel ve boylamsal karşılaştırma içerir. Kuşak ve ölçüm zamanını ayırıştırır, fakat yaşı etkilemez. Bu araştırma deseni, araştırmacının ilgisi kuşak ve ölçme zamanını ayırt etmekse faydalı olur. Ardışık desenli araştırmalar çok zaman ve çaba ister, yaşlılık araştırmalarında açık bir değerlendirmeyi de garanti etmez.

### 2.4. Ölçme

Gelişim ve yaşlılık araştırmalarında araştırılan konu ile ilgili veriler anket formu, kişilik testi veya belli özellikleri ölçmek için geliştirilmiş olan ölçeklerin araştırmaya katılanlar tarafından cevaplanması yoluyla toplanır. Toplanan bilgiler veriler olarak işlem görür. Bu verilerin araştırmacının kast ettiği özelliği ölçüp ölçmediğinin nasıl anlaşılacağı önemlidir. Değişkenlerin neler olduğu, ölçülenin ne olduğundan önce ölçme aracının güvenilir ve geçerli olması gelir.

Güvenirlilik, ölçme aracının “ölçülmesini istediğiniz bir şeyi gerçekten ölçüyor mu?” sorusuna verilen cevaptır. Her hangi bir değişkeni ölçerken kullanılacak en duyarlı ölçek türü o değişkenin özellikleriyle belirlenir (Karasar, 2008 s.145).

Geçerlik, ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmüş olma derecesidir. “Ölçülmek istenen şey başka şeylerle karıştırılmadan ölçülebilmüş mi?” sorusunun cevabıdır. Bir ölçümün geçerli olması için ölçme aracının güvenilir olması gerekir (Karasar,2008 s.151).

## **2.5. Örneklem**

Araştırmaya kaç kişi katılmalı, örnek evrenin neresinden alınacak, sadece bir kişi ile araştırma yürütülür mü, gibi sorulara verilen cevaplar araştırmanın seçilen örnek üzerinden yapılacağını göstermektedir. Bu nedenle araştırmacının örnekleme tasarımı önemlidir. Örnekleme nasıl yapılacaktır, hangi bilimsel ilkelere göre yapmak gerekir. Sosyal bilimlerde iki tür örneklem mevcuttur: Olasılıklı örneklem ve olasılıksız örneklem. Olasılıklı örneklem istatistiksel hesaplamalarla evreni temsil etme özelliğine sahip bir örnekleme ile gerçekleşir ve geniş kitlelerle çalışmaya uygundur. Olasılıksız örneklem ise çalışılacak grubun büyüklüğü, nasıl erişileceğinin bilinmesinin kolay olmadığı durumlarda tercih edilir (Babbie, 2001 s.179). Örneğin mahallenizde ikamet eden yaşlılarla (tarama türü) bir araştırma yapmak isterseniz örnekleme iki yöntemle de oluşturabilirsiniz. Engelli yaşlılarla bir araştırma yapmak, onların gündelik hayatına ilişkin veriler elde etmek istenirse olasılıksız örneklem yöntemi tercih edilebilir.

## **2.6. Yaşlılık araştırmaları için yaklaşımlar**

Araştırmacılar planladıkları çalışmanın sorularına istedikleri cevapları alabilecekler mi, seçtikleri yaklaşım, araştırma değişkenleriyle ilgili mi sorusunun cevabı çalışmanın en baştan yaklaşımı ile ilgilidir. Yaşlılık araştırmaları deneysel, yarı deneysel ve betimsel yaklaşımlarla yürütülebilir (Erber, 2012).

### **2.6.1. Deneysel yaklaşım,**

Araştırmacının deneyi planlayıp düzenlediği bir yaklaşımdır. Her aşamasında yapılacaklar bellidir. Değişkenler araştırmacı tarafından belirlenir ve tanımlanır. Araştırmacı bağımsız değişkeni en az iki düzey veya kategoride yönlendirerek veriler elde edebilir. Deneysel yöntemin özelliği araştırmaya katılanların rastgele atanmasıdır. Doğru planlanan bir deneyde denekler (katılımcılar) rastgele seçilmişse elde edilen veriler neden sonuç ilişkisi ortaya koyabilir ya da bağımsız değişkenin bağımlı değişken üstündeki etkisini gösterebilir.

Deneysel bir araştırmada yaşlı katılımcılara ezberlemeleri için 25 kelimelik bir liste verilir. Bu liste verilirken rastgele biçimde bazı yaşlılara ezber çalışması yaparken görsel imaj oluştururlarsa daha fazla kelime hatırlayabilecekleri söylenir, diğer gruba ise sadece listedeki sözcükleri çalışıp gelmeleri söylenir. Burada verilen açıklama tipi iki düzeyli bağımsız değişkendir. 25 kelimeyi 2 dakika çalıştıktan sonra katılımcılara bu 25 kelimedenden kaç kelime

hatırladıkları sorulur. Hatırlanan kelime sayısı araştırmada bağımlı değişkendir. Araştırmanın sonunda görsel imaj açıklaması verilen grup daha fazla kelime hatırlamıştır. Görsel imaj açıklaması daha yüksek performansa neden olmuştur. Bu araştırmanın sonucunda katılımcıların hangi düzeydeki ( görsel imaj açıklamalı ve açıklamasız) bağımsız değişkenle karşılaşacakları rastgele belirlendiğinden neden sonuç ilişkisi kurulabilir(Erber,2012)

### **2.6.2. Yarı-deneysel yaklaşım**

Deneysel yaklaşımla biçim olarak aynı fakat araştırmanın katılımcıları bir kategorik faktör düzeyine rastgele atanmamışsa çalışma yarı-deneysel yaklaşıma göre yapılır. Örneğin bir grup genç ve bir grup yaşlıya kelime listesi verilerek kelimeleri olabildiğince hatırlamaya çalışmaları istenir. Sonuçta genç grubun puanı yaşlıların puanından daha yüksek olur. Burada deneysel yöntemde olduğu gibi bir neden sonuç cümleleri kurulamaz ve yaş ile hafıza performansı doğrudan ilişkilendirilemez. Biyolojik değişkenler veya kişiye ait değişkenler ( yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey, eğitim düzeyi, dini inanç) olduğunda çalışma da yarı deneysel olur.

### **2.6.3. Çok faktörlü araştırma deseni**

Deneysel yaklaşım ve yarı deneysel yaklaşımın birarada bulunduğu bir desendir. Değişkenlerin iki ve daha çok düzeyde olduğu bir araştırma biçimidir. Bu araştırmada katılımcılar her yaş grubunda ve deneysel faktör düzeylerine rastgele atanmışlardır. Örneğin 25 kelime hatırlama deneyinde açıklama türü bağımsız değişkendir. Bu haliyle çalışma tek faktörlü araştırma desenindedir. Bu araştırma çok faktörlü biçime dönüştürülebilir. Araştırmayı sadece yaşlılar arasında yapmak yerine birde genç grup eklenirse ve genç grup ta yönlendirici açıklama verilen ve verilmeyen olarak iki farklı grup yaşlılarla birlikte araştırma deseni içinde bulunursa dört ayrı grup için sonuç çıkarılacaktır.

### **2.6.4. Betimleyici yaklaşım**

Araştırmacı bir durumu betimliyorsa, tarif ediyorsa herhangi bir bağımsız veya bağımlı değişkeni yönlendirmiyorsa betimleyici bir yaklaşıma sahiptir. Değişkenler arasında bir nedensel ilişki sorgulamaz sadece aralarında ilişki olup olmadığına bakar. Bu çalışmalarda yaş süreksiz (kategorik) değişken olursa (genç, orta yaş ve yaşlı), farklı yaş grupları için benzer veya farklı örüntülere göre değişkenler arasındaki ilişkilere bakar. Yaş sürekli bir değişken olduğunda,diğer değişkenlerin yaşa göre artış, azalış ve aynı kalmasına bakar.

Korelasyon istatistiksel bir teknik olarak iki değişken arasındaki ilişkinin yönüne bakar. Korelasyon katsayısı -1.0 ile +1.0 arasındadır. -1 ve +1 tam bir ilişkinin varlığını gösterir. Korelasyon değeri -1 ve +1'e yaklaştıkça güçlü bir ilişkinin varlığından söz edilir.

Pozitif korelasyon (örneğin, +.88) iki değişken arasında ilişkide her bir değişkenin pozitif yönde güçlü olarak diğer değişkenle ilişki içinde olduğunu gösterir. Örneğin, yaşlının evinde kendi başına yaşaması ve sokağa çıkma sıklığı arasındaki ilişki pozitif korelasyon verir.

Negatif korelasyon (örneğin,  $-.85$ ) ise iki değişken arasında ilişki olduğunu ancak biri artarken diğersinin azaldığını gösterir. Örneğin yaşlının yaşı artarken sosyal ilişkilerinin azalması negatif korelasyon örneğidir.

Korelasyon katsayısının 0 olması değişkenler arasında hiç bir ilişki bulunmuyor anlamını taşımaktadır. Örneğin, yaşlının ten rengi ile kullandığı ilaç sayısı arasında hiç bir ilişki bulunmamasıdır.

### 3. Nitel Araştırmalar

Bölümün başında araştırmaların nicel ve nitel olmak üzere iki farklı paradigmanın etkisinde gelişikleri belirtilmişti. Rakamlarla ilişkili olan nicel araştırmalar açıklayıcı çalışmalar yaparken, gözlem ve incelemelerin betimlendiği araştırmalar ise nitel araştırmalardır. Nicel araştırmalarda veriler sayılara dönüşebilir, nitel araştırmalarda gözlemlerin sayılara dönüşmesi zordur. Nitel araştırmalar araştırmacının gözlemlerini kendi gördüklerinden aktarmasıdır. Nicel araştırmadaki gibi araştırmacının tarafsızlığı ve pasif olma gibi bir zorunluluk yoktur, nitel araştırmada her gözlem gözleyenin ürünüdür. Araştırmacı araştırmayı yönlendirebilir bir diğere değişle katılımcı gözlemci olabilir. Nitel araştırmaların sahasında araştırmacı aktiftir ve aktif olması beklenir(Babbie,2001 s. 260).

#### 3.1. Etnografik Keşifler

Etnografya açıklamadan daha çok doğru ve ayrıntılı betimlemeye odaklanan bir araştırma yöntemidir. Araştırma sahasının keşfidir. Etnografik bir çalışma yapan araştırmacı keşif gibidir. Bir çok kişiye sıradan gelebilecek ilişkiler ve davranışlar sahayı gözlemleyen araştırmacı için çok değerlidir. Bu çalışmalarda kültürel öğeler, şifreli ifadeler, insanların birbirleriyle ilişki biçimleri, duygularını nasıl ifade ettikleri önemlidir. Nitel araştırmaların tümünde olduğu gibi saha hakkında not tutmak ve hemen bu notlar üzerinde çalışma yapmak çok önemlidir. Örneğin, yalnız yaşayan bir yaşlıyı düzenli ziyaret etmek ve onun kişisel yaşam biçimini anlamak, onunla birlikte çerçeveyi tamalayınca kadar zaman geçirmeyi gerektirir. Anlattıklarının arakasındaki anlamı ve yaşamı içindeki örüntülerini çözümlmek yaşlılık hakkında yoğun bir bilgi sahibi olmaya neden olur, araştırmacı daha önce sormayı bile akıl edemeyeceği sorular üretebilir. Etnografik keşifler genellenemez. Araştırmacının kontrolünde gelişir ( Emerson, Fretz ve Shaw, 1995).

#### 3.2. Anlatılar (Hayat hikayeleri)

Nitel bir araştırma yöntemi olarak hayat hikayeleri özellikle yaşlılarla yapılan saha çalışmalarında çok önemlidir. Hochschild yaşlıların kaldığı bir apartmanda anlatılar üzerine saha çalışmalarını yürütürken yaşlılarla konuşmalarından onlar hakkında bilgi edinse de asıl bilginin onların konuşma biçiminden çıkardığını belirtmektedir. Pek çok farklı hikaye dinleyen araştırmacı yaşlıların benzer bağlamlarda belli ifadeleri kullanma biçiminden onların kendi gözlemlerinden sosyal statülerinin ne olduğunu çıkardıklarını belirtmektedir. Kişilerin biyografilerinin de toplumsal olaylardan etkilenerek geliştiğini belirtmektedir. Hayat hikayelerinden toplumsal olaylara dair bilgi edinmek geniş anlatılar içinde kenarda kalabilir ya da hayat hikayesi toplumsal olayları merkeze alarak geliştirilebilir (Gubrium, 2011).

## Kaynaklar

- Babbie, Earl. R.(2001). The Practice of Social Research, 9.edition, Belmont, CA,Wadsworth/ Thomson Learning.
- Baltes, P. B. (1987) Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Canatan, A. (2018) Gerontolojide Yöntem, Temel Gerontoloji içinde (editör A.Canatan), Hedef Yayıncılık, sf.47-57, Ankara.
- Emerson, Robert M., Fretz Rachel I., ve Shaw, Linda L. (1995) Writing Ethnographic Fieldnotes, Chicago, The University of Chicago Press.
- Erber, Joan T. (2013) Aging and Older Adulthood, 3. Edition, Oxford, Wiley and Blackwell Inc.
- Gubrium, Jaber F.(2011) Narrative Events and Biographical Construction in Old Age, Kenyon G., Bohlmeijer, E. ve Randall, W.(ed.)Storying Later Life Issues, Investigations, and Interventions in Narrative Gerontology,(s.39-50), Oxford, Oxxford University Press.
- Karasar, Niyazi. (2008) Bilimsel Araştırma Yöntemi, 18.baskı, Ankara, Nobel yayıncılık.

## “GENÇLER MUTLU, YAŞLILAR UMUTLU” PSİKO-SOSYAL DESTEK PROJE UYGULAMASI

Sosyal Hizmet Uzmanı Fatih KILIÇARSLAN\*, Uzman Sosyal Çalışmacı Kemal GÜDEK\*\*

\*Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Sosyal Hizmet Uzmanı, İstanbul.

\*\*İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Sosyal Hizmet Birim Sorumlusu, İstanbul.

Sosyal Hizmet'in en önemli niteliği, uygulamalı bir disiplin olmasıdır ve sosyal hizmet sorun çözme fonksiyonu ile, sağlık grubu bir bilim meslek ve sanattır. Sosyal hizmette de uygulamalar “görev amacı” ve “süreç amacına” göre yapılandırılır; görev amacı yasal yetkinlikleri, süreç amacı, danışmanlık, psikoterapi, eğitim yetkinliklerini kapsamaktadır.

Kongar (1972:62)'a göre, mesleki etkinlikler bakımından asıl olan “süreç amacıdır.” Sosyal Hizmet Uzmanı, ister “görev amacına”, ister “süreç amacına” göre ve/veya her iki odak amaca göre çalışırsa çalışsın “psiko-sosyal teşhis” ve “psiko-sosyal tedavi” temel mesleki eylem planını oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya sosyolog değildir mesleğin odağı “çevresiyle birlikte kişidir”.

Sosyal Hizmet Uzmanı kişilik tahlili yapar ama buradan hareketle sorun çözümüne gider, sadece kişilik tahlili yapmak ve orada kalmak, mesleği psikologlaştırır.

Sosyal Hizmet Uzmanı toplumsal projeler yapar ama buradan hareketle, toplumsal sorunların çözümüne gider, sadece proje oluşturmak ve orada kalmak, mesleği sosyologlaştırır. Sosyal çalışma kendi ürettiği bilgilerle diğer disiplinlerden aldığı bilgileri harmanlayarak “psiko-sosyal” bir işlem gerçekleştirir.

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) Etik Kodlarına göre, sosyal çalışmanın sorumluluğu, müracaatçıların, “iyilik halini” artırmaktır. “İyilik hali için, müdahale tarzı, “psiko-sosyal teşhis ve tedavi” işlemidir. Bir çok tretman (tedavi) modelini içinde barındırır. ABD genelinde duygusal/davranışsal bozukluklardan, ciddi olarak kişinin gündelik hayatını engelleyen ruhsal hastalıklara kadar değişen çeşitli ruh sağlığı sorunları nedeniyle, yetişkinleri, gençleri ve çocukları “tedavi “ eden klinik sosyal hizmet uzmanları bulunmaktadır(Zastrow,2013:223).

### **Proje Uygulaması**

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri A.B.D. polikliniğine başvuran ve çeşitli sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle doktoru tarafından sosyal hizmet uzmanına yönlendirilerek değerlendirilmesi yapılan yaşlıların verileri kullanılmıştır.

Geriatri polikliniğinde yaşlı ve yakınlarıyla derinlemesine mülakat tekniği kullanılarak yüz yüze görüşmelerle, projeye katılmayı kabul eden İstanbul İli Avrupa Yakasında ikamet eden yalnız ya da çift olarak yaşayan, psiko-sosyal destekten yoksun olan 10 yaşlı ile proje başlamıştır. Proje, İstanbul İli Gelişim Üniversitesi Sosyal Hizmet bölümünde eğitimlerini sürdüren gönüllü öğrencilerinden oluşan gruplarla, Ekim 2016- Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Proje uygulamaya başlamasıyla evlerinde ziyaret edilen yaşlıların, sosyal yoksunluk içinde kendi kendine bakamayan, başka bir yaşlı ya da engelliye bakma zorunluluğunda kalan, yetişkin çocukları ile iletişim çatışmaları yaşayan, ekonomik yoksunluk yaşayan, ihmal ve istismar şüphesi yaşayan demans nedeniyle bilişsel bozulmaları olan yaşlılardan oluştuğu saptanmıştır. Proje uygulamasıyla gönüllü öğrencilerin katılımıyla, sosyal risk altında olduğu düşünülerek evde takibi yapılan yaşlılara psiko-sosyal destek ve sosyal danışmanlık hizmetleri verilmiştir.



## YAŞLI AYRIMCILIĞI

Prof.Dr. Füsün TERZİOĞLU\*

\*Atılım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

### Yaşlı Ayrımcılığı

Yaşlanma toplum tarafından kötü, kaçınılması gereken ve hastalıkla eşdeğer tutulan patolojik bir durum olarak algılanmaktadır (Çilingiroğlu ve Demirel, 2004, Macnicol, 2006). Yaşlandıkça oluşan yetersizlikler, sınırlılıklar ve olumsuz değişiklikler ise yaşlı ayrımcılığı olarak yorumlanmaktadır (Çilingiroğlu vd., 2004). Gerontolog Robert Butler ise yaşlı ayrımcılığını “ayrımcılık, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi yaşlı bireylere yönelik eyleme dönüşebilen bir durum” olarak tanımlamıştır (Macnicol, 2006). Palmore yaşlı ayrımcılığını “ileri yaştaki bireylere yönelik ön yargıyı ifade eden tutum ve davranışlar” olarak tanımlamıştır (Palmore, 1999). Yaşlı ayrımcılığı, bir kişiye sadece yaşı nedeniyle gösterilen farklı tavır, ön yargı, davranış ve eylemleri barındıran çok boyutlu bir durumdur (Çilingiroğlu vd., 2004).

### Yaşlı Ayrımcılığının Gelişmesinde Rol Oynayan Faktörler

Yaşlı ayrımcılığının gelişmesinde rol oynayan dört faktör bulunmaktadır (Macnicol, 2006):

**Ölüm Korkusu.** Yaşlı ayrımcılığı gençlerin ve orta yaştakilerin güçsüzlük, işe yaramazlık, hastalık ve ölümlle ilgili korkularının dışa vurumu ile şekillenmektedir.

**Gençliğe, Bedensel Güzelliğe ve Cinselliğe Verilen Önem.** Fiziksel görünüşleri ve gençlikleri kimliklerinin bir parçası olan toplumsal kesimler için yaşlanmak, bireylerin kendilerine olan güvenlerini azaltmakta ve yaşlılığa karşı olumsuz tutumlar geliştirmelerine neden olmaktadır.

**Ekonomi, Verimlilik ve Üreticiliğe Verilen Değer.** Yaşam döngüsünün başı olan çocukluk dönemi ve sonu olan yaşlılık, ardından ihtiyarlık dönemi verimliliğin olmadığı ve üretime katkı sağlanmadığı yıllardır.

Sonuçta, bu faktörlerden dolayı yaşlılara yönelik ayrımcılık oluşmakta, gençler kendilerini yaşlı gruptan soyutlayarak yaşlı bireylere karşı olumsuz tutumlar geliştirmektedir. Palmore, yaşlı birey ve yaşlılığa ilişkin olumsuz tutumları aşağıdaki gibi gruplamıştır (Palmore, 1999):

- **Çalışma Yaşamında Yaşlı Ayrımcılığı:** Yaşlılara yönelik işyerindeki ayrımcılık; yaşlı bireylerin genç çalışanlara göre hızlı ve yeterli olmadığı düşünülmesi, işverenlerin yaşlı bireyleri çalıştırmak istememesi, genç ve düşük ücret ödenen

bireylerin, deneyimli ve daha yüksek ücret ödenen yaşlı bireylere tercih edilmesi gibi farklı şekillerde karşımıza çıkabilmektedir.

- **Aile Yaşamında Yaşlı Ayrımcılığı:** Yaşlı bireylerin aile içinde karar verme gücü azalmıştır. Yaşlı bireyler aile üyeleri tarafından ekonomik yük olarak görülmekte, bakımı da aile bireyelerine yük olmaktadır.
- **Sosyal Yaşamda Yaşlı Ayrımcılığı:** Toplumda yaşlı bireylerin yalnız yaşamayı sevdiklerine ve sosyal olarak izole olmayı tercih ettiklerine inanılmaktadır.
- **Cinsel Yaşamda Yaşlı Ayrımcılığı:** Yaşlı bireylerin cinsel yaşamlarının olmadığı düşünülmesi, yaşlı bireylerin cinsel arzularından utanmalarına ve cinsel aktiviteden kaçınmalarına yol açmaktadır.
- **Fiziksel Değişimlere Bağlı Yaşlı Ayrımcılığı:** Bireyler yaşlandıkça toplum tarafından koca-karı, solmuş-tazeliğini yitirmiş kadın, buruşmuş-kırışmış kadın, çirkin, yaşlı, fosil, keçi, dede, moruk, bunak gibi sıfatlarla tanımlanmaktadır.
- **Zihinsel Değişimlere Bağlı Yaşlı Ayrımcılığı:** Yaşlı bireylerin yeni bilgileri öğrenme yeteneklerinin az olduğuna ve hafıza kaybı, oryantasyon bozukluğu, konfüzyonu içeren bilişsel bozuklukların yaşlanma sürecinin kaçınılmaz bir parçası olduğuna inanılmaktadır.
- **Psikolojik Değişimlere Bağlı Yaşlı Ayrımcılığı:** Toplumda yaşlı bireyler hasta, işe yaramaz, yoksul ve yalnız kişiler olarak görülmekte ve yaşlı bireyler çaresizlik, güçsüzlük, işe yaramazlık, yalnızlık, umutsuzluk, isteksizlik gibi duyguları yoğun olarak yaşayabilmektedir.

### **Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Yapılan Çalışmalar**

Günümüzde yaşlı bireylere karşı ayrımcı davranışlar gösterenlerin çoğunluğunu gençlerin oluşturduğu dikkat çekmektedir. Üniversite öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı olumsuz tutumlara sahip olduklarını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (McConatha, Schnell, Volkwein, Riley ve Leach, 2003, Kite, Stockdale, Whitley ve Johnson, 2005, Zhou, 2007). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda Moyle (2003) öğrencilerin yaşlıları en fazla oranda kırılğan, zayıf ve hasta bireyler olarak algıladıklarını, McKinlay ve Cowan (2003) ise öğrencilerin yaşlı hastalara karşı olumlu tutuma sahip olduklarını belirlemişlerdir. Reuben, Fullerton ve Tschann (1995) çalışmalarında öğrencilerin yaşlı bireyleri değişikliklere ayak uyduramayan, sürekli hastalanan, sinirli bireyler olarak algıladıklarını saptamışlardır. Buna karşın, üniversite öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan diğer çalışmalarda, öğrencilerin yaşlı bireylere karşı olumlu tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir (Hughes vd., 2008, Kishimoto, Nagoshi, Williams, Masaki ve Blanchette, 2005, Shannon, Voogt, Mickus, Santiago ve Herman, 2008). Türk öğrenciler ile Amerikalı öğrencilerin yaşlanmaya ilişkin tutumlarının incelendiği çalışmada, Türk öğrencilerin Amerikalı öğrencilere göre yaşlı bireyler ile zaman geçirmekten, yaşlı akrabaları ziyaret

etmekten ve yaşlı bireylere yardım etmekten daha fazla hoşlandıkları belirlenmiştir (McConatha, Hayta, Rieser-Danner, McConatha ve Polat, 2004).

Türkiye’de gençlerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesine yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını incelendiği çalışmalarda, öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutuma sahip oldukları saptanmıştır (Vefikuluçay ve Terzioğlu 2008, Güven, Muz Ucakan ve Ertürk Efe, 2012, Soyluer, Ünalın, Güleser ve Elmalı, 2010). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının incelendiği çalışmalarda, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduklarını belirlenmiştir (Yılmaz ve Özkan 2010, Karadağ, İnkaya Vardar ve Karatay, 2012).

### **Yaşlı Ayrımcılığı ve Hemşirelik**

Bugün toplumların çoğunda yaşlı bireyler ayrımcılığa uğramaktadır. Bu ayrımcılık genel olarak yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı toplumdaki olumsuz tutumlardan kaynaklanmaktadır. Toplumun yaşlı bireylere ve yaşlanmaya karşı olumsuz tutumları bu kişilere sunulan sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Hemşireliğin temel amaçlarından birisi de bireyin, ailenin ve toplumun ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti vermektir.

Toplumun yaşlı ayrımcılığına ilişkin eşitlikçi bakış açısı kazanabilmesi, kendi düşünce, davranış ve tutumlarını geliştirebilmesi için rehberliğe gereksinimi vardır. Özellikle sağlık ekibindeki hemşireler eğitimde rehber kişi olarak bu konuda ayrıcalıklı bir role sahiptir. Hemşire bu danışmanlık ve eğitim hizmetlerini planlarken toplumun yaşlı bireyleri nasıl algıladıkları, nasıl gördüklerinin belirlenmesine ve bu konuya ilişkin duyarlılığının artırılmasına ilişkin uygulamaları göz önüne almalıdır. Ayrıca topluma eğitim ve danışmanlık hizmeti veren hemşirelerin yaşlılık ve beraberinde getirdiği değişiklikler, sorunlar hakkında özel bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Bunun yanında hemşireler, yaşam döngüsünün bir parçası olan yaşlılık dönemini bireyin kendisi ve çevresi ile barışık, doyumlu bir şekilde yaşayabilmesi için, yaşlılığa ilişkin bu olumsuz ön yargıların değiştirilebilmesi ve yaşlı ayrımcılığının ortadan kaldırılabilmesinden de sorumludur.

### **Kaynaklar**

- Çilingiroğlu, N., Demirel, S. (2004). Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi*7(4), 225-330.
- Macnicol, J. (2006). *Age Discrimination: An Historical and Contemporary Analysis*. Cambridge: University.
- Palmore, E. B. (1999). Introduction and Basic Definitions-Type of Ageism. Ageism: Negative and Positive. New York: Springer.
- McConatha, J. T., Schnell, F., Volkwein, K., Riley, L., Leach, E. (2003). Attitudes towards aging: A comparative analysis of young adults from the United States and Germany. *International Journal of Aging and Human Development*, 51(3), 206-217.

- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Whitley, B.E., Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: an updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, 61(2), 241–266.
- Zhou, L. (2007). What college students know about older adults: a cross-cultural qualitative study. *Educational Gerontology*, 33(10), 811-831.
- Moyle, W. (2003). Nursing students perceptions of older people continuing society's myths. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 15-21.
- McKinlay, A., Cowan, S. (2003). Student nurses' attitudes towards working with older patients. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 298-309.
- Reuben, D. B., Fullerton, J. T., Tschann, J. M. (1995). Attitudes of beginning medical students toward older persons: A five-campus study. The University of California Academic Geriatric Resource Program Student Survey Research Group. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(2), 1430–1436.
- Hughes, N. J., Soiza, R. L., Chua, M., Hoyle, G. E., McDonald, A., Primrose, W. R., Seymour, G. (2008). Medical Student Attitudes toward Older People and Willingness to Consider a Career in Geriatric Medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 334–338.
- Kishimoto, M., Nagoshi, M., Williams, S., Masaki, K. H., Blanchette, P. L. (2005). Knowledge and attitudes about geriatrics of medical students, internal medicine residents, and geriatric medicine fellows. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1), 99–102.
- Shannon, J., Voogt, B. A., Mickus, M., Santiago, O., Herman, S. E. (2008). Attitudes, experiences, and interest in geriatrics of first-year allopathic and osteopathic medical students. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 339-344.
- McConatha, J. T., Hayta, V., Rieser-Danner, L., McConatha, D., Polat, T. S. (2004). Turkish and U.S. attitudes toward aging. *Educational Gerontology*, 30(3), 169-183.
- Vefikuluçay, D. (2008). *Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları.* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Güven, Ş. D., Muz Ucakan, G., Ertürk Efe, N. (2012). Üniversite öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı değişkenlerle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 99-105.
- Soyluer, F., Ünalın, D., Güleser, N., Elmalı, F. (2010). Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 20-25.
- Yılmaz, E., Özkan, S. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2), 35-53.
- Karadağ, E., İnkaya Vardar, B., Karatay, G. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(2), 31-40.

## SUÇ DAVRANIŞI YAŞLILARDA NASIL FARKLILIK GÖSTERMEKTEDİR?

Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ\*

\*Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yaşlılık dönemi, fiziksel, bilişsel, sosyal, duygusal ve ekonomik alanlar gibi farklı alanlarda sorunların, kayıp ve yetersizliklerin belirgin biçimde arttığı bir dönemdir. Dünyanın nüfusu yaşlanıyor. Nüfusun yaşlanması, 21. yüzyılın en önemli demografik olaylarından biridir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yaşlı nüfusun 2023 yılında nüfusun %10.6’sını, 2050’ye gelindiğinde %20.8’ini oluşturacağı tahmin edilmektedir (Varışlı, 2017). Yaşlılar adli sistemde mağdur, kurban ya da şüpheli/sanık konumuna düşebilmektedirler. Yaşlı nüfusun artmasına koşut olarak, yaşlılarda adli sorunlar ve yaşlı mahkumların da sayısı artmaktadır. Gelecek yıllarda yaşlanan nüfusun işlediği suçların sayısının artacağı ve bu nedenle suçla ilişkili temel değişkenleri ve bunların birbirleriyle ilişkisini tanımanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bir yaşlı mahkumun hapsedilmesinin daha genç bir mahkumun iki ile üç katına kadar cezaevi sistemine maliyeti olmaktadır (Cipriani vd., 2017). Yaşla ilgili sağlık bakımı yüksek maliyetlere neden olduğundan dolayı yaşlı mahkumlara yönelik ilgi de artmıştır (Chiu, 2010; Aday ve Krabill, 2013). Sağlık sisteminden daha fazla yararlanan ve sağlık sisteminde daha uzun kalan kişilerin 52-53 yaşındaki kişileri olduğu belirlenmiştir. Bu gerçekçi tedavi ve sağlık sistemi değerlendirmesi, kimin yaşlı bir mahkum olduğunu belirlemek için temel teşkil etmektedir. Bu açıdan cezaevlerine bakıldığında 50 yaş ve üstü suçluların sayısı artmaktadır (Stockoviç, 2007).

Daha uzun hapis cezası süreleri, zorunlu hapis cezaları ve yaşlı suçlular yaşlanan cezaevi nüfusuna katkıda bulunmaktadır. Yaşlı mahkumları tanımlayıcı bazı özelliklerden söz edilebilir. Thomas ve diğerleri (2005) yaşlı mahkumları aşağıdaki gibi üç gruba ayırmaktadır: (1) Hapsedilirken yaşlanan mahkumlar, genç yaşta ciddi bir suçtan dolayı uzun bir hapis cezası alan ve cezası için cezaevinde hayatının önemli bir bölümünü harcayan mahkumdur. (2) Yaşlanmış iken hapis cezası almış mahkumlar, olgunluk yıllarında olup bir suçtan mahkum olan ve hapis cezasına çarptırılan bireyler ve (3) daha az ciddi suçları mükerrer defa işleyerek cezaevine giren ve çıkan cezaevinde kalan yaşlılar. Her üç grup da çeşitli şekillerde cezaevinde kalmaktadır.

### Yaşlı mahkumların özellikleri

Yaşlı mahkumları cinsiyetlerine bakıldığında çok yüksek oranda erkeklerin kadınlara göre çok daha fazla olduğu dikkati çekmektedir. Bu oran 1/10 oranında erkekler lehinedir (Smet vd., 2016). Türkiye’de 2000-2005 yılları arası 60 yaş üstü mahkemeler tarafından adli psikiyatrik değerlendirme amacıyla gönderilen 255 vakanın incelendiği çalışmada; yaş ortalaması 68.2 ±6.9 olan yaşlıların %92.2’sini erkek, %2.8’inin kadın olduğu, %74.1’inin kentte, %24.9’unun kırsal bölgede yaşadığı, %27.5’inin evli, %6.3’ünün boşanmış,

%2.4'ünün dul olduğu saptanmıştır. 255 vakanın işledikleri toplam suç sayısı 302'dir (Aliustaoğlu vd., 2011), bu bulgu mükerrer suç işlendiğinin göstergesidir.

21. yüzyıl cezaevleri bir nesil önceki cezaevlerinden çok farklılık göstermektedir. Güvenlik açısından üç düzeyde (yüksek, orta, düşük) cezaevi bulunmaktadır. Iftene (2016), Kanadalı yaşlı mahkumların yaşam kalitesini nitel çalışma ile araştırmış, 71 sorudan oluşan yapılandırılmış görüşme formu ile 6 ay boyunca mahkumlarla görüşme yapmıştır. Mahkumların yaşlarının oranlarına bakıldığında 50 yaş üstü (50-59 yaş arası) %59.3, 60-69 yaş arası %33, 70 ve daha yaşlı %11.7 oranındadır. %50.3'ü orta güvenli, düşük güvenli %33.5, yüksek güvenli %9.1, değerlendirme ünitesi %7.1 oranında mahkumdan oluşmaktadır. Mahkumların yarısından fazlasının (%55.4) daha önce mahkumiyetinin olduğu, %33.5'inin ömür boyu hapse mahkum olduğu, %29.9'unun kısa süreli (2-5 yıl arası), %27'sinin orta süreli (6-10 yıl arası), %21'inin uzun süreli (10 yıldan fazla) mahkumiyetinin olduğu saptanmıştır. Buna göre neredeyse yarısının 10 yılı aşan mahkumiyeti bulunmaktadır (Iftene, 2016). Ceza sorumluluğu olmayan yaşlı mahkumların ortalama yaşı ise yaklaşık 67 olarak belirlenmiştir (Smet vd., 2016). yaşlı ceza sorumluluğu olmayan suçluların ( $\geq 50$  yaş) neredeyse yarısının ilk defa suç işledikleri belirlenmiştir (Aday ve Krabill, 2013; Wahidin ve Aday, 2010).

Yaşlı mahkumlarda mükerrer suç oranı yüksektir. Ceza sorumluluğunun olmamasının ortalama süresi 13.7 yıldır (SD = 11.9 yıl, medyan = 10.4 yıl, minimum = 0.0 yıl ve maksimum = 44.7 yıl). İlk mahkumiyet yaş ortalaması 40.1'dir (SD, 13.8 yıl, ortanca, 39.0 yıl, en az 16.0 yıl ve maksimum = 85.0 yıl). İlk kez yargılananların % 35.1'i 50 yaşından daha büyüktür. İlk kez 60 yaş üstü suç işleyen yaşlıların oranı % 16.7, 70 yaş üstü olanların oranı % 2.9'dur. Tekrar suç işleme bu grubun bir özelliği olarak belirlenmiştir. Çünkü bu grubun bir kısmı daha büyük yaşta suç işlemeye devam etmiştir. Suçluların % 33.1'i, ilk defa 50 ve 61 yaşları arasında iken, % 25.6'sı 60 yaş üstü mahkum olmuşlardır (Smet vd., 2016).

Ceza sorumluluğu olmayan yaşlı suçluların (60 yaş üstü) farklı kaynaklardan (polis kayıtları, gözaltında bulunma, gözlem raporları, psikolojik raporlar, transfer notları gibi) elde edilen kayıtlarını inceledikleri Belçika'da Flemen nüfusunda olan ceza sorumluluğu olmayan 60 yaş üstü suçluların oranı %8.9 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada 174 suçludan 65'i (% 39.0) cezaevi ortamının dışında kurumsal bakım almaktadırlar ve bunların 55.7'si (n = 37) geriatri bölümlerinde ve % 45.3'ü (n = 31) ruh sağlığı hizmetleri almaktadır. Suçluların yaklaşık üçte biri (% 30.5) hala hapsedilmiş durumdadır ve % 29,9'u (n = 52) evde yaşamıştır. Çoğunun eğitim düzeyi düşüktü aslında suçluların % 50'sinden fazlası sadece ilköğretimi tamamlamıştır. İşsizlik oranı çok yüksektir (%90'ın üstünde) (Smet vd., 2016).

### **Yaşlı mahkumların işledikleri suç türleri**

Yaşlıların ne tür suçları işlemesi daha olasıdır? Farklı araştırmacılar burada farklı şeyler saptamalarına karşılık bazı alanlarda bazı fikir birliği var gibi görünmektedir. 65 ve daha

büyük yaşta ilk defa suç işleyen suçlular bir psikiyatrist tarafından değerlendirildiğinde suçların %43'ü mali niteliktedir ve vakaların % 10,7'sinde ciddi şiddet içermektedir (Borak, Perry ve Elizur, 1995). Yaşlı suçluların alkol ve uyuşturucuyla ilgili sorunlar yüzünden tutuklanmaları diğer suç türlerinden daha fazladır. alkol bağımlılığı yaşlı suçlular arasında yaygındır ve olasılıkla tutuklandıkları çoğu suç türünde bir rol oynamamaktadır (Putkonen vd., 2010). Yaşlı insanları işledikleri suçlar genel nüfusa göre farklıdır. İşledikleri suçlar hırsızlıktan cinayete kadar değişiklik göstermektedir. Yaşlıların hırsızlık, dolandırıcılık, kişilere karşı işlenen suçlar, beyaz yakalı suçlar ve uyuşturucu ihlallerini kapsayacak şekilde tutuklanma olasılığı daha yüksek olan diğer suç davranışlarıdır. Yaşlı mahkumların fiziksel yetmezlikleri nedeniyle şiddet suçunu daha az sayıda işlediği dikkati çekmektedir. Örneğin, 2006'daki tüm yaşlı tutuklamaların % 4'üdür. Yaşlılar arasında şiddet içeren suçlar için risk faktörleri; antisosyal kişilik, sosyal izolasyon öyküsü, alkol ve ilaç kullanımınıdır (Berger, 2018).

Erel ve arkadaşları (2011) intihar cinayet ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında 1347 otopsinin %10.9'unun (148) 65 yaş üstü bireylere ait olduğu ve bu olguların %7,4'ünün de cinayet olduğu belirtilmiştir (Ak. Bayraktar ve Sungur 2017). Fazel ve Grann (2002), ilk defa suç işleyen suçluların arasında 60 yaşın üstündeki suçluların oranı % 25,7'dir ve bunların % 22,9'unun cinsel suç ve cinayet işlediğini bildirmiştir.

Yaşlılarda cinsel suçların oranlarının arttığı bildirilmektedir (Berger, 2018). Bu suçluların ömürleri boyunca en az bir kez işledikleri suçlardan en yaygın olan suç cinsel suçlardır. Tüm suçluların yaklaşık % 55,5'i, tecavüz ve şiddet içeren cinsel suçlar işledikleri için ceza sorumluluklarının olmadığı ve yaklaşık % 38.2'si yaşamları boyunca en az bir kez şiddetin olmadığı bir saldırı öyküsü olduğu bildirilmektedir (Smet vd., 2016). Ceza sorumluluğu olan yaşlı suçluların yaşam boyu daha önce işledikleri suçların türleri en yüksek orandan en düşük orana doğru şu şekilde sıralanmaktadır: şiddetin olduğu uygunsuz ve tecavüz saldırısı % 81.1, hırsızlık %52.8, şiddetin olmadığı uygunsuz saldırı ve cinsel suçlar % 45.3, kişilere güç ve şiddet kullanımı %43.4, iftira, aşağılama ve hakaret % 32.1, cinayet % 24.5, sahtekarlık ve dolandırıcılık % 18.9, cinayet girişimi % 22.6, mülke zarar verme ya da tahribat % 13.2, yasadışı silah bulundurma % 9.4, kundakçılık %17.0, uyuşturucuya bağlı suçlar %3.8 oranındadır (Smet vd., 2016). Ceza sorumluluğu olmayan hapsedilen yaşlı suçluların yaşam boyu daha önce işledikleri suçların türleri en yüksek orandan en düşük orana doğru şu şekilde sıralanmaktadır: şiddetin olduğu uygunsuz ve tecavüz saldırısı % 44.2, hırsızlık % 41.7, şiddetin olmadığı uygunsuz saldırı ve cinsel suçlar % 35.0, kişilere güç ve şiddet kullanımı % 29.2, iftira, aşağılama ve hakaret % 30.0, cinayet % 16.7, sahtekarlık ve dolandırıcılık % 15.8, cinayet girişimi % 10.8, mülke zarar verme ya da tahribat % 11.7, yasadışı silah bulundurma % 9.2, kundakçılık % 5.0, uyuşturucuya bağlı suçlar % 1.7 oranındadır (Smet vd., 2016). Ceza sorumluluğu olan yaşlı suçluların tüm suç türlerinde özellikle de şiddetin olduğu uygunsuz ve tecavüz saldırısı ile hırsızlık daha yüksek oranlardadır.

Ruhsal bozukluğu olan yaşlıların işledikleri suçların oranı en yüksekten aşağıya doğru; gönüllü adam öldürme, adam öldürmeye girişim, hakaret, saldırı, orman yasasını ihlal etme ve ruhsatsız silah bulundurma, şeklindedir. Ruh sağlığı bozukluğu olmayan sağlıklı yaşlıların işledikleri suçlar yüksekten aşağıya doğru sıralanacak olur ise; adam öldürme, hakaret, ruhsatsız silah bulundurma, saldırı ve orman yasasını ihlal etme şeklindedir. Sağlıklı ve ruhsal bozukluğu olan yaşlılar arasında işledikleri suçlar çok farklılık göstermemektedir. Her iki grupta da akraba, tanıdık, komşu ve eşler mağdurdur. Kullanılan silahlar iki grup arasında farklıdır. Ruhsal bozukluğu olan yaşlılar daha çok ateşli silah ile kesici-delici aletler kullanırken sağlıklı yaşlı suçlular iki kat oranında daha fazla ateşli silah kullanmış ve kötü muamelede bulunmuşlardır (Aliustaoğlu vd., 2011).

Yaşlı mağdurlar incelendiğinde; genellikle hırsızlık gibi bir suç sırasında öldürülmektedir. Yaşlı cinayetlerinde, kurbanların daha çok erkekler olduğu ve 45 yaşın altındaki kişilerin cinayeti işlediği, buna karşılık kadınların katillerinin ise 45 yaşın üstünde olduğu belirtilmektedir. Erkekler, çoğunlukla tanımadıkları kişiler tarafından kadınlar ise eşleri ya da çocukları tarafından öldürülmektedir (Krienert ve Walsh, 2010) Adam öldürme suçunun yaşlı kurbanlarının yarısından fazlasının (%60,0) kadın, üçte birinden fazlasının (% 38,2) erkek olduğu, üçte birinin evli (%30,9), çok az sayıda (%1,8) bekar olduğu, %16.4'ünün yalnız yaşadığı ve %47.3'ünün kiminle yaşadığının belirlenemediği dile vurgulanmaktadır. Kurbanların yaş ortalamasının 71, 528 ± 11,444 olduğu saptanmıştır. Kurbanların öldürülme, katillerin cinayeti işleme sebepleri ele alındığında; maddi sebepler (%41,8), aşk cinayeti (%3,6), katil ile tartışma (%5,5), katil tarafından tecavüz niyetinin gerçekleşmemesi (%1,8), katilin psikolojik problemleri sebebiyle öldürüldüğü ve yarısına yakınının (% 45,5) öldürülme sebebinin bilinmediği görülmektedir (Bayraktar ve Sungur 2017).

Yaşlı bireyler, eşlerine (%14.9) ve diğer aile üyelerine (%13.3) yönelik benzer oranlarda suç işlerlerken, yarısından fazlasının yakınlarına/tanıdıklara yönelik suç işledikleri, çok az oranda (%2.7) yabancılara yöndikleri dikkat çekmektedir (Aliustaoğlu vd., 2011). Buna karşılık yaşlı cinayet mağdurlarının 60-82 yaş arasında olduğu, kurban fail arasındaki ilişki ele alındığında çoğunluğun yabancı/tanımadık kişiler tarafından öldürüldüğü belirlenmiştir. Kurbanların ve katillerin/cinayet şüphelilerinin yakınlık-tanışıklık düzeyleri incelendiğinde; komşusu tarafından (% 5,5), eski tanıdığı tarafından (%5,5), arkadaşı tarafından (% 1,8), kiracısı tarafından (% 1,8), çalışanı tarafından (%1,8), evlatlığı tarafından (%1,8) öldürüldüğü ve tanımadığı kişiler tarafından öldürülenlerin (%81,8) çok yüksek oranda olduğu görülmektedir (Bayraktar ve Sungur 2017). Buradan yaşlı bireyler daha sıklıkla tanıdığı kişilere yönelik suç işlerken cinayet mağdurlarının yabancı/tanımadık kişiler olduğu söylenebilir. Suçların üçte birinde silah kullandıkları, yarısından fazlasının ateşli silah (%56.2), kesici veya delici araç kullanma (%20.4), kötü muamele (16.8), diğer silahlar (%6.6) kullanılmıştır (Aliustaoğlu vd., 2011).



### **Yaşlı mahkumlarda ruh sağlığı bozuklukları**

Özellikle son on yılda cezaevi nüfusunun yaşlanmasının cezaevi sistemine getirdiği yeni bir sorun ruh sağlığı sorunudur. Yaşlı mahkumların ruh sağlığı durumunun özellikleri hakkında çok az bilgi bulunmaktadır. ruhsal hastalıklar yaşlılar arasında suç faaliyetlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Cezaevi nüfusu arasında yapılan çalışmalarda farklı oranlarda ruhsal bozukluklar bildirilmektedir. Bu durum örneklemin özellikleri, yaşı, örneklemin mahkumların adli tp kurumuna gönderilen ve gönderilmeyenlerden, ceza sorumluluğu olan ya da olmayanlardan oluşması, dosya kayıtları gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır.

Andersen (2004), cezaevlerindeki tutuklularda ruh sağlığı ve psikiyatrik hastalıklar ilişkisini gözden geçirdiği çalışmada mahkumlarla ve onların ruh sağlığıyla uğraşırken birçok faktörün göz önünde bulundurulması gerektiğini bildirmektedir. Bu faktörler; uluslararası farklılıklar, cezaevi ortamı, demografik ve metodolojik konulardır. Cezaevi nüfusu genel olarak dünya çapında artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapında bir milyon mahkumun psikoz veya depresyonunun olduğuna işaret etmektedir. Erkek ve kadın mahkumların % 4'ünde psikotik bozukluk, erkek mahkumların % 10'ununda ve kadın mahkumların % 12'sinde majör depresyon dikkati çekmektedir. Kadınların %42'sinde ve erkeklerin % 65'inde kişilik bozuklukları olduğu bunlardan erkeklerin % 47'sinde ve kadınların % 21'inde antisosyal kişilik bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Depresif belirtiler % 89 iken,% 74'ünde stresle ilgili somatik belirtiler vardır (Ak. Iftene, 2016).

Yapılan bir çalışmada 60 yaşın üzerindeki olgularda yaşlılar arasındaki suç davranışıyla ilgili temel değişkenler tanımlanmış ve tıbbi kayıtlarda beşte birinin suç işlemeden önce psikiyatrik tanılarının olduğu (%22) bildirilmiştir. En fazla sanrısız bozukluk (%32.1) ve şizofreni (%30.3) tanısı dikkati çekerken depresyon-anksiyete (%10.7), duygu durum bozukluğu (%8.9), bunama (%7.2), antisosyal kişilik bozukluğu (%7.2) ve organik beyin sendromu (%3.6) bildirilmektedir. Mahkeme sonrası adli psikiyatri değerlendirmesinde ise en yüksek oranda sanrısız bozukluk, (%43.5), şizofreni (%25.6), bunama (% 12.2), organik beyin sendromu (%10), duygudurum bozukluğu (%5.6) ve zihinsel engellilik (%3.3) saptanmıştır. Sonraki bu değerlendirmede 56 vakanın 25'inin daha öncede ruhsal bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Araştırmacılar sanrılı bozukluklar ve şizofreninin birçok yaşlı bireyin suç işleme davranışında önemli bir rol oynadığını bulmuşlardır (Aliustaoğlu vd., 2011). Spesifik olarak, vakaların% 91.3'ünde Eksen 1 (depresyon ve şizofreni gibi ana tanılar) ve % 94.2'sinde Eksen 2 bozuklukları (borderline kişilik bozukluğu veya antisosyal kişilik bozukluğu gibi kişilik bozuklukları) yer almaktadır. Yaşlı suçluların neredeyse yarısında (%47.1) ceza sorumluluğu gerektirmeyen psikotik bozukluklar dikkati çekmektedir. Yine başka bir çalışmada örneklemin dörtte birinde (%23.5) kişilik bozuklukları hariç psikopati belirlenmiştir. Ceza sorumluluğu olan hapsedilen yaşlı suçlularda kişilik bozuklukları (% 23.1) ve psikopati (% 23.1) ceza sorumluluğu olmayanlara göre daha fazladır (% 11.8 ve % 6.7) (Smet vd., 2016). Kanada'da yapılan bir çalışmada mahkumların % 38.4'ünün ruhsal

probleminin olduğunu tanımlanmıştır. Bunun% 20'si intihar, % 29.9'u obsesif-kompulsif bozukluk, % 36.9'u depresif belirtiler, % 31,1'i kaygı, % 30.6'sı paranoid düşünce biçimindedir (Iftene, 2016).

Demanslar yaşamın sonraki aşamalarında ortaya çıkabilecek en korkulan ve yıkıcı bozukluklardan biridir. Demansı olan hastalar, farklı bilişsel bozukluklar ve sosyal becerilerde değişiklik, ile duygusal tepkilerde ve kişilikte birçok geniş klinik durum sergiler. Demansta bazen tuhaf çok çeşitli davranış değişiklikleri; sanrılar, yanlış tanıma, duygudurum değişikliği, saldırgan davranış, uyku bozukluğu dahil olmak üzere bildirilmiştir. Davranışsal değişiklikler; frontotemporal demans (FTD) gibi birçok nörolojik bozukluğun erken belirtisidir (Cipriani vd., 2017). Alzheimer tipi demansın ve diğer bunamaların yaygın farkındalığına rağmen, cezaevlerinde ve hapisanelerde artan demans yaygınlığı konusunda çok az farkındalık vardır. Gittikçe daha fazla kişi hapsedildiğinden dolayı (Ak. Feczko, 2014), cezaevlerinde birçoğunun bunama geliştireceği yaşlı mahkumların bakım yüküyle karşı karşıya kalınmaktadır.

Cipriani ve arkadaşları (2017) yaptıkları derleme çalışmasında demansı olan yaşlıların bilişsel bozulmalar veya psikiyatrik bozukluklar nedeniyle mahkum edilirken bazılarının da ise cezaevinde iken böyle bozukluklar gelişebileceğini belirtmektedir. Adli psikiyatrik muayene sırasında demans veya bilişsel bozukluk tanısı konan birincil veya ikincil bir tanı alan kişilerin adli psikiyatrik tanılar şu şekildedir: demans, serebrovasküler bozukluk (n = 4), alkol veya madde kötüye kullanımı (n = 3), serebral hemoraji ve alkol (n = 1), kafa travması ve alkol (n = 2), Alzheimer hastalığı (n = 2), Parkinson hastalığı (n = 1), herpes ensefaliti (n = 1) ve belirtilmemiş (3). Alkol, demansı olan ya da olmayanlarda suç işlemede güçlü bir risk faktörüdür. Suç işleyen demans ve diğer bilişsel bozukluklarda alkol kötüye kullanımının yaygın olduğu belirlenmiştir (Ekstöm vd., 2017). Demans hastalarının işlediği suçlar, önceden planlananlara kıyasla çoğunlukla dürtüseldir, saldırganlık içerir. Fokal prefrontal hasar, saldırgan davranışın alt tipi dürtüsellikle ilişkilidir ve frontal lob demanslı kişiler, şiddet suçları için artan risk taşımaktadır (Liljegren vd., 2015)

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). Ancak, demans hastalarında adam öldürme suçu ile ilgili çok az vaka bildirilmektedir. Bellekte bozulma, yürütücü işlevlerde azalma, yargılama güçlüğü ve konuşma zorlukları gibi nörobilişsel semptomlar bunamanın göstergesidir. Semptomlar, zaman içinde ve demansın türü, eşlik eden hastalıklar, ilaçlar, çevre ve verilen bakımla birlikte değişir. Semptomlar ayrı olarak veya birlikte suç davranışına ve eylemlerine etki edebilmektedir. Demans hastalarının bazıları eksiklik yaşadıkları için içe çekilir ve dikkatli olurlar (Ekstöm vd., 2017). Demans hastaları ceza gerektiren suçlardan çok

alım-satım, evlenme, mal bağışlama gibi hukuki nedenlerle adli psikiyatri alanına girerler (Özden, 2015).

Demanslı yaşlı yetişkinler için bir başka önemli konu da şiddet mağduru olma riskinin artmasıdır. Yaşlı çiftlerin cinayet-intihar vakalarında, mağdurlar demans hastalarıdır. Yaşlı kadın mahkumların çalışmalarında, mahkumların % 34'ü fiziksel istismar bildirmiştir. Demanslı yaşlı mahkumlar, mağduriyet ve diğer mahkumlar tarafından cinsel taciz yanı sıra zorbalık için de daha fazla risk altındadır (Ak. Feczko, 2014). Saldırı ile ilgili bu ciddi riskler, bu popülasyonda erken tanı ve acil müdahale gerektirmektedir (Barnes vd., 2009; Simmons vd., 2011). Ceza infaz kurumlarının ikilemi, demans hastalarının ceza evinde tutularak yasal ihlale yol açılmaktadır.

Demanstan şüphelenilen bir hastayı değerlendirirken, bir klinisyenin ilk önce iki kaynaktan ayrıntılı bir bilgi edinmesi gerekir: hastadan ve güvenilir bir bilgi kaynağından; genellikle bu kişi bir aile üyesi veya bakıcı olmaktadır. Hapsedilmiş yaşlı yetişkinler söz konusu olduğunda, onlarla ilgili bilgi; infaz koruma memurlarından, mahkumların hücre arkadaşlarından, avukatlarından veya mahkumun düzenli olarak etkileşimde bulunduğu herhangi birinden elde edilebilir. İnfaz koruma memurlarının sağlık hizmeti sistemine yönlendirilmesinin rolünü inceleyen bir çalışmada (Williams vd., 2009) resmi olarak geriatrik bakım eğitiminin çok az olmasına ya da hiç yapılmamasına rağmen, çalışanlar yüksek bir oranda engelleri tanımışlardır ve tanımlamışlardır. Örneğin, giyinme, yemek yeme, tuvalet yapma, bellek, görme ve hareket bozukluğu gibi alanlarda anlamlı şekilde daha yüksek düzeyde sorun olduğunu belirlemişlerdir. Parkinson hastalığı olan bir mahkumla ilgili olarak infaz koruma memuru “Bir hapisyanede değil, bir huzurevinde olması gerekir” yorumunda bulunmuştur (Williams vd., 2009). Bununla birlikte, cezaevi sağlık personelinin, doğru değerlendirmeleri elde etmek için infaz koruma memurları ile işbirliği yapması ideal olsa da, mahremiyet düzenlemelerinin kısıtlamaları ve cezaevi yaşamının karmaşık kişilerarası dinamikleri, klinisyenleri yalnızca hasta görüşmesine güvenmeye zorlayabilir. Benzer sınırlamalar, değerli bilgi veren diğer mahkumlar için de geçerlidir (Maschi vd., 2011). Başlangıcı, ilerleme hızı ve mahkumların günlük aktiviteleri bozukluğunun kapsamı da dahil olmak üzere, eldeki bilişsel bozukluklara odaklanılmalıdır (Simmons vd., 2011).

Yaşlı mahkumlar arasında en sık görülen bozukluk olan bağımlılık sorunu genel nüfusla karşılaştırıldığında cezaevi nüfusunda artmaktadır. Ceza sorumluluğu olan ve olmayan yaşlı mahkumlar arasında madde bağımlılığı dikkati çekmektedir. Opiyat bağımlılığı, en yaygın madde kullanım bozukluğu olan ve sigara kullanan deneklere göre daha fazla işlevsiz bir grubu temsil eden enjeksiyon kullanan kişilerdir (Andersen, 2004; Smet vd., 2016). Cezaevideki mahkumların genel olarak %60.3-%73'ünde sorunlu alkol kullanımı bildirilmiştir (MacAskill vd., 2011; Smet vd., 2016). Yaşlı suçluların % 86'sının alkol kötüye kullanımı öyküsü olduğu, alkol bağımlılığının sorunlu alkol kullanımına kıyasla çok daha az oranda

olduğu görülmektedir (Smet vd., 2016). Mükerrer suç işleyen yaşlı mahkumlar aşırı alkol içerek, yasadışı madde kullanarak kendilerine zarar vermektedir (Stockoviç, 2007).

### **Yaşlı mahkumların ruhsal bozukluklarının tedavisi**

Yaşlı mahkumlar normal yaşlanma sürecinde kaçınılmaz olarak psikiyatrik hastalıklar açısından risk taşımaktadır. Mahkumların cezaevi ortamına uyumlarında ruhsal durumları önemlidir (Iftene, 2016). Ruhsal bozukluğu olanların cezaevinde yeteri kadar tedavi edilmedikleri ya da tedavi için bir kuruma gönderilmedikleri, onun yerine hücrelerini ayırdıkları bildirilmektedir. Bu durum, onların tedavi edilmelerinin önemini ortaya koymaktadır.

Yaşlı mahkumlar için farklı kurumsal düzenlemeler ve politikalar geliştirilmelidir. Yaşlı mahkumların haklarını da korumak gerekir. Özellikle profesyonel düzeyde ruh sağlığı ile ilişkin bakıma ihtiyaçları vardır. Yaşlı mahkumlar, genç mahkumlardan çok daha fazla tıbbi bakım gerektirir (Iftene, 2016). Mahkumlara düşen ruh sağlığı hizmeti veren profesyonellerin (psikiyatrist, psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı gibi) sayısı çok düşüktür. Bu nedenle ilk olarak mahkumlara hizmet verecek sağlık profesyonellerinin sayısı artırılmalıdır. Suçlulara yönelik sağlık değerlendirmeleri ceza infaz kurumlarında bir uygulama haline getirilmeli ve psikiyatrik eş tanı ve bilişsel bozukluk gibi belirli sağlık sorunları için bir değerlendirmeyi kapsamalıdır (Cipriani vd., 2017). 50 yaşından büyük olan mahkumların erken yaşlanma belirtileri açısından taranmaları ve adli gruplarda yaşlanmayı araştırmak için işlevsel ölçütlerin uygulanması önerilmektedir. Yeni giren tüm yaşlı mahkumların standart ve geniş kapsamlı sağlık taraması yapılması, taramada; yaşla ilgili fiziksel problemler (örn., kardiyovasküler hastalık ve diyabet), alkol sorunu, yalnızlık, ruhsal sağlık sorunları, zihinsel engellilik, demans veya diğer bilişsel bozuklukların erken belirtileri gibi yaşlı suçlular arasında genellikle fark edilmeden kalan sorunlara odaklanılmalıdır (Smet vd., 2016).

### ***Olgu örneği***

Anders Behring Breivik'in 2011 yılında Norveç'te 2011 yazında bir yaz programına katılan gençlerin 77'sini öldürdükten sonra 2012 yılında aldığı ceza, en sert cezadır. Ancak bu onun hiç özgürce dolaşmadığı anlamına gelmez. Breivik, Norveç'te gerçekleştirdiği eylemleri kabul ettikten sonra 24 Ağustos 2012 tarihinde yapılan karar duruşmasında idam ya da müebbet ceza yasalarında bulunmaması nedeniyle en fazla 21 yıl hapis cezasına çarptırılmıştır. En ağır ceza olan 21 yıl hapse mahkum edilen Breivik'in cezası müebbetle çevrilebilecektir. Breivik bu cezanın en az 10 yılını yattıktan sonra durumu her 5 yılda bir yeniden değerlendirmeye alınacak. Karar, Breivik'in belli aralıklarla durumunun değerlendirilmesinin ve bu yolla ömür boyu hapiste kalmasının da önünü açıyor. Ancak serbest kaldığında toplum için tehlike oluşturmaya devam edebileceği yönünde bir karar verilirse cezası her 5 yılda bir 5 yıl daha uzatılabilecek. Kitleli cinayet ve terörizmle ilgili 21 yıllık bir hapis cezası, şartlı tahliye edilmeden genellikle ölüm cezasına insancıl bir alternatif olarak verilmiştir (<https://www.nytimes.com>).

## Kaynaklar

- Aday, R., Krabill, J.J.(2013). Older and geriatric offenders: Critical issues for the 21st century. (Ed. L. Gideon). *Special Needs Offenders in Correctional Institutions*. Sage Publishing, 203-232. DOI: 10.4135/9781452275444.n
- Aliustaoglu, F.S., Ozdemir, M., Ince, H., Yazici, Y.A., Ince, N. and Oral, G. (2011) Criminal Activities of the Elderly in Turkey during the Years 2000-2005. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 267-270. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.11.028>
- Andersen, H.S. (2004). Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 424, 5-59. PMID: 15447785 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00436\_2.x
- Borak, Y., Perry, T., Elizur, A. (1995). Elderly criminals: A study of the first criminal offence in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(6), 511-516. <https://doi.org/10.1002/gps.930100611>.
- Bayraktar, S., Sungur, N. (2017). Yaşlı bireylerin kurban veya katil oldukları cinayetlerin incelenmesi. *Yaşlılık Çalışmaları Dergisi*, 1, 48-56. doi: 10.24876/senex.2017.
- Berger, R. (2018) Criminal Behavior among the Elderly: A Look into What People Think about This Emerging Topic. *Advances in Aging Research*, 7, 1-16. <https://doi.org/10.4236/aar.2018.71001>
- Chiu, T. (2010). Its about time aging prisoners increasing costs and geriatric release.pdf. New York: Vera Institute of Justice (Online available on: <http://www.vera.org/sites/default/files/resources/downloads/Its-about-time-aging-prisoners-increasing-costsand-geriatric-release.pdf>).
- Cipriani, G., Danti, S., Carlesi, C., Fiorino, M. (2017). Old and dangerous: Prison and dementia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 51, 40-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2017.07.004>
- Ekström, A., Kristiansson, M., Björkstén, K.S. (2017). Dementia and cognitive disorder identified at a forensic psychiatric examination - a study from Sweden. *BMC Geriatrics*, 17-24.. DOI 10.1186/s12877-017-0614-1
- Erel, Ö., Aydın-Demirağ, S., Katkıcı, U. (2011). Homicide and suicide in the elderly: Data form Aydın. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14 (4), 306-310.
- 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
- 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.
- <https://www.nytimes.com/2015/03/22/sunday-review/too-old-to-commit-crime.html> (Erişim tarihi: 18.09.2018)
- Iftene, A. (2016). Unlocking the doors to Canadian older inmate mental health data: Rates and potential legal responses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 36-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02>
- Krienert, J. L. Walsh, J.A. (2010). Eldercide: A Gendered Examination of Elderly Homicide in the United States, 2000-2005, *Homicide Studies*, 14 (1), 52-71. DOI:10.1177/1088767909352736
- MacAskill, S., Parkes, T., Brooks, O., Graham, L., McAuley, A., & Brown, A. (2011). Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than an "aye or no" question. *BMC Public Health*, 11, 865.
- Maschi, T., Morgen, K., Zgoba, K., Courtney, D., & Ristow, J. (2011). Age, cumulative trauma and stressful life events, and post-traumatic stress symptoms among older adults in prison: Do subjective impressions matter? *Gerontologist*, 51(5), 675-686.
- Özden, S.Y. (2015). *Adli Psikiyatri*. Gözden Geçirilmiş 2. Basım. Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Repo-Tiihonen, E., Lindberg, N., Saarela, T., Eronen, M., Hakkanen-Nyholm, H. (2010). [Homicide, psychopathy, and aging-a nationwide register-based case-comparison study of homicide offenders aged 60 years or older](https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01488.x). *Journal of Forensic Sciences*, 55, 1552-1556. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01488.x>
- Simmons, B., Hartmann, B., DeJoseph, D. (2011). Evaluation of suspected dementia. *American Family Physician*, 84(8), 895–902.
- Smet, S., Keyzer, W., Donder, L., Ryan, D., Verté, D., Broekaert, E., Vandeveld, S. (2016). Older offenders deemed criminally irresponsible in Flanders (Belgium): Descriptive results from a retrospective case note study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 35–41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.025>
- 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
- Thomas, D.L., Thomas, J. A., & Greenberg, S. (2005). *The graying of corrections— The management of older inmates*. In S.Stojkovic(Ed.),Managing special populations in jails and prisons. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- 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.
- Varışlı, B. (2017). Türkiye’de yaşlanma ve demografi. *Gerontoloji* (Ed. İ. Turan ve M. Durak)Ankara: Nobel yayın, 27-35.

## YAŞLILARDA SUÇ VE HUKUKİ BOYUTU

Av. Mustafa Remzi TOPRAK\*

\*Samsun

### 1 – Yaşlılık ve Suç:

**YAŞLILIK:** Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak tanımlamaktadır.

**SUÇ:** Suç Kavramı ile ilgili çok farklı tanımlamalar yapılmışsa da Türk Ceza Hukuku sisteminde genel kabul gören tanım «Kanunda suç olarak düzenlenmiş ve müeyyideye bağlanmış fiillerdir».

Farklı Ülke, yöre, Millet ve topluluklarda ahlaki değerler ve yazılı yasalarda suç kabul edilen fiiller farklılaşmakta ise de tüm ahlak dışı davranışlar, sapmalar, geleneksel olarak doğru kabul edilmeyen davranışlar yazılı yasalarda suç kabul edilemeyeceği gibi ahlaken ve geleneksel olarak doğru kabul edilen birçok davranış yasalarda suç olarak nitelendirilmiş olabilir. Sonuç olarak ancak kanunlarda şekli unsurları belirlenen eylemlere «suç» diyebiliriz.

### 2 – Yaşlılık:

#### **YAŞLILIK:**

Dünya Sağlık Örgütü;  
60-74 yaşlarını yaşlılık,  
75-89 yaşlarını ihtiyarlık,  
90 yaş ve üzerini ise ilerlemiş ihtiyarlık dönemleri olarak sınıflamıştır.

Gerontolojistler ise yaşlılığı; 65–74 yaş arası genç yaşlılık, 75-84 yaş arasını orta yaşlılık ve 85 yaş üzerini ileri yaşlılık (ihtiyarlık) olarak sınıflamışlardır.

### 3– Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında Yaşlılık:

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının «Kanunu önünde eşitlik» başlıklı 10. Maddesi «Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.

Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz.

Çocuklar, yaşlılar, özürllüleri, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz.

Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınmaz.

Devlet organları ve idare makamları bütün işlemlerinde kanun önünde eşitlik ilkesine uygun olarak hareket etmek zorundadırlar.” Hükmü vardır. Bu hükümde yaşlılar için pozitif ayrımcılık mahiyetindeki yasa ve uygulamaların eşitliğe aykırı olmadığı anayasala güvenceye bağlanmıştır.

#### **4– Türk Ceza Hukukunda Yaşlılık:**

Ceza Hukukunda «Yaş» deyince akla öncelikle çocuklar gelir. Belli bir yaş aralığında hiç cezai sorumluluğu olmayan çocuklar, 18 yaşına kadar belirli periyotlarda ceza indirimini ile karşılaşır.

Çocuklarda kesin yaş sınırlarına bağlı olarak yapılan düzenlemeler yaşlılık kategorisinde çocuklardaki gibi basamak basamak belirlenmemiş 65 yaş ve üstü için bazı cezalarda indirim öngörülmüştür.

**Türk Ceza Kanununun 50 Maddenin 3. Fıkrasında** «Daha önce hapis cezasına mahkûm edilmemiş olmak koşuluyla, mahkûm olunan otuz gün ve daha az süreli hapis cezası ile fiili işlediği tarihte onsekiz yaşını doldurmamış veya altmışbeş yaşını bitirmiş bulunanların mahkûm edildiği bir yıl veya daha az süreli hapis cezası, birinci fıkrada yazılı seçenek yaptırımlardan birine çevrilir.» hükmü getirilerek 65 yaş üstü suç işleyenleri 18 yaş altı suç işleyenlerle eşdeğer hale getirmiştir.

**Ayrıca Türk Ceza Kanununun 51. Maddesi** “İşlediği suçtan dolayı iki yıl veya daha az süreyle hapis cezasına mahkûm edilen kişinin cezası ertelenebilir. Bu sürenin üst sınırı, fiili işlediği sırada onsekiz yaşını doldurmamış veya altmışbeş yaşını bitirmiş olan kişiler bakımından üç yıldır.» diyerek yine 65 yaş ve üstünü 18 yaş altı ile aynı seviyede ele almıştır.

#### **5 – Türk Ceza Hukuku Açısından Yaşlılık Ve Ayırt Etme Gücü:**

##### **Türk Ceza Kanununun «Akıl Hastalığı» başlıklı 32. Maddesi:**

Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde



verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

Ayırt etme gücü (Temyiz Kudreti); kişilerin eylem ve işlemlerinin neden ve sonuçlarını, önem ve kapsamalarını anlayabilmeleri için gerekli olan bilinç, anlayış ve iradeye sahip olmalarıdır. Özetle; iyi ile kötüyü, yararlı ile zararlıyı birbirinden ayırt edebilecek zihni kudrete sahip olmak diyebiliriz.

Yaşlıların ayırtım gücünü kaybettiği veya ayırtım gücünün azaldığı durumlarda bu hususun özellikle Adli Tıp Kurumunda yapılacak bir inceleme ile tespiti halinde yaşlılar ceza indiriminden yararlanabilecektir.

## **6 – Ceza Ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanun’da Yaşlılara Sağlanan Ayrıcalıklar:**

CGTİ’nin Özel infaz usulleri ‘ başlıklı 110. Maddesinde yaşlıları ilgilendiren kısımlar:

Mahkûmiyete konu suç nedeniyle doğmuş zararın aynen iade, suçtan önceki hale getirme veya tazmin suretiyle tamamen giderilmesine dair hukuki sorumlulukları saklı kalmak üzere;

- a) Kadın veya altmışbeş yaşını bitirmiş kişilerin mahkûm oldukları altı ay,
- b) Yetmiş yaşını bitirmiş kişilerin mahkûm oldukları bir yıl,
- c) Yetmişbeş yaşını bitirmiş kişilerin mahkûm oldukları üç yıl,

veya daha az süreli hapis cezasının konutunda çektirilmesine hükmü veren mahkemece veya hükümlü başka bir yerde bulunuyorsa o yerde bulunan aynı derecedeki mahkemece karar verilebilir.

Cezanın özel infaz usulüne göre çektirilmesi kararı, infaza başlandıktan sonra da verilebilir.

Madenin ilgili içeriğinden de anlaşılacağı üzere;

65 yaşını dolduranlar 6 ay

70 yaşını dolduranlar 1 yıl

75 yaşını bitirmiş olanların 3 yıl cezalarını evde çekmelerine karar verilebilir.

Evde çektirilen cezalarda elektronik kelepçe uygulaması yapılabilir.

## **7-Türk Ceza Hukukunda Yaşlılara Karşı İşlenen Suçlar:**

Türk Ceza Kanununda yaşlılara karşı işlenen suçlarda da ceza artırımını getirilmiştir.

Yaşlılara karşı suç işlendiğini Tespite halinde «ADLİ MAKAMLARA BİLİDİRLMESİ ZORUNLUDUR».

Yaşlılara karşı işlenen suçlarda Türk Ceza Kanununun genel maddeleri doğrultusunda cezai işlem yapılırken özellikle öldürme ve yaralama gibi suçlarda, suçun «beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı» işlenmesi hali cezanın artırım nedeni olarak düzenlemiştir.(82/e, 86/b)

İstismara ve ihmale uğrayan kişinin yaşlı olması netice itibarıyla kendisine karşı işlenen her türlü suçta cezanın artırım sebebidir. Ayrıca genel hükümler doğrultusunda tazmin mükellefiyeti olduğu gibi, Türk Medeni Kanununda yaşlılara karşı nafaka mükellefiyeti de düzenlenmiştir.

### **8-Yaşlılara Karşı İşlenen İhmal Ve İstismar Suçları İle İlgili Yasal Düzenlemeler:**

**TCK 97 :** Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi haline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlaşmış suç hükümlerine göre cezaya hükmolunur.

**TCK 98 :** Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.

Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

### **9 - Sonuç:**

Yaşlı istismarı ve ihmaline ilişkin yasal düzenlemelerimizde eksiklik yoktur. Uygulamada yaşlıların kendilerini ifade edememeleri yapılan ihmal ve istismarı fark edememeleri fark etseler de unutmaları veya dile getirememeleri nedeniyle yasal kovuşturmanın dışında kalması durumu vardır.

Yaşlıların suç işlemleri halinde karşımıza çıkan hukuki tablo da kanaatimizce eksiklikler vardır. Yaşlıların hukuki durumu, yasalar içinde dağınık düzenlenmiş, yaşlının ceza ehliyetinin olup olmadığı konusu bir belirsizlik noktası ortaya çıkartmıştır. Ceza indirimi ile ilgili konulan 65 yaş kesin bir çizgi gibi görülse de aslında göreceli bir sınır ortaya çıkmaktadır. Çünkü 65 yaşına gelmeden ihtiyarlık bunaması ortaya çıkıp ceza ehliyetini

ytiren bireyler olduğu gibi, 80 yaşına gelip her türlü ayırtım gücü gayet yüksek düzeyde olan bireyler olabilmektedir.

Ceza Hukukun kesin şablonlara sahip olması gerekliliği karşısında göreceli sınırlar her zaman bir tartışmaya kapı aralar. İnfaz aşamasında yaşlılarla alakalı yapılan uygulamaların yaşlıları suç işlemeye teşvik etmemesi adaletin tecellisine de engel teşkil edici bir uygulamanın ortaya çıkmaması gerekir.

## YAŞLILARDA KIRIKLAR

Dr. Hüseyin BEKİR\*

\*Yunanistan

### ÖZET

Yaşlıların kemikleri kolay kırılır, zor kaynar. Yaşlıda en ufak bir düşme, bir darbe aksi ispat edilene kadar kırık olabilir. En sık olarak yaşlılarda rastlanan kırıklar elbileği, omurga, femur boynu veya intertrokanterik bölge ve ayak tabanı kalkaneus kırıklarıdır. Osteoporoz bu kadar kolay ve hafif bir enerji ile kırık oluşmasında bir etkidir.

EL BİLEĞİ en sık radius distal ucundan kırılır. Yere düşerken el ile tutunma refleksi sonucu oluşur. Parçalı değil ise kırık redüksiyon sonrası alçı ile tedavi edilir. Parçalı ise cerrahi tedavi ve plak vida ile fiksasyon gerekir.

OMURGA KIRIKLARI bazen omurganın üzerine direkt darbe olmadan da indirekt oluşabilir. **Çökme Kırığı** denir. Çökmenin miktarına göre korse, yani konservatif tedavi, çökme biraz fazla ise yarı invazif bir yöntem olan **Vertebroplasti** yani çöken omurgayı dış hekimleri gibi dolgu maddesi ile doldurmak ve daha ileri vakalarda açık ameliyatla vida ve plakla fiksasyon.

FEMUR BOYUN ve İNTERTROKANTERİK veya SUBTROKANTERİK KIRIKLAR zor kırıklardır. Basit bir düşme ile olabilir ama zor kırıklardır. Zira konservatif tedavisi yoktur. Cerrahi gerekir. Plaklı osteosentez, intramedüler çivileme veya kalça protezi gerekebilir. Yaşlı ve problemlili hastalar olduğu için comorbid başka sağlık sorunları da vardır. Bir de cerrahi müdahalenin verdiği **ikinci vuruş** bazen beklenmediği anda komplikasyonlar domino taşı gibi ard arda gelir, hele emboli tromboz olursa ölümcül de olabilir. Bundan dolayı ortopedi camiasında yaşlılardan bahsederken **kırık öldürebilir** denir.

KALKANEUS kırığı da biraz yüksekte düşme sonucu olur, alçı veya cerrahi tedavisi vardır. Hedef kırığa sebep olan kayma, düşmeleri yaşlılarda minimuma indirmek olmalıdır. Tabii ki var olan ve kırığa sebep olan Osteoporozu da mutlaka tedavi etmek gerekir.

**Anahtar Kelimeler:**

## HEMİPLEJİ OLGULARINDA İHMAL VE İSTİSMAR

Uzman Sosyal Çalışmacı Kemal GÜDEK\*

\*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıbbi Sosyal Hizmet Birimi

### ÖZET

Hemipleji olguları halk dilinde “felç” olarak bilinmektedir. Felç sağ tarafta ise sağ hemipleji, sol tarafta ise sol hemipleji olarak bilinmektedir. Vucudun bacaklar dahil birkaç organı tutulmuşsa, dipleji olarak bilinmektedir. Hemipleji olgularında hastalığın şiddetine göre, hayat kalitesi azalmakta işlevsellik kaybı görünür olmaktadır. Olguların işlevsellik kaybı, diğer aile üyelerinin varsa hasta bakıcısının bakıma ve tedaviye katılımını zorunlu kılmaktadır.

Geçirilen felç konuşmayı bloke etmişse, olgu ve aile arasında iletişim yazarak gerçekleşmekte eğer yazı yetisi de kaybolmuşsa olgu ve aile farklı bir frekans da ve onlara özel bir dille iletişimi gerçekleştirmektedir. Yeme ve temizlik gibi günlük faaliyetler aksamakta bir başkasının yardımı olmadan yaşam sürdürülemez hale gelmektedir. Olgunun ev içinde işlevselliği dahi çoğu zaman aksamakta ve güçlüğü yerine getirilmektedir. Olgu ve ailelerden psikososyal rapor için bilgi alındığında, çoğunlukla olgu ve ailelerin asansör olmayan ve üçüncü veya daha yüksek katlarda ikamet ettikleri görülmektedir. Yüksek katlı apartman sisteminde ikamet olguların dış çevre ile bağlamında olumsuzluklara neden olmaktadır, çevre ile ilişkilere ket vurmaktadır.

Hemipleji olgularının ailelerinde aile fonksiyonları çoğunlukla ölçümlerde negatif değerdedir. Özellikle, “gerekli ilgiyi gösterme”, “duygusal tepki verebilme”, “davranış kontrolü” diğer aile fonksiyonlarına göre puan olarak daha düşüktür. Fonksiyonların kanıtı dayalı skorlarda düşük puan alması ailenin de “işlevsel olmayan aile” veya “yarı işlevsel aile” kategorilerinin de bulunmasına olanak sağlamaktadır. Kısaca hemipleji olgularından sonra aileleri de örtük bir şekilde işlevsiz olmaktadır.

Hemipleji olgularının genel düşünce sistemleri içeriğinde, “neden ben”, “Yaradanın bana bir cezası”, “hasatalığı kabullenme”, “kendini suçlama”, “ben gereksiz ve işe yaramaz birisiyim” vb şeklinde görülmektedir. Hemipleji olgularının duygusal kostümleri içinde çoğunlukla, “ağlama”, “başkasına muhtaç olmanın vermiş olduğu ıstırap”, “aile üyelerine öfke”, “paralize olmuş bir mod” vb şeklinde görülmektedir. Hemipleji olgularında davranışlar, çoğunlukla “evde yalnız kalmayı isteme”, “sevilen tv dizilerine bağımlılık”, “içine kapanma”, “dış çevreye çıkmama” vb şeklinde görülmektedir.

Yazıda ifade edilen kriterlerin seyrinden ve etkilerinden olguların ve ailelerinin haberi yoktur ve sanki hastalığın bir sonucuymuş gibi algılanmaktadır, kaderci bir bakış, kabulleniş ve sonrasında depresyon hastalık çıktıkları gibi görülmektedir. Tüm bu kriterler “örtük bir ihmalin” varlığına bizi götürmektedir, istismar bulgularına hastanemize gelen olgular da rastlanmamıştır.

Sosyal çalışmacı diğer hastalıklarda olduğu gibi hemiplejik olguların kendisi ve ailesi ile çalışmaktadır kombine uygulama ile psikososyal boyutta mesleki müdahale de bulunmaktadır.

### Anahtar Kelimeler:

## GERİATRİK DÖNEMDE İHMAL, SUİSTİMAL VE JİNEKOLOJİK SEMPTOMLAR

### Geriatric Neglect, Abuse And Gynecological Symptoms

Dr. Engin YILDIRIM\*

\*Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

#### ÖZET

Geriatrik dönemde artan bakım ihtiyacı ve fizyolojik olarak başlayan doku faktörlerindeki değişim çeşitli ürojinekolojik sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunların başında organ prolapsusları, idrar inkontinansları, atrofi kanamaları ve dispareuni gösterilebilir. Bakım ihtiyacının arttığı dönemlerde bu yaş grubunun sosyal ve aile ortamlarında yaşadığı kaygı ve toplumun oluşturduğu ayırım davranışları hastaların şikayetlerini ifade etmelerine engel olmaktadır.

Geriatrik bakım sadece bireyin ve toplumun yükümlülüğü olmayıp sosyal devlet politikaları ve koruyucu sağlık hizmetlerinin de sorumluluğu vardır. Yaşlı kimsenin kötü hijyeni, bakımsız tırnakları, dağınık kıyafetleri, eksik veya kırık yardımcı sağlık aletleri hastanın yardıma ihtiyacı olduğunu kanıttır. Kilo kaybı, laboratuvar bulgularında saptanan dehidratasyon ve malnutrisyon bulguları yaşlı ihmalinin göstergesi olabilir.

Geriatrik ihmaller genel görünüşü içeren sorularla saptanabilir. Ancak emosyonel ve psikolojik suistimler, fiziksel suistimler, cinsel suistimler ve finansal suistimler spesifik sorularla saptanmalıdır. Sağlık hizmetinin birinci basamağında bu hususlar ile ilgili formlar hazırlanıp teker teker sorgulanmalıdır.

Pelvik ağrı, üriner hassasiyet, fizik muayene esnasında davranış değişiklikleri, vajinal kanama ve genital lezyonlar, genital ve rektal travma bulguları, iç çamaşırında saptanan lekeler cinsel suistimalin semptomları olabilir. Hastanın yaşadıkları dolaylı sorular ile aydınlatılmaya çalışılmalıdır.

- Evde kendini güvende hissediyor musun?
- Korktuğun kimse var mı?
- Tehtit veya sözlü saldırıya maruz kaldın mı?
- Yardıma ihtiyacın olduğunda konuşabileceğin kimse var mı?

Gibi sorular faydalı olacaktır. Ailenin ifadesi, hastanın kognitif fonksiyonları ve yaşam alanı bu bulguların tersini gösterse de adli değerlendirme mutlaka yapılmalıdır.

Sağlık görevlilerinin sorumlulukları arasında toplum taraması ve geriatrik yaş grubundaki hastaların genel durumlarını saptamak, ihmal gerçekleşmeden önleyici sosyal hizmetleri devreye sokmak da bulunmaktadır. Toplumun eğitimi, eğitici materyal ve broşürlerin topluma yayılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** jinekolojik hastalıklar, geriatrik ihmal, suistimal

#### ABSTRACT

The increased need for care in the geriatric period and the change in physiological tissue factors cause various urogynecological problems. These problems include organ prolapse, urinary incontinence, atrophy bleedings and dyspareunia. The anxiety of geriatric women in social and family environments and the discrimination behaviors created by the society prevent the patients from expressing their complaints.

Geriatric care is not only an obligation of the individual and society, but also the responsibility of social state policies and preventive health services. Poor hygiene, neglected nails, scattered clothes, missing or broken prostheses are the proofs that the patient needs help. The signs of weight loss, dehydration and malnutrition may be indicative of elderly neglect.

Geriatric neglect can be determined by questions. However, emotional and psychological abuse, physical abuse, sexual abuse and financial abuses should be determined with specific questions. Forms related to these issues should be prepared and questioned one by one.

Pelvic pain, urinary tenderness, behavioral changes during physical examination, vaginal bleeding and genital lesions, signs of genital and rectal trauma, spots detected in underwear may be symptoms of sexual abuse. The events of the patient should be clarified with indirect questions.

- Do you feel safe at home?
- Is there anyone you fear?
- Have you been subjected to threats or verbal assaults?
- Is there anyone you can talk to when you need help?

Health professionals should conduct community screening and identify the general conditions of geriatric patients. Health workers must engage preventive social services before negligence occurs. The public should be informed, educational materials and brochures should be shared with the community.

**Key Words:** gynecologic disorder, geriatric neglect, abuse

## SÖZEL BİLDİRİLER

---

## Sözel 01 (ÖZET)

### ENGELLİ BİREYLERE YÖNELİK SOSYAL BELEDİYECİLİK UYGULAMALARI: ÇORUM BELEDİYESİ ÖRNEĞİ

#### Social Municipality Practices for Disabilities: Corum Municipality Sample

Öğr. Gör. Abdulkadir KARABULUT\*

\*Hitit Üniversitesi Sungurlu Meslek Yüksekokulu

#### ÖZET

1961 anayasası ile devlet politikası haline gelen “sosyal devlet” ilkesi, devlete tüm yurttaşlarının ekonomik ve sosyal durumlarının “iyilik hali” ile ilgilenmeleri, sosyal adaleti sağlaması görevini yüklemiştir. Yerel yönetim olarak belediyeler de sosyal devletin sosyal adaleti sağlama görevinin yereldeki temsilcisi olarak görülmektedir. Sosyal belediyeçilik modelini benimseyen belediyelerin, sağlık, eğitim, kültür gibi faaliyetlere önem vermeleri ve dezavantajlı gruplara yönelik sosyal adaleti sağlayacak hizmetler geliştirmeleri beklenmektedir. Bu doğrultuda dezavantajlı grupların büyük bir kesimini temsil eden ve toplum tarafından ötekileştirilen engelli bireylere yönelik sosyal hizmet faaliyetlerinin yerel yönetimlerce gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada amaç, engelli bireylere yönelik yerel yönetimlerce yapılabilecek faaliyetleri Çorum Belediyesi özelinde sunmaktır. Çalışmanın önemi ise engelli bireylere yönelik yapılacak çalışmaların diğer belediyelere örnek oluşturması ve alanda çalışan meslek elemanlarına katkı sağlamasıdır. Çorum Belediyesince engelli bireylere yönelik olarak istihdam odaklı faaliyetlerini sürdüren mesleki eğitim merkezi hizmeti, fiziki koşulların engelli bireylerin erişilebilirliğine uygun hale getirilmesi hizmeti, gıda bankası hizmeti, akülü/tekerlekli sandalye temini gibi çeşitli sosyal hizmet faaliyetleri bulunmaktadır. Özellikle engelli bireylerin istihdam edilmesi noktasında çözüm üretme amacıyla oluşturulan Çorum Belediyesi Engelli Eğitim Merkezi benzeri hizmetlerin diğer yerel yönetimler için örnek oluşturması, engelli bireylere yönelik verilen hizmetlerin sosyal yardım odağından sosyal hizmet boyutuna taşınması noktasında önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** engellilik, dezavantajlı gruplar, yerel yönetim politikaları, sosyal belediyeçilik.

#### ABSTRACT

The "social state" principle, which became a state policy with the constitution of 1961, imposed the duty on the state to deal with the "good state" of the economic and social situations of all citizens and to provide social justice. Municipalities are seen as the local representative of the social state's task of providing social justice. It is expected that municipalities adopting the social municipal model will focus on activities such as health, education, culture and develop services to provide social justice for disadvantaged groups. In this respect, it is necessary for local government to carry out social service activities for disadvantaged individuals representing a large part of the disadvantaged groups and being socialized by the society. The purpose of this study is to present the activities that can be done by the local administrations directed to disabled people in Corum Municipality. The key to working is that the work to be done for disabled people is an example for other municipalities and contributes to the professionals working in the field. In Corum Municipality, there are various social service activities such as vocational education center service, employment service for disabled people, service for making physical conditions suitable for the disabled people, food bank service, battery / wheelchair service. It is important that the services provided by Corum Municipality Handicapped Training Center, which is aimed to provide solutions especially at the point of employment of people with disabilities, should set an example for other local administrations.

**Key Words:** disability, disadvantaged groups, local government policies, social municipality.



## Sözel 02 (ÖZET)

### YEREL YÖNETİMLERDE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI: KÜLTÜR, SANAT VE AİLE EĞİTİM MERKEZLERİ

#### Social Service Applications in Local Governments: Culture, Art and Family Education Centers

Öğr. Gör. Abdulkadir KARABULUT\*

\*Hitit Üniversitesi Sungurlu Meslek Yüksekokulu

#### ÖZET

İnsana verilen önem; insan hakları, sosyal adalet, sosyal devlet gibi kavramların ortaya çıkmasına zemin hazırlamış, bu kavramlar ise devletin, milletin refahını sağlamakla yükümlü olduğu anlayışını beraberinde getirmiştir. Bu anlayışa sahip ülkelerin dezavantajlı gruplara yönelik pozitif ayrımcılık ilkesine paralel olarak hizmetler sunmaları beklenmektedir. Bu hizmetlerin, yerel yönetimler tarafından “sosyal belediyeçilik” kavramı ile sunulması da sosyal adaletin merkezi otorite tarafından yerine getirilememesi sorunsalına çözüm sağlayacaktır. Toplumda yer alan cinsiyetçi söylemler, kadınların ikincil konuma itilmelerine ve ayrımcılığa uğramalarına neden olmaktadır. Bu çalışmada, kadınların yaşamış oldukları ayrımcılığa yönelik olarak geliştirilen Çorum Belediyesine bağlı kültür ve sanat merkezi ile aile eğitim merkezlerinin işleyişini sosyal hizmet ve sosyal belediyeçilik bakışıyla sunmaktır. Çalışmanın önemi ise, kaynaklara, fırsatlara ve hizmetlere erişme konusunda erkeklere nazaran güçlük yaşayan kadınların bu ayrımcılığının ortadan kaldırılması noktasında yerel yönetimlerce yapılabilecek çalışmaların alanda çalışan meslek elemanlarına katkı sağlamasıdır. Ataerkil cinsiyet rejiminin bulunduğu toplumlarda kadınların yaşamış olduğu ikincil konumu ortadan kaldırma amacıyla Çorum Belediyesi tarafından Çorum’da beş büyük mahallede kurulan Kültür ve Sanat Merkezleri ile Aile Eğitim Merkezleri sayesinde kadınların güçlendirilmeleri sağlanmakta ve toplumsal farkındalığı artırıcı aile eğitimleri düzenlenmektedir. Bu merkezlerde hem hobi kursları düzenlenmekte, hem aile danışmanlığı hizmeti verilmekte olup, kadınların yapmış olduğu ürünleri satarak aile bütçesine katkı sağlamaları için fırsatlar sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** kadın, toplumsal cinsiyet, dezavantajlı gruplar, yerel yönetim politikaları, sosyal belediyeçilik.

#### ABSTRACT

Importance of people; human rights, social justice, social state, etc. these concepts have brought the understanding that the state is obliged to provide the nation's well-being. Countries with this understanding are expected to offer services in parallel with the principle of positive discrimination towards disadvantaged groups. The provision of these services by the local administrations with the concept of "social municipality" will also provide a solution to the problem of social justice not being fulfilled by the central authority. Sexist discourses in society cause women to be pushed into secondary positions and discriminated against. In this study, it is aimed to present the functioning of culture and art center and family education centers affiliated to Corum Municipality, developed for the discrimination that women live in, from the viewpoint of social service and social municipality. The key to working is to make contributions to the professions working at the field of work that can be done by local authorities at the point of eliminating this discrimination of women who have difficulties in accessing resources, opportunities and services compared to men. In order to remove the secondary position that women have lived in the communities where the patriarchal gender regime existed, Corum Municipality provided women's empowerment and training of family awareness through Culture and Art Centers and Family Education Centers established in five big neighborhoods in Corum. In these centers, both hobby courses are organized, family counseling services are provided, and opportunities are offered for women to make contributions to the family budget by selling products they have made.

**Key Words:** women, gender, disadvantaged groups, local government policies, social municipality.

### Sözel 03 (TAM METİN)

## HASTA HAKLARI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA HAZIRLANAN TEZLERİN İÇERİK ANALİZİ YÖNTEMİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı KÖSE ÜNAL\*, Ali ÜNAL\*\*

\*Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

\*\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

#### ÖZET

Sağlık alanındaki kalite çalışmalarının kapsamında hasta hakları ve güvenliği uygulamaları yer almaktadır. Bu uygulamaların temel amacı hastanın güvenliğini sağlamak, hak kayıplarını önlemek ve kaliteli sağlık hizmeti alma beklentisini cevaplandırmaktır. Çalışmada 2000-2018 yılları arasında hasta hakları ve güvenliği ile ilgili yazılan tezlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda hasta hakları ve güvenliği anahtar kelimeleri kullanılarak YÖK tez veri tabanında tarama yapılmıştır. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmamış ve çalışma evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Toplamda hasta hakları ve güvenliği konusunda 144 tez değerlendirilmiştir. Tarama sonucunda ulaşılan 132 tez konularına, yıllarına, araştırma yöntemlerine, örnekleme ve diline göre incelenmiştir. Tarama modeline göre yapılan çalışmada elde edilen veriler içerik analizi yöntemi ile çözümlenmiştir. Verilerin analizinde nicel betimsel analiz yöntemlerinden frekans ve yüzde kullanılmıştır. Araştırmanın hasta hakları anahtar kelime sonuçlarına bakıldığında en çok sağlık kurumları yönetimi alanında (%29.5) tez yazıldığı; tezlerin yazım dilinin Türkçe (%98.3) olduğu, veri analiz yöntemi olarak en fazla nicel analiz yönteminin (%78.6) kullanıldığı, en fazla çalışmanın yapıldığı yıl ise 2010-2018 (%63.9)'dır. Araştırmanın hasta güvenliği anahtar kelime sonuçlarına bakıldığında en çok hemşirelik konusunda (%56.3) tez yazıldığı, tezlerin yazım dilinin Türkçe (%88.7) olduğu, veri analiz yöntemi olarak en fazla nicel analiz yönteminin (%85.9) kullanıldığı, en fazla çalışmanın yapıldığı örneklem sağlık çalışanları (%35.2) olarak belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** hasta hakları, hasta güvenliği, içerik analizi,

#### ABSTRACT

Patient rights and safety practices are included within the scope of quality studies in the field of health. The main purpose of these applications is to ensure the safety of the patient, to prevent the loss of rights and to answer the expectation of getting quality health services. This study aims to examine the thesis related to migration and refugee written between 2011 and 2018. In line with this purpose, thesis related to the patient rights and safe key words were examined published in in the Turkish Higher Education National Thesis Center. Totally, it has been reached to 144 theses on patient rights and safe. 132 theses were reached in total and examined in accordance with the subjects, years, data analysis methods, samples and language. The data were analyzed with the content analysis method based on screening model. Frequencies and percentages were used as descriptive statistical methods for analyzing the data. Results of this research revealed that most of the thesis were written about patient rights; key words usually had about healthcare management(%29.5), their languages were Turkish (%98.3), were used survey method a non-experimental quantitative research method (%78.6), was researched this issue at most in 2010-2018 (%63.9). Results of this research revealed that most of the thesis were written about patient safe; key words usually had about nursing (%56.3), their languages were Turkish (%88.7), were used survey method a non-experimental quantitative research method (%85.9), was determined this issue as the health workers (%35.2).

**Key Words:** patient rights, patient safe, content analysis

### Sözel 03 (TAM METİN)

## HASTA HAKLARI VE GÜVENLİĞİ KAPSAMINDA HAZIRLANAN TEZLERİN İÇERİK ANALİZİ YÖNTEMİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslı KÖSE ÜNAL\*, Ali ÜNAL\*\*

\*Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

\*\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

### Giriş

Sağlık alanında hasta hakları ve güvenliği uygulamaları kalite çalışmaları ile ivme kazanmıştır. Hasta güvenliği alanındaki uygulamaların hedefi hastanın güvenliğinin sağlanması ile tıbbi hizmetlerin etkinliği sağlamaktır. Hasta hakları uygulamalarının kapsamı ise hastanın insan ve hasta olmasından kaynaklı sahip olduğu haklarında kayıpların önlenmesi ve nitelikli sağlık hizmetine ulaşılabilirliğini sağlamaktır.

Sağlık sektöründe hasta güvenliği alanındaki farkındalığın yüksek olduğu söylenebilir. 7 yıldır düzenli olarak yapılan performans ve kalite kongrelerinde en çok çalışılan konunun Hasta ve Çalışan Güvenliği olduğu belirlenmiştir (Uğurluoğlu vd., 2018).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta zararlarının azaltılmasıdır. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, en önemlisi hastalara zarar vermemek için hasta güvenliği çalışmaları artırılmalı ve kültür geliştirilmelidir. Kültürün yayılması için sağlık çalışanları ve yöneticiler üzerlerine düşen görevleri yerine getirmelidir (Ardahan ve Yeklin Alp, 2015).

Hasta güvenliği alanında yapılan çalışmalar ulusal literatürde değerlendirildiğinde hastanelerde hemşireler örneğinde çalışmaların diğer çalışmalara göre fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmalardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

- Kamu hastanesinde çalışan 76 sağlık personelinin hasta güvenliği algılarının değerlendirdikleri çalışmada sağlık personelinin % 67,1'inin son bir yıl içerisinde hiçbir olay raporu doldurmadığı ve hastanede hasta güvenliği derecesi ortalama puanı ise 2,68 olarak belirlenmiştir (Korkmazer vd., 2016).
- 280 hemşirenin hasta güvenliği algılarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada Hemşirelerin hasta güvenliği algılarının orta düzeyde olduğu, mesleki deneyim süresinin, konuya ilişkin bilgi sahibi olmanın ve eğitimin hasta güvenliği kültürü algısı puan ortalamalarını etkilediği saptanmıştır (Kardaş Özdemir vd., 2015).
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi servislerinde çalışan 129 hemşire ile alınan hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Rızalar vd., 2016).

- İki özel hastanedeki hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirildiği çalışmada A Hastanesinin hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün B Hastanesine göre daha iyi düzeyde olmasının hasta güvenliği eğitimlerinin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Karaca ve Arslan, 2014).
- Üniversite hastanesinde çalışan 148 hemşirenin katılımıyla yapılan çalışmada hemşirelerin hasta güvenliği kültüründe ve farkındalıklarında yetersizlikler saptanmıştır (Ünsal Atan vd., 2013).

Hasta haklarını “Sağlık Kuruluşundaki İnsan Hakları” diye tanımlamak yaygın bir eğilimdir ve konuyla ilgili literatür böyle başlar. Ancak bu tanım, hakları uygulamaya koymak söz konusu olduğunda kendi başına iş görmemekte, bu özel konu, çok genel bir yaklaşımda görünmez kılınmakta, diğer hak kümeleriyle kolayca karıştırılabilmektedir (Önal,2012). Hasta hakları sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfıyla sahip oldukları, T.C. Anayasası, Uluslararası Antlaşmalar, Kanunlar ve diğer Mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları ifade eder. Türkiye’de hasta haklarına yönelik mevzuat yeterli bir şekilde hazırlanmakla birlikte hasta haklarının toplumun geneli ve özellikle hastalarca çok iyi bilinmediğini gözlemlenmektedir. Hasta ve sağlık personeli arasında yaşanan sorunlar bu bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Hasta hakları tam bilinmediği gibi sorumluluklar da bilinmemektedir (Fırat,2017). Hasta hakları ile ilgili yapılan çalışmalardan bazılarında aşağıda yer verilmiştir.

- Erzurum’da devlet hastanesinde çalışan 87 sağlık çalışanı ve bu hastaneden hizmet alan 500 hastanın katılımıyla yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile hasta memnuniyeti arasında olumlu bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Tanrıverdi ve Özmen, 2011).
- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören 196 hastanın katıldığı çalışmada hastaların %55.1’inin hasta hakları konusunda bilgisi olduğu ve haklarından haberdar olan hastaların %56.5’inin hasta haklarını sağlık çalışanlarından öğrendiği saptanmıştır (Zaybak vd., 2012).
- Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Öğretim Üyeleri ve Araştırma Görevlilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olduğu sosyal güvence, bilgilendirme, tıbbi ameliyede rıza ve ilaç araştırmaları konusunda verilen yanlış yanıtlar konunun gündemde tutulması gerekliliği belirlenmiştir (Yürümez vd., 2010).
- Muğla Devlet Hastanesi servislerinde yatarak tedavi gören 1000 hastanın katılımıyla gerçekleşen çalışmada hasta hakları ile ilgili konuları genelde hastaların yarısından fazlasının bildiği belirlenmiştir (Eksen vd., 2006).

## Yöntem

Bu çalışma, hasta hakları ve güvenliğinin akademik araştırmalarda ne kadar önemsendiğini ve konuya olan ilginin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. YÖK veri tabanında 10 Eylül 2018 tarihine kadar internette yayınlanan toplam 144 tez incelenmiş ve tezler içerisinde 132 tez değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirmede tezlerin hazırlandığı yıl, araştırma yöntemi, örnekleme, araştırma konusu, tezin hazırlandığı enstitü ve dil olmak üzere anahtar kelimeler içerik analizinin temelini oluşturmuştur. Verilerin analizinde Excel programından yararlanılmıştır.

## Bulgular

Tablo 1’de hasta hakları hakkında hazırlanan tezlere ait genel bilgiler yer almaktadır. Tezlerin enstitü dağılımında sosyal bilimler enstitüsü (%67.2), tez türü dağılımında yüksek lisansın fazla olduğu (%83.6), yazımda kullanılan dilin biri hariç Türkçe olduğu (%98.3) belirlenmiştir.

**Tablo 1: Hasta Hakları Hakkındaki Tezlere Ait Genel Bilgiler**

		n	%
Yıl	<b>2018-2010</b>	<b>39</b>	<b>63,93</b>
	2009-2001	22	36,06
Dil	<b>Türkçe</b>	<b>60</b>	<b>98,36</b>
	İngilizce	1	1,63
Enstitü	Tıp	5	8,19
	Eğitim	2	3,27
	Fen	1	1,63
	Adli Tıp	1	1,63
	<b>Sosyal</b>	<b>41</b>	<b>67,21</b>
	Sağlık	11	18,03
Tez Türü	<b>Yüksek Lisans</b>	<b>51</b>	<b>83,60</b>
	Doktora	5	8,19
	Tıpta Uzmanlık	5	8,19

Tablo 2’de hasta hakları hakkındaki tezlerin yöntem, konu ve örneklem dağılımı yer almaktadır. Hasta hakları hakkında hazırlanan tezlerin %78.6’sında nicel yöntemlerin kullanılmıştır. Örneklem dağılımında en fazla sağlık çalışanlarının (%39.3), en az ise öğrenciler yer aldığı (%6.5) belirlenmiştir. Konu dağılımında ise birinci sırada sağlık kurumları yönetimi (29.5), hukuk (14,7), hemşirelik (11.4) ve işletme (11.4) en az ise bilgisayar mühendisliği (1.6)’dır.

**Tablo 2: Hasta Hakları Hakkındaki Tezlerin Yöntem, Konu, Örneklem Dağılımları**

		n	%
<b>Yöntem</b>	Nitel	23	37,7
	<b>Nicel</b>	<b>38</b>	<b>62,29</b>
<b>Örneklem</b>	Hasta	20	32,78
	<b>Sağlık Çalışanı</b>	<b>24</b>	<b>39,34</b>
	Hasta Yakını	13	21,31
	Öğrenci	4	6,55
<b>Konu</b>	<b>Hemşirelik</b>	<b>7</b>	<b>11,4</b>
	<b>Sağlık Kurumları Yönetimi</b>	<b>18</b>	<b>29,5</b>
	Deontoloji ve Tıp Tarihi	5	8,19
	Adli Tıp	3	4,91
	<b>Hukuk</b>	<b>9</b>	<b>14,75</b>
	Halk Sağlığı	4	6,55
	Eğitim ve Öğretim	2	3,27
	Sosyal Hizmet	3	4,91
	Bilgisayar Mühendisliği	1	1,63
	<b>İşletme</b>	<b>7</b>	<b>11,47</b>
	Sosyoloji	2	3,27

Tablo 3’de hasta güvenliği hakkında hazırlanan tezlere ait genel bilgiler yer almaktadır. Tezlerin enstitü dağılımında sağlık bilimleri enstitüsü (%77.4), tez türü dağılımında yüksek lisansın fazla olduğu (%88.7), yazımda kullanılan dilin Türkçe (%88.7) ve İngilizce (%11.2) olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 3: Hasta Güvenliği Hakkındaki Tezlere Ait Genel Bilgiler**

		n	%
<b>Yıl</b>	2007-2012	35	49,29
	2013-2018	36	50,7
<b>Dil</b>	<b>Türkçe</b>	<b>63</b>	<b>88,73</b>
	İngilizce	8	11,26
<b>Enstitü</b>	Sosyal	16	22,53
	<b>Sağlık</b>	<b>55</b>	<b>77,46</b>
<b>Tez Türü</b>	<b>Yüksek Lisans</b>	<b>63</b>	<b>88,73</b>
	Doktora	7	9,85
	Tıpta Uzmanlık	1	1,4

Tablo 4’de hasta güvenliği hakkındaki tezlerin yöntem, konu ve örneklem dağılımı yer almaktadır. Hasta hakları hakkında hazırlanan tezlerin %85.9’unda nicel yöntemlerin %14’ün ise nitel yöntemler kullanılmıştır. Örneklem dağılımında en fazla hemşirelerin (%49.2), en az ise hasta yakınlarının yer aldığı (%7) belirlenmiştir. Konu dağılımında ise birinci sırada hemşirelik (%56.3), sağlık kurumları yönetimi (%28.1), işletme (%5.6), halk sağlığı (%4.2) en az ise ekonomi (2.8)’dir.

**Tablo 4: Hasta Güvenliği Hakkındaki Tezlerin Yöntem, Konu, Örneklem Dağılımları**

		n	%
<b>Yöntem</b>	Nitel	10	14,08
	<b>Nicel</b>	<b>61</b>	<b>85,91</b>
<b>Örneklem</b>	<b>Hemşire</b>	<b>35</b>	<b>49,2</b>
	Sağlık Çalışanı	25	35,2
	Hasta Yakını	5	7,04
	Hastane İdari Çalışan	6	8,45
<b>Konu</b>	İşletme	4	5,63
	Halk Sağlığı	3	4,22
	Ekonomi	2	2,8
	<b>Sağlık Kurumları Yönetimi</b>	<b>22</b>	<b>30,98</b>
	<b>Hemşirelik</b>	<b>40</b>	<b>56,33</b>

### **Sonuç**

Bu çalışmada hasta hakları ve güvenliği konularında hazırlanan tezlerin içerik analizi ile değerlendirilmesi yapılmıştır. Türkiye’de hasta hakları ve güvenliği alanında kalite çalışmaları ile başlayan dönemden itibaren tezler incelendiğinde hasta hakları alanında 61 ve hasta güvenliği alanında 71 adet tez değerlendirilmiştir. Hasta hakları alanında yapılan çalışmaların başlangıcı (2001) yılı olup hasta güvenliği alanındaki tez çalışmalarının ise başlangıcının (2007) olması ise hasta güvenliği uygulamalarının sağlık kurumlarının yönetim süreçleri ile ilişkisinden kaynaklı olabilir. Hasta hakları ve güvenliği konusundaki tezlerin ağırlıklı olarak yüksek lisans düzeyinde hazırlanmıştır. Özellikle sağlık kurumlarının yönetim etkinliği ölçümleyecek modelleme çalışmalarının doktora düzeyinde hazırlandığı düşünüldüğünde doktora düzeyindeki akademik araştırmalarda hasta güvenliği alanındaki çalışmaların daha da artması gerektiği söylenebilir. Araştırma yöntemi olarak her iki alanda da nicel çalışmaların fazla olduğu belirlenmiştir. Özellikle hasta hakları alanında bireylerin deneyim ve tutumlarını değerlendirme fırsatı sağlayan odak grup görüşmeleri, örnek olay ve mülakat araçlarını içeren nitel çalışmaların hazırlanması önerilebilir. Konu tercihinde sağlık ve sosyal alanlarda bir çok alt alan tercih edildiği belirlenmiştir. Alt alanlarda örneklem olarak hemşirelerin tercih edildiği çalışma alanı olarak ise sağlık kurumları yönetimi alanında Bu çalışmanın yüksek lisans ve doktora düzeyinde yapılacak tez araştırmalarına yön vereceği, hasta hakları ve güvenliği çalışma alanlarında içerik belirlenmesinde araştırmacılara yol göstereceği düşünülmektedir.

## Kaynaklar

- Ardahan M, Yeklin Alp F. Hasta Güvenliği ve Hasta Güvenliğini Sağlamada Sağlık Çalışanlarının ve Yöneticilerin Rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 6(2): 85-88.
- Eksen, M, Karadağ, N, Işıkkay Ç. Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2006;2-12.
- Fırat, A. Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları ve Sorumlulukları. *IGUSABDER*, 2017;2 (1): 157-173.
- Karadaş Özdemir, F. Akgün Şahin Z. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları: Kars İli Örneği. *Odu J Med*, 2015;2(1): 139-144.
- Karaca A, Arslan H. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014; 1(1): 9-18.
- Korkmazer F, Yıldız A. Ekingen E. Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016;4(2): 143-154.
- Önal, G. Hasta Haklarının Anatomisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012; 3:7-14.
- Rızalar, S. Tural Büyük E., Şahin R., As T., Uzunkaya, G. Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürü ve Etkileyen Faktörler. *DEUHFED*, 2016; 9(1): 9-15.
- Tanrıverdi, H. Özmen M. E. Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi. *TSA*, 2011; 15 (3): 85-109.
- Uğurluoğlu, Ö., Demir Bilgin İ., Ürek, D. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongrelerinde Odaklanılan Konular ve Kullanılan Yöntemler: 2009-2016 Dönemi, VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı., 2017;314-319.
- Ünsal Atan, Ş., Dönmez, S. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün İncelenmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 2013;21(3): 172-180.
- Yürümez, Y., Çevik, T., Yavuz, Y. Hasta Haklarını Biliyor muyuz ? *Akademik Acil Tıp Dergisi*. 2010;2(6):67-71.
- Zaybak, A., Eşer, İ., Günay İsmailoğlu, E. Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 2012;20(2): 104-111.



## Sözel 04 (TAM METİN)

### HEMŞİRELERİN DEĞİŞİK GRUPLARA HİZMET VERİRKEN DİN, KÜLTÜR VE SAĞLIK İLİŞKİSİNİ BİLMELERİNİN ÖNEMİ

#### The Importance Of Nurses To Know The Relationship Between Religion, Culture And Health

Araş. Gör. Ayşe Burcu BAŞCI\*

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

Din, yaygın anlamda inanç sisteminde kutsal ve metafizik değerlere ya da tanrı fikrine yer veren ve inananlara bir yaşam biçimi öngören sistem olarak tanımlanır. Din, sosyal sistem içinde sosyo- kültürel yapının bir parçasıdır. Sağlık- hastalık yönelimi dini hayat görüşleri ile iç içedir. Dini hayat çoğu kez hastanın dünyasına etkide bulunur. Her din fiziksel ve kültürel bir ortamda doğmakta, yaşamakta ve kurumlaşmaya doğru yol almaktadır. Dinin sağlıkla ilgili boyutunda kişilerin beslenmelerinden, hastalıklar ve ölümler konusundaki kararlara kadar uzanan etkileri mevcuttur. Bu etkileşimlerin olumlu ve bazen de olumsuz yansımaları insan sağlığı üzerine olabilmektedir. Hemşireler hemşirelik bakımını planlarken değişik gruplarda, değişik inanç ve kültürden kişilere hizmet verebilirler. Bu yüzden kişinin içinde bulunduğu toplum ve değerlerinin özelliklerini, dinsel inanışlarının bakım sürecini nasıl etkileyeceğini bilmek için din, kültür ve sağlık ilişkisini çok iyi bilmeleri ve özümsemeleri gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** din, kültür, sağlık, hemşirelik bakımı

#### ABSTRACT

Religion is defined as the system that envisages a way of life in the belief system in the common sense, which includes sacred and metaphysical values or the idea of God. Religion is part of the socio-cultural structure within the social system. Health-disease orientation is intertwined with religious life views. Religious life often affects the patient's world. Every religion is born and lived in a physical and cultural environment and is moving towards institutionalization. The health-related dimension of religion has influences ranging from the nutrition of individuals to decisions on diseases and deaths. The positive and sometimes negative effects of these interactions may be on human health. When planning nursing care, nurses can serve people from different faiths and cultures in different groups. Therefore, in order to know the characteristics of the society and its values, how the religious beliefs will affect the care process, they need to know and assimilate the relationship between religion, culture and health very well.

**Keywords:** religion, culture, health, nursing care

## Sözel 04 (TAM METİN)

### HEMŞİRELERİN DEĞİŞİK GRUPLARA HİZMET VERİRKEN DİN, KÜLTÜR VE SAĞLIK İLİŞKİSİNİ BİLMELERİNİN ÖNEMİ

#### The Importance Of Nurses To Know The Relationship Between Religion, Culture And Health

Araş. Gör. Ayşe Burcu BAŞCI\*

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### Din nedir?

Din; ‘kutsalla ilişkili tarzlarda bir anlam arayışı’ olarak tanımlanabilir(Pargament, 1997). Bu tanım, insanların faal ve hedef yönelimli oldukları, anlamı olduğuna inandıkları her ne ise aktif bir şekilde araştırdıkları varsayımına dayanır. Anlam arayışı, insanların kendi hedef ve gayelerine ve ya bizzat anlamlı hedeflere yönelik olarak tuttıkları yolları bir araya getirir. Bir kimseyi, hayatında kutsal bir hedef arayıp bulduğunda veya bir şekilde kutsalla bağlantılı bir yola girdiğinde, dindar olarak kabul ederiz (Pargament, 1997). Anlam arayışı aynı zamanda dinamiktir; keşfetme, koruma ve eğer gerekliyse önemli hedef ve değerleri yeniden oluşturma çabalarını içeren bir süreçtir (Pargament, 1997).

#### Din ve Kültür Etkileşimi

Kültür bir milletin her şeyidir. Kültürün en önemli öğelerinden biri de dindir. Kültür ve dini inançlar, değerler o toplumun yaşantısını düzenleyen kuralları oluşturur (Seviğ ve Tanrıverdi, 2013). Kültür, toplum ve din hakkında konuşmaya başlarken öncelikle vurgulanması gereken husus aralarındaki mevcut ilişkidir. Hiçbir din boşlukta ortaya çıkmamaktadır. Her din fiziksel ve kültürel bir ortamda doğmakta, yaşanmakta ve kurumlaşmaya doğru yol almaktadır (Seviğ ve Tanrıverdi, 2013). Dinin sağlıkla ilgili boyutunda kişilerin beslenmelerinden, hastalıklar ve ölümler konusundaki kararlara kadar uzanan etkileri mevcuttur. Her dinde olduğu gibi Müslüman toplumlarda inançlar sağlık davranışlarını etkilemekte ve yaşam biçimi oluşturarak hayatın tümünü etkilemektedir (Seviğ ve Tanrıverdi, 2013).

İslam dinini ele alacak olursak, toplumda ortaya çıkan ayrılık ve farklılıklar karşısında, toplumsal birlik ve bütünleşmenin sağlanmasında Tevhid (birlik) inancının en güzel insanları birleştirme kaynağı olduğu açıktır. Bunun yanında Kuran’ da ayrılıktan uzaklaştıran ve birleşmeye, sosyal bütünleşmeye yöneltici birçok örnek bulmak mümkündür. İslam dininde, kültürel statü ve sınıf farklılıklarını bırakarak bir imamın arkasında, cemaatle toplu biçimde kılınan(günlük vakit namazları, Cuma, teravih gibi)namazlar; sosyo-ekonomik değişkenliklerden ileri gelen farklılıkları en aza indirir. Her tür meslek, sınıf ve tabakadan kişinin farklı statülerini bırakarak tek bir giysi ile (ihrama bürünerek) bir tek Allah’a yönelmesi olan Hac ibadetinde de toplumsal birliktelik sağlanmaktadır. Kurban ibadeti ve toplumsal yardımlaşma ve dayanışmaya faydası olan diğer toplu ibadetler, dini anlamları ve

ibadet olmaları yanında, hep toplumsal bütünleşmeyi sağlamaya ve devam ettirmeye yönelik fonksiyonu olan faktörler olarak görülebilir.

### **Din Ve Sağlık İlişkisi**

Stack'a göre; dine bağlanma ve intihar arasındaki ilişkiyi ortaya koyduğu teorisinin temel önermelerini şu şekilde belirlemiştir:

Ahiret hayatı mutluluk vaat ettiği için işsizlik, boşanma, fakirlik gibi nedenlerde dolaylı strese giren insanlardaki sıkıntıyı pozitif yönde dengeleyebilir. Elem ve çekilen üzüntülerin bir anlamı olabilir. Bir sınav gözüyle bakılabilir. Tanrı'nın gözetlediğine ve insanların elemelerini bildiğine olan inanç insanları daha tahammüllü kılar. Duyan ve isteklere cevap veren Tanrı'ya olan inanç bazı insanların sıkıntılı hayat şartlarını başarıyla atlatmalarını sağlayabilir. Şeytan'ın varlığına olan inanç kişiyi kötülöklere karşı mücadeleye sevkeder.

Bu alanın en önemli uzmanlarından biri olan Koenig, 2000 yılından önce bu alanda yapılan 700 çalışmadan 500'ünün (% 71) dinle ruh ve beden sağlığı arasında olumlu bir ilişki olduğunu ortaya koyduğunu belirtmektedir.

#### **Kültür ve dinin sağlığa olumlu etkisi**

İbadetler ve dinsel törenler topluluğu bütünleştirici etki yaptığı için kişide bir dine ait olma duygularını pekiştirip bireylerde aidiyet duygusu yaratarak, pozitif etki yapar. Dinsel sınırlamalar (alkol ve madde kullanımının yasak olması, ensest ilişkilerin olmaması) (Seviğ ve Tanrıverdi, 2013).

#### **Kültür ve dinin sağlığa olumlu etkisi**

Din adamlarının olumlu görüş bildirerek bireylerin sağlık hizmeti kullanmasına ve ya tedavinin uygulanmasına desteklerinin toplumlar üzerindeki etkisi çok fazladır. Ülkemizde çocuklarda aşılama oranlarını artırmak amacıyla Diyanet İşleri Başkanlığı'nın birçok camide hutbeler vererek bağıışıklama oranının artırılmasına katkıda bulunduğu bilinmektedir (Seviğ ve Tanrıverdi, 2013).

#### **Din ve kültürün sağlığa olumlu etkilerini gösteren araştırmalar**

Maryland'da yapılan bir araştırmada dini görevlerini yerine getirenlerin hastalıklarda mücadele etmede daha başarılı oldukları ortaya çıkmıştır (Meyerstein, 2005). Kansas'ta yapılan bir araştırmada ise sağlıklı bir beden için dinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Metzger, 2006). Meksika'da yapılan bir araştırmada sağlık profesyonellerinin bütüncül bakım verebilmesi için bakım verdikleri grubun dini değerlerini bilmelerinin önemli olduğu vurgulanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Lujan ve Campbell, 2006). Wills yapmış olduğu derlemesinde son zamanlara kadar sağlığın manevi boyutlarına çok fazla değinilmediğinden ve bu gereksinimlerin öneminden bahsetmektedir (Wills, 2007). Bir başka araştırmada ise Hristiyan dini liderlerini sağlığı geliştirme faaliyetleri içerisinde aktif olarak kullanılması sonucu sağlıklı davranışların oluşumunda olumlu gelişmeler

saptanmıştır (Anshel, 2009). Yine din adamlarını sağlığa entegre etmeyi amaçlayan bir başka araştırmada ise HIV'le mücadelede din adamlarının desteği ile HIV prevalansında azalma saptanmıştır (Cumming ve ark., 2009). Yeni Zellanda da yapılan bir araştırmada ise dini sağlık uygulamalarına entegre etmenin gerekliliği üzerinde durulmuştur (Krageloh ve ark., 2010). HPV riski ve dine bağlı davranışların incelenmiş olduğu bir araştırmada; din ve sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur (Wigfall ve ark., 2010).

Houston'da yapılan bir araştırmada katılımcılar ibadetlerini yerine getirme sıklıklarına göre yüksek dindarlık ve düşük dindarlık şeklinde ayrılmış ve depresyon sıklığının düşük dindarlarda daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Raghavan, 2011). Amerika'daki adölesan bir grupta yapılan araştırmada riskli seks davranışları ve madde kullanımı durumları irdelenmiş, dinine bağlılık durumu ile riskli sağlık davranışları arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Neymotin ve Natibag, 2011). Uganda'lı 1224 Müslüman gençte yapılan bir araştırmada ise zararlı sağlık davranışlarını minimal düzeyde yaptıkları saptanmıştır (Kagimu ve ark., 2011). Protestan bir grupta yapılan bir araştırmada içki içmedikleri, sigara kullanmadıkları ve sağlıksız davranışlardan uzak durduklarından dolayı sağlık problemlerine daha az yakalandıkları saptanmıştır (Garcia ve ark., 2012). Kuveyt'li Müslüman 40 paralizisi hastada tedavi sürecinin uyumlu geçtiği, depresif tavırlar gözlenmediği ortaya çıkmıştır (Garcia, 2012). Meme kanseri tanısı almış bir grup hastada yapılan bir araştırmada kiliseye giden grubun daha az anksiyete yaşadığı ortaya konmuştur (Bowie, 2001). Oxford Mutluluk Ölçeği'nin kullanılmış olduğu bir araştırmada bir dine bağlı olanların skala puanlarının daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Sahraian, 2011). Stresle baş etmede Türk toplumunda yapılan bir araştırmada ise spirüüalizmin önemi üzerinde durulmuştur (Hiçdurmaz ve Öz, 2013). Dindarlık ile kimlik sahibi olmanın cinsel kimliğe sahip olma alt başlığı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yani, dindarlık seviyesi yükseldikçe cinsel kimliğe sahip olma davranışı da yükselmektedir (Kula, 2001). Lise öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada katılımcıların ölümden koktukları tespit edilmiştir. Bu ruh sağlığını olumsuz etkileyen bir faktör olarak değerlendirilebilecekken; diğer taraftan ölüm sonrası hayata inanç ve bu ölümden korkma faktörü intihar eğilimini azaltarak yaşama arzusunu güçlendirmektedir (Çevik, 2006). Allah'ın varlığını iç dünyalarında güçlü bir şekilde hisseden katılımcıların öz saygı düzeyleri yüksek, depresyon, umutsuzluk ve intihar eğilimi düzeyleri düşük bulunmuştur. Yani, dindarlık seviyesi yükseldikçe intihar eğilimi azalmakta; intihar eğilimi arttıkça da dindarlık seviyesi düşmektedir (Yapıcı, 2007). İlahiyat Fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada dini pratiklerle psiko-sosyal uyum arasında pozitif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (Hayta, 2006). Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada İmam-Hatip Lisesi öğrencileri ile genel lise öğrencilerinin kişilik özelliklerini karşılaştırmış ve lise öğrencilerine göre daha dindar oldukları varsayılan İmam-Hatip Lisesi öğrencilerinin lise öğrencilerine göre daha sebatlı, uyum gösteren, oto-kontrol sahibi, düzenli ve başarıma kişilik özelliklerine sahip olduklarını tespit etmiştir (Ekşi, 2006). Depremzedeler

ile yapılan çalışma sonucunda ise araştırmaya katılanların yarısından fazlasının deprem anında duaya yönelme ya da Tanrı'nın gücünü hissetme gibi dini başa çıkma yollarına yöneldikleri görülmüştür(Gülmez, 2008).

#### Kültür ve dinin sağlığa olumsuz etkileri

Bazı kültürel ve dinsel inanışlar sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir. İslam toplumlarında gebe kadınların, kalp ve diyabet hastalarının özel durumlarına rağmen oruç tutmaları, Afrika ve Endonezya gibi ülkelerde kızların sünnet edilmesi gibi olumsuz uygulamalar mevcuttur (Seviğ ve Tanrıverdi, 2013).

Öte yandan kültürel ve dinsel inançlar bazı medikal işlemlerin ve tedavilerin yapılmasını yasaklar. Örneğin; islam dininde kürtaj yaptırmak günahdır. Çünkü aşılana yumurtanın isterse birkaç günlük hatta yeni döllenmiş olsun öldürülmesini haram kılar (Seviğ ve Tanrıverdi, 2013). İslam toplumlarında kader inancı önemli bir yer tutmaktadır. Bu kader inancı Yüce Allah'ın ezelden ebediyete kadar olan her şeyin zaman ve yerini bilmesi ve takdir etmesi demektir. Bu kadercilik inancı günümüze dek uzanmakta, hatta Türk erkeklerinin çoğu AIDS bana bir şey yapmaz anlayışıyla koruyucu sağlık davranışı olan kondom kullanmaksızın cinsel ilişkiye girebilmektedir. Türk toplumunda erkek ve kız çocuklarının çok farklı sosyalleşme sürecinden geçtiklerini belirtmiştir. Türk toplumunda erkek ve kız çocuklarının çok farklı sosyalleşme sürecinden geçtikleri belirtilmiştir. Erkek çocuklarının kız çocuklara kıyaslara göre çok daha bağımsız, özgür yetiştiği bilinmektedir. Daha az eğitim görmüş, karar verme gücü daha az olan ve dış kontrole inancı daha fazla olan Türk kadını, erkekten daha geleneksel yapıdadır. Toplumsal kontrol aracı olarak din, kadın için baskı işlevini olurlar. Kadınların ehlam giymeyip, yüzlerini erkeklere gösterenlerin cehennemde yanacağına inanması, baskılar mental problemlere yol açabilmektedir. Tevrat ve İncil'de zina yapan kadının taşlanması gibi şiddet içeren davranışlar kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemektedir. Yehova şahitleri, yaşamı tehdit eden durumlarda bile dini inanışları gereği kan transfüzyonunu kabul etmezler(Seviğ ve Tanrıverdi, 2013).

#### **Kültür Ve Dindeki Bazı İnanışların Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkilerini Gösteren Araştırmalar**

Ölüm kaygısı ile dindarlık arasında pozitif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya göre, dindar bireylerin ölüm kaygısı düzeyi daha az dindar olan bireylerden daha yüksektir (Yıldız, 2006). 14-19 yaşları arasındaki lise öğrencileri üzerinde yapılan diğer bir araştırmada da dini inanç ve ibadet düzeyi ile ölüm düşüncesi sıklık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Çevik, 2006).

Ekşi tarafından lise öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada İmam-Hatip Lisesi öğrencileri ile genel lise öğrencilerinin kişilik özelliklerini karşılaştırmış ve lise öğrencilerine göre daha dindar oldukları varsayılan İmam-Hatip Lisesi öğrencilerinin lise öğrencilerine göre

daha bağımlı, az değişen, ilgi görmek isteyen ve daha az yaratıcı kişilik özelliklerine sahip olduklarını tespit etmiştir (Ekşi, 2006).

Deprem mağdurları üzerinde yapılan bir araştırmada ise; deprem esnasında dua etme, Tanrı'ya sığınma gibi bir takım dini başa çıkma yollarına yöneldikleri gibi bir kısmının da Tanrı'ya karşı öfke duyma ya da bu olayın Tanrı'nın verdiği bir ceza olduğunu düşünme gibi olumsuz bazı dini başa çıkma yollarına yöneldikleri görülmüştür(Kula, 2008).

Malezya'da yapılan bir araştırmada insanların hastalıkların Allah'tan geldiğine ve müdahale edilmemesi gerektiğine ilişkin düşünceleri olduğu saptanmıştır (Ahmad ve ark., 2010).

Ortaöğretim öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada dindarlık ile sahip olunan kimliğin bağımsızlık boyutu arasında negatif ilişki bulunmuştur (Kula, 2001).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada ise günlük hayatta dinin etkisini hissetme düzeyi düşük olanların öz saygı düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yapıcı, 2007).

### **Değişik Gruplara Hizmet Verirken Kişiyi Tüm Yönleriyle Tanıma Konusunda Hemşirenin Görevleri**

Spiritüel gereksinimlerin tanınması/spiritüel değerlendirme, hemşirenin hastasıyla olan tüm etkileşimleri sırasında devam eder. Gereksinimler doğrudan (sorularla) ve dolaylı (gözlem) yollarla tanınabilir. Sorular açık uçlu sorulmalıdır. Bireyin davranışlarını, hareketlerini, sözlü ifadelerini, kişisel ilişkilerini ve çevresini gözleme spiritüel gereksinimleri için ipuçları verir (Akgün, 2007). Gözlem sonuçları dikkatli kaydedilmeli, birleştirilerek analiz edilmelidir.

Sonuç olarak; hemşireler hemşirelik bakımını planlarken değişik gruplarda, değişik inanç ve kültürden kişilere hizmet verebilirler. Bu yüzden kişinin içinde bulunduğu toplum ve değerlerin özelliklerini, dinsel inanışlarının bakım sürecini nasıl etkileyeceğini bilmek için din, kültür ve sağlık ilişkisini çok iyi bilmeleri ve özümsemeleri gerekmektedir.

### **Kaynaklar**

- Ahmad, F., Muhammad, M., Abdullah, A. (2011). Religion and Spirituality in Coping with Advanced
- Aholou, C., Gale, J., Slater, L. (2009). African American Clergy Share Perspectives on Addressing Sexual Health and HIV Prevention in Premarital Counseling: A Pilot Study. *Journal of Religion and Health*. 50:330-347.
- Anshel, M. (2010). The Disconnected Values (Intervention) Model for Promoting Healthy Habits in Religious Institutions. *Journal of Religion and Health*. 49:32-49.
- Batman, E. (2008). Yaşamın Zorluklarıyla Başa Çıkma Kader İnancının Rolü, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Bowie, J., Curbow, B., Laveist, T., Fitzgerald, S., Pargament, K.(2001). The Relationship Between Religious Coping Style and Anxiety over Breast Cancer in African American Women. *Journal of Religion and Health*. 40:411-415.
- Breast Cancer: Perspectives from Malaysian Muslim Women. *Journal of Religion and Health*.

- Çifçi, A. (2007). Hastalıklarla Başa Çıkma Dinin Rolü: Kanser Hastaları Örneği, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ekşi, H. (2001). Başa çıkma, Dini Başa çıkma ve Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma: Eğitim, İlahiyat ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, Bursa.
- Gostec'nik, C., Cvetek, M., Poljak, S., Repic', T., Cvetek, R.(2010). Religion and Addiction. Journal of Religion and Health. 51:1165–1171.
- Güler, Ö. (2007). Tanrı'ya Yönelik Atıflar, Benlik Algısı ve Günahkârlık Duygusu (Yetişkin Örneklem). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Gülmez, Ü. (2008). Deprem Tecrübesi Yaşayanlarda Dinsel Anlamlandırma Biçimleri ve Tutumlar. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Güven, H. (2008). Depresyon ve Dindarlık İlişkisi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hayta, A. (2000). “U. Ü. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin İbadet ve Ruh Sağlığı (Psiko-sosyalUyum) İlişkisi Üzerine Bir İnceleme”, Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, Sayı: 9, Cilt: 9: 487-505.
- Kagimu, M., Guwatudde, D., Rwabukwali , C.,et all.(2011). Religiosity for Promotion of Behaviors Likely to Reduce New HIV Infections in Uganda: A Study Among Muslim Youth in Wakiso District. Journal of Religion and Health. 36:411-415.
- Koenig, H.G. (2009). “Research on religion, spirituality, and mental health: A Review.” The Canadian Journal of Psychiatry, Vol.54, May, 283-290.
- Kostak, M. (2007). Hemşirelik bakımının spirüüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6 .
- Kra'geloh, C., Chai , P., Shepherd, D., et.all.(2012). How Religious Coping is Used Relative to Other Coping Strategies Depends on the Individual's Level of Religiosity and Spirituality. Journal of Religion and Health. 51:1137–1151.
- Krause, N., Hayward, R.(2012). Humility, Lifetime Trauma, and Change in Religious Doubt Among Older Adults. Journal of Religion and Health. 51:1002–1016.
- Kula, N. (2002). “Deprem ve dini başa çıkma”. Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1: 234-255.
- Lujan, J., Campbell, H.(2006).The Role of Religion on the Health Practices of Mexican Americans. Journal of Religion and Health. 43:183-185.
- Metzger, L. (2006). An Existential Perspective of Body Beliefs and Health Assessment. Journal of Religion and Health. 45:130-141.
- Meyerstein,I., (2005). Sustaining our Spirits: Spiritual Study/Discussion Groups For Coping with Medical Illness. Journal of Religion and Health. 44:207-225.
- Neymotin , F., Downing-Matibag, T. (2011). Religiosity and Adolescents' Involvement with Both Drugs and Sex. Journal of Religion and Health. 52:550–569.
- Öner-Özkan, B. (2007). Future time orientation and religion. Social Behavior and Personality, 35 (1), 51-62.
- Pargament, K.I. (1997).The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. International Journal for the Psychology of Religion. 9(1): 3-16.
- Raghavan, R., Ferlic, L., Clarke, C., et.all.(2013). The Role of Patient Religiosity in the Evaluation and Treatment Outcomes for Chronic HCV Infection. Journal of Religion and Health. 52:79–90.
- Sahraian, A., Gholami, A., Javadpour, A., Omidvar, B. (2013). Association Between Religiosity and Happiness Among a Group of Muslim Undergraduate Students. Journal of Religion and Health. 52:450–453.

- Stack, S. (1998). Heavy Metal, Religiosity, and Suicide Acceptability. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol. 28(4),
- Wigfall, L., Rawls, A., Sebastian, N. (2012). HPV High Risk and Protective Behaviors: The Effects of Religious Affiliation. *Journal of Religion and Health*. 51:1325–1336.
- Wills, M. (2007). Connection, Action, and Hope: an Invitation to reclaim the “Spiritual” in Health Care. *Journal of Religion and Health*. 46:423–436.
- Yapıcı, A. ve Kayıklık, H. (2005), “Dinsel Eğilimle Ön Yargı ve Hoşgörüsüzlük Arasındaki İlişkiler Üzerine Psikolojik Bir Araştırma”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*
- Yıldırım, Z. (2007). Religiousness, Conservatism and Their Relationship with Traffic Behaviour. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.*



## Sözel 05 (TAM METİN)

# İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE YANSIMALARI

## The Reflections Of Occupational Health Nursing On Occupational Health And Safety

Araş. Gör. Ayşe Burcu BAŞCI\*

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

İş ve sağlık arasındaki ilişkilerin varlığı çok eski tarihlere dayanmaktadır ve çok eski tarihlerden beri bilinen bir olgudur. İş sağlığı hemşiresi; tüm çalışanları risklerin olumsuz etkilerinden koruma, sağlığı geliştirme, iş yeri ortamını sağlıklı hale getirme görevlerini hemşirelik bilimi ile epidemiyoloji, çevre sağlığı, toksikoloji, ergonomi, sosyal davranış bilimleri ve yönetim ilkeleri ile yoğurarak birleştiren bilim dalıdır. Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra çalışma ortamı ile ilgili sorunların saptanmasında ve önceliklerin belirlenmesi konusunda diğer iş sağlığı hizmet ekibi üyeleri ile birlikte çalışmalar yürütür. Sağlıklı ve güvenli bir işyeri sağlamak için, işverenin de katılımını sağlayarak gözlem yapar ve çalışan sağlığını tehdit eden riskleri saptar. İşçi ve ailelerinin sağlık sorunlarını çözmede, gereksinimlerini karşılamada onlara rehberlik eder. İşyeri çalışanlarının sosyo-demografik, öz/soy geçmiş özellikleri, çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri sağlık düzeyleri hakkında bilgi toplar ve bunların kayıtlarını tutar. Çalıştığı işyerinde yapılan iş, iş süreçleri ve yönetim özellikleri ile ilgili bilgi toplayarak çalışanın sağlığını olumsuz etkileyebilecek tehlike ve riskleri belirler. Yapılan işin niteliğine göre işe giriş ve periyodik muayeneleri işyeri hekimi ile birlikte planlar ve yapar. Elde edilen verilerle hasta ve sağlam bireyleri ayırarak, herhangi bir hastalık semptomu gösterenleri daha ileri bir tetkik ve tedavi için sevk eder. İşyeri ortamının etkisi ile oluşan sağlık sorunlarında alınacak önlemler konusunda öneride bulunur ve bu önerilerin uygulanmasını sağlar. Bu bağlamda iş sağlığı hemşireliğinin önemi kavrandığında tüm alanlardaki çalışanların ve ailelerin sağlıklarına olumlu yansımaları olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** iş sağlığı hemşireliği, iş-sağlık ilişkisi, uygulamaya yansımaları

### ABSTRACT

The existence of relationships between work and health is based on very ancient histories and is a known phenomenon since ancient times. Occupational health nurse; is a science that combines the duties of protecting all employees from adverse effects of risks, developing health, making the workplace environment healthier with nursing science and epidemiology, environmental health, toxicology, ergonomics, social behavior sciences and management principles. In addition to the general duties, powers and responsibilities of the nurses, they also work with other members of the health service team to identify problems and determine priorities for the working environment. In order to provide a healthy and safe workplace, the employer also makes observations by providing participation and detecting risks that threaten employee health. It guides them to solve the health problems of workers and their families and meet their needs. Socio-demographic, self / pedigree characteristics of workplace employees collects and keeps records of the health-related characteristics of work-related characteristics. It identifies the risks and risks that can negatively affect an employee's health by gathering information about work, work processes and management characteristics of the workplace. According to the nature of work done, workplaces and periodic examinations plan and do with the workplace physician. By separating the patient and the healthy individual from the obtained result, he refers to any disease symptoms for further examination and treatment. Suggestions on the measures to be taken in the health problems caused by the workplace environment and provide the implementation of these proposals. In this context, when the importance of occupational health nursing is taken into consideration, it is considered to be a positive reflection on the health of the employees and their families in all areas.

**Key words:** occupational health nursing, work-health relationship, reflection on practice

## Sözel 05 (TAM METİN)

### İŞ SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE YANSIMALARI The Reflections Of Occupational Health Nursing On Occupational Health And Safety

Araş. Gör. Ayşe Burcu BAŞCI\*

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İş ve sağlık arasındaki ilişkilerin varlığı çok eski tarihlere dayanmaktadır ve çok eski tarihlerden beri bilinen bir olgudur. İnsanlar binlerce yıldır bazı işlerin sağlığı etkilediğini bilmekteydi. Örneğin Karpat Dağlarındaki madenlerde çalışan madencilerin yakalandığı akciğer hastalıkları ve buna bağlı erken yaşta ölmüş olmaları; yine Mısır'da piramitlerin inşası sırasında kölelerin tozdan korunmak için maske takmaları gibi. (Bilir N., 1997; Jones Y. 2013).

İş sağlığındaki en büyük ve en önemli katkıyı 18. yüzyılda Bernardino Ramazzini yapmıştır. Endüstriyel tıbbın şimdiki adıyla İş sağlığının babası olarak da anılan Ramazzini 'Çalışanların Hastalıkları' adlı kitabı yazarak çeşitli işlerle ilgilenenlerin nasıl sağlık risklerine ve sorunlarına maruz kaldığına dikkati çekmektedir (Bilir N., 1997; Jones Y. 2013).

#### *İş Sağlığı Hemşireliği*

İş sağlığı hemşiresi; tüm çalışanları risklerin olumsuz etkilerinden koruma, sağlığı geliştirme, iş yeri ortamını sağlıklı hale getirme görevlerini hemşirelik bilimi ile epidemiyoloji, çevre sağlığı, toksikoloji, ergonomi, sosyal davranış bilimleri ve yönetim ilkeleri ile yoğurarak birleştiren bilim dalıdır. 1888'de iş sağlığı hemşireliği ilk kez konuşulur hale gelmiştir. İlk yıllarda iş sağlığı hemşireliği aile merkezli ve bütüncüldü. 1942'de iş sağlığı hemşireliği derneği kurulmuştur. 1970'de iş sağlığı hareketi başlayarak iş sağlığı hemşireliğinin önemi daha çok vurgulanmıştır. İş sağlığı hemşireleri; araştırmacı, süpervizör, yönetici ve danışman rollerindeydiler. İş sağlığı hemşirelerinin rolleri (Rogers, 2013);

Çalışanların sağlıklarını ve güvenliklerini geliştirmek, iş sağlığı hemşireliğinin standartlarını belirlemek, iş sağlığı hemşireliğinin etik kodlarını oluşturmalı, sağlık eğitimi çalışmalarını planlamalı, teşvik etmeli ve uygulamalı, profesyonelliğini araştırmalarla geliştirmeli, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili sağlık politikalarına etki edebilmelidir.

İş sağlığı hemşireliği derneği iş sağlığı hemşirelerinin master ve doktora düzeyinde eğitim görmeleri gerektiğini savunmaktadır. İş sağlığı hemşiresi, işteki riskleri tespit edebilmeli, ergonomik olmayan çalışma şekillerini ergonomik hale getirebilmeli, çalışanlarda oluşabilecek iş stresi, tükenmişlik, yorgunluk gibi faktörlere yönelik çözüm yolları bulmalıdır. Son yıllarda en sık rastlanan sorunlardan birisi de farklı ülkelerden gelen çalışanların beraberinde getirdiği sıkıntılardır (Rogers, 2013).

Biyolojik riskler; bakteri, virüs, mantar, parazit, beden sıvılarıyla bulaşan faktörlerdir. Kimyasal riskler; gaz, aerosol, partiküller vb. Fiziksel riskler; radyasyon, travmalar vb. Ruhsal riskler; potansiyel stres, duygusal gerilme, çevresel problemlerdir.

Konakçı; her çalışan farklı konakçılarla maruz kalabilir. Bazı konaklar iş yerindeki etkenlerin yan etkisini artırmasıyla ilintilidir. Bunlar; yaş, cinsiyet, sağlık durumu, işin uygulandığı alan, ırksal faktörler, yaşam şekliyle ilgili faktörlerdir. Örneğin, işe sonradan gelen biri tecrübeyle daha az görülebilecek olan iş kazalarına yakalanmaya daha meyillidir. Çoğu ölümcül olmayan yaralanmalar ve hastalıklar daha çok yeni çalışanlarda görülür. Daha yaşlı insanlarda ise; his kaybının artması, kronik hastalıkların artması, emeklilik zamanının gelmesi gibi durumlar farklı risklere davetiye çıkarır. Kadınlık; doğurganlık çağında bazı riskler altından tehlike altındadır. Hormonal değişiklikler, transplesantal yolla geçebilen faktörler bu grubun potansiyel maruziyetindedir. Erkeklerde andropoz döneminde farklı risk faktörlerinden risk altındadır. Bazı gruplar aşırı duyarlı gruptadır. Bunlar (Rogers, 2013); açık ten rengi, malnütrisyon, immün sistemi zayıf olanlar, serum alfa antitripsin azlığı, glukoz altı fosfat azlığı, KOAH, orak hücreli anemisi olanlar, pulmoner sorunları olanlar, hipertansiyonu olanlara daha çok dikkat edilmelidir. Bir de işverenlerin bazılarının iş sağlığı ve güvenliği konusunda önemsemez tavır sergilemeleri işleri içinden çıkılmaz hale getirmiştir.

Ajanlar;

Biyolojik ajan; virüs, mantar, bakteri bu gruptadır. Bu faktörlerin çalışandan çalışana geçmesiyle sonuçlanır. Hepatit B, C ve HIV çoğunlukla iğne yaralanması, kesici-delici alet yaralanması ya da mukoz membranlara temas sonucu geçebilir. Bunlara yönelik iş sağlığı hemşiresinin bariyer yöntemleri alıp bunlara yönelik eğitim programları hazırlaması gerekir. Nikel, kadmiyum, civa, çinko gibi metallere fazla maruziyet sonucu kadın ve erkeklerin üreme sistemi bozularak infertiliteye yol açabilir (Rogers, 2013).

Çevresel ajanlar; tekrarlamalı hareketler, güvensiz iş yeri, kaygan zemin, karışık iş yeri ortamı, lasrasyonlar, sıyrıklar, kırıklar, burkulma, incinme, tendonit, ampütasyon hatta çoklu travmalara kadar gidebilir (Rogers, 2013).

Fiziksel ajan; ısı fazlalığı, titreşim gibi faktörler iç organları, ligamentleri, gövdenin üst kısmını, özellikle uzun saatler el ile alet kullananlarda Reynaud fenomeni sıklıkla görülür. Bu durumda ellerde dolaşım sıkıntısı meydana gelir. Duyma hasarlarının oluşmaması için duyma önlemleri, göz koruyucuları, risk faktörlerinden koruyucu kıyafetler ve radyasyon birikiminin düzenli izlemi yapılmalıdır (Rogers, 2013).

Psikososyal ajanlar; yorgunluk, depresyon, anksiyete, gastrointestinal ve endokrin bozukluklara yol açabilirler. Bu faktörler fazla bildirilmemesine rağmen çok fazla olduğu bilinmektedir (Rogers, 2013).

Çevresel ajan; su, endüstriyel kirlilik, radyasyon gibi faktörlerdir.

### *İş sağlığı ve güvenlik programı*

Ekipte bulunması gereken kişiler; iş sağlığı hemşiresi, iş yeri hekimi, endüstri hijyenisti, güvenlik uzmanı, ergonomist olmalıdır.

İş sağlığı hemşiresi; ekibin tüm üyeleriyle iş birliği yaparak gereksinimleri gözden geçirir ve uyumlu bir şekilde çalışır.

### *İş sağlığı hemşiresinin görevleri*

Sağlık sürveyansının tutulması, iş yeri izlemi, sağlık değerlendirmesi, iş yeri yerleşiminin değerlendirilmesi, periyodik değerlendirme, işçi transferinin izlemi, emeklilik sürecinin etkin yönetimi, yöneticilerle iş birliği, işe dönüşlerde uyum sürecinin yönetimi, sağlığın geliştirilmesi, sağlık izlemi, çalışanlara destek programı, vaka yönetimi, iş yeri riskleriyle alakalı sağlık eğitimi, iş analizi, doğum öncesi ve sonrası destek grubu ve risk yönetimi olarak sıralanabilir.

Sağlıklı davranış programlarının yönetilmesi ve bağışıklama programlarının yürütülmesinden görevlidir (Rogers, 2013).

DSÖ, FOHNEU (Avrupa Birliği İş Sağlığı Hemşireleri Federasyonu), ABOHN (American Board of Occupational Health Nurses), ICOH (International Committee on Occupational Health), SCOHN (Scientific Committee on Occupational Health Nursing), COHNA (Canadian Occupational Health Nurses Association) gibi kurum ve kuruluşlar iş sağlığı hemşireliğini uzmanlık alanı olarak görmektedir. DSÖ'nün Avrupa Bölgesindeki birçok iş sağlığı hemşireliği alanındaki organizasyonlarla yaptığı tanımlamaya göre Uzman İş Sağlığı Hemşiresi üniversite seviyesinde lisanslı tam donanımlı hemşire olup genel hemşirelik eğitim ve öğretimine ilave olarak iş sağlığında eğitim alarak iş sağlığı hemşireliğinde nitelikli uzman olarak tanınır (WHO,2001). Yine Amerikan İş Sağlığı Hemşireleri Derneğinin (AAOHN) tanımında da iş sağlığı hemşireliğinin güvenli ve sağlıklı çevre kavramı içinde hastalıkların önlenmesine, sağlığın geliştirilmesine ve yeniden yapılandırılmasına odaklanan özel uygulama alanı olarak geçmektedir (Stanhope M, Lancaster J, 2013).

Dünya nüfusunun yaklaşık yarısının çalıştığı ve bu nüfusun çalışma koşullarına bağlı olarak sağlık açısından risk altında olduğu bilinmektedir (Esin MN., 2008, Çakar İ., 2015) . Her yıl dünyada 1 milyon iş kazası gerçekleşmekte ve 2,3 milyon kişi meslek hastalığı ya da iş kazası nedeniyle ölmektedir (Çakar İ., 2015). İşin yürütülmesi koşullarıyla yaralanma ve ölümlerin önlenemez olduğu literatüre de geçmiştir. Buna rağmen hala işin yürütümü nedeniyle yaralanma ve ölümler meydana gelmektedir. Bu bağlamda iş sağlığı ve güvenliği çalışmaları sadece bir hekim ve bir güvenlik uzmanından ibaret olmamalı; ekip anlayışı içinde sunulmalıdır. Konu ile ilgili gelişmiş ülkeleri incelediğimizde işyerlerinde sağlık hizmeti

sağlayan sağlık profesyonellerinden biri de hemşirelerdir. İş yerlerinde hastalıkların ve kazaların önlenmesi uygulamalarında kilit kişilerdir. Hatta daha da iyisini yaparak işyerlerinde sağlığın geliştirilmesi girişimlerini yapmaktadırlar.

DSÖ ve FOHNEU'nun iş sağlığı hemşireleri için belirledikleri roller ve görevler; (FOHNEU, 2012; WHO 2001) sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi, problem çözme becerisi, grup dinamiklerini iyi kullanmak, hastalıkların ve yaralanmaların önlenmesi, surveyans/sağlık araştırmaları, sağlığın değerlendirilmesi, ilk yardım hizmetleri, yönetim görevleri, danışmanlık yapması, iş sağlığı ile ilgili politikalar üretmesi ve sağlık ekonomisi olarak belirtilebilir.

Uzmanlık bilgi ve becerisi gerektiren iş sağlığı hemşireliğinin eğitimi ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle beraber genel hemşirelik eğitimi üzerine sertifika, master ya da doktora programları şeklindedir. Master ve doktora iş sağlığı hemşiresi sayısı ABD gibi ülkelerde bile çok azdır (McCauley L.A. 2012). Ancak ABD, Kanada, İngiltere gibi ülkelerde iş sağlığı hemşiresi olarak çalışabilmek için genel hemşirelik eğitimi üzerine iş sağlığı hemşireliği sertifikası alınması gerekmektedir. Örneğin ABD'de sertifikalı iş sağlığı hemşireliği için en az önlisans derecesinde hemşirelik diplomasına sahip olunmalı ancak lisans mezunları ve özellikle alanda çalışmış (Toplum sağlığı, Halk Sağlığı, İş sağlığı) deneyimi olan hemşireler tercih edilmektedir. Zorunlu olmamakla birlikte ABOHN sertifikalandırmayı yapmaktadır. Sertifikalı iş sağlığı hemşireleri (Certificated Occupational Health Nurse) çalışanın sadece direkt klinik bakımından sorumlu, sertifikalı iş sağlığı hemşiresi-uzman (Certificated Occupational Health Nurse-Specialist) klinik bakımla birlikte yönetim, eğitim, danışman ve vaka yönetimi rollerini de yerine getirir. Bilgisayar ortamında yapılan sınavda başarılı olanlar sertifikayı almaya hak kazanırlar (ABOHN, 2012). Finlandiya'da hemşirelik lisans derecesini aldıktan sonra uzmanlık dersleri alınmaktadır, Kanada'da ise hemşirelik lisans derecesini aldıktan sonra iş sağlığı hemşireliğinde sertifika alınmaktadır (Hemingway et al., 2012).

### ***Türkiye'de İş Sağlığı Hemşireliği***

Türkiye'de iş sağlığı ile ilgili yasalar Cumhuriyetin ilk yıllarına dayansa da iş sağlığı hemşireliği tarihi dünya ile kıyaslandığında Türkiye için çok da eski bir kavram değildir. 2010 yılında çıkarılan Hemşirelik Yönetmeliğinde ilk kez iş sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir. Buna göre iş sağlığı hemşiresi; (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/yonetmelik.aspx>)

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra çalışma ortamı ile ilgili sorunların saptanmasında ve önceliklerin belirlenmesi konusunda diğer iş sağlığı hizmet ekibi üyeleri ile birlikte çalışmalar yürütür. Sağlıklı ve güvenli bir işyeri sağlamak için, işverenin de katılımını sağlayarak gözlem yapar ve çalışan sağlığını tehdit eden riskleri saptar. İşçi ve ailelerinin sağlık sorunlarını çözmede, gereksinimlerini karşılamada onlara rehberlik eder.

İşyeri çalışanlarının sosyo-demografik, öz/soy geçmiş özellikleri, çalışma yaşamı ile ilgili özellikleri sağlık düzeyleri hakkında bilgi toplar ve bunların kayıtlarını tutar. Çalıştığı işyerinde yapılan iş, iş süreçleri ve yönetim özellikleri ile ilgili bilgi toplayarak çalışanın sağlığını olumsuz etkileyebilecek tehlike ve riskleri belirler. Yapılan işin niteliğine göre işe giriş ve periyodik muayeneleri işyeri hekimi ile birlikte planlar ve yapar. Elde edilen verilerle hasta ve sağlam bireyleri ayırarak, herhangi bir hastalık semptomu gösterenleri daha ileri bir tetkik ve tedavi için sevk eder. İşyeri ortamının etkisi ile oluşan sağlık sorunlarında alınacak önlemler konusunda öneride bulunur ve bu önerilerin uygulanmasını sağlar. Çalışanların hastaneye sevk işlemlerini sağlar, tedavisini izler ve rehabilitasyon hizmetlerine katılır. İşyeri sağlık birimine başvuranların sağlık muayenelerinin yapılmasına yardım eder, hekim tarafından reçete edilen ilaçları uygular. İşe bağlı olan ya da olmayan kazaların önlenmesi için diğer iş sağlığı hizmet ekibi üyeleri ile birlikte koordineli çalışır. Meslek hastalıklarının önlenmesi, tedavisi ve izlemi ile ilgili hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir. Çalışanların ruh sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik sağlık programları düzenler. Beslenme ve kilo kontrolü, düzenli egzersiz, Stres yönetimi, Sigara bırakma gibi sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak sağlığı geliştirme programları planlar, uygular ve değerlendirir. İşyerinde oluşan küçük yaralanma ve hastalıklarda ilk müdahaleyi yapar, İşyerinin özelliğine göre uygun ilk yardım ünitesini ve malzemelerinin teminini ve kullanıma hazır olmasını sağlar. İşyerinde çalışanlardan ilk yardım grubu oluşturur ve bu gruba ilk yardım anında yapılacaklar konusunda eğitim verir. Çevre koşullarının düzeltilmesi için diğer ekip üyeleri ile işbirliği yapar, çevrede zararlı olabilecek maddelerden numune alır, çalışma çevresinde sağlığı bozan faktörleri saptar ve gerekli önlemleri alır. İşyerinde çalışan kronik hastalıklı bireylerin bakımı ile ilgili hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir. İş sağlığı ve iş güvenliği bilincinin geliştirilmesi konusunda ilgili birimlerle iş birliği halinde çalışmalar yapar. İşyerine bağlı kreş ve anaokulunun sağlık kontrolünü yapar. İşyeri yemekhanesinde görev alan personele kişisel hijyen, mutfak hijyeni ve besinlerin satın alınmaları, saklanmaları, işleme, işlendikten sonra saklama konularında sağlık eğitimlerini planlar, yürütür ve denetler. İşyeri sağlık güvenlik kurullarının etkin üyesi olarak toplantılara katılır. İşyeri sağlık biriminin çalışmaları ile ilgili istatistikleri oluşturur ve ilgili birimlere rapor eder. Çalışanların sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözüm yollarının geliştirilmesine yönelik konularda araştırmalar planlar, sonuçlarını raporlandırır. Sağlık merkezinde kütüphane oluşturulmasını destekler. İş yerinde çalışan gebe ve emzikli kadınların izlenmesi ve zararlı maddelerden korunması için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlar. Çalışmalarında etik ilkeleri gözetir ve çalışanın haklarını korur. İş sağlığı hemşiresi olmak isteyen öğrenci hemşirelerin uygulama eğitimlerini destekler.

Türkiye’de iş sağlığı hemşirelerinin sayısı net olarak bilinmemekle birlikte 4.000’den fazla olduğu tahmin edilmektedir (Örnek ve Esin, 2015). Yapılan hesaplara ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununda belirtilen rakamlara göre tahmini 80.000’e yakın iş sağlığı hemşiresine gereksinim vardır. Ancak yine aynı kanunda belirtildiği üzere tam zamanlı işyeri

hekimi bulunan işyerlerinde diğer sağlık personeli bulundurmaya gerek yoktur. Ayrıca yasada iş sağlığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları ilgili bakanlıkların çıkaracağı yönetmeliklerde belirtilir denmektedir. Aslında burada direkt hemşirelik yönetmeliğine atıf yapılabilir.

Bir diğer sorun da iş sağlığı hemşireliği ile ilgili, iş sağlığında çalışacak hemşirelerinin meslek lisesi sonrası hiçbir eğitim almadan işyeri hemşiresi olarak çalışmalarınıdır. Ne yazık ki hemşire olmayan hemşirelik yapmaya yetkisi bulunmayan biyolog, laborant gibi meslekler de işyeri hemşiresi olarak çalışmaktadır. Bakanlığın getirmiş olduğu sertifikalandırmaları da özel eğitim kurumları yapmaktadır. Bazı üniversitelerin hemşirelik fakültelerinde ve hemşirelik bölümlerinde iş sağlığı ve güvenliği hemşireliği dersi seçmeli olarak teorik ve pratik şekilde verilmektedir ya da okulların halk sağlığı hemşireliği dersi içinde konu olarak işlenmektedir. İş sağlığı hemşireliği master ve doktora programları ise yok denecek kadar azdır. Halk Sağlığı Hemşireliği master ve doktora programları içinde öğrenci isterse tezini iş sağlığı alanında yapmaktadır ve seçmeli ders olarak iş sağlığı ile ilgili dersler almaktadır.

### ***İş sağlığı alanında ileri hemşirelik uygulamaları***

Kendi kendine konsültasyon yapma, işe geri dönüş değerlendirmesi, potansiyel riskleri saptamak, psikolojik terapiler yapmak, dermatolojik yönden izleyerek, gerekli müdahaleyi yapmak, alanında araştırmalar yaparak sonuçlarını uygulamaya geçirmek, işe yeni başlayan kişilere uyum ve koçluk çalışmaları yapmak, sağlık göstergelerini incelemek, kanıta dayalı uygulamalar yapmak, kişilerin sağlıkla ilgili risk faktörlerini fark edebilmelerini sağlamak, sağlığın geliştirilmesine yardımcı olmak, ekiple işbirliği yapmak, gruba liderlik edebilmek, bakımın devamlılığını sağlamak, tanıyı koyma planla ve değerlendirme süreçlerini yönetebilmek olarak sıralanabilir.

### ***Sonuç ve Öneriler;***

İş sağlığı hemşireleri kişinin yaptığı işten dolayı edindiği meslek hastalıklarını tüm süreciyle izlemelidir.

Bir ülkenin gelişmişliğinde meslek hastalıkları ve iş kazalarının minimal düzeyde olması bir gösterge olduğundan önemle üstünde durulmalıdır.

Risk grubundaki kişiler(çocuk, genç, engelli, yaşlı, yeni başlamış, kronik hastalığı olanlar ve göçmenler) iyi tespit edilerek gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

İş sağlığı hemşiresi unvanının diğer meslek gruplarına verilmeyip en az hemşirelik lisans mezunu ve o alanda sertifika almış kişilere verilmesi yasalarla desteklenmelidir.

İş sağlığı ve güvenliği yasası hemşirelik hizmetleri açısından tekrar değerlendirilmeli; gerekirse yasa koyucularla toplantılar yapılmalıdır.

Gerekirse yasalarla geçerliliği desteklenmelidir. Master ve doktora programları açılarak iş sağlığı hemşireliği alanında araştırmalara teşvik edilmelidir.

İş sağlığı ve güvenliği bilimsel toplantıları rutin olarak yapılmalıdır.

## Kaynaklar

- Bilir N, İş sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Bertan M, Çağatay G.,(Editör). Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı. Güneş Kitabevi. Ankara, 1997.
- Jones Y, Occupational health: A distinct speciality for nurses today 2013, <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/occupational-health/occupational-health-a-distinct-speciality-for-nurses-today/5063788.article>
- Rogers B, Occupational Nursing. Public Health Nursing. Ed. M. Stanhope and J. Lancaster. 7th Edition 2013.
- WHO, (2001). The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management WHO Regional Office for Europe Copenhagen. (<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/yonetmelik.aspx>). Erişim Tarihi: 13.04.2018.
- Stanhope M, Lancaster J, Public Health Nursing Population-Centered Health Care in the Community. 8th. Edit. Mosby, USA 2013.
- Esin MN, Türkiye’de İş Sağlığı ve Gelişmeler. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008;1.
- Örnek ÖK, Esin MN, Occupational Health Nursing in Turkey:An International Update. Workplace Health & Safety 2015; 63 (1) :33-38
- Çakar İ., (Erişim Tarihi: 2018). İş Kazaları. <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowDoc/WLP+Repository/per/dosyalar/duyurular/iskazalari>
- FOHNEU (2012).Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. Occupational health nursing education, practice and profile in the EU countries (Final report, Education Group). Retrieved from <http://www.fohneu.org/files/Sue/Docs/final%20report%20on%20OHN%20education,%20practice%20and%20profile%202012.pdf>.
- McCauley LA, Research to Practice in Occupational Health Nursing. Workplace Health & Safety 2012; 60 (4)
- ABOHN, (2012). [www.abohn.org](http://www.abohn.org). Erişim Tarihi: 14.04.2018.
- Hemingway A, Aarts C, Koskinen L, Campbell B, Chasse F, A European Union and Canadian Review of Public Health Nursing Preparation and Practice. Public Health Nursing 2012; 30 (1): 58–69.



## Sözel 06 (ÖZET)

### ACİL SERVİSE BAŞVURAN ÇOCUKLARLA İLGİLİ ADLİ NİTELİKLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

#### Evaluation Of The Pediatric Forensic Cases Admitted To Emergency Department

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK\*, Uzm. Dr. Filiz TUBAŞ\*\*,  
Prof. Dr. Sevinç POLAT\*

\*Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

\*\*Kayseri Şehir Hastanesi

#### ÖZET

**Giriş:** Çocuklar anatomik yapıları, fizyolojik ve psikolojik gelişimleri itibarıyla travmalara daha yatkındır. Çocukluk çağında meydana gelen kazalar, tüm dünyada önlenebilir sağlık sorunlarının başında yer almaktadır. Acil servisler adli olguların ilk başvurduğu, tetkik, tanı ve tedavilerinin yapıldığı yerlerdir. Adli olgu kavramı, trafik kazası, darp, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, her türlü alet yaralanması, yanık, elektrik çarpması, asfiksi, işkence ve kötü muamele, istismar, düşme ve diğer yaralanmalar, zehirlenmeler, intihar girişimleri gibi olayları kapsamaktadır. Bu çalışma acil servise başvuran adli nitelikli çocuk olguları değerlendirmek ve bu konuda farkındalık oluşturmak amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metod:** Retrospektif nitelikteki çalışmanın evrenini 2013-2018 yılları arasında bir üniversite hastanesinin acil servisine başvuran adli nitelikli pediatrik olgular oluşturdu. Çalışmaya başlamadan önce kurum izni ve etik kurul izni alındı. Çalışma kapsamında 0-18 yaş grubu 1082 pediatrik adli nitelikli olgu değerlendirildi. Bu olgulara ilişkin sosyodemografik özellikler hasta dosyalarından geriye dönük olarak incelendi. Elde edilen veriler spss paket programında tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma kapsamına alınan olguların %24.1'inin kız ve %75.9'unun erkek olduğu belirlendi. Çocukların yaş ortalamalarının  $13.51 \pm 5.15$  olduğu saptandı. Çocuklarla ilgili adli olguların çeşitlerine bakıldığında, olguların %55.2'sini başka bir şahıs tarafından darp, %16.3'ünü yaralanmalar, %13.7'sini düşme, %3.9'unu trafik kazası, %2.9'unu ilaç ve kimyasallara maruziyet ve %8.0'ını diğer nedenlerin oluşturduğu belirlendi. Cinsiyete göre adli olgu çeşitleri incelendiğinde; kızlarda %34.9, erkeklerde %61.6 ile darbin en sık görülen adli olgu olduğu ve onu yaralanmaların takip ettiği saptandı.

**Sonuç:** Bu çalışmada pediatrik yaş grubunda adli olguların erkek cinsiyette daha fazla görüldüğü belirlendi. Darp ve yaralanma olgularının her iki cinsiyette en sık görülen adli olgu çeşidi olduğu saptandı. Bu doğrultuda başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları tarafından konuya ilişkin farkındalık oluşturmak ve çocuklar için güvenli bir çevre oluşturulması amacıyla koruyucu ve müdahale edici

#### ABSTRACT

**Introduction:** Children are more prone to trauma due to their anatomical structures, physiological and psychological development. Childhood accidents are the most important preventable health problems in the world. Emergency services are the places where forensic cases are first admitted, examined, diagnosed and treated. The concept of forensic cases includes events such as traffic accidents, beatings, all kinds of injuries, burns, electric shock, asphyxia, torture and ill-treatment, abuse, falls and other injuries, poisoning, suicide attempts. The aim of this study was to evaluate the cases of forensic children who applied to the emergency department and to raise awareness on this issue.

**Material and Methods:** The population of the study consisted of forensic qualified pediatric patients who applied to the emergency department of a university hospital between 2013-2018. Before starting to the study, necessary permissions were obtained from the institution where the study was conducted and from the Ethics Committee. The sample of the study consisted of 1082 pediatric forensic cases with 0-18 age group. Sociodemographic characteristics of these cases were retrospectively reviewed from patient files. The data were evaluated by using descriptive statistical analysis.

**Results:** Of the subjects included in the study, 24.1% were female and 75.9% were male. The mean age of the children was  $13.51 \pm 5.15$ . When the types of forensic cases related to children were examined, 55.2% of the forensic cases were beaten by another person, 16.3% were injured, 13.7% were falling, 3.9% were traffic accidents, 2.9% were exposed to drugs and chemicals and 8.0% other causes were found respectively. When the forensic cases were examined according to gender, it was found that the most common forensic case was the female with the rate of 34.9% in girls and 61.6% in the men and it was followed by the injuries.

**Conclusion:** In this study, it was determined that pediatric forensic cases were more common in male sex. It was determined that the most frequent cases of the forensic cases were the cases of beaten by another person and injuries in both genders. In this respect, particularly nurses, including by health workers to

eğitim programları ile toplumun özellikle riskli ailelerin bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

create awareness on the issue and creating a safe environment for children of families in order to protect and interfering with education programs and suggested raising the awareness of society.

**Anahtar Kelimeler:** çocuk, adli olgu, retrospektif, hemşire.

**Key Words:** child, forensic case, retrospective, nurse.

## Sözel 07 (ÖZET)

# PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN SHARENTİNG HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ: RİSKLER VE UYGULAMALAR

## Opinions of Pediatric Nurses On Sharenting: Risks and Practices

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK\*, Prof. Dr. Sevinç POLAT\*  
Doktora Öğrencisi Burcu YILMAZ\*

\*Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Giriş:** ‘Sharenting’ kavramı, ‘share’ ve ‘parenting’ kelimelerinden türetilmiş olup ailelerin kendi çocuklarına ait resim, video gibi birçok bilgi ve görseli çevrimiçi ortamlarda paylaşmasını ifade etmektedir. Birçok ebeveyn, ultrason görüntülerinden başlayarak bebeklerinin ilk resimlerini hızla sosyal medyada paylaşmakta, birçok çocuk sosyal medyada doğmadan önce var olmaktadır. Ailelerin iyi niyetle bu davranışı sergiledikleri değerlendirilse de istemsizce yaratılan dijital ayak izleri birtakım hak ihlalleri yaratmaktadır. Bu çalışma pediatri hemşirelerin sharenting uygulamasına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla kalitatif çalışma olarak gerçekleştirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma İç Anadolu’da bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde çalışan 20 hemşire ile yürütüldü. Çalışmanın verileri, tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formuyla toplandı. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan ve etik kuruldan izin alındı. Ayrıca araştırmanın amacı ve ses kaydı hakkında bilgi verilerek, hemşirelerden sözel onam alındı. Elde edilen veriler tümevarımsal içerik analizi yöntemiyle çözümlendi.

**Bulgular:** Çalışma kapsamına alınan hemşirelerden sekizinin 28-32 yaş grubunda olduğu, 19’unun evli olduğu ve üniversite düzeyinde eğitime sahip olduğu, dokuzunun 4-8 yıldır hemşire olarak çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin tamamının bir sosyal medya aracını kullandığı saptandı. Çalışmada hemşirelere, sosyal medyada ebeveynlerin çocukları ile ilgili paylaşım yapmalarının sakıncalarına ilişkin görüşleri soruldu, hemşireler “Mahremiyete dikkat edilmiyor, en büyük sakıncası çocuk istismarı”, “çocuklarımızı kendi elimizle iyi niyetli olmayan insanlara tanıtmış oluyoruz, gittiği okul, bulunduğu mekân vs. çocuğun adresi, tatil fotoları, sevdiği yemekler kısaca çocuğun özel suistimale açık hale getiriliyor”, “kötü niyetli insanların dikkatini çektiğini düşünüyorum, her geçen gün savunmasız olan çocukların mahremiyetinin daha fazla gözardı edildiğini düşünüyorum”, “çocuğun gelişimi için riskli olan, sosyal medya ve teknoloji ile önceden tanışmasına neden oluyor”, “çocukların çok göz önünde olması diğer kişilerde farklı algılar uyanmasına ve çağımızın hastalığı olan pedofilinin yaygınlaşmasına yol açıyor” şeklinde görüş bildirdiler.

**Sonuç:** Ebeveynlerin yaptıkları paylaşımlar konusunda özenli davranması, çocuğun yararına olmayan, onu şimdi ve gelecekte tehdit edebilecek paylaşımlardan kaçınması için hemşireler tarafından ailelerin bilgilendirilmesi ve farkındalık kazandırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, sharenting, çocuk, risk, görüş.

### ABSTRACT

**Introduction:** The term of Sharenting is derived from the words of “share” and “parenting”. Many parents share the first pictures of their babies quickly on social media starting with ultrasound images, and many children exist before they are born on social media. Although families are considered to exhibit this behavior in good faith, the digital footprints created involuntarily and this create a number of rights violations. This study was carried out as a qualitative study to determine the opinions of nurses about the application of sharenting.

**Materials and Methods:** The study was carried out with 20 nurses working in child services of a university hospital in Central Anatolia. Data were collected by an introductory information form and a semi-structured questionnaire. Before starting the study, permission was received from the institution and the ethics committee. Verbal consent was obtained from the nurses by giving information about the purpose of the research and voice recording. The data were analyzed by inductive content analysis.

**Results:** Eight of the nurses included in the study were in the 28-32 age group, 19 were married and had education at the university level and nine were working as nurses for 4-8 years. All the nurses were using a social media tool. In the study, the nurses were asked about the disadvantages of the parents on social media sharing, nurses said “We do not pay attention to privacy, the biggest disadvantage is child abuse”, “we reach out to the privacy of children without asking children. In addition, we introduce our children to the people who do not have good intentions, the school they go to, the place they come from etc”. “I think that the privacy of children is being ignored more and more, the child's address, vacation photos”, “I think that the favorite food can be used as short-term, perverse people's attention, can be used as child's private misconduct”, “The reason is that the children are very mindful of the fact that other people may awaken different perceptions and think that it will lead to the spread of pedophile, the disease of our time”.

**Conclusion:** It is recommended that parents should be informed and aware by nurses to ensure that parents are careful about the shares they make and to avoid sharing that may threaten the present and the future.

**Key Words:** nurse, sharenting, child, risk, vision.

## Sözel 08 (ÖZET)

# ADLİ HEMŞİRELİK DERSİNİN ÖĞRENCİLERİN KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMALARINA ETKİSİ

## Effect Of The Forensic Nursing Lesson On Students' Recognition Of The Signs Of Violence Against Women

Dr. Öğr. Üyesi Tülay Yılmaz Bingöl\*, Dr. Öğr. Üyesi Bahtışen Kartal\*

\*Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Giriş;** Kadına uygulanan şiddet küresel bir sorundur ve adli olgular içerisinde değerlendirilmektedir. Sağlık profesyonellerine kadına uygulanan şiddeti tanıma, bildirme ve önlemede önemli görevler düşmektedir. Birer sağlık profesyoneli adayı olan hemşirelik öğrencilerine kadına şiddet konusu derslerde doğrudan ya da dolaylı olarak verilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada Adli Hemşirelik dersinin öğrencilerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımaya etkisini belirlemeye yönelik olarak yapılmıştır.

**Gereç ve yöntem;** Çalışmada ön test son test tek gruplu desen uygulanmıştır. Çalışmanın örneklemini 38 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmanın verileri Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek(KYSBTO) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiş,  $p>0.05$  den olduğu için normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir. Çalışmanın verilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistikler ve bağımlı gruplar t testi kullanılmıştır.

**Bulgular;** Öğrencilerin % 60,5'inin kadın, %94,7'sinin bekar, % 50,0'sinin en uzun süreyle ilde yaşadığı, % 68,4'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, % 60,5'inin annesinin, % 39,5'inin babasının ilkököl mezunu olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin dersten sonra KYSBTO toplam ve alt boyut ortalamaları öncesine göre yüksektir ( $p<0.05$ ).

Kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanıma ölçeği ortalaması her iki cinsiyette, çekirdek aileye sahip, il ve ilçede yaşayanlarda, gelir gidere denk ve fazla olanlarda, anne eğitimi ilkököl olanlarda ölçek puanının anlamlı derecede artış gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtileri tanıma alt boyutu puan ortalamasındaki kadınlarda ve erkeklerde, çekirdek aileye sahip, il ve ilçede yaşayanlarda, gelir gidere denk olanlarda, anne ve baba eğitimi ilkököl olanlarda ölçek puanının anlamlı derecede artış gösterdiği belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Ayrıca kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini tanımaya yönelik alt boyut puan ortalamasının kadınlarda, çekirdek aileye sahip, il ve ilçede yaşayanlarda, gelir gidere denk ve fazla olanlarda, anne eğitimi ilkököl olanlarda, üniversite mezunu hariç tüm eğitim düzeyine sahip babaya sahip öğrencilerde duygusal belirtileri tanıma puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç;** Sonuç olarak adli hemşirelik dersinin çalışmanın sınırlılıkları dâhilinde öğrencilerin kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanımalarını artırdığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** adli hemşirelik, kadına şiddet, öğrenciler

### ABSTRACT

**Introduction;** Violence against women is a global problem and is evaluated within the scope of forensic cases. Important duties fall to healthcare professionals in recognizing, reporting and preventing violence against women. The subject of violence against women is taught to nursing students who are all candidate healthcare professionals either directly or indirectly in classes. Therefore, this study was implemented for the purpose of determining the effect of the Forensic Nursing lesson on students' recognition of the signs of violence against women.

**Material and Methods;** In the study, a pattern with pretest-posttest single group was applied. Sample of the study consisted of 38 students. The study data were collected using the Scale for Recognizing the Signs of Violence against Women by Nurses and Midwives (SRSVWNM). Convenience of the data for a normal distribution was determined with the Kolmogorov-Smirnov test and because  $p>0.05$ , it was accepted that they showed a normal distribution. The study data were evaluated using descriptive statistics such as number, percentage and mean, as well as dependent samples t test.

**Results;** It was determined that 60,5% of the students were female, 94,7% were single, 50,0% had lived in a province for the longest time, 68,4% had a nuclear family, 60,5% had primary school graduate mother and 39,5% primary school graduate father. Total and lower dimension score averages of the SRSVWNM were higher in students after the lesson compared to before ( $p<0.05$ ). It was determined that the average score of the Scale for Recognizing the Signs of Violence against Women significantly increased in both genders and in the students who had a nuclear family, lived in a province and district, had an income equal to and higher than expense and the students who had primary school graduate mother ( $p<0.05$ ). It was determined that the score average of the lower dimension of recognizing the physical signs of violence against women significantly increased in women and men and in the students who had a nuclear family, lived in a province and district, had an equal income and expense and the students who had primary school graduate father and mother ( $p<0.05$ ). In addition, it was found that the score average of the lower dimension of recognizing the emotional signs of violence against women significantly increased in women and in the students who had a nuclear family, lived in a province and district, had an income equal to and higher than expense, had primary school graduate mother and father from all educational levels except university ( $p<0.05$ ).

**Conclusion;** As a consequence, it was determined that the Forensic Nursing lesson increased the students' recognition of the signs of violence against women within the scope of limitations of the study.

**Key Words:** forensic nursing, violence against women, students

## Sözel 09 (TAM METİN)

### KIZ ÇOCUKLARIN ERKEN EVLİLİKLERİNE İLİŞKİN ERKEK EBEVEYNLERİN DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

#### Determination of the opinions of male parents on early marriages of girls

Prof. Dr. Zeynep TEZEL\*, Öğr. Gör. Barış DEMİREL\*\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

\*\*Kırıkkale Üniversitesi Delice MYO. Sosyal Hizmetler ve Danışmanlık Bölümü

#### ÖZET

Bu araştırma, erkek ebeveynlerin kız çocukların erken evliliklerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Betimleyici ve tanımlayıcı bir araştırma olarak kurgulanmıştır. Araştırmaya dahil olan katılımcılardan veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgi formu ve bunun yanı sıra oluşturulan yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan görüşme formu ile yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Çalışma grubunu Trabzon ili merkez Ortahisar ilçesinde yaşayan dokuz erkek ebeveyn oluşturmuştur. Verilerin yorumlanmasında nitel veri analizi türlerinden tema analizi yapılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** baba, erkek ebeveyn, ebeveynlik, erken evlilik, kız çocukları.

#### ABSTRACT

This research was conducted in order to determine the opinions of the father's males regarding their early marriage. It was designed as a descriptive and descriptive type of research. Data from participants included in the survey were collected through face-to-face interviews with a demographic information form prepared by the researchers, as well as an interview form consisting of semi-structured questions. The working group consisted of nine fatherly men who lived in the province of Ortahisar in the province of Trabzon. In the interpretation of the data, theme analysis was performed from the types of qualitative data analysis.

**Key Words:** father, male parent, parenthood, early marriage, girls

## Sözel 09 (TAM METİN)

### KIZ ÇOCUKLARIN ERKEN EVLİLİKLERİNE İLİŞKİN ERKEK EBEVEYNLERİN DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

#### Determination of the opinions of male parents on early marriages of girls

Prof. Dr. Zeynep TEZEL\*, Öğr. Gör. Barış DEMİREL\*\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

\*\*Kırıkkale Üniversitesi Delice MYO. Sosyal Hizmetler ve Danışmanlık Bölümü

#### Giriş

Erken yaşta evlilik bugün bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ciddi bir sorundur (Burcu vd., 2015). Erken evliliklerin gerçekleştirilmesinde büyük ölçüde olumsuz etkilenenler kız çocukları olmaktadır. Erken evliliklerin yapılmasının önünü açan bir çok etmen olduğu söylenebilirken en önemli etkenler düşük eğitim seviyesi ve yoksulluktur ve erken evliliklerin temel nedenleri olarak kabul edilmektedir. (Boran, vd., 2013). Literatürde erken evlilik kavramı çocuk evlilikleri olarak da nitelendirilmekte, evlenme yaşı 18 yaşın altında olan evlilikler erken evlilik olarak tanımlanmaktadır.

2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırmasının verilerine göre ülkemizde gerçekleşen erken evliliklerin bir çoğu yasal zemine oturtulmadan dini nikah yolu ile gerçekleştirilebilmektedir. Erken evliliklerin olumsuz etkilerinin hem aile hem de erken evlilik yapanlar kadınlar üzerinde görüldüğü ifade edilebilir. Bu ön değerlendirmeler ışığında bu çalışmada kız çocuğu sahibi olan erkek ebeveynlerin erken evlilikler konusundaki görüş ve düşüncelerinin belirlenmesi amaç edinilmiştir.

#### Materyal Ve Yöntem

Araştırma nitel araştırma modeli temel alınarak yürütülmüştür. Nitel araştırmada, “gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama teknikleri kullanılır, alguların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik bir çalışma süreci izlenir” (Yıldırım ve Şimşek, 2008:39). Nitel araştırma, disiplinler arası bütüncül bir bakış açısını esas alarak, araştırma problemini yorumlayıcı bir yaklaşımla incelemeyi benimseyen bir yöntemdir. Üzerinde araştırma yapılan olgu ve olaylar kendi bağlamında ele alınarak, insanların onlara yükledikleri anlamlar açısından yorumlanır (Altunışık ve Ark., 2010:322).

Nitel yöntemlerden en fazla kullanılanı yüz yüze görüşme tekniğidir. Araştırmanın çalışma grubunu Trabzon İli Merkez Ortahisar İlçesinde yaşayan ve kız çocuğa sahip olan farklı yaş grubundan ve eğitim düzeyinden 9 erkek ebeveyn oluşturmaktadır. Yapılan yüz yüze görüşmelerde katılımcıların gönüllülüğü esas alınmış olup araştırmanın amacı anlatılmış, elde edilen bulguların sadece bilimsel amaçlı kullanılacağına dair erkek ebeveynlerden sözlü onam alınmıştır.

### **Verilerin Toplanması**

Veriler 24 Temmuz- 5 Ağustos 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmada “*bireysel derinlemesine görüşme*” yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler erkek ebeveynlerin ve veri toplayan araştırmacının rahat iletişim kurabilecekleri bir ortamda yapılmıştır. Görüşme süresi 20 dakika ile 30 dakika arasında sürmüştür ve her bir katılımcı ile bir kez görüşme yapılmıştır. Görüşme verileri sosyo-demografik bilgi formunda ve yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular aracılığıyla toplanmıştır.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde nitel veri analizlerinden tema analizi yöntemi kullanılmıştır. Tema analizinde görüşme formundaki sorulara verilen cevaplar araştırmacılar tarafından ayrı ayrı incelenerek ortak ifadeler gruplandırılarak temalaştırılmıştır. Katılımcıların ifadeleri, yorum eklenmeden doğrudan aktarım şeklinde sunulmuştur. Bireylerin kişisel bilgilerinin korunması adına baba olmuş erkeklerin ifadeleri B1, B2, B3, ..... şeklinde kodlanarak aktarılmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmadan elde edilen bulgular; demografik bulgular ve kız çocukların erken evliliklerine dair düşünceler olmak üzere iki ana başlıkta değerlendirilmiş olup kız çocukların eğitimi, meslek edinmeleri, mesleklerin cinsiyeti, erken yaşta evlilik, erken evliliklerin sonuçları, erken evliliklere dair ailelere öneriler ve kız çocuklarına tavsiyeler şeklindeki alt başlıklar aracılığıyla sunulmuştur.

### **Erkek Ebeveynlere İlişkin Demografik Bulgular**

Çalışma Trabzon ili merkez Ortahisar ilçesinde ikamet eden farklı yaş, eğitim ve meslek grubundan 9 erkek ebeveynin katılımıyla gerçekleştirilmiştir (Tablo.1.) Erkek ebeveynlerin yaş ortalaması 48.3 olup yaş dağılımı min.31, max.62 yaş aralığındadır. Erkek ebeveynlerin eşlerinin yaş ortalaması 43.4 olup eşlerin yaş dağılımı min.29, max.60 yaş aralığındadır. Erkek ebeveynlerin ilk evlenme yaşı ile ilgili olarak alt sınır 23 yaş olarak belirlenirken üst sınır 32 yaş, eşlerin ilk evlenme yaşı alt sınır 17 yaş, üst sınır 30 yaş olarak belirlenmiştir. Katılımcıların evlilik sürelerinin ortalaması 21.4 yıl şeklinde olup evlilik süresi dağılımı min.3 yıl, max.38 yıl şeklindedir. Katılımcıların 5’i görücü usulü, 4’ü anlaşarak/severek evlenmiş olup katılımcıların tamamı hem dini hem de resmi nikahlı olarak evliliklerini gerçekleştirmişlerdir. Katılımcılardan 2 erkek ebeveyn evliliklerinin akraba evliliği olduğunu bildirmişlerdir.

Erkek ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısı min.1, max.6 çocuk olarak değişiklik göstermektedir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 5’i ilköğretim (ilkokul+ortaokul) mezunu, 4’ ü ise üniversite mezunudur. Eşlerin mezuniyet durumlarına bakıldığında 1 anne okur yazar değil, 4 anne ilköğretim mezunu, 4 anne ise üniversite mezunudur. Erkek ebeveynlerin

tamamı çalışma hayatında yer alırken eşlerden yalnızca 1' i çalışma hayatında yer almakta olup 8' i (%88.9) ev hanımı olarak ücretsiz ev içi emek vermektedir.

Tablo 1. Erkek Ebeveynlere İlişkin Demografik Bulgular

Baba	Evlilik Yaşı		Evlilik Süresi	Evlilik Şekli	Dini/Resmi Nikah	Akraba Evliliği	Evliliğe Aracılık Eden	Çocuk Sayısı	Eğitim Durumu		Çalışma Durumu	
	Kendi	Eşi							Kendi	Eşi	Kendi	Eşi
B1	23	17	38	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	6	İlkokul	Okur yazar değil	Çalışan	Ev Hanımı
B2	27	17	20	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	2	Üniversite	Üniversite Öğrencisi	Çalışan	Ev Hanımı
B3	32	30	25	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	3	İlkokul	İlkokul	Çalışmıyor	Ev Hanımı
B4	25	20	23	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Evet	Akraba	2	İlkokul	İlkokul	Çalışan	Ev Hanımı
B5	27	22	21	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Akraba	2	Ortaokul	İlkokul	Çalışan	Ev Hanımı
B6	28	26	34	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	-	3	Üniversite	Üniversite	Çalışan	Çalışan
B7	28	26	3	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Akraba	1	Ortaokul	Üniversite	Çalışan	Ev Hanımı
B8	26	22	9	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Evet	-	1	Üniversite	Üniversite	Çalışan	Ev Hanımı
B9	26	18	20	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	-	2	Üniversite	İlkokul	Çalışan	Ev Hanımı

### Erkek Ebeveynlerin Kız Çocukların Erken Evliliklerine Dair Düşüncelerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan erkek ebeveynlerin *kız çocuklarının eğitimi, meslek edinmeleri ve mesleklerin cinsiyeti* konusunda beyan ettikleri görüşler aşağıda sunulmuştur.

**B1:** *Kız çocukları gittiği yere kadar okumalıdır. İlim tahsil etmek farzdır. Kız çocukları tabi ki meslek sahibi de olmalı, maddi özgürlükleri için. Hem kızlar hem erkekler mesleğini icra etmeli, kendi hayatlarını kazanmalı, üretmeli ve kazandığını da özgür iradesi ile harcamalıdır. Baskı yapmak doğru değildir. Mesleklerin cinsiyeti yoktur.*

**B2:** *Kız çocukları okumak istedikleri yere kadar, kendilerini yeterli görünceye kadar okuyabilir. Erkekler illaki meslek sahibi olmalı, kızlar ise kısmen olmalı diyebilirim. Evin yönetimi ise erkekte olmalıdır. Kızlar ve erkekler evlenmeden önce maaşını biriktirmeli, evlendikten sonra da ortak havuzda biriktirerek buradan harcama yapılmalıdır. Mesleklerin cinsiyeti olur ve kızların fiziki, biyolojik, sosyolojik, psikolojik ve antropolojik yapısına uygun meslekler seçmesi gerekir.*

**B9:** *Hayat ömür boyu öğreticidir bu nedenle sınır olmamalı ve kız çocukları istediği kadar okumalıdır. Kızlar ve erkekler mesleklerini her zaman icra etmelidir. Çünkü ekonomik bağımsızlık kadında ve erkekte düşünce özgürlüğünün yolunu açar. Kızlar ve erkekler maaşlarını müşterek değerlendirmeli; ilim ve bilgi ile alakalı kazanımlara önem verilmelidir. Mesleklerin ise asla cinsiyeti olamaz. Her meslek kadın için ve erkek için de uygundur. Erkek*



için jinekolojiyi(kadın hastalıkları ve doğum); kadın için de bevlileyi (üroloji, erkek hastalıkları) dışarda tutarak söylüyorum.

Araştırmaya katılan erkek ebeveynlerin **kız çocukların erken yaşta evlendirilmesi** konusunda beyan ettikleri görüşler aşağıda sunulmuştur.

**B2:** 16 yaşından küçük yaşta yapılan evlilikler erkendir. 16-18 yaş arasında ise kontrollü bir şekilde evlilik yapılabilir. Evlenenler arasında en fazla 2 yaş fark olmalıdır. Ayrıca erken evlenenler geniş aile olarak aile büyükleriyle birarada yaşamalıdır. Beşik kertmesi kesinlikle olmamalıdır. Evlilikte dini nikahın kazanımları resmi nikahta da vardır. İki tarafı koruma bakımından dini nikah yetersizdir. Kız çocukları için evlilik kararı alırken bu kararda annesi, babası, büyük erkek kardeşi ve kendisi söz sahibi olmalı, hepsinin fikri sorulmalıdır.

**B5:** 25 yaşında evlilik normaldir, erken değildir. Erken yaşta evliliğe de karşıyım çünkü sonu mutsuz oluyor. Erken evliliklerin hiçbir avantajı yokken dezavantajları çoktur. Beşik kertmesi ise sağlıklı bir şey değildir. Evlilikte dini nikah gereklidir ancak resmi açıdan yeterli değildir. Resmi nikah da şarttır. Kız kiminle evleneceğine kendisi karar vermelidir.

**B8:** 15-20 yaş arasında yapılan evlilikler kız çocukları için erken sayılır. 20-25 yaş arası normaldir. Erken yaşta evlilikte karı koca arasında en az 1 en fazla 6 yaş fark olmalıdır. Erken evlilik olmuşsa çift çekirdek aile olarak yaşamalı ve aralarında eğitim farkı olmamalıdır. Erken yaşta evlenmenin faydasından çok zararı vardır. Beşik kertmesi ise yanlıştır. Evlilik için dini nikah gereklidir ama yetersizdir. Kız kendi evliliğine kendi karar vermelidir.

Araştırmaya katılan erkek ebeveynlerin **kız çocuklarının erken evliliklerden etkilenmesi ve sonuçları** konusunda beyan ettikleri görüşler aşağıda sunulmuştur.

**B3:** Erken evlenen kız cahil gelin ve acemi bir eş olur. Erken çöker, kötü etkilenir, evliliği yürütmekte zorlanır. Erken evlilik kadının sosyal ilişkilerini de olumsuz etkiler, eğer ki erken evlilik olmuş ise kız aile büyüklerinden nasihat almalı ve onlarla daha içli dışlı olmalıdır. Erken yaşta anne olmak çocuklarla ilişkileri olumlu etkiler ama kadının psikolojisi de bozulur.

**B5:** Erken evlilik iyi bir şey değildir, çünkü gelin çocukluğunu yaşayamadığı için kötü olur. Erken evlenen kızlar eş olamazlar, karı-koca anca evcilik oynar aralarında. Aile büyükleriyle de arası kötü olur. Gelin asosyal olur ve erken yaşta anne olursa da çok kötü olur. Kız çocuklarının evlendirilmesinde töreler, gelenekler, dini inanışlar ve de anneler oldukça etkilidir.

**B7:** Erken evlilikte kişinin nasıl bir gelin olacağı kendi kişiliğinin yapısı ile ilgilidir. Asi olabilir, kabullenmeyebilir fakat istekli yapılmış bir evlilik ise işler değişir. Erken yaşta

*evlenen kadının istekli olması her şeyi değiştirir. İstekli ise iyi eş, iyi anne olur; zorla evlendi ise kötü eş, kötü anne olur. Erken yaşta anne olan kadın kendisi de çocuk olduğu için çocuğuyla birlikte büyür. Ayrıca erken yaşta anne olmak çocuklarıyla ilişkilerini de olumsuz etkiler. Gelenek, töre vb. şeyler erken evliliklerde %50 etkilidir.*

*B9: Erken yaşta evlenen ve anne olan gelin süt dökmüş kedi gibi olur çünkü kendi hala çocuktur. Zamanla travmatik bir hayat yaşar ve hastalıklar da peşi sıra gelir. Erken yaşta anne olan kadın çocuğu ile arkadaş gibi olur ama hayattan uzaklaşır. Geleneklerin, ailelerin, törelerin erken evlilikler üzerinde etkisi olmamalıdır.*

Araştırmaya katılan erkek ebeveynlerin **erken evliliklere dair ailelere önerileri ve kız çocuklarına tavsiyeleri** konusunda beyan ettikleri görüşler aşağıda sunulmuştur.

*B1: Kız çocukları akıllı olsunlar, aile birliğine önem versinler. Aileler de çocuklarına her şeyin en iyisini öğretsinler. Bağırmadan, sakince anlatarak onları ahlaklı yetiştirsinler. Devlet de eğitim sisteminde ahlak derslerine de yer versin.*

*B2: Toplum; aileleri ve evlilikleri iyi tahlil etmeli. Kız çocukları günlük duygularla değil aklıyla evlilik yapmalıdır. Aileler devletin resmi evlenme yaşına uymalıdır. Fakat istisnalar olabilir. İstisnalarla ilgili problem giderilmelidir. Devletimizin de erken evliliklerle ilgili uyum yasalarını çıkarması lazım.*

*B3: Kız çocukları kendilerini muhafaza etsinler, elaleme kanmasınlar ve aklıyla hareket etsinler. Aileler, gelinlerini de kızlarını da sevsinler ayırım yapmasınlar. Damatlarını da aynı şekilde sevsinler erkek çocuklarından ayırmassınlar.. Devlet de 20' sinden önce evliliği yasaklamalı.*

*B4: Kızlar okusunlar, okusunlar, okusunlar. Aileler, gelenek-göreneklerle değil günümüz şartlarıyla hareket edip kızlarını büyütsünler. Devlet, erken evlenmeye ceza getirsin; aile onay verse de çocuklar evlenemesinler.*

*B7: Dış etkenlerden değil kendi fikirleri doğrultusunda hareket etsin kızlar. Aileler, sıkmadan baskı koymadan, anlaşarak, konuşarak kızlarını dinlesinler. Devlet ise evliliğe 22 yaş sınırı koymalıdır.*

### **Sonuç ve Öneriler**

Trabzon ili merkez Ortahisar ilçesinde evli ve kız çocuk sahibi 9 erkek ebeveynle yapılan yüz yüze görüşmeler neticesinde elde edilen bulgular nitel araştırma tekniklerinden tema analizi yolu ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan erkek ebeveynlerin tamamına yakını, kız çocuklarının eğitimlerine devam etmesi gerektiğini, iyi birer meslek sahibi olmalarını,

kendilerine yetebilen ve maddi özgürlüğe sahip üretken bireyler olmalarını ve ancak bu şartları sağladıktan sonra evlilik yapmaları gerektiğini ifade etmişlerdir.

- 15 yaş altı evlilikler erken bulunurken, erken sayılmayacak bir evlilikte ideal yaş sınırı 20-25 yaş olarak ifade edilmiştir. Kız çocukların eğitimine devam etmesi ve meslek sahibi olması, bundan sonra evlenmeleri gerektiği düşüncesinin bir sonucu olarak evlilik yaşı da dolayısıyla yukarı çekilmiştir.
- Erkek ebeveynlerin tamamı “beşik kertmesi”ne karşı olup sağlıklı bulmamaktadır. Dini nikah erkek ebeveynler tarafından kabul görmekte, ancak tek başına yetersiz sayılmaktadır. İmam nikahı ile birlikte resmi nikah da şarttır ve kadının kazanımları açısından gereklidir vurgusu yapılmıştır.
- Erken evliliklerin kadının rızası ile yapılmadığı durumlarda kadın için olumlu sonuçlar doğurmayacağı; çocukluğunu doyasıya yaşayamayacağı, yeterli olgunluğa erişemediğinden evliliğin evcilik sayılacağı, dolayısıyla kadının eşyle, çocuklarıyla ve aile büyükleriyle sorunlar yaşayacağı, iyi bir eş, iyi bir anne olamayacağı ifade edilmiştir. Erken evliliğe mecbur kalınmış ise geniş aile içinde yapılması önerilmiştir.
- Kız çocuklarının rızası alınarak evlendirilmelerinin önemi vurgulanmıştır.
- Evliliklerde eşler arasında eğitim farkı olmaması gerektiği ifade edilirken erkeğin daha eğitilmiş olması gerektiğine dair beyanlar da olmuştur. Kız çocuklarının eğitimi konusunda kız çocuklarının desteklenmesi gerektiği, evlendirilmeleri konusunda çocuğun rızasının olması gerektiği ön plana çıkarken; eğitim olsa da, meslek sahibi olup çalışma hayatına atılsa da, mesleklerin cinsiyetinin olmadığı ifade edilse de kızların evliliklerinde ev işlerini ihmal etmeyecek şekilde meslekler seçmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır.

Elde edilen sonuçlar ışığında aşağıdaki önerilere yer verilebilir:

- Toplum temelli uygulamalar bağlamında erken evliliklerin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan başta kadın olmak üzere birey, aile toplum üzerindeki etkilerine dair farkındalık çalışmalarının yapılması önerilebilir.
- Aile olmak, ebeveyn olmak, aile içi ilişkiler, etkili iletişim, toplumsal cinsiyet konularında sosyal hizmet merkezleri aracılığı ile ailelere evlilik öncesi ve sonrasında eğitimler verilebilir.
- Daha geniş örneklem grubu ile benzer çalışmaların yaygınlaştırılarak yapılması ve sonrasında sosyal politika üretim sürecine katkı sağlaması önerilebilir.

## Kaynaklar

1. ALTUNIŞIK, R., COŞKUN, R., BAYRAKTAROĞLU, S., ve YILDIRIM, E. (2010). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı (6. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
2. YILDIRIM, A. ve ŞİMŞEK, H. (2008). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (6. Baskı) Seçkin Yayıncılık, Ankara.
3. BURCU, E., YILDIRIM, F., SIRMA, ÇS., ve SANIYAMAN, S. (2015). Çiçeklerin Kaderi: Türkiye’ de Kadınların Erken Evliliği Üzerine Bir Araştırma, Bilig Dergisi, Sayı:73:63-98.
4. BORAN, P., GÖKÇAY, G., DEVECİOĞLU, E., ve EREN, T. (2013). Çocuk Gelinler, Marmara Medical Journal, 26:58-62. DOI:10.5472/MMJ.2013. 02751.1
5. <https://pedagojidernegi.com/wp> aile yapısı araştırması 2006, (Erişim 08.08.2018)

## Sözel 10 (TAM METİN)

### EVLİ KADINLARIN TOPLUMSAL CİNSİYET BAĞLAMINDA KIZ ÇOCUKLARIN EĞİTİMLERİNE DAİR DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

#### Determining the opinions of married women on the education of girls in the context of gender

Prof. Dr. Zeynep TEZEL\*, Öğr. Gör. Barış DEMİREL\*\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

\*\*Kırıkkale Üniversitesi Delice MYO. Sosyal Hizmetler ve Danışmanlık Bölümü

#### ÖZET

Bu araştırma, evli kadınların kız çocukların eğitimlerine dair görüşlerinin belirlenmesi amacıyla planlanıp yürütülmüş, betimleyici ve tanımlayıcı bir araştırma olarak kurgulanmıştır. Araştırmaya dahil olan katılımcılardan veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgi formu ve bunun yanı sıra oluşturulan yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan görüşme formu ile yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Çalışma grubunu Trabzon ili merkez Ortahisar ilçesinde yaşayan on bir evli kadın oluşturmuştur. Verilerin yorumlanmasında nitel veri analizi türlerinden tema analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan evli kadınların büyük çoğunluğu kız çocuklarının okutulması ve meslek sahibi olması gerektiği, mesleklerin cinsiyetinin olduğu yani erkek işi kadın işi denilebilecek mesleklerin olduğunu ifade etmişlerdir. Evlenmeleri halinde katılımcıların geneli eğitim düzeyinin karı-koca arasında eşit olması gerektiğini belirtmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** evli kadın, kız çocukları, kız çocukların eğitimi, toplumsal cinsiyet

#### ABSTRACT

This research was planned and conducted as a descriptive and descriptive study in order to determine the views of married women on girls' education. Data from participants included in the survey were collected through face-to-face interviews with a demographic information form prepared by the researchers, as well as an interview form consisting of semi-structured questions. The working group consisted of eleven married women living in the province of Ortahisar in the province of Trabzon. In the interpretation of the data, theme analysis was performed from the types of qualitative data analysis.

The vast majority of married women who participated in the survey expressed that girls should be educated and have a profession, that the profession is gender, that is, professions in which male work can be called female work. In marriage, the participants indicated that the general education level should be equal between husband and wife.

**Key Words:** married woman, daughters, girls' education, gender

## Sözel 10 (TAM METİN)

### EVLİ KADINLARIN TOPLUMSAL CİNSİYET BAĞLAMINDA KIZ ÇOCUKLARIN EĞİTİMLERİNE DAİR DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

#### Determining the opinions of married women on the education of girls in the context of gender

Prof. Dr. Zeynep TEZEL\*, Öğr. Gör. Barış DEMİREL\*\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

\*\*Kırıkkale Üniversitesi Delice MYO. Sosyal Hizmetler ve Danışmanlık Bölümü

#### Giriş

Toplumsal Cinsiyet rollerine dair ülkemizde bir farkındalığın olmaması ayrıca kadınların toplumsal cinsiyet rollerinin kendilerine yaptıkları atıfların ağırlığının yanı sıra ciddi bir şekilde toplumsal cinsiyet rollerine bağlı kaldıkları savı ile bu çalışma planlanmıştır. Çalışmanın gidişatı, çalışma grubu ve çıktılarının daha iyi anlaşılması adına biyolojik cinsiyet, toplumsal cinsiyet ve kadın-erkek rollerine dair temel kısa bilgiler ile giriş yapılacaktır. Bu bağlamda:

**Biyolojik Cinsiyet:** Bir çok canlı gibi insan da biyolojik açıdan dişi ve erkek olarak ayrılmakta; ancak kadın ve erkek arasındaki farklılık sadece bu ayrımdan doğmamaktadır. Cinsiyet farklılığı ayrımın ilk kaynağı olarak ifade edilebilir (Yüksel, 1999). Bireylerin doğuştan sahip oldukları ve fizyolojik kökenli cinsiyete dişi ya da erkek olmaya biyolojik cinsiyet diyebiliriz. Yani bir bireyin erkek ya da kadın olması onun biyolojik cinsiyetidir.

**Toplumsal Cinsiyet ve Kadın, Erkek Roller:** Biyolojik cinsiyetinden kaynaklı olarak insanların sınıflandırılması ve beklentilerin bireylerin sahip olduğu cinsiyete dair olması durumudur. Buz ve Karabulut (2015)' a göre ise toplumsal cinsiyet, değişik kültürlerde kadın ve erkeğe sosyal yönden verilen roller olarak tarif edilmektedir. Örneğin: Evin ekonomik geçimini sağlamakla yükümlü olan birey erkektir. Ya da evdeki temizlik ve yemek yapma işlerinde sorumlu olan kimse kadındır. Bu bakış açısı biyolojik cinsiyetlere atfedilen sosyal sorumlulukları kapsamaktadır. Buradan hareketle erkeğin rol ve sorumlulukları, kadının rol ve sorumlulukları gibi unsurlar ön plana çıkmaktadır.

Unutulmaması gereken temel nokta bu tasnifin biyolojik cinsiyet türüne dayanarak yapılmış olmasıdır.

#### Materyal ve Yöntem

Çalışma nitel araştırma modeli temel alınarak yürütülmüştür. Nitel araştırmada, “gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama teknikleri kullanılır, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik bir çalışma süreci izlenir” (Yıldırım ve Şimşek, 2008:39). Nitel araştırma, disiplinler arası bütüncül bir bakış açısını esas alarak, araştırma problemini yorumlayıcı bir yaklaşımla incelemeyi benimseyen

bir yöntemdir. Üzerinde araştırma yapılan olgu ve olaylar kendi bağlamında ele alınarak, insanların onlara yükledikleri anlamlar açısından yorumlanır (Altunışık ve Ark., 2010:322).

Nitel yöntemlerden en fazla kullanılanı yüz yüze görüşme tekniğidir. Araştırmanın çalışma grubunu Trabzon İli Merkez Ortahisar İlçesinde yaşayan ve evli olan 11 kadın oluşturmaktadır. Katılımcılarla yapılan yüz yüze görüşmeler gönüllülük ilkesi esasına göre yapılmıştır.

### **Verilerin Toplanması**

Veriler 24 Temmuz- 5 Ağustos 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmada “*bireysel derinlemesine görüşme*” yöntemi kullanılmıştır. Evli kadınlarla görüşmeye başlamadan önce araştırmanın amacı anlatılmış elde edilen bulguların sadece bilimsel amaçlı kullanılacağına dair açıklama sonrasında araştırmaya katılmayı kabul eden evli kadınlardan gönüllü olarak katıldıklarını belirten sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler evli kadınların ve veri toplayan araştırmacının rahat iletişim kurabilecekleri bir ortamda yapılmıştır. Görüşme süresi 20 dakika ile 30 dakika arasında sürmüştür ve her birey ile bir kez görüşme yapılmıştır. Görüşme verileri sosyo-demografik özellikler formunda ve yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular aracılığıyla toplanmıştır.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde nitel veri analizlerinden tema analizi yöntemi kullanılmıştır. Tema analizinde görüşme formundaki sorulara verilen cevaplar araştırmacılar tarafından ayrı ayrı incelenerek ortak ifadeler gruplandırılarak temalaştırılmıştır. Katılımcıların ifadeleri, yorum eklenmeden doğrudan aktarım şeklinde yalın olarak aktarılmıştır. Bireylerin kişisel bilgilerinin korunması adına evli kadınların ifadeleri K1, K2, K3, ..... şeklinde kodlanarak aktarılmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmadan elde edilen bulgular; demografik bulgular ve toplumsal cinsiyet bağlamında kız çocuklarına eğitimlerine dair genel bulgular şeklinde aktarılacaktır.

### **Kadın Ebeveynlere İlişkin Demografik Bulgular**

Çalışma Trabzon ili merkez Ortahisar ilçesinde ikamet eden 11 evli kadının katılımıyla gerçekleştirilmiştir (**Tablo.1.**). Evli kadınların yaş ortalaması 42.36 dır. Katılımcıların yaşlarının dağılımı min.26 yaş, max.67 yaş aralığındadır. Katılımcıların evlilik yaşı ortalamaları 20.27 yaş olup kadınların evlilik yaşlarının dağılımı min.16 yaş, max.25 yaş olarak belirlenmiştir. Katılımcıların evlilik sürelerinin ortalaması 21.36 yıl olup kadınların evlilik süresi dağılımı min.2 yıl, max.51 yıl şeklindedir. Katılımcıların 5’ i anlaşarak, 6’ sı görücü usulü ile, tamamı (n.11) hem dini hem de resmi nikahlı olarak evliliklerini gerçekleştirmişlerdir. Katılımcıların hiçbiri akraba evliliği yapmamıştır. Sahip olunan çocuk sayısı; min.1çocuk, max.6 çocuk arasında değişiklik göstermektedir. Araştırmaya katılan evli kadınların 1’i okur yazar değil, 1’ i okur yazar, 3’ü ilköğretim mezunu, 3’ ü lise mezunu, 1’ i

lisans öğrencisi ve 2'si de lisans mezunudur. Kadınların 3' ü (%27.3) iş hayatında aktif olarak yer alırken, 8' i (%72.7) ev hanımı olarak ücretsiz ev içi emek vermektedir.

**Tablo 1. Kadın Ebeveynlerin İlişkin Demografik Bulgular**

Kadın ebeveyn	Evlilik Yaşı		Evlilik Süresi	Evlilik Şekli	Dini/Resmi Nikah	Akraba Evliliği	Evliliğe Aracılık Eden	Çocuk Sayısı	Eğitim Durumu		Çalışma Durumu	
	Kendi	Eşi							Kendi	Eşi	Kendi	Eşi
K1	20	25	12	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	2	Lise	Onlisans	Ev Hanımı	Çalışan
K2	24	23	5	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	1	Üniversite	Yüksek Lisans	Ev Hanımı	Çalışan
K3	18	23	15	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Akraba	3	Lise	İlkokul	Ev Hanımı	Çalışan
K4	17	22	39	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Akraba	6	Okuryazar	İlkokul	Ev Hanımı	Çalışan
K5	17	27	21	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	2	Üniversite Öğrencisi	Üniversite	Ev Hanımı	Çalışan
K6	20	34	16	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	2	Ortaokul	Onlisans	Ev Hanımı	Emekli
K7	16	19	51	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Akraba	4	Okuryazar Değil	İlkokul	Ev Hanımı	Emekli
K8	22	25	35	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Evet	Ortak Arkadaş	3	Ortaokul	Üniversite	Ev Hanımı	Çalışan
K9	24	24	2	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Ortak Arkadaş	1	Üniversite	Üniversite	Çalışan	Çalışan
K10	25	23	23	Anlaşarak	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Aile Büyükleri	2	Lise	İlkokul	Çalışan	Çalışan
K11	20	29	16	Görücü Usulü	Dini ve Resmi Nikah	Hayır	Akraba	2	İlkokul	İlkokul	Çalışan	Çalışan

### **Kadın Ebeveynlerin Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Kız Çocukların Eğitimlerine Dair Düşüncelerine Yönelik Bulgular**

Araştırmaya katılan evli kadınların *kız çocukların eğitimi* konusunda beyan ettikleri görüşlere aşağıda sunulmuştur.

*K2: Kız çocukları en az üniversite okumalıdır. Devamı kendilerine kalmış. Çünkü eğitim her şeyden önemlidir. Ayrıca kız çocukları meslek sahibi olmalı ve kimseye muhtaç olmadan yaşamayı öğrenmelidir.*

*K4: Kız çocukları okuyabildiği kadar okumalıdır. Sonunda meslek sahibi de olursa kendine güveni gelir, ekonomik özgürlüğü olur.*



K7: *Kız çocukları istediği kadar okusun ama mutlaka okusun. Meslek sahibi olarak da ayakları üstünde dursunlar.*

K11: *Okumanın yaşı olmaz. Her iki cinsiyet de temel eğitim düzeyinde okutulmalıdır. Devamı kişinin kararına bırakılmalıdır. Meslek sahibi de olunmalıdır. Çünkü meslek, bireyin bu hayattaki en büyük güvencesidir.*

Araştırmaya katılan kadın ebeveynlerin **mesleklerin cinsiyeti** konusunda beyan ettikleri görüşleri aşağıda sunulmuştur.

K1: *Mesleklerin cinsiyeti olur. Erkekler mühendislik gibi daha teknik işler uygunken kızlar mesleklerinin yanı sıra ev işlerine de zaman ayırabilecekleri öğretmenlik ve hemşirelik gibi işlerde çalışmalıdırlar.*

K3: *Mesleklerin cinsiyeti olur. Kızlara hemşirelik, öğretmenlik ve hakimlik olabilir. Bu meslekler incelik ister, kızlar da ince düşünür. Polislik ve pilotluk gibi meslekler de erkekler daha çok yaklaşıyor.*

K4: *Mesleklerin cinsiyeti olur. Öğretmenlik ve mühendislik gibi mesleklerin saatleri, tatiller belli hem kızların ev hanımlığı içinde vakitleri kalır. Erkekler daha güçlü olduklarından tüm işler onlara daha uygun olur.*

K11: *Mesleklerin cinsiyeti olmaz ancak meslek seçiminde bedensel, zihinsel ve kişilik özelliklerine göre bir ayırım yapılabilir. Öğretmenlik, çocuk bakıcılığı, hemşirelik vb. gibi meslekler bayanlara göredir. Çünkü bayanlar kişilik olarak daha sabırlıdır. Erkekler de marangozluk, demircilik vb. gibi beden gücü ile yapılacak işleri seçebilirler.*

Araştırmaya katılan evli kadınların **eşler arasındaki eğitim farkı** konusunda beyan ettikleri görüşleri aşağıda sunulmuştur.

K5: *Eğitim farkı olmalıdır. Erkeğin daha eğitilmiş olması gerekir.*

K8: *Eğitim farkı olmalı ve kadın daha üstün olmamalıdır.*

Araştırmaya katılan evli kadınların **kız çocuklarına tavsiyeler** konusunda beyan ettikleri görüşlere aşağıda sunulmuştur.

K4: *Ekmeğini eline alsın, kimseye boyun eğmesinler.*

K5: *Önce kendilerini anne olduklarında da oğullarını yetiştirmelidirler.*

K6: *Arkadaş ortamından etkilenmemelidirler. "Kim ne der?" düşüncesiyle yaşamassınlar.*

K7: *Akıllı olsun, işini eline alıp evlensinler.*

K10: Özellikle kızların meslek sahibi olmak adına kendilerini yetiştirmelerin tavsiye ediyorum. Bu toplumda kadının kendini koruyabilmesi için eğitiminin ve mesleğinin olması önemlidir.

### Sonuç ve Öneriler

Trabzon ili merkez Ortahisar ilçesinde 11 evli kadın ile yapılan yüz yüze görüşmeler neticesinde elde edilen bulgular nitel araştırma tekniklerinden tema analizi yolu ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz neticesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan evli kadınların tamamına yakını, kız çocuklarının imkanlar el verdiği sürece eğitimlerine devam etmeleri, bir meslek sahibi olmaları, kendilerine yetebilir duruma gelmelerinin önemli ve gerekli olduğunu ifade etmişlerdir.
- Araştırmaya katılan evli kadınlar mesleklerin cinsiyeti olmaz şeklinde duruma yaklaşım sonrasında erkeğe ve kadına uygun işleri tasnif ederek meslekleri; “erkek işi” ve “kadın işi” şeklinde niteledikleri belirlenmiştir.
- Eşler arasında eğitim farkı konusunda evli kadınların büyük çoğunluğu eşler arasında eğitim farkı olmaması gerektiğini ifade ederken erkeğin daha eğitilmiş olması gerektiği görüşüne dair beyanlar da olmuştur.
- Eğitim ve evlilik konusunda kız çocuklarının desteklenmesi durumu ön plana çıkarken; eğitim olsa da çalışsa da kızların ev işlerini ihmal etmeyecek şekilde meslekler seçmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Kadının evlilik yaşamında güçlü olabilmesi ve ayakları üzerinde durabilmesinin almış olduğu eğitime ve kendini yetiştirmesine bağlı olduğu konusunda kadınlar arasında görüş birliği olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar ışığında aşağıdaki önerilere yer verilebilir:

- Toplum temelli uygulamalar bağlamında kadınların toplumsal cinsiyet rollerine dair farkındalık çalışmalarının yapılması önerilebilir.
- Kadınların meslek edinmeleri hususunda “Kadın işi” ve “erkek işi” tanımlamasının toplumsal cinsiyet temelinden ziyade bireysel yeterlilik ve yetkinlikler çerçevesinde değerlendirilmesi konusunda sosyal hizmet merkezleri aracılığı ile eğitimler verilebilir.
- Toplumsal cinsiyet eşitliği, kadın ve erkeğe dair temel eğitim derslerinin müfredatlara eklenmesi ve konunun uzmanları tarafından bu derslerin verilmesi önerilebilir.
- Daha geniş örneklem grubu ile bu tarz çalışmaların yaygınlaştırılarak yapılması ve sonrasında sosyal politika üretim sürecine katkı verilmesi önerilebilir.

## Kaynaklar

1. ALTUNIŞIK, R., COŞKUN, R., BAYRAKTAROĞLU, S., VE YILDIRIM, E. (2010). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı (6. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık, Sakarya.
2. YILDIRIM, A. ve ŞİMŞEK, H. (2008). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (6. Baskı) Seçkin Yayıncılık, Ankara.
3. BUZ, S. ve KARABULUT, A. (2015). Ortopedik Engelli Kadınlar: Toplumsal Cinsiyet Çerçevesinde Bir Çalışma, Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı/No:7: 25-45.
4. YÜKSEL, NA. (1999). Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye’deki Toplumsal Cinsiyet Kalıplarının Televizyon Dizilerindeki Yansımaları, Kurgu Dergisi, Sayı:16: 67-81.

## Sözel 11 (ÖZET)

### ÇOCUK ACİL SERVİSE DÜŞME NEDENİYLE BAŞVURAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

#### Evaluation of Cases Who Applied to Child Emergency Clinic Because of Falling

Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇALIŞKAN\* Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra Sema SÖNMEZ \*\*

\* Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu

\*\* Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD

#### ÖZET

**Giriş:** Çocukluk çağında görülen düşmeler, acil servise başvuru nedenleri arasında sıkça yer almaktadır. Bu çalışma ile çocukluk çağında görülen düşme vakalarının analizinin yapılarak düşme olaylarının meydana gelmesini önlemek amacıyla alınabilecek tedbirler konusunda sağlık yöneticilerine ve ailelere katkı sağlamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, Kapadokya bölgesinde bulunan bir devlet hastanesi çocuk acil servisine; 1 Ocak- 31 Aralık 2017 tarihlerinde, 0-17 yaşları arasında, düşme nedeniyle başvuran, kayıtlarına tam ulaşılan hastaların epidemiyolojik özelliklerini belirlemek amacıyla kesitsel-retrospektif olarak yapılmıştır. Belirtilen tarihler arasında kayıtlarına tam olarak ulaşılan 164 olgu incelenmiş, araştırmada Etik Kurul ve ilgili kamu kurumunun onayı alınmıştır. Veriler bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmada düşme olgularının; sıklıkla 0-2 yaş (%23.8) ve 6-8 yaş (%21.3) grubunda olduğu, yarından fazlasının (% 54.9) erkek, çoğunluğunun (%81.7'si) ayakta tedavi, % 13.4'ünün ise sevk edildiği belirlenmiştir. Düşme nedenleri sırasıyla; yüksek bir yerden (%29.9), merdiven ve basamaktan (%25.6), yataktan koltuktan (%25.0) ve ağaçtan düşme (%11.6) olarak saptanmıştır. Olguların daha çok yaz mevsiminde (%41.5) ve 08.00-17.00 saatleri arasında (%57.9) düşme nedeniyle acil servise başvurduğu bulunmuştur.

0-6 yaş grubundaki çocuklar, yataktan ve koltuktan düşme (%50.0), 7 yaş ve üzerindeki çocuklar ise merdiven/basamaktan (%31.8) ve yüksek bir yerden düşme (%30.7) nedeniyle acile başvurmakta olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.001).

**Sonuç:** Bu bulgular doğrultusunda, erkek ve riskli yaş gruplarındaki çocukların, düşmelerden korunması, morbidite ve mortalitenin azaltılması için ailelere koruyucu önlemlerin alınması konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** çocuk, çocuk acil, düşme, travma

#### ABSTRACT

**Introduction:** Falling is seen that in childhood takes place among applying causes to emergency clinic. This study is aimed to contribute to health managers and families about protection from falling by analyzing falling cases in childhood.

**Method:** The study was conducted to determine epidemiologic features of patients who were 0-17 aged and applied to a government hospital at Cappadocia region because of falling between 1st January and 31st December 2017, as sectional-retrospective. Total 164 cases were investigated and Ethical Institute, related hospital consents were obtained. Data was evaluated by using descriptive statistics and chi-square test at computer program.

**Results:** It is determined that of the cases; were between 0-2 years old (23.8%) and 6-8 years old (21.3%), more than half were boys (54.9%), 81.7% were outpatients and 13.4% were referred. Causes of falling were as followings; from a high place (29.9%), upstairs and a step (25.6%), bed or seat (25.0%) and tree (11.6%). It is found that cases applied to emergency clinic in summer (41.5%) and between the hours of 08.00-17.00 (57.9%) because of falling.

Also, it is determined that 0-6 aged fell from bed and seat (50.0%), and 7 and over aged children fell from stairs/steps (31.8%) and a higher place (30.7%) and difference between groups were significant as statistically (p<0.001).

**Conclusion:** It is suggested that education about protective measures should be given for families to protect children who is boy and in risky aged group from falling and decrease mortality and morbidity.

**Key words:** child, child emergency, falling, trauma

## Sözel 12 (ÖZET)

### YAŞAMIN İLKBAHARINDA SESSİZ ÇIĞLIK, ÇOCUK CİNSEL İSTİSMARI

#### Silent Scream, Child Sexual Abuse

Lisans Öğrencisi Cuma DEMİR\*, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmeni Dilek DEMİR\*\*

\*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak SYO, Hemşirelik Bölümü

\*\*İstanbul/ Türkiye

#### ÖZET

**Giriş:** Cinsel istismar; “henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun, bir yetişkin veya ergen tarafından cinsel haz ve ihtiyacı gidermek için şiddete başvurarak, tehdit ya da kandırma yolu ile cinsel etkileşime maruz bırakılması” olarak ifade edilir. Çocuğa yönelik istismar; fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel istismar olmak üzere sınıflandırılır. Bu tür istismarlardan birine maruz kalan çocuk üzerinde kronik etkiler oluşmaktadır. Bu durum birey ve toplum üzerinde de büyük etkiler yaratmakta ve birçok soruna sebep olmaktadır. Bu araştırmanın amacı çocuk cinsel istismarının bulgularını tespit etmek ve konuyla ilgili aile, birey ve toplum üzerinde farkındalık yaratıp önleyici tedbirlerin alınmasını sağlamaktır.

**Gereç Ve Yöntem:** Araştırma kapsamında 1980-2018 yılları arasında “çocuk cinsel istismarı” ile ilgili yapılan çalışmaları belirlemek için Türk Atıf Dizini, YÖK Ulusal Tez Merkezi, Pubmed, EBSCO ve Medline/Embase veri tabanları taranmıştır. Tarama yapılırken, çocuk (child), istismar (exploitation), cinsel istismar (sexual abuse) anahtar sözcükleri kullanılmıştır.

Araştırmacılar tarafından ulaşılan kaynakların örnekleminde çocuk cinsel istismar konusunu ele alan çalışmalarda Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri incelenmiştir.

**Bulgular:** Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bildirimlere göre dünyada her yıl 15 yaş altında 31000 çocuğun hayatını çocuk istismarı sebebiyle kaybettiği göstermektedir. Ülkemizde UNICEF tarafından yapılan çocuk istismarı konulu araştırmasına göre 7-18 yaş gurubu çocuklarda duygusal istismarın %51, fiziksel istismarın %43, cinsel istismarın %3 oranında olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Gerek Türkiye’de gerekse diğer ülkelerde çocuk istismarı konusunda birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen son yıllarda cinsel istismar vakalarında bir artış gözlenmektedir. Bu durum da çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Bu tür vakaların tekrarlanmaması için aile, toplum ve bireye büyük görev düşmektedir. Ailelerin bu konuda eğitilmesi, toplumsal farkındalık yaratılması, cezaların caydırıcılığının artırılması ve Son olarak ise çocuklara yönelik koruyucu programlar oluşturulup kalıcı ve uzun vadeli çözümlere odaklanılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler;** Çocuk, İstismar, Cinsel istismar

#### ABSTRACT

**Introduction:** Sexual abuse; "A sex, an adult or adolescent who has not completed sexual development yet pose for sexual desire and need, does not endure sexually by threatening or deceiving". Abuse of the child; physical, emotional, economic and sexual abuse. Chronic effects occur on a child exposed to one of these types of abuse. This creates great impacts on the individual and society and causes many problems. The purpose of this study the findings of the child sexual exploitation and to the family about this issue on the individual and society to create awareness to preventive measures.

**Material And Method:** Between the years 1980-2018 the context of research "child sexual abuse" related Turkish Citation Index to determine the studies, YÖK National Thesis Center, Pubmed, EBSCO and Medline / Embase databases were searched. While scanning, children (child), abuse (exploitation), sexual abuse (sexual abuse) keywords are used. The study of the World Health Organization has been examined in studies dealing with the issue of child sexual abuse in the sample of sources reached by the researchers.

**Results:** The World Health Organization has been made in the world every year of the child under the age of 15 31000 were lost due to child abuse in our country shows the unofficial estimates by research on child abuse of children between the ages of 7-18 resulting from emotional abuse physical abuse 51%, 43%, sexual abuse by 3%.

**Conclusion :** Both on child abuse in other countries as well as in Turkey, although there have been many studies in recent years an increase in sexual abuse cases are observed. The recurrence of this type of cases of the family, the community and individuals with large corresponds to the task. Families and social programs to raise awareness on this issue should be to create awareness of the protection of children programs can be created and permanent and should focus on long-term solutions.

**Keywords;** children, abuse, sexual abuse

## Sözel 13 (ÖZET)

### SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN KADINA YÖNELİK ŞİDDET BELİRTİLERİNİ TANIMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

#### Determination Of The Levels Of Recognizing The Signs Of Violence Against Women Of School Of Health Students

Dr. Öğretim Üyesi Derya Şahin\*, Hatice Ceylan\*\*

\*Sinop University, School of Nursing, Sinop, Turkey

\*\*Mehmet Akif Ersoy University, Bucak School of Nursing, Burdur, Turkey

#### ÖZET

**Amaç:** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeylerini belirlemektir.

**Yöntem:** Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı niteliktedir. Etik ve kurumsal izinlerin ardından 2016-2017 akademik yılında eğitim alan 140 gönüllü öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler anket formu ve “Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek (HEHKYŞBTYÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzdelik dağılım, bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerimizin 106 sı hemşirelik bölümünde, 34 ü ise Acil Yardım ve Afet bölümünde eğitim almaktaydı. Toplam ölçek puanı  $18.90 \pm 2.99$  idi. Cinsiyete göre kadınların fiziksel ( $p=0.001$ ), duygusal ( $p=0.045$ ) şiddet belirtilerini tanıma alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının ( $p=0.001$ ) erkek öğrencilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Kadına yönelik şiddet eğitimi alma, şiddete tanıklık etme ya da bölümlere göre HEHKYŞBTYÖ toplam puanı istatistiksel farklılık göstermemiştir.

**Sonuçlar:** Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlama düzeyleri yetersiz olarak bulunmuştur.

**Anahtar sözcük:** şiddet, kadına yönelik şiddet, öğrenci, tanımlama

#### ABSTRACT

**Introduction:** To determine the levels of recognizing the signs of violence against women of school of health students.

**Methods:** Our study is descriptive type and After ethics and institutional permission, it was realized with the participation of 140 volunteer students who were educated in 2016-2017 academic years, Data were collected via questionnaire form and the “scale for recognizing the signs of violence against women of nurses, midwives and physician(SRSVAWNMP)”. Data analysing were used means, standart deviation, frequency, t test and ANOVA test.

**Results:** 106 of students were in nursing department , 34 of them were in Emergency Aid and Disaster department . Total scales points were  $18.90 \pm 2.99$ . According to the gender, the subscales and total scale points of physical ( $p=0.001$ ), and emotional ( $p=0.045$ ) violence of women were significantly higher than male students. the total score of SRSVAWNM did not show any statistical difference. Training on violence against women, to witness violence or according to department he total score of SRSVAWNM did not show statistical difference

**Conclusion:** The levels of recognizing the signs of violence against women of school of health students were inadequate.

**Key words:** violence, violence against women, recognition

## Sözel 14 (ÖZET)

# PEDİATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİ KONUSUNDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİ

## The Levels Of Information And Awareness About Child Abuse And Neglect Of Doctors And Nurses Working In Pediatric Clinics

Hemşire Dilek KAPTAN\*, Dr. Öğr. Üyesi İlnur KAHRİMAN\*\*,  
Dr. Öğr. Üyesi Şebnem KADER\*\*\*

\*KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

\*\* KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

\*\*\*KTÜ Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Neonatoloji Birimi

### ÖZET

**Amaç:** Çalışma, pediatri kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve farkındalıklarını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı tipte olup, gerekli izinler alındıktan sonra, Trabzon il merkezine bağlı hastanelerin pediatri kliniklerinde görev yapan ve araştırmaya katılmada gönüllü olan 53 hekim ve 180 hemşire ile Ocak-Aralık 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanmasına Yönelik Ölçek Formu" ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hekimlerin %58,5'inin, hemşirelerin ise %97,2'sinin kadın olduğu, hekimlerin %58,5'inin 27-35 yaş arası, hemşirelerin ise tüm yaş gruplarında eşit dağıldığı ve çoğunluğun (hekim %66, hemşire %58,3) evli olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin %43,4'ünün, hemşirelerin ise %25'inin çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim aldıkları ve eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p=0,01$ ). Hekimlerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanılanması formu genel puan ortalamasının ( $3,92\pm 0,32$ ) hemşirelere ( $3,63\pm 0,34$ ) oranla daha yüksek olduğu ve yine çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alan katılımcıların ölçek puan ortalamalarının (hekim  $4,05\pm 0,33$ , hemşire  $3,77\pm 0,42$ ) da eğitim almayanlara oranla anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve farkındalıklarının orta düzeyde olduğu, çoğunun çocuk istismarı ve ihmali konusunda daha önce eğitim almadığı, yasal yükümlülük ve bildirim yapma süreci ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** istismar, ihmal, farkındalık, hekim, hemşire, çocuk

### ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to determine the knowledge and awareness of pediatricians and nurses working in pediatric clinics on child abuse and neglect.

**Method:** The study was descriptive and carried out between January and December 2016 with 53 physicians and 180 nurses who volunteered and work in the pediatric clinics of Trabzon provincial center hospitals after taking the necessary permits. The data were collected by the "Introductory Information Form" and the "Scale Form for Diagnosis of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect".

**Results:** It was found that 58.5% of participant physicians and 97.2% of nurses were female; 58.5% of the physicians were between 27-35 years of age; nurse group were evenly distributed in all age groups and majority of them (66% of physicians, 58.3% of nurses) were married. It was found that 43.4% of physicians and 25% of nurses were trained on child abuse and neglect and there was a statistically significant difference between their education status ( $p=0,01$ ). The average score of the physician's diagnosis of symptoms and risks of child abuse and neglect ( $3,92\pm 0,32$ ) was higher than that of nurses ( $3,63\pm 0,34$ ) and the average of scale scores of participants trained in child abuse and neglect (physician  $4,05\pm 0,33$ , nurse  $3,77\pm 0,42$ ) were found to be significantly higher than those who did not receive education.

**Conclusion:** It was seen that physicians and nurses had a moderate level of knowledge and awareness about child abuse and neglect, lack of knowledge about the legal obligation and notification process and most of them were not educated about child abuse and neglect.

**Key Words:** abuse, neglect, awareness, physician, nurse, child

## Sözel 15 (ÖZET)

# BİYOLOJİK SİLAH OLARAK PARAZİTLER: DERLEME

## Parasites As Biological Weapons: A Review

Dr. Hilal TOKGÖZ\*, Dr. Ebru YOLAÇAN\*, Prof. Dr. İsmail Hamit HANCI\*

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZET

**Giriş:** İnsanlarda, hayvanlarda ve bitkilerde hastalık oluşumuna, ölümüne yol açan bakteri, virüs, parazit gibi mikroorganizmalar, mantarlar veya toksinler biyolojik ajan olarak isimlendirilir. Bioterrorizm ise bu ajanların kullanılarak sivil halkın hedef alındığı saldırılardır. Son yıllarda teknoloji ve gen dünyasının gelişmesine bağlı biyolojik ajanların kolayca çoğaltılması, maliyet açısından ucuz olması, kolay ulaşılabilmesi, dış ortam şartlarına daha dayanıklı olması, nükleer ve kimyasal olaylarda biyolojik silahlara nazaran ilk belirtilerin daha çabuk ortaya çıkmasından ötürü kullanılmaya başlanmıştır.

**Bulgular:** 2017 yılında, Dünya genelinde 65,6 milyon kişi yaşadıkları bölgelerden zorla yerlerinden edilmiş, UNHRC yetkisi altında 17,2 milyon kişi ve UNRWA tarafından tescil edilmiş 5,3 milyon Filistinli olmak üzere toplamda 22,5 milyon mülteci olmuştur. Ortadoğu ve Afrika'daki çatışma ve siyasi kargaşa, son birkaç yıldır mülteci sayısında görülmemiş bir artışa yol açmıştır. Bu artışa bağlı mülteciler toplu yaşam koşullarının da etkisiyle tıbbi durumlardan mağdur olmuşlardır. Ülkeler arası yapılan yolculuklar, artan vektör sayısına bağlı yayılım gün geçtikçe büyümüştür. Buna bağlı olarak parazitlerin yayılımı da artmıştır. Mültecilerin geçirdiği yolculuk, mülteci kamplarında veya yerleşim yerlerinde kalabalık koşullar ve düzenli tıbbi bakım eksikliği de bu duruma yardımcı olmamış, antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı, sanayileşme ve nüfus hareketleri sebebiyle dünya çapında ortaya çıkan ve yayılan direnç mekanizmalarına bağlı küresel bir sorun haline gelmiş, antimikrobiyal direncin (AMR) alevlenmesi neticesinde durum endişe verici bir hal almıştır.

**Tartışma ve Sonuç:** Parazitler enfeksiyonlardan etkilenen insanların sadece tedavi ve gözlemleri değil, aynı zamanda vektörle bulaşan parazitin, orada bulunan diğer bölgelere dağılmasını engelleyen, vektör kontrolünün entegre bir şekilde yapılmasını sağlayan yönetimin de kurulması gerekir. Üstelik vektörler aracılığıyla paraziti kapan bu yeni hastaların tedavi maliyetlerini de kapsayan bir acil durum planı, hem laboratuvarların hastalık teşhisindeki hızı ve rolü hem de hastalığın evrimi ve tedavisi için mevcut olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Biyolojik silah, parazit, göç.

### ABSTRACT

**Introduction:** Microorganisms such as bacteria, viruses, parasites, fungi or toxins which cause death and disease in humans, animals and plants are called biological agents. The Bioterrorism is an attack which targeted the civilian population using these agents. In recent years, it has begun to be used due to the easy increase of biological agents depending on the development of technology and gene world, cheap in terms of cost, easy to reach, more resistant to outdoor conditions, the earlier indication of the first symptoms with respect to biological weapons in nuclear and chemical events.

**Results:** In 2017, an unprecedented 65.6 million people around the world have been forced from home. A total of 22.5 million refugees have been 17.2 million people under UNHRC authority and 5.3 million palestinian to be registered by UNRWA. Conflict and political turmoil in the Middle East and Africa has led to an unprecedented surge in the number of refugees over the past few years. Due to this increase, the refugees have been suffering from medical conditions under the collective living conditions. With inter-zone trip, the increasing number of vectors grows day by day. Consequently, the spread of parasites has also increased. Immigration by refugees, crowded conditions and regular medical care shortages in refugee camps or settlements have not helped this situation, the inappropriate use of antibiotics has become a global problem linked to the worldwide emerging and spreading resistance mechanisms in view of industrialization and population movements, situation has become alarming in consequence of exacerbation of antimicrobial resistance (AMR).

**Discussion and Conclusion:** People affected by parasitic infections need not only treatments and observations, but also an administration that allows the integration of vector control, which prevents the spread of parasitic contamination in other areas located there, as well as the treatment and observations. Moreover, an emergency plan, including the cost of treatment for these new patients who paralyze through vectors, should be available both for the speed and role of laboratories in disease diagnosis and for the evolution and treatment of the disease.

**Keywords:** Biological weapons, parasite, migration.



## Sözel 16 (TAM METİN)

### KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMA; BİR HASTANENİN ACIL SERVİSİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN BİLGİ VE TUTUM DÜZEYLERİ

#### Recognition Of The Signs Of Violence Against Women; Knowledge And Attitude Levels Of Nurses And Midwives Who Work In A Hospital Emergency Service

Uzm. Hem. Halil İbrahim Ölçüm\*, Dr.Öğr.Üyesi Ece Yazla Asafov\*  
\*Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

#### ÖZET

**Giriş:** Acil servislerde çalışan sağlık personellerinin tutumları, şiddete maruz kalan kadınları tespit etmek ve sağlığını geliştirmek için önemlidir. Bu çalışmayla acil serviste çalışan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusundaki bilgilerini, tecrübelerini ve tutumlarını araştırmak amaçlandı.

**Materyal ve Metod:** Bu çalışma Mayıs – Ağustos 2018 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde görev yapmakta olan hemşire, ebe ve sağlık memurları ile gerçekleştirildi. Çalışmaya katılanlara, 8 sorudan oluşan ve sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Bilgi Formu ile “Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek (HEKYŞBTYÖ)” uygulandı.

**Bulgular:** Ölçek toplam puan ortalaması  $22,97 \pm 3,46$ , fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalaması  $9,27 \pm 1,48$  ve duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalaması  $13,69 \pm 2,45$ 'ti.

**Sonuç:** Hemşire ve ebelerin öğrenimleri sırasında veya çalışma yaşamlarında kadına yönelik şiddet mağdurlarını saptamak konusunda eğitim almaları, şiddete uğrayan kadınları tanıma ve onlara yardımcı olma konularında kendilerine olan güvenlerinin artmasını sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** kadına şiddet, acil servis, hemşire ve ebe

#### ABSTRACT

**Introduction:** The attitudes of health staff who work in emergency services are important to identify women who are exposed to violence and to improve their health. It was aimed to investigate the knowledge, experiences and attitudes of the nurses and midwives who work in the emergency service about the recognition of violence against women in this study.

**Materials and methods:** This study was carried out between May and August 2018 with nurses, midwives and health officers in Hitit University Çorum Erol Olçok Education and Research Hospital Emergency Service. A sociodemographic information form with 8 questions which was prepared by principal investigator and "The scale for recognizing the signs of violence against women by nurses and midwives (" were applied to the participants.

**Findings:** The mean score of the total scale was  $22,97 \pm 3,46$ , physical symptoms subscale was  $9,27 \pm 1,48$  and emotional symptoms subscale was  $13.69 \pm 2.45$ .

**Results:** Training in identifying victims of violence against women during nurses' and midwives' education or working life may increase their confidence in recognizing and helping women who are subjected to violence.

**Keywords:** Violence against women, emergency service, nurse and midwife

## Sözel 16 (TAM METİN)

### KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BELİRTİLERİNİ TANIMA; BİR HASTANENİN ACİL SERVİSİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN BİLGİ VE TUTUM DÜZEYLERİ

#### Recognition Of The Signs Of Violence Against Women; Knowledge And Attitude Levels Of Nurses And Midwives Who Work In A Hospital Emergency Service

Uzm. Hem. Halil İbrahim Ölçüm\*, Dr.Öğr.Üyesi Ece Yazla Asafov\*  
\*Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

#### Giriş

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmıştır ve şiddetin en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olarak yaşandığı bildirilmiştir (1).

Acil servislerin şiddete maruz kalan kadınların aile/arkadaş ve polisten sonra yardım almak için en çok başvurdukları üçüncü yer olduğu bildirilmiştir (2). Bu durum acil serviste çalışan hemşire ve ebelerin, şiddete uğrayan kadınların tanımlanarak gerekli müdahalenin yapılması açısından önemlidir. Şiddete uğrayan kadınların sağlık durumlarının iyileştirilmesi için hemşirelerin bu konuda eğitilmesinin gerekliliğinin bildirilmesi de bu konuyu desteklemektedir (3).

Türkiye’de sağlık personelinin kadına yönelik şiddet konusunda eğitim durumunun araştırıldığı çalışmaların sonuçları, sağlık personellerinin yarısından azının bu konuda eğitim aldığını ortaya koymuştur (4,5,6). Bu çalışmayla acil serviste çalışan hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusundaki bilgilerini, tecrübelerini ve tutumlarını araştırmayı amaçlandı.

#### Materyal Ve Metod

Bu çalışma Mayıs – Ağustos 2018 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde görev yapmakta olan hemşire ve ebelerle gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan olgulara, araştırma ekibince hazırlanan ve 9 sorudan oluşan Sosyodemografik Bilgi Formunun yanı sıra Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek uygulandı. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı veriler yüzde ve ortalama ile, karşılaştırmalar ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile gerçekleştirildi.

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek(HEKYŞBTYÖ): 2003 yılında Baysan tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenirlik

çalışması yapılan ölçek kadına yönelik şiddet belirtilerini hemşire ve ebelerin ne kadar tanıdıklarını değerlendiren doğru-yanlış şeklinde cevapların alındığı 31 maddeden oluşan bir ölçektir (7). Toplam ölçek puanı 0-31 aralığında, fiziksel alt ölçek puanı 0-13 aralığında ve duygusal alt ölçek puanı 0-18 puan aralığında olabilmektedir. Fiziksel, duygusal ve toplam puanlar esas alınarak yapılan değerlendirmelerde yüksek puanlar bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

### Bulgular

Çalışmaya katılan 36 olgunun yaş ortalamasının  $32,08 \pm 6,43$  olduğu, olguların %55,6'sının kadın olduğu ve %69,4'ünün hemşire olduğu belirlendi.

1-Cinsiyet	N	%
Kadın	20	55,6
Erkek	16	44,4
2-Meslek	N	%
Ebe	11	30,6
Hemşire	26	69,4
3-Acil Serviste Çalışma Süresi	N	%
0-1 yıl	9	25,0
1-5 yıl	11	30,6
5-10 yıl	9	25,0
10 yıl üstü	7	19,4

Tablo 1: Olguların sosyodemografik bilgileri

Olguların %61,1'i öğrenimi sırasında dersleri içinde kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldığını, %63,9'u meslek yaşamı sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda bir eğitime katıldığını, %55,4'ü iş yaşamında şiddete uğramış bir kadınla veya şiddet uygulamış bir hastayla karşılaştığını belirtti.

4-Öğreniminiz sırasında dersleriniz içinde kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldınız mı?	N	%
Evet, aldım	22	61,1
Hayır, almadım	14	38,9
5-Meslek yaşamınız sırasında hizmet içi eğitim programlarında kadına yönelik şiddet konusunda herhangi bir eğitime katıldınız mı?	N	%
Evet, katıldım	23	63,9
Hayır, katılmadım	13	36,1
6-İş yaşamınızda şiddete uğramış bir kadınla veya şiddet uygulamış bir hastayla karşılaştınız mı?	N	%
Evet, birkaç kez	20	55,6
Evet, çoğu kez	16	44,4

Tablo 2: Olguların kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve karşılaşma durumlarına ilişkin bulgular

Olguların %47,2'si meslek yaşamında şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığında anamnez olarak hekime yönlendireceğini bildirdi. Ayrıca olguların %41,7'si de kadına şiddeti tanıma konusunda orta düzeyde kendine güvendiğini belirtti.

7-Meslek yaşamınızda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığınız hemşire/ebe olarak ne yaparsınız?	N	%
Ne yapacağımı bilemeyebilirim	8	22,2
Anamnez alırım ve hekime yönlendiririm	17	47,2
Yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği	11	30,6
8-Kadına şiddeti tanıma konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	N	%
1- Hiç	0	0
2- Az	5	13,9
3- Orta	15	41,7
4- Çok	8	22,2
5- Çok fazla	8	22,2

Tablo 3: Olguların kadına yönelik karşılaşma durumundaki tepkilerine ilişkin bulgular

Olguların HEKYŞBTYÖ puan ortalamalarına bakıldığında ölçek toplam puan ortalamasının  $22,97 \pm 3,46$ , fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamasının  $9,27 \pm 1,48$  ve duygusal belirtiler alt ölçek ortalamasının ise  $13,69 \pm 2,45$  olduğu belirlendi.

HEKYŞBTYÖ	Ort±SS
Fiziksel Belirtiler Alt Ölçeği	$9,27 \pm 1,48$
Duygusal Belirtiler Alt Ölçeği	$13,69 \pm 2,45$
Ölçek Toplam Puanı	$22,97 \pm 3,46$

Tablo 4: Olguların ölçek puan ortalamaları

## Sonuç

Çalışmaya katılan olguların %61,1'inin öğrenimleri sırasında dersleri içinde %63,9'unun meslek yaşamları sırasında kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldıkları bulundu. Kıyak ve Akın tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada hemşire ve ebelerin % 82,6'sının öğrenimleri sırasında ve % 94,2'sinin ise meslekte çalışma süresi içinde kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadıkları (4), 2012 yılında Sarıbiyık tarafından yapılan başka bir çalışmada hekim, hemşire ve ebelerden oluşan sağlık çalışanlarının %77,1'inin mezuniyet öncesinde ve %31,6'sının mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet eğitimi almamış oldukları belirtilmektedir (5). 2016 yılında Kahyaoglu Süt ve Akyüz tarafından yapılan bir çalışma ise, hemşire ve ebelerin yalnızca %21,5'inin öğrenimleri sırasında kadına yönelik şiddet konusunda bilgi aldıklarını bildirmiştiler (6). Bu veriler ile karşılaştırıldığında, bu çalışmaya dâhil olan olguların kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma durumlarının literatürdeki diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuç, son yıllarda

medyada sıklıkla yer alan kadına şiddet olaylarının bu konudaki duyarlılığı artırmış olmasına bağlı olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Acil servislerin şiddete uğrayan kadınlar için güvenilir ve ulaşılabilir bir yardım kaynağı oldukları bildirilmektedir (8). Çalışmamıza dâhil olan olguların %55,4'ünün, iş yaşamında şiddete uğramış bir kadınla veya şiddet uygulamış bir hastayla karşılaşmış oldukları bulundu. Şiddete uğramış bir kadınla karşılaşma oranı, 2003 yılında Baysan tarafından yapılan çalışmada %67,5 ve Kıyak tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada %71,6 bulunmuştur (7,9).

Çalışmamıza katılan olguların %47,2'si şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığında anamnez olarak hekime yönlendireceğini bildirdi. Kıyak'ın çalışmasında bu oran %16,5 bulunmuştur (9). Bunun yanında Sarıbiyık hemşirelerin %82,2'i ve ebelerin %78,9'u şiddete uğrayan bir kadın ile karşılaştıklarında bildirim yapacaklarını belirtmektedir (5). Çalışmamıza katılan olguların %30,6'sının da şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştığında yasal konularda ve kurumsal yardım alabileceği kuruluşlar hakkında bilgilendireceğini belirtiyor olması, çalışmamızdan elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmada yer alan olguların %41,7'si kadına şiddeti tanıma konusunda orta düzeyde kendine güvendiğini bildirdi. Kıyak ve Akın'ın çalışmasında yer alan hemşire ve ebelerin %87,2'si ise şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüklerini belirtmektedir (4). Kahyaoğlu Süt ve Akyüz ise hemşire ve ebelerin %28,2'sinin kadına yönelik şiddeti ele almada yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmiştir (6). Bu çalışmaya katılan olguların kadına yönelik şiddet konusunda eğitim düzeyinin diğer çalışmalara göre yüksek olması, bu konuda kendine güvenlerinin de yüksek olmasına sebep olmuş şeklinde yorumlanabilir.

Olguların ölçek puan ortalamalarına bakıldığında ise literatürle uyumlu bulgular elde edildiği belirlenmiştir. Çalışmamızda olguların HEKYŞBTYÖ puan ortalamalarına bakıldığında ölçek toplam puan ortalamasının  $22,97 \pm 3,46$ , fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamasının  $9,27 \pm 1,48$  ve duygusal belirtiler alt ölçek ortalamasının ise  $13,69 \pm 2,45$  olduğu belirlendi. Literatürde bu ölçeği kullanarak yapılan çalışma sayısı sınırlı olduğundan yalnızca Kıyak'ın çalışmasında toplam ölçek puan ortalaması bulguları değerlendirildi. Kıyak, 2008 yılında yaptığı çalışmasında toplam ölçek puan ortalamasının  $17,07 \pm 3,40$ , fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamasının  $6,99 \pm 1,62$  ve duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamasının  $9,59 \pm 2,33$  olduğu belirtilmektedir (9). Bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur.

Literatürde bu konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi bu araştırmanın sonucunda da, hemşire ve ebelerin öğrenimi sırasında kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya yönelik eğitim konularının ders müfredatında yer almasının ve çalışma yaşamlarında hemşire ve ebeler için kadına yönelik şiddet mağdurlarını saptamak konularında eğitim programlarının düzenlenmesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu konuda alınan eğitimlerin, hemşire ve ebelerin şiddete uğrayan kadını tanıma ve ona yardımcı olma konusunda kendilerine olan güvenlerinin artmasını sağlayacağı düşünülebilir.

## Kaynaklar

- 1-World Health Organization (2002) World Report on Violence and Health. Geneva: WHO. <http://www.who.int>
- 2-Pakieser RA, Lenaghan PA, Muelleman RL. Batteredwomen: wheretheygoforhelp. J EmergNurs. 1998 Feb;24(1):16-9.
- 3-Häggbloom AM, Hallberg LR, Möller AR. Nurses' attitudes and practices towards abused women. Nurs Health Sci. 2005;7(4):235-242.
- 4-Kıyak S, Akın B. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2010;12(2):5-16.
- 5-Sarıbıyık M. Malatya merkez sağlık ocaklarında çalışan hekim, hemşire ve ebelerin şiddet deneyimleri ve kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve davranış düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2012.
- 6-Kahyaoğlu Süt H, Akyüz P. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyleri. JACSD. 2016;06:1-15.
- 7-Baysan L. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme (Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2003.
- 8-Corbally MA. Factors affecting nurses' attitudes towards the screening and care of battered women in Dublin A&E departments: a literature review. Accid Emerg Nurs. 2001;9(1):27-37.
- 9-Kıyak S. Sağlık ocağında çalışan hemşire ve ebelerin ailede kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı;2008.

## Sözel 17 (ÖZET)

### HEMŞİRELERİN AYDINLATILMIŞ ONAMA YÖNELİK GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI: ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

#### The Opinions and Practices of Nurses Regarding Informed Consent: Example of University Hospital

Elif AKYÜZ\*, Yurdagül ERDEM\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

**Giriş:** Aydınlatılmış onam hasta otonomisi sağlamanın en önemli gereğidir. Literatürde aydınlatılmış onam konusunda hemşirelerin sorunlarla karşılaştığı, bilgilerinin yetersiz olduğu, eksik ve yanlış uygulamalar yaptıkları yer almaktadır. Bu çalışma hemşirelerin aydınlatılmış onama yönelik görüş ve uygulamalarının belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metod:** Çalışma bir üniversite hastanesi erişkin kliniklerinde çalışan 88 hemşire ile 2018 yılı Nisan ayında yürütülmüştür. Veriler literatürden yararlanılarak hazırlanan 41 soruluk form ile toplanmıştır. Çalışma, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na onaylanmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin %89,8'i bayan, %78,4'ü evli, %89,8'i lisans mezunudur. Yaş ortalaması 34,6±6,4 olup çalışma yılı ortalaması 12,4±6,7'dir. Hemşirelerin %56,8'i aydınlatılmış onam eğitimine ihtiyaç duyduğu, %54,5'inin bu konuda "kısmen" sorumluluk hissettiği, %89,8'i hemşirelik girişimleri için hastaların bilgilendirilmesi gerektiğine inandığı ancak yazılı onamını almaya gerek olmadığı (%38,6) görüşünü bildirmişlerdir. Hastaya yapılacak hemşirelik girişimleri ile ilgili bilgilendirilme sürecinde yaşadıkları güçlükler; iş yükünün fazla olması (%61,3), kurumda böyle bir uygulama ve prosedür olmaması (%18,9) ve hastaya ait faktörleri (%20) gerekçe olarak göstermişlerdir. Hemşirelerin %79,5'inin hastalardan hekim tarafından tıbbi tedavi için onam alınıp alınmadığını kontrol ettiği, %29,5'inin bu durumda herhangi bir uygulama yapmadığı saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmada hemşirelerin çoğu aydınlatılmış onama konusunda bilgiye gereksinim duydukları, süreçte sorun yaşadıkları, eksik uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir. Hizmet içi eğitimlerin verilmesi, hastane politika ve prosedürlerin geliştirilmesi konuya ilişkin önerilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Aydınlatılmış Onam; Hemşirelik girişimi; Hemşirelik; Etik

#### ABSTRACT

**Introduction:** Informed consent is the most important requirement of ensuring patient autonomy. In the literature, it is stated that nurses face problems, their knowledge is inadequate, they perform incomplete and wrong practices. This study was carried out to determine the views and applications of nurses for informed consent.

**Materials and Methods:** The study was conducted in April 2018 with 88 nurses working in adult clinics at a University Hospital. Data were collected with 41 questionnaires prepared using the literature. The study was approved by the Ethics Committee for non-interventional Research.

**Results:** It was determined that 89.8% of nurses were female, 78.4% were married, 89.8% of nurses were undergraduate graduates. The mean age was 34.6±6.4 and the average of the working years was 12.4±6.7. 54.5% of nurses needed informed consent training, 54.8% felt "partially responsible" in this regard, 89.8% believed that patients should be informed about nursing interventions, but did not need to receive written informed consent (38.6%). Nurses have shown the difficulties they experienced in informing the patient about the nursing interventions; the workload is over (61.3%), the lack of such practice and procedures in the institution (18.9%) and the factors related to the patient (20%) as justification. It was determined that 79.5% of nurses checked whether their patients received informed consent for medical treatment by the physician and 29.5% of nurses did not perform any application in this case.

**Conclusion:** in this study, it was determined that most nurses need information about informed consent, they have problems in the process, and they have inadequate applications. The provision of in-service training and the development of hospital policies and procedures may be recommended.

**Key words:** Informed consent, nursing interventions, nursing, ethics.

## Sözel 18 (TAM METİN)

### İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİ

#### Patient Safety In Intramuscular Injection Applications

Dr. Öğretim Üyesi Hüsna ÖZVEREN\*, Arş. Gör. Dr. Emel GÜLNAR\*,  
Arş. Gör. Kamile KIRCA\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

#### ÖZET

İlaç uygulamaları hemşirelerin en önemli işlevlerinden biridir. Parenteral ilaç uygulama yollarından biri olan intramüsküler enjeksiyon zorunlu olmadıkça uygulanmaması gerekmektedir. İntramüsküler enjeksiyon uygulaması sonrası bazı komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu durumun komplikasyon mu yoksa ilaç uygulama hatası mı olduğunu belirlemek önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin intramüsküler enjeksiyon uygulamasında yenilikleri takip ederek hasta için en yararlı olacak şekilde uygulanması gerektiğini bilmesi hem hasta hakkı hem de hemşire açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** İntramüsküler enjeksiyon, hemşire, hasta güvenliği

#### ABSTRACT

Drug administration is one of the most important functions of nurses. One of the intramuscular routes of administration are parenteral injection should not be applied unless it is necessary. Some complications can be seen after intramuscular injection. It is important to determine whether this is a complication or a drug malpractice. For this reason, it is important for both the right of the patient and the nurse to know that nurses should be applied in the most useful way for the patient by following the innovations in the application of intramuscular injection

**Keywords:** Intramuscular injection, nursing, patient safety



## Sözel 18 (TAM METİN)

### İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİ

#### Patient Safety In Intramuscular Injection Applications

Dr. Öğretim Üyesi Hüsna ÖZVEREN\*, Arş. Gör. Dr. Emel GÜLNAR\*,  
Arş. Gör. Kamile KIRCA\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

#### Giriş

Tıbbi tedavilerin vazgeçilmez parçası olan ilaç uygulamalarının güvenli ve doğru uygulanması hemşirelerin hastalarına bakım verirken en önemli sorumluluklarından biridir. Hemşireler güvenli ilaç hazırlama, uygulama ve etkilerini değerlendirmede önemli bir rol oynarlar (1). Hemşireler birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar tüm sağlık kuruluşlarında ve evde bakım hizmetlerinde ilaç uygulamaları konusunda önemli bir görev üstlenmektedirler (2). Hemşireler ilaç uygulamalarında doğru ilacı, doğru hastaya, doğru dozda, doğru zamanda, doğru yolla verilmesi ve doğru kayıt edilmesini sağlamakla sorumludurlar (1). Hemşireler ilaç uygulamalarını basit bir beceri olarak görmemeli, bu uygulamanın bilgi ve becerilerini kullanarak klinik bir karar verme süreci olduğunun farkında olmalıdırlar (3). Hemşireler ilaç uygulamalarında yasal, ahlaki ve etik açıdan uygulanan her ilaçtan sorumludur. İlaç hatası ise; uygunsuz ilaç kullanımı ya da hastanın güvenliğini tehlikeye sokan önlenemez bir olay olarak tanımlanmaktadır (1,2). Hatalar, ilaçların istem edilmesinden uygulanmasına kadar olan tüm süreçte oluşabilmektedir. İlaçların uygulanması çok kritik bir aşamadır. Çünkü bu süreçte oluşacak bir hatayı düzeltme olasılığı sınırlı olmakla birlikte doğrudan hastaya zarar vermektedir. Literatürde ilaç uygulama hataları genellikle istem etme ve uygulama aşamasında meydana gelmektedir (4,5,6). Hemşirenin ilaç uygulama hatalarını önlemek için sadece ilaç uygulama tekniklerini bilmesi yeterli değildir. Hemşirelerin hatalı istemi anlaması, yorumlaması için yeterli ilaç bilgisine sahip olması ve ilaç uygulamalarında dikkat etmesi ya da uyması gereken yasal unsurları bilmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşirenin uyguladığı ilacı da doğru bir şekilde kayıt etmesi de sorumlulukları arasındadır (7,8). Böylece hemşire bu sorumlulukları yerine getirerek ilacın en üst düzeyde yararlı olmasını sağlayacaktır. Bu nedenle hemşireler kendi uygulamalarından sorumludurlar. Aynı zamanda hemşire bakımından sorumlu olduğu hastanın savunucusudur. Hemşireleri ilaçların güvenli uygulandığından emin olmak için, bu konuda sorumluluk yasa ve hasta hakları ile ilgili yasalar hakkında bilgi sahibi olmalıdır (2). Bu makalede, intramüsküler enjeksiyon uygulamalarında hasta güvenliği literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Hemşireler, ilaç uygulamalarında enteral ve parenteral yolları kullanmaktadır. Hemşire bu yolların doğru bir şekilde nasıl uygulanacağını bilmesi önemlidir (9). Parenteral ilaç

uygulama işlevi invaziv bir işlemdir ve lokal ilaç uygulamasına göre daha fazla risk içerir. Parenteral ilaç uygulama yollarından biri olan intramüsküler (IM) enjeksiyon, ilacın kas dokusu içine enjekte edilmesi olarak tanımlanmaktadır (1). IM enjeksiyon tedavide sıklıkla kullanılan temel beceri gerektiren bir teknik olmasına rağmen çok ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabileceğinden dikkatli bir şekilde yapılmalıdır (10). Güvenli bir şekilde yapılmayan IM enjeksiyon 1,3 milyondan fazla ölüme neden olmakta ve 535 milyon dolardan fazla tıbbi maliyete neden olabilmektedir (3). Bu nedenle hemşire IM enjeksiyonu yalnızca gerekli olduğunda ve güvenli bir şekilde uygulamalıdır (11). Hemşire IM enjeksiyonun gerekli olduğuna karar verdikten sonra doğru bölgeyi seçmelidir. IM enjeksiyon bölgesi komplikasyonlarında belirleyicisidir (3). Bir IM enjeksiyonu doğru ve etkili bir şekilde uygulamak için, gerekli araç-gereç seçilmeli, uygun bölge belirlenmeli ve doğru teknik kullanılarak uygun dozda ilaç verilmelidir. IM enjeksiyon farklı bölgelerden yapılabilmektedir. Bu bölgeler, deltoid kası, dorsogluteal (DG) bölge, ventrogluteal (VG) bölge, vastus lateralis ve rektus femorisdir (12). Seçilen bölgeyi, hastanın yaşı, enjekte edilecek ilaç, ilacın miktarı ve hastanın genel durumu belirlemektedir (1,2).

Deltoid kası radyal sinirlere ve brakiyal arterlere yakın olduğundan küçük hacimli aşılar için kullanımı uygundur. Bu bölgeye enjekte edilen ilaçlar hızla emilir. Genellikle bu kas aşı uygulamalarında, çocuk ve erişkinlerde kullanılır (1,3). Vastus lateralis ve rektus femoris bölgesinde yer alan kaslar geniş kan damarı ya da sinir içermediğinden güvenli kullanım alanı sağlar (1,3). Bir diğer enjeksiyon uygulama alanı olan VG bölge kalçanın yan tarafında kan damarlarının, sinir ve yağ dokusunun olmadığı bölgedir. Bu bölge literatürde IM enjeksiyon yapmak için en güvenli ve ağrısız bölge olarak bilinir (3,9). DG bölgenin damarlardan zengin olması, siyatik sinire yakın olması, subkütan dokunun kalın olması nedeniyle IM enjeksiyon uygulaması için riskli bölge olarak tanımlanmaktadır (13-15). Bu nedenle literatürde hemşirelerin DG bölgeyi kullanmaları önerilmemektedir. DG bölgeye alternatif olarak herhangi bir komplikasyon bildirimi olmayan VG bölge ilk tercih olarak önerilmektedir (1,9,16). DG bölgeye enjeksiyon sonrası hastalar uyuşma, karıncalanma ve güçsüzlük şikayeti ifade ederse siyatik sinire enjeksiyon yapılmış olabilir (2). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda hemşirelerin IM enjeksiyon alanı olarak sıklıkla DG bölgeyi tercih ettikleri görülmektedir (17,18). DG'de siyatik sinir ve dallarının enjeksiyon nedeniyle iatrojenik yaralanmaya neden olabilmektedir (19,20). Sinir yaralanmalarında hafif paresteziden kas paralizisine uzanan ciddi olabilecek sekelle sonuçlanabilmektedir (21,22). Bu tür durumlarda bireyler tıbbi uygulama hatası iddiası ile mahkemelere başvurabilmektedirler. Bu durumun komplikasyon mu yoksa tıbbi uygulama hatası mı olduğuna dair Adli Tıp Kurumuna başvurulmaktadır (20). Ünal ve ark. (2015)(20) Adli Tıp Kurumuna 2008-2010 yılları arasında mahkemeler tarafından gönderilen 121 olgu ile yapmış oldukları çalışmada 120 olgunun gluteal bölgeye, 1 olgunun kola yapılan enjeksiyonla başvurduğunu belirtmiştir. Bu çalışma sonucunda 119 olguda komplikasyon geliştiği, bir vakada mevcut tablonun lumbal

herni kaynaklı olduğu, bir vakada ise enjeksiyon uygulamasının tıp kurallarına uygun olmadığı ilgili mahkemelere bildirilmiştir (20).

### **IM Enjeksiyon Komplikasyonları**

IM enjeksiyon uygulama sonrası ağrı, steril abseler, enfeksiyon, kan damarı ve sinir zedelenmesi gibi komplikasyonlar gelişebilir. IM enjeksiyon uygulama sonrası %0.4 ile %19.3 arasında komplikasyon görülmektedir (23). IM enjeksiyon hastada iyileşme ve tedavi edici özelliği olmasına rağmen, ağrı ve rahatsızlığa neden olabilmektedir (24). IM enjeksiyon uygulamasında ağrının nedeni iğnenin giriş sırasında yarattığı mekanik travma ve ilacın kas içine verilirken ani basınca bağlı olarak gelişebilmektedir (3). Steril abseler de subkütan veya IM dokuda hasar ve aynı alana çoklu enjeksiyon uygulaması sonucu gelişebilmektedir (2). Chan ve arkadaşları (2006) (25) yaptıkları araştırmada DG bölgeye yapılan IM enjeksiyonların %68 subkütan dokuya enjekte edildiğini belirtmiştir. Bir diğer komplikasyon olan sinir hasarı ise ilacın sinire yakın bir yere enjekte edilmesi sonucu görülebilir. Sinir hasarı özellikle DG bölgede siyatik sinir, üst kolda bulunan radyal sinirde görülmektedir (3). Enfeksiyon komplikasyonu ise, aseptik tekniklere uyulmadığında görülmektedir (2).

### **IM Enjeksiyon Uygulamasında Hasta Güvenliği**

Güvenlik Maslow'un hiyerarşisinde fizyolojik ihtiyaçlardan sonra gelen temel insan gereksinimlerinde yer almaktadır. Güvenlik zarar ya da tehlikeden uzak durmak olarak tanımlanabilir. Güvenlik her bireyin yaşamının her döneminde önemlidir. Güvenlik sadece bireylerin zarar görmesini ve yaralanmasını engelleme değil aynı zamanda bireylerin hareketlerini de özgürce yapmasını sağlamaktır. Güvenlik gereksinimi hemşirelik bakımının da temelinde yer almaktadır (2). Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmetlerinin bireylere vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşlarında çalışanların aldığı önlemleri kapsamaktadır. Hasta güvenliği, hastalara gelecek zararın önlenmesi olarak tanımlanmaktadır. (26). Tıbbın en öncelikli ilkesi olan "Primum Non Nocere-Öncelikle Zarar Vermeme" göz önünde bulundurulmalıdır (27). Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations -JCAHO) Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerinde ilaç hataları riskini azaltmaya ve hasta güvenliğini sağlamada hedefler sunmaktadır (28). Bu hedefler hastanın doğruluğunu sağlama, bakım verenler arasında iletişimi geliştirme, ilaçların kullanımında güvenliği geliştirme, infüzyon pompaların güvenli kullanımını sağlama, bakım sürecinde ilaçlar ve diğer tedavilerin doğru ve tam uyumunu sağlamadır (29).

### **IM Enjeksiyon Uygulamasında Hemşirelerin Yasal Sorumlulukları**

İlaç uygulamaları başlıca hemşirelik işlevleri arasında yer aldığından ilaç uygulama hatalarının önlenmesinde hemşirenin rolü son derece önemlidir. Yasalar da hemşirenin tedaviyi istem edildiği gibi uygulaması, uyguladığı ilaçla ilgili bilgi sahibi olması gerektiğini

bildirmektedir (30). Hemşirelerin ilaç uygulamaya ilişkin rolü 25.04.2007 kabul tarihli ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 4. Maddesinde "*Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar.*"denilerek, görev tanımı yeniden düzenlenmiştir (31). 8.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde (madde 6); "*Hemşire: Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır. Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir. Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalanana zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular. Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.*" şeklinde hemşirelerin ilaç uygulamalarına ilişkin görev ve yetkileri belirlenmiştir (32).

Hemşirelerin hukuka uygun tıbbi müdahalede bulunabilmesi için, müdahaleyi hemşirenin yapması, müdahale konusunda bir endikasyonun bulunması, hastanın rızasının olması, tıbbi müdahalenin hemşireliğin gerektirdiği şekilde ve özenli bir biçimde uygulanması, yapılan işlemin kanunlarca yasaklanmamış olması gerekmektedir (33). Hemşirelerin hukuka aykırı tıbbi müdahalelerinden kaynaklı 3 farklı sorumlulukları söz konusudur. Bunlar: ceza sorumluluğu, tazminat sorumluluğu ve disiplin sorumluluğudur (33). Hemşirelerin ilaç uygulamaları ile ilgili sorumluluğu doğru hastaya, doğru ilacı, doğru doz, doğru zamanda, doğru yoldan uygulaması ve kayıt etmesidir (1,2).

### **IM Enjeksiyon Sonucu Kalıcı Sakatlık/Yaralanma/Ölüm Meydana Gelmesi**

Hemşirelerin IM enjeksiyon uygulama hataları yargıda yer alan olaylar arasındadır. Özellikle IM enjeksiyon şeklinde yapılan ilaç uygulamalarına bağlı kalıcı sakatlıklar/yaralanmalar ve ölüm görülebilmektedir (3,15,35). Bu nedenle yapılan IM enjeksiyon sonrası gelişen kalıcı sakatlık ya da yaralanma meydana gelmesi durumunun tıbbi hata mı yada komplikasyon mu olduğu tartışma konusudur. Eğer IM enjeksiyon doğru yerden ve doğru şekilde yapıldıysa komplikasyon olarak kabul edilmektedir. İlacın toksik etkisine bağlı olarak komplikasyonlar görülebilmektedir (35). Özellikle gluteal bölgeden yapılan enjeksiyonlarda siyatik sinir

hasarının ilacın kimyasal bileşimi nedeniyle de komplikasyon ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (15).

IM enjeksiyon uygulaması ile ilgili Yüksek Yargı kararında; (Yargıtay 13.Hukuk Dairesi'nin 04.11.2010 gün ve 2010/13528-2010/14640 E.-K sayılı ilamı ile) “*Davacı R\_\_\_'ın 09.10.2004 tarihinde kasık fıtığı ve inmemiş testis ameliyatı olduğu, bu tip ameliyatlardan sonra ağrısı olan hastalara kalçadan ağrı kesici enjeksiyonu yapılmasının genel tababet kuralları içinde olduğu, bu nedenle ağrı kesici order eden davalı doktorun eyleminin tıp kurallarına uygun olduğu, kişide meydana gelen sol ayak güçsüzlüğünün enjeksiyon nöropatisi ile uyumlu olduğu ve yapılan ameliyatla ilgisinin bulunmadığı, enjeksiyona bağlı gelişen bir komplikasyon olarak kabul edildiği, davalı doktor ve davalı şirkete atfı kabil bir kusur bulunmadığı..*” açıklanmış, davacıların itirazı üzerine alınan Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 3. İhtisas Kurulu'nun 28.05.2007 tarihli raporunda, “*..Voltaren ve muadili Deflamat isimli ilaçların intramüsküler enjeksiyonunun halen serbest olarak yapılmakta olduğu, enjeksiyonu yapan hemşirenin ifadesinden enjeksiyonun yapıldığı yerin doğru olarak tarif edildiği ve yanlış yere yapıldığına dair tıbbi kanıt olmadığı, hemşirenin yaptığı işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu..*” bildirilmiştir (33, 36). Bu vakada görüldüğü gibi bu konudaki bilirkişi görüşünde de enjeksiyonun yapıldığı yerin doğru olduğu ve yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu belirtilerek ve Adli Tıp Kurumu raporunda bu durum bir komplikasyon olarak değerlendirilmiştir (33).

Bir gazete haberinde; “*..İstanbul'da özel bir hastanede testis ameliyatı olduktan sonra yapılan iğne nedeniyle yürüyemeyen ilkokul öğrencisinin babası, oğluna yanlış iğne vurulduğu iddiasıyla hastaneden şikâyetçi olduğu, iğneyi yapan hemşire hakkında "taksirle bir kişinin yaralanmasına neden olma" suçundan 1 yıla kadar hapis istemiyle dava açıldığı, 3 yıl önce oğlunu sünnet için kontrole götürdüğünü, yapılan kontrolde o dönem 4'üncü sınıfa giden oğlunun testislerinden birisinin yukarıda olduğunun ve ameliyat gerektiğinin belirtildiği, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yer olmadığı için özel bir hastaneye sevk edildiği, burada opere edildiği, iddiaya göre çocuğa ameliyatta ağrılarının dinmesi için hemşire tarafından iğne yapıldığı, iğnenin ardından da çocuğun uykuya daldığı, uyanınca bacağının uyuştüğünü hisseden ve acıdan kıvranan çocuğa teşhis konulmadığı ve çocuğun, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gönderildiği, burada doktorların çocuğun bacağında kalıcı hasar olabileceğini belirtmesi üzerine babanın oğlunu apar topar... Tıp Fakültesi Hastanesi'ne götürdüğü, tetkiklerde çocuğun sağ bacağında sinir zedelenmesi oluştuğu, nedeninin ise yapılan iğne olduğunun söylendiği, aradan geçen bir buçuk yılda yanlış iğne yüzünden 2 ameliyat geçirdiği, Sulh Ceza Mahkemesi'nde hemşireye "taksirle bir kişinin yaralanmasına neden olmak" suçundan 1 yıla kadar hapis istemiyle dava açıldığı.” belirtilmiştir (33, 37). Verilen örneklerden de anlaşılacağı gibi IM enjeksiyon uygulama hataları hemşirelerin en sık karşılayabileceği durumlardan biridir. IM ilaç uygulama hataları nedeniyle hemşirelere ceza sorumluluğu, tazminat ve disiplin sorumluluğu söz konusu olabilmektedir (33).*

## Sonuç

Tedavi yöntemlerinden biri olan IM enjeksiyonun güvenli uygulanması hemşirenin yasal sorumlulukları arasındadır. Bu nedenle hemşirelerin güvenli IM enjeksiyon uygulaması için güncel bilgileri takip etmesi ve kanıta dayalı bilgileri kullanması önemlidir. Hemşirelerin IM enjeksiyon uygulama hataları yapmamaları için; kurum politikalarına, bakım standartlarına, yasa, yönetmelik ve tüzüklere uygun olarak bakım ve tedavi girişimlerini gerçekleştirmesi önemlidir (7). Bu doğrultuda, hem lisans ve hem de mezuniyet sonrası hemşirelik eğitiminde, konuyla ilgili sorunlar ele alınmalı, IM enjeksiyon uygulama hatalarının farkında ve çözüm yolları üretebilecek hemşireler yetiştirilmeye çalışılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. Fundamentals of Nursing. 8<sup>th</sup> ed. Elsevier, Canada. St. Louis, Missouri. 2013.
2. Craven RF, Hirnle CJ, Jensen S. Fundamentals of Nursing, Human Health and Function. 7<sup>th</sup> ed. China. Lippincott Williams & Wilkins, 2015.
3. Nicoll LH, Hesby A. Intramuscular injection: an integrative research review and guideline for evidence-based practice. Applied Nursing Research 2002; 15(3): 149-62.
4. Blendon RJ, Desroches CM, Brodie M et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med 2002;347:1933-40.
5. Westbrook JI, Rob MI, Woods A, Parry D. Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. BMJ Qual Saf 2011; 20:1027-1034. 21.
6. Redley B, Botti M. Reported Medication Errors After Introducing an Electronic Medication Management System. Journal of Clinical Nursing, 2012; 22: 579-589.
7. Demir-Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. Turkish Journal of Research & Development in Nursing 2010; 12(1):67-74
8. Atabek Aştı T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları.1. Basım, İstanbul, Akademi Basım ve Yayıncılık; 2012:
9. Berman A, Snyder S, Frandsen G. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice (10<sup>th</sup> ed.), USA, Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River. 2016.
10. Kakati A, Bhat D, Devi BI, Shukla D. Injection nerve palsy. Journal of neurosciences in rural practice 2013;4(1):13-8.
11. World Health Organization (WHO): Injection safety: misuse and overuse of injection worldwide, 2006, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs231/en/index.html>.
12. Hunter J. Intramuscular injection techniques. Nursing Standard 2008; 22(24): 35- 40.
13. Cocoman A, Murray J. Recognizing the evidence and changing practice on injection site. British Journal of Nursing 2010; 19(18): 1170-1174.
14. Malkin B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? Nursing Times 2008; 104(50); 48-51.
15. Small PS. Preventing sciatic nerve injury from intramuscular injections: literature review. JAN 2004; 47(3): 287-296.
16. Taylor C, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Seventh Edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

17. Gülnar E, Çalışkan N. Hemşirelerin ventrogluteal bölgeye intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2014; 7(2): 70-77.
18. Wynaden D, Tohotoa J, Omari O, Happell B, Heslop K, Barr L, Sourinathan V. Administering intramuscular injections: How does research translate into practice over time in the mental health setting? *Nurse Educ Today* 2015; 35(4): 620-624.
19. Kim HJ, Park SH. Sciatic nerve injection injury. *Journal of International Medical Research*. 2014;42(4):887-97.
20. Ünal V, Özgün Ünal E, Emir A, Özer Y, Çağdır S. Enjeksiyon Nöropatisi Olgularına Adli Tıbbi Yaklaşım. *The Bulletin of Legal Medicine* 2015; 20(1): 14-20.
21. Sevim S, Kalegasi H. Sciatic injection injuries in adults: Is dipyrone a foe to nerve? *Acta Neurologica Belgica*. 2009;109(3):210-3.
22. Tak SR, Dar GN, Halwai MA, Mir MR. Post-injection nerve injuries in Kashmir: A menace overlooked. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2008;13(5):244-7.
23. Mishra P, Stringer M.D. Sciatic nerve injury from intramuscular injection: a persistent and global problem. *Int. Journal of Clinical Practice* 2010; 64 (11): 1573–1579.
24. Chung JW, Ng WM, Wong TK. An experimental study on the use of manual pressure to reduce pain in intramuscular injections. *Journal of clinical nursing*. 2002 Jul;11(4):457-61.
25. Chan VO, Colville J, Persaud T, Buckley O, Hamilton S, Torreggiani W.C. Intramuscular injections into the buttocks: Are they truly intramuscular? *European Journal of Radiology* 2006; 58(3): 480–484.
26. Mitchell PM. (2008). *Defining Patient Safety and Quality Care*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/> (Erişim 15.09.2018).
27. Koslowski P. Etik ve hekimlik sanatı, In: *Etik ve Meslek Etikleri*, Tepe H eds., Meteksan Anonim Şirketi, Ankara, 2000: 44.
28. Nancy MS. National patient safety goals. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 2007; 22: 125–127.
29. National Patient Safety Goals Effective January 2018, *Nursing Care Center Accreditation Program*. (JCAHO, 2018).
30. Aygün D, Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(3):110-4.
31. Resmi Gazete (2007). Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> (Erişim 12.09.2018).
32. Resmi Gazete (2010). Hemsirelik Yönetmeliği 2010, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/yasaveyonetmelik/hemsirelikyonetmeligi.aspx> (Erişim Tarihi: 24.08.2018)
33. Akçakaya İnan V. İlaç Uygulamalarında Kamu Hastanelerindeki Hemşirelerin Yasal Sorumlulukları Sağlık Hukuku Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015
34. Özkaya N. Hekim dışındaki sağlık mensuplarının tıbbi uygulamalardan doğan sorumlulukları ve yüksek sağlık şurası tarafından hatalı bulunan uygulama örnekleri. 2012; 201 (3): 179-190.
35. Kim HJ, Park SH. Sciatic nerve injection injury. *Journal of International Medical Research*. 2014;42(4):887-97.
36. <http://www.turkhukuksitesi.com/serh.php?did=15211>. Erişim tarihi:30.09.2018
37. <http://www.sabah.com.tr/yasam/2011/10/04/serdari-sakat-birakan-igne-icin-taksirle-yaralama-davasi> Erişim tarihi:25.09.2018.

## Sözel 19 (ÖZET)

# HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK İSTİSMARI VE İHMALİNİN BELİRTİ VE RİSKLERİNİ TANILAMA DÜZEYLERİ

## Nursing Students' Level of Recognizing The Signs And Risks of Child Abuse and Neglect

Emine GÜDEK SEFEROĞLU\*, Emel SEZİCİ\*, Deniz YİĞİT\*

\*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Giriş:** Çocuk sağlığını ve uzun süreli sonuçları ile toplum sağlığını tehdit eden çocuk istismar ve ihmalinin (Çİİ) önlenmesi, erken tanınması ve gerekli prosedürlerin uygulanmasında sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Ancak ülkemizde Çİİ olaylarının tespit edilmesi ya da kayıt altına alınmasında ciddi yetersizlikler vardır. Bu araştırma, geleceğin sağlık personeli hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıyabilme (ÇİİBRT) düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Materyal ve Metod:** Tanımlayıcı tipte araştırmanın evrenini 2017-2018 öğretim yılı bahar yarıyılında bir üniversitenin hemşirelik bölümüne kayıtlı 2. ve 4. sınıf öğrencileri, örneklemini ise çalışma kriterlerine uyan 217 öğrenci (%92) oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanınması Ölçeği (ÇİİBRTÖ)" kullanıldı. Veriler, öğretim elemanları gözetiminde ders saati dışında öğrenciler tarafından doldurularak elde edildi. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 paket programında tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans ve yüzdelikler), bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi ile yapıldı.

**Bulgular:** Öğrencilerin %71'inin kadın, %56.1'nin anne eğitim düzeyi ve %41.5'inin babasının eğitim düzeyi ilkököl ve altında olduğu, %76.5'inin ailesinin ekonomik gelirinin giderine denk, %84.3'ünün çekirdek aile yapısında, %59'unun 1-2 kardeşe sahip olduğu, %75.6'sının ailesinin şehirde yaşadığı belirlenmiştir. Çİİ konusunda öğrencilerin %67.7'si bilgi aldıklarını, %19.8'si bu bilgiyi okuldan edindiklerini, %80.2'si Çİİ olgusu ile karşılaşmadığını, %43.8'i Çİİ'yi tanımada kendini yeterli gördüğünü, %75.6'sı Çİİ ile ilgili yasal sorumluluklarını bilmediğini ve %82'si bu konu hakkında eğitim almak istediğini belirtmiştir. Öğrencilerin ÇİİBRTÖ puanlarının genel ortalaması 243.65±23.05 olarak saptanmıştır. Araştırmada 4. sınıf olan, kadın olan, Çİİ ile ilgili eğitim almış olan, Çİİ eğitimini okul aracılığı

### ABSTRACT

**Introduction:** The healthcare workers have critical role in early diagnosis, following the necessary procedures, prevention of child abuse and neglect, that threatens public health with the impact on the child health and the long-term consequences. However, we observe insufficient practices in identifying or recording child abuse and neglect cases in our country. This research has aimed to determine the competency level of the future health staff, the nursing students, in recognizing the signs and risks of child abuse and neglect.

**Materials and Methods:** This descriptive study has been conducted on the students who have been studying in the 2nd and 4th year of nursing faculty of a university, during the spring semester in 2017-2018 Academic Year. The sample set covers 217 students (92%) who met the study criteria. The data were captured by using "The Identification Information Form" and "The Diagnosis Scale of The Risks and Symptoms of Child Abuse and Neglect", and collected under the supervision of the instructors. The students who joined the study were outside the class hours. The static analysis of the data was done using 20.0 SPSS package program, applying the frequency, percentages, the Student's t-test and one-way analysis of variance methods.

**Results:** It has been found that 71% of the students are female, 56.1% of the student's mothers and 41.5% of student's fathers have primary or lower education level, 76.5% of student's family have tight household income, 84.3% of the families are in core family structure, 59% have 2 siblings, and 75.6% of the families live in the cities. 67.7% of the students have received information about child neglect and abuse, 19.8% have claimed they received the information at the school, 80.2% have not heard about child neglect and abuse concept, 43.8% considers themselves self sufficient in defining child abuse and neglect, 75.6% have not been aware of their legal responsibilities related to child neglect and abuse, and 82% wanted to receive training on this subject. The overall average of



ile almış olan, Çİİ konusunda eğitim almak isteyen, ailesi şehirde yaşayan öğrencilerin ÇİİBRTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, kardeş sayısı arttıkça ÇİİBRT düzeylerinin azaldığı ve gruplar arasında farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin ÇİİBRT düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı, Çİİ konusunda yasal sorumluluklarını bilmedikleri ve eğitime gereksinim duydukları belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** hemşirelik, ihmal, istismar

the students' scores of the Diagnosis of Symptoms and Risks of Child Abuse and Neglect Scale was  $243.65 \pm 23.05$ . In the survey, The students, who are 4th graders, female, have been trained on Child abuse and neglect subject, have received this education through schools, have families living in cities and have wanted to study in child abuse and neglect, have summed higher Child Abuse and Neglect Symptoms and Risk Assessment Scale score ( $p < 0.05$ ). It has been observed that competency level in the recognizing of the symptoms and risks of child abuse and neglect decreases with the higher number of student's siblings, and the difference between the groups was significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It has been determined that the nursing students' ability to recognize the symptoms and risks of child abuse and neglect is not at an expected level, they are not aware of their legal responsibilities about child abuse and neglect and need education.

**Keywords:** nursing, abuse, neglect

## Sözel 20 (TAM METİN)

### AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE HEMŞİRELİK

#### Rational Drug Use And Nursing

Arş. Gör. Emre KELEŞ\*, Dr. Öğr. Üyesi Emrah BİLGENER\*

\*Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

#### ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1985 yılında düzenlediği toplantıda, genel hatlarıyla akılcı ilaç kullanımı ile ilgili; uygun ilacın reçete edilmesi, doğru zamanda mevcut olması, alınabilir bir fiyatının olması, dağıtımının doğru yapılması, doğru dozda, doğru aralıklarla, doğru sürede uygulanması gibi konular üzerinde durulmuştur.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK), tanı ve tedavide sorunlar ortaya çıkarmasının yanı sıra ilacın gereksiz tüketimine bağlı olarak ülke ekonomisi açısından da sorun teşkil etmektedir. AOİK hemşirelerden kaynaklı; yanlış hastaya, yanlış ilacın, yanlış zaman hız, doz ve yöntem ile uygulanması, kayıtların yanlış yapılması ve verilmesi gereken ilacın verilmemesi veya oluşabilecek ters etkiler açısından yeterli süre izlenmemesi gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir.

DSÖ, kullanılan ilaçların yaklaşık olarak %50' sinin uygun şekilde reçete edilmeden kullanıldığını ve hastaların yaklaşık yarısının reçete edilmiş ilaçları tarif edildiği şekilde kullanmadığı tahmin etmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ülkemizde yaptığı çalışmalar da bu durumu desteklemektedir.

Ülkemizde AİK faaliyetleri Sağlık Bakanlığı tarafından DSÖ'nün talimatları doğrultusunda yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından AOİK'nin önüne geçmek için birçok çalışma yapılmış ve çeşitli kurumlar kurulmuştur.

Türkiye'de AİK açısından birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen, yapılan çalışmalar ile istenilen seviyelere gelmediğimiz görülmektedir. Yeterli alt yapı desteğinin sağlanması ve ulusal düzeyde stratejilerin hazırlanması ile birlikte sağlık profesyonellerinin de yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Akılcı İlaç Kullanımı, Hemşirelik, Hemşire.

#### ABSTRACT

The World Health Organization (WHO), at its meeting in 1985, in general terms focused on issues related to rational drug use; prescribing the appropriate drug, present the drug at the right time, having an affordable price, making right distribution, applying the correct dosage, at the right intervals and at the right time.

Non-rational drug use (NRDU) presents problems in diagnosis and treatment as well as problems in terms of national economy due to unnecessary consumption of the drug. NRDU can occur in different ways from nurses; such as the wrong patient or the wrong time, speed, dose and method of implementation, the records could be made incorrectly and the drug which is supposed to be given should not be given or can't not observed enough time in terms of adverse effects.

The WHO estimates that approximately 50% of the drugs are used without appropriately prescribed and about half of the patients could not use the prescribed drugs as described. Studies by the Ministry of Health in our country also support this situation.

In our country, RDU activities are carried out by the Ministry of Health in accordance with the instructions of The WHO. A number of studies have been conducted and various institutions have been established by the Ministry of Health to prevent NRDU.

Although many studies have been done in Turkey in terms of RDU, it is observed that we did not reach the desired levels through the studies. Health professionals should also have adequate knowledge and skills with the provision of adequate infrastructure support and the preparation of strategies at national level.

**Key Words:** Rational Drug Use, Nursing, Nurse.

## Sözel 20 (TAM METİN)

### AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE HEMŞİRELİK

#### Rational Drug Use And Nursing

Arş. Gör. Emre KELEŞ\*, Dr. Öğr. Üyesi Emrah BİLGENER\*

\*Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tıbbi yönden ihtiyaç duyulan ilaçların temini ve mümkün olan en iyi şekilde kullanımının sağlanması, temel insan haklarından birisidir (1). Ancak; ilacın yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli bir şekilde kullanımı sonucunda birçok açıdan sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hastalık ve ölüm oranlarında artış, ilaçların yan etki riskinde artış, kaynakların yanlış tüketilmesiyle ortaya çıkan temel ilaçlara ulaşılabilirliğindeki azalma, tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetindeki artış gibi etmenler bu sorunlar arasında sayılabilir. Dolayısıyla, bu kötü senaryoların ortaya çıkmasını engellemek amacıyla çözüm yolları üretilmeye çalışılmış ve AİK ile alakalı çalışmalar başlatılmıştır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1985 yılında Nairobi’de 92 katılımcıyla birlikte Akılcı İlaç Kullanımı Uzmanlar Konferansı gerçekleştirilmiştir. Toplantıda genel hatlarıyla akılcı ilaç kullanımı ile ilgili; uygun ilacın reçete edilmesi, doğru zamanda mevcut olması, alınabilir bir fiyatının olması, dağıtımının doğru yapılması, doğru dozda, doğru aralıklarla, doğru sürede uygulanması gibi konular üzerinde durulmuştur (3).

DSÖ, ilaçların %50’ sinden fazlasının uygun olmayan şekilde reçetelendirilerek kullanıldığını tahmin etmektedir. Ayrıca hastaların yarısının da ilaçlarını reçete edildiği şekilde kullanmadığını tahmin etmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, aşırı antibiyotik ve parenteral ilaç kullanımı, klinik ilkelere uygun olmayan reçete yazma, uygun olmayan kişisel tedavilere başvurulması gibi birçok şekilde ortaya çıkmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı mortalite ve morbidite oranların artırmaktadır ve ABD’de ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (4). Gereksiz ilaç kullanımındaki artışa, AİK programının uygun standartlarda uygulanmıyışı neden olarak gösterilmektedir. Ülkemizde ise gereksiz ilaç kullanım oranının %40 olduğu düşünülmektedir (5). Sağlık Bakanlığının ülkemizde yaptığı çalışmaya göre, ilaçların terapötik uygunluğu ve maliyeti temel alınarak incelendiğinde, reçete edilen ilaçların %60,24’ü uygun olmayan şekilde reçete edildiği bulunmuştur (1).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı tanı konulmasında ve tedavide bir takım sorunlar ortaya çıkartmaktadır. Bunlara ek olarak ilaçların reçetesiz ilaç kullanımı ve kullanılmayan ilaçların evde biriktirilmesi hasta açısından risk taşıdığı kadar aynı zamanda hem hasta hem de kamu açısından gereksiz harcamalara neden olması nedeniyle ülke ekonomisine ağır bir yük getirdiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda; hastaların kendilerine verilen reçeteleri

anlayamadığı için düzgün kullanamadığı, tedaviyi tamamlamadığı ve kullanım tarihi bitene kadar evlerinde sakladıkları belirlenmiştir (6).

DSÖ'nün yaptığı araştırmaya göre reçete edilen ilaçların yaklaşık %80'inin niteliksiz personel tarafından verildiğini göstermektedir. Ayrıca ortalama olarak ilaçların dağıtım süresinin de 1 dakika gibi kısa bir süre olduğu belirtilmektedir. Hastaların yarısının ilacı nasıl alacağını konusunda bilgilendirildiği, hastaların yaklaşık üçte birinin sağlık hizmetlerini aldığı yerden ilaçlarını nasıl kullanacağını bilmeden ayrıldığı ve ilaçların % 20-50 'sinin etiketsiz olduğu görülmüştür. Bu gibi durumlarda hastaların verilen talimatları yerine getirip ilaçlarını düzenli ve uygun şekilde kullanmasını beklemek pek olası değildir (4).

Antibiyotiklerin aşırı ve yanlış kullanımı sadece ülkemiz için değil küresel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Öncesinden var olan ve yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar toplumun sağlığını giderek daha fazla tehdit etmektedir. Eğer antibiyotikler etkisiz hale gelirse bu hastalıklar morbiditenin, sağlık hizmetlerinin kullanımının ve erken ölümlerin artmasına yol açacaktır (4).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının önüne geçmek için DSÖ 12 temel düzeltici faaliyet önermektedir. Bunlar;

- 1- İlaç kullanım politikalarını koordine etmek için multi disiplinler bir organ
- 2- Klinik tanı ve tedavi rehberleri
- 3- Tercih edilen tedavilere uygun temel ilaçlar listesi
- 4- Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi kurulları
- 5- Lisans müfredatında probleme dayalı farmakoterapi eğitimi
- 6- Bir lisans zorunluluğu olarak hizmet içi sürekli tıp eğitimleri
- 7- İzleme, değerlendirme ve geri bildirim
- 8- İlaçlar konusunda bağımsız (tarafsız) bilgi
- 9- İlaçlar hakkında halkın eğitilmesi
- 10- Bozuk finansal teşviklerden kaçınma
- 11- Uygun ve zorunlu düzenleme
- 12- İlaçların ve personelin kullanılabilirliğini sağlamak için yeterli devlet harcamasının sağlanmasıdır (7).

Ülkemizde Akılcı İlaç Kullanım faaliyetleri 1990'lı yıllarda başlamış ve DSÖ'nün talimatları ile yürütülmeye devam edilmektedir. Bu çalışmalar Sağlık Bakanlığının destekleri ve koordinesi ile gerçekleştirilmiştir. Örneğin; 1992 yılında saha çalışmalarında Tıp Fakültelerinde "Probleme Dayalı Akılcı Tedavi Eğitimi" verilmesi ve yaygınlaştırılması çalışmaları yapılmıştır. İlk kez 1999 yılında 'Türkiye İlaç Kılavuzu' (TİK) yayınlanarak hekim ve eczacılara tavsiye edilmiştir. Bakanlık birçok sivil toplum örgütüne AİK ile ilgili eğitimler ve katkılar sağlamıştır. Tanı ve Tedavi Rehberi 2002-2003 yıllarında ilk kez basılarak daha sonraki yıllarda sürekli olarak revize edilmiştir. DSÖ tarafından yayınlanan 'Reçete Yazma Rehberi', 'Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi' ve 'AİK Konusunda

Halk Eğitimi' kitapları Türkçeleştirilerek basılmıştır. AİK Çalıştayı 2006 yılında gerçekleştirilmiştir. Eczacılara AİK eğitimlerine başlanmıştır. 2010 yılında ise "Uzaktan Erişimle AİK Eğitimi" programı başlatılmış ve 'Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu' kurulmuştur. Ülke genelinde araştırmalar yapılmış ve raporları yayımlanmıştır (8).

İlaç eczacılık genel müdürlüğü bünyesinde kurulan Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü artık Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) bünyesinde 'Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi' olarak görevini sürdürmektedir. (Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni). 2014-2017 Ulusal Eylem Planını güncellenerek 2018-2022 Eylem Planı uygulamaya koyulmuştur (9).

Hemşireler, özellikle yatarak tedavi gören hastalar ile 24 saat iletişim halinde olan ve akılcı ilaç kullanımı konusunda önemli bir yere sahip olan sağlık profesyonelleri grubudur. Hasta ile yakından olan bu ilişkisi nedeniyle hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Aynı şekilde akılcı olmayan ilaç kullanımlarının da önüne geçme konusunda da hemşirelerin önemli rolleri vardır. İlaç uygulaması sırasında yapılacak hatalar, hastanın yanlış tedavi almasına hatta ölüme kadar götüren sonuçlar ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Herhangi bir ilaç uygulama hatası ile karşı karşıya kalındığında öncelikle hemşireler zor durumda kalmaktadırlar. İlaç uygulamalarında, hekim istemi doğrultusunda uygulamayı yapacak olan hemşire öncelikle hastadan anamnez sorgulaması yapar ve evrak kontrolünü gerçekleştirir daha sonrasında ilacı uygular. Uygulama sonrasında gerekli kayıtlarını tutar, hastayı verdiği ilaç açısından herhangi bir yan etki gelişip gelişmediğine dair yeterli süre izler ve bu süreci tamamlamış olur (10,11).

İletişimin AOİK' da önemli bir yeri vardır. Tedavide sürekliliğin olması ve yanlış uygulamaların engellenmesinde hemşirelerin arasındaki iletişimin etkili olması gerekmektedir. Acil durumlar, iş yükünün fazla olması, vardiya değişiminin olduğu saatler iletişimi olumsuz etkilemektedir. Bu saatlerde hemşireler öncelikle kendi aralarındaki iletişim olmak üzere diğer sağlık personelleriyle olan iletişimlerine daha fazla dikkat etmelidirler. Aynı şekilde akılcı olmayan ilaç kullanımlarının önüne geçebilmek ve hastanın tedaviye uyumunun sağlanması açısından hasta veya yakını ile olan iletişimde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Etkili iletişimin oluşması için hemşire etkili iletişim tekniklerini kullanmalı, hastaya yeterli süre ayırmalı ve güven duygusunun oluşması için uygun ortam yaratmalıdır. Hemşire, iletişime engel olacak durumların farkında olarak hastanın öz bakıma katılmasını sağlamalı, verilen eğitimleri tam anlayıp anlamadığını sorgulayarak önemli noktaları tekrar etmeleri istenmelidir. Böylece ortaya çıkabilecek akılcı olmayan ilaç kullanımı durumları daha da aşağı seviyelere düşecektir (10).

Hemşirelerden kaynaklı ilaç uygulama hataları; hastaya yanlış ilacın verilmesi, ilacın yanlış dozda, yanlış yolla, yanlış zamanda, yanlış hızda verilmesi, hazırlanan ilacın farklı hastaya verilmesi, uygulanması gereken ilacın hiç verilmemesi, ilacı uyguladıktan sonra kayıt altına

alınmaması veya ilacı uyguladıktan sonra gerekli süre izlenmemesi gibi şekillerde ortaya çıkabilmektedir (11).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı ilacın üretilmesinden imha edilmesine kadar geçen geniş bir süreci kapsamakla birlikte bu süreçte yer alan tüm kişi ve kurumların etkisiyle ortaya çıkabilmektedir. Hemşirelerin de akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açan birçok sebep vardır. Bunlar;

- Hastanede personel yetersizliğine bağlı ortaya çıkan iş yükü,
- Yorgunluk, uykusuzluk ve dikkatini dağıtacak faktörlerin bulunması,
- Çalışma ortamının uygun olmaması,
- İş stresi, tükenmişlik gibi psikolojik sorunların ortaya çıkması,
- İşe yeni başlamış olması ve akılcı ilaç uygulaması hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması
- Hekim isteminin okunaklı olmaması, yazılı gibi olmaması gibi sorunların yaşanması,
- Tedavi uygulanan hasta hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması ve oluşabilecek etkiler açısından yeterince izlenmemesi,
- Hasta, hemşire ve hekim arasında ortaya çıkan iletişim kaynaklı sorunlar,
- Yeterli sayıda ilacın depolanmaması ve temininde yaşanan sorunlar tedavinin gecikmesi,
- AİK uygulamaları ile ilgili kurumsal protokollerin olmaması ya da yeteri kadar uygulamaya konulmaması gibi şekillerde olabildiği gibi daha da çoğaltılabilir (10,12).

Literatür incelendiğinde ilaç uygulamalarında en sık karşılaşılan hata ilacın verilme zamanı ile ilgili olduğu görülmektedir. Yapılan hataların servisten servise farklılık göstermesiyle birlikte cerrahi servislerinde hatalara daha çok rastlanılmaktadır. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencileriyle yapılan bir çalışmada stajları sırasında %37' sinin tıbbi hata yaptıklarını ve %71' inin de bu hataları rapor etmediğini ve daha sonrasında bu hatalardan kaynaklı hastaların %12' sinin de zarar gördüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca ABD'de yapılan bir çalışmada da ilaç uygulama hatalarından kaynaklı enfeksiyonlara bağlı 17 salgının ortaya çıkması bu sorunun gelişmiş ülkelerde de görülen bir sorun olduğunu göstermektedir (10).

Hemşirelerden kaynaklı oluşabilecek ilaç uygulama hatalarının önüne geçebilmek için; yazılı prosedürler oluşturulmalı, yapılan hatalar kaydedilmeli ve daha sonrasında aynı hataların yapılmaması için önlemler almalı, istemleri yazılı şekilde ya da elektronik ortamda almalı, hemşire hastaya ilaç ve uygulaması açısından eğitim vermeli, yanlış dozda ilaç uygulamasının önüne geçebilmek için doz hesaplaması konusunda kendisini geliştirmeli, ilaç uygulamaları ile ilgili güncel yayınları takip etmeli, hastalara yeterli zamanı ayırarak hastalarla ve diğer sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim kurmalı, istemin doğru okunduğundan emin olmalı, hasta anamnezi ve uygulanacak ilaçlar hakkında yeterince bilgi sahibi olmalı, ilaç

uygulamalarındaki temel prensip olan bu 8 ilkeyi “doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman, doğru yol, doğru ilaç şekli, doğru kayıt, doğru yanıt” göz önünde bulundurmalı, eğer istem bu ilkelere uymuyorsa hekimi ikaz etmeli, ilacı doğru uygulamasını engelleyecek etmenlerden uzak durmalı, hasta bireye ilaç uygulaması sonucu oluşabilecek ters etkiler konusunda bilgi sahibi olarak, böyle bir durumla karşılaştığında hekimi bilgilendirmelidir (11).

Ülkemizde hemşirelik lisans eğitimi verilen üniversitelerin web sayfalarındaki ders içerikleri incelendiğinde yaklaşık %10’ unda akılcı ilaç kullanımına yönelik ders verilmektedir. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin AİK konusunda bilgi eksikliklerinin ve uygulama hatalarının olduğu belirtilmektedir. Ayrıca yapılan bir çalışmada hemşirelerin %2,0’ si gibi küçük bir kısmının akılcı ilaç kullanımına yönelik hizmet için eğitim aldığını, %90,2’ sinin ise eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (13).

Sonuç olarak, akılcı olmayan ilaç kullanımları gerekli önlemler alındığında önlenebilir sorunlardır. Hemşirelerin AİK konusunda çok önemli bir konumda olmaları sebebiyle bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Birçok üniversite müfredatında özellikle sağlık bölümlerinde olmak üzere AİK üzerine derse yer verilmemektedir. Bu nedenle lisans eğitiminde AİK dersi eğitime önemle ve ivedilikle yer verilmeli, iş hayatında meslek içi eğitimler ile devamlılığı sağlanmalı ve denetimlerinin yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre hastaları daha yakından izleme şansı bulunduğu için yapılan uygunsuz ilaç kullanımlarını tespit etme şansı daha fazladır. Hemşireler hastalara eğitim verirken yeterince zaman ayırması ve hastanın verilen eğitimi anladığından emin olması oldukça önemlidir. AİK ‘nda sağlık personeline düşen sorumluluklar kadar hastaların da doğru ilacı, doğru zamanda, doğru dozda kullanma ve oluşabilecek yan etkiler konusunda bilgi sahibi olmak gibi sorumlulukları vardır.

Türkiye’de AİK konusunda birçok çalışma hayata geçirilmiş olmasına rağmen hala yapılan araştırmalar AİK dair istenilen seviyelere gelmediğimizi göstermektedir. Fakat yapılan faaliyetlere DSÖ ‘nün önerilerini dikkate alarak SB ‘nın katkı sağlaması gelecek için umut vadetmektedir. Başarılı AİK hizmetinin sağlanması, yeterli alt yapı desteğinin olması, uygun koşulların sağlanması, toplumun uygun davranışları göstermesini beklemeden önce sağlık çalışanlarının bu konuda yeterli bilgi sahibi olması ve oluşturulan stratejilerin ulusal düzeyde hazırlanması ile mümkün olması beklenmektedir. Akılcı İlaç Kullanımı konusunda istenen başarının sağlanabilmesi için bütün sağlık profesyonellerinin iş birliğine ihtiyaç vardır.

## Kaynaklar

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Hekimlerin akılcı reçeteleme yaklaşımı. Araştırma Serisi:8. Ankara 2011
- 2- Neden Akılcı İlaç Kullanımı, Erişim Adresi: [http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=81](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81) E. Tarihi: 14.09.2018
- 3- World Health Organization. The Rational use of drugs: report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985. World Health Organization, 1987
- 4- Holloway K, Van Dijk L. The world medicines situation 2011. Rational use of medicines. Geneva: WHO, 2011
- 5- Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2012; 19(1)
- 6- Şendir M, Büyükyılmaz F, Çelik Z, Güzel E. Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Rreventive Medicine Bulletin, 2015; 14 (1)
- 7- World Health Organization. Promoting rational use of medicines: Core Components. WHO Policy Perspectives on Medicines. Report WHO/EDM/2002.3. Geneva: WHO, 2002
- 8- T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye akılcı ilaç kullanımı bülteni. Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi, 2015; 9 (2)
- 9- “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022 Çalıştayı”, 15-16 Mart 2018, Ankara. Erişim Adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=4391> Erişim Tarihi: 14.09.2018
- 10- Ulupar S, Akıcı A. Hemşirelik uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics, 2015; 3(1): 84-93
- 11- Uzun Ş, ARSLAN F. İlaç uygulama hataları. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2008; 28(2): 217-222.
- 12- Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4 (2): 22-27
- 13- Piriñçi E, Bozan T. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin akılcı ilaç kullanım durumları. Fırat Tıp Derg/Firat Med J 2016; 21(3): 129-136



## Sözel 21 (ÖZET)

### YAŞLIDA İHMAL VE İSTİSMAR

#### Elderly Abuse And Neglect

Uzm. Hem. Fatma ÇETİNKAYA\*, Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN\*\*

\*İzmir Sağlık Bakanlığı Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi  
\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

#### ÖZET

Yaşlı Nüfusun artışı ile birlikte yaşlı istismar ve ihmali hem dünyada hem de ülkemizde önem kazanmaya başlamıştır.

Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü Toronto deklarasyonu'na göre yaşlı istismarı "Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide yaşlıya zarar veren veya strese sokan tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır". Yaşlı ihmali ise bakmakla yükümlü bireylerin (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), yaşlının günlük gereksinmelerini karşılayamamasıdır.

İngiltere Sağlık Bakanlığının 2000 tarihli Sır Yok (No Secrets) raporunda, yaşlıların maruz kaldığı mağduriyet çeşitleri altı ana başlık altında toplanmıştır: (1) fiziksel istismar (vurma, dövme, tekmeleme, yanlış ilaç tedavisi), (2) cinsel istismar (tecavüz, cinsel saldırı ve diğer cinsel eylemler), (3) psikolojik taciz (duygusal taciz, tehdit, aşırı suçlama ve sözlü taciz), (4) finansal istismar (hırsızlık, dolandırıcılık, mülkün haksız transferi veya değişikliği), (5) ihmali ve istismar (göz ardı etmek, yetersiz bakım ve/veya hizmet, yetersiz beslenme, sosyal ilgisizlik) ve (6) ayrımcı tedavi (sözlü taciz, iftira ya da benzer tedavi).

Aile içinde yaşananların yaşlılar ya da yakınları tarafından gizlenmek istenmesi, birisine söylenmesi durumunda daha fazla istismara maruz kalacağı korkusu ve utanma duygusu, vakaların tespitini ve araştırma verilerinin elde edilmesini güçleştirmektedir. Yasal olarak istismar vakalarının bildirilmesine ilişkin bilgi eksikliği, kurumlar arası koordinasyon yetersizliği, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, doktor, hemşire, vb. uzman personelin eksikliği istismar ve ihmalin tespitini zorlaştıran nedenler arasında sayılabilir.

Anayasanın 17. maddesi "Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı"; Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 102. maddesi "Cinsel saldırı"; TCK'nın 232. Maddesi "Kötü Muamele"; TCK'nın 233. maddesi "Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali"; TCK'nın 280. maddesi "Sağlık mesleği mensuplarının

#### ABSTRACT

Along with the increase in the elderly population, elder abuse and neglect have begun to gain importance both in the world and in our country.

International Prevention of Elderly Abuse Organization and the World Health Organization, elder abuse, according to the Toronto Declaration "Trust is made in the expectation that one or improper behavior that puts repetitive stress harms or older in any relationship." Elderly neglect is the inability of elderly people to meet the daily needs of care-takers (family members, social workers, private carers).

In the UK Ministry of Health's 2000 No Secrets report, the types of victimization suffered by the elderly are grouped under six main headings: (1) physical abuse (hitting, beating, kicking, improper drug treatment), (2) sexual abuse (rape, sexual assault and other sexual acts), (3) psychological harassment (emotional abuse, threats, excessive accusations and verbal harassment) (4) financial abuse (theft, fraud, unlawful transfer or change of property), (5) neglect and use (neglect, inadequate care and / or service, malnutrition, social indifference) and (6) discriminatory treatment (verbal abuse, slander or similar treatment).

The fear of being hidden by the elderly or relatives of the family members, the fear of being exposed to more abuse if they are told to someone, and the sense of embarrassment make it difficult to identify cases and obtain research data. Lack of information on reporting legally abuse cases, inadequate coordination among institutions, social worker, psychologist, doctor, nurse, etc. the lack of qualified staff abuse and neglect are among the reasons that make it difficult to detect.

Article 17 of the Constitution, "the inviolability of the person, material and spiritual existence"; Turkish Penal Code (TCK) Article 102 of "sexual assault"; Article 232 of the Turkish Penal Code "Bad Treatment"; Article 233 of the Turkish Penal Code "Violation of liability arising from family law"; Article 280 of the Turkish Penal Code (TCK) "Notifying a member of the health profession of a crime" is related to elder abuse and neglect.

Elderly individuals constitute an important and valuable element of the human resources of the society.

suçu bildirmemesi” yaşlı istismar ve ihmali ile ilişkili maddelerdir.

Yaşlı bireyler, toplumun insan kaynaklarının önemli ve değerli bir ögesini oluşturmaktadır. Yaşlı istismarı ve ihmali önlemede sağlık profesyonellerinin farkındalığı, ihmal ve istismar belirtilerini tanınması ve risk gruplarını bilmesi yaşlı bireye yardım etmede son derecede önemlidir. Sağlık ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirenin sağlık ve bakım kurumlarında ve toplumda yaşayan yaşlı bireylerin ihmal ve istismarının belirlenmesinde önemli bir rolü vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, yaşlı birey, yaşlı ihmali, yaşlı istismarı.

Awareness of health professionals in the prevention of elder abuse and neglect, to know the signs of abuse and neglect, and to recognize the risk is extremely important in helping the elderly. The nurse, an indispensable member of the health team, has an important role in determining the neglect and abuse of elderly people living in health and care institutions and in the community.

**Key words:** Nurse, elderly individual, elderly neglect, elder abuse.

## Sözel 22 (ÖZET)

### TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTAYA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN DURUMU

#### Status Of Nurses Giving Care To The Patient In The Terminal Period

Uzm. Hem. Fatma ÇETİNKAYA

İzmir Sağlık Bakanlığı Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi

#### ÖZET

Leininger bakımı 'mevcut ya da olası gereksinimleri olan bir başka kişi ya da grubun yaşamını insanca sürdürebilmesi veya geliştirebilmesine ya da ölümle yüzleşebilmesine yardım edilmesi ya da desteklenmesi' olarak tanımlamıştır.

Demanstaki yaşlı bir hastanın aylarca enteral yoldan beslenmesi, böylece onun yaşamının uzatılması ona bakım veren hemşireye duygusal yük getirebilmektedir. Benzer şekilde günlerce şefkatle bakılan, ancak yeniden canlandırma istemi olmayan anomalili bir yeni doğanın son nefesine kadar hiçbir müdahalede bulunmadan yalnızca fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak hemşireler için ahlaki ikilem ve değer çatışmaları yaratan yaşantılardır. Dolayısıyla hasta-hemşire ilişkisi, bakım verilen kişilerle ilgili ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların ya da karar verememenin olası sonuçlarının analiz edilmesini gerektirir.

Terminal dönemdeki hastaların çoğu daha iyi bakım almak, daha kaliteli hizmet elde etmek adına yaşamlarının son dönemlerini hastanelerde geçirmekte, palyatif tedavilerle kalan ömür uzatılmaya çalışılmaktadır. Son teknoloji solunum cihazları, havalı yatakları, profesyonel sağlık ekipleriyle hastaneler, ölümcül hastalığı olan çoğu bireye güvenli görünmekle birlikte; alışık olduğu çevrede bulunamamak, sevdikleriyle son günlerini birlikte geçirememek ve yabancı insanların sürekli bakımına ihtiyaç duymak, hastaların hastanede kalmasını güçleştiren durumlardır.

Terminal dönemdeki hastaya bakım veren hemşireler modern sağlık hizmetlerinin çoğunun karakteristiğinin üstesinden gelip ayrılarak hastaları ve aileleri ile ilişki kurmaktadır. Hemşireler, ölmekte olan hastalara ya da sevdikleri bir yakınlarını ölmek üzere izleyen insanlara destekleyici mevcudiyet ve yardım eli sunmak için bulunmaktadırlar.

Hemşirelerin ölüme ilişkin olumlu tutumları eğitim ve deneyimle gelişmektedir. Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin vermeyenlere göre ölüme karşı daha fazla olumlu tutum gösterdikleri belirtilmiştir.

#### ABSTRACT

Leininger defines care as 'helping or supporting the life of another person or group with existing or probable needs in a way that can maintain or improve human life or face death'.

An elderly patient in dementia can be fed on the enteral side for months, so the extension of his life can bring emotional burden to the nurse who cares for him. Meeting the physical needs of the nurses without any intervention until the last breath of an anomaly new nature, which is looked at with similar affection for days, but which does not require reinvigoration, is the experience that creates ethical dilemmas and value conflicts for nurses. Thus the patient-nurse relationship, making moral judgments about the care of the person, require decisions or analyzing the possible consequences of disclosure can not decide.

Most patients in the terminal period spend the last days of their lives in hospitals in order to get better care, better quality services, and try to extend the life remaining with palliative treatments. Latest technology respirators, air mattresses, hospitals with professional health team, although it seems safe to many individuals with terminal illness; not being able to be found in the surroundings where they are accustomed, being able to spend their last days with their loved ones, and needing constant care of foreign people, making it difficult for patients to stay in the hospital.

Nurses who take care of the terminal patient relate to the characteristics of most of the modern health services and relate to their patients and their families. Nurses are present to provide supportive presence and assistance to people who are watching a close relative of a dying patient or loved one.

Positive attitudes of nurses towards death are developing with education and experience. Patient care nurses in the terminal period were reported to have a more positive attitude towards death than those who did not.

For the nurses, it is possible to reduce the depressive mood of the employees by applying rotation to the parts where the death event is frequent from the parts where death is frequent. It is suggested that training

Hemşireler için ölüm olayı sık olan bölümlerden ölüm olayı az olan bölümlere rotasyon uygulaması yapılarak ve yeterli izin verilerek çalışanların depresif duyu durumlarının azaltılması sağlanabilir. Hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına ölmekte olan hasta ve hasta yakını iletişim konusunda becerilerini artırma konusunda eğitim programları, baş etme yöntemlerini güçlendirecek programların düzenlenmesi ve araştırmaların yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, terminal dönem, bakım

programs for enhancing communication skills in dying patients and patient relatives to nurses' in-service training programs, and arranging and researching programs to strengthen the coping methods are suggested.

**Key words:** Nurse, terminal period, care.

## Sözel 23 (ÖZET)

### KADINA YÖNELİK ŞİDDETTE YASAL DÜZENLEMELER VE SAĞLIK PROFESYONELİNİN ROLÜ

#### Legal Regulation and The Role of Health Professionals in Violence Against Women

M.Sc.Fatma YILDIRIM\*, Doç. Dr. Nuriye BÜYÜKKAYACI DUMAN\*\*

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

\*\*Doç. Dr., Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

Şiddet, kişinin fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik yönden zarar görmesine denmektedir. Adli tıbbın önemli bir konusu olan kadına yönelik şiddet; orantısız bir biçimde, doğrudan kadını etkileyen şiddet olarak tanımlanmaktadır. Dünyada ve Türkiye’de yaklaşık olarak her üç kadından birinin erkekler tarafından şiddete uğradığı bildirilmiştir. Sağlık kuruluşuna başvuran yaklaşık olarak her üç kadından yalnızca birinin cinsel şiddete maruz kaldığını paylaşabildikleri bildirilmiştir. DSÖ’ye göre şiddet, kadınların yaşamları ve sağlıklarını tehdit etmektedir.

Ülkemizde kadına yönelik şiddetin önlenmesine karşı yapılan bazı yasal düzenlemelerin tartışmalara neden olduğu bildirilmiştir. Örneğin; tecavüz mağdurunun hayat kadını olması halinde ceza indirimini öngören kanunun iptal edilmesine rağmen, olayların yasal makamlara bildirilmesi ve yasal sürecin işleyişinde aksaklıklar olduğu bildirilmiştir. 2016’da Türk Ceza Kanunu’nda, cinsel istismar suçunda mağdur ile failin evlenmesi halinde, fail hakkında hükmün açıklanmasının geri bırakılması veya cezanın ertelenmesinin olanak sağlayan düzenleme TBMM Genel Kurulu’nda tartışmalara yol açmıştır. Bunun yanında Türkiye, 2011 yılında “Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi”ni imzalayan ilk ülkedir.

Genelde kadına yönelik şiddet mağduru ile karşılaşan ilk kişiler sağlık profesyonelleridir. Sağlık profesyonellerinin meslek uygulamalarında kadına yönelik şiddete karşı yaklaşımları konusunda duyarlılıklarını ve haberlilik düzeylerini artırmak amacıyla ulusal ve uluslararası birçok projeye yer verilmiş ve bu çalışmaların olumlu sonuçlandığı bildirilmiştir. Eğer sağlık profesyoneli, kadının maruz kaldığı şiddetin neden olduğu travmayı görmezden gelip, yargılayıcı yaklaşım, gizlilik ve saygı beklentisini görmezlikten gelirse mağdur için ikincil

#### ABSTRACT

Violence is call to caused by physical, sexual, psychological or economic harm. Violence against women what an important issue in forensic medicine; disproportionately, violence that directly affects women. Approximately one out of every three women has reportedly subjected to violence by men in the world and Turkey. It has been reported that only about one out of every three women who apply for a health facility can share that they are exposed to sexual violence. According to WHO, violence threatens women's lives and health.

It has been reported that some legal regulations against the prevention of violence against women in our country are caused by discussions. For example; it has been reported that despite the cancellation of the law envisaging a penalty reduction in case rape victims become prostitutes, they are reported to legal authorities and there are disruptions in the legal process. In the Turkish Criminal Code in 2016, if the victim and the perpetrator are married on the offense of sexual abuse, the regulation which allows the annulment of the ruling on the perpetrator or the postponement of the sentence has led to a debate in the General Assembly of the Grand National Assembly. Also Turkey in 2011 "Violence Against Women and Domestic Violence Prevention and Combating Council of Europe Convention Relating" which is the first signatory country.

In general, the first people to face violence against women are health professionals. Many national and international projects have been reported with the aim of increasing the sensitivity and communication levels of health professionals regarding their approaches to violence against women in professional practice and reported that these efforts have been positive. If the health professional comes from ignoring trauma caused by the violence the woman is exposed to, comes to judge and ignores the expectation of privacy and respect, it can cause a secondary trauma to the

bir travmaya sebep olabilir. Şiddete maruz kalan kadına yönelik sağlık profesyoneline düşen görevler şöyle sıralanmaktadır: “Aile içi şiddetin saptanması, tıbbi tedavi ve bakımın sağlanması, aile içi şiddete maruz kalan kadınla güvenli bir ortamda görüşme yapılması, bilgilendirme ve danışmanlık yapılması, güvenlik planı oluşturulması, kayıt tutulması ve gerekli disiplinlere sevk edilmesi.”

Bu çalışmada, kadına yönelik şiddete yönelik yapılan yasal düzenlemeler, bu bağlamda sağlık profesyonelinin rolünün neler olduğunu tartışmayı hedefledik.

**Anahtar kelimeler:** Kadına yönelik şiddet, sağlık profesyonelinin rolü ve aile içi şiddet.

victim. The duties assigned to the health professional for women exposed to violence are as follows: " Identification of domestic violence, provision of medical treatment and care, interviewing in a safe environment with exposed domestic violence, information and counseling, security plan creation, record keeping and necessary Disciplines are referred to. "

In this study, we aimed to discuss the legal regulations on violence against women and the role of health professionals in this context.

**Key words:** Violence against women, the role of health professionals and domestic violence.

## Sözel 24 (ÖZET)

### ACİL SERVİSLERDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ADLİ OLGULARA YÖNELİK BİLGİ VE YAKLAŞIMI

Hemş. Gamze ODABAŞI\*, Dr. Öğr. Üyesi Funda ÇETİNKAYA\*\*

\*Aksaray Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Birim

\*\*Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

**Amaç:** Acil servislere karşılaşılabilecek adli vakaların yönetimi konusunda gerek yöneticilerin gerekse sağlık çalışanlarının sorumlulukları vardır. Adli incelemelerde sağlık çalışanlarının bilgili olması ve doğru bir şekilde yaklaşımda bulunması çok önemlidir. . Bu araştırma, acil servislerinde çalışan hemşirelerin adli olgular ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak, adli olgulara yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntemler:** Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın örneklemini 1 Mayıs- 30 Haziran 2018 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan 70 hemşire oluşturdu. Araştırma verileri toplanmadan önce Etik kurul onay ve kurum izni alınmıştır. Araştırmacılar tarafından hemşirelerin adli olgu ile ilgili bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla oluşturulan anket formu hemşirelerle yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Verilerin analizinde; yüzdelik dağılımlar, ortalamalar kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmada yer alan hemşirelerin yaş ortalaması 32.47±7.61 olduğu belirlendi. Bu çalışmada hemşirelerin acil birimde çalışma süresinin 2-5 yıl arasında olduğu tespit edildi. Çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğunun hemşirelik eğitiminde (%67.1) adli olgularla ilgili herhangi bir eğitim almadığı, eğitim alan hemşirelerin %55.7 sinin eğitimi yeterli bulmadığı saptandı. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun (%71.4) adli olgu değerlendirmesinde hekime yardımcı olduğu belirlendi. “Sizce hangi durumlar adli vaka olarak değerlendirilir” sorusuna hemşirelerin %100’ü ateşli silah yaralanmaları, %94.3’ü trafik kazaları, %72.9’u zehirlenmeler, %65.7’si elektrik çarpması %81.4’ü iş kazaları, %82.9 cinsel saldırılar, %31.4 tıbbi hata (malpraktis), %65.7’si delici kesici yaralanmalar %38.6’sı yanıklar, %85.7’si aile içi şiddet cevabını vermiştir. Hemşirelerin adli olayla karşılaştıklarında hemşirenin görevleri arasında yer alması gereken uygulamalardan en fazla (%65.7) delillerin laboratuvar ya da ilgili makama ulaştırılmasını sağlamak olduğu belirlendi. Acil serviste karşılaşılan adli olgularda hemşirenin yapması gereken uygulamalara karşı görüşlerinde en fazla cevap (%71.4) adli olguların bildirimini hemen polise yapılması gerektiği olmuştur.

**Sonuç:** Çalışmada hemşirelerin hangi durumları adli vaka içinde değerlendirilmesi gerektiği konusunda ve adli olgularda acil birim hemşirelerinin yapması gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Çalışma sonucunda, hemşirelik eğitimi sürecinde adli olgularda hemşirelik yaklaşımı konusunda daha fazla yer verilmesi, çalışma alanlarında da hizmet içi eğitimler ve sertifika programları ile hemşirelerin desteklenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adli hemşirelik, adli olgu, acil servis

## Sözel 25 (TAM METİN)

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MAHREMİYETİ

#### Patient Privacy in Healthcare Services

Dr. Öğretim Üyesi Hüsna ÖZVEREN\*, Yüksek Lisans Öğrencisi Selver BEKTAŞ\*\*,

Arş. Gör. Dr. Emel GÜLNAR\*, Arş. Gör. Kamile KIRCA\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\*Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans

#### ÖZET

Mahremiyet hakkı, insan hakları içerisinde önemli bir yer tutan ve mutlaka korunması gereken temel haklar arasında yer almaktadır. Sağlık ve hemşirelik hizmetlerinde hastanın mahremiyetinin korunması ve sürdürülmesi önemlidir. Sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı daha çok bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlandıkları süreçte özel aile yaşamlarının gizliliği, sağlık durumları ile ilgili bilgi ve belgelerin gizliliği, sırlarının açıklanmaması, bedenleri ve fiziksel özellikleri ile ilgili bilgilerin gizliliği gibi konuları içermektedir. Hasta mahremiyetinin korunması için; hastaların bilinçli hale gelmesi, çalışanların bu konuda eğitilmeleri, sağlık kurumlarının uygun fiziki şartları sağlaması, yasal düzenlemeler ve bilgi güvenliği ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Böylelikle hasta mahremiyeti en uygun şekilde korunabilecektir. Bu makalede, mahremiyetin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** hasta hakları, mahremiyet, sağlık hizmeti

#### ABSTRACT

The right to privacy is one of the fundamental rights that must be protected and which have an important place in human rights. Health and nursing services, the patient's privacy must be protected and maintained. The right to privacy in health services includes topics such as the confidentiality of private family lives, confidentiality of information and documents related to health status, secrecy of secrets, confidentiality of information about their bodies and physical properties. For the protection of patient privacy; patient confidentiality can be protected in the most appropriate way by making the patients conscious, educating the employees on this subject, providing the appropriate physical conditions of health facilities, making the necessary arrangements about legal regulations and information security. In this article, the place and importance of privacy in health services is reviewed in the light of the literature.

**Keywords:** patient rights, privacy, health service



## Sözel 25 (TAM METİN)

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MAHREMİYETİ

#### Patient Privacy in Healthcare Services

Dr. Öğretim Üyesi Hüsna ÖZVEREN\*, Yüksek Lisans Öğrencisi Selver BEKTAŞ\*\*,  
Arş. Gör. Dr. Emel GÜLNAR\*, Arş. Gör. Kamile KIRCA\*  
\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
\*\*Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı Yüksek Lisans

#### Giriş

Bireyin yaşamı süresince onun insan olma özelliğinden kaynaklanan ve sahip olması gereken temel hak ve özgürlükleri insan hakları olarak tanımlanmaktadır (1). Türk Dil Kurumuna göre “Hak”, adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç, dava ve iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk, verilmiş emekten doğan manevi yetki, emek karşılığı ücret, doğru, gerçek olarak tanımlanmaktadır (2). Diğer bir tanımda ise "Hak" kişiye, hukuk düzeni tarafından sağlanmış olan yetki olarak ifade edilmektedir(3). Hasta hakları, en temel insan haklarından biridir (4). Hasta hakları, üçüncü kuşak insan hakları içinde tanımlanmakta ve insan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını kapsamaktadır (5). Bu hakların başında insan olarak saygı görme, en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bilgilendirilme, tıbbi işlemler için onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, bakım ve tedavi devamlılığının sağlanması gelmektedir (6). Hasta haklarının toplumsal bir boyut kazanması son yirmi yıl içinde gerçekleşmiştir. Son yıllarda başta Avrupa ülkeleri olmak üzere birçok ülkede sağlık hizmeti tartışmalarında "hasta hakları" kavramı önem kazanmıştır (7,8,9). Hasta haklarının amaçları, hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişkilerin desteklenmesi, hastaların mevcut sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin sağlanması, sağlık hizmeti sürecinde hastaların aktif katılımının kolaylaştırılması, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, hizmet alanlar ile hizmet veren kurumların arasında iletişim, iş birliği fırsatları oluşturulması ve güçlendirilmesi, bu haklara yönelik başvuru merkezlerinin oluşturulması ve sağlık hizmetlerinde iç kontrolün sağlanması olarak belirtilmektedir. Bu amaçlar doğrultusunda toplumun ve sağlık çalışanlarının eğitim ve bilgilendirilmeleri büyük öneme sahiptir (10). Ülkemizde hasta haklarına yönelik düzenlemeler, Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yayınlanan “Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği” ile bu yönetmeliğe bağlı olarak 2003 yılında çıkarılan “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge” ve “Hastane Kalite Standartları” içerisinde yer almaktadır (1).

Hasta hakları içerisinde yer alan mahremiyet hakkı, insan hakları içerisinde önemli bir yer tutan ve mutlaka korunması gereken temel haklar arasında yer almaktadır. Gerek özel hayatın mahremiyeti gerekse de hasta mahremiyeti hukuki anlamda teminat altına alınmıştır.

Dolayısıyla yasal düzenlemeler, ilgili kişilere (hekim, sağlık çalışanı v.b.) diğer kişilerin (hasta, refakatçi v.b.) özel hayatına ve sağlığı ile ilgili hayatına saygı gösterme, mahremiyetlerini koruma zorunluluğu getirmektedir (1). Mahremiyet kelimesi incelendiğinde; ilk kez 1890 yılında Brandeis tarafından "yalnız bırakılma hakkı; hakların en kapsamlısı ve özgür insanlar tarafından en çok değer verilen hak" olarak tanımlanmıştır (11). Bu tanım birey olabilmenin özgürlük, özgürlüğün de mahremiyetle doğrudan ilişkisi, modern devlet yapısı içinde mahremiyetin özgürlüğün kalbi olarak tanımlanmasına neden olmuş ve mahremiyetin örselenmesinin özgürlüğün kısıtlanmasına yol açacağı sonucunu yaratmıştır (12,13). Tanrıverdi (2012) (4) mahremiyeti tanımlarken beden, his, düşünce, ilişki kavramlarını ekleyerek tanımı daha geniş bir çerçeveye oturtmuştur. Bu kavramlara (beden, his, düşünce, ilişki) ait bilgilerin başkaları tarafından erişiminin engellenmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca hasta mahremiyetinin korunmasının esas olduğu ve hastaların bu mahremiyet hakkının korunmasını açıkça isteyebilmeleri gerektiğini ifade etmiştir. Hastaya yapılacak her türlü tıbbi müdahalede de hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi gerektiğini söylemiştir (14). Mahremiyet kavramının evrensel bir tanımı yoktur. Ancak, mahremiyetin genel olarak kabul edilen yönü temel insan gereksinimi ve hakkı olmasıdır. Mahremiyet hakkı bireyin bilgilerine ulaşılmazlığı, bedenine dokunulmazlığı, kendini geliştirmesi ve ifade edebilmesini kapsar (15).

Hasta mahremiyeti ise; hastalara ait gizlilik, gizli olma durumunu ifade etmektedir. Bu anlamda mahremiyet hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerin gizli olması gerektiğini içerdiği gibi, hastanın bedensel ve zihinsel mahremiyetini de içine almaktadır. Bir hastanın mahremiyetine girmek onun hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenecek kadar ona yakın olmaktır (16). Bir başka deyişle hasta mahremiyeti; kişinin bakım ve tedavi amacıyla ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşam alanı olarak tanımlanmaktadır (17). Mahremiyet konusu tıbbi gizliliği çağrıştırmakla birlikte, mahremiyet ve gizlilik eş anlamlı sözcükler değildir. Ancak farklı anlamlarına rağmen, birbirlerini bütünleyici kavramlardır. Tıbbın önemli bir ahlak ilkesi olan tıbbi gizlilik, genelin esenliğine, hastanın özerkliğine ve mahremiyetine saygıyı artırmak gibi asıl amaçlara hizmet eden bir araçtır. Çünkü tıbbi gizlilik; özerklik, yararlılık, kötü davranmama ve adalet ilkeleri kapsamında anlam bulmakta ve bireyin mülkiyetine, mahremiyetine saygı gösterilmeyi bekleme, sırlarının korunmasını dileme hakkı gibi negatif ve pozitif hakları bütününde barındırmaktadır. Sadakat, güvenilirlik ve saygı gösterme gibi temel etik değerleri de içeren tıbbi gizlilik (sır saklama ve güven ilişkisi) mutlak etik yükümlülükler yaratmaktadır (15).

Tıp etiğinin temel ilkelerinin, tıbbi deontolojinin, ulusal ve uluslararası düzenlemelerin önemle yer verdiği mahremiyet hakkı, sağlık hizmetlerinin sunulmasında insanlara/hastaya tanınmış vazgeçilemez bir haktır(18).

## **Mahremiyetin Boyutları**

Sağlık alanında mahremiyet kavramı, fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel boyutları ile göz önünde bulundurulmalıdır. Burgoon and Parrott (1982) mahremiyetin fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilgisel boyutlarının olduğunu bildirmişlerdir (19).

### **1.Fiziksel mahremiyet**

Sağlık hizmetlerinde fiziksel mahremiyet; hastanın içinde bulunduğu hastane ortamı, odasının düzeni, planı, ışıklandırması, renk seçenekleri, ısı derecesi ve çevresindeki diğer insanlar alışık olduğu ev ortamından oldukça farklıdır ve kendi kontrolü sonucu oluşturulmuş bir çevre değildir. Hastane ortamındaki kişisel egemenlik alanının sınırlanması (hastaya fiziksel sınırlamalar koyulması), kişisel alanına (odasına ya da bedenine) müdahaleler, doğrudan kişinin mahremiyetine müdahale etmek anlamına gelebilmektedir. Volicer and Wynne (20), hasta ve bu hastalara bakım veren hemşirelerle görüşerek yaptıkları çalışmada, her iki grubun da en önemli stres kaynağı olarak erken saatte başlayan rutinler, gürültü, tuvalet-banyo kullanımı ve mahremiyete saygı ile ilgili yaşanan sıkıntıları belirttiğini, bunların hastanenin fiziksel yapısı ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Bauer, hasta odasının kapısını çalarak içeri girmenin mahremiyete gösterilen saygının bir göstergesi olarak görüldüğünü belirtmiştir. Schwartz ise mahremiyetin kilitlenebilir bir odaya sahip olmakla sınırlı olamayacağını, gereksiz bir fiziksel temasın bile mahremiyeti sınırlandıran bir faktör olabileceğini dile getirmiştir. Bunun yanında kişisel alanlara müdahale etmenin, örneğin hemşirelerin hasta odasına kapıyı çalmadan, izin almadan girmesinin beklenenden daha az anksiyeteye neden olduğu, tam aksine kişisel egemenlik alanına müdahalenin, örneğin kişiye ait olan özel şeylere bakılması, izin istemeden ve bireyin katılımını almadan hasta bireyin etajerinin uzaklaştırılması, odanın camının açılması ya da kapatılmasının sert davranışlar olarak nitelendirildiği, bireye ciddi rahatsızlık verdiği ve mahremiyete karşı bir tehdit olarak algılandığı belirlenmiştir (20,21,22).

### **2.Sosyal mahremiyet**

Sosyal mahremiyet, sosyal ilişkilerin yönetilmesi, ilişkinin tarafları, sıklığı, süresi ve etkileşimin kapsamı üzerine kontrolün olmasıdır. Altman (1975) ve Leino- Kilpi ve ark. (2001)'nin belirttiğine göre sosyal mahremiyet, bireysel sosyal becerinin ve sosyal birlikteliğin kontrolü için gösterilen çabanın toplamıdır (22,23). Sosyal mahremiyet, insanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önünde bulundurmaya gerektirir. Sosyal mahremiyet sadece diğer insanlarla olan iletişimde özgür olmayı içermemekte, bunun yanında, kişinin kendi davranışlarını yönetmesine ve bu yönetimi gerçekleştirmesine yönelik dışardan gelen baskıları da içermektedir. Sağlanan mahremiyetin derecesi, bireyin dolaylı yoldan da olsa diğer bireyin aktivitelerini yönetme ve kontrol etme sınırına bağlıdır (22,24).

### **3.Psikolojik mahremiyet**

Psikolojik mahremiyet, bilgisel ve duygu durumu ile ilgili süreçlerin kontrolünü, değerlerin şekillendirilebilmesini, bireysel bir kimliği sürdürülebilmesini ifade etmektedir (22,25). Burgoon (1982)'a göre psikolojik mahremiyet, insanın var oluşu, sahip olduğu değerleri ve inançları, bireyi etkileyen girdi ve çıktıları ile ilgilidir. Bu konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağı kararını verme hakkını içerir (19).

### **4.Bilgisel (Bilişsel) Mahremiyet**

Bilgisel mahremiyet, bireyin kişisel bilgilerine başkaları tarafından ulaşılmasını ve kendi tarafından açığa vurulmasını kontrol edebilmesidir. Westin (1968), bilgisel mahremiyeti bireyin kendisi hakkındaki bilgilerin nasıl, ne zaman ve ne ölçüde açığa vurulabileceğine karar verme hakkı olarak tanımlar. Kişinin kendisi hakkındaki tüm bilgileri istediği ölçüde kontrol etme hakkından söz edilmektedir (26). Burgoon (1982) ise bilgiye dayalı mahremiyeti, kişinin kontrolü altındaki her şey olarak tanımlamaktadır (19,22,27).

### **Mahremiyet İle İlgili Yasal Düzenlemeler**

Mahremiyet sağlık hizmetlerinde ulusal ve uluslararası yasal düzenlemeleri olan bir kavramdır. 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nde 12. Maddede mahremiyetle ilgili düzenlemede; "kimsenin özel yaşamına, ailesine konutuna ya da haberleşmesine keyfi olarak karışılmaz, şeref ve adına saldırılamaz. Herkesin bu gibi karışma ve saldırılara karşı yasa tarafından korunmaya hakkı vardır" şeklinde mahremiyet koruma altına alınmıştır. Ayrıca 1981 Lizbon Hasta Hakları Bildirgesinde, 1994 Amsterdam Hasta Hakları Bildirgesinde, 1995 Bali Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nde, 2000 Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı mahremiyet kavramı ele alınmıştır (28).

Anayasa'nın 20. maddesinde özel hayatın gizliliği ve mahremiyeti ile ilgili düzenleme getirilmiştir. Bu madde de "herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz" denmektedir. Daha sonra yapılan hukuki düzenlemeler ile özel hayatın gizliliği ve mahremiyetinin korunmasına yönelik şu kanuni kararlar yayınlanmıştır: "Millî güvenlik, kamu düzeni, suç işlenmesinin önlenmesi, genel sağlık ve genel ahlâkın korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması sebeplerinden biri veya bir kaçına bağlı olarak, usulüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça; yine bu sebeplere bağlı olarak gecikmesinde sakınca bulunan hallerde de kanunla yetkili kılınmış merciin yazılı emri bulunmadıkça; kimsenin üstü, özel kâğıtları ve eşyası aranmaz ve bunlara el konulamaz (29).

Türk Ceza Kanunu" (Resmi Gazete 2004) ile özel hayatın gizliliği ve mahremiyet konusu ile ilgili Madde 107, Madde 125, Madde 134, Madde 135, Madde 136, Madde 137 ve Madde 280 maddeleri yer almaktadır (30).

“Bakanlığımız tarafından 1998 yılında yayınlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, günümüz şartlarına göre yeniden düzenlenerek, 8 Mayıs 2014 tarihli ve 28994 sayılı Resmi Gazete de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği ile hasta mahremiyetini ilgilendiren hususlar geniş şekilde düzenleme içinde yer almıştır (31).

*“Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.” şeklinde yer almaktadır.*

Ayrıca 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 104. Maddesinde, 1960 yılında Tıbbi Deontoloji Nizamname'sinin 2 ve 4. Maddesinde, 2001 yılında Medeni Kanunun 24. Maddesinde, 2003 yılında Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi nin 10. Maddesinde, 2013 yılında Bilgi Edinme Kanununun 21. Maddesinde mahremiyet ile ilgili düzenlemeler yer almaktadır (32).

Sonuç olarak hastanın mahremiyet hakkı önemli bir hak olup ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır. Türkiye’de de bu alanda yasal düzenlemeler yapılmıştır.

### **Hasta Mahremiyeti Ve Hemşirelik**

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı değişimler, sürekli hizmet kalitesini iyileştirmeye yönelik uygulamalar ve bakıma teknolojinin girmesi hastaların mahremiyetini sağlama ve sürdürmeye yönelik uygulamalara ilgiyi artırmıştır (32).Mahremiyet haklarının en fazla gündeme geldiği alanlardan biri de sağlık hizmetleridir (14). Mahremiyet insanın temel gereksinimlerinden biridir (15). Hastanın mahremiyetinin korunması ve sürdürülmesi gerek tüm sağlık hizmetlerinde, gerekse hemşirelik hizmetlerinde kalitenin en önemli parçasından biridir (27).

Mahremiyet kavramı sağlık alanında, özellikle de hemşirelikte kullanımı yaygındır. Hemşirelere ilk öğretilen ilke, hemşirelik uygulamaları sırasında hastanın mahremiyetinin korunmasıdır (33). Mahremiyetten yoksun bırakılma duygusu hasta bireyde önemli bir stres kaynağı olmasının yanında mahremiyet ihlali etik sorunları da beraberinde getirebilir. Zorunlu ya da istemeyerek bireyin kişisel alanlarına girilmesi kişinin zarar görmesine ve sosyal toplumdaki soyutlanmasına neden olmaktadır. Hemşire bakım verirken hastanın özel hayatını öğrenecek kadar ona yakın olabilir (34). Bu yüzden hasta mahremiyetinin korunmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hizmet alan bireylerin mahremiyet hakkının korunmasını ve dokunulmazlıklarını sürdürmeyi sağlayan koşulların oluşturulması, kişisel tercihlere duyarlı ve saygılı bir bakım, kişinin kendi bakımı ve tedavi süreçlerinde kontrolünü

sürdürmesi, karar verme süreçlerine katılımının sağlanması ve onamının alınması, birey için uygun fiziksel ve sosyal ortamların hazırlanması bu sorumluluklar içinde yer almaktadır (27). Hemşirelerin verdikleri hizmet ve tıbbi uygulamaların değerlendirmesini yapabilmeleri ve etik karar verme becerisine sahip olmaları son derece önemlidir. Hemşire, bilgi toplama, bilgi saklama, bilgi verme ve hasta bilgilerini paylaşma sırasında mahremiyet bakımından duyarlı olmalıdır (35). Hemşirenin gizlilik içeren bilgiyi dikkatli bir şekilde saklayarak bireyin gizlilik hakkını savunması gerekmektedir. Gizliliğin ihlali hasta bireyin hemşireye güven inşa etmesini olumsuz yönde etkileyerek kişilerarası ilişkilere de zarar verir (36). Mahremiyet duygusu, hastalara açıklanan bilginin başkalarına yayılmayacağı güvenini verirken dürüst ve doğru iletişim için cesaret vermektedir. Kendisi hakkında çoğu bilginin birinden diğerine ulaştırıldığı mahremiyetsiz bir çevrede, hastalar huzursuz olacağından isteklerini gizleyebilir (15). Bu nedenle hasta mahremiyetine daha fazla ilgi gösterilmesi, bu konuya daha fazla önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Hemşirelerin bu konudaki tutumu oldukça önemlidir. Çünkü sağlık hizmetleri sunumunda hasta mahremiyetinin sağlanması ve sürdürülmesinde öncelikli olarak sağlık çalışanları olarak hemşireler sorumlu görülmektedir.

## Sonuç

Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmet sunumunun çeşitlenmesi ve farklılaşması, insan hakları kavramına yeni eklenen haklar mahremiyet hakkını daha önemli bir hale getirmiştir. Bu hakkın sağlanması özellikle sağlık hizmeti alan hastalar açısından son derece önemlidir. Çünkü hastalar sağlık hizmeti alırken mahremiyetlerinin ihlal edilebileceği birçok sorunla karşılaşmaktadır. Gerek sağlık hizmeti alınan yerlerin fiziksel sorunları gerekse sağlık çalışanlarının hasta mahremiyete gösterdikleri özenin yeterli olmaması birçok mahremiyet ihlaline neden olabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda son yıllarda dijital kayıtlar hizmet sunumunu kaliteli hale getirirken aynı zamanda hasta bilgilerinin güvenliğini de tehlikeye atmıştır. Hasta mahremiyetinin korunması için; hastaların bilinçli hale gelmesi, çalışanların bu konuda eğitilmeleri, sağlık tesislerinin uygun fiziki şartları sağlanması, yasal düzenlemeler ve bilgi güvenliği ile ilgili gerekli düzenlemelerin birlikte yapılması ile hasta mahremiyeti en uygun şekilde korunabilecektir.

## Kaynaklar

1. Özata M, Özer K. Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Yönelik Uygulamalarının Sağlıkta Kalite Standartları Bağlamında Değerlendirilmesi: Konya Örneği Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2016; Sayı:45, s.11-33.
2. Hak. <http://www.tdk.gov.tr>. Erişim Tarihi: 20/09/2018.
3. Erdemir, A. D., Elçioğlu, Ö. *Tip Etiği İlkeleri Isiginda Hasta ve Hekim Hakları*. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 2000; s.32-33
4. Tanrıverdi H. Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi, Sımyo Yönetim Ve Organizasyon Bölümü, Aralık 2012; s.103
5. Özcan C. Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi; Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010

6. Erbil N. [Developing scale of patient' rights using attitude] Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6: 827
7. Şahbudak Ü. Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992
8. Çobanoğlu, N. Hastane Yönetimi ve Hekim-Hasta İlişkisinde Özerklik Sorunu. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2000
9. Ruddick, W. Medical Ethics. *The Encyclopedia of Ethics* içinde. L. and C. Becker,. (edit.) Garland Encyclopedia of Ethics. 1998; 315-321
10. Nusret, Y.İ Özel Hastane Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Bilgi Ve Tutumlarının Ölçülmesi. Biruni Üniversitesi Sağlık Birimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2018
11. Diffie W., Landau S. *Privacy on the Line: The Politics of Wiretapping and Encryption*, Cambridge, Massachusetts, The MIT Pres, 1998
12. İzgi MC. Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2014;1(1):25-37
13. Westin AF. *Privacy and Freedom*, London, Mansell Pres, 1970
14. Alan S, Erbay H. Tıp Etiği Açısından Ambulans Hizmetlerinde Hasta Mahremiyeti, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2011; 33(8):33-34
15. Bekmezci H, Özkan H. Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi *HSP*,2015; 2(1):114-117
16. Çetinalp, H. Hasta Mahremiyeti <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hastamahremiyeti/>
17. Çinko M. S. Hukuki ve Tıbbi Açısından Hasta Hakları, <http://www.vekil.net/forum/hukuki-makale-kose-yazisi-arastirma-ve-incelemeler/hukuki-ve-tibbi-acidan-hasta-haklari-mehmet-siddik-cinko/>
18. Sert G.Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Açısından Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet Hakkı Kavramı Deontoloji Anabilim Dalı. Doktora tezi. İstanbul.2007
19. Burgoon J. Privacy and communication. *Communication Yearbook*. 1982; (6): 206-249.
20. Volicer B, Wynne B M. A hospital stres rating scale. *Nursing Research*.1975; 24 (5): 352-359
21. Lemonidou C, Merkouris A, Lemo-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Scott A, Tafas C, Arndt M. A comparison of surgical patients' and nurses' perceptons of patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 2003;7: 73-83.
22. Leino- Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott A, Arndt M. Privacy: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2001;(38): 663-671.
23. Altman I. *The Environment and Social Behavior. Privacy' Personal Space· Territory· Crowding*. Pp 262-266. Brooks/Cole Publishing Company. Monterey, California. 1975
24. Steinberger JP. Public and private. *Political Studies*.1999; (47) : 292-313
25. Hughes M. Privacy in aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 2004; 110 -114.
26. Westin A. Privacy And Freedom. *Washington and Lee Law Review*. 1968; Vol.25, Issue.1,Article.20, pp.1-5.
27. Akyüz EB. Ameliyat Olan Hastalarda Hemşirelik Bakım Uygulamalarının Mahremiyete/Kişisel Gizliliğe Etkileri Konusunda Hastaların ve Hemşirelerin Görüşleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. Ankara. 2008.
28. Lizbon hasta hakları bildirgesi. <http://www.tip.deu.edu.tr/index.php?id=538> . Erişim Tarihi: 29/09/2018.
29. "Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nı temel hak ve hürriyetleri düzenlenmesini içeren 20. maddesini değiştirilmesi hakkındaki kanun" madde 4709/5, R.G. 24556, 17.10.2001.
30. Türk Ceza Kanunu. (Resmi Gazete 2004) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>. Erişim Tarihi: 20/09/2018.

31. Hasta hakları yönetmeliği.  
[www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1](http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1). Erişim Tarihi: 20/09/2018.
32. Üzeltürk,S.(2004).Özel hayatın gizliliği hakkı. İstanbul: 1.Baskı. p.:99-109.
33. Ahmad A, Alasad J. Predictors of patients' experiences of nursing care in medicalsurgical ward. *International Journal of Nursing Practice*. 2004;(10) : 235-241.
34. Back E, Wickblad K. Privacy in Hospital. *Journal Of Advance Nursing*.1997; 27: 940-945.
35. Meier E. Medical privacy and its value for patients. *Seminars in Oncology Nursing* 2002; 18(2): 105-108
36. Yalçın N, Aştı T. [Nurse-patient interaction] Hemşire-hasta etkileşimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011; 19: 54-59



## Sözel 26 (TAM METİN)

### LİSANS EĞİTİMİNDE ADLİ HEMŞİRELİK

#### Forensic Nursing In Undergraduate Education

Dr. Öğretim Üyesi Hüsna ÖZVEREN\*, Arş. Gör. Kamile KIRCA\*,  
Arş. Gör. Dr. Emel GÜLNAR\*,  
\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

Sağlık hizmetindeki değişimler, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler hemşirelerin uygulamaları ve rolleri üzerinde farklı çalışma alanları yaratmıştır. Bu çalışma alanlarından biride adli hemşireliktir. Adli hemşirelik, bilgi ve deneyimlerin yargının hizmetine sunulması ile ortaya çıkan ve giderek gelişen, yaygın olarak tanınan bir uzmanlık alanıdır ve hızla ivme kazanmaktadır. Adli hemşirelik eğitiminden elde edilen özgün bilimsel bilgi ve beceriler, tüm hemşirelik rolleri ile örtüşmektedir. Ülkemizde görev tanımı yapılmış, yasal olarak tanımlanmış adli hemşireler bulunmamaktadır ve lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde adli hemşirelik eğitimi veren çok az program yer almaktadır. Adli hemşireliğin lisans ve lisansüstü hemşirelik eğitim müfredatına eklenmesi, konuyla ilgili gerekli kanun ve yönetmeliklerin çıkarılması, bilimsel araştırma, kurs ve seminerlerin düzenlenmesi adli hemşireliğin gelişmesine katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** adli hemşirelik, lisans eğitimi, hemşirelik

#### ABSTRACT

Changes in health care, developments in science and technology have created different fields of work on nurses' practices and roles. One of these study areas is forensic nursing. Forensic nursing is a widely recognized area of expertise, which is evolving with the introduction of knowledge and experience into the service of the judiciary, and is rapidly gaining momentum. Specific scientific knowledge and skills obtained from forensic nursing education coincide with all nursing roles. There are no legally defined forensic nurses in Turkey and there are very few programs that provide forensic nursing education at undergraduate, postgraduate and doctoral level. The addition of forensic nursing to the undergraduate and postgraduate nursing education curricula, the elaboration of necessary laws and regulations, the organization of scientific research, courses and seminars will contribute to the development of forensic nursing.

**Keywords:** forensic nursing, undergraduate education, nursing

## Sözel 26 (TAM METİN)

### LİSANS EĞİTİMİNDE ADLİ HEMŞİRELİK

#### Forensic Nursing In Undergraduate Education

Dr. Öğretim Üyesi Hüsna ÖZVEREN\*, Arş. Gör. Kamile KIRCA\*,  
Arş. Gör. Dr. Emel GÜLNAR\*,  
\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### Adli Hemşirelik Kavramı

Modern dünyanın artan suç ve şiddet vakaları evrensel bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler hastanelerde, acil servislerde, yoğun bakım ünitelerinde, polikliniklerde veya olay yerinde mağdur ve suçlularla karşılaşan ilk sağlık personelidir. Aynı zamanda genellikle hastaları gözlemleyen, hasta ve aileleriyle iletişim kurabilen ve hastaların laboratuvar örneklerini alan hemşirelerdir (1-3). İlk değerlendirme sırasında hemşirenin; bilgiyi toplaması ve analiz etmesi, gerekli kişilere iletmesi adli vakanın sonraki incelemeleri için kanıt oluşturacaktır. Ancak, özellikle acil servis hemşirelerinin bu tür kanıtlardan habersiz olmaları, bunları tanımlama, toplama ve koruma yöntem ve tekniklerini bilmemeleri, tedavi ve bakım sırasında kanıtların gözden kaçırılmasına veya yok olmasına neden olmaktadır. Bu durum adli incelemeyi zorlaştırabilmekte ve mahkemelerin başarısız olmasına veya yanlış kararlar vermesine yol açabilmektedir (4). Hastanelere sevk edilen mağdurların sayısındaki artış ile suçluları veya mağdurları tanımlamadaki zorluklar, 1970'lerde adli hemşirelik kavramını ortaya çıkarmıştır (5). Bu bakımdan adli hemşirelik, adli bilimlerin en yeni uzmanlık alanlarından biridir. Uluslararası Adli Hemşireler Birliği (IAFN- The International Association of Forensic Nurses)'nin tanımına göre, adli hemşirelik; hemşirelerin almış oldukları temel eğitimlerini, şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ile travma ve/veya ölüm olgularındaki kurbanların muayenesi ve bilimsel olarak araştırılmasında adli alanda kullanmaları olarak tanımlanmıştır (6,7). Amerikan Hemşireler Birliği tarafından ise; adli hemşirelik travmanın kurbanları ve failleri, aileleri, toplulukları ve onlara yanıt veren sistemler ile ilgili olarak bir uzman olarak tanımlanmıştır. Bir diğer tanımda ise, adli hemşirelik, biliminin yasal prosedürlere uygulanması olup, adli bilimlerin, hemşirelerin eğitimleri ile birleştirilerek, bilimsel araştırmalara, yaralı veya ölü mağdurların muayenesine, suç, şiddet, kriminal aktivite ve travmatik kaza faillerinin rehabilitasyonuna uygulanması şeklinde ifade edilmiştir (2,8,9). Tüm bu tanımlar bağlamında genel bir tanım yapmak gerekirse, adli hemşirelik adli tıp alanında özel eğitime sahip bir hemşirenin suçları çözmek amacıyla kanıt toplamak için bilimsel yöntemleri kullanmasıdır.

#### Adli Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Adli hemşirelik çok yönlü ve karmaşık özel bir uygulama alanıdır. Sorumlulukları, işlevleri, rolleri ve becerileri genel hemşirelik uygulamasından elde edilir, ancak adli hemşirelik

uzmanlığı kendine özgü uygulama ortamlarına sahiptir. Adli bir hemşirenin ilk rolü bir sağlık hizmeti sağlayıcısı olmasıdır. Uluslararası Adli Hemşireler Birliği'nin rol tanımlarına göre (1997) genel anlamda adli hemşirelik kendi içinde özelleşen birçok alt uzmanlık alanından oluşmaktadır (3,10-12).

Amerikan Hemşireler Birliği tarafından 1995 yılında yapılan Hemşirelik Uygulamaları Kongresi'nde hemşirelik süreci temel alınarak adli hemşireliğin rol ve sorumlulukları belirlenmiştir. Buna göre adli hemşirelik süreci hasta merkezli olup bakım planlarının yeniden düzenlenmesini ve değerlendirilmesini içeren dinamik bir süreci kapsamaktadır (3). Adli hemşirelik süreci dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; tanılama (adli durumun ve potansiyel mağdurların belirlenmesi), planlama (adli olayların araştırılması), girişim (olayla ilgili belge ve kayıtların toplanması, uygun bakımın sağlanması ve rapor yazılması) ve değerlendirmedir (yapılan girişimlerin gözden geçirilmesini, içermektedir) (3).

Adli hemşirelik süreci değerlendirildiğinde, adli hemşirenin rol ve sorumlulukları aşağıdaki gibidir: (3,10,13-15).

- Kriminal olaylarda olayın farkına varılması (ev içi şiddet, çocuk istismarı gibi),
- Adli olayla ilgili öykü alınması,
- Fiziksel değerlendirme, adli muayene, biyolojik ve fiziksel kanıtların toplanması ve korunması (kan, doku veya semen örnekleri toplanması),
- Hasta, aile ve başkalarıyla ortaklaşa bireyselleştirilmiş bir plan geliştirilmesi,
- Değerler, inançlar, ruhsal ve sağlık uygulamaları, tercihler, seçimler, gelişim düzeyi, baş etme stili, kültür ve çevre ve mevcut teknoloji dahil, ancak bunlarla sınırlı olmamak kaydıyla, hastanın özelliklerini veya durumunu dikkate alan bir plan geliştirilmesi,
- Planlamadaki bakımı etkileyen güncel bilimsel kanıtların, eğilimlerin ve araştırmanın bütünleştirilmesi,
- Şiddetin ve travmanın hasta, aile ve toplum için yaşam boyu olası kısa ve uzun vadeli etkilerinin dikkate alınması,
- Planı belgelemek için standart dil veya tanınan terminolojinin kullanılması,
- Hasta verilerini ölçmek, kaydetmek ve almak, hemşirelik sürecini uygulamak ve hemşirelik uygulamalarını geliştirmek için teknolojinin kullanılması,
- Planı uygulamak için sağlık hizmeti sağlayıcıları ve disiplinler arası profesyoneller ile işbirliği yapılması,
- Sağlıklı yaşam tarzları, risk azaltıcı davranışlar, gelişimsel ihtiyaçlar, günlük yaşam aktiviteleri ve önleyici öz bakım gibi konuları ele alan sağlık öğretimi sağlanması,
- Biyolojik ve fiziksel kanıtların toplama ve toplanan verilerin korunması,

- Güvenlik zincirinin korunması, mağdurun ve yakınlarının gereksinim duyduğu desteği bulması ve rehabilitasyonunda yönlendirici adımların atılması,
- Adli raporun yazılması,
- Hemşirelik hizmetlerinde eğitim ve danışmanlık yapılması ve şiddeti önleyici rol ve sorumluluklarda bulunulması,
- Sağlık bilgisi ve hasta eğitimi tasarlarırken risk davranışları, öğrenme kuramları, davranışsal değişim teorileri, motivasyon teorileri, epidemiyoloji ve diğer ilgili teoriler ve çerçeveler hakkında ampirik kanıtların sentezlenmesi,
- Ceza yargılamaları sırasında çağırıldıklarında uzman tanıklıklarının sunulması.

Adli hemşirelik sürecinin önemli bir parçası da kanıt toplamaktır. Hemşirelerin hastasına bakım ve tedavi verirken, bilgi eksikliğinden dolayı kanıtta zarar vermesi adli olayın incelenmesini engelleyebilir. Bu da yasal olarak hemşireyi suçlu duruma düşürebilir. Bu nedenle de adli vakaların saptanması, kanıtların toplanması, saklanması ve kayıt edilmesinde hemşire önemli bir rol oynamaktadır (16,17). Bu nedenle hemşirelerde adli hemşirelik bilincinin oluşturulabilmesi için adli kanıt eğitimi önemlidir. Hemşirelerin adli vakalarda suç ve suç bulguları, mağdurun mağduriyetinin ortadan kaldırılması ve adalete katkısı konularında eğitim alması çok önemlidir (18,19).

Yasal süreçlerde görevli olan birçok personel adli hemşireyi sadece cinsel istismarlarda görevli olan hemşire rolü ile tanımaktadır. Fakat adli hemşirenin bu rolünün dışında otopsi raporlarında tıbbi bilgisini ortaya koyabilen, aileye bu yıpratıcı süreçte yardımcı olan, çocuk suistimalinde tıbbi kayıtları ve fotoğrafları gözden geçiren, suçluları hastanelerde, kurbanları adliyede ya da bakımevlerinde izleyen, tıbbi kayıtları gözden geçiren, tedavi ve bakımları yapan profesyonel rolleri vardır (19). Adli hemşireler, şiddetin fiziksel ve psikolojik etkilerini değerlendirmek, çeşitli yara ve yaralanma türlerini tespit etmek ve belgelemek, ceza adaleti ve hukuk sistemlerinde çalışanlarla işbirliği içinde çalışmak ve bulguları istendiğinde nesnel olarak sunmak için eğitilmiştir. Hemşirelerin, hukuk müşavirleri, ölüm inceleme kurullarında danışmanlar ve cezaevlerinde tutuklular için hizmet sağlayıcılar olarak benzersiz rolleri vardır. 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 alabilmektedir (3,11,12).

### **Adli Hemşirenin Çalışma Alanları**

IAFN tarafından tanımlanan, adli hemşirelerin çalışma alanları aşağıda yer almaktadır; (11).

**Kişiler Arası Şiddet:** Ev içi şiddet / cinsel saldırı, çocuk / yaşlı istismar ve ihmali, fiziksel ve duygusal istismar, ilaç ve alkol kötüye kullanımı

**Acil / Travma Hemşireliği:** Araç ve yaya kazaları, travmatik yaralanmalar, intihar girişimleri, iş kazaları, ölümcül/ağır travma, kazalar/yaralanmalar/ihmal, malpraktis, yöneticilik

**Halk Sağlığı ve Güvenliği:** Çevre kirliliği, gıda ve ilaç istismarı, ölüm araştırmaları, yasa dışı kurtaj uygulamaları, epidemiyolojik çalışmalar, doku/organ bağıışı

### **İnsan Hakları İhlalleri**

Çalışma alanlarına göre adli hemşirelerin görevleri şöyle özetlenebilir: Klinik adli hemşirelik, cinsel saldırı muayenesinde adli hemşirelik, adli psikiyatri uygulamalarında adli hemşirelik, ölüm araştırmalarında adli hemşirelik, nezarethane ve cezaevi ve ıslahevlerinde adli hemşirelik, pediatride adli hemşirelik, obstetri ve jinekolojide adli hemşirelik, okullarda adli hemşirelik, tecavüz kriz merkezlerinde hemşirelik, geriatride adli hemşirelik, adli hemşirelikte bilirkişilik (3,8,11,18).

### **Lisans Eğitiminde Adli Hemşirelik**

Adli hemşirelik eğitiminden elde edilen eşsiz bilimsel bilgi ve özel yetenekler tüm hemşirelik rolleri ile örtüşmektedir ve adli hemşireler her şeyden önce bireye, aileye ve topluma hemşirelik hizmeti sunmaktadırlar. Adli hemşire profesyonel hemşirenin tüm uzmanlığını adli hemşirelik uygulamasıyla bütünleştirmektedir. Tüm hemşireler klinik değerlendirmeler yapmak, bakım sağlamak, kayıt etmek, hasta ve ailelerini eğitmek ve sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapmak gibi rolleri yerine getirmektedirler. Adli hemşireler aynı zamanda hukuki sistem hakkında da bilgileri olduğu için adli hemşirelerin rolü tıbbi bakımın ötesine de geçmektedir (1,3,13).

Türkiye'de adli hemşirelik alanındaki en büyük sıkıntı görev tanımı ve işlevlerinin tam olarak tanımlanmamasıdır. Her ne kadar meslek özellikleri ve etik ilkeler çerçevesinde işlevleri tanımlansa da, şu an için uygulamada yaygın olarak yer almamaları nedeniyle bu konuda net sınırlar çizmek zordur (11). Ülkemizde görev tanımı yapılmış, yasal olarak tanımlanmış adli hemşireler bulunmamaktadır. Bununla birlikte ülkemizde lisans ve lisansüstü düzeyinde adli hemşirelik eğitimi veren çok az sayıda program yer almaktadır. Adli olguların değerlendirilmesi çoğunlukla özel eğitim almamış hemşireler tarafından yapılmaktadır. Son yıllarda adli hemşirelik dersleri bazı üniversitelerde “Adli Tıpta Temel Kavramlar”, “Adli Hemşirelik” isimleriyle lisans düzeyinde seçmeli ders olarak sunulmaya başlanmıştır ve giderek sayısı artmaktadır (9,21) İlgili ders içerikleri incelendiğinde ele alınan başlıca konuların; adli tıp ve hemşirelik ile ilgili temel kavramlar, adli hemşireliğin dünyadaki ve Türkiye'deki tarihsel gelişimi, adli hemşirelerin çalışma alanları ve rolleri, adli vakalarda hemşirenin yasal sorumluluğu, sağlıklı/hasta bireyin hakları ve etik, malpraktis ve hemşirelik, şiddet, çocuk-yaşlı istismarı, ölüm ve ölüm sonrası değişiklikler, adli otopsi, adli toksikoloji, adli jinekoloji (cinsel saldırılar, gebelikte travma, anne ölümleri), olay yeri inceleme, adli rapor hazırlama, örnek adli vaka sunumları, adli hemşireliğin inceleme alanları, adli hemşireliğin en sık karşılaştığı olaylar ve yaklaşımlar, hemşirelikle ilgili yasalar, bilirkişi, uzman kurum, bilişim suçları, beyin ölümü ve organ bağıışı, hasta hakları ve çalışan hakları olduğu belirlenmiştir. Adli hemşirelikle ilgili kurslar Adli Bilimciler Derneği ve bazı

üniversiteler tarafından ortak olarak düzenlenmektedir. Adli hemşirelik kursu; adli tıbbın tanımı, tarihçesi, adli hemşirenin tanımı, görevleri ve sorumlulukları, hemşirelerin yasal sorumlulukları, adli vaka türleri, vaka çalışması, otopsi kavramı, ölüm sonrası değişiklikler gibi konuları içermektedir (21). Adli hemşirelik eğitimi ülkemizde az sayıda üniversitede gerçekleştirilmekle birlikte, Amerika Birleşik Devletleri ve diğer batı ülkelerinde adli hemşirelik, suç kurbanlarının bakımı üzerinde yoğunlaşan bir uzmanlık alanı olmuştur. Buna ek olarak yurt dışında bazı ülkelerde, acil servislerde adli hemşireler görev yapmaktadır (12). Ancak ülkemizde acil servislerde adli hemşirelerin olmadığı, adli olgularda delillerin tespiti, toplanması ve saklanması önemli eksiklikler/yanlılıklar olduğu gözlenmektedir (8,12,22).

Adli hemşirelik, başta adli tıp olmak üzere seroloji, toksikoloji, narkotik gibi suçun aydınlatılması ve suçlunun tespit edilmesi suretiyle adli hataları önleme konusunda, ayrıca ceza hukuku, ceza muhakemesi hukuku ve kriminoloji ile adli tıp uygulamalarının örtüştüğü alanlarda özel olarak eğitilen hemşireler tıp ve hukuk uygulamalarındaki parametrelere bağlı olarak hizmet vermektedirler (7). Tüm hemşirelik programları süresince adli hemşirelik eğitimi verilmeli ve yayılmalıdır (21). Ülkemizde hemşirelik eğitimini düşündüğümüzde, adli hemşirelik konusuna müfredatta yeterince yer verilmediği görülmektedir. Bu nedenle kliniklerde adli vakanın değerlendirilmesi çoğunlukla özel eğitim almamış hemşireler tarafından yapılmaktadır (9).

Yapılan birçok çalışma adli hemşirelik eğitimi ihtiyacını tanımlasa da, birçok hemşirelik okullarında eğitim müfredatına entegre edilmediği görülmektedir. Gelecekte profesyonel olarak çalışacak olan hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitimi sırasında adli kanıt konusunda kapsamlı ve yeterli eğitim almaları önemlidir. Adli hemşirelik eğitiminin güçlendirilmesi, daha iyi hasta bakımı, daha iyi hasta güvenliği, sağlık sistemine daha az yük, daha fazla güven ve bakım sağlayan hemşireler yetişmesini sağlayarak hasta memnuniyetini artıracak ve kaliteli sağlık hizmeti sunumuna da katkı sağlayacaktır (1,23).

Literatür incelendiğinde, hemşirelik öğrencilerinin adli hemşirelik hakkında yeterli bilgisinin bulunmadığı görülmektedir (9,21,24-26). Şentürk ve Büyükaslan (2013)'ın hemşirelik son sınıf öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %84'ünün adli hemşirelik konusunda bilgisinin olmadığı, adli tıp denilince akıllarına ilk önce %46 oranında otopsi geldiği ifade edilmiştir (9). Özbay ve ark. (2011)'nin yaptıkları başka bir çalışmada, öğrencilerin %67.1'i daha önce adli hemşirelik kavramı ile karşılaşmış olup, %31.2'si internette, %20.7'si TV, radyo ve gazeteden duyduklarını belirtmişlerdir (24). İltaş ve ark. (2009)'nin yapmış oldukları çalışmada, hemşire öğrencilerin %51'i adli tıp hemşireliği hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir (25). Topçu ve Kazan (2018)'in yaptığı çalışmada, öğrencilerin %77.9'u adli hemşirelik hakkında bilgi sahibi olmadıklarını ve %98.9'u adli hemşireliğe ilişkin herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (21). Bir başka çalışmada ise öğrencilerin %87,4'ünün adli hemşirelik kavramını, %90,7'sinin adli hemşirelerin çalışma alanlarını bilmedikleri belirlenmiştir (26). Bu araştırmalar adli hemşirelik konusunda öğrencilerin bilgi eksikliğini

ortaya koymaktadır. Bu nedenle/durum hemşirelik eğitim müfredatlarına adli hemşirelik dersinin eklenmesi gerekli kılmaktadır.

Adli hemşirelik eğitimi, mesleki uygulama ve değerlendirme, işbirliği, etik araştırmalar, kaynak kullanımı ve liderlik niteliklerini kapsamakta ve adli hemşirelik uzmanlık alanının tanınmasını ve gelişimini desteklemektedir. Adli vaka sürecinin nasıl işlediği ile ilgili eğitim almış hemşireler, yasal sürece ve sisteme hiç şüphesiz büyük katkı sağlayacaktır. Hemşirelerin adli olaylarla karşılaşmaları yeni olmamakla birlikte adli tıp konularında yeterli bilgi ve birikime sahip olmamaları nedeniyle adli olaylara gerekli yaklaşımlarda bulunamadıkları ilgili literatürde belirtilmektedir (3,6). Ülkemizde son yıllarda özellikle sertifikasyon programları ile adli hemşirelik eğitimi verilmektedir. Adli hemşirelik eğitimi hemşirelik programlarında daha iyi vurgulanmalıdır. Lisans ve yüksek lisans hemşireliği programlarında, bu konuyla ilgili içerik, araştırma, halk sağlığı politikaları, hükümet, profesyonel ve sağlık hizmetleri ile birleştirilerek bu vurgu yapılabilir. Yeni ya da mevcut dersler, modüller, panel tartışmaları, okuma ödevleri ve gerçek ya da simüle / standartlaştırılmış hastalarla yapılan klinik deneyimler, öğrencilerin mağdurlara ve ailelerine bakım yapmaları için imkan sağlayacak şekilde uyarlanabilir. Sanal teknoloji klinik ayarları ve hastaları taklit etmek için kullanılabilir. Birçok sürekli eğitim programı, çevrimiçi veya CD / DVD dahil olmak üzere, adli hemşirelik konularına odak noktası olarak sunulmaktadır. Adli hemşirelik eğitime daha fazla önem verilmesi, adli vaka sürecini yönetmede hemşireleri hazırlayacaktır (23).

Yurtdışında ise, hemşireler adli hemşireliğe ilişkin bilgi ve becerileri sürekli eğitim kursları, sertifika programları, lisans hemşireliği eğitimi, lisansüstü hemşirelik eğitimi, doktora sonrası eğitim veya burslar ile kazanmaktadırlar (13).

## **Sonuç**

Adli bilimlere ilişkin hemşirelerin eğitim ve bilgi eksikliğini ortaya koyan, akademik eğitimin yeniden gözden geçirilmesi ihtiyacını, adli hemşirenin rolü, becerileri ve pratiğinin yeniden değerlendirilmesi gerekliliğini belirlemiş çalışmalar ilgili literatürde yer almaktadır (9, 21, 24-26). Bu bağlamda Türkiye genelinde lisans programında hemşirelik öğrencilerine adli tıbbın temel konularının (deliller ve toplanması, yaralar vb) verilmesi, yüksek lisans ve doktora programlarının açılması, hastanede çalışan hemşirelere hizmet içi programlarına adli hemşirelik konusunun eklenmesi gerekli bilgi ve becerilere sahip adli hemşirelerin yetişmesini sağlayacaktır. Adli hemşireler uygulama alanında yer aldıkça var olan ve şimdiden öngörülemez mesleki ve etik sorunların çözümü sağlanabilecektir. Bu nedenle adli hemşirelik alanı geliştirilmelidir. Adli hemşirelik eğitim programları, dünya çapında artan sayıda akredite edilmiş üniversite ve yüksekokulun adli tıp uzmanlığı alanında yüksek lisans ve doktora programları geliştirerek büyümeye devam edecek bir alandır. Yüksek lisans ve doktora eğitimi, adli tıp hemşireliğinin bilimsel kanıt tabanının genişlemesini yansıtabilecektir. Gelecekte adli hemşirelik eğitiminin, ileri teknoloji, elektronik destekli simülasyonlar ve

teletıp üzerine dayalı uzmanlık eğilimlerini takip edeceği ön görülmektedir. Bu eğilim, dünya çapında uzak konumlardaki adli hemşirelik lisansüstü öğrencileri için eğitime erişimi destekleyecek ve uzak topluluklarda yaşayan hasta popülasyonlarına kaliteli adli hemşirelik bakımına erişimi geliştirecektir.

## Kaynaklar

1. Boersma RR. Looking closer: Forensic nursing. *Nursing management* 2008; 39(5): 31-34.
2. Çevik SA, Başer M. Adli Hemşirelik Ve Çalışma Alanları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2012; 21(2): 143-152
3. Lynch VA. Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences* 2011;1:69-76
4. Özden D, Yıldırım N. Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi* 2009;16(3):73-81
5. Kent Wilkinson A. Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011;18: 236-246
6. Yelken N, Tunalı G, Gültekin G. Adli hemşireliğin Türkiye'deki durumu. *Sted* 2004; 13(5): 171-2.
7. Gökdoğan MR, Altunçul H. (2002). Adli Hemşirelik: kapsam ve görevi. *Hemşirelik Forumu* 2002; 5(5): 16-21.
8. Çilingir D, Hintistan S. Adli Hemşireliğin Kapsamı ve Yasal Boyutu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012; 9(1): 10-15
9. Şentürk S, Büyükaslan B. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Adli Hemşirelik Konusundaki Bilgi Ve Görüşlerinin Belirlenmesi. *Bozok Tıp Derg* 2013; 3(3):19-26
10. Cingil FA. Adli hemşirelik. Adli hemşireliğin Türkiye'deki ve dünyadaki gelişimi 2007. <http://www.scribd.com/doc/79074114/adlihem%C5%9Firelik> (Erişim tarihi: 15.08.2018).
11. Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoglu Y. Adli hemşirelik. *Sted* 2004; 13:169-71
12. Pınar R, Bahar MT. Acil Servis Hizmetleri ve Adli Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2011; 3:45-54
13. Spring S. Forensic Nursing Scope and Standards 2015. American Nurses Association and International Association of Forensic Nurses 2015. [https://cdn.ymaws.com/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/Docs/SS\\_Public\\_Comment\\_Draft\\_15\\_05.pdf?hhSearchTerms=%222015%C2%B1and%C2%B1draft%22](https://cdn.ymaws.com/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/Docs/SS_Public_Comment_Draft_15_05.pdf?hhSearchTerms=%222015%C2%B1and%C2%B1draft%22) (Erişim tarihi: 12.08.2018).
14. Gökdoğan MR, Erkol Z. Forensic nursing in Bolu, Turkey: a survey. *J Clin Forensic Med* 2005;12(1): 14-7.
15. İlçe A, Yıldız D, Baysal G, Özdoğan F, Taş F. Acil servislerde çalışan sağlık bakım personelinin adli olgularda delillerin korunması ve saklanmasına yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2010; 16: 546-51.
16. Henderson E, Harada N, Amar A. Caring for the forensic population: recognizing the educational needs of emergency department nurses and physicians. *Journal of forensic nursing* 2012; 8(4): 170-177
17. Sharma BR. Clinical forensic medicine—management of crime victims from trauma to trial. *Journal of clinical forensic medicine* 2003;10(4): 267-273.
18. Lynch VA. Forensic nursing. St. Louis: Elsevier Mosby 2006
19. Stevens S. Cracking the case: Your role in Nursing. *Nursing* 2004; 34(11): 54-56.
20. Sunmaz D, Başbakkal Z, Bolışık B. Adli hemşirenin çalışma alanları. *Adli Bilimler Dergisi* 2008; 7(3): 42-7.
21. Topçu ET, Kazan EE. The opinions of senior nursing students about forensic nursing *Egyptian Journal of Forensic Sciences* 2018; 8:16



22. Agirtan CA, Akar T, Akbas S, Akdur R, Aydın C, Aytar G, et al.; Contributing Multidisciplinary Teams (MDT). Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002- 2006: identifying the strongest link can make a difference! *Child Abuse Negl* 2009;33(4): 247-55.
23. Simmons B, Grandfield K. Focus on forensic nursing education. *Journal of Emergency Nursing* 2013; 39(6): 633-634
24. Özbay H, Badur Y, Gürdoğan E. Hemşirelik öğrencilerinin adli hemşirelik ile ilgili bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi. X. Uluslar arası Katılımlı Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi(Kongre Kitabı) 2011;438-9.
25. İltaş Z, Topuksak B, Deveci Z, Varol FC. Gönül G, Gür E, Çelik S. Öğrenci hemşirelerin adli hemşireliğe ilişkin görüşleri. VIII. Ulusal&Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Kongre Kitabı) 2009; 12-3.
26. Kalaycı I, Yazıcı SÖ, Küpeli A. Assesment Of The Knowledge Level Of Nursing Students On Forensic Nursing. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014; 131: 130 – 134

## Sözel 27 (TAM METİN)

# AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK HAKLARINA YÖNELİK TUTUMLARI

## Attitudes of Midwives and Nurses Working in Family Health Centers Towards Children's Rights

İlknur YILDIZ\*, Fatma TOK YILDIZ\*

\*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Giriş:** Çocuk hakları, çocuğun sağlıklı ve normal biçimde gelişebilmesi için özel hukuk, sosyal hukuk, kamu hukuku ve uluslararası hukukta yer alan kuralların çocuklara tanıdığı yetkililerdir. Çocuk haklarının yaşama geçirilebilmesi için çocuklarla sürekli iletişim halinde olan ve çocuğa bakım veren tüm sağlık profesyonellerinin eğitilmesi önemlidir.

**Amaç:** Çocuğa, aileye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerin verilmesinden sorumlu olan ebe ve hemşirelerin çocuk haklarının kabulü ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu araştırma, aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin çocuk haklarına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Sivas Merkezde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler, örneklemini ise 05.02.2018-05.04.2018 tarihleri arasında çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşireler oluşturmuştur. Etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra araştırmanın verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Çocuk Haklarına İlişkin Tutum Ölçeği (ÇHTÖ)" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerinin yaş ortalamaları  $31.04 \pm 8.15$  olup, %97.9'u kadın, %57.4'ü ebe, %35.1'i sağlık meslek lisesi mezunu, %72.3'ü evli ve %60.6'sı çocuk sahibidir. Ebe ve hemşirelerin %62.8'inin meslekte çalışma yılı, %96.8'inin ise aile sağlığı merkezlerinde çalışma yılı 0- 10 yıl arasında değişmektedir. Ebe ve hemşirelerinin %71.3'ü çocuk hakları sözleşmesini duyduğunu, %64.9'u ülkemizin bu sözleşmeyi imzalayıp imzalamadığı konusunda fikrinin olmadığını, %50'si eğitimi sırasında çocuk haklarına yönelik bilgi aldığını, %96.8'i de çalışırken

### ABSTRACT

**Introduction:** Children's rights are recognized social welfare, social law, public law and international law for children. It is important to educate all health professionals who are in communication with children and care for children in order to accomplish children's rights.

**Objective:** Midwives and nurses who are responsible for the provision of preventive health care for the child, the family and the community have important responsibilities in the adoption and implementation of children's rights. This research was conducted to determine the attitudes of midwives and nurses working in family health centers towards children's rights.

**Method:** The population of this descriptive study consist of midwives and nurses working in the family health centers located in Sivas Center and the sample consist of midwives and nurses working between the dates of 05.02.2018 - 05.04.2018 and accepting to participate in the research. After the approval from the ethics committee and the institution, the data of the research were gathered with "Introductory Information Form" and "Attitude Scale for Children's Rights". In the analysis of the data, descriptive statistics, Mann Whitney U test, Kruskal-Wallis and correlation analysis were used.

**Results:** The mean age of the midwives and nurses was determined as  $31.04 \pm 8.15$ , 97.9% are female, 57.4% are midwives, 35.1% are graduated from health vocational high school, 72.3% are married and 60.6% have children. The work experience of 62.8% of the midwives and nurses and the experience of 96.8% of those in family centers range from 0 to 10 years. Of midwives and nurses, 71.3% stated that they heard about the Convention on the Rights of the Child, 64.9% said they have no idea as to whether our country has signed this convention, 50% received information about child rights during their education,

çocuk haklarını gözettiğini ve %88.3'ü çocuk hakları konusunda aktif rol alması gerektiğini belirtmiştir. Ebe ve hemşirelerinin ÇHTÖ puan ortalaması sırasıyla  $29.92 \pm 6.72$ ,  $28.42 \pm 6.24$  olup, genel ortalaması  $29.28 \pm 6.53$ 'dür. Ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikler ile ÇHTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmada ebe ve hemşirelerin çocuk haklarına yönelik tutumlarının genel olarak olumlu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk hakları konusunda bilgilendirilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** ebe, hemşire, çocuk hakları, tutum.

96.8% reported they pay attention to the children's rights and 88.3% said they have to take active role on the children's rights. The scale average scores of the midwives and nurses are  $29.92 \pm 6.72$ ,  $28.42 \pm 6.24$  respectively, and the general average was  $29.28 \pm 6.53$ . It was determined that the difference between the descriptive features of the midwives and nurses and the scale scores was not statistically significant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** It has been determined that attitudes of midwives and nurses towards children's rights are generally positive in the study. In line with these results, it may be suggested that health professionals working in family health centers be informed about children's rights.

**Key Words:** midwife, nurse, children's rights, attitude.

## Sözel 27 (TAM METİN)

### AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN ÇOCUK HAKLARINA YÖNELİK TUTUMLARI

#### Attitudes of Midwives and Nurses Working in Family Health Centers Towards Children's Rights

İlknur YILDIZ\*, Fatma TOK YILDIZ\*

\*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### Giriş

Çocuk hakları çocukların gereksinimleri, yararları ve sahip oldukları hakların yaşama geçirilebilmesi anlamında büyük önem taşır. Özel hukuk, sosyal hukuk, kamu hukuku ve uluslararası hukukta yer alan kuralların çocuklara tanıdığı yetkilere çocuk hakları denir (İnan 1995; Hallett 2000; Akyüz 2001; Karaman Kepenekçi ve Baydık 2006). Çocuk hakları hem ulusal hem de uluslararası hukuk kuralları ile güvence altına alınmıştır. Çocukların kişisel, siyasal, toplumsal ve kültürel haklarına ilişkin 54 maddenin yer aldığı Çocuk Hakları Sözleşmesi 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, ülkemiz de bu sözleşmeyi 1995 yılında onaylamıştır (İnan 1995; Akyüz 2001).

Çocuk haklarının bilinmesi ve uygulanmasında çocuklarla birlikte ve çocuklar için çalışan profesyonellerin eğitilmesi önem taşıyan bir konudur. Özellikle çocuklarla sürekli iletişim halinde olan ve çocuğa bakım veren tüm sağlık profesyonellerinin de çocuk hakları hakkında uygun ve etkili araçlarla bilgilendirilmesi gerekir. Yapılan çalışmalarda genellikle ebeveynlerde, öğretmen ve öğretmen adaylarında çocuk haklarına yönelik tutumların incelendiği, sağlık profesyonelleriyle yapılan çalışmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir (Casas et.al. 2006; Leblebici ve Çeliköz 2017; Merey 2013). Sağlık çalışanlarının çocuk haklarına yönelik tutumlarının incelendiği bir çalışmada sağlık profesyonellerinin %81.1'i sağlık çalışanlarının çocuk hakları konusunda aktif rol alması gerektiğini ifade etmiş, %69'u çalışırken çocuk haklarını gözettiğini belirtmiştir (Kurt 2012). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin çocuk haklarına yönelik tutumlarının olumlu olduğu ancak çoğunluğunun bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir (Aldemir 2014). Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk haklarına yönelik tutumlarına ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çocuğa, aileye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerin verilmesinde ebe ve hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin çocuk haklarını bilmesi, uygulaması ve toplumu bilinçlendirmesinin toplumun geleceği olarak düşünülen çocukların fiziksel ve ruhsal

gelişimine olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırma, aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin çocuk haklarına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:**

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Sivas Merkezde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan ebe ve hemşireler, örneklemini ise 05.02.2018- 05.04.2018 tarihleri arasında çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşireler oluşturmuştur.

### **Verilerin Toplanması**

#### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafında oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu ve Çocuk Haklarına İlişkin Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Tanıtıcı bilgi formunda yaş, meslek, medeni durum, meslekte ve aile sağlığı merkezinde çalışma yılı ve çocuk haklarına yönelik bilgi alma durumunu içeren 12 soru yer almaktadır. Karaman Kepenekçi (2006) tarafından geliştirilen Çocuk Haklarına İlişkin Tutum Ölçeği (ÇHTÖ)'nde çocukların yaşamsal, gelişimsel, korunma ve katılım haklarına ilişkin 22 madde bulunmaktadır. Alt boyut bulunmamaktadır. Ölçek 5'li likert tipte olup, "Tamamen Katılıyorum", "Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılmıyorum" ve "Tamamen Katılmıyorum" seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekteki ifadelerin 19'u olumlu, 3'ü olumsuzdur. Olumsuz ifadelere (2., 14. ve 15. maddeler) verilen cevaplar ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 22 ve en yüksek puan 110 olup, puanın yüksek olması olumsuz tutumu göstermektedir.

### **İstatistiksel Analiz**

Çalışmanın analizi için SPSS 22 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama ve standart sapma; analitik istatistiklerden parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinden Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Etik Kurulundan ve Sivas İl Sağlık Müdürlüğünden izin alındı. Araştırmaya 05.02.2018- 05.04.2018 tarihleri arasında ASM'lerde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden ebe ve hemşireler dahil edildi. Araştırmaya katılan ebe ve hemşirelere çalışmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek yazılı ve sözel onamları alındı.

### **Bulgular**

ASM'lerde çalışan ebe ve hemşirelerin yaş ortalamaları  $31.04 \pm 8.15$  (Min:18, Maks: 52) olup, %97.9'u kadın, %57.4'ü ebe, %35.1'i sağlık meslek lisesi mezunu, %72.3'ü evli ve %60.6'sı çocuk sahibidir. Ebe ve hemşirelerin %62.8'inin meslekte çalışma yılı, %96.8'inin ise ASM'de çalışma yılı 0-10 yıl arasında değişmektedir. Ebe ve hemşirelerinin %71.3'ü çocuk

hakları sözleşmesini duyduğunu, %64.9'u ülkemizin bu sözleşmeyi imzalayıp imzalamadığı konusunda fikrinin olmadığını, %50'si eğitimi sırasında çocuk haklarına yönelik bilgi aldığını, %96.8'i de çalışırken çocuk haklarını gözettiğini ve %88.3'ü çocuk hakları konusunda aktif rol alması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Tanıtıcı özellikler (n=104)**

	n	%
<b>Yaş</b>		
Yaş ortalaması: 31.04±8.15 ( Min:18, Maks: 52)		
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	92	97.9
Erkek	2	2.1
<b>Meslek</b>		
Ebe	54	57.4
Hemşire	40	42.6
<b>Eğitim durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	33	35.1
On lisans	26	27.7
Lisans	32	34.0
Lisansüstü	3	3.2
<b>Medeni durum</b>		
Evli	68	72.3
Bekar	26	27.7
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Evet	57	60.6
Hayır	37	39.4
<b>Meslekte çalışma yılı</b>		
0- 10 yıl	59	62.8
11- 20 yıl	22	23.4
21- 30 yıl	13	13.8
<b>ASM* çalışma yılı</b>		
0- 10 yıl	91	96.8
11- 20 yıl	3	3.2
21- 30 yıl	-	-
<b>Çocuk hakları sözleşmesini duyma durumu</b>		
Evet	67	71.3
Hayır	27	28.7
<b>Ülkemizin bu sözleşmeyi imzalama durumu</b>		
Evet	28	29.8
Hayır	5	5.3
Fikrim yok	61	64.9
<b>Eğitim sırasında çocuk haklarına yönelik bilgi alma durumu</b>		
Evet	47	50.0
Hayır	47	50.0
<b>Çalışırken çocuk haklarını gözetme durumu</b>		
Evet	91	96.8
Hayır	1	1.1
Fikrim yok	2	2.1

<b>Ebe ve hemşireler çocuk hakları konusunda aktif rol almalı mı?</b>		
Evet	83	88.3
Hayır	4	4.3
Fikrim yok	7	7.4

\*ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Ebe ve hemşirelerin ÇHTÖ puan ortalaması sırasıyla 29.92±6.72, 28.42±6.24 olup, genel ortalaması 29.28±6.53'dür (Tablo 2).

**Tablo 2. Çocuk Hakları Tutum Ölçeği (ÇHTÖ) Puan Ortalaması**

<b>ÇHTÖ (22-110)</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{X}\pm SD</math></b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>
Ebe	54	29.92±6.72	22	46
Hemşire	40	28.42±6.24	22	45
<b>Toplam</b>	<b>94</b>	<b>29.28±6.53</b>	<b>22</b>	<b>46</b>

Ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÇHTÖ puan ortalamaları incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3. Tanıtıcı özelliklere göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması**

<b>Tanıtıcı özellikler</b>	<b><math>\bar{X}\pm SD</math></b>	<b>Test ve p değeri</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	29.21±6.39	U*=90.500 p=0.969
Erkek	32.50±14.84	
<b>Meslek</b>		
Ebe	29.92±6.72	U=881.500 p=0.127
Hemşire	28.42±6.24	
<b>Eğitim durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	30.03±6.98	KW**=5.619 p=0.1323
On lisans	30.15±6.66	
Lisans	28.37±5.99	
Lisansüstü	23.33±2.30	
<b>Medeni durum</b>		
Evli	29.79±6.84	U=737.000 p=0.212
Bekar	27.96±5.51	
<b>Çocuk sahibi durumu</b>		
Evet	29.66±6.67	U=935.500 p=0.355
Hayır	28.70±6.34	
<b>Meslekte çalışma yılı</b>		
0-10 yıl	29.22±6.44	KW=0.692 p=0.406
11-20 yıl	27.63±5.06	
21-30 yıl	28.00±8.82	
<b>ASM çalışma yılı</b>		
0-10 yıl	29.35±6.55	KW=0.639 p=0.424
11-20 yıl	27.12±6.80	
21-30 yıl	-	
<b>Çocuk hakları sözleşmesini duyma durumu</b>		
Evet	29.08±6.14	U=900.500 p=0.973
Hayır	29.77±7.50	
<b>Ülkemizin bu sözleşmeyi imzalama durumu</b>		

Evet	28.85±6.38	KW=1.196 p=0.550
Hayır	26.80±5.01	
Fikrim yok	29.68±6.73	
<b>Eğitim sırasında çocuk haklarına yönelik bilgi alma durumu</b>		
Evet	29.00±6.14	U=1085.500 p=0.885
Hayır	29.57±6.94	
<b>Çalışırken çocuk haklarını gözetme durumu</b>		
Evet	29.45±6.54	KW=3.11 p=0.211
Hayır	22.00	
Fikrim yok	25.50±4.94	
<b>Ebe ve hemşireler çocuk hakları konusunda aktif rol almalı mı?</b>		
Evet	28.96±5.86	KW=0.688 p=0.709
Hayır	29.25±10.71	
Fikrim yok	33.14±10.68	

### Tartışma

Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin ÇHTÖ puan ortalaması 29.28±6.53'tür. Ölçekten alınacak en düşük puan 22 ve en yüksek puan 110 olup, puanın yüksek olması olumsuz tutumu gösterdiği için bu sonuç olumlu olarak değerlendirilebilir. Pediatri hemşireleriyle yapılan çalışmalarda da farklı sonuçlar elde edilmiştir (Küçük Alemdar ve Yılmaz 2017; Yıldız ve Tok Yıldız 2017).

Ebe ve hemşirelerin %71.3'ü çocuk hakları sözleşmesini duyduğunu, %64.9'u ülkemizin bu sözleşmeyi imzalayıp imzalamadığı konusunda fikrinin olmadığını belirtmiştir. Pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %77.9'unun çocuk hakları sözleşmesini duyduğu ve %44.2'sinin ülkemizin bu sözleşmeyi imzaladığını bildiği belirlenmiştir (Yıldız ve Tok Yıldız 2017). Sağlık profesyonelleriyle yapılan başka bir çalışmada da katılımcılardan yalnızca %9.9'unun ülkemizin çocuk hakları sözleşmesini imzaladığını bildiği saptanmıştır (Kurt 2012). Bu sonuçlar sağlık profesyonellerinin genellikle çocuk hakları sözleşmesini duyduğu ancak ayrıntılı bilgi sahibi olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin %50'si eğitimi sırasında çocuk haklarına yönelik bilgi aldığını, %96.8'i de çalışırken çocuk haklarını gözettiğini ve %88.3'ü çocuk hakları konusunda aktif rol alması gerektiğini belirtmiştir. Küçük Alemdar ve Yılmaz (2017) tarafından pediatri hemşirelerinde yapılan çalışmada, hemşirelerin %21'inin çocuk hakları ile ilgili bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda ebe ve hemşirelerin mesleki eğitiminde çocuk haklarına yönelik konuların artırılmasının yararlı olabileceği söylenebilir.

Çalışmada ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ÇHTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma, meslekte çalışma yılı gibi



özelliklerin çocuk haklarına yönelik tutumları etkilemediği belirlenmiştir (Kurt 2012; Küçük Alemdar ve Yılmaz 2017; Yıldız ve Tok Yıldız 2017).

## Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak ebe ve hemşirelerin çocuk haklarına yönelik tutumlarının olumlu olduğu ve çoğunluğunun çocuk hakları sözleşmesini duyduğu ancak bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda ASM’lerde çalışan ebe ve hemşirelerin çocuk hakları konusunda bilgilendirilmesi ve çalışma sonuçlarının ilgili kurumlarla paylaşılması önerilebilir.

## Kaynaklar

1. Akyüz E. Çocuk hakları sözleşmesinin temel ilkeleri ışığında çocuğun eğitim hakkı. Milli Eğitim Dergisi 2001;151:1-26.
2. Aldemir EY. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin çocuk hakları konusundaki tutumlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
3. Casas F, Sapariti A, González M, Figuer C, Rostan C, Sadurni M, et.al. Children’s rights from the point of view of children, their parents and their teachers: A comparative study between Catalonia (Spain) and II Molise (Italy). The International Journal of Children’s Rights 2006;14: 1-75.
4. Hallett C. Children’s rights. Child Abuse Review 2000;9:389-393.
5. İnan AN. Çocuk hakları sözleşmesi. A.Ü. Hukuk Fakültesi Dergisi 1995; 1(4):768-769.
6. Karaman Kepenekçi Y. A study of university students’ attitudes towards children’s rights in Turkey. The International Journal of Children’s Rights 2006;14: 307-319.
7. Karaman Kepenekçi Y, Baydık B. Zihin engelliler öğretmen adaylarının çocuk haklarına ilişkin tutumları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi 2009; 42(1):329-350.
8. Leblebici H, Çeliköz N. Öğretmen adaylarının çocuk haklarına yönelik tutumları. International Journal of Social Sciences and Education Research 2017; 3(1): 307-318.
9. Mery Z. Social studies pre-service teachers’ attitudes towards children’s rights. Eğitimde Kuram ve Uygulama 2013; 9(3): 243-253.
10. Kurt G. Yataklı sağlık kuruluşlarında çocuk ile ilgili sağlık hizmetlerinin çocuk hakları sözleşmesine uygunluğunun ve sağlık profesyonellerinin çocuk hakları konusundaki farkındalık ve tutumlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, 2012.
11. Küçük Alemdar D, Yılmaz G. Pediatri hemşirelerinin çocuk haklarına yönelik tutumlarının belirlenmesi. Uluslararası 3. Adli Hemşirelik 2. Adli Sosyal Hizmet 1. Adli Gerontoloji Kongresi. 12-14 Ekim 2017, Yozgat, Sözel Bildiri.
12. Yıldız İ, Tok Yıldız F. Pediatri Hemşirelerinin Çocuk Haklarına Yönelik Tutumları. 5. Uluslararası, 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 5-8 Kasım 2017, Ankara, Sözel Bildiri.

## Sözel 28 (TAM METİN)

# HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN FLÖRTLER ARASI ŞİDDET TUTUMLARI

## The Attitudes Towards Dating Violence Among The Students of Nursing Department

Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA\*, Öğr. Gör. Semra SÖNGÜT\*,  
Lisans Öğrencisi Leyla Aybuke UZUNER\*, Lisans Öğrencisi Esmanur ÇINAR\*  
\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Giriş:** Flört şiddeti kız/erkek arkadaşlığında birinin diğerine bilerek/isteyerek cinsel, fiziksel, ekonomik ve psikolojik saldırıda bulunmasıdır. Bütün sosyoekonomik ve kültürel gruplarda ortaya çıkabilen flört şiddetine maruz kalan gençlerde fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile sağlığı bozucu etkiler meydana gelmektedir. Özellikle flört ilişkisinde cinsel saldırıya maruz kalan gençlerde anksiyete, depresyon ve intihar düşüncesi daha fazla görülebilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışma ile hemşirelik bölümü öğrencilerinin flörtler arası şiddet tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yapılmıştır. Araştırmada veriler, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Flört Şiddetine Yönelik Tutum Ölçekleri" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenimine devam eden üniversite öğrencileri oluşturmuş olup, toplam 270 öğrenci örnekleme alınmıştır

**Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin%61,9'u 20 yaşından büyük olup, %69,3'ü kadındır. Öğrencilerin %57,8'inin daha önce ilişki tecrübesi olduğu, %17,1'inin ilişkilerinde şiddete maruz kaldığı, bunların %24,1'inin fiziksel, %3,5'inin cinsel, %65,5'inin duygusal ve %6,9'unun ekonomik şiddete uğradığı belirlendi. Öğrencilerin %15,9'unun ilişkilerinde şiddete başvurduğu ve bunların %44,4'ünün fiziksel, %3,8'inin cinsel, %51,8'inin duygusal şiddet uyguladığı görüldü. Öğrencilerin cinsiyet ile "Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği" (p=0,003), "Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği"(p=0,000), "Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği" (p=0,008) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülürken, "Erkeğin Flörtte Uyguladığı

### ABSTRACT

**Introduction:** Dating violence is an act in which girlfriend / boyfriend intentionally harasses the other sexually, physically, economically, and psychologically. Health-related effects with physical, psychological and social dimensions are seen among young people exposed to dating violence that can occur in all socioeconomic and cultural groups. Young people especially exposed to sexual assault are more likely to have anxiety, depression and suicidal thoughts.

**Objective:** In this paper, it was aimed to determine the violence attitudes between dating students of the nursing department.

**Material and Methods:** This descriptive study was conducted between March and May 2018 at Faculty of Health Sciences. Data were collected by using "Personal Information Form" and "The Attitudes Towards Dating Violence Scale". The universe of the research was formed by the university students who continued to study at Faculty of Health Sciences and a total of 270 students were sampled.

**Results:** 61.9% of the students who participated in the study are over 20 and 69.3% are females. It was found that 57.8% of the students had previous experience in dating, 17.1% of them were exposed to violence in their relationships, and the prevalence of dating violence was 24.1% for physical, 3.5% for sexual, 65.5% for emotional and 6.9 % for economic violence only. It was seen that 15.9% of the students referred to violence in their relations, of which 44.4% physical, 3.8% sexual, 51.8% emotional violence. Statistically significant difference was found between the gender and average scores of "Attitudes Towards Male Physical Dating Violence Scale" (p=0,003), "Attitudes Towards Female Psychological Dating Violence Scale"(p=0,000), "Attitudes Towards Female Physical Dating Violence Scale" (p=0,008) while no significant difference was found between gender and the score of, "Attitudes Towards Male Psychological Dating Violence Scale" (p=0,082). There was no statistically

Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği” arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ( $p=0,082$ ). Öğrencilerin yaşı, geldiği coğrafi bölge, daha önce yaşamış olduğu ilişki tecrübesi, ilişkide şiddete maruz kalma/şiddet uygulama ile ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ( $p>0,005$ ).

**Sonuç:** Çalışmada elde edilen bulgulara göre, araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin %17,1’i flört şiddetine maruz kalmıştır. Gençler arasında meydana gelen flört şiddetinin önlenmesi, gençlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine, yaşam becerilerinin artırılmasına yönelik programlar oluşturulmalı ve özellikle lisans birinci sınıf müfredatlarına entegre edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** hemşire, öğrenci, flört şiddeti

significant difference between the mean scores of the scales ( $p> 0,005$ ) and the age of the students, the geographical region they came from, the experience of the relationship they previously had, and exposure to/inflicting violence in dating.

**Conclusion:** According to the findings of the study, 17,1% of the university students included in the study were exposed to flirting violence. Programs should be established to prevent dating violence among young people, to protect and improve their health and to increase their life skills, and these programs should be integrated specifically into under graduate first-year curricula.

**Keywords:** nurse, student, dating violence

## Sözel 28 (TAM METİN)

### HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN FLÖRTLER ARASI ŞİDDET TUTUMLARI

#### The Attitudes Towards Dating Violence Among The Students of Nursing Department

Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA\*, Öğr. Gör. Semra SÖNGÜT\*,  
Lisans Öğrencisi Leyla Aybuke UZUNER\*, Lisans Öğrencisi Esmanur ÇINAR\*  
\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

#### Giriş

Şiddet, bütün milletlerin yaşamında olan, bütün sosyal meslekleri, yaş ve etnik grupları etkileyen çağımız toplumunun en önemli sorunlarından biri olmakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation- WHO, 2002) tarafından “kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi” olarak ifade edilmiştir (WHO, 2002). Flört şiddeti ise, Ely ve ark. (2002) tarafından kız/ erkek arkadaşlığında birisinin diğerine bilerek/ isteyerek cinsel, fiziksel, ekonomik ve psikolojik saldırıda bulunması şeklinde tanımlanmıştır. Flört şiddetinin, romantik ilişki içinde partneri kontrol etmeye yönelik, istismar edici ve agresyon içeren sözel, fiziksel, duygusal ve seksüel davranışları kapsadığı belirtilmektedir (Karatay ve ark., 2018). Flörte uygulanan cinsel şiddet, cinsel davranışlara/ cinsel ilişkiye zorlama; fiziksel şiddet çimdikleme, tokat atma; ekonomik şiddet çalışmasını engelleme/ kısıtlama; psikolojik şiddet ise küfretme, utandırma davranışlarını kapsamaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013). Geçmişte geleneksel olarak erkeğin kadına uyguladığı bir kavram olarak değerlendirilen flört şiddeti, günümüzde her iki cinsiyetin de çeşitli şekillerde uyguladığı ve mağdur olduğu bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Eaton ve ark., 2007).

Bütün sosyoekonomik ve kültürel gruplarda ortaya çıkabilen flört şiddeti, tüm şiddet türlerinde olduğu gibi kısa ve uzun dönem sonuçları nedeniyle gençlerin sağlığını tehdit eden, kişinin gelecekteki ilişkilerini, aile yaşantısını da etkileyebilen özellikle kadınların daha fazla mağdur olduğu önemli bir toplumsal sorun olarak görülmektedir (Murray ve Kardatzke, 2007). Ergenler ve gençler arasında görülen flört şiddeti; nedenleri, yaşanma şekli ve sonuçları olarak değerlendirildiğinde diğer şiddet türlerinden farklılaşmaktadır. Bunun nedenleri arasında; gençlerin yaşamsal değerlerinin yeni oluşuyor olmasından dolayı maruz

kaldıkları şiddetin farkında olmamaları, yaşadıkları şiddetle nasıl başa çıkacaklarının bilmemeleri, ilişki içinde oldukları kişiye olan sevgilerinden dolayı yaşadıkları şiddeti göremiyor olmaları yer almaktadır (Polat ve ark., 2016).

Dünya Sağlık Örgütü 2013 yılında yayınladığı raporunda dünya genelinde kadınların %30'nun yakın ilişkideki partnerlerinden fiziksel/ cinsel şiddet gördüğünü bildirmiştir. Martins ve ark.'nın (2014) Portekiz'de 18-23 yaş arasındaki öğrenciler ile yapmış oldukları çalışmada, birçok öğrencinin son bir yıl içerisinde kız/ erkek arkadaşları tarafından en az bir kez tacize uğradıklarını belirtmiştir. Ohnishi ve ark.(2011) Japon üniversite öğrencileri arasında yakın ilişki istismarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 274 öğrenci çalışmaya katılmış ve katılımcıların yaklaşık yarısı (131 katılımcı) en az bir kere erkek/ kız sevgilisi tarafından fiziksel, sözlü ve cinsel şiddete uğradığını bildirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2011 yılında ergenler arasında yapılan bir anket çalışmasında ise çalışmaya katılan lise öğrencilerinin yaklaşık %9'unun kız/ erkek arkadaşı tarafından darp edilmiş, tokatlanmış/ kasıtlı olarak yaralanmış olduğu bildirilmiştir (Moore ve ark., 2015).

Türkiye'de flört şiddeti oldukça yeni bir konu olması, bu konuya ilişkin araştırma ve literatürün sınırlı olması ile birlikte (Yumuşak, 2013), flört ilişkisi içindeki gençler üzerine yapılan ilk araştırmalardan biri Özcebe ve ark.'nın, Ankara'da bir grup üniversite öğrencisinin flörtte şiddet konusundaki görüşlerinin araştırıldığı çalışmadır. Bu çalışmaya göre araştırmaya katılan öğrencilerin %59,7'si şimdiye kadar bir flörtü olduğunu belirtmiş, grubun %31,6'sı flört ilişkisi sırasında şiddete maruz kalan bir arkadaşının olduğunu ifade etmiştir (Özcebe ve ark., 2002). Başka bir çalışmada ise Demir ve ark. (2013) araştırmasının sonuçlarına göre ise üniversite öğrencilerinin %73,9'u flört şiddetine maruz kaldığını, bunların % 4,7'si duygusal %26,3'ü sözel, %15,1'i fiziksel, %5,4'ü ise cinsel şiddet gördüğünü ifade etmiştir.

Genç, WHO'nun tanımına göre erişkinlik olarak adlandırılan üniversite dönemi, üreme sağlığı sorunları başta olmak üzere, madde kullanımı, beslenme bozuklukları, ruhsal sorunlar ve riskli davranışların sıklıkla görüldüğü ve özellikle son yıllarda gençler arasında büyük problemlerden biri olan şiddetin öne çıktığı önemli bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Avcı ve Yıldırım, 2015). Bu sorunlara ek olarak flört şiddetine maruz kalan gençlerde fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile sağlığı bozucu etkiler meydana gelmektedir. Bu

etkilerin mağdur bireylerde öz saygıda azalma, post-travmatik stres bozukluğu, madde kullanımında artış, depresyon, intihar riski, yeme bozuklukları, riskli seksüel davranışlara yönelim şeklinde ortaya çıktığı belirtilmektedir (Holmes ve Sher, 2013). Özellikle flört ilişkisinde cinsel saldırıya maruz kalan gençlerde, anksiyete, depresyon ve intihar düşüncesinin daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Bununla birlikte okula devam eden gençlerde derslere devam sorunları ve akademik başarısında azalma flört şiddetinin diğer sonuçları arasında yer almaktadır (Aosved ve Long, 2005). Bu nedenle toplumdaki ergen ve genç yaş grubundaki bireylerin özellikle de üniversite öğrencilerinin flört şiddetine yönelik tutumlarını belirlemek önem taşımakla birlikte sağlıklı bir toplumun olabilmesi için şiddete yönelik farkındalığın yüksek olması ve toplumun şiddete yönelik tutumlarının belirlenmesi de gerekmektedir (Terzioğlu ve ark., 2016). Bu bağlamda flört şiddetinin çözümünde yardımcı olacak her meslek mensubunun farklı görev ve sorumlulukları bulunmakla birlikte özellikle gençlerle çalışan hemşirelerin görev ve sorumluluğu flört şiddetinin engellenmesi ve bu konudaki farkındalığın artırılmasının sağlanmasıdır. Ayrıca hemşireler flört şiddetine maruz kalan öğrencilere gerekli duygusal destek, bilgilendirme/danışmanlığın verilmesini sağlayarak ve sosyal destekleri devreye sokarak öğrencilerin karşılaştıkları şiddetten en az zararla kurtulabilmesini sağlamaları açısından gereklidir. Hemşirelerin flört şiddetine yönelik yükseköğretim kurumlarında taramalar yapması öğrencilerin farkındalıklarının artırılması açısından büyük önem taşımaktadır (Furniss ve ark., 2007). Bu bilgiler eşliğinde sunulan bu çalışma ile üniversite öğrencilerinin flörtler arası şiddete yönelik tutumlarının belirlenmesi ve elde edilecek bulgular doğrultusunda gerekli eğitim programlarının düzenlenmesi amaçlanmıştır.

## **Materyal Ve Metot**

### *Araştırmanın tipi*

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yapılmıştır.

### *Araştırmanın evreni ve örnekleme*

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında öğrenimine devam eden 360 öğrenci oluşturmuştur. Ulaşılabilen 270 öğrenciye kişisel bilgi formu ve ölçek uygulanmış olup, ulaşma oranı %75,00'tir.

### *Araştırmanın değişkenleri*

Araştırmanın bağımlı değişkenleri öğrencilerin flört şiddetine yönelik tutum puan ortalamaları iken, bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, yaş, yaşanan coğrafi bölge, ailenin yaşadığı yer, okuduğu sınıf, annenin ve babanın eğitim durumu, aile gelir durumu ile ilgili tanıtıcı özellikleri ile öğrencilerin ilişki durumu ve flört şiddetine yönelik tutumlarıdır.

### *Veri toplama araçları*

Araştırmada veriler “*Kişisel Bilgi Formu*” ve “*Flört Şiddetine Yönelik Tutum Ölçekleri*” aracılığıyla toplanmıştır.

Araştırmacılar tarafından geliştirilen “*Kişisel Bilgi Formu*” iki bölümden oluşmuştur. 1. bölümde öğrencilerin bazı tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, yaş, yaşanan coğrafi bölge, ailenin yaşadığı yer, okuduğu sınıf, anne-babanın eğitim durumu, ailenin ekonomik durumu), 2. bölümde ise öğrencilerin ilişki durumu ve flört şiddetini belirlemeye yönelik bazı sorular (daha önce yaşanan ilişki durumu, yaşanan ilişki sayısı, şuan ki flört ilişki durumu, flörtte tanışılan yer, şuan ki flörtle beraberlik süresi, ilişkide şiddete maruz kalma durumu, maruz kalınan şiddet türü, ilişkide şiddete başvurma durumu, başvuru şiddet türü) yer almaktadır.

*Flört Şiddetine Yönelik Tutum Ölçekleri*; kız ve erkeklerin flörtte fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddet tutumlarını belirlemek üzere Price, Byers ve Flört Şiddeti Araştırma Ekibi (1999) tarafından geliştirilmiş, Yumuşak (2013) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeklerde her bir madde için 5’li likert tipi bir derecelendirme (1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-kararsızım, 4-katılıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum) kullanılmıştır. Ölçekler, “*Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği*” (EFUPŞYTÖ), “*Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Flört Şiddetine Yönelik Tutum Ölçeği*” (EFUFŞYTÖ), “*Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği*” (KFUPŞYTÖ), “*Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği*” (KFUFŞYTÖ) şeklinde dört ölçekten ve toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yönergesinde, ölçeği cevaplarırken bilinmesi gereken noktalar üzerinde durulmuş ve öğrencilerden ölçek maddelerinde belirtilen davranışlarla ilgili tutumlara katılımlarını derecelendirmeleri istenmiştir. Ölçeklerden alınan yüksek puanlar flört şiddetine yönelik kabul düzeyinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Yumuşak, 2013).

### *Uygulama*

Çalışmaya katılan öğrencilere araştırmacılar tarafından çalışma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup, veri toplaması ortalama 15 dakika sürmüştür.

### *Etik boyut*

Araştırmaya başlamadan önce gerekli kurum izni (26 Mart 2018/ 26508421-299-E.24843) ve etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmacılar tarafından araştırmaya katılan öğrencilere gerekli açıklamalar yapılarak yazılı onamları alınmıştır.

### *Verilerin değerlendirilmesi*

İstatistiksel analizler SPSS (Version 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı. Sayısal değişkenler Ortalama  $\pm$  Standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testleri ile araştırıldı. İstatistiksel anlamlı farklılık  $p < 0,05$  olarak değerlendirildi.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan öğrencilerin %69,3'ü kadın olup, %61,9'u 20 yaş üzerindedir. Çalışmadaki öğrencilerin %34,4'ünün İç Anadolu Bölgesi'nden geldiği, %48,9'unun şehir merkezinde yaşadığı, %30,7'sinin üçüncü sınıfta eğitimine devam ettiği, %68,9'unun annelerinin, %39,6'sının da babalarının ilköğretim mezunu ve altında eğitim durumuna sahip oldukları ve ekonomik olarak %62,2'sinin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu görüldü (Tablo1).

Tablo 2'de çalışmaya katılan öğrencilerin %57,8'inin daha önce ilişki tecrübesi olduğu ve bunların %47,2'sinin sayısal olarak 2-4 arası ilişki yaşadıkları, %37,0'ının şuan devam etmekte olan bir flörtünün bulunduğu, %43,0'ının flörtü ile okul ortamında tanıştığı, %43,9'unun beraberlik sürelerinin 0-1 yıl arasında olduğu belirlendi. Öğrencilerinin %17,1'inin ilişkilerinde şiddete maruz kaldığı, bunların %24,1'inin fiziksel, %3,5'inin cinsel, %65,5'inin duygusal ve %6,9'unun ekonomik şiddete uğradığı tespit edildi. Öğrencilerin %15,9'unun ilişkilerinde şiddete başvurduğu ve bunların %44,4'ünün fiziksel, %3,8'inin cinsel, %51,8'inin duygusal şiddet uyguladığı görüldü (Tablo 2).



Çalışmaya katılan öğrencilerin Flört Şiddetine Yönelik Tutum Ölçekleri'nden aldıkları puan ortalamaları; EFUPŞYTÖ için  $42,57 \pm 7,75$ , EFUFŞYTÖ için  $30,06 \pm 7,10$ , KFUPŞYTÖ için  $26,69 \pm 7,52$  ve KFUFŞYTÖ için  $30,25 \pm 7,24$ 'tür (Tablo 3).

**Tablo 1: Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri**

Tanıtıcı Özellikler	S	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	83	30,7
Kadın	187	69,3
<b>Yaş</b>		
≤20	103	38,1
>20	167	61,9
<b>Yaşanılan Coğrafi Bölge</b>		
Marmara	16	5,9
Ege	5	1,9
İç Anadolu	93	34,4
Akdeniz	32	11,9
Karadeniz	90	33,3
Doğu Anadolu	8	3,0
G. Doğu Anadolu	26	9,6
<b>Ailenin Yaşadığı Yer</b>		
Köy	45	16,7
İlçe	93	34,4
İl Merkezi	132	48,9
<b>Okuduğu sınıf</b>		
1	65	24,1
2	78	28,9
3	83	30,7
4	44	16,3
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>		
İlkokul ve altı	186	68,9
Ortaokul	35	13,0
Lise	35	13,0
Üniversite	14	5,1
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>		
İlkokul ve altı	107	39,6
Ortaokul	55	20,4
Lise	56	20,7
Üniversite	52	19,3
<b>Aile Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	53	19,6
Gelir gidere eşit	168	62,2
Gelir giderden fazla	49	18,2
<b>TOPLAM</b>	270	100

**Tablo 2: Öğrencilerin İlişki Durumu ve Flört Şiddetine Yönelik Bazı Tanıtıcı Özellikleri**

Tanıtıcı Özellikler	S	%
---------------------	---	---

Daha Önce Yaşanılan İlişki Durumu	Hayır	156	42,2
	Evet	174	57,8
<b>Yaşanılan İlişki Sayısı</b>			
1		70	40,2
2-4		82	47,2
5 ve üzeri		22	12,6
<b>Şuan ki Flört İlişki Durumu</b>			
Yok		170	63,0
Var		100	37,0
<b>Flörtle Tanışılan Yer</b>			
İnternet		18	11,6
Arkadaş ortamı		65	41,6
Okul		67	43,0
Aile ortamı		6	3,8
<b>Şuan ki Flörtle Beraberlik Süresi</b>			
0-1 yıl		69	43,9
2-4 yıl		55	35,0
5-7 yıl		18	11,5
8 ve üzeri yıl		15	9,6
<b>İlişkide Şiddete Maruz Kalma Durumu</b>			
Hayır		141	82,9
Evet		29	17,1
<b>Maruz Kalınan Şiddet Türü</b>			
Fiziksel		7	24,1
Cinsel		1	3,5
Duygusal		19	65,5
Ekonomik		2	6,9
<b>İlişkide Şiddete Başvurma Durumu</b>			
Hayır		143	84,1
Evet		27	15,9
<b>Başvurulan Şiddet Türü</b>			
Fiziksel		12	44,4
Cinsel		1	3,8
Duygusal		14	51,8
Ekonomik		0	0
<b>TOPLAM</b>		270	100

**Tablo 3.** Öğrencilerin Flört Şiddetine Yönelik Tutum Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Mak.	Puan Aralığı
Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği	42,57±7,75	15-75	15,00-75,00
Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği	30,06±7,10	12-60	12,00-60,00
Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği	26,69±7,52	11-52	11,00-55,00
Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği	30,25±7,24	12-56	12,00-60,00

**Tablo 4.** Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Dağılımları

Erkeğin Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (EFUPŞYTO)	Kesimlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesimlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Bir erkek kız arkadaşımı aşağılamamalıdır.	27 (10,0)	4 (1,5)	1 (0,4)	16 (5,9)	222 (82,2)
2. Bir erkek kız arkadaşına ne yapması gerektiğini söylememelidir.	24 (8,9)	30 (11,1)	49 (18,1)	62 (23,0)	105 (38,9)
3. Bir kız, arkadaşlarıyla dışarıya çıkmadan önce erkek arkadaşına sormalıdır.	55 (20,4)	62 (23,0)	68 (25,2)	51 (18,9)	34 (12,5)
4. İlişkiler daima kızlar erkek arkadaşlarını memnun ettiklerinde yolunda gider.	120 (44,4)	55 (20,4)	45 (16,7)	20 (7,4)	30 (11,1)
5. Bir erkeğin kız arkadaşını tehdit etmesi için asla bir sebep olamaz.	41 (15,2)	19 (7,0)	20 (7,4)	17 (6,3)	173 (64,1)
6. Bazen erkekler ellerinde olmadan kız arkadaşlarına küfredeler.	147 (54,4)	36 (13,3)	43 (15,9)	25 (9,3)	19 (7,1)
7. Bir kız erkek arkadaşını memnun etmek için daima değişmelidir.	170 (63,0)	47 (17,4)	27 (10,0)	14 (5,2)	12 (4,4)
8. Bir kız daima erkek arkadaşının söylediğini yapmalıdır.	160 (59,3)	58 (21,5)	25 (9,3)	18 (6,7)	9 (3,2)
9. Bir erkek, kız arkadaşının her hareketini bilmek zorunda değildir.	30 (11,0)	41 (15,2)	65 (24,1)	62 (23,0)	72 (26,7)
10. Bir erkeğin kız arkadaşına küfretmesi için asla yeterince iyi bir gerekçe olamaz.	38 (14,1)	15 (5,6)	24 (8,9)	34 (12,6)	159 (58,8)
11. Bir erkeğin, çok sinirlendiğinde kız arkadaşına bağırması anlaşılabilir.	99 (36,7)	62 (23,0)	65 (24,1)	28 (10,4)	16 (5,8)
12. Bir erkeğin kız arkadaşına kötü konuşması olabilecek bir şeydir.	149 (55,2)	54 (20,0)	30 (11,1)	19 (7,0)	18 (6,7)
13. Bir erkeğin kız arkadaşına bağırıp çağırmasının asla bir gerekçesi olamaz.	34 (12,6)	36 (13,3)	41 (15,2)	33 (12,2)	126 (46,7)
14. Bir kız, eğer erkek arkadaşını rahatsız ediyorsa, arkadaşlarıyla görüşmemelidir.	83 (30,7)	52 (19,3)	76 (28,1)	36 (13,3)	23 (8,6)
15. Bir kız için her zaman erkek arkadaşının istediği şekilde giyinmesi önemlidir.	108 (40,1)	61 (22,6)	49 (18,1)	29 (10,7)	23 (8,5)

**Tablo 5.** Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Dağılımları

Erkeğin Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutumlar Ölçeği (EFUFŞYTÖ)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Bir kız, bir erkek ona vurduğunda ondan ayrılmalıdır	33 (12,2)	25 (9,3)	43 (15,9)	39 (14,4)	130 (48,2)
2. Bazı kızlar erkek arkadaşları tarafından tokatlanmayı hak eder.	190 (70,4)	34 (12,6)	26 (9,6)	10 (3,7)	10 (3,7)
3. Bir erkeğin kız arkadaşına vurması asla doğru değildir.	24 (8,9)	12 (4,4)	20 (7,4)	22 (8,1)	192 (71,2)
4. Bazen erkekler kendilerine hakim olmadan kız arkadaşlarını yumruklarlar.	191 (70,7)	29 (10,7)	19 (7,0)	20 (7,4)	11 (4,2)
5. Bir erkeğin kız arkadaşını itmesinin asla iyi bir gerekçesi yoktur.	43 (15,9)	23 (8,5)	25 (9,3)	33 (12,2)	146 (54,1)
6. Bazen bir erkek, kız arkadaşı onu sınırlendirdiğinde ona vurmaktan kendini alıkoyamaz.	165 (61,1)	38 (14,1)	40 (14,8)	10 (3,7)	17 (6,3)
7. Bir erkeğin kız arkadaşını tokatlamasının asla iyi bir gerekçesi yoktur.	36 (13,3)	15 (5,6)	22 (8,1)	30 (11,1)	167 (61,9)
8. Bazen kıskançlık erkeği öyle delirtir ki kız arkadaşını tokatlamak zorunda kalır.	181 (67,0)	27 (10,0)	29 (10,7)	18 (6,7)	15 (5,6)
9. Erkek arkadaşlarını aldatan kızlar tokatlanmalıdır.	148 (54,8)	35 (13,0)	29 (10,7)	23 (8,5)	35 (13,0)
10. Bazen aşk, erkeği öyle delirtir ki kız arkadaşına vurur.	187 (69,3)	32 (11,9)	20 (7,4)	15 (5,6)	16 (5,8)
11. Bir erkek, genellikle kız arkadaşı hak etmedikçe onu tokatlamaz.	153 (56,7)	34 (12,6)	33 (12,2)	20 (7,4)	30 (11,1)
12. Eğer hak ediyorsa, bir erkeğin kız arkadaşına tokat atması normaldir.	197 (73,0)	25 (9,3)	20 (7,4)	12 (4,4)	16 (5,9)

**Tablo 6.** Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Dağılımları

Kadının Flörtte Uyguladığı Psikolojik Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (KFUPŞYTÖ)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Bir kızın erkek arkadaşına küfretmesinin asla iyi bir gerekçesi yoktur.	26 (9,6)	16 (5,9)	26 (9,6)	38 (14,1)	164 (60,8)
2. Kızların erkek arkadaşlarına nasıl giyineceklerini söyleme hakları vardır.	78 (28,9)	50 (18,5)	54 (20,0)	56 (20,7)	32 (11,9)
3. Bir erkek daima kız arkadaşı ona ne yapmasını söylerse onu yapmalıdır.	108 (40,0)	65 (24,1)	54 (20,0)	22 (8,1)	21 (7,8)
4. Eğer bir kız, erkek arkadaşına bağırıp çağırırsa bu o erkeği gerçekten ciddi bir şekilde yaralamaz.	108 (40,0)	59 (21,9)	57 (21,1)	27 (10,0)	19 (7,0)
5. Kızların erkek arkadaşlarına ne yapmaları gerektiğini söyleme hakları vardır.	72 (26,7)	56 (20,7)	63 (23,3)	59 (21,9)	20 (7,4)
6. Bir erkek için, her zaman kız arkadaşının istediği şekilde giyinmesi önemlidir.	93 (34,4)	65 (24,1)	63 (23,3)	31 (11,5)	18 (6,7)
7. Bazen kızlar ellerinde olmadan erkek arkadaşlarına küfrederler.	145 (53,7)	60 (22,2)	32 (11,9)	23 (8,5)	10 (3,7)
8. Bir erkek, arkadaşlarıyla dışarıya çıkmadan önce daima kız arkadaşına sormalıdır.	76 (28,1)	57 (21,1)	59 (21,9)	48 (17,8)	30 (11,1)
9. Bir kızın erkek arkadaşına kötü konuşması olabilecek bir şeydir.	144 (53,3)	65 (24,1)	37 (13,7)	15 (5,6)	9 (3,3)
10. Bir kızın çok sınırlendiğinde erkek arkadaşına bağırması anlaşılabilir.	97 (35,9)	54 (20,0)	53 (19,6)	51 (18,9)	15 (5,6)
11. Bazen kızlar, erkek arkadaşlarının onları dinlemeleri için onları tehdit etmek zorundadırlar.	145 (53,7)	57 (21,1)	39 (14,4)	19 (7,1)	10 (3,7)

Çalışmaya katılan öğrencilerin EFUPŞYTÖ sorularına verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4’de verilmiş olup, öğrencilerin %82,2’sinin “Bir erkek kız arkadaşını aşağılamamalıdır.” ifadesine “kesinlikle katılıyorum”, %63,0’ünün “Bir kız erkek arkadaşını memnun etmek için daima değişmelidir.” ifadelerine “kesinlikle katılmıyorum” bölümünü işaretledikleri belirlendi. Araştırmaya katılan öğrencilerin EFUFŞYTÖ sorularına verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde (Tablo 5) ise %71,1’i “Bir erkeğin kız arkadaşına vurması asla doğru değildir.” ifadesine “kesinlikle katılıyorum”, %73,0’ı “Eğer hak ediyorsa, bir erkeğin kız arkadaşına tokat atması normaldir.” ifadesine “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdikleri görüldü (Tablo 5).

**Tablo 7.** Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Dağılımları

Kadının Flörtte Uyguladığı Fiziksel Şiddete Yönelik Tutum Ölçeği (KFUFŞYTÖ)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Eğer, hak ediyorsa, bir kızın erkek arkadaşına tokat atması normaldir.	152 (56,3)	36 (13,3)	32 (11,9)	20 (7,4)	30 (11,1)
2. Bir kızın erkek arkadaşını itip kakması çok da büyütülecek bir şey değildir.	140 (51,9)	64 (23,7)	36 (13,3)	17 (6,3)	13 (4,8)
3. Bazen kızlar kendilerine hakim olmadan erkek arkadaşlarını yumruklarlar.	147 (54,4)	54 (20,0)	39 (14,4)	16 (5,9)	14 (5,3)
4. Bazı erkekler kız arkadaşları tarafından tokatlanmayı hak eder.	140 (51,9)	53 (19,6)	33 (12,2)	23 (8,5)	21 (7,8)
5. Bazen bir kız, ona saygı göstereceğini diye erkek arkadaşına vurmaya zorundadır.	159 (58,9)	48 (17,8)	38 (14,1)	15 (5,6)	10 (3,7)
6. Bir kız genellikle erkek arkadaşı hak etmedikçe onu tokatlamaz.	104 (38,4)	35 (13,0)	38 (14,1)	55 (20,4)	38 (14,1)
7. Bir kız, erkek arkadaşı ne yaparsa yapsın ona vurmamalıdır.	34 (12,6)	16 (5,9)	56 (20,7)	46 (17,0)	118 (43,8)
8. Bir erkeğin kız arkadaşı tarafından tokatlanmasının asla bir gerekçesi yoktur	35 (13,0)	27 (10,0)	51 (18,9)	46 (17,0)	111 (41,1)
9. Saç çekme bir kızın erkek arkadaşından intikam alması için iyi bir yoldur.	130 (48,2)	46 (17,0)	44 (16,3)	30 (11,1)	20 (7,4)
10. Bir kızın erkek arkadaşına tokat atması asla normal değildir.	36 (13,3)	27 (10,0)	44 (16,3)	49 (18,1)	114 (42,3)
11. Bazı kızlar, kendilerini dinletmek için erkek arkadaşlarını yumruklamak zorundadırlar.	153 (56,7)	40 (14,8)	44 (16,3)	16 (5,9)	17 (6,3)
12. Bir erkek, kız ona tokat attığı zaman o kızdan ayrılmalıdır.	58 (21,5)	39 (14,4)	75 (27,8)	32 (11,9)	66 (24,4)

Tablo 6’da çalışmaya katılan öğrencilerin KFUFŞYTÖ sorularına verdikleri yanıtların dağılımları incelendiğinde “Bir kızın erkek arkadaşına küfredmesinin asla iyi bir gerekçesi yoktur.” ifadesine %60,7’si “kesinlikle katılıyorum”, %53,7’si “Bazen kızlar ellerinde olmadan erkek arkadaşlarına küfrederek.” ve “Bazen kızlar, erkek arkadaşlarının onları dinlemeleri için onları tehdit etmek zorundadırlar.” ifadelerine “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdikleri belirlendi (Tablo 6). Araştırmadaki öğrencilerin KFUFŞYTÖ sorularına verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 7’de verilmiş olup, öğrencilerin %43,7’si “Bir kız, erkek arkadaşı ne yaparsa yapsın ona vurmamalıdır.” ifadesine “kesinlikle katılıyorum” diye yanıt verirken

%58,9'u "Bazen bir kız, ona saygı göstereceğini diye erkek arkadaşına vurmak zorundadır." ifadesine "kesinlikle katılmıyorum" olarak yanıt verdiği görüldü.

Çalışmaya katılan öğrencilerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre flörtler arası şiddet tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında (Tablo 8) istatistiksel olarak cinsiyet ile EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ, KFUFŞYTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülürken ( $p < 0,05$ ), EFUPŞYTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi ( $p = 0,082$ ). Öğrencilerin yaşı ile KFUPŞYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ( $p = 0,050$ ), EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ ve KFUFŞYTÖ puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı görüldü ( $p > 0,05$ ). Babanın eğitim durumu ile EFUPŞYTÖ ve EFUFŞYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülürken ( $p < 0,05$ ), KFUPŞYTÖ ve KFUFŞYTÖ arasında anlamlı bir fark olmadığı ( $p > 0,05$ ) saptandı. Yaşanılan coğrafi bölge, ailenin yaşadığı yer, öğrencinin okuduğu sınıf, annenin eğitim durumu, ailenin gelir durumu ile ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ; Tablo 8).

Öğrencilerin ilişki durumu ve flört şiddetine yönelik bazı tanıtıcı özellikleri ile flörtler arası şiddet tutum puan ortalamalarının karşılaştırıldığı Tablo 9'da daha önce yaşamış olduğu ilişki durumu, yaşanılan ilişki sayısı, şuan ki flört durumu, flörtle tanışılan yer, şuan ki flörtle beraberlik süresi, ilişkide şiddete maruz kalma ve maruz kalınan şiddet türü/ilişkide şiddet uygulama ve uygulanan şiddet türü ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ; Tablo 9).

## **Tartışma**

*Fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik şiddet türlerinden birinin/bir kaçının bir arada uygulanması ile karşımıza çıkan flört şiddeti gençlerin sağlığını tehdit eden önemli bir toplumsal sorundur. Sunulan çalışma ile elde edilen bulgular, genel olarak 20 yaşından büyük olan üniversite gençlerinde, flört şiddetinin mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.*

Gençlik döneminde hareketlerin, tutumların şekillenmesi ve bu dönemde bireyin bağımsızlığını ilan etme, kendini kanıtlama gibi hedefler doğrultusunda şiddete eğilimin artması, ayrıca romantik ilişkilerin de daha fazla yaşanması sonucu flört şiddeti gündeme gelmektedir (Fidan ve Yeşil, 2018; Mihçioğur ve Akın, 2015). Yapılan çalışmalarda şiddete

**Tablo 8.** Öğrencilerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Flörtler Arası Şiddet Tutum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	EFUPŞYTÖ	EFUFŞYTÖ	KFUPŞYTÖ	KFUFŞYTÖ
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	MWU=6732,500	MWU=6013,500	MWU=5594,000	MWU=6198,000
Kadın	p=0,082	<b>p=0,003*</b>	<b>p&lt;0,001**</b>	<b>p=0,008*</b>
<b>Yaş</b>				
≤20	MWU=8163,000	MWU=7639,000	MWU =7380,500	MWU=7631,000
>20	p=0,482	p=0,122	<b>p=0,050*</b>	p=0,119
<b>Yaşanılan Coğrafi Bölge</b>				
Marmara				
Ege				
İç Anadolu	KW=0,335	KW=3,797	KW=0,985	KW= 2,745
Akdeniz	p=0,562	p=0,510	p=0,321	p=0,980
Karadeniz				
Doğu Anadolu				
G. Doğu Anadolu				
<b>Ailenin Yaşadığı Yer</b>				
Köy	KW=0,771	KW=0,049	KW=1,987	KW=,072
İlçe	p=0,380	p=0,825	p=0,159	p=0,788
İl Merkezi				
<b>Okuduğu Sınıf</b>				
1				
2	KW=0,178	KW=0,175	KW=1,013	KW=,561
3	p=0,673	p=0,676	p=0,314	p=0,454
4				
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>				
İlkokul ve altı				
Ortaokul	KW=0,468	KW=1,961	KW=0,000	KW=0,840
Lise	p=0,494	p=0,161	p=0,991	p=0,359
Üniversite				
<b>Babanın Eğitim Durumu</b>				
İlkokul ve altı				
Ortaokul	KW=4,902	KW=5,979	KW=0,402	KW=3,482
Lise	<b>p=0,027*</b>	<b>p=0,014*</b>	p=0,526	p=0,062
Üniversite				
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden az	KW=1,631	KW=0,002	KW=0,134	KW=0,057
Gelir gidere eşit	p=0,202	p=0,967	p=0,714	p=0,812
Gelir giderden fazla				

Not: MWU= Mann Whitney U; KW= Kruskal-Wallis; \*\* istatistiki olarak anlamlı farkı

Gençlik döneminde hareketlerin, tutumların şekillenmesi ve bu dönemde bireyin bağımsızlığını ilan etme, kendini kanıtlama gibi hedefler doğrultusunda şiddete eğilimin artması, ayrıca romantik ilişkilerin de daha fazla yaşanması sonucu flört şiddeti gündeme gelmektedir (Fidan ve Yeşil, 2018; Mihçioğur ve Akın, 2015). Yapılan çalışmalarda şiddet

**Tablo 9.** Öğrencilerin İlişki Durumu ve Flört Şiddetine Yönelik Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Flörtler Arası Şiddet Tutum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Daha Önce Yaşanılan İlişki Durumu	EFUPŞYTÖ	EFUFŞYTÖ	KFUPŞYTÖ	KFUFŞYTÖ
Hayır	MWU=8760,500	MWU=8705,500	MWU=7990,000	MWU=8495,000
Evet	p=0,835	p=0,768	p=0,154	p=0,530
<b>Yaşanılan İlişki Sayısı</b>				
1	KW=0,389	KW=0,000	KW=0,187	KW=,007
2-4	p=0,533	p=0,984	p=0,665	p=0,934
5 ve üzeri				
<b>Şuan ki Flört Durumu</b>				
Yok	MWU=7299,000	MWU=7874,500	MWU=7771,500	MWU=7756,000
Var	p=0,163	p=0,657	p=0,540	p=0,523

<b>Flörtle Tanışılan Yer</b>				
Internet				
Arkadaş ortamı	KW=0,060	KW=0,242	KW=3,372	KW=1,572
Okul	p=0,806	p=0,623	p=0,066	p=0,210
Aile Ortamı				
<b>Şuan ki Flörtle Beraberlik Süresi</b>				
0-1 yıl				
2-4 yıl	KW=0,102	KW=0,518	KW=1,643	KW=0,548
5-7 yıl	p=0,749	p=0,472	p=0,200	p=0,459
8 ve üzeri yıl				
<b>İlişkide Şiddete Maruz Kalma Durumu</b>				
Hayır	MWU=1212,000	MWU=1117,500	MWU=1164,000	MWU=1405,500
Evet	p=0,182	p=0,074	p=0,118	p=0,681
<b>Maruz Kalman Şiddet Türü</b>				
Fiziksel				
Cinsel	KW=0,429	KW=0,434	KW=0,429	KW=0,429
Duygusal	p=0,513	p=0,510	p=0,513	p=0,513
Ekonomik				
<b>İlişkide Şiddete Başvurma Durumu</b>				
Hayır	MWU=2714,000	MWU=2559,000	MWU=2495,000	MWU=2471,000
Evet	p=0,968	p=0,629	p=0,506	p=0,463
<b>Başvurulan Şiddet Türü</b>				
Fiziksel				
Cinsel	KW=1,143	KW=0,292	KW=0,161	KW=1,159
Duygusal	p=0,285	p=0,589	p=0,688	p=0,282
Ekonomik				
Not: MWU= Mann Whitney U; KW= Kruskal-Wallis				

maruz kalma açısından en fazla risk altında olan gruplardan birisinin genç (15-24) yaş grubu olduğu belirlenmiştir (Baldan ve Akış, 2017). Bu çalışmada örnekleme oluşturan üniversite öğrencilerinin alınması ve bunların 18-24 yaş arası olduğu göz önüne alınırsa bu öğrencilerin gençlik dönemini yansıttığını söyleyebiliriz (Tablo 1). Ayrıca 18-24 yaş aralığında olan üniversite öğrencilerinin yer aldığı bu çalışmadan elde edilen bulgular gençlere yönelik programlar oluşturulurken flört şiddetinin mutlaka göz önünde bulundurulması gerektiğini de ortaya koymaktadır.

Flört şiddeti gençler arasında yaygın görülmekte ve üniversite öğrencileri arasında flört şiddeti yaygınlığının %18-34 arasında olduğu belirtilmektedir (Selçuk ve ark., 2018). Sunulan çalışmada öğrencilerin %17,1'inin flörtünden şiddet gördüğü belirlenmiştir (Tablo 2). Karabulutlu 2015 yılında hemşirelik öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmasında kız öğrencilerin %18,4'ünün, erkek öğrencilerin ise %17,4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığını, Aslan ve ark. (2015)'nin öğrencilerin flört şiddeti ile ilgili görüşlerini değerlendirdikleri çalışmada ise öğrencilerin %28,6'sının flört şiddetine uğradıklarını, şiddete uğrayan öğrencilerin en fazla duygusal şiddete, en az da cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Dating Violence Research Center (Flört Şiddeti Araştırma Merkezi 2002) üniversite öğrencilerinin %32'sinin önceki ilişkisinde, %21'inin ise son ilişkisinde şiddete maruz kaldığını, %12'sinin tecavüze, %35'inin ise tecavüz girişimine uğradığını rapor etmiştir. Sunulan çalışmada öğrencilerin en fazla duygusal şiddete (%65,5) en az da cinsel şiddete maruz kaldıkları (%3,5) görülmüştür (Tablo 2). Bu bulgular flörtün davranışları baskı altına almak, aşağılamak, dalga geçmek gibi farklı biçimlerde görülen flört şiddetinin üniversite gençliğinde önemli bir sorun olduğunu gösterirken cinsel şiddete uğrayanların oranının düşük



olması gençlerin cinsel şiddete uğrasalar da kültürel norm farklılıklarından dolayı gündeme getirmediğini düşündürmektedir.

Ülkemizde flört şiddeti yeni bir konu olduğundan flört şiddetine yönelik tutumlarını belirleyen literatür oldukça sınırlıdır. Selçuk ve ark. (2018) üniversite öğrencilerinde flört şiddetine maruziyeti inceledikleri çalışmalarında EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ ve KFUFŞYTÖ'den aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; 29,95±8,96; 20,05±8,11; 23,52±7,34; 25,69±7,46 olarak belirlenmiştir. Yumuşak (2013)'ın benzer örnekleme yaptığı çalışmada EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ ve KFUFŞYTÖ'den aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; 39,56±10,22; 29,45±10,14; 34,77±8,05; 29,57±8,98 olarak sunulmuştur. Bu çalışmada EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ ve KFUFŞYTÖ'den aldıkları puan ortalamaları (sırasıyla; 42,57±7,75; 30,06±7,10; 26,69±7,52; 30,25±7,24; Tablo 3) Selçuk ve ark. (2018)'nın ve Yumuşak (2013)'ın yaptığı çalışmalarda puan ortalamalarına göre yüksek olması flört şiddetinin gündeme gelmesindeki önemi ortaya koymaktadır.

Tablo 4, 5, 6 ve 7'de öğrencilerin en çok işaretledikleri önermeler incelendiğinde; “Bir erkek kız arkadaşını aşağılamamalıdır.” ifadesine “kesinlikle katılıyorum” (%82,2), “Bir kız erkek arkadaşını memnun etmek için daima değişmelidir.” ifadesine “kesinlikle katılmıyorum” (%63,0), “Bir erkeğin kız arkadaşına vurması asla doğru değildir.” ifadesine “kesinlikle katılıyorum” (%71,1), “Eğer hak ediyorsa, bir erkeğin kız arkadaşına tokat atması normaldir.” ifadesine “kesinlikle katılmıyorum” (%73,0), “Bir kızın erkek arkadaşına küfretmesinin asla iyi bir gerekçesi yoktur.” ifadesine “kesinlikle katılıyorum” (%60,7), “Bazen kızlar ellerinde olmadan erkek arkadaşlarına küfrederek.” ve “Bazen kızlar, erkek arkadaşlarının onları dinlemeleri için onları tehdit etmek zorundadırlar” ifadelerine “kesinlikle katılmıyorum” (%53,7), “Bir kız, erkek arkadaşı ne yaparsa yapsın ona vurmamalıdır.” ifadesine “kesinlikle katılıyorum” (%43,7), “Bazen bir kız, ona saygı göstereceği diye erkek arkadaşına vurmak zorundadır.” ifadesine “kesinlikle katılmıyorum” (%58,9) yanıtlarının verilmesi öğrencilerin flört şiddetine yönelik bakış açıları ile ilgili sevindirici olduğu kadar düşündürücülüğünü de göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda (Martins ve ark., 2014; Yumuşak, 2013; Kaya, 2013) erkeklerin flörtte şiddeti kabul etme düzeylerinin kızlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca üniversite öğrencileri arasında yapılan ve çiftler arası şiddeti kabul düzeylerini etkileyen etmenlerin incelendiği bir çalışmada, erkek öğrencilerin şiddeti kabul etme düzeyleri kız öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Kepir ve ark., 2014). Sunulan çalışmada literatürle uyumlu olarak erkek öğrencilerin, EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ, KFUFŞYTÖ puan ortalamalarının (43,08±7,57; 31,83±8,07; 29,27±6,50; 28,97±7,28; 31,55±7,84) kız öğrencilere (42,34±7,83; 28,97±7,28; 25,67±7,42; 29,67±6,90) göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, cinsiyet ile EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ, KFUFŞYTÖ arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olduğu görülmüştür (Tablo 8). Bu bulgu toplumumuzdaki erkek çocuklar ile kız çocukların kültürel yetiştirme

tarzlarındaki farklılıklardan kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca flört şiddetine maruz kalan gençlerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde özellikle psikososyal yönden olumsuz sonuçlarla karşılaştıkları düşünülürse ve bu çalışmada genel olarak erkek öğrencilerin şiddete yönelik tutum puanlarının daha yüksek bulunduğu göz önüne alınırsa özellikle kız öğrencilerle birlikte erkek öğrencilere daha ağırlıklı eğitim programlarının düzenlenmesi gündeme gelmelidir.

Gençlerin yaşlarının ilerlemesiyle ve eğitim seviyelerinin artmasıyla, şiddete yönelik tutumların değişmesi, davranışların azalması, şiddet konusunda farkındalık kazanmaları ve sağlıklı ilişkiler konusunda deneyim kazanmaları beklenmektedir (İftar, 2016). Aslan ve ark. (2008) çalışmalarında 24 yaş ve üzeri grupta olan öğrencilerin diğer gruplardaki öğrencilere göre geçmişteki ve şimdiki flört ilişkilerinde daha fazla şiddete maruz kaldıklarını ve şiddet uyguladıklarını belirtmiştir. Selçuk ve ark. (2018)'nin üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada 21 yaş ve üzerindeki %43,2'sinin psikolojik şiddete maruz kaldıklarını sunmuştur. İftar (2016)'ın çalışmasında ise 17-19 yaş grubundaki öğrencilerin şiddet tutumları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunsada şiddet uygulayan ve şiddete maruz kalan öğrencilerin daha büyük yaş gruplarında olduğunu göstermektedir. Sunulan çalışmada 20 yaş üzeri gençlerin EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ, KFUFŞYTÖ (42,77±7,68; 30,70±7,99; 27,42±7,49; 30,71±6,64) puan ortalamaları diğer yaş gruplarına (42,23±7,87; 29,02±5,22; 25,50±7,44; 29,49±8,09) göre daha yüksek bulunmuş olup, yaş ile KFUPŞYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (p=0,050), EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ, KFUFŞYTÖ arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,005; Tablo 8). Bu bulgular, yaşlı büyük olan öğrencilerin iş bulma ve sınav kaygısı gibi stres kaynakları, kişilerarası iletişim, problemlerle baş etme gibi konularda bilgi, beceri ve deneyimlerinin yetersiz olması gibi nedenlerden dolayı ilişkilerinde yaşadıkları sorunlarla yeterince baş edememeleri ve şiddete başvurmaları ile açıklanabilir.

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na göre, fiziksel şiddete yaşamın herhangi bir döneminde maruz kalma düzeyi %27 ile %43 oranında Doğu Karadeniz ile Orta Anadolu bölgelerinde; cinsel şiddete en yaygın Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde, fiziksel/cinsel şiddete maruz kalma ise, %29 ile %45 oranında Doğu Karadeniz ile Batı ve Orta Anadolu bölgelerinde tespit edilmiştir. Sunulan çalışmada EFUPŞYTÖ, EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ, KFUFŞYTÖ puan ortalamalarının İç Anadolu (42,96±8,79; 30,18±7,46; 27,67±7,43; 30,86±8,10) ve Akdeniz Bölgesinde (42,81±5,75; 30,21±7,92; 24,09±7,29; 30,00±6,70) yaşayan öğrencilerin, Marmara (41,56±7,20; 33,81±8,25; 26,81±7,77; 32,50±9,70), Ege (38,20±8,28; 28,00±2,34; 22,40±7,05; 24,80±4,91), Karadeniz (39,00±7,51; 30,07±6,85; 26,05±7,37; 29,63±6,40), Doğu Anadolu (43,34±9,14; 26,87±4,51; 29,37±10,45; 27,50±4,92) ve Güneydoğu Anadolu (42,57±6,61; 28,46±5,48; 28,50±6,90; 31,03±6,19) bölgelerinde yaşayan öğrencilerden daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, öğrencilerin yaşadıkları coğrafi bölge ve ailelerinin yaşadıkları yer ile EFUPŞYTÖ,

EFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ, KFUFŞYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ; Tablo 8). Bu bulgu araştırmaya katılan öğrencilerin şiddete yönelik tutum ve davranışlarının, bölgesel ve kültürel farklılıklardan etkilendiği şeklinde açıklanabilir.

Öğrenim düzeyi yüksek olan anne ve babaların çocuklarına daha bilinçli davrandıkları, onlarla daha etkili iletişim kurdukları ve çocuklarının kişiliklerini daha olumlu yönde etkiledikleri görüşünün kabul edilmesi nedeniyle eğitimin, şiddet tutum ve davranışlarını azaltmada önemli bir etken olduğu düşünülmektedir (İftar, 2016). Ancak günümüz koşullarında eğitim ve sosyoekonomik düzeyin artışına bağlı olarak, ailenin çocuklarına sundukları olanakların artması bununla birlikte baba ilgisi ve denetiminin azalmasıyla, gençlerle ilişkilerinin daha olumsuz olması sonucu gençlerde saldırganlık ve şiddet eğilimlerinin artabileceği de düşünülebilir. Tüm bu sonuçlara baktığımızda şiddet toplumun her kesiminden insanı etkileyen önemli ve yaygın bir sağlık sorunu olarak kabul edilebilir. Bu çalışmada annenin eğitim durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farkın görülmemesi ( $p>0.05$ ), babanın eğitim durumu ile sadece EFUPŞYTÖ ve EFUFŞYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel farkın görülmesi ( $p<0.05$ ; Tablo 8) yukarıda ifade edilen cümleleri desteklemektedir. Birimoğlu (2012), üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında da, babaların eğitim düzeyi ile öğrencilerin şiddete başvurusu arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirirken, babalarının eğitim düzeyini üniversite mezunu olarak belirten öğrencilerin “şimdiki flört ilişkilerinde” daha fazla oranda şiddete maruz kaldıklarını belirlemiştir.

Ekonomik düzeyi düşük aileden gelen gençlerde saldırganlık ve şiddet içeren tutum ve davranışların meydana gelmesi, gençlerin maddi olanaksızlıklarından dolayı fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanamaması ve bunlara bağlı olarak ümitsizlik ve baş etme mekanizmalarının sağlıklı kullanılamaması ile şiddete daha fazla başvurdukları belirtilmektedir (İftar, 2016). Bunların yanında literatürde gelir durumu ile şiddet tutum ve davranışları arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit eden çalışmalar (Besni, 2011; Çelikaş, 2013) olduğu gibi gelir durumları iyileştikçe, şiddet eğilim puan ortalamalarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da yer almaktadır (Özgür ve ark., 2011). Sunulan çalışma da Besni (2011) ve Çelikaş (2013)’in çalışmalarına benzer şekilde ailelerin gelir durumları ile flörtler arası şiddet tutum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir ( $p>0.05$ ; Tablo 8). Bu bulgu ve literatürden elde edilen sonuçlar doğrultusunda; insanların yaşadıkları bölge, sosyal, kültürel ve ekonomik düzeyleri ve yaşları ne olursa olsun şiddetin yoğun bir şekilde görülüyor olması toplumda şiddetin olağanlaştırıldığını ve zaman geçirmeden gerekli önlemlerin alınmasının önemini ortaya koymaktadır.

Yapılan çalışmalarda flört ilişkisine sahip olma ile flört şiddetine yönelik tutum ve davranışların araştırılması yok denecek kadar azdır. Sayılı çalışmalardan, Yumuşak (2013)’in çalışmasında, flört ilişkisi ile EFUFŞYTÖ, KFUFŞYTÖ, KFUPŞYTÖ puan ortalamaları

arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken, flört ilişkisi olanların, EFUPŞYTÖ'ye göre daha olumlu bir tutuma sahip olduğu belirtilmiştir. Sunulan çalışmada flört ilişkisi olan öğrencilerin EFUPŞYTÖ (42,44±7,65), EFUFŞYTÖ (29,92±6,82), KFUPŞYTÖ (27,24±7,44) ve KFUFŞYTÖ (30,44±7,62)'den aldıkları puan ortalamalarının olmayanlara (42,73±7,90; 30,25±7,50; 25,93±7,59; 29,99±6,70) göre yüksek olduğu ve flört ilişkisi olan öğrenciler ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05; Tablo 9). Yine sunulan çalışmada ilişkisinde şiddete maruz kalan EFUPŞYTÖ (42,85±7,86), EFUFŞYTÖ (30,80±7,22), KFUPŞYTÖ (27,50±7,39) ve KFUFŞYTÖ (30,92±7,40)'den aldıkları puan ortalamaları maruz kalmayanlara (39,94±8,36; 27,00±6,19; 25,31±7,59; 29,63±8,09) göre yüksek bulunmuş olup, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05; Tablo 9) belirlenmiştir. Yumuşak (2013) çalışması da sunulan çalışmaya benzer şekilde flört ilişkisinde şiddete maruz kalma ile EFUFŞYTÖ, KFUFŞYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

#### *Araştırmanın sınırlılıkları*

Araştırmanın en önemli sınırlılığı, çalışmanın hemşirelik bölümü öğrencileriyle yürütülmesi ve sonuçlarının kendi evrenine genellenebilir olmasıdır. Çalışmanın diğer bir sınırlılığı ise araştırmanın yürütüldüğü popülasyonun göreceli küçük olmasından kaynaklı flört şiddetine maruz kalma açısından bağımsız değişken kategorileri arasındaki anlamlı farkı belirleyebilecek güce sahip olmamasıdır.

#### **Sonuç ve Öneriler**

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, araştırma kapsamına alınan üniversite öğrencilerinin %17,1'i flört şiddetine maruz kalmıştır. Bu doğrultuda gençler arasında meydana gelen flört şiddetinin önlenmesi, gençlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine, yaşam becerilerinin artırılmasına yönelik programlar oluşturulmalı ve özellikle lisans birinci sınıf müfredatlarına entegre edilmelidir. Ayrıca üniversite gençliğine hizmet sunan sağlık birimlerinde çalışan hemşirelerin flört şiddetini engelleme konularında bilgilendirme programları düzenlemelidir.

#### **Kaynaklar**

- Aosved, A.C., Long, P.J. (2005). College women's experiences of psychological maltreatment and sexual assault. *Violence and Victims*; 20:577-587.
- Aslan, D., Vefikuluçay D., Zeyneloğlu, S., Erdost, T., Temel, F. (2008). Ankara'da iki hemşirelik yüksek okulunun birinci ve dördüncü sınıflarından okuyan öğrencilerinin flört şiddetine maruz kalma, flört ilişkilerinde şiddet uygulama durumlarının ve bu konudaki görüşlerinin saptanması araştırması. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma Merkezi. Ankara.
- Avcı, Ö.H., Yıldırım, İ. (2015). Ergenlerde şiddet eğiliminin görülme sıklığı. *Kuramsal Eğitim Bilim Dergisi*; 8(19), 106-124.
- Baldan, G.A., Akış, N. (2017). Flört şiddeti. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 43 (1).

- Besni, İ.(2011). Üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik tutumlarının cinsiyet, politik görüş ve şiddete maruz kalma açısından incelenmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tokat
- Birimoğlu, C. (2012). Gaziantep üniversitesi eğitim fakültesi öğrencilerinin şiddete yönelik bakışları. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Çelikaş, M. G. (2013). Okuldaki şiddet olayları ile aile içi şiddet ilişkisi. Gazi üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Dating Violence Research Center. “Campus Dating Violence fact sheets”(2002). <https://www.uvm.edu/police/public>. Erişim Tarihi:04.09.2018.
- Demir, G., Biçer, S., Şahin, F., Bulucu, G. D., Aymelek, Ç.N., Cerit, B. (2014). Bir üniversitenin birinci ve dördüncü sınıflarında okuyan öğrencilerin flört şiddetine maruz kalma durumları ve flört şiddeti konusunda verilen eğitimin bilgi düzeylerine etkisi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitapçığı: 1418-1419.
- Eaton, D.K., Kristen, S.D., Barrios, L., Brener, N.D., Noonan, R.K. (2007). Associations of dating violence victimization with life time participation, cooccurrence, and early initiation of risk behaviors among U.S. High School Students. *Journal of Interpersonal Violence*; 22 (5): 585–602.
- Ely, G.,Dulmus, C.N., Wodarski, J.S. (2002). Adolescent dating violence. In: Rapp-Paglicci LA, Roberts AR, Wodarski JS, eds. *Handbook of Violence*. 1 st ed. New York: John Wiley & Sons, Inc. p.34-49.
- Fidan, F., Yeşil, Y. (2018). Nedenleri ve sonuçları itibariyle flört şiddeti. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*; 4(1).
- Furniss K, McCaffrey M, Parnell V, Rovi S. (2007). Nurses and barriers to screening for intimate partner violence. *MCN*; 1(4): 238-243.
- Holmes, K., Sher, L. (2013). Dating violence and suicidal behavior in adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*; 25(3).
- İftar, M. (2016). Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine yönelik tutum ve davranışları. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Muğla.
- Karabulutlu, Ö. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin şiddet konusundaki görüş ve deneyimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 2(1).
- Karatay, M., Karatay, G., Baş, N.G., Baş, K. (2018). Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine ilişkin tutum ve davranışları. *Sted*; 27(1).
- Kaya, S.A. (2013). Üniversitede öğrenim gören gençlerde flörtte şiddet. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Kepir, S.D., Ulaş, Ö., Demirtaş, Z.S. (2014). Üniversite öğrencilerinin çiftler arası şiddeti kabul düzeylerini etkileyen etmenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*; 5 (42).
- Martins, C., Gouveia, A., Chaves, M., Lourenço, R., Marques, S., Sankos, T. (2014). Dating violence and nursing student well-being. *Atencion Primaria*; 46(1).
- Mihçioğur, S., Akın, A. (2015). Flört şiddeti- “Şiddet’li Sevgi”. *Sağlık ve Toplum*; 25 (2).
- Moore, A., Sargent, K. M., Ferranti, D., Gonzalez-Guarda, R. (2015). Adolescent dating violence: Support and barriers in accessing services. *Journal of* ; 32:39-52.
- Murray, C., Kardatzke, K. (2007). Dating violence among college students: key issues for collage counselors. *Journal of College Counseling*;10:79-89.

- Ohnishi, M., Nakao, R., Shibayama, S., Matsuyama, Y., Oishi, K., Miyahara, H. (2011). Knowledge, experience and potential risks of dating violence among japanese university students: A Cross-Sectional Study. *BioMed Central PublicHealth*; 11:339-346.
- Özcebe, H., Aslan, D., Karabiber, A. H., Küçüköztaş, F., Oransay, K., Ölmez, İ. (2002). Bir grup üniversite öğrencisinin “flört şiddeti” konusundaki görüşleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*; 13(1):20-28.
- Özgür, G., Yörükoğlu, G., Baysan Arabacı, L. (2011). Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddet eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 53-60.
- Polat, Y., İpekçi, N.N., Yurdağül, G., Öztürk, M., Tatlı, S., Yavuzekinci, M. (2016). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde flört şiddeti prevalansının belirlenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 25(3).
- Selçuk, K.T., Avcı, D., Mercan, Y. (2018). Üniversite öğrencilerinde flört şiddetine maruziyet: flört şiddetine yönelik tutumların ve toplumsal cinsiyet algısının şiddete maruziyet ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 9(3).
- Şenol, D., Yıldız, S. (2013). Kadına yönelik şiddet algısı kadın ve erkek bakış açılarıyla. Ankara: Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları; p.9-11.
- Terzioğlu, F., Gönenç, İ.M., Özdemir, F., Güvenç, G., Kök, G., Sezer, N.Y., Hiçyılmaz, B.D. (2016). Flört şiddeti tutum ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*; 19(4).
- Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2015). Ankara. [www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf). Erişim tarihi:04.09.2018
- World Health Organization (WHO-2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. <http://apps.who.int/iris/bitstream/eng.pdf>. Erişim tarihi:02.09.2018.
- World Health Organization (WHO-2002). World report on violence and health: summary. World Health Organization. Geneva: 2002. p. 1-44
- Yumuşak, A. (2013). Üniversite öğrencilerinin flört şiddetine yönelik tutumları, toplumsal cinsiyetçilik ve narsistik kişilik özellikleri arasındaki ilişki. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tokat.*

## Sözel 29 (ÖZET)

### BİR AMATEM KLİNİĞİNDE YATAN, ADLİ VAKASI OLAN VE OLMAYAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

#### Characteristics of patients with and without forensic event in an AMATEM clinic

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emrah KARADERE\*, Dr. Öğr. Üyesi Ece YAZLA ASAFOV\*  
\*Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

#### ÖZET

**Giriş:** Alkol ve madde kullanım sorunu önemli bir halk sağlığı sorunudur ve adli olaylarla yakından ilişkilidir<sup>1</sup>. Bu çalışma madde kullanım bozukluğu olan vakalarda adli vakası olan ve olmayanların sosyodemografik özelliklerini incelemek üzere yapıldı.

**Materyal ve Metod:** Veriler son bir yılda Çorum AMATEM kliniğinde yatılı tedavi gören 133 hastanın dosyalarının geriye dönük taramasıyla elde edilmiştir. Tanımlayıcı değişkenler için yüzde değerleri verildi. İki grup arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığında nonparametrik değişkenlerde ki-kare, parametrik değişkenlerde bağımsız t-testi uygulandı.

**Bulgular:** Hastaların %6,8 (9)'u kadın, %93,2 (124)'si erkekti. Hastaların yaş ortalamaları 30,85±12,26, ortalama eğitim süreleri 9,36±2,72 idi. Vakaların %58,6 (78)'i bekar, %25,6 (34) evli, % 15,8 (21) ayrı yaşıyor/boşanmıştı. %68,4 (91)'ünün adli vakası vardı. Adli vakası olan ve olmayanlar arasında cinsiyet, çalışma durumu, ek psikiyatrik rahatsızlık olması, parçalanmış ailede büyüme, daha önce tedavi görme, mevcut tedaviyi tamamlama, eğitim süresi, madde bırakma isteği/inancı/kararlılığı, ayık kalma süresi, geçmiş yatılı tedavi görme sayısı ve tedavide geçen gün sayısı açısından istatistiksel açıdan fark yoktu (p>0,005). Medeni durum, genel tıbbi rahatsızlık, yaş ortalaması ve kendine zarar verme açısından istatistiksel açıdan fark vardı (p<0,005).

**Sonuç:** Literatürle uyumlu şekilde alkol-madde kullanım bozukluğu olanlarda adli vakası olanların sayısı genel toplumdan yüksektir<sup>2</sup>. Ek olarak bu çalışma alkol ve madde kullanım bozukluğu olanların bazı klinik özelliklerin adli vakası olan ve olmayanlar arasında bazı farklılıklar gösterebileceğini söylemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** adli vaka, AMATEM, adli vaka olmayan

#### ABSTRACT

**Introduction:** Alcohol and substance use is an important public health problem and is closely related to judicial events. This study was conducted to investigate the sociodemographic characteristics of people with and without forensic event in cases of substance use disorders.

**Materials and Methods:** The data have been obtained retrospectively from the files of 133 patients who have received residential treatment in Çorum AMATEM clinic in the last one year. Percentage were given for the identifying variables. The statistical significance of the difference between the two groups was chi-square in nonparametric variables and independent t-test in parametric variables.

**Results:** 6.8% (9) of the patients were female, 93.2% (124) were male. Mean age of the patients was 30.85 ± 12.26, mean duration of education was 9.36 ± 2.72. 58.6% (78) of the cases were single, 25.6% (34) were married and 15.8% (21) were separate / divorced. 68.4% (91) had a judicial case. Between with and without forensic event group, there was no statistically significant difference in terms of gender, education time, working status, comorbid psychiatric disorder, growth in shattered families, previous treatment history, completing the current treatment, desire/belief/determination of substance abstinence, abstinence period, number of inpatient treatment and current number of days of treatment (p> 0,005). There were statistical differences in terms of marital status, general medical illness, age average and self-harm (p <0.005) between two groups.

**Conclusion:** In the case of alcohol-substance use disorders in accordance with the literature, the number of forensic events is higher than the general population. In addition, this study suggests that some clinical features of those with alcohol and substance use disorders may show some differences between judicial and non-judicial cases.

**Keywords:** forensic event, AMATEM, without forensic

## Sözel 30 (ÖZET)

### MEDYAYA YANSIYAN ERGENLİK DÖNEMİ İNTİHARLARI

#### Adolescent Period Suicides Reflected To The Media

Arş. Gör. Melike KAYA\*, Prof. Dr. Yurdagül ERDEM\*,  
Arş. Gör. Zeynep KİSECİK ŞENGÜL\*  
\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

**Giriş:** İntiharlar, önemli ruh sağlığı sorunlarından birisidir. Bu araştırma, son üç yılda medyaya yansıyan çocuk intihar haberlerinin içerik analizi yapılarak bazı sosyo-demografik özelliklerinin belirlenerek, genç insanların intiharlarının önlenmesinde yol gösterici olması amacıyla retrospektif olarak tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Araştırmanın verilerini, 1 Eylül 2015-15 Eylül 2018 tarihleri arasında tiraja göre ilk üç sırada satan gazetelere yansıyan 0-18 yaş arası 207 çocuk intihar haberleri oluşturmuştur. Uzman görüşü ile gruplanarak SPSS 17.00 programında istatistikleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde ve frekans dağılımları kullanılmıştır.

**Bulgular:** İncelenen haberlerde çocukların %54,1'i (n=112) kız, %45,9'u (n=95) erkektir. Çocukların yaş ortalamaları 16,08±1,66'dır. İntihar olaylarının %74,9'u (n=155) ölümle sonuçlanmıştır. Çocukların %13'ü (n=27) bunalım nedeniyle intihar etmiş, %34,3'ü (n=71) intihar yöntemi olarak yüksekten atlamayı kullanmıştır. İntihar olayları en fazla Akdeniz Bölgesi'nde %24,2 (n=50), İlkbahar ayında (%30) ve evde (%59,9) gerçekleşmiştir.

**Sonuç:** Ülkemizde çocukluk çağı intiharları ölüm nedenleri arasında ilk sıralardadır. İntiharların önlenmesinde birey, aile ve toplum düzeyinde daha fazla koruyucu-önleyici yaklaşımların geliştirilmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, İntihar, Adölesan

#### ABSTRACT

**Introduction:** Suicides are one of the most important mental health problems. This research has been carried out retrospectively in order to determine the content of children's suicide news in the last three years and to determine some socio-demographic features and to guide the suicide of young people.

**Materials and Methods:** The data were collected between September 1, 2015 and September 15, 2018, from newspapers on 207 children between the ages of 0-18 reported suicide news. They were grouped with expert opinion in SPSS 17.00 program. Percentage and frequency distributions were used to evaluate the data.

**Findings:** 54.1% (n = 112) of the children were female and 45.9% (n = 95) were male. The mean age of the children was 16,08 ± 1,66. 74.9% (n = 155) of the suicide incidents resulted in death. Thirteen percent (n = 27) of the children committed suicide due to depression and 34.3% (n = 71) used high jump as a suicide method. The highest incidence of suicide was in the Mediterranean region by 24.2% (n = 50), in spring (30%) and at the home (59.9%).

**Conclusion:** Childhood suicides are among the leading causes of death in our country. The development of more protective-preventive approaches at the level of individuals, family and society may be suggested in the prevention of suicides.

**Key words:** Children, Suicide, Adolescent



## Sözel 31 (ÖZET)

# EVRENSEL BİR İNSAN HAKKI OLARAK ÇALIŞMA HAKKI VE ÇALIŞMA HAYATINDA ENGELLİLER: TÜRKİYE'DE 2002-2017 DÖNEMİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

## Right To Work As A Universal Human Right And Disability People In Work Life: A Study On The Period 2002-2017 In Turkey

Doktora Öğrencisi Merve Nur OKTAR  
Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet AD

### ÖZET

Tarihsel süreçte engelli bireylerin toplum hayatına katılımında zamanla daha fazla girişimde bulunulduğu ve önemli bazı dönüşümlerin yaşandığı görülür. Bu gelişmelerin doruk noktası evrensel insan hakları bildirgesidir. Buna göre tüm insanlar için, dolayısıyla engelliler için de geçerli olan evrensel haklar söz konusudur. Çalışma hakkı, engellilerin toplum hayatına ve üretime katılmasını sağlayacak yollardan birisidir. Dolayısıyla insan hakları evrensel bildirgesini kabul etmek engellilerin de çalışma hayatına katılması anlamına gelmektedir. Bu noktadan hareketle çalışmanın temel araştırma sorusu, Türkiye'de engelli bireylerin istihdamına yönelik çıkarılan yasalar ile istihdam oranları nasıl değişmektedir? şeklinde ifade edilebilir.

Araştırmanın amacı engelli vatandaşlarımızın 2002-2017 döneminde iş hayatına katılım istatistiklerini incelemek ve çalışma hakkına yönelik çıkarılan yasaların, engelli bireylerin çalışma hayatına katılımını etkileyip etkilemediğini ortaya çıkarmaktır. Araştırmada 2002-2017 döneminin ele alınmasındaki mantık, bu dönemde engelli istihdamına yönelik önemli yasal düzenlemelerin yapılmış olmasıdır. İhtiyaç duyulan verilere ulaşmak için doküman analizi yapılmıştır. Doküman analizi sonucunda engelli istihdamına yönelik yasalar tasnif edilmiş ve engellilerin istihdamına katılım oranları farklı gruplandırmalar (yaş, cinsiyet, engel türü, kamu-özel sektör, vb.) bazında elde edilmiştir. Veriler içerik analizi ile incelemiş ve engellilerin istihdamına yönelik çıkan yasaların ardından engellilerin istihdamına katılım oranlarındaki değişime etkisi araştırılmıştır.

Ulaşılan bulgulara göre, çıkarılan yasaların engelli bireylerin çalışma hakkından gerçek anlamda faydalanabilmesinin ön koşulu olduğunu söylemek mümkündür. Engellilerin istihdamına yönelik çıkarılan yasaların kamu sektöründe karşılığını bulduğunu

### ABSTRACT

In the historical process, more and more attempts have been made in the participation of the disabled people in the social life and some important transformations have been experienced. The most important of these developments is universal declaration of human rights. According to this, universal rights apply to all people and therefore to the disability. The right to work is one of the ways in which disability can contribute to community life and production. Acceptance of the universal declaration of human rights therefore implies the participation of the disabled in their working life. The research question of this study is what is the relationship between laws enacted for the employment of people with disabilities and employment rates in Turkey?

The purpose of the study is to examine the statistics of participation of disabled citizens in business life in the period 2002-2017 and to find out whether the laws on the right to work affect the participation of disabled people in work life. The rationale for the 2002-2017 study was that significant legislative arrangements were made for disabled employment in this period. Document analysis was conducted to reach the required data. As a result of the analysis of the document, the legislation on disability employment has been classified and the employment participation rates of the disabled have been obtained in different groups (age, gender, type of obstacle, public-private sector, etc.). The data were analyzed by content analysis and the effect of changing the employment participation rates of the handicapped was investigated following legislation aimed at employment of the handicapped.

According to the findings, it can be said that the laws enacted are preconditions for the disabled people to benefit from the right to work. We see that the legislation on the employment of the disabled finds its counterpart in the public sector; but it does not seem

görmekteyiz; ancak özel sektör için aynı yorumu yapmak mümkün görünmemektedir. Verilere göre, özel sektörün yasaların öngördüğü düzeyde dahi istihdam sağlamadığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca cinsiyete ve engel türüne göre de istihdam oranlarında önemli farklılıklar vardır. Ortaya çıkan tabloya göre özel sektördeki engelli istihdam oranının neden bu denli düşük olduğu, çıkarılan yasaların öngördüğü düzeyde dahi bir istihdam sağlanamamasının altındaki asıl nedenin ne olduğu incelenmesi gereken konulardır.

**Anahtar kelimeler:** Çalışma hakkı, engellilik, evrensel insan hakları

possible to make the same comment for the private sector. According to the data, it has emerged that the private sector does not provide employment even to the extent required by law. There are also significant differences in employment rates compared to sex and disability. What is the reason why the employment rate of the disabled in the private sector is so low and what is the main reason behind not providing employment even at the level prescribed by the legislation issued is a matter to be examined.

**Keywords:** Right to work, disability, universal human rights

## Sözel 32 (ÖZET)

# GÖÇÜN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

## Examining The Effect Of Migration On Health

Lisans Öğrencisi Nur Cansel YÜREK\*, Lisans Öğrencisi Cuma DEMİR\*\*

\*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak SYO, AYAY Bölümü

\*\*Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak SYO, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

**Giriş:** İnsanlar bazen çeşitli nedenlerden dolayı ülke içinde ya da ülke dışında yer değiştirmek durumunda kalırlar. Gönüllü olarak yapılan bu yer değiştirme hareketi “göç” olarak adlandırılmaktadır. Göç eden kişiler beslenme, barınma, sağlık, giyim, eğitim vb. temel ekonomik ihtiyaçlar başta olmak üzere birçok problem yaşamaktadır. Göç alan bölgelerde sağlık kuruluşlarının yetersiz olması, sağlık insan gücünün yeterli olmaması, göç edenlerin gelir düzeyinin düşük olması, yetersiz beslenme, sağlık sigortasına sahip olmamaları, hijyen eksikliği, sosyal ve psikolojik stres gibi faktörler, göç edenlerin sağlık koşullarını olumsuz yönde etkilemektedir. Akut gelişen sağlık sorunları başta olmak üzere, bulaşıcı hastalıklar açısından da ele alındığında kronik hastalık gelişimine neden olmaktadır.

**Materyal ve Metod:** Bu çalışmada göç olgusunun sağlık üzerine etkisinin ortaya koyulması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü’nün verileri incelenmiştir.

**Bulgular:** Dünya Sağlık Örgütü Ürdün, Lübnan, Irak ve Türkiye’deki kamplarında kalan Suriyelilerde kızamık, verem ve çeşitli bulaşıcı deri hastalıklarına rastlandığı belirtilmektedir. Türkiye’de 2012 yılı verilerine göre 349 kızamık olgusu görülmüş ve bu sayının Suriyeli sığınmacı sayısının artması ile günümüzde 20 kat arttığı ortaya çıkmıştır.

**Sonuç:** Yapılan çalışmalar göç ile ülkemize gelenlerin sayısının artmasını bağlı olarak bazı vaka olgularının arttığını göstermektedir. Bu nedenle özellikle göç alan iller de konuya yönelik incelemelerin ve yapılan çalışmaların artması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler;** Göç, sağlık

### ABSTRACT

**Introduction:** People , sometimes have to relocate in country or outside country because of different reasons. This relocation movement which is volunteered is named migration. The people who immigrate have a lot of problems mainly with economical needs and nutrition, shelter, health clothing needs.

The factorssuch as insufficiency healt organizations, insufficiency of healty humon power, low in come level of immigrants, insufficient nutrition not having health insurance, insufficiency of hygienesocial and psycholological stress affect the immigrants health conditions in a negative way. Mainley acute health problems, it causes chronic illness development in therms of infections diseases

**Material And Method :** İn this study , world health organization's data are examined to reveal the effect of migration to the health.

**Finding :** World Health Organization state that Syrians who stay in Ürdün ,Lübnan ,Irak in Turkey camps have infectious skin illness such as measles and tuberculosis.

İN Turkey, according to 2012 data, 349 measles phenomēq have seen and this number has increased 20 times mucher with the increase of Syrian defectours numbers

**Result:** The researches show that some phenomena increase dependig on the number of people who come to our country. So, it’s required to increase the work done and examination intended to event.

**Key word:** İmmigration, health

### Sözel 33 (TAM METİN)

## EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN YAŞLILARDA DEPRESYON, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR DÜŞÜNCEİ

### Depression, Hopelessness and Suicid Ideation in Elderly Who Use Home Care Service

Arş. Gör. Mahmut EVLİ\*, Dr.Öğr. Üyesi Nuray ŞİMŞEK\*, Dr.Öğr. Üyesi Derya ŞAHİN\*\*,  
Psi. Pelin ŞENAL SÖYLEMEZ\*\*\*

\*Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

\*\*Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

\*\*\*Sinop Atatürk Devlet Hastanesi

#### ÖZET

**Giriş:** Bu çalışma evde bakım alan yaşlılarda depresyon, umutsuzluk ve intihar düşünce düzeyinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüş, tanımlayıcı bir çalışmadır.

**Gereç-Yöntem:** Sinop il merkezinde evde bakım hizmeti alan 258 yaşlıdan 57'si ile görüşme sağlanabilmektedir. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Geriatri Depresyon Ölçeği ve İntihar Düşünce Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi ile Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bireylerin yaş ortalaması  $80.36 \pm 8.80$  ve %57.9'i kadındır. Yaşlıların %42.1'i okur yazar değil, %40.4'ü çocuklarının yanında kalmakta, %73.7'sinin gelir durumu orta düzeyde, %52.6'sının sağlık algısı kötü, %68.4'ünün iki veya daha fazla kronik hastalığı bulunmakta ve %86'sı bireysel ihtiyaçları karşılama başkalarına ihtiyaç duymaktadır. Çalışmamızda yaşlıların depresyon, umutsuzluk ve intihar düşünce puan ortalamaları sırasıyla;  $12.35 \pm 6.95$  (ortanca: 11),  $12.19 \pm 4.74$  (ortanca: 13) ve  $11.19 \pm 3.49$  (Ortanca: 12) olarak belirlenmiştir. Umutsuzluk ile depresyon arasında pozitif yönde iyi düzeyde, umutsuzluk ile intihar düşünce arasında pozitif yönde çok iyi düzeyde, depresyon ile intihar düşünce arasında pozitif yönde iyi düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ). Yaşlıların depresyon, umutsuzluk ve intihar düşünce düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ). Depresyon düzeyinin eğitim durumuna göre değiştiği görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Fiziksel sağlık algısı kötü olan yaşlıların umutsuzluk ve intihar düşünce toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir yüksekliğe sahip olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan yaşlılarda depresyon, umutsuzluk ve intihar düşünce düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Evde bakım programlarında yaşlıların fizik bakım ihtiyaçlarının yanında depresyon, umutsuzluk ve intihar düşünce gibi ruhsal bakım ihtiyaçlarına da dikkat çekilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** yaşlılık, umutsuzluk, depresyon, intihar düşünce

#### ABSTRACT

**Introduction:** This study was an descriptive type conducted to determine the levels of depression, hopelessness and suicidal ideation in elderly whouse homecare service.

**Material-Method:** 57 of 258 elderly whouse homecare service in Sinop center were interviewed. Data was collected to use Introductory Information Form, Beck Hopelessness Scale, Geriatric Depression Scale, and Suicidal Ideation Scale. The analysis of data was used Mann Whitney U test, Kruskal Wallis analysis of variance and Spearman correlation coefficients.

**Results:** The average age of individuals was  $80.36 \pm 8.80$  and 57.9% of them were female. 42.1% of elderly were illiterate, 40.4% of them live with their children, 73.7% of them have a medium income, 52.6% of them have a bad perception of health, 68.4% of them have two or more chronic disease, and 86% of them need to support of other people to meet one's own needs. In our study the score means of depression, hopelessness and suicidal ideation of elderly were  $12.35 \pm 6.95$  (median: 11),  $12.19 \pm 4.74$  (median: 13) ve  $11.19 \pm 3.49$  (median: 12) respectively. It was found positive and good level relationship between hopelessness and depression; positive relationship and very good level between hopelessness and suicidal ideation, positive and good level relationship between depression and suicidal ideation ( $p < 0.001$ ). The levels of depression, hopelessness and suicidal ideation of elderly were not statistically significant difference according to gender ( $p > 0.05$ ). It is seen that education level was effective on depression level ( $p < 0.05$ ). and total scores of hopelessness and suicidal ideation of elderly have poor physical health perception were higher statistically ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It is seen that the levels of depression, hopelessness, and suicidal ideation of elderly were above the average. It may be suggested that in homecare programmes should pay attention not only the physical needs of the elderly, but also the needs of psychological care such as depression, hopelessness and suicidal ideation.

**Key words:** elderly, hopelessness, depression, suicidal ideation

### Sözel 33 (TAM METİN)

## EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN YAŞLILARDA DEPRESYON, UMUTSUZLUK VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ

### Depression, Hopelessness and Suicid Ideation in Elderly Who Use Home Care Service

Arş. Gör. Mahmut EVLİ\*, Dr.Öğr. Üyesi Nuray ŞİMŞEK\*, Dr.Öğr. Üyesi Derya ŞAHİN\*\*,  
Psi. Pelin ŞENAL SÖYLEMEZ\*\*\*

\*Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

\*\*Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

\*\*\*Sinop Atatürk Devlet Hastanesi

### Giriş

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir. Bununla birlikte yaşlanma sabit bir süreç değildir ve bireyler arasında farklılıklar gösterir. Bu sürecin son bölümü ise yaşlılık olarak isimlendirilmektedir ve 65 yaş sınır olarak bildirilmektedir (1).

Günümüzde dünya genelinde yaklaşık olarak 580 milyon yaşlı bulunmakta ve yarısından fazlası gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 2020 yılına gelindiğinde ise 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki nüfusun bir milyardan daha fazla olacağı tahmin edilmektedir (2). Ülkemizde 2012 yılında yaşlı nüfus olarak tabir edilen 65 yaş ve üzerindeki nüfus 5,7 milyon kişi, bunların toplam nüfusa oranı %7,5'tir. 2023 yılına gelindiğinde bu nüfusun 8,6 milyon kişiye, oranının ise %10,2'ye yükseleceği bildirilmektedir (3).

Yaşlılık döneminde, yalnızlık, maddi sorunlar, sevilen bir yakının kaybı, fiziki hastalıklar, fiziksel yeti yitimi ve özerkliğin kaybı, fiziksel hastalıklarda kullanılan bazı ilaçlar (yüksek tansiyonda ya da parkinson hastalığında kullanılanlar gibi) ya da hastaneye yatmak gibi durumlar depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (4).

Yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun yaşamdan hiçbir beklentisi olmadan ölümü beklediği ve bu duruma bağlı olarak umutsuzluk düzeyinin arttığı bilinmektedir (5). Umutsuz kişi, kendisini kuşatan problemlerin üstesinden gelme konusunda çaresizlik içinde olduğunu algılar, kendini değersiz ve yaşamını da anlamsız görmeye başlar. Kişide gözlenen bu umutsuzluk ve depresyon, intihar düşüncesinin en önemli yordayıcılarıdır (6).

Yaşlanma süreciyle birlikte yaşlı insanların hem fizyolojik sağlıkları hem de psikolojik durumları olumsuz etkilenebilmekte ve hayatlarını sonlandırma gibi düşüncelere kapılabilmektedirler. Ülkemizde evde bakım alan yaşlılar sıklıkla iki veya daha fazla kronik hastalığa sahip ve bakıma muhtaç bireylerdir. Bundan dolayı yaşlı bireylerdeki umutsuzluk ve

depresyon durumlarının bilinmesi ve bu duruma bağlı olabilecek intihar düşüncesi ve eylemlerinin ilişkisinin açıklığa kavuşturulması önem kazanmaktadır.

## **Gereç Ve Yöntem**

### **Araştırmanın Şekli**

Araştırma yaşlılarda depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncesini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **Araştırmanın Evreni-Örnekleme:**

Araştırmanın evrenini Sinop ili merkezinde evde bakım hizmeti alan 258 yaşlı oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan, görüşmeyi kabul eden ve görüşmeyi tamamlayabilen 57 birey ile görüşme sağlanabilmektedir.

### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

Çalışmaya, 60 yaş ve üzeri yaşta olan, Türkçe konuşup anlayabilen, alkol ya da uyuşturucu bağımlılığı (son üç ay içinde) olmayan, objektif değerlendirmeyi engelleyecek şekilde ciddi medikal ya da psikiyatrik problemleri olmayan, son üç ay içinde geçirilmiş cerrahi operasyon bulunmayan, altı aydan daha kısa bir zaman önce travma öyküsü bulunmayan ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu onaylayan bireyler dahil edilmiştir.

### **Araştırmada Veri Toplama Formları:**

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Ölçeği kullanılmıştır.

**Tanıtıcı Bilgi Formu;** Tanıtıcı Bilgi Formu bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, çocuk sayısı, kronik hastalıkları, ne kadar süredir ve hangi amaçlarla evde bakım hizmetinden yararlandığı ve bireysel gereksinimleri karşılayıp karşılamadığını içeren 18 sorudan oluşmaktadır.

**Beck Umutsuzluk Ölçeği – BUÖ;** Beck, Weissman, Lester ve Trexler (1974) tarafından geliştirilen 20 maddeden oluşan umutsuzluk ölçeği, kendini değerlendirme türünde bir ölçektir (7). Türkçe geçerlik çalışması Durak ve Palabıyıkoglu (1994) tarafından yapılmıştır. 'Evet' veya 'Hayır' şeklinde cevaplanan BUÖ'den alınabilecek puan aralığı 0-20 arasındadır. Ölçekteki ifadelerden 11'i olumlu, 9'u olumsuz ifadelerdir. Bunlardan 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20. sorulara verilen yanıt evet ise 1 puan; 1, 2, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevaplar hayır ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplarda ise "0" puan verilmektedir. Alınan puanın yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir (8).

**Geriatrik Depresyon Ölçeği-GDÖ ;** Yesavage ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiş (9), Ertan tarafından (1996) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir değerlendirme formudur. Ölçek öz bildirime dayalı ve yaşlılara yönelik 30 sorudan oluşmaktadır. Depresyon lehine her yanıt 1 puan, diğer yanıtlar 0 puan değerindedir. Toplam puan 30 olup, 0-11 arası depresyon yok, 11-14 arası olası depresyon, 14 ve üzeri kesin depresyon olarak kabul edilmektedir (10).

**İntihar Düşüncesi Ölçeği -İDÖ:** Linehan ve Nielsen'in(1981) geliştirdiği ölçektir (11). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği Dilbaz ve ark. (1995) tarafından yapılmıştır. Sorulara evet ya da hayır şeklinde yanıtlar verilmektedir. "Evet"ler 1, "Hayır"lar 0 olarak puanlanmaktadır. Ters değerlendirilen madde yoktur. 17 sorudan oluşan ölçekten alınabilecek en yüksek puan 17 olup, yüksek puan intihar düşüncelerinin varlığına işaret etmektedir (12).

**Verilerin Toplanması ve Etik Açıklamalar:** Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce örnekleme alınan yaşlı bireylerden yazılı ve sözlü olur alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Sinop İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni ve Sinop Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi ile Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

## **Bulgular**

Bireylerin yaş ortalaması  $80.36 \pm 8.80$  ve %57.9'i kadındır. Yaşlıların %42.1'i okur yazar değil, %40.4'ü çocuklarının yanında kalmakta, %73.7'sinin gelir durumu orta düzeyde, %52.6'sının sağlık algısı kötü, %68.4'ünün iki veya daha fazla kronik hastalığı bulunmakta ve %86'sı bireysel ihtiyaçları karşılama başkalarına ihtiyaç duymaktadır. Çalışmamızda yaşlıların depresyon, umutsuzluk ve intihar düşüncesi puan ortalamaları sırasıyla;  $12.35 \pm 6.95$  (ortanca: 11),  $12.19 \pm 4.74$  (ortanca: 13) ve  $11.19 \pm 3.49$  (Ortanca: 12) olarak belirlenmiştir.

Bireylerin cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve birlikte yaşadıkları kişilerin ölçek puanlarını etkilemediği görülmüştür ( $p > 0.05$ ). Bununla birlikte gelir düzeyini orta olarak değerlendiren bireylerin umutsuzluk puanının düşük olduğu ancak depresyon puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Yine sağlık algısı kötü olan bireylerin umutsuzluk puanları yüksek ancak depresyon puanları iyi ve orta olarak algılayanlara göre düşüktür ( $p < 0.05$ ).

Yaşlı bireylerin ölçek puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş ve kronik hastalık sayısı ile ölçek puanları arasında bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Umutsuzluk ile depresyon ve umutsuzluk ile intihar düşüncesi arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu, depresyon ile intihar düşüncesi arasında da pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 1).

Tablo 1: Bireylerin yaş, kronik hastalık sayısı ve ölçek puanları arasındaki ilişki

		Yaş	BUÖ	GDÖ	İDÖ	Kronik Has. Sayısı
Yaş	r	1				
	p	.				
BUÖ	r	-0,065	1			
	p	0,633	.			
GDÖ	r	0,023	-,778(**)	1		
	p	0,869	0	.		
İDÖ	r	0,091	-,810(**)	,732(**)	1	
	p	0,502	0	0	.	
Kronik Has. Sayısı	r	-0,245	0,131	-0,088	-0,108	1
	p	0,066	0,331	0,519	0,426	.

## Tartışma

Depresyon ve intihar girişiminin yaşlılık döneminde en sık görülen ruhsal sıkıntılar olduğu ve yaşamı anlamlı kılamamanın sonucu umutsuzluk duygusunun yaşanabildiği bilinmektedir (1,13). Çalışmamızda yaşlıların puan ortalamalarının depresyon sınırları arasında olduğu, intihar düşüncesi ve umutsuzluk puanlarının ortanın üzerinde olduğu görülmüştür. Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylere fizik bakım uygulamalarının yanında ruhsal değerlendirme ve destek hizmetlerinin sunulması da önemlidir.

Yaşlılıkta ruhsal sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştıran psikososyal faktörler olarak yaş, eğitim, meslek, gelir düzeyi, medeni durum gibi özellikler belirtilmektedir (13). Çalışmamızda bireylerin depresyon puanları yaş, eğitim, meslek, gelir düzeyi, medeni duruma göre farklılık göstermemektedir. Benzer olarak Karakuş ve arkadaşlarının (2003) huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptıkları çalışmalarında da depresyon puanlarının cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir durumuna göre benzer olduğu bildirilmektedir (14). Yine Ağırman ve arkadaşlarının (2017) huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptıkları çalışmada da depresyon puanının cinsiyetler arasında farklılık göstermediğini ifade etmişlerdir (15).

İntiharların boşanmış, dul ve yalnız yaşayan yaşlılarda evlilere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (1, 16). Çalışmamızda intihar düşüncesinin medeni duruma göre farklılık göstermediği görülmüştür.

Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sosyal ve kişilerarası ilişkilerinin artması, böylece sorunların çözümü yolunda sosyal destek oranı artmış olup intihar riskinin de azalma



göstermesi beklenmektedir (1). Bu çalışmada depresyon ve intihar düşüncesinin eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaşlıların umutsuzluk puanlarının demografik özelliklere farklılık göstermediği görülmüştür. Babacan Gümüş ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak yaşlıların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitimleri ve gelir durumlarına göre umutsuzluk durumlarının benzerlik gösterdiği bildirilmektedir (17). Bununla birlikte Özmen çalışmasında (2008) yaş ilerledikçe umut puanlarının düştüğünü, geliri olanların olmayanlara göre umut düzeylerinin yüksek olduğunu ve medeni durumun umutsuzluk toplam puanını etkilemediğini belirtmiştir (18).

Depresif belirtiler ve umutsuzluk duygusunun intihar için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (1). Çalışmamızda depresyon ile intihar düşüncesi arasında pozitif güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak umutsuzluk ile depresyon ve intihar düşüncesi arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışmamıza benzer olarak Özel'in çalışmasında (2007) yaşlıların %39.2'sinde ölme isteğinin olduğu, ancak intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranlarının %1.5 ve % 4.6 oranında olduğu bildirilmiştir (19). Ölme isteğinin yüksek olmasına rağmen intihar düşüncesi ve intihar girişiminin düşük oranda kalması güçlü aile bağları, dini ve kültürel faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Ancak çalışmamız umutsuzluk ile intihar düşüncesi ve depresyon arasındaki negatif ilişkiyi açıklayabilecek dizaynda değildir. Bu ilişkiyi açıklayabilecek nitel çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bireylerin kendi sağlıklarını algılayış biçimleri durumlarını kabullenmelerini ve baş etmelerini ya da duygusal olarak zorlanmalarını etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlığını kötü olarak değerlendiren bireylerde depresyon oranı yüksek bulunmuştur (14, 16). Bu çalışmada da sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren yaşlıların umutsuzluk puanları düşük, depresyon ve intihar düşüncesi puanları yüksektir. Bu durum bireylerin durumlarıyla baş etmede ciddi derecede zorlandıklarını düşündürmektedir.

Bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının olması depresyon ya da umutsuzluk için bir risk faktörü olarak sunulmaktadır. Çalışmamızda yaşlı bireylerin %68.4'ünün iki veya daha fazla kronik hastalığı bulunmakta ancak kronik hastalık sayısı ile umutsuzluk, depresyon ya da intihar düşüncesi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 1).

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan yaşlılarda depresyon, umutsuzluk ve intihar düşünce düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Umutsuzluk, depresyon ve intihar düşüncesi puan ortalamaları demografik değişkenlere göre farklılık göstermemektedir. Umutsuzluk ile depresyon ve intihar düşüncesi arasında negatif, depresyon ile intihar düşüncesi arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; evde bakım programlarında yaşlıların fizik bakım ihtiyaçlarının yanında depresyon, umutsuzluk ve intihar

düşüncesi gibi ruhsal bakım ihtiyaçlarına da dikkat çekilmesi, umutsuzluk, depresyon, intihar düşüncesi arasındaki ilişkiyi inceleyen kalitatif çalışmaların yapılması önerilebilir.

## Kaynaklar

1. Aslan M, Hocoğlu Ç. Yaşlılarda intihar davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014; 6(3): 294-309
2. WHO Information FactSheet. Populationageing-a publichealth challenge, Number 135, September 1998  
<http://www.nzdl.org/gsdmod?e=d-00000-00---off-0cdl--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-en-50---20-about---00-0-1-00-0--4---0-0-11-10-OutfZz-8-00&a=d&cl=CL1.242&d=HASHf1d1ff7392e6b9482edd6e.2,> .( Erişim tarihi: 10.09.2015.)
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>. ( Erişim tarihi: 10.09.2015.)
4. Tamam L, Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi* 2001; 1:50-60
5. Aydın İ, İşleyen S. Huzurevinde kalan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin umutsuzluk düzeylerine etkisi. *Atatürk Üniv. HYO Dergisi* 2004; 7: 19-25
6. Batıgün D.S. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: Öfke/saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. *Kriz Dergisi* 2004;12: 49-61.
7. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism. The hopelessnessscale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-865.
8. Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1994; 2(2): 311-319
9. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *J Psychiat Res* 1983; 17:37-49
10. Ertan T. Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeğinin 60 Yaş Üzeri Türk Populasyonunda Geçerlik Güvenilirlik Çalışması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 1996. 21.
11. Linehan M, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and Social Desirability, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981; 49: 773-775. 55
12. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T. İntihar Düşüncesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 1995, İstanbul.
13. Öz F. Yaşamın son evresi: yaşlılık psikososyal açıdan gözden geçirme. *Kriz Dergisi* 2002; 10(2): 17-28
14. Karakuş A, Süzek H, Atay MA. Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi* 2003; 11: 39-51
15. Ağırman E, Gençer M Z, Arıca S, Kaya E, Eğici M T. Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. *J CONTEMP MED* 2017; 7(3): 234-240
16. Keskinoğlu P, Pıçakçefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Derg* 2006;16(1):21-26
17. Babacan Gümüş A, Özgür G, Yıldırım S. Huzurevinde yaşayan yaşlıların umutsuzluk düzeyleri ve etki eden faktörler. *Ege Üniversitesi HYO Dergisi* 2007; 23 (2) : 105-116
18. Özmen Ş. Yaşlılarda Umutsuzluk. *DEÜ Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008; 23: 136-151
19. Özel E T, Yolaç Y A, Ekinci S, Sorgun M, Turan E D. Bir geropsikiyatri polikliniğine başvuran depresyonlu yaşlılarda intihar davranışının incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2007; 10: 57-60.

## Sözel 34 (TAM METİN)

# GÖÇ EDEN BİREYLERİN YAŞADIKLARI SAĞLIK SORUNLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

## Health Problems Of Migrants And Nursing Approaches

Öğr. Gör. Remziye Cici\*, Öğr. Gör. Zehra AYDIN\*

\*Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

### ÖZET

Göç, bireylerin yaşantılarını geçirmek için, bir yerleşim bölgesinden başka bir yerleşim bölgesine yaptıkları değişim süreci olarak tanımlanmaktadır. Türkiye, coğrafi konumu itibarıyla fazla göç alan ve göçmenlere kapılarını açan bir ülkedir. Bundan dolayı Türkiye'deki göçmen sayısı 2017 yılında 3.2 milyonu aşmış durumdadır.

Göç ile birden ve seri bir şekilde çevre değişimi oluşmakta, bu durum da dil, din, ırk, gelenek ve kültür gibi pek çok açıdan birbirinden farklı geçmişlere sahip bireyler aynı ortamda yaşamak zorunda bırakılmaktadır. Bu hızlı değişim her açıdan toplumu etkilemekle birlikte, özellikle sağlık alanında önemli bir etki yaratmaktadır.

Göç eden bireylerde; barınma, temiz su ve besin bulma bunlara bağlı olarak da birçok sağlık sorunu görülmektedir. Göç eden bireyler ve göç alan toplumlarda, özellikle bulaşıcı hastalıklar sık karşılaşılan sağlık sorunları arasındadır. Ayrıca şiddet ve istismara maruz kalma oranının fazla olduğu ve buna bağlı fiziksel ve duygusal yaralanmaların olduğu bildirilmektedir.

Uluslararası Göç Örgütü, göç eden bireylerin sağlığını, öncelikli konular arasına almaktadır. Bu noktada hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu bağlamda hemşirelerin, göç eden bireylerin; biyolojik, psikolojik, çevresel, sosyo-kültürel değişkenlerini, yaşam şekillerini, sağlık davranışlarını ve inançlarını öğrenerek bütüncül yaklaşımları gerekmektedir. Ayrıca göç eden bireyler; riskli grup olarak kabul edilmeli, sağlık ve sağlık sorunları değerlendirilerek gerekli tedavi ve bakımlar uygulanmalıdır

**Anahtar kelimeler:** göç, göç eden birey, sağlık, hemşire

### ABSTRACT

Migration is defined as the process of resettlement of the individuals from one place to another. Turkey, due to its geographical location, is a country that opens its doors to more immigrants. Therefore, the number of refugees in Turkey has exceeded 3.2 million in 2017.

With migration, environmental change occurs suddenly and swiftly, which means that individuals with different backgrounds in many ways like language, religion, race, tradition and culture have to live in the same environment. This rapid change not only affects society at all costs, but also has a significant impact on health-care.

Many health problems can be seen in immigrant due to lack of accommodation, clean water and food. Communicable diseases are among the common health problems especially in migrating and migrant-receiving communities. It is also reported that the exposure to violence and abuse is high and physical and emotional injuries are correspondingly associated with it.

The International Organization for Migration is placing priority on the health of migrants. At this point, nurses have important responsibilities. In this context, nurses should follow a holistic approach, learning migrants' biological, psychological, environmental, socio-cultural variables, lifestyle, health behaviors and beliefs. In addition, migrants should be considered as risky groups, their health problems should be evaluated and necessary treatment, and care should be applied.

**Keywords:** migration, immigrant individual, health, nurse

## Sözel 34 (TAM METİN)

### GÖÇ EDEN BİREYLERİN YAŞADIKLARI SAĞLIK SORUNLARI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

#### Health Problems Of Migrants And Nursing Approaches

Öğr. Gör. Remziye Cici\*, Öğr. Gör. Zehra AYDIN\*

\*Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Göç, Uluslararası Göç Örgütü (IOM) tarafından, bireylerin uluslararası sınırları ya da ülke içindeki sınırları; süresi, nedeni ve şekli ne olursa olsun geçme hareketi olarak tanımlanmaktadır (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) ise göçü, bireylerin yaşantılarını geçirmek için kalıcı veya geçici olarak bir yerleşim bölgesinden başka bir yerleşim bölgesine yaptıkları değişim süreci olarak tanımlamaktadır (2). Başka bir tanımda da göç; ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi nedenlerle insanların buldukları yaşam alanlarını terk edip başka yaşam alanlarına geçmeleri olarak ifade edilmektedir (3).

İnsanlık tarihinin başlangıcından beri var olan göç olgusu, bazı nedenlerden dolayı artmakta ve daha çok bireyi etkilemektedir. Özellikle soğuk savaş döneminin bitmesiyle hızlanan siyasi çözümler, rejim değişiklikleri, etnik grup çatışmaları, iç savaşlar, ülke işgalleri, insan hakları ihlalleri, ayrımcılıklar, istihdam olanaklarının eksikliği ve yoksulluk gibi olaylar, zorunlu insan hareketliliğinin yani göçün artmasına neden olmuştur (4,5).

Göç sürecinde göç eden bireyler, göçe neden olan etkenler ve gittikleri ülkelerde sahip oldukları haklar doğrultusunda göçmen, mülteci ve sığınmacı gibi farklı kavramlarla tanımlanmaktadırlar. Bu doğrultuda bu kavramların tanımları yapılacak olursa;

Göçmen, ekonomik ve kültürel nedenlerden dolayı veya daha iyi bir yaşam beklentisi nedeniyle, ülkesini terk ederek başka bir ülkeye yerleşen kişiye denilmektedir (6).

Mülteci; dini, dili, ırkı, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncesi nedeniyle zulme uğrayacağından, korktuğu için vatandaşı olduğu ülkeden başka bir ülkeye giden ve ülkesine dönemeyen veya dönmek istemeyen kişilere denilmektedir (6,7).

Sığınmacı ise; mülteci olarak uluslararası koruma arayan, mülteci statüsü almaya yönelik başvurularının hükümet ya da Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) tarafından karara bağlanmasını bekleyen kişilere denmektedir (7).

Özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren göçlerin artmasıyla göç eden bireylerin sayısında hızlı bir artış gözlenmeye başlamıştır (8). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) tarafından 2015 yılının sonunda yayınlanan raporda dünyada zorunlu olarak göç eden kişi sayısının 65 milyonun üzerinde olduğu ve 20,2 milyon kişinin savaş ve

işkenceler nedeniyle göç ettiği raporlanmıştır (9). Sadece 2017 yılının ilk yarısında savaş ve işkenceler nedeniyle göç eden kişi sayısının 1.3 milyon olduğu ve bunların %55'inin Güney Sudan, Afganistan ve Suriye'den olduğu belirtilmektedir (10).

Birleşmiş Milletler verilerine göre bu hızlı artış devam ederse, dünyada göç eden birey sayısının 2050 yılında 405 milyona ulaşması beklenmektedir (8).

Ülkemiz ise, coğrafi konumu itibariyle fazla göç alan ve göç eden bireylere kapılarını açan, ihtiyaç duyanları koruma altına alan bir ülkedir (8). Türkiye'nin komşu ülkelerinde meydana gelen siyasi gelişmeler, doğudaki sınırların kontrolünün zor olması ve sahil kıyılarının geçişe uygunluğu Türkiye'yi göç eden bireyler için cazip hale getirmiş ve ülkemiz göç eden bireylerin geçiş güzergahı haline gelmiştir. 2011 yılından itibaren 12,5 milyonu aşkın Suriyeli ülkelerinden ayrılarak Lübnan, Ürdün ve Türkiye'ye sığınmıştır (11). Kısa süre içerisinde milyonlarca insanın ülke dışına göç etmesi ülkemizi büyük ölçüde etkilemiş ve en çok göç alan ülke olan Türkiye'deki göç eden birey sayısı 2017 yılında yaklaşık 3.2 milyonu aşmıştır (10). Türkiye'ye göç eden sayısındaki büyük artış, göçün etki alanını genişlettiği gibi göçün etkisinin derinleşmesine de neden olmuştur.

### **Göçün Sağlık Üzerindeki Etkileri**

Göç ile birden bire ve seri bir şekilde çevre değişimi oluşmakta (12), bu durumda da dil, din, ırk, gelenek, görenek ve kültür gibi pek çok açıdan birbirinden farklı geçmişlere sahip bireyler aynı ortamda yaşamak zorunda kalmaktadır (13). Bu hızlı değişim fiziksel, sosyal, kültürel vb. birçok açıdan toplumu etkilemekle birlikte, özellikle sağlık alanında önemli bir etki yaratmaktadır (12).

Göç sürecinde, göç eden bireyler; barınma, beslenme, kişisel hijyen, iş bulma, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve eğitim gibi konularda sorunlar yaşamaktadırlar (14,15).

Göç eden bireyler için önemli bir unsur olan barınma, barınmaya dair uygun şartlar sağlanamadığında karşımıza sorun olarak çıkmaktadır. Barınma ile ilgili sorunları azaltabilmek için ülkeler, göç eden bireylerin uygun şartlarda yaşayabilmelerini sağlayacak yaşam alanları, yani kamplar kurmaktadır. Ancak bu kamplara, göç eden bireylerin sadece %10'luk bir kesimi yerleştirilebilmekte ve bu kesim düzenli sağlık hizmeti alabilmektedir (16,17). Düzenli sağlık hizmeti almalarına rağmen kamplarda yaşayan bireylerde de hipotermi, yanıklar ve gastrointestinal sistem hastalıkları gibi sağlık sorunları görülebilmektedir (18).

Kamp alanı dışında yaşayan bireyler ise sık adres değiştirmek zorunda kalmakta ve plansız yerleşim yerlerinin oluşmasına neden olmaktadır. Plansız yerleşim yerleri nedeniyle, bu bireyler sisteme kayıt edilememekte ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Bu

durum sağlık taramaları, aşılama gibi sağlık hizmetlerinin aksamasına ve bulaşıcı hastalıkların artmasına neden olmakta hatta salgınların oluşmasını artırmaktadır (16).

Barınmaya dair diğer sorunlar ise; soğuk, ıslak, nemli alanlarda yaşam ve yetersiz sanitasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum bu alanlarda yaşayan bireyler için sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (14, 15, 16,18). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, göç eden bireylerin barınma ile ilgili karşılaşılabilecekleri sağlık sorunları gastrointestinal sistem hastalıkları, üst solunum yolu rahatsızlıkları ve uyuz, döküntü gibi cilt sorunlarıdır (18).

Özellikle göç eden bireylerin yaşadıkları olumsuz yaşam koşulları ve ekonomik sorunlar yeterli ve dengeli beslenememelerine neden olmaktadır. Bu nedenle bu bireylerde beslenme bozuklukları, büyüme-gelişme gerilikleri ve anemi görülme oranı artmaktadır (18,19). Özellikle küçük yaşta çocuklar, kadınlar, gebeler ve yaşlılar bu durumdan daha fazla etkilenmektedir ve bu durum morbidite ve mortalite oranı artırmaktadır (16,17).

Bu yaşam koşulları kronik hastalıklar açısından da göç eden bireyleri etkilemektedir. Göç bir taraftan yeni hastalıkların çıkmasına zemin hazırlarken diğer taraftan da mevcut hastalıkların iyileşme sürecini olumsuz etkilemekte hastalığın seyrini kötüleştirebilmektedir (20,21). Göçün diyabet ve kanserlere zemin hazırladığı, solunum sistemi hastalıkları, kalp hastalıkları ve hipertansiyonda artışa neden olduğu bildirilmektedir (20,21,22).

Göç eden bireyler bu fiziksel sorunların yanı sıra psikososyal sorunlar da yaşamaktadırlar. Olumsuz yaşam koşulları, travma deneyimleri, sosyal rolleri ve eski çevreleri ile ilişkilerinin kesintiye uğraması, gelecek ile ilgili kaygı yaşamaları, aile ve diğer toplum üyelerinden ayrı kalma gibi olumsuz durumlar, bu bireylerin duygusal travma ve yoğun stres yaşamasına sebep olmaktadır. Bütün bu sorunlar ile beraber kültürel çatışmalar ile aile içi şiddet olguları, depresyon, anksiyete, post travmatik stres bozukluğu ve içe kapanıklık gibi ruhsal sorunlarda da artışlar olmaktadır. Bu bireyler bu olumsuz durumlarla baş etmede yetersiz kaldıkları için ilaç kullanım, alkol ve madde bağımlılığı oranlarında artmalar görülmektedir (14,15, 16, 17, 19, 22, 23, 24).

Tüm boyutları ile göç olgusu ve göç eden bireyler ele alındığında bütün bu sorunların yanı sıra göç eden bireylerin sağlık hizmetine ulaşımı ve sağlık bakım hizmeti alımı noktasında, sağlık bakım ekipleri ve sağlık sisteminin yetersiz kalmasından dolayı çeşitli sorunlar görülebilmektedir (16,17). Bu sorunlar şöyle sıralanabilir;

- Göç eden hastalar sağlık sigortalarının olmaması nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuramamakta ve gerekli tedavi ve bakımı alamamaktadırlar (4,16, 22).
- Göç eden bireylerin kaldıkları ülkenin sağlık sistemini bilmemeleri sağlık hizmeti alımında sorun teşkil etmektedir (23) . Bununla birlikte sağlık çalışanlarının göç eden

hastaların yasal hakları ve özel gereksinimleri konusunda bilinçsiz ve duyarsız olmaları da sorunlar arasındadır (17).

- Dil ve kültür farkı nedeniyle etkili iletişimin olmaması en sık karşılaşılan sorunlardan biridir (3, 23, 24). Bununla beraber tercümanlık hizmetlerinin yeterli olmaması ve ya tercümanların dil konusunda yeterli olmaması da sağlık kurumlarında karşılaşılan ve göç eden bireyler ile iletişim sorunlarına neden olan unsurlardan biridir (23).
- İletişim kurmaya çalışmak için zaman harcanması veya tercüman sayısının yeterli olmaması nedeniyle tercümanın gelmesinin zaman alması da göç eden bireylere sağlık hizmetinin gecikmesini sağlamakta ve sağlık hizmeti sunmaya çalışan personelin de zamanının boşa harcanmasına neden olmaktadır (3,23).
- Göç eden bireylerin sağlık çalışanlarına karşı ve sağlık çalışanlarının bu bireylere karşı ön yargılı olmaları kaliteli sağlık hizmetinin verilmesine engel teşkil etmektedir (23).
- Göç eden hastaların kültürlerinin bilinmemesi veya hastaların bireyselliğinin dikkate alınmayıp aynı kültüre sahip olan her hastanın aynı davranışı göstermesinin beklenmesi (stereotip davranış) hastanın etkili tedavi ve bakımı almasını engellemektedir (17, 24).
- Göç eden bireylerin, kültürleri nedeniyle karşı cinsteki tercümanlara veya sağlık çalışanlarına sorunlarını tam olarak anlatamamaları bu bireylerin eksik yada yanlış tedavi ve bakım almalarına neden olmaktadır (23).
- Sağlık çalışanlarının, klinik uygulamalarında kültür farklılığı nedeniyle hatalar yapmaları halinde bunun ırkçılık olarak algılanmasından ve ırkçılık ile suçlanmaktan korkmaları da bakımı olumsuz etkilemektedir (23).

### **Hemşirelik Yaklaşımları**

Göç sürecinde yaşanan bu sorunlar, göç eden bireylerin sağlıklı yaşama ve sağlıktan sapma durumlarında hizmet alma hakkına engel teşkil edebilmektedir. Oysaki İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde; her bireyin, gerek kendisi gerekse ailesi için, yeme, içme, barınma, giyim, tıbbi bakım alma, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesi hakkı olduğu bildirilmektedir (25). Göç nedeniyle yaşanan bu sorunlar bireylerin en temel hakkı olan yaşam hakkı ve buna bağlı olarak da sağlık haklarının ihlal edilmesine gerekçe olmamalıdır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına, özellikle de bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunma ve geliştirilmesini amaç haline getirmiş hemşirelere, bu bireylerin sağlık haklarının korunmasında ve sürdürülmesinde büyük sorumluluklar düşmektedir. Ayrıca bu bireylere sağlık hizmeti verirken hemşirelerin ana hedef haline getirdikleri bütüncül yaklaşım felsefesi ile hareket etmeleri gerekmektedir (12, 26). Bu amaç ve hedefler doğrultusunda, göç eden bireylerin sağlığını etkileyebilecek biyolojik, çevresel ve

kültürel faktörler dikkate alınarak bu bireylerin sahip oldukları sosyo-kültürel değerleri doğrultusunda yaşam şekilleri, sağlık davranışları ve inançları göz ardı edilmeden bütüncül bir yaklaşım ile hizmet verilmelidir (12)

Göç eden bireylerin barınma, beslenme, kişisel hijyen ve sanitasyon nedeniyle yaşadıkları sağlık sorunlarının çözümü için gerekli kurumlar ile iletişime geçilerek multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Bu yaklaşım ile sağlık taramaları yapılmalı, hastalıkların teşhisi ve ücretsiz tedavisi için olanaklar artırılmalıdır. Bütün bunlar yapılırken din, dil, ırk, cinsiyet, sosyal sınıf, politik eğilim ne olursa olsun ayırım yapılmadan, bütüncül yaklaşım felsefesi ile hareket edilmelidir (17, 22).

Özellikle hizmet verilirken, sağlık sistemi politikaları yasası ve düzenlemelerine uygun olarak, kayıtlar tutulmalı ve bireyin ihtiyaçlarına yönelik bakım hizmetleri verilmelidir. Sağlık kurumlarına başvuruda yaşanan sorunlar ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğine engel durumlar tespit edilerek, bireylerin sağlık hizmetini kaliteli bir şekilde almaları sağlanmalıdır. Ayrıca kurumlar aracılığı ile olumlu sağlık davranışları geliştirebilmek için belirli aralıklar ile eğitimler verilmelidir (17,27).

Bu bireylere hizmet verilirken genellikle fizyolojik ihtiyaçlar ön planda tutulur, psikolojik ve sosyal yönden duydukları ihtiyaçlar ise hep göz ardı edilmektedir. Oysaki DSÖ, sağlığı tanımlarken sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu bağlamda, kişilerin bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak herhangi bir sorun karşısında, bireylerin başa çıkma mekanizmaları, zayıf-güçlü yönleri belirlenmeli, uzmanlar eşliğinde planlanan destek programları ile etkin başa çıkma yöntemleri kullanılarak sorunlar çözülmeye çalışılmalıdır (22, 28, 29).

Tüm bunların yanı sıra bu planlanan bakım ve tedavi hizmetlerinin kaliteli bir şekilde verilebilmesi için en önemli öge dil yani iletişimdir. Dil sorunlarını çözebilmek için göç eden bireylerin yoğun olarak yaşadıkları yerlerdeki sağlık kurumlarında yeterli sayıda tercüman istihdamı yapılmalıdır. Tercümanlar tarafından dili yetersiz olan hastalara dil yardımı sağlanmalı, sık karşılaşılan grupları temsil eden dilde kolaylıkla anlaşılabilir, hasta ve hastane ile ilişkili materyal ve yönlendirme tabelaları bulunmalıdır (17, 29 ).

Gün geçtikçe daha çok insanı etkileyen göç her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Göç eden bireyler, olumsuz yaşam koşulları, yasal düzenlemelerdeki eksikliklerden dolayı her açıdan olumsuz etkilenmektedirler. Bireylerin sağlık ve bakım ihtiyaçlarını gidermeyi kendine felsefe edinmiş hemşirelere, bu konuda büyük sorumluluk düşmektedir. Bu neden ile göç eden bireyler hemşireler tarafından riskli grup olarak alınmalı gerekli tedavi ve koruyucu önlemler alınarak ve eğitimler verilmelidir.



## Kaynaklar

1. IOM. (2017). “Migration” Erişim Adresi: <https://www.iom.int/key-migration-terms#Migration> Erişim Tarihi: 11.09.2018
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). *2000 Genel Nüfus Sayımı Göç İstatistikleri*. Ankara: TÜİK Matbaası, 2005
3. Yardan ED, Us NC, Yardan T. Göçmen hastalar ile aile hekimliği personeli arasındaki iletişim. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 1(2):83-92.
4. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Management and Healthcare Policy-deve press*, 2015; 8: 175–183.
5. Kartal B, Başçı E. Türkiye’ye yönelik mülteci ve sığınmacı hareketleri. *Celal Bayar University Journal of Social Sciences/Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2014;12 (2):275-299.
6. UN4 Refugees Migrants, Refugees and Migrants  
Erişim Adresi: <https://refugeesmigrants.un.org/definitions> Erişim Tarihi: 14.09.2018
7. Türk Kızılay’ı Göç ve Mülteci Hizmetleri Müdürlüğü 2017 Yılı Göç İstatistik Raporu. (2017). Erişim Adresi: [https://www.kizilay.org.tr/Upload/Dokuman/Dosya/38492657\\_2017-yili-goc-istatistik-raporu-ocak-2018.pdf](https://www.kizilay.org.tr/Upload/Dokuman/Dosya/38492657_2017-yili-goc-istatistik-raporu-ocak-2018.pdf) Erişim Tarihi: 13.09.2018
8. Türkiye Göç Raporu. (2016).  
Erişim Adresi: [http://www.goc.gov.tr/files/files/2016\\_goc\\_raporu\\_.pdf](http://www.goc.gov.tr/files/files/2016_goc_raporu_.pdf) Erişim Tarihi: 13.09.2018
9. UNHCR. (2015). UNHCR Mid-Year Trends 2015: United Nations High Commissioner for Refugees: The UN Refugee Agency  
Erişim Adresi: <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/56701b969/mid-year-trends-june-2015.html>  
Erişim Tarihi: 11.09.2018
10. UNHCR.(2017). Mid-Year Trends 2017. The UN Refugee Agency  
Erişim Adresi: <http://www.unhcr.org/uk/statistics/unhcrstats/5aaa4fd27/mid-year-trends-june-2017.html>  
Erişim Tarihi: 14.09.2018
11. Connor P, Krogstad JM. Key facts about the world’s refugees. (2016).  
Erişim Adresi: <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/10/05/key-factsabout-the-worlds-refugees/>  
Erişim Tarihi: 12.09.2018
12. Topçu S, Beşer A. Göç ve sağlık. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10 (3): 37-42
13. Aksoy Z. Uluslararası göç ve kültürlerarası iletişim. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2012; 5(20):292-303
14. Erten ZK, Zincir H, Özen B, Dinç S, Seviğ Ü, Özkan F. Göçle gelen ailelerin sağlıkla ilgili bazı davranış ve görüşlerinin saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014; 1(3):35–46.
15. İldam Çalım S, Kavlak O, Sevil Ü. Evrensel bir sorun: göç eden kadınların sağlığı ve sağlık hizmetlerinde yaşanan dil engeli. *Sağlık ve Toplum*, 2012; 22(2):11-9..
16. Baş M, Molu B, Tuna Hİ, Baş İ. Göç eden ailelerin sosyo- kültürel ve ekonomik değişiminin kadın ve çocuk yaşamına etkisi, *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2017; 6(3):1680-1693.
17. Beşer A, Tekkaş Kerman K. Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımdaki engeller. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2017; 3(3):143-148.
18. WHO. (2016). Promoting the health of migrants: Report by The Secreteriat. Sixty-ninth World Health Assembly: World Health Organization; Erişim Tarihi: 10.09.2018
19. Deniz A, Yıldırım Y. Göçün başka bir boyutu: Kronik hastalıklar. *Archives Medical Review Journal*, 2018; 261-273.
20. Yavuz Ö. Afetler Sonrası Yapılan Sosyal Yardımlar ve Hizmetler. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık. 2014.
21. Yavuz Ö. Türkiye’deki Suriyeli mültecilere yapılan sağlık yardımlarının yasal ve etik temelleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2015;12(30):265-280.
22. Gümüş Y, Bilgili N. Göçün sağlık üzerinde etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;18(1):63-67
23. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Phusit Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers’ lens. *BMC Health Services Research*, 2015; 15:390.
24. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y, Holdsworth M, Salami B, Rammohan A, Yat-Nork Chung R, Padmadas S S, Krafft T. Interventions to improve immigrant health. A scoping review. *European Journal of Public Health*, 2017; 27(39): 433-439.
25. UNICEF Türkiye, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Erişim Adresi: [https://www.unicef.org/turkey/udhr/\\_gi17.html](https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html)  
Erişim Tarihi: 13.09.2018
26. Şentürk SE. Meslek olarak hemşirelik ve hemşirelikte etik ilkeler, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013: 194.

27. Amine Deniz A, Yasemin Yıldırım Y. Göçün Başka Bir Boyutu: Kronik Hastalıklar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2018; 27(3):261-273
28. WHO. Definition of health. Erişim Adresi: <http://www.who.int/>  
Erişim Tarihi: 13.09.2018
29. Akkoç S, Tok M, Hasırıpı A. Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2017; 4(1): 23-27.

## Sözel 35 (ÖZET)

### EBEVEYNLERİN İSTİSMAR FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

#### A Study on The Determination of The Abuse of The Parental Awareness of The Parents

Dr. Öğr. Üyesi Rumeysa AKGÜN\*, Dr. Öğr. Üyesi Hüsamettin ÇETİN\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

#### ÖZET

Çocuk istismarı kavramına ortak bir tanım getirilmesi, farklı bilim dallarının araştırma konusunu olması nedeniyle oldukça zor olmuştur. Her bilim dalı istismarın farklı boyutlarına odaklanmış ve kendi alanları doğrultusunda tanımlamalar yapmıştır. Tanıma ilişkin sorunlar, konunun disiplinler arası özelliğinden kaynaklandığı gibi toplumsal ve kültürel değerlere de bağlanmaktadır. Özellikle kültürel farklılıklar çocuk istismarını tanımlamayı daha da güçleştirmektedir. Bir toplumda çocuğa karşı yapılan davranışların çocuk istismarı ve ihmali olarak algılanıp algılanmayacağı, toplumda bulunan bireylerin değerleri, inançları, benimsedikleri toplumsal normlar, çocuk gelişimi ile ilgili bilgileri, disiplin yöntemleri ve aile ilişkileri gibi etkenler tarafından belirlenebilmektedir (Kempe, Silverman ve ark., 1962; Slep ve O'Leary, 2001).

En genel tanımıyla çocuk istismarı çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan zarar görmesi, çocuğa yönelik tekrarlanan kötü davranışlar, kötü muameleye uğrama anlamlarında kullanılmaktadır (Arı, Bilir ve ark 1991). Yapılan araştırmalar çocuk istismarını büyük oranda çocuğun ailesi içinden, tanıdığı kişiler veya yakın akrabaları tarafından gerçekleştirildiğini göstermektedir. Bu nedenle ailenin özellikle çocuğun bakımını üstlenen kişilerin bu istismar durumunun farkında olması, hangi durumların istismara girdiğini bilmesi gerekir.

Bu amaçla 4-6 yaş grubu okul öncesi çocukların ailelerinin istismar farkındalık durumlarını belirlemek için Pekdoğan (2017) tarafından geliştirilen Ebeveyn istismar farkındalık ölçeği bağımsız anaokullarında çocukları eğitim gören ebeveynlere uygulanacaktır. Araştırmanın sonuçları veriler toplandıktan sonra değerlendirilecektir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk istismarı, Ebeveyn istismar farkındalığı, Okul öncesi çocukları.

#### ABSTRACT

A common definition of the concept of child abuse has been difficult because of the research subject of different disciplines. Each discipline has different dimensions of abuse and focused on their own fields. Problems related to recognition are connected to social and cultural values as well as the interdisciplinary feature of the subject. Especially cultural differences are becoming more difficult to define child abuse. Whether a child is perceived as child abuse and negligence in a society can be determined by factors such as the values, beliefs, social norms that they adopt, information about child development, disciplinary methods and family relations (Kempe, Silverman et al., 1962; Slep and O'Leary, 2001).

In the most general definition, child abuse is used in terms of physical, emotional and sexual harm of the child, repetitive maltreatment towards child, and maltreatment (Arı, Bilir and ark 1991). Research shows that child abuse is mostly carried out by the child's family, by the people or by close relatives. For this reason, the family, especially the children who are responsible for the care of the child should be aware of this abuse situation, which situations should be aware of the abuse.

For this purpose, Parental abuse awareness scale developed by Pekdoğan (2017) will be applied to parents who have been educated in independent kindergartens. The results of the study will be evaluated after the data is collected.

**Key words:** Child abuse, Parent abuse awareness, Preschool children.

## Sözel 36 (ÖZET)

# OKUL ÖNCESİ CİNSEL EĞİTİME YÖNELİK EBEVEYNLERİN BİLGİ VE TUTUMLARI

## Parents' Knowledge and Attitudes about Preschool Sex Education

Dr. Öğr. Üyesi Ümran ÇEVİK GÜNER\*, Doktora Öğrencisi Sare AKTAŞ\*\*

\*Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

\*\*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

### ÖZET

**Giriş:** Cinsel eğitim, okul öncesi dönemin en zor ve en hassas eğitimlerinden biridir. Cinsel eğitimde anne-babaların sorumluluğu büyüktür. Bu çalışma, ebeveynlerin cinsiyet eğitime yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışmanın örneklemini sosyoekonomik çevre özelliklerine göre belirlenmiş üç düzey anaokulunda çocuğu olan ve gönüllü 320 ebeveyn oluşturmuştur. Çalışma verileri, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, cinsel eğitim bilgi ve tutumlarını içeren anket formu ile Ocak-Mart 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler SPSS 17.0 programı ile yüzdelik oranları, Ki-kare analizleri ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Ebeveynlerin %67.2'si cinsel eğitim tanımını, %29.4'ü ise cinsel eğitime başlama yaşını doğru olarak bildikleri saptanmıştır. Cinsel eğitimin verilme oranının %41.9 olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin %45.3'ü cinsel eğitimle ilgili bilgilerinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynlerin %75.6'sı cinsel konularla ilgili anne yada babaları ile konuşamadıklarını, %70.3'ü çocukların konu ile ilgili soru sorduğunda cevaplamaya çalıştığını ve %86.9'unun soruları cevaplarırken rahatlık-doğallık hissettiklerini belirtmişlerdir. Çocukların karşı cinsleri ile ve kendilerinden yaşça büyük birileri ile yaşadıkları cinsel konularla ilgili olumsuz olayları ebeveynlerine anlatma durumunun sırasıyla %5.9 ve %4.1 olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin %65.9'u karşı cinsle ilgili yaşanan olaylar karşısında bazen sessiz kaldığını, kendinden yaşça büyük birileri ile yaşanan olayla karşısında %30.7'si polise haber verdiğini ifade etmiştir. Cinsel eğitim tanımını ve cinsel eğitime başlama yaşını bilme durumunun, ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, okul profili, aile yapısı, çocuk sayısı ile, cinsel eğitim konusunda kendilerini yeterli bulma ve cinsiyetle ilgili beklenti duyma durumunun, ebeveynlerin yaşı, eğitimi, mesleği, okul profili, çocuk sayısı ile, ailede cinsel eğitim verme ve çocuğun sorularını cevaplama durumunun ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, okul profili, aile yapısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** Ebeveynlerin cinsel eğitim konusunda yeterli bilgi ve uygulamaya sahip olmadıkları ve çoğunun kendilerini yeterli görmedikleri belirlendi. Çocukların sorularının yeterli bilgi ve donanımla cevaplanması, yaşanabilecek olumsuz olaylar karşısında daha bilinçli ebeveynlerin bulunması açısından anaokullarında

### ABSTRACT

**Introduction:** Sex education is one of the most difficult and delicate educations during the preschool period. Parents have a great responsibility in sexual education. This study was carried out to evaluate parents' knowledge and attitudes towards sex education.

**Materials and Methods:** The sampling of this descriptive study consisted of 320 volunteering parents who had children in nursery schools of three different levels identified according to the socioeconomic environmental characteristics. The study data were collected between January and March 2016 using a questionnaire including parents' socio-demographic characteristics and knowledge and attitudes about sex education. The data were analyzed on SPSS 17.0 software package using percentage and Chi-square analyses.

**Results:** It was determined that 67.2% of the parents knew the definition of sex education and 29.4% the age of starting sex education correctly. The rate of sex education already given was found to be 41.9%. 45.3% of the parents stated that their knowledge about sex education was sufficient. 75.6% of parents stated that they could not speak with their parents about sex issues, 70.3% said that they tried to answer their children's questions on sex, and 86.9% stated that they felt comfortable and natural when they answered the questions. It was determined that the rate of children's reporting sex-related issues which involved opposite-sex peers and individuals older than the child to their parents was 5.9% and 4.1%, respectively. 65.9% of the parents stated that they sometimes kept silent in events related to the opposite sex, and 30.7% reported that they informed the police when the case involved older individuals. It was found that the state of knowing the definition of sex education and the age of starting sex education had correlations with parents' age, education level and job, the profile of the school, family structure, and the number of children; finding themselves adequate about sex education and having expectations about sex education were correlated with the parents' age, education and job, the profile of the school, and the number of children; and the state of giving sex education in the family and answering the child's sex-related questions had correlations with the parents' age, level of education, job, the profile of the school, and family structure.

**Conclusion:** It was determined that the parents did not have adequate knowledge and practices on sex education and that most parent did not consider

cinsel eğitim programlarının rutin olarak uygulanması önerilmektedir.

themselves adequate. It is recommended that sex education programs should be applied routinely in nursery schools so that children's questions can be answered more accurately with sufficient information and equipment and we can make sure that there are more conscious parents in the face of undesirable events.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, ebeveyn, cinsel eğitim

**Keywords:** Child, parent, sex education

## Sözel 37 (TAM METİN)

### ALZAYMIR VE PARKINSON HASTALARINDA DİL KULLANIMI

#### Language Use in Alzheimer and Parkinson Disease

Doç. Dr. Selma ELYILDIRIM

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi

#### ÖZET

Bilişsel fonksiyonların öncelikle azalması ve ilerleyen evrelerde kaybedilmesi şeklinde kendini gösteren Alzaymır (Alzheimer) hastalığı demansın en yaygın şekli olarak değerlendirilir. Beynin normal organizasyonunun bozulup işlevlerini yerine getiremediği bu hastalık genellikle orta yaş üstü ve yaşlı insanlarda görülürken, hastaların unuttuğu şeylerin yakın geçmişten uzağa doğru sıralandığı belirlenmiştir. Bellek kaybının artması sonucu hastalar günlük işlerini yerine getirme ve planlamada zorlanır, iletişim sırasında basit sözcükleri dahi hatırlayamayıp uygun olmayanlarla değiştirebilirler. Ancak, bu hastaların kullandıkları dildeki kalıp yapı, genişleticiler ve düzdeğişmece bildiren sözcüklerin üretiminin hastalıktan çok etkilenmediği anlaşılmıştır.

Parkinson hastalığında ise bazal gangliyanın etkilenmesi sonucu buraya dökülen dopamin azaldığı için motor işlevler olan yürüme, kol hareketleri ve konuşma gibi işlevler aksar. Çoğunlukla ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan hastalığın hızı, seyri ve şiddetine bağlı olarak iletişimde sorunlar yaşanır. Konuşma sırasında kendilerine söyleneni anlayan hastalar, kendilerini ifade ederken zorluk çeker. Alzaymır hastalarının aksine, bazal gangliyanın etkilenmesine bağlı olarak korteks altı hücrelerdeki bozulmalar nedeni ile kalıp yapı üretiminin olumsuz etkilendiği görülür.

Bu çalışmada, alanyazında yer alan çalışmalar dikkate alınarak, Alzaymır ve Parkinson hastalarının yaşadığı iletişim sorunları üzerinde durulurken, bu hastalıkların birbirlerine benzerlikleri ve farklılıkları açıklanmaktadır. Ebeveynler veya birlikte yaşadıkları yakın akrabalarda bu tür bir hastalık bulunanların hastalarla iletişimde ve onların bakımında göz önünde bulundurulması gereken noktalar tartışılmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Alzaymır hastalığı, Parkinson hastalığı, dil bozuklukları, bellek kaybı

#### ABSTRACT

Alzheimer (Alzheimer) disease, which manifests itself as a decrease of cognitive functions and their loss in the following stages, is considered as the most common form of dementia. This disease in which the normal organisation of brain is disrupted and it does not carry out its function properly is generally seen in middle aged and old people. It has been pointed out that the things that the patients forget go from the near past to the distant past. As a result of increased memory loss, patients have difficulty in performing and planning their daily work, they cannot even remember simple words during communication or they can change them with inappropriate ones. However, it has been understood that the production of fixed phrases, expanders and metonymical words in the language these patients use is not affected by the disease.

In Parkinson's disease, motor functions such as walking, arm movements and speech are impaired because of the decrease of dopamine coming to the basal ganglia. There are problems in communication depending on the speed, course and severity of the disease which is mostly seen in the old ages. Patients who understand what is said to them during the conversation have difficulty in expressing themselves. In contrast to patients with Alzheimer's disease, the production of formulaic language is negatively influenced as subcortex cells are disrupted due to the affected basal ganglia.

In this study, considering the earlier studies in the literature, the communication problems of Alzheimer's and Parkinson's patients are discussed and the similarities and differences between these diseases are explained in terms of language use. The points that should be considered by the people whose parents or close relatives live with them and have these diseases are discussed. Furthermore, how they should be taken care of is explained.

**Key words:** Alzheimer's disease, Parkinson's disease, language disorders, memory loss

## Sözel 37 (TAM METİN)

### ALZAYMIR VE PARKINSON HASTALARINDA DİL KULLANIMI

#### Language Use in Alzheimer and Parkinson Disease

Doç. Dr. Selma ELYILDIRIM

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi

#### Giriş

Annie Ernaux annesini anlattığı *Bir Kadın* (1993) adlı romanının sonlarına doğru annesinin Alzaymır oluşu ve yaşadıklarına dair gözlemlerine yer verir. Hastalığın adının konmasından önce yaşanan olaylardan bazılarını şu şekilde anlatır:

Başına bir takım olaylar geldi. Garın peronunda, kalkmış olan bir treni beklediği oluyordu. Alışverişe gittiğinde mağazaları kapanmış buluyordu. Anahtarları durmadan kayboluyordu. La Redoute mağazası ona ısmarladığı şeyleri gönderiyordu. Yvetot'daki hısım akrabasına karşı saldırgan olmuştu, tümünü parasına göz dikmekle suçluyor, artık onlarla görüşmemek istiyordu. ... Öyküsü, dünyada bir yeri olduğu sıradaki öyküsü, sona eriyor. Aklını oynatmıştı. Buna Alzheimer hastalığı diyorlar; doktorların yaşlılığa bağlı bunamanın bir şekline verdikleri ad.

Zaman içinde annesinin hastalığının daha da ilerlediğini evin içinde yolunu kaybettiğini, aradığını bulamadığını, eskimiş ve yıpranmış giysilerle dolaşmaya başladığını, okuduğunu anlamadığını, kendinin ve torununun adlarını, yüzlerini unuttuğunu, altına kaçtırmaya başlayıp kirli çamaşırlarını yastığının altına sakladığını, bir diğer deyişle, her ne kadar kabul etmese de 'küçük bir kız çocuğuna' dönüştüğünü fark eden yazar annesini bir hastaneye yatırır (Ernaux, 1993: 70). Hastanenin geriatri servisine nakledilir. Burayı, Ernaux (1993: 71) şu şekilde tanıtır: "Yaşlılar, ki çoğu kadındı, şöyle bölünmüşlerdi: Birinci katta geçici olarak kabul edilenler, ikinci ve üçüncüde, orada ölünceye dek kalma hakkı olanlar." Orada, altı haftada kaldıktan sonra ise annesini özel bir huzurevine yerleştirir fakat buraya, kendi ifadesi ile, 'pusulayı şaşırılmış' kişileri almadıkları için bir süre sonra yine eski hastaneye getirip ölümüne kadar yerleştirir.

Alzaymır hastalığına ilişkin bu gözlemler romanın takip eden birkaç sayfasında da detaylı bir şekilde sunulmaktadır. Bunlar arasında yer alan önemli bir konu annesinin dil kullanımına ilişkindir. Başkalarının söylediği sözler anlamsız gelmeye, annesi de rastgele yanıtlar vermeye başlar. Dil kullanımına ilişkin benzer gözlemler alanyazında da bulunmaktadır. Alzaymır hastalığında dilin bozuk kullanıldığı ve bu bozuklukların hastalığın ilerlemesi ile daha da arttığı görülmüştür. Bu hastalıkta beyinde nişasta plakları ve nörofibriler yumakların olduğu, şakaklarda ve yan loplarda korteks bozulmalarının gelişmesi ve bunların ön loplara doğru

ilerlemesi ile daha da arttığı anlaşılmıştır. Bu bozulmanın nedeni bilinmemekle birlikte, korteks katmanlarının etkilenmesine bağlı olduğu bilinmektedir. Ancak, hastalığın bazal gangliya ilerleyinceye kadar zarar vermediği belirlenmiştir (Van Lancker Sidtis, 2012).

Parkinson hastalığına gelince, bir sinir iletkeni olan dopaminin orta beyinden bazal gangliya dökülmesi azaldığı için motor işlevler, konuşma, yürüme ve el-kol hareketleri sekteye uğramaktadır. Alzaymır'ın aksine, bazal gangliyanın etkilenmesi çok daha erken bir evrede gerçekleştiğinden, dil üretiminde, özellikle de korteks altı hücrelerin etkisi ile kalıp yapıların üretiminde sorunlar yaşanmaktadır (Rogers, Sidtis, ve Sidtis, 2009, Van Lancker Sidtis, 2012: 71'de aktarılan).

### DeneySEL Çalışmalar

2008 yılında Maclagan, Davis ve Lunsford tarafından yürütülen bir çalışmada Alzaymır hastalarının kalıp yapılar, genişleticiler ve düzdeğişmeceli ifadeleri kullanımı araştırılmıştır. Alzaymır teşhisi konulan kişilerin ürettiği kalıp ifadeler sağlıklı kişilerinki ile kıyaslanmış ve ifadeleri benzer şekilde kullanıldıkları gözler önüne serilmiştir. Çalışmada kullanılan veri Amerikalı hastalardan elde edilen konuşmalardan oluşturulan ve vaka çalışması olarak değerlendirilen dört derlem ile bilişsel bozukluğa sahip kişilerle yapılan konuşma kayıtlarının bir araya getirilmesi ile oluşturulan ve Yeni Zelandalı hastaların konuşmalarını da içeren uzun süreli bir derlemden gelmiştir.

Amerikalı Alzaymır hastalarının konuşmalarının yanı sıra Yeni Zelanda'daki Alzaymır hastalarının konuşmalarının incelendiği çalışmada hastaların konuşmalarının hastalıklarının başında sağlıklı kişilere benzediği, hatta hastalığın ilerleyen safhalarında Alzaymırlı kişilerin kalıp yapıları, genişleticileri ve düzdeğişmeceli ifadeleri tutarlı ve uygun şekilde kullanıp konuşmaya devam ettikleri belirlenmiştir. Araştırmacılar bu durumu örneklemek amacı ile Alzaymır hastalığının son evresindeki bir hastadan alınan konuşma bölümünde geçen ifadeleri sunmuştur (Maclagan, Davis ve Kunsford, 2008: 182):

BD: I will be back next week and we can talk again then?

(Önümüzdeki hafta geri geleceğim ve o zaman tekrar konuşabiliriz?)

LW: Now I can't give you no dates or *nothin' like that* I don't know her schedule.

(Şimdi sana hiçbir tarih veya bunun gibi hiçbir şey veremem onun programını bilmiyorum.)

BD: Well I thought I would call ahead before I came.

(Doğrusu gelmeden ararım diye düşünmüştüm.)

LW: (Au-) that sounds I like *that part* about it.

(Bu konuda bu bölümü sevdim gibi geliyor.)

Bu konuşmada LW olarak kodlanan hasta gün içinde yapacaklarını veya yaşadığı kişilerin programlarını hatırlamamasına rağmen, tümceye yerleştirdiği genişletici 'bunun gibi hiçbir şey ifadesi' (*nothin' like that*) ve aslında tümceye pek de uygun olmayan kalıp yapı ifadesi



'bu bölüm' (*that part*) ile iletişim kurmayı ve sosyal ilişkilerini yürütmeyi başarıyor. Buna benzer bir gözlem Ernaux'un romanında annesinin oluşturduğu tümcelere ilişkin olarak gelmektedir (Ernaux, 1993: 74): "... Dilin işlevi hastalığından etkilenmemiştir; tutarlı tümceler, doğru söylenmiş ancak dış dünyadan kopup sadece düş dünyasına bağımlı olmuş sözcükler ortadaydı." Bu arada, araştırmacıların dikkat çektiği önemli bir noktanın üzerinde durulmalıdır. Bu da hastaların ifade ettiği anlam veya anlamların sadece konuşmaya katılan kişi ya da kişilerce tam olarak anlaşılabilirliği.

Bridges, Van Lancker Sidtis ve Sidtis (2012, Van Lancker Sidtis, 2012: 72'de aktarılan) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada Alzaymır hastalarının eşzamanlı dil kullanımına bakılmış ve sonuçlar sağlıklı kontrol grubu katılımcılarından elde edilen veri ile kıyaslanmıştır. Laboratuvar ortamında yürütülen çalışmada Alzaymır teşhisi konmuş hastaların istatistiksel olarak  $p < .001$  değerinde anlamlı bulunan bir oranda kalıp yapı ve daha çok sözcük kullandığı açığa çıkmıştır.

Bridges ve Sidtis'in (2013) yakın zamanda yürüttüğü çalışmada, Alzaymır hastalarının kalıp yapı üretimi eşzamanlı konuşmada hastalığın ilerleme safhaları açısından incelenmiştir. Katılımcılar hastalığın başındaki 5 hasta, ilerlemiş evrelerindeki 6 hasta ve 5 sağlıklı kontrol grubundan oluşmuştur. Çalışmada hastaların kalıp yapı kullanımını sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar hastalığın evresinin fark oluşturmadığını ve Alzaymırlı kişilerin sağlıklı bireylerden daha fazla kalıp yapı ürettiğini göstermiştir. Bu durumun korteks altı bölgenin kalıp yapı üretiminden sorumlu bölge olduğu görüşünü desteklediği düşünülmüştür.

Bridges, Van Lancker Sidtis ve Sidtis'in (2012, Van Lancker Sidtis, 2012: 72'de aktarılan) yaptığı ikinci bir çalışmada Alzaymır hastaları ile Parkinson hastaları hem birbiri ile hem de sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu ile kıyaslanmıştır. Veri katılımcılara uygulanan yapılandırılmış konuşma görüşmesi ve NEFIPSS II ve III standart ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Bu veri kalıp yapı ve dil kullanımını açısından incelendiğinde, Alzaymırlı kişilerin Parkinson hastalarının yanı sıra sağlıklı katılımcılardan da daha fazla kalıp yapı kullandığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, Parkinson hastalarının kalıp yapı kullanımında Alzaymır hastalarının gerisinde kalsa bile kalıp yapı ifadelerini zihinlerinde bozulmadan korudukları NEFIPSS II ve III sonuçları ile gün ışığına çıkarılmıştır.

Oysa aynı şey Alzaymır hastaları için geçerli değildir. Bu hastalar kalıp yapı ifadelerini daha fazla kullandıkları halde bu yapılar hakkında yetersiz bilgiye sahiptir. Parkinson hastalarında ise tam tersi bir durum söz konusudur. Alzaymırlı kişilerin yaptığı kalıp yapı yanlışlarının bu bulguyu desteklediği görülmüştür. Örnek olarak, bir Alzaymır hastasının konuşmasında kullandığı "aklımı yere koymak" (*put down my mind to it*) sözcük birlikteliği yüksek olasılıkla "aklımı vermek" (*put my mind to it*) kalıp ifadesinin yerine kullanılmıştır. Sağlıklı normal kişiler bu tür yanlış dil kullanımları yapmamaktadır (Van Lancker Sidtis, 2012: 72).

Alzaymır hastalarının Parkinson hastaları ile kalıp yapı kullanımını bakımından kıyaslandığı bir çalışma Van Lancker Sidtis, Choi, Alken ve Sidtis (2015) tarafından yürütülmüştür. Araştırmacılar bu çalışmada kalıp yapılarının üretiminin yanında anlaşılmasına odaklanmış ve bu hastaların sağlıklı kontrol grubu katılımcıları ile arasındaki farkları belirlemiştir. Çalışmanın katılımcıları 16 Parkinson ve 12 Alzaymır hastası ile birlikte 18 sağlıklı kontrol grubudur. Üretime yönelik veri katılımcıların eş zamanlı konuşmalarından toplanmıştır. Katılımcıların anlamalarını ölçmek için, Alzaymır ve Parkinson hastalarına uygulanan standart testler kullanılmıştır.

Çalışmanın sonuçları Alzaymır hastalarının, bazal ganglia işlev bozukluğu bulunan Parkinson hastalarına oranla daha çok kalıp yapı kullanırken, anlamayı ölçen testlerde bu hastaların gerisinde kaldığını ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, Parkinson hastalarının kontrol grubunu oluşturan sağlıklı bireylerle aynı performansı gösterdiği belirlenmiştir. Parkinson hastaları ile Alzaymır hastaları arasında anlama açısından görülen fark kortikal demansla ilişkilendirilmiştir. Parkinson hastalığı ile Alzaymır hastalığının yönetsel bilgi ve bildirimsel bilgi üstünde farklı etkilere sahip olması nörolojik durumla ilgili bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda bir kez daha kalıp yapı üretiminde korteks altı çekirdeğinin önemli rol oynadığı görüşü dile getirilmiştir.

### **Sonuç**

Bu çalışmada Alzaymır hastaları ve Parkinson hastalarının dil kullanımını hem kendilerine özgü sorunlar hem de birbiri ile karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Özellikle, bu hastalar kalıp yapı kullanımını açısından birbirleri ile kıyaslanırken, Alzaymır hastalarının bu ifadeler sayesinde iletişime sağlıklı bireyler gibi katıldığından bahsedilmiştir. Parkinson hastaları ise kalıp yapı kullanımında Alzaymır hastalarının gerisinde kalsa da, anlama açısından onların üstünde yer almaktadır.

Alanyazında yer alan uygulamalı çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlar bu hastalarla iletişimde dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir. Alzaymırlı hastaların kendilerine söyleneni kavrayamayıp kendi dünyalarında yaşadıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kişilerin konuşmalarında sağlıklı insanlar gibi kalıp yapı kullanmaları ve kendilerine söyleneni anlayıp ona göre yanıt veriyor şeklinde görünmelerine kanmamak gerekir. Ayrıca, hastaların söylemek istediklerinin yalnızca kendileri ile aynı geçmişi paylaşanlarca anlamlandırılabilmesi unutulmamalıdır.

İletişim konusunda, Alzaymır hastalarından daha şanslı olan Parkinson hastalarında ise kavrama durumu söz konusu iken, konuşma üretiminin sekteye uğradığı hatırlanmalıdır. Daha az kalıp yapı kullanımının hastalıkta hasar gören beynin bazal gangliya bölgesinden kaynaklanmaktadır. Hasta ile iletişime kendisinden yanıt gelmese dahi devam etmesi gerekir. Genel olarak, hem Alzaymır hem de Parkinson'da hastalar yakınları veya bakımlarını üstlenen yardımcıların ilgilerine ihtiyaç duyarlar.

## Kaynaklar

- Bridges, K. A. ve Van Lancker Sidtis, D. (2013). 'Formulaic Language in Alzheimer's Disease.' *Aphasiology*, 27 (7). s. 799-810.
- Ernaux, A. (1993). *Bir Kadın*. Cem Yayınevi.
- Cortigan, R., Moravcsik, E. A., Ouali, H. ve Wheatley, K. M. (2009). *Formulaic Language. Vol. 2: Acquisition, Loss, Psychological Reality, and Functional Explanations*. Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins Publishing Company.
- Granger S, Meunier F (Eds). *Phraseology: An Interdisciplinary Perspective*. Amsterdam, The Netherlands/Philadelphia, PA: John Benjamins Publishing; 2008. s. 175–187.
- Maclagan, M., Davis, B. ve Lunsford, R. (2008). 'Fixed Expressions, Extenders and Metonymy in the Speech of People with Alzheimer's Disease'. Granger, S. ve Meunier, F. (Derl.) (2008) içinde, s. 175–188.
- Van Lancker Sidtis, D. (2012). 'Formulaic Language and Language Disorders'. *The Annual Review of Applied Linguistics*, 32. s. 62-80.
- Van Lancker Sidtis, D., Choi, J., Alken, A. ve Sidtis, J. J. (2015). 'Formulaic Language in Parkinson's Disease and Alzheimer's Disease: Complementary Effects of Subcortical and Cortical Dysfunction'. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 58. s. 1493-1507.

## Sözel 38 (TAM METİN)

### AFAZİYE BAĞLI DİL BOZUKLUKLARINDA KALIP YAPILAR

#### Fixed Phrases in Aphasic Language Disorders

Doç. Dr. Selma ELYILDIRIM

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi

#### ÖZET

Beynin dilin işlemlendiği bölümlerinden bir ya da birkaçının inme, tümör, beyin enfeksiyonları ve kafaya alınan darbeler sonucu hasar görmesinden kaynaklanan afazi bir dil bozukluğu olarak tanımlanır. Her yaşta görülebilen hastalık çoğunlukla orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkar ve *akıcı* ve *tutuk* olmak üzere iki türü vardır. Wernicke afazisi diye de adlandırılan akıcı afazide beynin temporal lobu hasar görür ve hastalar anlamsız, gereksiz, birbiri ile bağlantısı olmayan uzun tümceler üretirek konuşur. Bu hastalar dili anlamada zorlandıkları gibi okuma, yazma, ve hesap yapmada da sorun yaşayabilirler.

Tutuk afazi, beynin frontal lobunda hasar olması durumunda Broca afazisi, diğer dil alanlarının yoğun şekilde etkilenmesi durumunda ise global afazi olmak üzere alt türlere ayrılır. Broca afazisi olan kişiler başkalarının söylediklerini anlar fakat kendileri konuşurken genel olarak kısa ifadeler kullanıp birçok dilbilgisel sözcüğü tümce dışı bırakır. Global afazide iletişim yetersizliği oldukça büyük olup konuşulan dili anlama ve üretme sınırlı düzeyde kalabilmektedir. Bu türlerin dışında farklı beyin bölgelerinin zarar görmesi sonucu oluşan sözcük ve tümce tekrarının sorunlu olduğu iletim afazisi, nesnelere adlarını hatırlamada sorun yaşanan anomik afazi de bulunmaktadır. Bu arada, beynin sol yarımküresinde oluşan hasara bağlı afazinin ve dil bozukluğunun belirlenmesinin sağ yarımküre hasarı sonucu oluşan pragnozyaya göre daha kolay olduğunun belirtildiği not edilmelidir.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda beyin hasarından dolayı ağır afazi gelişen hastalarda kalıp yapı kullanımı ve otomatik konuşmanın devam ettiği anlaşılmıştır. Hastalarda yeni üretilen sözcükler ve önermesel konuşmalar bozukken, ünlemler, şarkı sözleri, klişeler, selamlamalar, tekerlemeler gibi kalıpların normal şekilde ve doğru bürünle oluşturulduğu görülmüştür. Hatta, bu hastaların bu yapıları kullanarak sağlıklı bir insan görünümü vermesinin mümkün olduğundan bahsedilmiştir. Bu çalışmada afazili bireylerin konuşmalarından alınan örneklerle yaşadıkları dil sorunları ve kalıp yapı

#### ABSTRACT

Aphasia is defined as a language disorder caused by stroke, tumor, brain infections and damage to a part or a few parts of the brain where the language is processed. The disease, which can be seen at all ages, occurs mostly in the middle and older ages, and it has two types distinguished as fluent aphasia and non-fluent aphasia. In the fluent aphasia, which is also called Wernicke aphasia, the temporal lobe of the brain is damaged and patients speak by producing long, meaningless, unnecessary, non-interconnected sentences. These patients may have difficulty understanding language as well as reading, writing and calculating.

Non-fluent aphasia is divided into two subtypes: i) Broca's aphasia when the damage is in the frontal lobe and ii) global aphasia when other language areas are heavily affected. People with Broca's aphasia understand what others are saying, but they themselves generally use short expressions while talking and omit many grammatical words. The lack of communication in global aphasia is great and the understanding and production of spoken language remains limited. Apart from these types, as a result of the damage occurring in different brain regions, there is transmission aphasia, which is the problem of word and sentence repetition, and also anomik aphasia which is related to the trouble of remembering the names of objects. In the meantime, it should be noted that identifying aphasia and language disorder caused by damage to the left hemisphere of the brain has been reported to be easier than that of the right hemisphere damage.

In the studies carried out recently, it has been understood that the use of fixed phrases and automatic speech continue in patients who have developed severe aphasia due to brain damage. In the patients, it has been seen that although novel utterances and propositions are impaired, the formulaic language such as exclamations, lyrics, clichés, greetings, nursery rhymes are accurately produced with the right prosody. Even, it has been mentioned that for these patients to give a healthy human appearance by using these expressions is possible. In

kullanımları değerlendirilirken, afazi hakkında yürütülen önceki çalışmaların bulguları ışığında, sağlıklı bireylerde dilin işlenmesine dair kuramsal açıklamalar da tartışılmaktadır. Ayrıca, yaşlı afazili bireylerle iletişimde dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** akıcı afazi, tutuk afazi, kalıp yapılar, dil işleme

this study, aphasic patients' language problems and formulaic language use are discussed with some examples taken from their speech. Theoretical explanations about the language processing in healthy individuals are also discussed in the light of the findings of previous studies concerning aphasia. In addition, the points that should be considered in communication with elderly aphasic individuals are emphasized.

**Key words:** fluent aphasia, agrammatism, formulaic language, language processing

## Sözel 38 (TAM METİN)

### AFAZİYE BAĞLI DİL BOZUKLUKLARINDA KALIP YAPILAR

#### Fixed Phrases in Aphasic Language Disorders

Doç. Dr. Selma ELYILDIRIM

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi

#### Giriş

İki yarımküreye sahip insan beyninin, uzun bir süre düşünülen aksine, simetrik olmadığı ve sol yarımkürenin dilin konumlandığı bölüm olduğu yapılan çalışmalar sonucunda belirlenmiştir (Lenneberg, 1967). Ancak, genellikle felç, beyin tümörleri veya beyinde oluşan enfeksiyonlardan, bazen de beyin travmaları ve kaza sonucu oluşan beyin hasarına bağlı olarak afazi olarak adlandırılan dil bozukluğu gelişebilmektedir. Afazinin oluşması durumunda yetişkinlerde dilin anlaşılması ve kullanılmasında sesbilgisel, sözdizimsel, anlamsal ve sözcüksel bir takım yetersizlikler ortaya çıkarken, bu yetersizliklerin seviyesi hasarın şiddeti ile orantılı olarak hafiften ağıra değişebilmektedir (Maviş ve Tunçer, 2007: 33).

Afazi dilbilgisi sözcüklerinin kullanılmadığı fakat içerik sözcüklerine ağırlık verilen agrammatizm veya bir diğer ifade ile tutuk afazi (non-fluent) ve dilbilgisi öğelerine ve sıfatlara bolca yer verilen ama isim ve eylemlerin azaltıldığı anlamsız ve bilgi içeriği yetersiz bir dil kullanımı ile şekillenen akıcı afazi olmak üzere belli başlı iki ana türe ayrılrsa da, tümce tekrarlarında sorun yaşanan iletim afazisi, konuşma hatalarını anlatan parafazi ve sözcük bulmada yaşanan zorlukları belirten anomi gibi başka türleri de sahiptir. Geliştiği bölgeleri belirleyen cerrahlarının adı ile de anılan ilk afazi türü Broca afazisi beynin sol ön bölgesinde ve ikinci tür Wernicke afazisi ise beynin sol arka bölgesinde yer alır (Garnham, 1985: 207). Bu iki afazi türüne ilişkin örnekler aşağıda sunulmaktadır (Goodglass ve Geschwind, 1976. 389-428, Scovel, 1998: 75'de aktarılan):

Broca afazisi (Hasta bir diş operasyonu randevusunu anlatmaya çalışırken)

Evet ... ah ... Pazartesi ... ıh ... Baba ve Peter H ..., ve Baba .... ıh ... hastane ... ve ıh ...  
Çarşamba ... Çarşamba, saat 9 ... ve oh... Perşembe ... saat 10, ıh doktorlar ... iki ... v'  
doktorlar ... ve ıh .... Dişler ... yah

Wernicke afazisi (Hasta bir mutfakta bir aile resmini anlatmaya çalışırken)

Evet budur ... anne burada uzakta işini dışarda çalışan buraya daha iyi olması için fakat bakarken, iki oğlan diğer bölümde bakıyor. Bir onların küçük onun zamanında fayans burada. Bir başka zaman çalışıyor çünkü çok ... oluyor

Afazi her yaşta insanın karşılaşılabileceği bir sağlık problemi olmasına rağmen, genellikle zamanla oluşan başka sağlık problemlerinin de tetiklemesi ile orta yaş ve üstünde daha yaygın görülen bir hastalıktır. Ancak, sağlıklı bir yaşam süren yaşlılarda ortaya çıkan bir hastalık olmadığı yapılan araştırmalarda belirlenmiş, yaşa bağlı olarak adlandırma ve sözcük bulma güçlüğünün yaşandığı ifade edilmiştir (Shewan ve Henderson, 1988, Maviş ve Tunçer, 2007: 34’de aktarılan).

**Afazi ve kalıp yapı kullanımı;** Daha önceki çalışmalarda ağır afazili hastalarda, özellikle de sol yarımküresinde felç bulunan hastalarda, konuşma bozuklukları oluşsa da bu hastalarda otomatik konuşmanın devam ettiği belirlenmiştir. Bu hastaların büyük bir bölümü seri konuşma gerektiren sayı saymak, haftanın günlerini söylemek gibi üretimleri akıcı bir şekilde yerine getirmektedir (Van Lancker Sidtis ve Postman, 2006). Bunların dışında, yeni sözceleri üretmede ve önermesel konuşmalarda güçlük çekerken (Code, 2005, Van Lancker Sidtis, 2012: 64’te aktarılan), bu hastalar ünlemleri, küfür sözcüklerini, tekerlemeleri, bildikleri şarkı sözlerini, klişeleri, selamlamaları doğru bir şekilde ve normal bürünle kullanmaktadır. Bu ifadeler ‘... isterim, ... -ebilirim’ gibi tümce başlangıçlarının yanı sıra ‘teşekkür ederim, güle güle’ gibi geleneksel konuşma kalıpları da eklenmiştir (Van Lancker Sidtis ve Postman, 2006: 412; Van Lancker Sidtis, 2009: 446).

Van Lancker Sidtis (2012: 64-65) dil bozuklukları olan hastalarla sağlıklı bireylerin dil kullanımından yola çıkarak bir dil işleme modeli önermiştir. İkili İşleme Modeli olarak adlandırdığı modele göre, beyinlerinde belli nörolojik lezyonlar bulunan hastalar kalıp yapıları, yeni oluşturulan ifadelerden farklı beyin bölgesinde işlemlemektedir. Araştırmacıyı bu modeli kalıp yapıların dört açıdan tek tek sözcüklerden oluşan ifadelerden farklılaşmasına dayandırır. Buna göre, kalıp yapılar sabit bir bürünsel biçim ile kullanılan tipik şekilleri olan, değerlendirme ve yorum gerektiren karmaşık anlamları bulunan, kullanımları ile ilgili birtakım sosyal statü, söylem biçimi, konuşma şekli gibi şartlar içeren ve hafızada bir bütün olarak depolanan ifadelerdir. Bu özelliklerinden dolayı bu ifadelerin farklı beyinsel kaynaklarla bağlantılı olduğu görüşünü savunmuştur.

Bu modeli desteklemek için beynin sağ, sol, korteks altı gibi farklı bölgelerine gelen hasarlarda tek tek sözcüklerden kurulan ifadeler ile kalıp yapıların farklı şekilde etkilendiğini gösteren çalışmalardan gelen bulguları sunmuştur. Code (2005, Van Lancker Sidtis, 2012: 68’de aktarılan) beyinlerinin sol yarım küresinde felç nedeni ile tutuk afazi, bir başka deyişle agrammatizm oluşan hastaların selamlama, geleneksel konuşma kalıpları ve ünlem ifadelerinin kullanmasına rağmen, üretken dil edicinin kaybolduğundan bahsetmiştir. Yine, tomografi (PET) ile sağlıklı deneklerden toplanan veride sözcük üretiminin sol arka loba dil bölgelerinde gerçekleştirildiği, oysa sol yarımkürede oluşan beyin hasarlarından sonra kalıp yapı olan birden ona kadar sayma etkinliğinin korunduğu görülmüştür (Van Lancker,

McIntosh, & Grafton, 2003). Bu yüzden sayılar aşırı öğrenilmiş ifadeler olarak değerlendirilmiştir.

Kalıp yapıların kullanımı orta şiddetli anlatıma dayalı afazinin yanı sıra zayıf kavrama fakat akıcı konuşmanın olduğu afazi hastalarının konuşmalarında da yüksek oranda belirlenmiştir. Transkortikal duyuşsal afazisi bulunan bir hastanın konuşmasında yüzde 60 - 90 oranında kalıp ifade olduğu gözlenmiştir. Hatta, hasta diğer dilşel yetilerini de kullanarak sağlıklı bir birey konuşuyormuş izlenimini veren bir performans sergilemektedir (Siddis, Canterucci, ve Katsnelson, 2009, Van Lancker Siddis 2012: 69'da aktarılan):Klinisyen: İyi iş.

Hasta: Niye gülüyo'sun? (What're you laughing about?)

Klinisyen: Çünkü, çok iyi! Bu beni güldürüyor.

Hasta: Gerçekten mi? (Really?)

Klinisyen: Evet, mutluluktan beni güldürüyor.

Hasta: Bilirsin işte (you know), çok yakışıklısın.

Klinisyen: (Güler) Bak, dilini geri kazanıyorsun, söyleyebilirim.

Hasta: Peki, Sana bir şey söyleyebilir miyim? Kolay değildi, fakat sanırım ne söylediğini anlıyorum. (Well, can I tell you something? It wasn't easy, but I think I understand what you're saying.)

...

Sağ yarımküre hasarlarında ise durum farklıdır çünkü hastalar açıkça fark edilen bir dil sorunu sergilemez. Bu tür beyin hasarı oluşan hastaların konuşma üretimi ve kavramasında sorun olmadığı gibi dilbilgisi, sesbilgisi ve sözcük kullanımı da normal izlenimi verir ve bu nedenle hastalar bazen dil testinden bile geçirilmezler. Ancak, bu tür hastalarda edimsel eksiklik görülür. 'Pragnozya' diye adlandırılan bu eksiklikten dolayı, hastalarda bağlam içinde dilin kullanımı ile ilgili olarak konuşma sırasında konuyu devam ettirememe, konuşma sırasını takip edememe, iğnelemeleri, nükteyi ve dolaylı ricaları anlayamama, deyimşel ifadeleri kaçırma ve sosyal ifadeleri uygun şekilde kullanamama gibi sorunlar olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bu hastaların eş zamanlı konuşmalarında kalıp yapı kullanımı da sınırlı sayıdadır (Van Lancker Siddis, 2012).

Van Lancker Siddis ve Postman (2006) bir başka araştırmada kullanılmak üzere sol veya sağ yarımküre hasarı olan hastaların ürettiği eşzamanlı konuşmaların çevriyazıya dönüştürülmüş şeklini dokuz türe ayırdıkları kalıp yapıları belirlemek için kullanmıştır. Bu türler arasında deyimler, konuşma kalıp ifadeleri, küfürler, gelenekşel ifadeler, tümce kökleri, duraklama doldurucular, söylem parçaları, sayılar ve kişisel olarak bilinen özel isimler yer almıştır.



Çözümlemelerden elde edilen sonuçlar sol yarımküre hasarı olan hastaların yüzde 30'un üzerinde kalıp yapı kullandığı, sağ yarımküre hasarı olan hastaların yüzde 17'lik kalıp yapı kullanım oranı ile bunların ve sonuçları yüzde 25 olan sağlıklı bireylerin gerisinde kaldığını açığa çıkarmıştır. Dokuz tür açısından ise, sol yarımküre afazili hastaların özel isimleri unutmaya veya duraklamayı, sağ yarımküre afazililerin de duraklama doldurucular ve söylem öğelerini çok az kullandığı görülmüştür. Sağ yarımküre hasarı olan kişilerde sağlıklı bireylerden daha az kalıp yapı kullanımını kendilerinin soğuk olarak algılanması ya da konuşmaya dahil olmadığı, ilgilerinin dağıldığı veya iletişimde işbirliği yapmadıkları izlenimini vermiştir. Bunda kalıp yapıların sağladığı sosyalleşmeyi geliştirme, empati ve bağ kurma yönünün eksik kalmasının etkisinden söz edilebilir (Van Lancker, 2012: 70).

Sidtis, Canterucci ve Katsnelson'un (2008, Van Lancker Sidtis, 2009: 455'te aktarılan) yaptığı bir çalışmada üç farklı türde dil bozukluğundan biri gelişmiş hastaların durumu incelenmiştir. İlk hastada sağ yarımküre lezyonu bulunmakta fakat dil yeteneğinde sorun olmadığı halde konuşmalarında edimsel sorun görülmekte, sağ taraf alt kortikal bölge hasarlı ikinci hastanın dil yetenekleri normal olmasına rağmen, edimsel konuşma öğeleri anormal, sol yarımküre hasarlı kortikal geçiş duyusu afazisi bulunan üçüncü hasta ise kalıp yapı üretimi sayesinde akıcı bir şekilde konuşmaktadır. Çalışmada ayrıca aynı yaş ve eğitim düzeyine sahip 10 normal sağlıklı katılımcı, kontrol grubu olarak kullanılmış, hastaların sonuçları kontrol grubununkiler ile karşılaştırılmıştır. Sonuçlar sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu ile üç hasta arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu gösterirken, alt kortikal bölge hasarı bulunan hastanın yüzde 11, beynin sağ tarafı hasarlı ikinci hastanın yüzde 16,9 ve kortikal geçiş duyusu afazisi bulunan hastanın ise yüzde 51,9 kalıp yapı kullandığı belirlenmiştir.

## **Sonuç**

Yukarıda sunulan çalışmalardan elde edilen bulgular yaşanan bir sağlık sorununa bağlı olarak bozulmuş, işlevini yerine getiremeyen bir beyne sahip olduğu takdirde tümce kurmada güçlük yaşanacağını ortaya koymuştur. Ancak, tek tek sözcüklerden oluşturulmayan kalıp yapıların beynin başka bölümlerinde depolanmasından dolayı sol yarımküre beyin hasarı olan afazi hastalarında sağlıklı birey görünümü verecek şekilde iletişim kurulması mümkündür. Sağ yarımküre hasarı olan afazililerde ise kalıp yapı kullanımında azalma ve buna bağlı olarak iletişim eksikliği ve ilgisizlik olarak algılanan iletişim bozukluğu görülmektedir.

Alanyazın taramasının ortaya çıkardığı bu sonuçlar genellikle orta yaş ve üstünde gelişen inmeler nedeni ile görülen afazide hastalarla kurulan iletişime özen gösterilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu hastalarla iletişime giren kişilerin hastaların konuşma bozukluklarının beyin hasarına bağlı olduğunun bilincinde hareket etmesi gerekir, hastalara akıl sağlığı yerinde olmayan kişiler gibi muamele edilmemelidir. Bu hastaların bakımı ile ilgilenen aile yakınları ve bakıcılarında yaşanan olumsuzluklar konusunda bilgilendirilerek herhangi bir iletişim kopukluğunda sabırlı olmaları sağlanmalıdır.

## Kaynaklar

- Cortigan, R., Moravcsik, E. A., Ouali, H. ve Wheatley, K. M. (2009). *Formulaic Language. Vol. 2: Acquisition, Loss, Psychological Reality, and Functional*
- Garnham, A. (1985). *Psycholinguistics: Central Topics*, Londra ve New York: Routledge.
- İlknur, M. ve Tunçer, A. M. (2007). Afazili ve Sağlıklı Türk Yetişkinlerden Resim Betimleme Yöntemi ile Alınan Dil Örneklerinin Karşılaştırılması. *Dilbilim Araştırmaları*, 33-46, İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Lenneberg, E. H. (1967). *The Biological Foundations of Language*. New York: Wiley.
- Scovel, T. (1998). *Psycholinguistics*. Oxford: Oxford University Press
- Van Lancker Sidtis, D. (2009). 'Formulaic and Novel Language in a 'Dual Process' Model of Language Competence: Evidence from Surveys, Speech Samples, and Schemata' . Corrigan, R., Moravcsik, E., Ouali, H. ve Wheatley, K. (Derl.) (2009) içinde, s. 445-472.
- Van Lancker Sidtis, D. (2012). 'Formulaic Language and Language Disorders'. *The Annual Review of Applied Linguistics*, 32. s. 62-80.
- Van Lancker Sidtis, D., McIntosh, A. R. ve Grafton, S. (2003). 'PET Activation Studies Comparing Two Speech Tasks Widely Used in Surgical Mapping'. *Brain Language*, 85/2, s. 245-261.
- Van Lancker Sidtis, D. ve Postman, W. A. (2006). 'Formulaic Expressions in Spontaneous Speech of Left- and Right-hemisphere Damaged Subjects'. *Aphasiology*, 20. s. 411-426.

## Sözel 39 (ÖZET)

### EDİRNE AİLE MAHKEMESİNDE GÖRÜLEN ÇOCUK EVLİLİĞİ OLGULARI

#### Child Marriage Cases Opened In The Edirne Family Court And Solution Proposals

Dr. Öğr. Üyesi Selma TEPEHAN ERASLAN\*, Dr. Öğr. Üyesi Songül DURAN\*

\*Trakya Üniversitesi Keşan Hakkı Yörük Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

**Giriş:** Erken evlilik olarak da bilinen çocuk evliliği, fiziksel, fizyolojik ve psikolojik olarak evlenme ve çocuk sahibi olma sorumluluklarını yerine getirmeye hazır olmadan, 18 yaşından önce yapılan evlilikler olarak tanımlanmaktadır. Çalışma Edirne Aile Mahkemesine evlilik izni için başvuran olguların dava sürecinde hakim tarafından Türk Medeni Kanununun 124. maddesinde belirtilen “olağanüstü durum ve pek önemli bir sebep” olarak kabul edilen durumların tespiti ve değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metod:** Araştırmada; evlilik izni amacıyla 2013-2017 yılları arasında Edirne aile mahkemesine başvurmuş olan 75 olguya ait dosya retrospektif olarak incelenmiştir. Olgulara ait dosyalarda; aile mahkemesi hakimi tarafından evlilik izni verilen olgularda 4721 sayılı kanunda olağan üstü durum ve pek önemli bir sebep olarak kabul edilen hususlar ve dava neticesinde verilen kararlar incelenmiştir. Verilerin istatistiki analizi SPSS 21 paket programı ile yapılmış olup değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotları kullanılmıştır.

**Bulgular:** 61 olguda (%81.3) mahkeme hakimi tarafından bireylere evlenme izni verilmiştir. 2 olguda gebelik, 1 olguda evlenmek istenilen kişi ile birlikte yaşama, 1 olguda kızın nişanlı olması ve nişanlısının askere gidecek olması olağan üstü durum olarak kabul edilmiştir. Gebeliğin ve birliktelikten çocuğun olmadığı 24 olguda, gebeliğin olduğu 28 olguda ve ortak birliktelikten evlilik dışı çocuk sahibi olduğu 5 olguda evlenme izni için başvuran kişi ve evlenmek istediği kişinin sürekli bir arada olması ve bu durumun yaşanılan çevrede dedikodulara neden olması, bu dedikoduların aileleri olumsuz etkilemesi nedeniyle dedikodu hakim tarafından pek önemli bir sebep olarak kabul edilmiştir.

**Sonuç:** Erken evlilikler tüm dünyada olduğu gibi önemli bir sorun olarak ülkemizin de gündeminde yer almaktadır. Aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir sorun olan çocuk evlilikleri ile mücadelede; cinsiyet farkı gözetmeksizin evlilik yaşının asgari olarak 18 yaşına yükseltilmesi, yasa da geçen “olağanüstü durum” ve “pek önemli bir sebep” gibi ifadelerin tekrar gözden geçirilmesi hukuki anlamda yapılabilecek düzenlemeler arasında yer alabilir.

**Anahtar kelimeler:** Edirne, çocuk evliliği, aile mahkemesi

#### ABSTRACT

**Introduction:** Child marriage, also known as early marriage, is defined as marriages between two people who are younger than 18 years old and not ready to fulfill the physical, physiological and psychological responsibilities of marriage and to have children. This study was carried out to determine the profiles of the cases applying to the Family Court of Edirne, for marriage and to determine and evaluate what is specified in the law as "extraordinary situation and very important reasons" are.

**Material and Method:** The files of 75 cases who applied to the Edirne family court to get the permission to marry between 2013 and 2017 were examined retrospectively. In the court files, the points regarded as “extraordinary situation and very important reasons” by the family court judge and the decisions made by the judge at the end of the trial. The data was performed using the SPSS 21.

**Bulgular:** In 61 (81.3%) of the cases, the judge granted consent to marriage. In 2 cases, the girls were pregnant, in 1 case, the girl was living together with the person she would get married, and in 1 case, the girl was engaged and her fiancé was to join the armed forces to perform his military service, were considered as extraordinary situation. in 57 (93.4%) of the cases, the couples' situations which caused people in the environment to gossip about them as a result of which the couples' families were affected adversely were considered as an important reason to grant consent to marriage.

**Conclusion:** In preventing child marriages, raising the age of marriage at least to the age of 18 regardless of gender difference, revising the terms such as extraordinary situation and very important reasons mentioned in the law are among the legal arrangements to be made.

**Key words:** Edirne, child marriage, family court

## Sözel 40 (TAM METİN)

### 0-6 YAŞ GURUBU SİĞİNMACI VE GÖÇMEN ÇOCUKLARDA EV KAZALARI

#### Home Accidents In Refugees And Migrant Children Aged 0-6

Öğr. Gör. Semra SÖNGÜT\*, Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA\*, Öğr. Gör. Zehra AYDIN\*

\*Öğr. Gör. Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

#### ÖZET

Giriş: Ev içinde/ çevresinde meydana gelen kazalar ev kazaları olarak adlandırılmaktadır. Bu kazalar tüm kazaların yaklaşık yarısını oluşturmakla birlikte giderek artış gösteren önemli bir sağlık sorunudur. Çocuklar, tehlikelerin farkına varabilecek bilişsel yeteneğe sahip olmamaları, çevresel risklere açık olmaları, bulma ve öğrenme konusunda meraklı olmaları vb. nedenlerle ev kazaları açısından en yüksek riske sahip bireylerdir.

Amaç: Bu çalışma ile sığınmacı ve göçmen annelerin ev kazaları ile karşılaşma durumları ve ev kazalarını önlemeye ilişkin tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Aralık 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında "Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği"nde yürütülmüştür. Araştırmada veriler; "Soru Formu" ve "Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma, çalışmanın yapıldığı tarihlerde dernekte kaydı olan, sıfır-altı yaş grubu çocuğu bulunan, araştırmaya katılmayı kabul eden 261 sığınmacı ve göçmen anne ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin çocuklarının %29,5'inin ev kazası geçirdiği ve bunların %24,4'ünün düşme, %17,4'ünün çarpma ve boğulma, %16,2'sinin yanma yaşadığı belirlenmiştir. Annelerin "Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği"nden aldıkları puan ortalaması ile çocukların cinsiyeti, anne eğitim durumu, gelir durumu, çocuğun daha önce ev kazası geçirmiş olma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), kaza geçirilen evin mekanı ve kaza sonucunda çocukların vücutlarında etkilenen bölge arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

#### ABSTRACT

Introduction: Accidents occurring in / around the house are called home accidents. These accidents constitute almost half of all accidents and are gradually becoming an important health problem. The fact that children do not have cognitive ability to be able to be aware of the dangers, are susceptible to environmental risks and curious about exploring and learning, and so on makes them the highest risk individuals.

Objective: The aim of this study is to determine the attitudes of refugee and immigrant mothers in relation to home accidents and their prevention of home accidents.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between December 2017 and May 2018 in the Association for Solidarity with Asylum Seekers and Migrants. Data in the study was collected through "Questionnaire" and "Scale for Identification of the Safety Measures Taken by Mothers to Prevent Home Accidents of Children in the 0-6 age group." The research was carried out with 261 refugees and immigrant parents who enrolled in the association at the time of the study, who had children zero-six age group.

Results: It was determined that 29.5% of the children of the mothers who had participated in the study had a home accident and 24.4% of them had a fall, 17.4% had a collision and a choking, and 16.2% had a burning episode. There was no statistically significant difference between the mean scores of Scale for Identification of the Safety Measures Taken by Mothers to Prevent Home Accidents of Children in the 0-6 age group and children's gender, mother education status, income status and the children's previous home accident ( $p>0,05$ ) while a statistically significant difference was found between room of the house where the accident occurred and the affected area in the body of the children as a result of the accident ( $p<0,05$ ).

Conclusion: Considering that more than 1/4 of the

**Sonuç:** Çalışmadaki çocukların 1/4'inden fazlasının ev kazası geçirdiği göz önüne alınırsa bu konu ile ilgili verilecek eğitimin önemli olduğu görülmektedir. Çocukluk çağında görülen ev kazalarına bağlı ölümler ve sakatlıkların azaltılması, güvenli ev ortamlarının sağlanması nedeniyle çocuk güvenliği konusunda bireysel danışmanlık yapmaları gereken çocuk hemşirelerinin başta anneler olmak üzere aileye ve topluma bu konuya yönelik eğitim vermeleri önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** çocuk, ev kazası, hemşire

children in the study had a home accident, it is seen that the education to be given on this subject is important. It is recommended that pediatric nurses, who are required to provide individual counseling on child safety, should provide education to the family and society, especially mothers in order to reduce due deaths and disability during childhood caused by home accidents and provide them with safe home environment.

**Keywords:** child, home accident, nurse

## Sözel 40 (TAM METİN)

### 0-6 YAŞ GURUBU SİĞİNMACI VE GÖÇMEN ÇOCUKLARDA EV KAZALARI

#### Home Accidents In Refugees And Migrant Children Aged 0-6

Öğr. Gör. Semra SÖNGÜT\*, Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA\*, Öğr. Gör. Zehra AYDIN\*  
\*Öğr. Gör. Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

#### Giriş

Can ve mal kayıplarına neden olan ve önlenabilir olaylar olarak değerlendirilen kazalar, önceden planlanmamış, beklenmedik bir anda ortaya çıkan yaralanmalardır (Matos ve Martins, 2013). Kazalar küresel bir sağlık sorunudur ve neredeyse hemen hemen tüm ülkelerde çocukların ve genç erişkinlerin ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır (WHO, 2008). Yaşam kaybına neden olabilen kazalar, çoğunlukla çocukları ve gençleri etkilediği için büyük bir sorun olarak görülmektedir (Haagsma ve ark., 2016).

Kazalar genellikle olayın meydana geldiği yere göre sınıflandırıldıklarından, ev içinde/ çevresinde meydana gelen kazalar ev kazaları olarak adlandırılmaktadır (Kurt ve Aytekin, 2015). Tüm kazaların yaklaşık yarısını oluşturmakla birlikte giderek artış gösterdiği belirtilen ev kazalarının, ülkemizde yapılan çalışmalara göre görülme sıklığının %15,5 ile %57,3 arasında değiştiği bildirilmektedir (Büyük ve ark., 2015; Gündüz ve Aytekin, 2015; Karatepe ve Akış, 2013). Ev kazaları; insan sağlığı, sağlık hizmetleri, iş gücü ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve önlenabilir olma özellikleri nedeniyle günümüzde toplum sağlığının öncelikli konuları arasındadır (Gündüz ve Aytekin, 2015). Ayrıca ev kazaları sonucunda geçici fiziksel yetersizlikler, ciddi sekeller hatta ölümler meydana geldiği de düşünülürse önemi gittikçe artmaktadır (Barcelos ve ark., 2018).

Ev kazalarında en önemli risk grubu çocuklardır (Peden ve ark., 2008). Çocuklar, tehlikelerin farkına varabilecek bilişsel yeteneğe sahip olmamaları, çevresel risklere açık olmaları, bulma ve öğrenme konusunda meraklı olmaları vb. nedenlerle ev kazaları açısından en yüksek riskte bulunmaktadır (Gündüz ve Aytekin, 2015).

Çocukluk çağı ev kazalarının nedenleri arasında; genetik, davranışsal ve çevresel faktörlerin yanında ebeveynlerinin bu konudaki bilgi yetersizliği de yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kazaların nedenleri ve meydana gelen kazaların arasındaki yakın ilişki sebebiyle, yaralanmaların önlenabilir veya kontrol edilebilir olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle DSÖ; yeni yaralanmaların önlenmesini içeren birincil koruma, yaralanmaların şiddetinin azaltılması için ikincil koruma, yaralanma sonrası meydana gelen engelin sıklığının ve şiddetinin azaltılması nedeniyle üçüncül korumayı içeren çeşitli önleme modelleri önermiştir (WHO, 2008);

Sıfır-altı yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi/ ev kazası gerçekleştiğinde doğru ilk yardım uygulamalarının yapılması amacıyla annelerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin değerli bir parçası olan ve danışmanlık görevleri bulunan çocuk hemşirelerinin sıfır-altı yaş grubu çocukların yaşadığı ev kazalarını ve annelerin bu kazalarla ilgili bilgi ve tutumlarını arttırmaya yönelik eğitimler düzenlemeleri büyük önem taşımaktadır (Yıldırım, 2010). Bu doğrultuda sunulan çalışma ile sıfır-altı yaş grubu çocuğa sahip sığınmacı ve göçmen annelerin ev kazaları ile ilgili bilgi düzeylerinin incelenmesi ve bu konu ile ilgili yapılması planlanan eğitime temel oluşturması amaçlanmıştır.

## **Materyal Metot**

### *Araştırmanın tipi*

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, 05.05.2018-05.09.2018 tarihleri arasında sığınmacı ve göçmenlere yönelik olarak psikososyal destek ve danışmanlık veren Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği'nde yürütülmüştür.

### *Araştırmanın evreni ve örnekleme*

Araştırmanın evrenini Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği'nde kaydı bulunan anneler oluşturmuştur. Örneklem seçim yöntemine gidilmemiş olup, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında dernekte ulaşılabilen sıfır-altı yaş grubu çocuğa sahip sığınmacı ve göçmen anneler araştırmaya alınmıştır. Yapılan güç analizi sonucunda 0,05 anlamlılık düzeyi ve %85 güç için örneklem büyüklüğü 261 kişi olarak belirlenmiş olup, 261 anne çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

### *Veri toplama araçları*

Çalışmada veri toplama aracı olarak, “Soru Formu” ve “Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği” kullanılmıştır.

*Soru Formu*; literatür bilgileri (Kurt ve Aytakin, 2015; Akca ve ark., 2017; Büyük ve ark., 2015) ve araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, iki bölümden meydana gelmiştir. 1.bölümde sığınmacı ailelerin bazı tanıtıcı özellikleri (annenin eğitim ve çalışma durumu, aile tipi ve ailenin gelir durumu), 2. bölümde ise çocukların ve onların kazaya maruz kalma durumu ile ilgili bilgileri (çocuğun cinsiyeti, ev kazası geçirme durumu, kaza geçiren çocukların yaşı, geçirilen kaza tipi, kaza geçirilen evin mekanı, çocuğun kaza esnasında yalnız olup olmadığı, kaza sonrası vücudunda etkilenen bölge ve kalıcı hasar olup olmadığı) belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

*Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği*; Çınar ve Görak (2003) tarafından sıfır-altı yaş çocuğu olan annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin tutumlarını tanılamak amacıyla geliştirilmiştir. 34 olumlu, 6 olumsuz ifade içeren 40 maddeli (örnek

madde 1: Banyo ve tuvalet zeminini kuru tutmaya özen gösteririm, örnek madde 2: Mobilya seçerken keskin kenarlı ve sivri köşeli olmamasına dikkat ederim gibi) beşli Likert tipi (1. Her zaman, 2. Çoğu zaman, 3. Bazen, 4. Nadiren, 5. Hiçbir zaman şeklinde) bir ölçektir. Her bir maddeye 1 ve 5 arasında puanlar verilmiştir. Olumsuz ifade içeren maddeler 6, 9, 23, 26, 30, 40'nci maddelerdir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.82'dir. Ölçeğin en düşük puanı 40, en yüksek puanı 200 olup, en yüksek puan annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst seviyede aldığını göstermektedir (Büyük ve ark., 2015).

### *Uygulama*

Araştırma verileri, sıfır-altı yaş grubu çocuğu olan sığınmacı ve göçmen anneler tarafından, araştırmacıların ve çevirmenin gözetiminde yüz yüze görüşme yöntemi ile iletişim kurularak, gerektiğinde tercüman eşliğinde toplam 15 dakikalık bir süre içinde doldurmaları sonucu elde edilmiştir.

Aras ,tırmaya katılma kriterleri; çalışmanın yapıldığı tarihleri arasında Sığınmacılar ve Göçmenler Dayanışma Derneği'nde kayıtlı sıfır-altı yaş , grubu c ,ocug ũ u bulunmak ve go "nu "llu " olmaktır. Araştırmaya alınmama kriteri ise çalışmada bulunmaya go "nu "llu " olmamaktır.

Çalışmaya başlamadan önce etik kurul onayı (2018-81) ile gerekli kurum izni alınmış olup, veriler 05.05.2018-05.09.2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Annelere veri toplama işlemine başlamadan önce çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

### *Araştırmanın değişkenleri*

Çalışmanın bağımsız değişkenleri; annenin eğitim ve çalışma durumu, aile tipi ve ailenin aylık geliri ile ilgili tanıtıcı özellikleri ve çocuğun cinsiyeti, ev kazası geçirme durumu, kaza geçiren çocukların yaşı, geçirilen kaza tipi, kaza geçirilen evin mekanı, çocuğun kaza esnasında yalnız olup olmadığı, kaza sonrası vücudunda etkilenen bölge ve kalıcı hasar olup olmadığına yönelik durumları iken, bağımlı değişkenleri; annelerin "Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği"nden aldıkları puanlardır.

### *Verilerin değerlendirilmesi*

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 22.0, paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı (S) ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Ailenin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puanlarının ortalama karşılaştırmalarında, veriler normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.



## Bulgular

Çalışmadaki sığınmacı ve göçmen annelerin %44,8'inin eğitim durumu lise-önlisans düzeyinde, %94,6'sı çalışmamakta, %44,8'i geniş aileye sahip ve çoğunluğunun (%63,6) geliri giderinden azdır (Tablo 1).

**Tablo 1: Aileye Ait Bazı Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (S=261)**

Tanıtıcı Özellikler	s	%
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	31	11,9
İlkokul- ortaokul	74	28,4
Lise- önlisans	117	44,8
Lisans ve üzeri	39	14,9
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>		
Evet	14	5,4
Hayır	247	94,6
<b>Aile Tipi</b>		
Geniş aile	23	44,8
Çekirdek aile	166	40,6
Parçalanmış aile	72	14,6
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>		
Gelir gidere denk	23	8,8
Gelir giderden az	166	63,6
Gelir giderden fazla	72	27,6
<b>TOPLAM</b>	261	100

**Tablo 2: Çocuklara Ait Bazı Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (S=261)**

Tanıtıcı Özellikler	s	%
<b>Çocuğun Cinsiyeti</b>		
Erkek	134	51,3
Kadın	127	48,7
<b>Çocuğun Ev Kazası Geçirme Durumu</b>		
Evet	75	29,5
Hayır	186	70,5
<b>Çocuğun Kazayı Geçirme Yaşı</b>		
1	24	31,6
2	37	48,7
3	15	19,7
<b>Geçirilen Ev Kazası Tipi</b>		
Düşme	44	24,4
Çarpma	31	17,4
Yanık	29	16,2
Boğulma	31	17,4
Delici-Kesici Alet Yaralanması	20	12,2
Zehirlenme	22	12,4
<b>Kaza Geçirilen Evin Mekanı</b>		
Mutfak	29	20,2
Salon /Oturma odası	31	21,5
Yatak Odası	22	15,2
Banyo	33	22,9
Bahçe	29	20,2
<b>Kaza Sırasında Çocuğun Yanında Birisinin Bulunma Durumu</b>		
Evet	49	66,2
Hayır	25	33,8
<b>Kaza Sırasında Çocuğun Yanında Bulunan Kişi</b>		
Anne-Baba	35	56,5
Kardeş – Büyükanne – Büyükbaba	17	27,4
Komşu-Akraba	10	16,1
<b>Kaza Geçiren Çocuğun Vücudunda Etkilenen Bölge</b>		

Baş-boyun	31	40,8
Yüz	16	21,1
Kol	7	9,2
El	9	11,8
Kalça ve Bacaklar	5	6,5
Gövde	4	5,3
Ayaklar	4	5,3
<b>Kaza Sonrası Çocukta Kalıcı Hasar Oluşma Durumu</b>		
Evet	18	24,0
Hayır	57	76,0
<b>TOPLAM</b>	<b>261</b>	<b>100</b>

Çalışmadaki sığınmacı ve göçmen annelerin sıfır-altı yaş arası çocuklarının %51,3'ünün erkek olduğu, %70,5'inin ev kazası geçirmediği, kaza geçiren çocukların ise %48,7'sinin 2 yaşındayken kazaya maruz kaldığı belirlendi (Tablo 2). Araştırmadaki sığınmacı ve göçmen annelerin çocuklarının geçirdiği kaza tiplerinden %24,4'ünün düşme, %17,4'ünün çarpma ve boğulma olduğu görüldü. Kazaya uğrayan çocukların %22,9'unun banyoda, %21,5'sinin salon/ oturma odasında, %20,2'sinin mutfakta ve bahçede kazaya uğradığı saptandı. Kazaya maruz kalan çocukların %66,2'sinin kaza sırasında yalnız olmadığı ve %56,5'inin kaza sırasında yanında anne-babası bulunduğu görüldü. Kaza sonrası çocukların %40,8'inin baş-boyununu, %21,1'inin yüzünün etkilendiği ve %24,0'ında kalıcı hasarın oluşmadığı belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 3:** Aileye Ait Bazı Tanıtıcı Özellikler ile "Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçeği"nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=261)

Özellikler	s	Ort ±SS	p
<b>Annenin Eğitim Durumu</b>			
Okur-yazar değil	31	65,70±16,86	0,147
İlkokul- ortaokul	74	61,18±13,63	
Lise- önlisans	117	61,47±14,85	
Lisans ve üzeri	39	64,87±17,53	
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>			
Evet	14	64,07±20,54	0,993
Hayır	247	62,31±14,90	
<b>Aile Tipi</b>			
Geniş aile	23	61,89±14,26	0,727
Çekirdek aile	166	63,38±16,46	
Parçalanmış aile	72	61,23±14,59	
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>			
Gelir gidere denk	23	62,78±13,22	0,837
Gelir giderden az	166	63,00±15,67	
Gelir giderden fazla	72	60,91±14,80	

Not: Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri uygulanmıştır.

Tablo 3'te ailelere ait bazı özellikler ile "Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçeği" puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; annenin eğitim (p=0,147), annenin çalışma durumu (p=0,993), aile tipi (p=0,727) ve ailenin gelir durumu (p=0,837) ile "Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri

Tanımlama Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (Tablo 3).

Sıfır-altı yaş arası çocukların bazı tanıtıcı özellikleri ile annelerin “Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasının yapıldığı Tablo 4’te çocuğun cinsiyeti (p=0,523), çocuğun ev kazası geçirme durumu (p=0,299), çocuğun kazayı geçirme yaşı (p=0,074), geçirilen ev kazasının tipi (p=0,207), kaza sırasında çocuğun yanında birisinin bulunma durumu (p=0,948), kaza sırasında çocuğun yanında bulunan kişi (p=0,379), kaza sonrası çocukta kalıcı hasar oluşma durumu (p=0,320) ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenirken; kaza geçirilen evin mekanı (p=0,041) ve kaza geçiren çocuğun vücudunda etkilenen bölge (p=0,000) ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo 4:**Çocukların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile Annelerin “Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçeği”nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S=261)

Özellikler	s	Ort ±SS	p
<b>Çocuğun Cinsiyeti</b>			
Erkek	134	62,84±15,52	0,523
Kadın	127	61,94±14,92	
<b>Çocuğun Ev Kazası Geçirme Durumu</b>			
Evete	75	63,09±14,64	0,299
Hayır	186	62,12±15,46	
<b>Çocuğun Kazayı Geçirme Yaşı</b>			
1	24	62,20±17,54	0,074
2	37	64,94±13,15	
3	15	59,60±12,67	
<b>Geçirilen Ev Kazası Tipi</b>			
Düşme	44	62,93±15,15	0,207
Çarpma	31	62,19±13,66	
Yanık	29	62,66±15,42	
Boğulma	31	62,33±14,86	
Delici-Kesici Alet	20	62,95±16,36	
Yaralanması			
Zehirlenme	22	56,68±13,63	
<b>Kaza Geçirilen Evin Mekanı</b>			
Mutfak	29	61,10±13,17	0,041*
Salon /Oturma odası	31	60,67±15,55	
Yatak Odası	22	63,95±15,45	
Banyo	33	60,54±12,65	
Bahçe	29	62,44±16,23	
<b>Kaza Sırasında Çocuğun Yanında Birisinin Bulunması</b>			
Evete	49	61,61±15,01	0,948
Hayır	25	66,76±13,04	
<b>Kaza Sırasında Çocuğun Yanında Bulunan Kişi</b>			
Anne-Baba	35	65,85±15,42	0,379
Kardeş – Büyükanne – Büyükbaba	17	61,94±13,26	
Komşu-Akraba	10	68,20±13,50	
<b>Kaza Geçiren Çocuğun Vücudunda Etkilenen Bölge</b>			
Baş-boyun	31	63,19±16,90	<0,01**
Yüz	16	62,50±10,50	
Kol	7	61,00±8,20	
El	9	62,11±17,76	
Kalça ve Bacaklar	3	83,33±0,57	
Gövde	4	58,00±14,78	
Ayaklar	4	62,75±12,47	
<b>Kaza Sonrası Çocukta Kalıcı Hasar Oluşma Durumu</b>			
Evete	18	59,72±12,30	0,320
Hayır	57	64,19±15,23	

Not: Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri uygulanmıştır. \*p<0,05; \*\*p<0,01

## Tartışma

Dünyada çocukluk çağı ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan ev kazalarının oluşumunda güvensiz çevre koşulları ve dikkatsiz davranışların rol oynadığı belirtilmektedir (Uskun ve ark., 2008). Özellikle sıfır-altı yaş grubu çocukların, gelişimsel özelliklerinden dolayı kendilerini kaza ve yaralanmalardan koruyabilecek yeterlilikte olmadıkları için bu yaş grubu çocuklara güvenli çevresel koşulların oluşturulması ve denetlenmesi ailelerin en önemli sorumluluğu arasındadır (Turan ve ark., 2010). Bu sorumluluk, çoğu zaman çocuğun birincil bakımını üstlenen annelere verilmektedir. Bu nedenle ev kazaları konusunda, ev ortamında küçük düzenlemelerin yapılarak çocukların kazalara karşı nasıl korunabileceğine yönelik özellikle annelerin bilgi ve tutumları belirlenerek bu bilgi ve tutumlarını arttıracak eğitimlerin düzenlenmesi önem taşımaktadır.

Yapılan literatür taramaları sonucunda sığınmacı ve göçmen annelerin eğitim oranlarına net olarak ulaşılammış olmakla birlikte sunulan bu çalışmada araştırmaya katılan 261 annenin çoğunluğunun (%44,8) lise-önlisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Sığınmacı ve göçmen annelerin ev kazalarına yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada annelerin %94,6'sının çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Çalışmayan anne oranının çok yüksek bulunması, annelerin ülkelerinden göç etmelerinin sonucunda iş bulma sorunları yaşadığını düşündürmektedir.

Çocuklarda ev kazalarının en sık meydana geldiği yerin Kim ve ark. (2012) banyoda olduğunu bildirirken, Alasya (2012) çalışmasında ev kazalarının en sık olarak gerçekleştiği ilk üç mekanın salon, mutfak ve bahçe olduğunu, Phelan ve ark. (2009) ise en fazla mutfakta geliştiğini belirtmişlerdir. Farklı örneklem gruplarına bağlı olarak çalışmalarda çocukların kazayı yaşadığı ev alanı değişiklik göstermesine rağmen birçok çalışmada sıfır-altı yaş grubu çocukların kazaya maruz kaldığı ev alanının salon/ oturma odası olduğu belirlenmiştir (Yıldırım, 2010; Sengoelgea ve ark., 2008). Sunulan bu çalışmada çocukların %29,5'inin ev kazası geçirdiği tespit edilmiş ve kaza geçirilen ev alanlarından ilk üç sırada banyo (%22,9), salon/ oturma odası (%21,5) ve mutfak (%20,2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Sıfır-altı yaş grubu çocukların ev kazasını yaşadığı ilk üç alan göz önüne alındığında sunulan çalışmadaki bu bulgunun daha önce yapılmış çalışma sonuçlarına (Kim ve ark., 2012; Alasya, 2012; Phelan ve ark., 2009) benzer olduğu görülmekte ve birinci sırada kaza geçirilen yerin banyo olması ailelerin banyonun kayganlığını göz ardı ettiklerini düşündürmektedir. Çocukların ev kazası geçirdikleri mekanın ikinci ve üçüncü sırada salon/oturma odası ve mutfakın olması, çocukların ve ailelerin salon/ oturma odası ve mutfakta çok fazla zaman geçirmelerinden ve özellikle salon/ oturma odasındaki eşyaların daha fazla olmasından kaynaklı olabileceği yorumunu yaptırmaktadır.

Alasya (2012) yapmış olduğu çalışmasında ev kazası geçiren çocukların yarısından fazlasının anne/ babasının kaza sırasında yanında olduğunu bildirmiştir. Konu ile ilgili diğer

çalışmalarda (Erkal, 2010; Atak ve ark., 2010), çocukların ev kazası yaşadığı sırada genellikle anne/ babaların çocuğun yanında olduğunu göstermektedir. Sunulan bu çalışmada da literatür ile uyumlu olarak, ev kazası geçiren çocukların %66,2'sinin kaza sırasında yalnız olmadığı ve %56,5'inin anne/ babasının evde bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışmadan elde edilen bu bulgu anne/ babaların ev veya eve bağlı alanlarda çocuğun yanında bulunmalarına rağmen çocuklarından dikkatlerini ayırdıklarını düşündürmektedir.

Literatür incelemelerinde (Karatepe ve Akış, 2013; Boztaş, 2008; Kılıç ve Demiral, 2006) çocukların ev kazası sonucu sıklıkla etkilenen vücut bölgelerinin, baş-boyun ve üst ekstremiteler olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da ev kazası geçiren çocuklarda en çok etkilenen vücut bölgelerinin baş-boyun (%40,8) ve yüz (%21,1) olarak bulunması (Tablo 2); sıfır-altı yaş grubu çocukların daha çok düşme şeklinde kazaya maruz kaldıkları ve düşme şeklindeki kazalarda vücutta en fazla baş-boyun bölgesinin etkilenmesiyle sonuçlandığı yorumunu yaptırmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda (Büyük ve ark., 2015; Erkal, 2010; Atak ve ark., 2010; Balibey ve ark., 2011); ailelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama düzeylerinin de yükseldiğini bildiren çalışmaların yanında (Erkal, 2010; Atak ve ark., 2010; Balibey ve ark., 2011), üniversite mezunu annelerin diğer eğitim seviyesine sahip annelere göre ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama düzeylerinin daha düşük saptandığını belirten çalışmalarda yer almaktadır (Büyük ve ark., 2015; Akca ve ark., 2017). Sunulan bu çalışmada ise, okur-yazar olmayan annelerin "Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği"nden en yüksek puanı aldıkları ( $65,70 \pm 16,86$ ), bunu sırasıyla; üniversite mezunu ( $64,87 \pm 17,53$ ), lise-önlisans ( $61,47 \pm 14,85$ ) ve ilkokul-ortaokul ( $61,18 \pm 13,63$ ) mezunu annelerin almış oldukları görülmüş olup, annelerin eğitim durumları ile ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p=0,147$ ) saptanmıştır (Tablo 3). Çocukların annelerinin kontrolünde oldukları süre azaldıkça ev kazası geçirme risklerinde artış gösterdiği göz önüne alınırsa (Morrongiello ve ark., 2006) sunulan bu çalışmada üniversite mezunu annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik tanılamlarının okur-yazar olmayanlara göre daha düşük saptanması; üniversite mezunu annelerin daha fazla istihdam etmelerinden, çalışmalarının sonucu evde buldukları zamanda da ev işleri ile uğraşmalarından ve çocuklarına fazla zaman ayıramadıklarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çiçekler ve ark., (2012) esnaf ve ev hanımı annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya ilişkin daha fazla önlem aldıklarını, Atak ve ark., (2010) çalışan annelerin ev kazaları risklerini tanılama düzeylerinin daha yüksek olduğunu, İnanç ve ark. (2008) ise annelerin çalışma durumunun çocuğun yaralanma riskini etkilemediğini bildirmişlerdir. Bu araştırmada ise çalışan annelerin "Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik

Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamalarının (64,07±20,54) ev hanımı annelere (62,31±14,90) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,993; Tablo 3). Yine sunulan bu çalışmada, geliri giderden az olan ailelerin diğerlerine göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarının daha fazla olduğu fakat istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (p>0,05; Tablo 3). Bu bulgu ailelerin gelir düzeylerinin düşük olmasına rağmen ellerindeki imkanları ile güvenlik önlemlerini aldıklarını ve önlem almayı ertelemediklerini düşündürmektedir.

Erkek çocukların kızlara göre daha fazla risk almaları, daha sert ve hareketli oyunlar oynamayı tercih etmeleri, fiziksel ve ruhsal gelişimlerinin kızlardan daha farklı olmaları nedeniyle, çalışmalarda erkek çocukların kızlara oranla daha fazla ev kazasına maruz kaldığı bildirilmiştir (Erkal ve Şafak, 2006; Baysal ve Birinci, 2006; Özmen ve ark., 2007). Yalaki ve ark.(2010)’nın çalışmasında ise ev kazası geçiren çocukların %52’sinin erkek olduğu belirtilmiştir. Sunulan bu çalışmada erkek çocuğa sahip annelerin “Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamalarının (62,84±15,52) kız çocuğa sahip annelere (61,94±14,92) göre daha fazla olması (Tablo 4); erkek çocuğa sahip kız çocuğu sahibi annelere göre çocuklarını ev kazalarından korumak için daha fazla tedbir aldıklarını düşündürmektedir.

Özmen ve ark., (2007) ve Ozakar Akça ve ark., (2017) yaptıkları çalışmada çocuğu ev kazası geçirmiş olan annelerin geçirmeyenlere göre “Sıfır-Altı Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği”nden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiş olup, bu çalışmada Özmen ve ark. (2007) ve Ozakar Akça ve ark., (2017)’nin çalışmalarına benzer şekilde çocuğu ev kazası geçirmiş olan annelerin geçirmeyenlere göre puanının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p=0,299; Tablo 4) belirlenmiştir. Yine bu çalışmada çocukların kaza geçirdikleri ev alanı ve kaza geçiren çocuğun vücudunda etkilenen bölge ile annelerin “Sıfır-Altı Yaş Çocuklarda Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. (sırasıyla; p=0,041, p=000; Tablo 4). Bu bulgu daha önce ev kazası geçiren çocuğa sahip annelerin kaza geçirilen ev mekanlarında ve vücutlarında etkilenen bölgelere şahit olmaları nedeniyle, annelerin güvenlik önlemleri almaya başlamış olduklarını düşündürmektedir.

Annelere ihtiyaçlarına göre kazaların önlenebileceğine dair eğitim verilmesi ailelerin bu konu ile ilgili bilgi ve tutumlarını değiştireceği ve bunun sonucunda çocuklarda kaza görülmesini azaltacağı bildirilmiştir (Çelik, 2014; Sarı ve Girli, 2012). Çocukluk çağı ev kazalarını önlemek amacıyla King ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada eğitim sonrası katılımcıların %63’ünde bilgi, tutum ve uygulamalarında değişim saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (p=0,001). Altundağ ve Öztürk’ün (2007) 1-3 yaş grubu çocuğu olan annelere ev kazalarına yönelik verdikleri eğitimin sonrasında “Ev

Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği”nden alınan puan ortalamasının (186±8,29) eğitim öncesine (158,98±14,48) göre artmış olduğu bildirilmiştir. Sunulan bu çalışmada sığınmacı ve göçmen annelerin ölçekten aldıkları toplam puan ortalamalarının (62,40±15,21) yapılan literatür çalışmalarına (Akca ve ark., 2017; Altundağ ve Öztürk, 2007) göre çok düşük olması göz önüne alınarak ev kazaları ile ilgili eğitim programları düzenlenmiş ve eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarının değerlendirilmesi planlanmıştır. Fakat sığınmacı ve göçmen annelerin kendi ülkelerine dönmesi ve istatistiksel açıdan belirlenen sayıya ulaşamaması nedeniyle eğitim sonrası puanları değerlendirilememiştir.

#### *Araştırmanın sınırlılıkları*

Bu araştırma annelerin ev kazası ile ilgili bilgilerini belirlemeye yönelik çalışmalardan birisidir. Anket soruları gerekli durumlarda annelere tek tek tercüman eşliğinde açıklanmış olmasına karşın, bazı aileler ciddi olmayan kazaları önemsemediklerinden araştırmacıya kazanın olduğunu bildirmemiş olabilirler. Bu durum ev kazası insidansını düşürmüş olabilir. Ayrıca sunulan çalışmanın tek bir ilde farklı sosyo-kültürel özellikteki annelerde yapıldığı düşünülürse kültürel farklılıklar çocuk ev kazaları farkındalığını etkileyebilir.

#### **Sonuç ve Öneriler**

Önlenebilir kazalarla ilgili ailelerin çocukları için tüm tehlikelerden haberdar olmaları beklenemez. Ancak ailelere eğitim verilerek nerede ne yapmaları gerektiği öğretilbilir ve farkındalıkları arttırılabilir. Ev kazalarını önlemede eğitim anahtar bir yaklaşımdır. Çocukluk çağında görülen ev kazalarına bağlı ölümler ve sakatlıkların azalması ve güvenli ev ortamlarının oluşturulması için başta anneler olmak üzere aileye ve tüm topluma bu konuya yönelik eğitim verilmelidir. Bunun için başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları, çocuk güvenliği konusunda bireysel danışmanlığa zaman ayırmalıdır. Hemşireler, evde alınabilecek güvenlik tedbirleri ve bu tedbirlere karşın kazaların olması halinde yapabilecek ilk yardım uygulamaları konusunda aileyi bilgilendirme yapmalıdır. Ev kazaları konusunda, çocukların maruz kaldığı ev kazalarıyla ilgili ayrıntılı verilerin elde edilmesi amacıyla ülke çapında ev kazalarına yönelik bir veri tabanının oluşturulması önerilmektedir.

#### **Kaynaklar**

- Akca SÖ, Çankaya T, Aydın Z. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama düzeyleri ve annelere verilen ev kazalarına yönelik eğitimin etkisi. J Contemp Med 2017; 7(1): 50-57.
- Alasya E. 1-6 yaş grubu çocuklarda ev kazası görülme sıklığı ve annelerin ev kazaları ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012; Lefkoşa.
- Altundağ S, Öztürk MC. The effects of home safety education on taking precautions and reducing the frequency of homeaccidents. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2007;13(3):180-5.
- Atak N, Karaoğlu L, Korkmaz Y, Usubütün S. A house hold survey: unintentional injury frequency and related factors among children under five years in Malatya. The Turkish Journal of Pediatrics 2010; 52: 285- 293.

- Balibey M, Polat S, Ertem İ, Beyazova U, Şahin F. Çocukluk çağında ev kazalarına yol açan etmenler. STED 2011; 20(3): 89-97.
- Barcelos RS, Del-Ponte B, Santos IS. Intervention storeduce accidents in childhood: a systematic review. J Pediatr 2018; 94(4): 351-367.
- Baysal SU, Birinci A. Çocukluk çağında kazalar ve yaralanma kontrolü. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi 2006; 2(2): 64-79.
- Boztaş G. 0-48 aylık çocukların ev kazaları sonucu oluşan yaralanmalarına ilişkin annelerinin davranış ve görüşlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2008; Ankara.
- Büyük ET, Çavuşoğlu F, Teker E. Sıfır altı yaş arası çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanınması. DÜ Sağlık Bil Enst Derg 2015; 5(3): 17- 22.
- Çelik S. Nursing role on prevention of injury/accident to people with mental disability. J Contemp Med 2014; 4(Supp): 91-7.
- Çınar ND, Görak G. 0-6 yaş çocuklarda annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çocuk Forumu 2003; 6: 22-7.
- Çiçekler CY, Er Konuk R, Pirpir DA, Büyükbayraktar Ç. 0-6 yaş grubunda çocuğu olan annelerin ev kazasına yönelik güvenlik önlemlerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. ÇÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012; 21(3): 157-74.
- Erkal S. Identification of the number of home accidens per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidets. The Turkish Journal of Pediatrics 2010; 52(2):150-157.
- Erkal S, Şafak Ş. Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 agegroup in the Tuzlu çayır Village Clinic neighborhood. The Turkish Journal of Pediatrics 2006; 48: 56-62.
- Gündüz G, Aytekin A. Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. Behcet Uz Cocuk Hast Derg 2015; 5(3):184-192.
- Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany, E. et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. Injury Prevention 2016; 22: 3-18.
- İnanç DÇ, Baysal US, Çetin Z, Çoşgun L, Taviloğlu K, Ünüvar E. Çocukluk çağında yaralanma kontrolü: Ailenin danışmanlığı ve güvenlik danışmanlığı. Türk Pediatri Arşivi Dergisi 2008; 43(4): 127-34.
- Karatepe TU, Akış N. 0-6 Yaş çocuklarda ev kazası geçirme sıklığı ve ilişkili faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 39: 165-8.
- Kılıç B, Demiral Y. İzmir’de bir gecekondu bölgesinde evde yaralanma insidansı. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(3):27-32.
- Kim HB, Kim DK, Kwak YH, Shin SD, Song KJ, Lee SC et al. Epidemiology of traumatic head injury in Korean children. JKMS 2012; 27: 437-442.
- King WJ, LeBlanc JC, Barrowman NJ, Klassen T, Bernard-Bonnin A, Robitaille Y, et al. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized trial. Inj Prev 2005;11(2):106-9.
- Kurt FY, Aytekin A. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları. HSP 2015; 2(1): 22-32.
- Matos KF, Martins CBG. Mortality by external causes in children, teenagers and young adults: a bibliographic review. Espaçsaúde 2013; 14(1/2): 82-93.
- Morrongiello BA, Corbett M, McCourt M, Johnston N. Understanding unintentional injury risk in young children. II. The Contribution of Caregiver Supervision, Child Attributes, and Parent Attributes. J Pediatr Psychol 2006; 31(6):540-551.



- Özmen D, Ergin D, Şen N, Çetinkaya A. 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanılanması. Aile ve Toplum Dergisi 2007; 3(12): 13-20.
- Peden M, Oyegbite K, Smith J. World report on child injury prevention. World Health Organization. 15 2008; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf). Erişim Tarihi:31.08.2018.
- Phelan KJ, Khoury J, Xu Y, Lanphear B. Validation of a home injury survey. Inj Prev 2009;15(5): 300- 306.
- Sarı HY, Girli A. Accident and injury in children with developmental disabilities. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 2012;15(4):283-8.
- Sengoelgea M, Bauerb R, Laflamme L. Unintentional child home injury incidence and patterns in six countries in Europe. ICSP 2008;15(3):129-139.
- Turan T, Dündar SA, Yorgancı M, Yıldırım Z. 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010; 16(6): 552-557.
- Uskun E, Alptekin F, Öztürk M, Kişioğlu AN. Ev hanımlarının ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışları ile ev kazalarına yönelik ilkyardım bilgi düzeyleri. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2008; 14(1): 46-52.
- World Health Organization (WHO). Child injuries in context. World Report on Child Injury Prevention 2008; Geneva.
- Yalaki Z, Taşar MA, Kara N, Dallar Y. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. JAEM 2010;9 (3): 129-33.
- Yıldırım N. 1-4 yaş dönemi çocuklar için ev kazası risklerinin belirlenmesi ve bu risklerin azaltılmasında sosyal öğrenme teorisine dayalı hemşirelik girişimlerinin etkinliği. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010; Ankara.

## Sözel 41 (TAM METİN)

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM HASTA İLİŞKİSİ VE HASTAYA YAKLAŞIM

## Physician Patient Relationship And Approach To Patient In Primary Health Care

Dr. Öğr. Üyesi Sinan BULUT\*, Uzm. Dr. Özlem AYNAOĞLU HAKVERDİ\*\*

\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

\*\*Cevizlidere Aile Sağlığı Merkezi, Ankara

### ÖZET

**Giriş:** Tedavi sürecinde hasta hekim iletişimi tedavinin başarısı açısından oldukça önemlidir. Hasta hekim iletişiminin düzeyini ya da içeriğini etkileyen faktörler, genel olarak hasta veya hastalıktan kaynaklı, hekim kaynaklı ve sistem kaynaklı faktörler olarak gruplandırılabilir. Bu faktörlerin ortadan kaldırılması ya da minimize edilmesi hasta ile kurulan iletişimi daha sağlıklı hale getirerek, hasta memnuniyetini artırdığı gibi tıbbi uygulamaların da olumlu sonuçlanmasını sağlayabilmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin, bazı özel durumlarda hastaya yaklaşımları ve iletişim kurma şekillerine ilişkin bilgiler elde edilmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak tasarlanmış olan bu çalışmada 751 aile hekimine, sosyodemografik özellikler, hastaya yaklaşım ve iletişim yöntemlerini ortaya koymak için on sorunun yer aldığı bir anket formu uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Anket formunda hekimlerin, hastayla iletişimde hangi yöntemleri kullandıkları, hastalar ile yaşanan iletişim sorunlarının nedenleri, çocuk hasta, terminal dönem hastası ve mahkûm hastalar ile hangi şekilde iletişim kurduklarına yönelik sorular sorulmuştur. Ayrıca bazı sorunlu davranışlar sergileyen hastalar ile nasıl iletişim kurdukları da sorgulanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcı hekimlerin %23,80'i (178) kadın, %76,20'i (573) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcı hekimlerin %65,10'u (489) bekârdır. Aile hekimlerinin hastalar ile yaşanan iletişim sorunlarına yönelik olarak, verdikleri yanıtların 384'ünü (%18,18) "tarafının gerginliği" oluşturmuştur. Aile hekimleri "hastaya konuşma imkânı sunmayı" iletişimde en çok kullandıkları yöntem olarak belirtmişlerdir. Katılımcı hekimlerin terminal dönem hastalarda iletişimde kullandıkları yöntem olarak belirttikleri ifadelerinin %40,81'i "hastaların duygularını paylaşmaları için teşvik etme" şeklinde olmuştur. Aile hekimleri, sürekli

### ABSTRACT

**Introduction:** During the treatment process, communication between patient and physician is very important for the success of treatment. Factors affecting the level or content of the communication between patient and physician can generally be grouped as factors originating from the patient or disease, physician-originated, and system-based factors. Abolition or minimization of these factors can improve the patient's satisfaction and ensure the positive results of the medical applications by making the communication established with the patient more healthful.

**Objective:** In this research, it was aimed to obtain information about the approach of the family physicians providing primary health care services to the patients in some special cases and the way of communication.

**Material and Method:** In this research, which is designed as a descriptive research, a questionnaire which includes ten questions to reveal sociodemographic characteristics, approach to the patient and communication methods was applied to 751 family physicians. The questionnaire used in the research was formed by the researchers. In the questionnaire, physicians were asked which methods they used to communicate with patients, reasons for communication problems with patients, and questions about how they communicate with terminal period patients and prisoner patients. It was also questioned how they communicated with patients with some problem behaviors.

**Results:** Of the participating physicians, 23,80% (178) are female and 76,20% (573) are male. 65,10% (489) of participating physicians are single. 384 (18.18%) of the answers given by the family physicians to the living communication problems with the patients constituted the "tension of the parties". Family physicians have stated that "giving the patient the opportunity to speak" is the most common method of communication. 40.81% of the expressions that the participant physicians stated that they use as

konuşan hasta ile iletişimde en çok kullandıkları yöntemi %69,37 ile “konuşma süresini sınırlandırarak sağlık sorununa yoğunlaşmaya çalışmak” olmuştur.

**Sonuç:** Aile hekimleri, farklı sağlık sorunlarına sahip olan ya da farklı özellikler sergileyen hastalar ile yaşadıkları iletişim sorunlarına yönelik farklı iletişim yöntemleri ifade etmişlerdir. Aile hekimlerinin çoğunlukla tercih ettikleri iletişim yöntemlerine bakıldığında yapıcı, iletişimi etkili ve verimli kılmayı amaçlayan ve sağlık sorununa odaklanmayı hedefleyen yöntemleri tercih ettikleri görülmektedir. Hekimlerin bu yaklaşımları tedavinin ve hasta hekim iletişim sürecinin olumlu sonuçlanmasını sağlayabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İletişim, aile hekimi, birinci basamak sağlık hizmeti, hastaya yaklaşım

communication methods in terminal period patients are "encouraging patients to share their feelings". The most common method used by family physicians to communicate with patients who are constantly talking was "to concentrate on the health problem by limiting the duration of conversation" with 69.37%.

**Conclusion:** Family physicians have expressed different communication methods for communication problems with patients who have different health problems or exhibit different characteristics. When we look at communication methods that family physicians mostly prefer, it seems that they preferred methods that aim to make constructive, effective and efficient communication and to focus on health problem. These approaches of the physicians can ensure the positive result of the treatment and the communication process of patient and physician.

**Keywords:** Communication, family physician, primary, health care, approach to patient.

## Sözel 41 (TAM METİN)

### BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİM HASTA İLİŞKİSİ VE HASTAYA YAKLAŞIM

Dr. Öğr. Üyesi Sinan BULUT\*, Uzm. Dr. Özlem AYNAOĞLU HAKVERDİ\*\*  
\*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü  
\*\*Cevizlidere Aile Sağlığı Merkezi, Ankara

#### Giriş

Hasta hekim ilişkisi tedavi sürecinin temel dayanağı olarak görülmekte ve tedavinin başarısı bu ilişkinin şekline ve gücüne bağlı olmaktadır. Hasta hekim ilişkisinde iletişim ilişkisi etkileyen unsurlar arasında yer almakta ve doğru kurulan iletişim hasta memnuniyetini artırdığı gibi tıbbi uygulamaların da olumlu sonuçlanmasını sağlayabilmektedir (1).

Sosyal bir varlık olarak insanın en temel gereksinimlerinden biri iletişimdir. Bireylerin sağlığına olan eğilimi, hastalığa gösterecekleri endişe, korku ve tepkileri farklı olduğundan, sağlık personeli ile kuracakları iletişim ve beklentileri de farklılık göstermektedir. Etkili iletişim, tanı, tedavi ya da ölüm sürecinde, sağlık personeli ve hasta arasındaki ilişkiyi etkiler. Sağlık personeli etkili iletişim kurma metotlarını tam anlamıyla uygulayarak, kişilerin sağlık hizmeti alma durumuna pozitif yönde katkıda bulunabilmektedir. İletişimsel başarı sağlık personelinin, hastanın sahip olduğu düşünceleri anlamasına, hastanın ise sağlık personelinin ne anlattıklarını anlamalarına bağlıdır. Kısaca hastaya tanısını söylemede ve tedavi etmede başarılı olma, hastalarla kurulabilecek etkili iletişime bağlıdır (2).

İletişim teknikleri yanlış kullanıldığında hastayla doğru ilişki kurulamamakta, birey kendini ve gereksinimlerini ifade etme olanağı bulamamakta ve bu durum bireyde yeni sorunlara yol açmaktadır (3). Ancak, hasta ile kurulacak sağlıklı iletişimle duygularını daha iyi kontrol edebileceği, doktorun hastanın ihtiyaçlarını daha sonuç odaklı bir biçimde belirleyebileceği ve bir anlamda psikolojik destek de sunarak hastanın zihinsel iyileşmesine katkı sunacağı belirtilmektedir (4). Hekimler açısından da zorlu tedavi süreçleri etkili iletişimle kolaylaşacak ve şikâyetleri artan hasta, yerini, hekimle ve tedavi yöntemiyle iş birliği yapan, iyileşmeye odaklanmış bireye bırakacaktır. Bu durum, hekimlerin yoğun iş stresiyle mücadele etmesini kolaylaştıracak ve pozitif sonuçlar ile başarılı iş yapma tatmini sunacaktır (4). Diğer taraftan, sağlık hizmeti alma amacıyla hekime başvuran hastalar ise hekimleri ile ilişkilerinin resmiyetten uzak ve samimi olmasını tercih etmektedirler. Hekimlerinin kendilerini her bir görüşmeden sonra daha iyi tanıyacağını bu nedenle hekimlerinden herhangi bir nedenle ayrılmalarının sonuçlarının olumsuz olacağını belirtmektedirler. Hastalar ancak zaman

içerisinde hekime güvenebilmekte ve gerçek duygu ve düşüncelerini açabilmektedirler ve hekime bağlılık oluşabilmektedir (5). Hasta bağlılığı, hekimin hastaya yaklaşım şeklinin yanında, bir takım faktörlerden etkilenmekte olup bu faktörler, sağlık sistemi ya da hizmet sunucu hasta ilişkisi, sağlık sorunu, tedavi, hasta karakteri ve sosyoekonomik faktörler olarak sıralanmaktadır (6).

Hekim hasta ilişkisinde dört model ifade edilmektedir. Hekimin, hasta için en iyi olanı kendisinin bildiğini ifade etmesi olan babacıl model, hekimin hastaya kendi kararını vermesinde yardımcı olmasına dayanan bilgilendirici model, hastayla birlikte karar verme yorumlayıcı model ve karşılıklı görüşme sonucu hekim hastasına en iyi ve olması gerektiğine inandığı tedavi yöntemini söylemesi ve hastasıyla bu durumu tartışarak hastayı bilgilendirmesi ise müzakereci model olarak ifade edilmektedir (7).

Hasta ile iletişim, hastaya yaklaşım şeklinin sağlık hizmeti sunumundaki süreçlerde önemli bir yeri olduğu yadırganamaz bir gerçektir. Bu ilişki karşılıklı sergilenen tutum ve davranıştan etkilenmektedir. Hastaların sağlık sorunları veya tutum ve davranışları hekim ile ilişkisini belirleyebilmekte, hekimin hastaya yaklaşım veya kullandığı iletişim yöntemini farklılaştırabilmektedir. Benzer şekilde hekimin iletişim şeklide hastanın sürece katılımını etkilemektedir. Bu çerçevede, bu araştırmada birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin bazı özel durumlarda hastaya yaklaşımları ve iletişim kurma şekillerine ilişkin bilgiler elde edilmesi amaçlanmıştır.

## **Metod**

Tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak tasarlanmış olan bu araştırmada herhangi bir örneklem seçilmemiş olup, araştırmaya Ankara ilinde aile hekimlerine yönelik yapılan eğitimlere katılan farklı illerde görev yapan 751 aile hekimi katılmıştır. Araştırmada aile hekimlerinin sosyo demografik durumları, hastaya yaklaşım ve iletişim şekillerini ortaya koymak için on sorunun yer aldığı bir anket formu uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Anket formunda hekimlerin, hastayla iletişimde hangi yöntemleri kullandıkları, hastalar ile yaşanan iletişim sorunlarının nedenleri, çocuk hasta ve terminal dönem hastası ile hangi şekilde iletişim kurduklarına yönelik sorular sorulmuştur. Ayrıca bazı sorunlu davranışlar sergileyen hastalar ile nasıl iletişim kurdukları da sorgulanmıştır. Anketten elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programında analiz edilmiştir.

## **Bulgular**

Araştırmaya 751 aile hekimi katılmıştır. Katılımcı hekimlerin %23,80'i (178) kadın, %76,20'si (573) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcı hekimlerin yaş ortalaması 28,40±4,48 dir. Araştırmaya katılan hekimlerin %34,90'ı (262) evli iken, %65,10'u (489) bekârdır. Katılımcı hekimlerin ortalama çalışma süreleri 2,5 yıl olarak bulunmuştur.

Araştırmada, hastalar ile yaşanan iletişim sorunlarına yönelik olarak, aile hekimlerinin verdikleri yanıtların 384'ünü (%18,18) "Tarafların Gerginliği" oluşturmuştur. Bir diğer iletişim sorununun sebebi ise 348 (%16,48) defa ifade edilen ile "Sözlü ve Sözsüz İletişimde Uyumsuzluk" olmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hasta ile iletişim sorunu yaşama sebepleri

<b>Hasta ile iletişim sorunu yaşama sebepleri*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Tarafların gerginliği	384	18,18
Sözlü/sözsüz iletişimde uyumsuzluk	348	16,48
Hastanın isteksizliği	296	14,02
Dil sorunu	291	13,78
Yanlış bilgi kullanımı	154	7,29
Eksik mesaj	113	5,35
Amaca uymayan mesaj	106	5,02
Fiziksel ortam	101	4,78
Diğer	91	4,31
Aşırı izin verici tutum	86	4,07
Duyu kaybı	82	3,88
Aşırı kontrol	37	1,75
Sorun yaşanmıyor	23	1,09
<b>Toplam</b>	<b>2112</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

**Tablo 2.** Hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler

<b>Hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Konuşma imkânı sunmak	671	18,82
Duygularını anladığını ifade etmek	598	16,77
Oneride bulunmak	595	16,69
Konuşulanları özetlemek	371	10,40
Olumlu pekiştireç kullanmak	345	9,67
Açıklama istemek	277	7,77
Yorum yapmak	227	6,37
Mantıksal karşı koymak	151	4,23
Varsayım üretmek	124	3,48
Hastanın sessizliğini paylaşmak	60	1,68
Konuyu değiştirmek	55	1,54
Onaylanmayacak durumu onaylamak	32	0,90
Sorgulamak	23	0,64
Sürekli nasihat etmek	17	0,48
Basmakalıp konuşmak	15	0,42
Yanlış güvence vermek	5	0,14
<b>Toplam</b>	<b>3566</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 2 de yer alan hekimin hastası ile iletişimde kullandığı yöntemlere bakıldığında, hekimlerin ifade ettikleri yöntemlerin başında "Hastaya Konuşma İmkânı Sunmak" ifadesi

yer almaktadır. 671 hekim “Hastaya Konuşma İmkânı Sunmak” yöntemini belirtmiştir. İkinci olarak en çok ifade edilen yöntem ise “Duygularını Anladığını İfade Etmek” olmuştur. En çok belirtilen bir diğer yöntem ise 595 hekimin belirttiği “Öneride Bulunmak” yöntemi olmuştur. Hasta ile iletişimde hekimlerin en az başvurduğu yöntemler ise “Sorgulamak, Sürekli Nasihat Vermek, Basma Kalıp Konuşmak, Yanlış Güvence Vermek” olmuştur (Tablo 2).

Araştırmada ayrıca çocuk hastalar ile iletişimde kullanılan yöntemlerde değerlendirilmiştir. Aile hekimlerinin 639’unun (%43,15) verdiği cevap “Çocuk İle İletişim Halindeyken Ebeveyninden de Bilgi Almak” olmuşken, en az ifade edilen cevap ise “Çocuk İle İletişime Geçmeden Direkt Ebeveyn İle İletişime Geçmek” olmuştur (Tablo 3).

**Tablo 3.** Çocuk Hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler

<b>Çocuk Hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Çocuk ile iletişim halindeyken ebeveyninden de bilgi almak	639	43,15
Çocuk ile göz göze aynı hizada konuşmak	299	20,19
Oyunla çocuktan bilgi almak	266	17,96
Çocuğu konuşturmak için vaatlerde bulunmak	158	10,67
Çocuk ile iletişime geçmeden direkt ebeveyn ile iletişime geçmek	119	8,04
<b>Toplam</b>	<b>1481</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimler çocuklar ile iletişim kurmada ayrıca, “Oyunla Çocuktan Bilgi Almak” ve “Çocuk İle Göz Göze Aynı Hizada Konuşmak” gibi yöntemleri de tercih etmektedirler (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hekimlere terminal dönemde olan hastaları ile iletişimlerinde hangi yöntemleri kullandıkları sorulmuş ve katılımcı hekimlerin 502’si yanıtlarında (%40,81’i) bu hastaların “Duygularını Paylaşmaları İçin Teşvik Ettiklerini” belirtmişlerdir. Katılımcı hekimlerden 255’i ise “Hastaların Geçmişi Değerlendirerek Bugün Yapabileceklerini Gözden Geçirmeye” yönelik iletişim sağlama yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı hekimlerin sadece 76’sı “Hastalarının Durumunun Ağır Olduğunu Söylemeyi” tercih ettikleri görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo 4.** Terminal dönemde olan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler

<b>Terminal dönemde olan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Duygularını paylaşması için teşvik etmek	502	40,81
Geçmiş gözden geçirip bugün yapılabilecekleri gözden geçirmek	255	20,73
Kalan günler için kısa hedefli planlar yapmak	163	13,25
Gelecekte onun adına neler yapılmasını istediğini konuşmak	116	9,43
Hastalığı hakkındaki soruları geçiştirerek konuyu değiştirmek	85	6,91
Hastanın durumunun ağır olduğunu söylemek	76	6,18
Terminal dönem hastam olmadı	19	1,54
Cevap yok	14	1,14
<b>Toplam</b>	<b>1230</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

**Tablo 5.** Ağlayan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler

<b>Ağlayan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Ağlaması ya da sorunları konusunda konuşup konuşmama kararını hastaya bırakırım	524	41,16
Teselli etmeye çalışırım	316	24,82
Ağlamasını durdurmaya çalışırım	136	10,68
Huzursuz olurum	119	9,35
Kolaylık sağlamak için üçüncü şahıs kullanırım	106	8,33
Ağlama sebebi konuyu değiştirmeye çalışırım	72	5,66
<b>Toplam</b>	<b>1273</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Ayrıca araştırmada, katılımcı aile hekimleri ağlayan hastaya yönelik olarak kullandıklarını belirttikleri yöntemlerin %41,16'sı "Ağlaması Ya Da Sorunları Konusunda Konuşup Konuşmama Kararını Hastaya Bırakırım" yöntemi olmuştur. Aile hekimlerinin ikinci olarak en çok başvurdukları yöntem ise %24,82 ile "Hastayı Teselli Etmeye Çalışmalarıdır"(Tablo 5).

**Tablo 6.** Cinsel içerikli konuşan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler

<b>Cinsel içerikli konuşan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Uygun davranış biçimi öneririm	378	35,53
Hastayı kibarca uyarırım	266	25,00
Yargılamadan hastaya rahatsız olduğumu ifade ederim	260	24,44
Psikiyatriste sevk ederim	111	10,43
Hastaya kızarım	41	3,85
Böyle hastam olmadı	8	0,75
<b>Toplam</b>	<b>1064</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırmada aile hekimlerine sağlık sorunu dışında cinsel içerikli konulardan bahseden hastaları ile nasıl iletişim kurduğuna yönelik hangi yöntemleri kullandıklarını da sorulmuştur. Katılımcı aile hekimlerinin kullandığı yöntem olarak ifade ettikleri yöntemlerin %35,53'ünü "Hastaya Uygun Davranış Biçimi Önerme" şeklinde olmuştur. Katılımcı aile hekimleri tarafından "Hastayı Kibarca Uyarma" ifadesi, %25 ile en çok kullanılan ikinci yöntem olarak ifade edilmiştir. Aile hekimlerinden 8 hekim ise hastaya kızacağını belirtmiştir (Tablo 6).

**Tablo 7.** Hekim hakkında kişisel sorular soran hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler

<b>Hekim hakkında kişisel sorular soran hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Kendimden söz edemeyeceğimi söyleyerek sağlık sorununa ilişkin konuşurum	409	47,45
Duymamazlıktan gelir konuyu değiştiririm	236	27,38
Öğrenmek istediklerini söylerim	193	22,39
Hastaya kızarım	19	2,20
Kısıtlı bilgi verip konuyu değiştiririm	3	0,35
Espirili yanıt veririm	1	0,12
Cevap yok	1	0,12
<b>Toplam</b>	<b>862</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.



Araştırmada, gittiği aile hekimine kişisel sorular soran hastaya karşı hekimin tutumu da sorgulanmıştır. Katılımcı hekimlerin ifadelerinin %47,45'i "Kendimden Söz Edemeyeceğimi Söyleyerek Sağlık Sorununa İlişkin Konuşurum" şeklinde olmuştur. Hekimlerin ifadelerinin %27,38'i ise "Duymamazlıktan Geleceğini Ve Konuyu Değiştireceği" şeklinde olmuştur (Tablo 7).

**Tablo 8.** Sürekli konuşan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler

<b>Sürekli konuşan hasta ile iletişimde kullanılan yöntemler*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Konuşma süresini sınırlandırarak sağlık sorununa yoğunlaşmaya çalışırım	607	69,37
Konuşmasını sonlandırmasını sabırla beklerim	123	14,06
Bir mazeret uydurup hastadan kurtulmaya çalışırım	80	9,14
Mümkün olduğunca vakit ayırıp sohbet ortamı yaratırım	63	7,20
Diğer	2	0,23
<b>Toplam</b>	<b>875</b>	<b>100,00</b>

\*Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırmada aile hekimlerine, muayene sırasında sürekli konuşan bir hastaya nasıl bir yaklaşım da bulunacakları da sorulmuş olup, katılımcı aile hekimlerinin ifadelerinin %69,37'si hastanın konuşma süresini sınırlandırarak sağlık sorununa yoğunlaşmaya çalışacağını belirtmiştir. Hekimlerin ifadelerinin %7,20'si ise "Hastaya Mümkün Olduğunca Vakit Ayırıp Sohbet Ortamı Yaratacağı" şeklinde olmuştur (Tablo 8).

### **Tartışma ve Sonuç**

Hekim-hasta ilişkisi, her iki tarafın da birbirinden karşılıklı olarak etkilendiği bir süreçtir. Bu süreçte, görüşmeler sırasında edinilen izlenimler, sorunun tanımı ve çözümü açısından oldukça önemlidir (8).

Araştırmada aile hekimlerinin büyük çoğunluğu hastalar ile iletişim sorunu yaşadıklarını belirtmişken 23 hekim hasta ile iletişim sorunu yaşamadığını belirtmiştir. Hekimlerin en sık belirttiği iletişim sorunu sebebi ise hasta ve hekimin gerginliği ve iletişimde uyumsuzluk olduğudur. Hastaların sağlık durumları nedeniyle içinde buldukları psikolojik durum hastalarda gerginliğe, strese veya çevresine karşı farklı davranışlar sergilemelerine sebep olabilmektedir. Öte yandan hekimlerin iş yüklerinin fazla olması gibi işyeri kaynaklı etkenler veya hekimden kaynaklı etkenler sebebiyle stres yaşayabilmektedirler. Hem hekimin hem de hastanın içinde bulunacağı psikolojik durumun, hekim ve hasta arasında gerginliklere neden olduğu değerlendirilmiştir. Yine kimi zaman hastanın istekleri veya sağlık okuryazarlığı yetersizliği sebebiyle hekimden beklentilerin karşılanmaması da hasta hekim arasında iletişimin kopmasına veya uyumsuzluklara sebep olmaktadır.

Aile hekimleri hastalarla yaşadıkları iletişim sorunlarına yönelik çözüm yöntemlerini, hastanın daha fazla konuşmasını sağlama, önerilerde bulunma ve hastayı anladığını ifade

ederek sağlamaktadırlar. Hastayı merkeze alan bir iletişim biçimi olarak da değerlendirilen bu ilişki de dinlemenin, sessizlik süreçlerine katlanabilmenin, hastanın endişelerini yorumlamanın, ona açıklamada ve geri bildirimde bulunmanın önemli olduğu belirtilmektedir (9). Birey merkezli süreç, aile hekimliği çekirdek yeterliliği olarak ifade edilmekte, bu kapsamda hastanın sorunları ve gereksinimleri doğrultusunda iletişim kurmanın önemi belirtilmektedir (10). Ancak, hasta-hekim iletişiminin çoğunlukla hastalığın durumu ve tedavi formülasyonu ile ilgili tartışmalara odaklanmasına rağmen, bu tartışmaların başarısının, büyük ölçüde hastaların hastalıklarını ve tedavisini ne ölçüde anladıklarına bağlı olduğu yönünde yaygın bir varsayımın olduğu da belirtilmektedir (11).

Hastalara yaklaşımda sosyo demografik özelliklerde belirleyici olabilmektedir. Çocuk hastalar ile iletişim kurma yetişkin hastaya göre daha farklı yöntemlerin kullanılmasını gerektirebilmektedir. Çocuk ile doğrudan hastalığına veya şikâyetlerine yönelik bilgi almak mümkün olmamakta ya da yetersiz olabilmektedir. Araştırmaya katılan hekimler bu tip durumlarda çocuğun ebeveynlerinden yararlanma, çocuk ile aynı hızda konuşarak baskın kişilik algısını giderme ve oyun gibi çocuğun ilgisini çeken etkinliklerle çocuktan bilgi alma yöntemlerini kullanmaktadırlar. Hekimlerin çocuklar ile iletişimde arkadaşlık kurma gibi bir yola başvurdukları görülmektedir. Nitekim sağlıklı bir iletişimin gerçekleşmesi için doktor hasta ilişkisinin arkadaşlık ilişkisi formatında olması gerektiği belirtilmektedir (12). Çocuk hastalar ile arkadaşlık çerçevesinde iletişim kurmanın yanı sıra ebeveynleri ile iletişim kurmak ta önemli olmaktadır. Özellikle palyatif bakım gerektiren çocuklarda aile ile iyi bir iletişim kurmak ve iş birliği içerisinde hareket etmek önemli bulunmaktadır (13).

Hastaya özgü yöntemlerin kullanılmasını gerektiren çocuk hastalar gibi iletişim kurulurken hassasiyetle davranılması gereken bir diğer hasta grubu da terminal dönem hastaları olmaktadır. Araştırmada aile hekimleri terminal dönem hastaların içerisinde buldukları psikolojik durumlarını göz önünde bulundurarak çoğunlukla hastaların duygularını ve düşüncelerini paylaşmalarını sağlayarak onların rahatlama ve sağlama yöneltmektedirler. Yağbasan (2005), tarafından yapılan çalışmada hekimlerin sert mizaçlı, sinirli olmalarının hastaların soru sormamalarında, buna karşılık sempatik davranış sergilemelerinin de ayrı oranda hastaların soru sormalarında etkili bir unsur olduğu bulunmuştur (12). Ayrıca terminal dönem hastaların duygularını öğrenebilmek için doğrulama yapmak, empati kurmak hekim hasta ilişkisini güçlendirmekte ve sonraki adım olan bakım planına uyumu kolaylaştırmaktadır (13).

Aile hekimleri, ağlayan, cinsel içerikli konuşan, hekime özel sorular soran veya sürekli konuşan hastalar ile karşılaşabilmektedirler. Zor hasta olarak da nitelendirilen bu hastalar ile iletişimde olan sağlık hizmet sunucuları için, bu hastalar büyük oranda stres kaynağı olmaktadır (14). Araştırmaya katılan aile hekimleri, kendilerine başvuran ve muayene

sırasında bu gibi beklenmedik davranışlar sergileyen hastalara yönelik farklı iletişim yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Aile hekimleri çoğunlukla bu tür hastaları yadırgamayarak daha yapıcı ve sağlık sorunu hakkında konuşmak üzere çeşitli girişimlerde bulunmaktadır. Aile hekimlerinin bu tür hastalarda temel amacı hastayı sergilemiş olduğu davranıştan vazgeçirerek tedaviye yönelik iletişim kurmaktır. Bunu da hastaya öneride bulunmak, uygunsuz söylemleri duymamazlıktan gelmek veya hastayı uygun ve yapıcı bir dille uyarmak şeklinde yapmaktadırlar. Çıtak (2011), tarafından hemşireler ile yapılan bir çalışmada, ağlayan hastalara yaklaşımlarına yönelik katılımcı hemşirelerin %72,7'sinin “Ağlamasını durdurmaya çalışmadan bir süre yanında kalır, konuşup konuşmama kararını hastaya bırakır ve bu tür duyguların yaşanabileceğini belirtirim” yaklaşımında bulunacaklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, kendileri hakkında özel yaşama ilişkin soru soran hastaya yaklaşımlarında “Sadece bakımıyla ilgilendiğimi, bu tür sorulara cevap veremeyeceğimi söylerim” seçeneği ise en çok işaretlenen yanlış yaklaşım olarak belirtilmiştir (15). Bilişli (2017), tarafından tıbbi sekreterler ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %27,07'si zor hastalar ile baş etmek için “Sakin yaklaşıyorum hastayı rahatlatıyorum” şeklinde bir yaklaşımda buldukları belirtilmiştir (14).

Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu hastalarda anlaşılmayı kolaylaştırma için izlenmesi gereken adımlar arasında hasta ile basit dilde konuşmak ve hastaya saygılı, duyarlı olmak da belirtilmektedir (16). Hasta merkezli sağlık hizmetinin, hasta ihtiyaçlarını dikkate almak ve anlamak, hastaların tedavi sürecine katılmalarını sağlamak ve hasta ile hekim arasında etkileşimi geliştirmek olmak üzere üç önemli ayağı bulunmaktadır (17). Aile hekimlerinin uygulamaları dikkate alındığında hasta ile iletişim sırasında hasta merkezli yaklaşımlar sergiledikleri görülmektedir. Hastalar ile kurulacak iyi bir iletişim, iyi bir hasta öyküsü almayı sağlamakta, yanlış hastalıkla uğraşmayı veya hastanın mükerrer olarak aynı hastalık için aynı doktoru ziyaret etmesini de önlemektedir. Literatürde, hasta merkezli yaklaşımın, genel olarak hastayı daha fazla memnun ettiği, hasta hekim iletişiminde uyum sağladığı, anlaşılma ve hasta endişelerini gidermede etkili olduğu belirtilmektedir (18). Bu çalışmada da aile hekimlerinin çoğunlukla iletişimde hastayla uyuma yönelik yöntemler tercih ettikleri bulunmuştur. Hekimin hastasına karşı ilgili olması, hastasına sabır göstermesi, güler yüzlü ve hoşgörülü olması, hastalara karşı saygılı olması, her hastaya hekimin eşit davranması, hekimin hastanın güvenini kazanması, hekimin hastayla yardım edici nitelikte bir iletişim kurması hekimlere tavsiye edilen iletişim biçimleri olarak belirtilmektedir (19).

Her ne kadar hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığın tanısı, tedavisi ve hastanın yatış süresi, kişiler arası etkileşim gibi unsurlar, hasta memnuniyetini etkilese de hasta ve sağlık personeli arasındaki başarılı iletişim ve etkileşim; hasta tatmini ve hizmet kalitesini etkileyen anahtar faktör olarak belirtilmektedir (20, 21). Bu kapsamda, sağlık hizmeti sunumunda hasta hekim iletişimi ve hastaya yaklaşım şekilleri, hasta hekim ilişkisini etkileyen tüm faktörler göz önüne alınarak

değerlendirilmeli, gerek tıp fakülteleri, gerekse diğer sağlık hizmet sunucularının yetiştirildiği alanlarda, hasta hekim ilişkisine yönelik eğitimler ile sağlık hizmet sunucuları desteklenmelidir.

## Kaynaklar

1. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 33(2): 91-96
2. Dülgerler Ş, Çam O. Kanser tanısı konan hastalarda tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* Ocak 2016; 2(1): 15-19
3. Üstün B. Çünkü iletişim çokşeyi değiştirir!. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005; 8(2): 88-94
4. Geçer E. Sağlık haberciliği ve hasta-hekim ilişkileri: Etkileşimler ve riskler. *Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi* 2018; 3(5): 169-180.
5. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kurtoğlu E. ve Yıldırım E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012; 16: 107-112.
6. Zolnierok HKB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47:826-34.
7. Karsavuran S, Kaya S. Akturan S. Hasta hekim iletişiminde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2011; 2: 185-212.
8. Atilla G, Oksay A, Erdem R. Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* 2012; 43: 23-37
9. Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. *Tıbbi Etik Derg* 1995; 3(2-3): 59-65.
10. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2012; 16(3): 107-12
11. Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005;14:831-845.
12. Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2005; 19: 609-630.
13. Kabalak AA, Öztürk H, Çağır H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 2013;11:56-70.
14. Bilişli Y, Altaş B, Zetter SA. Nitelikli sağlık iletişimini engelleyen bir unsur olarak “Zor Hasta” *Health Care Acad J* 2017; 4(4): 289-300
15. Çıtak EA, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin “zor hasta” olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011; 13(1): 35-44.
16. Williams MV, Davis TC, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med* 2002; 34: 383-9.
17. Çiftçioğlu BA, Ordun G. Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik araştırma. *Öneri Dergisi*, 2010; 34, 109-118.
18. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der MH. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003;88:658-65.
19. Çelik F. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008, Konya
20. Taşçı İ. Hekim hasta ilişkisinin psikolojik boyutları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2013; 6(2): 25-36
21. Liederman EM, Morefield CS. Web messaging: a new tool for patient-physician communication. *J Am Med Inform Assoc* 2003;10:260-70.

## Sözel 42 (ÖZET)

### ÇOCUK İSTİSMAR OLAYLARININ PROFİLİNİN İNCELENMESİ: TİRAJİ YÜKSEK ULUSAL BİR GAZETE ÜZERİNDEN 2015-2017 YILLARI

#### Investigation Of The Profil Of Child Abuse Events: Circulation Is High Through A National Newspaper 2015-2017 Years

Arş. Gör. Dr. Şenay ŞERMET KAYA\*, Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK\*,  
Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK\*\*

\*Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra and Vefa Küçük SYO, Halk Sağlığı Hemşireliği AD

\*\*Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra and Vefa Küçük SYO, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD

#### ÖZET

**Amaç:** Çalışma, son yıllarda giderek artan çocuk istismar olaylarının profilini, tirajı yüksek bir gazete üzerinden ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki araştırmada, 2018 yılı Ocak ayında tirajı en yüksek gazetede son üç yılda yayınlanan konu ile ilgili haberler belirlenmiş ve çalışma kriterlerini sağlayan 60 haber incelenmiştir. Veriler, literatür taranarak oluşturulan 9 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Haberlerin dahil edilmesinde anket sorularını cevaplayacak yeterlilikte bilgiye sahip olması dikkate alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımları kullanılmıştır.

**Bulgular:** Haberler incelendiğinde; istismar olaylarının % 28.3'ünün İç Anadolu, % 20'sinin Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşandığı, istismara uğrayan kişilerin, % 50'sinin 11-16 yaş grubunda olduğu, % 76.7'sinin kız olduğu belirlenmiştir. Faillerin % 30'unun mağdurun ailesinden biri olduğu, % 28.3'ünün ise çevreden bir kişi olduğu, % 16.7'sinin 33-43 yaş ve % 16.7'sinin 55-65 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Faillerin eğitim düzeyi ile ilgili sadece % 23.3'ünün bilgisi bulunmakta olup, % 16.7'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Haberlerin % 41.6'sında istismarın çocuğun kendisi tarafından fark edildiği, % 46.7'sinde ailenin istismara tepkisinin emniyete şikayet etme şeklinde ve % 11.7'sinin tepkisiz kalma şeklinde olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Araştırma sonunda, konu ile ilgili literatür ışığında araştırma sonuçları ve öneriler sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** İhmal, istismar, çocuk istismarı, çocuk ihmali

#### ABSTRACT

**Objective:** The aim of the study was to reveal the profile of the increasing number of child abuse cases in recent years through a high circulation newspaper.

**Material and Methods:** In the descriptive study, news related to the topic published in the last three years in the highest circulation newspaper in January 2018 was determined and 60 articles that provided the study criteria were examined. The data were collected by a 9-question questionnaire prepared by searching the literature. The inclusion of the news has taken into account the fact that it has sufficient competence to answer survey questions. Number and percentage distributions were used in the evaluation of the data.

**Results:** When the news is examined; 28.3% of the abuse cases were in Central Anatolia, 20% were in Eastern Anatolia Region, 50% were in the 11-16 age group and 76.7% were girls. It was determined that 30% of the victims were one of the victim's family, 28.3% of them were living near, 16.7% of them were in the ages of 33-43 and 16.7% of them were in the 55-65 age group. Only 23.3% of the respondents were educated and 16.7% of them had a bachelor's degree. In 41.6% of the news, it was determined that the child was perceived by the child, 46.7% of the family reaction was in the form of complaint and 11.7% of them were unresponsive.

**Conclusion:** At the end of the research, research results and suggestions were presented in the light of the related literature.

**Key words:** Neglect, abuse, child abuse, child neglect

## Sözel 43 (ÖZET)

# CİNSEL İSTİSMAR ve ÖNLENMESİNDE ÇOCUK HEMŞİRESİNİN ROLÜ

## Role Of Child Nursing In Sexual Abuse And Prevention

Hemşire Tuğba CENGİZ

Hitit Üniversitesi Erol Olçak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

### ÖZET

Toplumun geleceğinde katkı payı çok yüksek olan gençlerin fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olması, kendi değerlerinin farkında olarak yetişmesi ve bu değerleri insanlığın yararına kullanabilmesi için sağlıklı bir çocukluk geçirebilmesi önem taşımaktadır. Çocuklarda cinsel istismar; gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun erişkin kişi tarafından cinsel doyum için kullanılmasına denmektedir. Çocuğa karşı yapılan cinsel istismar çocuğun hayatının tamamına yansıyan psikolojik ve fizyolojik etkileri olan bir şiddet türüdür. Çocuk istismarı tipleri arasında anlaşılması en zor olan cinsel istismar, sık rastlanan bir olgu olmakla beraber genellikle gizli kalmaktadır. Bu sebeple, cinsel istismar hakkında kesin verilere ulaşmak oldukça zordur. Dünyada kadınların %20'sinin, erkeklerin ise %5-10'unun çocukluk çağlarında cinsel istismara maruz kaldıkları, saptanan cinsel istismar vakalarının %20-25'inin ensest vakaları olduğunu saptanmıştır. Türkiye'de geriye dönük yapılan bir incelemede yetişkinlerin %2.5'inin çocukluk çağında cinsel istismara uğradığı belirlenmiştir. Yine Türkiye'de görülen çocuk cinsel istismar olgularında istismarcının, %77'sinin aile, %11'inin diğer akrabalar olduğunu saptanmıştır. Dünyada ve Türkiye'de cinsel istismarın kız çocuklarında, erkek çocuklarına göre 3 kat fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Çocuk hemşireleri; cinsel istismar tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki sorumluluklar taşır. Cinsel istismarı önlemek için toplumu eğiterek, duyarlı ve bilinçli hale getirebilmek için televizyon, gazete, sosyal medya gibi iletişim araçlarından yararlanılarak konunun ciddiyeti ve önemi vurgulanabilir. Çocuklara karşı davranış değiştirme yönünde ailelere rehberlik yapılabilir. Doğumdan itibaren risk grubu aileler belirlenerek çocuk gelişimi ve psikolojisi konusunda eğitim verilebilir. Çocuğun ruh sağlığının; onun hayatı ve kişiliği üzerinde çok önemli etkisi olduğu düşünülerek çocuk esirgeme kurumları gibi birimlerdeki çocuklar için "koruyucu aile hizmetleri" yaygınlaştırılabilir. Çocuklara karşı yapılan cinsel saldırı bir hastalık değil, cinsel dokunulmazlığa karşı alınan bir suç olarak ele alınmalıdır. Tasarladığımız bu çalışmada çocuklarda cinsel istismar ve istismarın önlenmesine yönelik çocuk hemşiresinin rolünü ele almak ve farkındalığı arttırmak hedeflenmiştir.

**Anahtar kelime:** çocuk, istismar, çocuk hemşiresi.

### ABSTRACT

It is important that young people who have a very high share of contribution in the future of the society are healthy in terms of physical and mental health, that they are aware of their own values and that they can have a healthy childhood so that they can use these values for the benefit of mankind. Sexual abuse of children is defined as a child who has not completed development and whose age is young is called for sexual satisfaction by an adult person. Sexual abuse against a child is a kind of violence that has psychological and physiological effects that are reflected to the whole of the child's life. Sexual abuse, the most difficult to understand among the types of child abuse, is often confidential, with frequent occurrence. For this reason, it is difficult to reach a definite conclusion about sexual abuse. It has been determined that 20% of women and 5-10% of men in the world are exposed to sexual abuse during childhood, and 20-25% of detected sexual abuse cases are incest cases. In Turkey, a retrospective examination of childhood it was determined that 2.5% of adults sexually abused. Again, the abuser in the child sexual abuse cases seen in Turkey, 77% of parents, other relatives were found to be 11%. Sexual abuse of girls in the world and in Turkey, have been reported three times more than the boys.

Pediatric nurses take ethical, moral and legal responsibilities which are involved in the diagnosis and treatment of sexual abuse. The seriousness and importance of the subject can be emphasized by using communication media such as television, newspaper, social media to educate the society and to make it sensitive and conscious in order to prevent sexual abuse. Families can be guided to change behavior towards children. From the time of birth, parents of risk groups can be identified and given training on child development and psychology. "Preventive family services" for children in units like child protection institutions can be widespread because the mental health of the child is considered to be a very important influence on his life and personality. Sexual assault against children should be treated as a crime against sexual immunity, not as a disease. In this study, it is aimed to raise awareness and raise the role of child nurses in preventing sexual abuse and abuse of children.

**Key words:** child, abuse, child nurse.

## Sözel 44 (TAM METİN)

### TIP ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA UYGULANAN ŞİDDETE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ: KALİTATİF BİR ÇALIŞMA

#### Medical Students' Views Of Violence Against Health Workers: A Qualitative Study

Doç. Dr. Ayşe GÜROL\*, Prof. Dr. Sevinç POLAT\*\*, Okutman Seval USLU\*, Prof. Dr.  
M. Fevzi POLAT\*\*\*, Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Uzunçakmak\*\*

\*Atatürk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

\*\*Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

\*\*\*Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi

#### ÖZET

**Giriş:** Son yıllarda dünyanın her yerinden her türlü şiddetin arttığı rapor edilmektedir. Sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadır.

**Amaç:** Bu çalışma, tıp öğrencilerinin hastanede çalışan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Bu çalışmada nitel araştırma tekniği olan odak grup görüşmesi ve yüz-yüze derinlemesine görüşme tekniği kullanıldı. Ocak 2018'de on iki intern hekim ile görüşme yapıldı. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür incelemesi yoluyla hazırlanan yarı yapılandırılmış anket formu kullanılarak toplandı. Görüşmeler sırasında bir ses kayıt cihazı kullanıldı ve yüz yüze görüşmeler uygun bir fiziksel ortamda gerçekleştirildi. Toplanan veriler içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Bütün katılımcılar, sağlık çalışanlarının en çok acil servislerde şiddete maruz kaldığını; medyada çok sayıda sağlık çalışanına şiddet uygulanmasıyla ilgili haberin çıktığını ve gittikçe daha yaygın hale şiddeti durdurmak için herhangi bir yasal önlemin olmadığını, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için gerekli yasal düzenlemelerin hazırlanması ve halka yönelik eğitimler verilmesi gerektiğini belirtmiş.

**Sonuç:** Sonuç olarak, şiddetle ilgili yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Medyada yer alan gündem haberlerinde şiddetin olabilecek bir davranışmış gibi gösterilmesi önlenmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Görüş, hastane, intern, şiddet, tıp öğrencisi

#### ABSTRACT

**Introduction:** It is reported that violence has increased all over the world in recent years. Healthcare providers are attacked 16 times more than others who work in other business areas.

**Aim:** This study was conducted to determine the views of medical students' regarding with the violence against health workers working in the hospital.

**Methods:** The study used the method of focus group interviews and face-to-face in-depth interviews for qualitative studies. Interviews were held with the twelve medical students on January 2018. Data was collected using a semi-structured questionnaire prepared by the investigators through screening. A voice-recording device was used during the interviews, face-to-face interviews were held in a suitable physical environment. The collected data was analyzed using the content analysis method.

**Results:** All participants noted that health workers were the most exposed to violence in the emergency services, since a lot of news on violence against to healthcare workers are in the media and there is any legal prevention to stop the violence it become more and more widespread, and it is necessary to prepare the obligatory legal arrangements to prevent violence against health workers and to provide training for the public.

**Conclusion:** As a result; legal regulations on violence should be made. It should be avoided that the violence should be shown as a behavior in the news on the agenda.

**Keywords:** Hospital, Intern, Medical Students, Views, Violence

## Sözel 44 (TAM METİN)

### TIP ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARINA UYGULANAN ŞİDDETE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ: KALİTATİF BİR ÇALIŞMA

#### Medical Students' Views Of Violence Against Health Workers: A Qualitative Study

Doç. Dr. Ayşe GÜROL\*, Prof. Dr. Sevinç POLAT\*\*, Okutman Seval USLU\*, Prof. Dr.  
M. Fevzi POLAT\*\*\*, Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Uzunçakmak\*\*

\*Atatürk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

\*\*Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

\*\*\*Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi

#### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation-WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office-ILO), Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN), işyerinde şiddeti, dünya için büyük bir risk, uluslararası düzeyde öncelikli olarak ilgilenilmesi ve müdahale politikaları geliştirilmesi gereken bir konu olarak görmektedir (1). Şiddet her sektörde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Fakat sağlık alanındaki şiddet, bütün şiddet olaylarının %25'ini oluşturmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışmak diğer kurumlara göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir (2). Sağlık alanında çalışanların diğer iş alanlarında çalışanlara kıyasla 16 kat daha fazla şiddete maruz kalma riski vardır (3). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlıkta şiddeti önlemek amacıyla çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır. Bu kapsamda Beyaz Kod (BK) Çağrı Sistemi uygulamasına başlanılmıştır (4).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet en sık acil servislerde ve psikiyatri kliniklerinde görülmektedir (3,5). Türkiye'de şiddet olaylarının %79'unun acil servislerde yaşandığı, %91'inin hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve en sık sözel şiddetle karşılaşıldığı görülmektedir (3). WHO'na göre sağlık çalışanları mesleki yaşamlarının herhangi bir döneminde %8-38 arasında fiziksel şiddete maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanları fiziksel şiddetin yanı sıra birçok tehdit ya da sözel şiddete de maruz kalmaktadır (6).

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde görev yapan sağlık çalışanları, sistem ve altyapı yetersizlikleri ile kişilerin artan beklentilerine paralel olarak daha fazla şiddete maruz kalmaktadırlar (7,8). Tüm şiddet olaylarının bildirilmemesi ya da eksik bildirimler nedeniyle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının bildirilenlerden çok daha fazla oranda gerçekleştiği tahmin edilmektedir (8,9).



Son yıllarda görülen bu artışlar nedeniyle sağlık bakım hizmetleri sunumu olumsuz etkilenmektedir. Sağlık personeline karşı şiddet davranışlarının, fizik hasar olmasa bile uzun süreli psikolojik etkileri gösterilmiştir. Şiddet aynı zamanda çalışanların iş motivasyonunu ve sundukları hizmetin kalitesini de etkilemektedir (10).

Ülkemizde de şiddetin sıklığında yaşanan artışlar ve bildirim oranlarının azlığı nedeniyle bu konunun araştırılması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle araştırma; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimlerine devam eden, meslek hayatına atılmalarına az bir süre kalan intörn hekimlerin hastane ortamında uğradıkları ya da tanık oldukları şiddet davranışlarının ve şiddetin önlenmesindeki düşüncelerinin saptanması amacıyla planlandı.

### **Gereç ve Yöntem**

Kalitatif tipte olan bu araştırma, 2018 yılı Ocak ayı içerisinde bir Üniversite Hastanesi'nde yürütüldü. Araştırmanın evrenini Üniversite Hastanesi bünyesindeki Acil Servisinde görevli intörn hekimler oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Evren grubundaki çalışanlardan araştırmaya katılmayı kabul eden 12 intörn hekim çalışmaya dahil edildi.

Araştırma verileri, iki bölümden oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplandı. Form, konuyla ilgili literatür taranarak oluşturuldu. Form, ilk bölümünde sosyo-demografik (2 soru) ve ikinci bölümünde şiddete maruz kalma, şiddetin nedenleri ve çözüm önerileri ile ilgili (9 soru) olmak üzere, toplam 11 sorudan oluştu. Sorular; kişilerin tanımlayıcı özelliklerini, çalışma yaşamlarında şiddete maruz kalma ve tanık olma durumlarını, şiddetin türünü, kim tarafından uygulandığını, hekime yönelik şiddetin önlenmesinde nelerin yapılması gerektiği konusundaki düşüncelerini saptamaya yöneliktir.

Verilerin toplanması, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapıldı. Görüşme formu; intörn hekimlerin çalışma ortam ve saatlerinde ziyaret edilerek, fiziksel olarak uygun bir odada, gönüllülük esasına göre uygulandı. Veri toplama formunda bulunan soruları yanıtlamadan önce intörn hekimlere elde edilen bilgilerin yalnızca bilimsel çalışma için kullanılacağı anlatılıp yanıtların hiçbir şekilde mesleki yaşamlarını ve geleceklerini etkilemeyeceği açıklandı.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 istatistik programı kullanılarak sayı ve yüzde dağılımları değerlendirilmiş,  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Araştırma için etik kurul izni ve yazılı izinler alındı. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak, katılımcılardan sözel onamlar alındı.

### **Bulgular**

İntörn hekimlere kliniklerde çalıştığınız süre zarfında şiddete maruz kalıp kalmadıkları veya tanıklık edip etmedikleri sorulduğunda; öğrencilerin tamamı şiddete tanıklık ettiğini ve en çok

acil servisler ile cerrahi kliniklerde daha fazla olduğunu belirtti. 24 yaşındaki kız öğrenci (intörn 1) şiddetle en çok acil serviste karşılaştığını; 24 yaşındaki kız öğrenci (intörn 2) kadın hastalıkları servisinde sözel şiddete maruz kaldığını ve şiddetin en çok cerrahi branşlar ile acil serviste olduğunu; 26 yaşındaki kız öğrenci (intörn 3) en çok acil servislerde şiddetin daha çok uygulandığına düşündüğünü; 24 yaşındaki erkek öğrenci (intörn 4) acil servis ve kadın doğum kliniklerinin en çok şiddetin görüldüğü yerler olduğunu; 24 yaşındaki erkek öğrenci (intörn 6) sürekli sözel şiddete ve tehdide tanıklık ettiğini, şiddetin en çok acil servislerde uygulandığını; 24 yaşındaki erkek öğrenci (intörn 7) daha önce onkoloji polikliniğinde hekime yönelik şiddetle tanıklık ettiğini, şiddetin en çok acil servislerde uygulandığını; 24 yaşındaki kız öğrenci (intörn 8) daha önce kadın doğum polikliniğinde hastanın hekime yumruk attığını gördüğünü, şiddetin en çok kadın doğum acil servis ve dahiliye kliniklerinde görüldüğünü; 23 yaşındaki erkek öğrenci (intörn 9) acil serviste günlük ritüel halinde sözde şiddete tanıklık ettiğini, şiddetin en çok acil servis, kadın doğum, kulak burun boğaz, ortopedi ve dahiliye kliniklerinde görüldüğünü bildirdi.

Son yıllarda şiddetin neden arttığına yönelik intörn hekimlerin görüşleri sorulduğunda; intörn 1, TV programlarının ve propagandalarının son yıllarda şiddetin artma nedenleri olduğunu; intörn 2, sağlıkta ulaşılabilirliğin ciddi oranda artması ve insanların bunu suiistimal ediyor olması ile medyanın etkisinin olduğunu; intörn 3, hastalara verilen hakların hasta tarafından yanlış algılanması ve buna bağlı cüretkar olmaları ile şiddet uygulayanlara yeterli ceza verilememesi olduğunu; intörn 5, hekimlerin haklarının kısıtlanması, itibarın sarsılması ve hasta haklarının artması ile şiddetin son yıllarda arttığını ve hastane ortamının güvenli olmadığını; intörn 8, televizyon ve internet ortamında var olan haberlerin insanları cesaretlendirdiğini ve verilen cezalar yetersiz olduğu için şiddetin arttığını; 23 yaşındaki kız öğrenci (intörn 12), televizyonda sağlık çalışanlarını kötüleyen yayınların olması ve iletişim eksikliği nedeniyle şiddetin arttığını; intörn 11, şiddet hastaların toplumsal ahlak, örf ve görgü kurallarından haberdar olmamasıyla ve hekimler tarafından yeterince ciddiye alınmadığını düşünmelerinden dolayı olmaktadır şeklinde ifade etmişlerdir.

İntörn hekimlerin tamamı şiddetin önüne geçilmesi için güvenlik önlemlerinin artırılması gerektiğini, yasal olarak hapis ve para cezalarının artırılması gerektiğini, ayrıca bazı intörn hekimler sağlık güvencesinin belli bir süre tamamen bloke edilmesi ve acil durumlar hariç parayla sağlık hizmetinin zorunlu kılınmasının caydırıcı olabileceğini ifade ettiler.

## **Tartışma**

Çalışmada intörn hekimlerin tamamı şiddete tanıklık ettiklerini bildirdi. Çalışma bulgularına benzer şekilde Annagür (2010) çalışmasında, katılımcıların %100'ü'nü her nöbetlerinde en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını saptamıştır (11). Turla ve arkadaşları (2012) çalışmalarında katılanların, ekonomik şiddet dışında tüm şiddet türleri ile karşılaştıklarını

tespit etti (10). Gerek direkt olarak şiddet görme gerekse şiddete tanık olma durumlarında en sık karşılaşılan şiddet türü sözel/duygusal şiddettir (10).

Çalışmaya katılan intörn hekimlerin çoğunluğu; hastaların ve yakınlarının yeterince saygı göstermemesi, teknolojiye gelişim ile tıbbi bilgiye ulaşımın artması, hekimlere olan ihtiyacın yerine kendi bilgisini koymaya çalışması nedeniyle şiddetin arttığını, güvenlik görevlilerinin olayı yeterince benimsemediğini, güvenlik önlemlerinin ve yasal düzenlemelerin yetersiz olduğunu belirtti. Takak ve Artantaş (2018) çalışmalarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artma sebeplerini, sağlık kurumlarının çok kalabalık olması, hasta ve yakınlarının sabırsız olması ve şiddet uygulayanların eğitimsizlikleri olarak belirttiler (3).

Turla ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hekimlerin büyük çoğunluğu hekime yönelik şiddetin önlenmesi adına yapılması gerekli en önemli şeyin “Hekime yönelik şiddet konusundaki yasal yaptırımların yeniden düzenlenmesi” olduğunu düşünmektedir. İlhan ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ve Çıkrıklar ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da benzer olarak yasal düzenlemelerin yapılması ve halkın eğitilmesi sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için yapılması gereken uygulamalar olarak belirtilmiştir (12,13). Takak ve Artantaş (2018) çalışmalarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenmesi için verilen cezaların caydırıcı olması, sağlık kurumlarındaki güvenlik önlemlerinin artırılması ve halka yönelik eğitimler verilmesi gerektiğini belirttiler (3). Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda katılımcıların yasal düzenlemeyle ilgili ortak bir görüşe sahip olması günümüzde yapılan düzenlemelerin hala yetersiz olduğu kanısını yaratmaktadır.

## **Sonuç**

Mevcut sağlık sisteminde hasta yakınları teşhis-tedavi sürecinde sık sık değişen bürokratik işlemler ile uğraşmakta, son yıllarda artan hasta sayısı nedeniyle bekleme süreleri uzamakta ve siyasiler tarafından yükseltelen beklentileri karşılanamayınca hasta/yakınları şiddet davranışlarına yönelmektedirler. Hastanede yaşanan olayların medyada sorgulanmadan hatalı yansıtılması ve kişilerin her haberi ciddiye alıp kendilerinde cesaret bulması, ayrıca şiddet eylemindeki kişilere verilen cezai işlemler ve mahkeme sürecinin medyada halka yansıtılmaması, cezai yaptırımlar hakkındaki bilgi eksiklikleri gibi birçok faktör sağlık çalışanlarına şiddeti artırmaktadır. Çalışma bulguları doğrultusunda halka dair eğitim ve bilgilendirmelerin TV ve medya kanalları aracılığıyla ve reklamlar ile daha fazla yer alması önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. Pınar T, Pınar G. Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013; 12(3): 315-326.
2. Şahin B, Gaygısız S, Balcı FM, Öztürk D, Sönmez MB, Kavalcı C. Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2011; 11(3): 110-114.
3. Takak SÖ, Artantaş AB. Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 2018; 18(1): 103-116.
4. Eğici M, Öztürk G. Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Ankara Medical Journal, 2018; 18 (2): 224-231.
5. Akbaş M, Boz A, Dursun A, Çetin S, Kılıçaslan A. 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2016; 9(3): 93-100.
6. World Health Organization (WHO). Violence against health workers. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/) 2015; Erişim tarihi: 14.09.2018.
7. Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. Turkish Journal of Emergency Medicine, 2007; 7(4): 156-162.
8. Edirne T, Aslan S, Acar N, Emre N, Arat Ş, Kara ŞÇ, Kaya AA. Hekim dışı sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sıklığı ve özellikleri. Smyrna Tıp Dergisi, 2015; 3: 35-41.
9. Durak TÇ, Yolcu S, Akay S, Demir Y, Kılıçaslan R, Değerli V, Parlak İ. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 2014; 24(4): 130-137.
10. Turla A, Aydın B, Ünlü B. İntern hekimlerin hekime yönelik şiddet konusunda yaşanmışlıkları ve düşünceleri. The Bulletin of Legal Medicine, 2012; 17(1): 5-11.
11. Annagu r B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(2): 161-73.
12. İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Tezel A, Bumin M. A. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. Gazi Medical Journal 2013; 24(1): 5-10.
13. Çıkrıklar Hİ, Yürümez Y, Güngör B, Aşkın R, Yücel M, Baydemir C. Violence against emergency department employees and the attitude of employees towards violence. Hong Kong Med J, 2016; 22(5): 464-71.

## Sözel 45 (ÖZET)

### İHMALİN FARKLI BOYUTU: SİGARA İÇEN ANNELER

#### A Different Aspect Of Neglect: Smoking Mothers

Dr. Öğr. Üyesi Ümran ÇEVİK GÜNER\*, Prof. Dr. Sevinç POLAT\*\*,  
Hemş. Sibel GÜNGÖR\*\*\*

\*Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
\*\*Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
\*\*\*Tokat Devlet Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

#### ÖZET

**Giriş:** Sigara hem anne hemde bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Ülkemizde gerek gebelikte gerekse emzirme döneminde farkında olarak yada olmadan sigara kullanımı halan devam eden sorunlar arasındadır. Bu araştırma ihmalin bu boyutunu ve sigaranın anne ve bebek sağlığına zararlarını bir kez daha ortaya konulması amacıyla kalitatif çalışma olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma verileri, 20-45 yaş grubu, 0-2 yaş arası çocuğu olan, sigara kullanan ve çalışmaya katılmak isteyen 19 anneye yarı yapılandırılmış sorulardan oluşan bir akış formu aracılığıyla derinlemesine görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler alt sorunlar çerçevesinde analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmada annelerin sigaranın zararları hakkında bilinçli olmalarına rağmen, gebelikte 19 anneden 8'inin, emzirme döneminde ise 19 anneden 12'sinin sigara kullanmaya halan devam ettiği bulunmuştur. Annelerin çoğu sigarayı bırakmayı düşünmediklerini ve bu nedenle yardım talep etmediklerini, bırakmayı isteyenlerin ise gerçekten istemesinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Çocuğunun yanında 19 anneden 16'sının sigara içmediğini, çocukların sigara maruziyetleri ve sigara içen kişileri örnek alabilmeleri nedeniyle çocukların yanında sigara içilmemesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çocukların anne ve babaları örnek alacakları, kendilerinin de zamanında anne ve babalarını örnek aldıkları için anne babaların çocukların yanında sigara içmemeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Annelerin yarısı sigara içme yaşağı ile ilgili kanunların daha zorlayıcı olmasından mesela sigara satışının durdurulması gerekliliğinden bahsederken, diğer yarısı kanun maddelerinin işe yaradığını sadece kapalı mekanlarda içilmemesinin bile bir çok insanı rahatlattığı şeklinde düşüncelerini bildirmişlerdir.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Smoking has negative effects on the health of both the mother and the baby. In our country, tobacco use during either pregnancy or lactation period intentionally or unintentionally is one of the problems that still exist. This study was carried out as a qualitative research to reveal this extent of neglect and the damages of smoking to the health of mother and infant once more.

**Method:** The study data were collected through in-depth interviews using a flow form with semi-structured questions that was administered to 19 smoking mothers aged between 20 and 45 who had 0-2-year-old children and agreed to participate in the study. The data were analyzed in the framework of sub-problems.

**Findings:** Despite being aware of the damages of smoking, of the 19 mothers, 8 during pregnancy and 12 during lactation were found to still continue smoking. Majority of the mothers stated they did not intend to quit smoking and therefore did not demand for help, while those who wanted to quit said it would be enough to be willing. 16 out of 19 mothers were found to not smoke near their children and they stated people shouldn't smoke near children due to nicotine exposure and the likelihood that children may take the smokers as role models. They stated that children might take their parents as an example and that parents should not smoke near their children because they themselves had taken their parents as an example in the past. While half of the mothers talked about the fact that the laws on smoking ban should be stricter, for example stopping cigarette sales altogether, the other half stated that current law limiting smoking zones and prohibiting smoking indoor areas really worked.

**Conclusion:** Although mothers are very conscious about the damages of smoking, the fetus during pregnancy and babies during the lactation period are exposed to cigarette smoking due to smoking

**Sonuç:** Anneler sigaranın zararları hakkında oldukça bilinçli olmalarına rağmen sigara bağımlılığı sonucu gebelikte fetüs, emzirme döneminde ise bebekler sigara maruziyeti ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Fetüs ve çocuk hakları kapsamında sağlığın devamlılığının sağlanması için gebelik ve emzirme döneminde sigaranın bırakılması ile ilgili çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda özellikle gebelik öncesi, gebelik ve emzirme süresince annelerin sigara bırakmaları ile ilgili sağlık kuruluşları tarafından destek almalarının sağlanması, sigara yasağı kanunlarında gebe ve bebeklerin bulunduğu açık ortamlarda da sigara yasağı uygulamalarının başlatılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** sigara, gebelik, emzirme, bebek, fetüs, ihmal

addiction. In order to ensure the sustainability of the health relating to the fetus and children's rights, studies should be carried out on quitting smoking during pregnancy and lactation period. In conclusion, it can be recommended that mothers should receive support from health institutions, especially before and during pregnancy and during the lactation period for quitting smoking, and the scope of the law on smoking ban should be extended to cover the outdoor areas where pregnant women and babies are present.

**Keywords:** smoking, pregnancy, lactation, baby, fetus, neglect

## Sözel 46 (ÖZET)

### BOLU AĞIR CEZA MAHKEMESİ'NDE KARARA BAĞLANMIŞ CİNSEL İSTİSMAR / SALDIRI OLGULARININ ANALİZİ

#### The Analysis Of The Sexual Abuse / Assault Cases Concerning The Decision Of The Bolu Criminal Court

Arş. Gör. Dr. Veyis GÜNDOĞDU\*, Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*, Uzm. Dr. Erdem HÖSÜKLER\*\*, Prof. Dr. Bora BÜKEN\*\*\*, Arş. Gör. Dr. Hakan SAMURCU\*

\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

\*\*Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu

\*\*\*Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

#### ÖZET

**Giriş:** Çalışmada, Bolu Ağır Ceza Mahkemesi'nde karara bağlanmış cinsel istismar / saldırı olgularının analizi ile yeni suçların önlenmesi için alınabilecek önlemlerin tartışılması amaçlandı.

**Materyal ve Metod:** Çalışmada 01/07/2007 – 30/06/2016 tarihleri arasında Bolu Ağır Ceza Mahkemesi'nde karara bağlanmış tüm cinsel istismar / saldırı olgularının dava dosyaları retrospektif olarak incelendi. Mağdur ve sanıkların özellikleri belirlenen parametreler yönünden değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 131 (%88,5) kadın ve 17 (%11,5) erkek (yaş ort=12.76±8.01) olmak üzere toplam 148 olgu dahil edildi. Kadın olguların yaş ortalaması 19.44±11.82, erkek olguların yaş ortalaması 12.76±8.01 bulundu. Olguların %58,1'i zorunlu eğitim çağına olup, erkek olguların tamamı, kadınların %86,6'sı bekardı. Eylem 72 (%48,6) olguyla en sık vajinal penetrasyon şeklinde gerçekleşmiş olup onu sırasıyla 22 (%14,5) olguyla dokunma-elleme ve 14 (%9,5) olguyla anal penetrasyon izlemiştir. Olay sonrası yapılan ruhsal muayenelerde mağdurlarda en sık (%6,8) travma sonrası stres bozukluğu saptandı. Olayın organ sokma şeklinde meydana gelmesinin ruhsal patoloji gelişme olasılığını 0,435 kat arttırdığı belirlendi. Saldırganların hepsi erkek olup yaş ortalaması 37,81±15,3 bulundu. Saldırganların %91,8'i mağdurun çevresinde sosyal ilişki kurduğu kişilerdendi. Yargılama sonucunda en sık (%49,3) mahkumiyet kararı verildiği, bunu beraat (%20,3), düşme (12,8) ve denetimli serbestlik (%8,8) kararlarının izlediği belirlendi.

**Sonuç:** Cinsel istismar ve cinsel saldırı olaylarındaki risk faktörlerinin ve dava sürecindeki düşük mahkumiyet oranı nedenlerinin ilgili kurumlarca analizi, bu tür olayların önlenmesinde fayda sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** cinsel saldırı; cinsel istismar; mağdur; Saldırgan.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study was to analyze the sexual abuse / assault cases decided by the Bolu Criminal Court and to discuss the measures to be taken to prevent new crimes.

**Material and Method:** In the study, the case files of all sexual abuse / assault cases decided by Bolu Criminal Court between 01/07/2007 - 30/06/2016 were retrospectively analyzed. The characteristics of the victims and defendants were evaluated according to the determined parameters.

**Results:** A total of 148 cases, 131 (88.5%) were female and 17 (11.5%) were male. were included in the study. The mean age of the female patients was 19.44 ± 11.82 and the mean age of the male patients was 12.76 ± 8.01. Of the cases, 58.1% were in compulsory education age, all of the male cases and 86.6% of the females were single. Action was the most common vaginal penetration in 72 (48.6%) cases, followed by touch-handling in 22 (14.5%) cases and, by anal penetration in 14 (9.5%) cases respectively. According to post-event psychological evaluations, most commonly found psychiatric disorder among the victims was post-traumatic stress disorder. It was determined that the occurrence of the organ penetration increased the probability of development of psychological pathology by 0.435 times. All of the assailants were males and, their mean age was 37,81±15,3. Of the assailants, 91.8% were among the people who had social relations in the vicinity of the victim. As a result of the trial, the most frequent (49.3%) decision was conviction, followed by acquittal (20.3%), abatement (12.8) and probation (8.8%).

**Conclusion:** The analysis of the risk factors by related institutions for sexual abuse and sexual assault cases and the reasons for the low conviction rate in the litigation process will be helpful in preventing such incidents.

**Key words:** sexual assault; sexual abuse; victims; assailant.

## Sözel 47 (TAM METİN)

### PARMAK İZİ: ADLİ TIPTAKİ YERİ VE ÖNEMİ

Prof. Dr. Yurdağül ERDEM\*, Prof. Dr. Fulya TEKŞEN\*\*

\*Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik AD.

\*\*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji AD.

#### ÖZET

Parmak izinin gelişimi gebelikten yaklaşık altı hafta sonra, embriyonun ellerinin gelişmeye başlamasıyla başlar. Yaklaşık on beş haftanın sonunda, epiderminin alt tarafındaki ana sırtlar tamamen gelişmiştir ve avuç içi yüzeyi beş kat artar, bu da bir kişinin sürtünme sırt desenlerinin benzersizliğine kesin olarak katkıda bulunur. Fetüsün parmak izi desenlerinin ve sırtların nasıl oluşturulduğuna ve parmak izlerinin benzersiz özelliklerine çevresel (fetusun büyüme hızı, içinde bulunduğu stres) ve genetik faktörler etki eder. Parmak izi biyometrik göstergelerden birisi olarak 100 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Parmak izleri, polis ve mahkemelere sunulan en güçlü kişisel kimlik sağlama araçlarını sağlar. Böylesine güçlü bir araç haline gelmesi, parmaklardaki desen örüntülerinin ve detaylarının benzersiz, değişmez, evrensel, sınıflandırılması kolay ve çıplak elle tutulan herhangi bir nesnede iz bıraktığı gerçeğinin ortaya çıkmasından kaynaklanır.

**Anahtar Kelimeler:** Parmak İzi, Biyometrik Gösterge, Genetik

#### ABSTRACT

The development of the fingerprint begins approximately six weeks after pregnancy, when the hands of the embryo begin to develop. At the end of approximately fifteen weeks, the main ridges at the bottom of the epidermis are fully developed and the palms surface is increased fivefold, which contributes precisely to the uniqueness of the friction tread patterns of a person. The fingerprint patterns and backings of the fetus and the unique characteristics of fingerprints are influenced by environmental factors (the growth rate of the fetus, stress) and genetic factors. Fingerprint has been used for more than 100 years as a biometric indicator. The fingerprints provide the most powerful personal identification tools available to the police and courts. Such a powerful tool is based on the fact that the patterns and details on the fingers leave a mark on any object that is unique, immutable, universal, easy to classify.

**Key Words:** Fingerprint, Biometric, Genetics



## Sözel 47 (TAM METİN)

### PARMAK İZİ: ADLİ TIPTAKİ YERİ VE ÖNEMİ

Prof. Dr. Yurdağül ERDEM\*, Prof. Dr. Fulya TEKŞEN\*\*

\*Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik AD.

\*\*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji AD.

#### Parmak İzinin Özelliği

*“Her Temas Bir İz Bırakır”*

*Edmond Locard, 1910*

Vücudumuzu kaplayan deri, “epidermis”, “dermis” ve “subkutan yağ tabakası”ndan oluşur. Deri gelişirken, el ve ayak parmaklarının iç yüzeylerinde bir kısım çizgiler meydana getirir. Bu çizgiler sıra ile bir alçak bir yüksek olmak üzere her bireyde farklı sıralanırlar. Kabartma bir çizgi şeklinde olan bu hatlara "papil hatları" denir. Papil hatları alt deri tabakalarında sıralanmış olan sinir ucu yumakları ve ter bezlerinin üst deriye kadar çıkmış olan ter çıkış deliklerinin (porların) yan yana bir yükseklik halinde dizilmelerinden oluşmuştur. Parmak izinin oluşmasını sağlayan bu deliklere "Por delikleri" denilmektedir (1). Por delikleri, parmak uçlarından ter ve sıvı maddelerin çıkmasını sağlayan deliklerdir. Parmak uçları por deliklerinden salgılanan sıvı maddeler nedeniyle devamlı nemli bulunmaktadır. Çeşitli yüzeyler üzerinde kalan parmak izleri, özel tozlar veya kimyasal maddeler kullanılarak kolayca görünür hale getirilir. Bu papil hatlarının herhangi bir cisim üzerinde bıraktıkları desenlere parmak izleri denir (Şekil 1) (1,2).

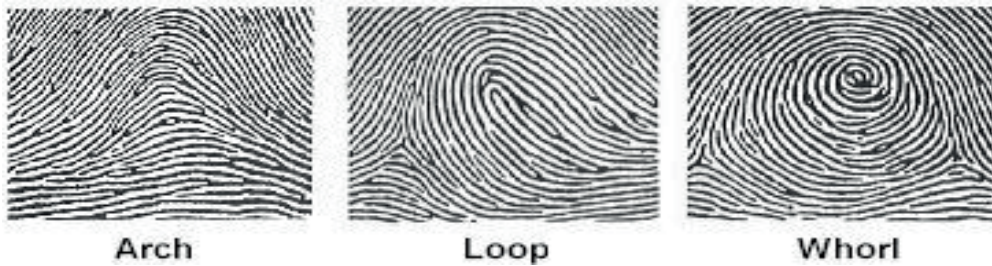
Parmak izinin gelişimi gebelikten yaklaşık altı hafta sonra, embriyonun ellerinin gelişmeye başlamasıyla başlar. Sekizinci haftadan 10. haftaya kadar parmaklar büyümeye devam eder ve embriyonun başparmakları uzar. Volar pedleri - avuçtaki dokunsal yükselmeler - kolayca tanınabilir ve on ikinci haftaya kadar gelişmeye devam eder. 11. Haftada epidermis kalınlaşmaya başlar. Ayrı sürtünme sırt birimleri, yüksek hatlara veya epidermal sırtlara dönüşmeye başlar. Bunlara “papil hatları” denir. Yaklaşık onbeş haftanın sonunda, epiderminin alt tarafındaki ana sırtlar tamamen gelişmiştir ve avuç içi yüzeyi beş kat artar, bu da bir kişinin sürtünme sırt desenlerinin benzersizliğine kesin olarak katkıda bulunur. Böylece, parmak izleri, parmak uçlarında yükseltilmiş papiller sırtların oluşturduğu desenler ve ter bezlerine bağlanan gözeneklerin (porların) sıralarını içerir (3). Fetüsün parmak izi desenlerinin ve sırtların nasıl oluşturulduğuna ve parmak izlerinin benzersiz özelliklerine çevresel (fetusun büyüme hızı, içinde bulunduğu stres) ve genetik faktörler katkıda bulunur (2,3,4). Bu nedenle parmak izlerinin oluşumunda multifaktöriyel kalıtımın rol oynadığı kabul edilmektedir.

Parmak izlerinde bakılan üç temel desen vardır. Bunlar; kemer, ilmek ve düğüm olarak isimlendirilmektedir.

1.KEMER (ARCH) triradius içermez ve en basit desendir

2.İLMEK (LOOP) bir triradius ve merkeze sahiptir ve çizgiler sağa ve sola doğru triradiustan uzaklaşırlar. Bir ilmeğe bir triradiusun eşlik ettiğini ve triradius ilmeğin açıldığı kenarın karşısında bulunur.

3.DÜĞÜM (WHORL) İki ya da nadiren üç triradiye sahiptir. Eğer halka çok fazla farklılıklar içeriyorsa iç kısımda iki ya da üç merkez bulunur ve çizgiler eş merkezli çemberler oluşturur veya düğüm benzeri düzenlemeler içerir.



**Şekil 1: Sıklıkla Görülen Parmak İzi Desenleri.** Kaynak: <http://parmakizleriniz.blogspot.com/2009/02/parmak-izlerinde-onemli-kavram-ve.html>

### **Parmak İzi Kullanımının Tarihsel Süreci**

Bir tanımlama aracı olarak parmak izlerinin gerçek kullanımı, Hindistan'da bir İngiliz yetkilisi olan Sir William James Herschel, 1858'de Hindistan'a kadar izlenebilir. Ancak modern anlamda parmak izi tespiti ve faydalanma konusunda ilk adım 1880'de atılmıştır. İngiliz bilim adamı Henry Faulds ve Wiliam James Herschel, Nature dergisinde parmak izi hakkında bir makale yayınlamaya dikkat çekmişlerdir (5). Parmak izi tanımlamasının evrimi ile ilgili diğer önemli tarihler:

1880 - Dr Henry Faulds-mürekkepli parmak izlerinin alınması için tasarlanmış yöntemler, bugün hala kullanımda.

1892-Sir Francis Galton-beş nokta bölge tanımladı, Galton detayları olarak bilinmektedir.

1892-Juan Vucetich-ceza için parmak izi ilk kaydedilen kimlik kullanımı (Arjantin).

1894- İngiliz Hükümeti, bireylerin tanımlanması için görsel kanıtlara ek bir sistem olarak parmak izini resmen kabul etti.

1901-Sir Edward Richard Henry-Henry sınıflandırma sistemini geliştirdi.

1904 - Parmak izleri Amerika Birleşik Devletleri'nde Saint Louis'deki Dünya Fuarı'nda resmen tanıtıldı.

1910-İlk Kriminal Polis laboratuvarı, Fransa. Edmond Locard.

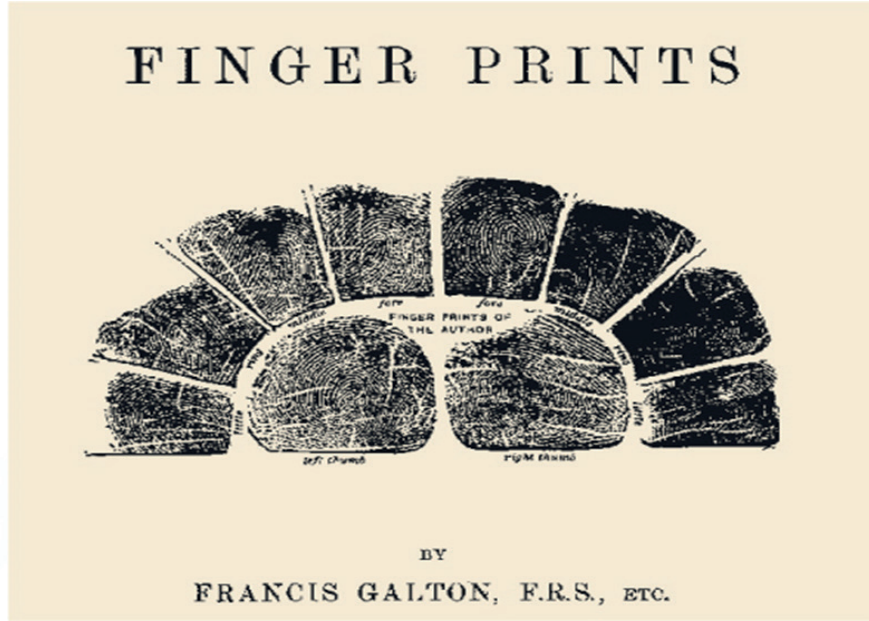
1911 - Jennings'e karşı Illinois - ilk kez parmak izlerinin ABD'de kanıt olarak kabul edilmesine izin verildi.

1924 – ABD’de FBI Kimlik Bölümü kuruldu. FBI günümüzde 50.000.000'dan fazla insanın parmak izini tespit edecek hacme ulaşmıştır.

### **Parmak İzinin Kullanım Alanları**

Parmak izi biyometrik göstergelerden birisi olarak 100 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Parmak izleri, polis ve mahkemelere sunulan en güçlü kişisel kimlik sağlama araçlarını sağlar. Böylesine güçlü bir araç haline gelmesi, parmaklardaki desen örüntülerinin ve detaylarının *benzersiz, değişmez, evrensel, sınıflandırılması kolay ve çıplak elle tutulan herhangi bir nesnede iz bıraktığı gerçeğinin ortaya çıkmasından* kaynaklanır (1). Bütün parmaklarımızın izi birbirinden farklıdır. Doğduğumuz andan öldüğümüz ana kadar parmak izlerimiz değişmeden aynı kalır (6).

Adli bilimlerde parmak izlerinin kullanımı bu birkaç temel ilkeye dayanır. Birincisi, aynı parmak izine sahip iki kişinin bulunma olasılığı çok küçüktür. Aslında, iki aynı parmak izi hiç bulunmamıştır. Galton, aynı baskıları bulma olasılığının 64 milyonda 1 olduğunu hesaplamıştır. İkinci bir ilke, bireyin parmak izlerinin zamanla değişmemesidir. Bir insanın parmak uçlarında, avuç içlerinde ve ayak tabanındaki sırtların şekli ölümüne kadar değişmeden kalır (2,8). Galton, parmak izleri kitabında (1892) parmak izinin ömür boyu değişmediği ve suçları çözmeye parmak izi kullanım alanının öneminden söz etti. Galton'un Kitabı sonucunda 1894'te İngiliz Hükümeti, bireylerin tanımlanması için görsel kanıtlara ek bir sistem olarak parmak izini resmen kabul etti (Şekil 2).



**Şekil 2. Sir Francis Galton'un 1892'de yayınlanan Parmak İzi kitabının Kapak Sayfası (8).** Kaynak: <http://www.open.edu/openlearn/science-maths-technology/science/health-sciences/forensic-science-and-fingerprints/content-section-1,1>

Yüzeysel yaralanmalarda deri kendini aynı parmak izini oluşturacak şekilde onarıyor. Ancak yüzeysel olmayan epidermis ve dermis tabakasını etkileyen yaralanmalarda skar dokusu oluştuysa (yanık skar dokusu gibi) tekrar aynı onarım yapılamamaktadır. Bu nedendir ki bazı adli olaylarda kimlik tespiti olmaması için mağduru yakma girişimlerine rastlanılmaktadır (2).

Aynı yumurta ikizleri aynı genetik materyali taşıdıkları halde parmak izleri birbirinden farklıdır. Aslında bu bir anlamda parmak izinin kimliklendirme konusunda DNA'dan daha belirleyici olduğunu göstermekte, adli olaylarda altın standart olarak kabul edilmektedir (4,5).

Parmak izlerinin arşivlenmesi zor bir işti fakat günümüzde yüksek kapasiteli bilgisayarlar var olduğu için milyonlarca parmak izini depolamak çok basitleştirilmiştir (7). Böylece suç işleyen kişi sistemdeki parmak iziyle karşılaştırılarak çok kısa sürede bulunabilmektedir. Bilgisayar programları ile arşivleme sayesinde parmak izi ile kimlik kontrolü pek çok işyerince personel takip sistemlerinde ve akıllı kartlar geliştirilerek bankacılık sistemlerinden sağlık sistemine kadar geniş yelpazede de kullanıma girmesine neden olmuştur. Parmak ucu ya da avuç içinde herhangi bir ileri deri hastalığı olan (eczema, psöriasis vb) kişilerin parmak izi alınamayacağından bu kişilerin toplumda güvenlik sorunu oluşturacağı da tartışma konusudur (9).

### **Parmak İzinden Kimliklendirme**

Parmak izinin bırakıldığı yüzey, hangi örnek toplama yönteminin kullanılacağına karar vermede önemlidir. Yüzeyin genel özellikleri şunlardır: gözenekli, gözeneksiz pürüzsüz ve

gözeneksiz kaba. Gözenekli ve gözeneksiz yüzeyler arasındaki ayırım, sıvıları emme yeteneğine dayanır. Sıvılar, gözenekli olmayan bir yüzeyin üzerine otururken gözenekli bir yüzeye düştüğünde emilir, batar. Gözenekli yüzeyler kağıt, karton ve işlenmemiş ahşap içerir. Gözeneksiz pürüzsüz yüzeyler ise vernikli veya boyalı yüzeyler, plastik ve cam içerir. Gözeneksiz pürüzlü yüzeyler ise vinil, deri ve diğer dokulu yüzeylerdir.

Gözenekli yüzeyler için örnek alan uzmanlar, ninhydrin gibi kimyasalları baskıların üzerine serpip gelişmekte olan parmak izlerinin fotoğraflarını çekerler. Gözeneksiz pürüzsüz yüzeyler için, uzmanlar toz ve fırça tekniklerini kullanır ve ardından kaldırma bandı kullanır. Kaba yüzeyler için aynı toz işlemi kullanılır. Parmak izi yanında avuç izleri ve hatta ayak ve ayak parmağı izleri de tespit edebilmektedir. Parmak izi yanında bunlardan da faydalanılmaktadır.

## Sonuç

Parmak izi, kimlik teşhisi konusunda hala en önemli bulgulardan birisidir ve altın standart olarak kabul edilmektedir. Kimliklendirmede biyolojik materyallerden DNA incelemesi, diş izi ve parmak izi incelemesi üç önemli belirleme yöntemidir. Ancak aynı yumurta ikizinde bile DNA ları benzerken, benzemeyen tek şeyin parmak izi olması, parmak izini suç ve suçluyu belirlemede önemli konuma çıkarmaktadır. Yine de adli alanda parmak izini bırakmayan kişilerin belirlenmesinde DNA en önemli delildir. Tek bir saç telinden bile DNA tespit edilebilir. Bu yöntemlerin kullanımı ve öneminin bu alanda çalışan sağlık çalışanlarına aktarılması delillerin toplanmasında önemlidir.

## Kaynaklar

1. Tunalı, İ. Hüviyet Tespiti. Adli Tıp, Seçkin yayıncılık, 1. Baskı, Ankara, 2001: 39-40.
2. Kaushal N and Kaushal P. Human Identification and Fingerprints: A Review. Journal of Biometrics & Biostatistics, 2011, 2:4
3. Wheeler T., Godfrey TK., Atkinson C., Badger J., Kay R., Owens R., Osmond TC. Disproportionate fetal growth and fingerprint patterns. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1998, 105: 562-564.
4. 100 Years in The Service Of The Swiss Confederation. The Fingerprint. Federal Office of Police fedpol. AFIS DNA Services fedpol. <https://www.fedpol.admin.ch/dam/data/fedpol/sicherheit/personenidentifikation/BEA/buch-e.pdf>. Erişim tarihi: 15.9.2018.
5. First fingerprints taken 1859/60 by William James Herschel; [http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Fingerprints\\_taken\\_by\\_William\\_James\\_Herschel\\_1859-1860.jpg&filetimestamp=20080702235359](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Fingerprints_taken_by_William_James_Herschel_1859-1860.jpg&filetimestamp=20080702235359). Erişim tarihi: 15.9.2018.
6. Wertheim K, Maceo A (2002) The critical stage of friction ridge and pattern formation. J for Ident 52: 35-85.
7. Karakülah M., Danacı M., Ciritçi İH. Biyometrik Parmak İzinin Akıllı Kartlarla Kullanımı Ve Uygulaması. Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi, 2004, 10:13-16.
8. Sir Francis Galton'un 1892'de yayınlanan Parmak İzi kitabının Kapak Sayfası <http://www.open.edu/openlearn/science-maths-technology/science/health-sciences/forensic-science-and-fingerprints/content-section-1.1>. Erişim tarihi: 15.9.2018.
9. Drahansky M., Dolezel M., Urbanek J., Brezinova E & Tai-hoon Kim. Influence of Skin Diseases on Fingerprint Recognition. Journal of Biomedicine and Biotechnology, 2012, 626148.
10. <http://parmakizleriniz.blogspot.com/2009/02/parmak-izlerinde-onemli-kavram-ve.html>. Erişim tarihi: 20.09.2018.

## Sözel 48 (ÖZET)

### 15 YAŞINDAKİ ÇOCUK OLGUDA SAPTANAN AKUT PSİKOTİK BOZUKLUK VE YANLIŞ CİNSEL İSTİSMAR İHBARI

#### In 15-Year-Old Child Case, The Acute Psychotic Disorder and False Sexual Abuse Denunciation

Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*, Uzm. Dr. Erdem HÖSÜKLER\*\* Arş. Gör. Dr. Hakan SAMURCU\*, Arş. Gör. Dr. Veyis GÜNDOĞDU\*, Arş. Gör. Dr. Hamit Aykut ÇELME\*\*\*

\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

\*\*Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu

\*\*\* Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

#### ÖZET

**Giriş:** Çalışmada, kaldığı yurttaki davranışsal sorunları nedeniyle evine gönderilen, amcasının eşinin yönlendirmeli soruları sonucunda davranışlarının cinsel istismardan kaynaklandığı düşünülerek ihbar edilen çocuk olgu sunularak literatür eşliğinde tartışılacaktır.

**Olgu Sunumu:** 15 yaşındaki erkek çocuğun babası beyanında; beş yıl önce annelerinin üç çocuğunu bırakıp gittiğini, üç yıl önce boşandıklarını, ortanca oğlunu bu sene bir yurda yerleştirdiğini, dört gün önce yurttan arayarak oğlunun hastalandığını, gelip almasını söylediklerini, oğlunun eve geldiğinde akli dengesini kaybetmiş gibi olduğunu, hastaneye gittiklerini anlatmıştır. Olgunun yengesi beyanında; hastanede tesadüfen olguyu ve babasını gördüklerini, olguya "sana ne yaptılar, dövüldü mi, yoksa tecavüz mü ettiler" diye sorduğunda "ille göstermem mi lazım", "evet, ettiler" dediğini, durumu jandarmaya şikayet ettiklerini belirtmiştir. Küçüğün okuldaki ve yurttaki öğretmenlerinden alınan ifadelerde; olgunun asosyal, sessiz, içine kapanık bir yapısının olduğunu, ağustos ayında dahi yurtda palto ile gezdiğini, geceleri uyumadığını, dışarı çıkmak istediğini, sürekli merdivenlerden inip çıktığını, "beni bırakın, uçmak istiyorum" dediğini, arkadaşlarını zaman zaman tanımadığını, kendisine sorulan her soruya destekler tarzda, olumlu yanıt verdiğini anlatmışlardır. Muayenesinde depersonelizasyon, derealizasyon belirtileri, psikomotor aktivasyonda artma saptanmıştır. Olgu üç gün sonra katatoni tablosu ile acil servise getirilmiş, "Akut Psikotik Bozukluk", "Disosiyatif Bozukluklar" tanısı ile yatırılarak tedaviye başlanmıştır. Yatışının yedinci gününde ailesinin isteği ile taburcu edilmiş, ancak üç gün sonra tekrar yatışı yapılmıştır. Takibinde katatoni tablosu ilerlemiş, gaita ve idrar inkontinansı gelişmiştir. Düzenlenen adli raporda küçükte bulunan psikiyatrik hastalıklarının gerçeği değerlendirme yeteneğini etkileyecek nitelikte

#### ABSTRACT

**Introduction:** In this study, a child case who was sent home because of behavioral problems in his dormitory and who was informed that his behaviors were caused by sexual abuse as a result of his uncle's wife's directing questions will be presented and discussed with the literature.

**Case Report:** 15-year-old boy's father told in his statement that; five years ago, his wife had abandoned their three children and divorced three years ago. He placed her middle child in a dormitory in this year, four days ago a teacher from the dormitory called him and said that his son was sick, so he must come to the dormitory and take his son. When his son got home, he had lost his mental balance, so brought him to the hospital. In the declaration of the uncle's wife; she said that they had seen the case and his father by chance in the hospital, she had asked the case, "What did they do, beat you or raped you?". The case had said to her "Is it necessary to show", "yes, they did". Therefore, they have complained to the gendarmerie this sexual abuse state. In the statements taken from the school and dormitory teachers; they told that the case was an asocial, silent, introverted character, he was wearing coat even in august, he don't sleep at night, he wants to go out, constantly climbing up and down stairs, "Leave me, I want to fly," he said, from time to time he did not recognize his friends, he was responding positively every question that was asked to him in the manner that supports the question. Physical examination revealed depersonalization, derealization symptoms, and increased psychomotor activation. Three days later, the case was brought to the emergency room with catatonia. He was hospitalized with the diagnosis of "acute psychotic disorder", "dissociative disorders" and, treatment was initiated. He was discharged with the family's request on the seventh day of his admission but was hospitalized again three days later. At follow-up, catatonia developed and stool and urinary incontinence developed. It has been reported in

bulunduğu, ifadelerine ancak kesin adli deliller ile desteklendiği takdirde itibar edilebileceği bildirilmiştir.

**Sonuç:** Cinsel istismar ile ilgili sorulara verdiği yanıtları değerlendirirken, aile ve okul çevresi ile yapılan görüşmeler yanında çocuğun psikiyatrik muayene bulgularının değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler:** cinsel istismar; mağdurun beyanı; psikiyatrik muayene; akut psikotik bozukluk; disosiyatif bozukluk.

the forensic report that the psychiatric illnesses present may affect the ability to assess reality, and that cases's statements can only be respected if they are supported by strict legal evidence.

**Conclusion:** When evaluating the answers to questions related to sexual abuse, it is important to evaluate the psychiatric examination findings of the child as well as the interviews with the family and school environment.

**Keyword:** sexual abuse victim's statement; psychiatric examination; acute psychotic disorder; dissociative disorder.

## Sözel 49 (ÖZET)

# İYİ VE KÖTÜ NİYETLİ DOKUNMA ARASINDAKİ FARKI HİSSETMEK: OLGU SUNUMU

## Feeling The Difference Between Good And Bad

### Intense Touch: Case Report

Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*, Uzm. Dr. Erdem HÖSÜKLER\*\* Arş. Gör. Dr. Hakan SAMURCU\*, Öğr. Gör. Tolga TURAN\*, Arş. Gör. Dr. Hamit Aykut ÇELME\*\*\*

\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

\*\*Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu

\*\*\* Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

### ÖZET

**Giriş:** Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD **Giriş:** Çalışmada, bir olgu sunumu ile çocuklarda cinsel istismar değerlendirmesinde dikkat edilmesi gerekli hususlara dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 13 yaşındaki kız çocuğu, cinsel istismara maruz kalıp kalmadığının belirlenmesi amacıyla kliniğimize gönderilmiştir. Yapılan görüşmede teyzesinin eşinin kendisine karşı olan davranışlarında yakın zamana kadar anormallik hissetmediğini, bir süre önce internette iki tecavüz mağduru, iki şizofren arkadaş edindiğini, çocukluğunda beş yıl boyunca dayısının cinsel istismarına maruz kalan, şimdi 20 yaşında olan arkadaşının “her şey dokunmakla başlar, sonra giderek tacize dönüşür, dayım da bana önceleri sadece dokunuyordu, sonra beş yıl boyunca tecavüz etti, kimseyi kendine dokundurma, kendini öptürme” dediğini, bu sözlerden sonra eniştesinin davranışlarını istismar olarak değerlendirmeye başladığını anlatmıştır. Sorulduğunda; eniştesinin kendisine dokunmasının kesinlikle kötü niyetli bir dokunma olmadığını, babanın kızına, ağabeyin kardeşine, eniştenin yeğenine dokunması gibi olduğunu, eniştesinin hareketlerini arkadaşından etkilenerek yanlış anlamış olabileceğini, aslında cinsel bir amaç hissetmediğini söylemiştir. Annesi ile yapılan görüşmede; kızının son zamanlarda instagram hesabından tecavüz mağdurları, şizofrenler, mazoşistler ve satanistlerle konuştuğunu, beraberinde davranışlarında değişiklikler meydana geldiğini, eniştesinin kızına kendi çocuklarına davrandığı gibi davrandığını, kızının daha önce hiçbir rahatsızlık hissetmediği halde internetteki arkadaşlıklarından sonra eniştesinin davranışlarını farklı değerlendirmeye başladığını anlatmıştır. Olgunun instagram hesabında şizofreni tanısı olan bir kişi tarafından yapılmış çok

### ABSTRACT

**Introduction:** In the study, it is aimed to draw attention to the issues to be considered in the evaluation of sexual abuse in children due to a case.

**Case Report:** A 13-year-old girl was referred to our clinic to determine if she had been exposed to sexual abuse. In the interview, she told that her aunt's wife's behavior towards her until recently did not feel abnormality, a while ago she has made four friends on the internet, two of them rape victims and two of them schizophrenic. A 20-year-old rape victim who had been exposed sexual abuse by her uncle during his five-year childhood as a child, said, “everything starts with touching and then turns into harassment, my uncle used to touch me at first, then raped to me for five years, don't let anyone touch you, don't let anyone kiss you”. After her friend's these words, she had begun to regard her aunt's husband's behavior as abuse. When asked; she also told that, her aunt's husband's touch is definitely not malicious. This touch is as good as the father's touching to his daughter, the brother's touching to his sister, brother-in-law's touching to his niece, She said that, she could have misunderstood her actions by being influenced by her friend, that she did not feel a sexual purpose. During the interview with her mother; she told that, her daughter recently spoke by rape victims, schizophrenics, masochists, and satanists by her daughter's instagram account, after then her behaviors started to change, aunt's wife was acting to her daughter as acting his own child. Although his daughter has never felt any discomfort before, after her friendship on the internet, she began to evaluate his behaviors differently. It was observed that the case shared many pictures made by a person diagnosed with schizophrenia in his instagram account. Depressive symptoms were determined in psychiatric consultation. Judicial investigation resulted in non-



sayıda resmi paylaştığı görülmüştür. Psikiyatri konsültasyonunda depresif belirtiler tespit edilmiştir. Adli soruşturma takipsizlik ile sonuçlanmıştır.

**Sonuç:** Cinsel istismar değerlendirmesinde; çocuğun ailesi ile yapılan görüşme, internet ve sosyal ortamdaki arkadaşlıkları, sosyal medya paylaşımları önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Cinsel istismar; Sosyal medya; İstismar mağduru; İyi ve kötü dokunma.

prosecution.

**Conclusion:** In the evaluation of sexual abuse; interview with the family of the child, friendships in the internet and social media, social media sharing are important.

**Key words:** Sexual abuse; Social media; Victim of abuse; Good and bad touch.

## Sözel 50 (ÖZET)

### 0-6 YAŞ GRUBU ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN EV KAZALARINA YÖNELİK GÜVENLİK ÖNLEMLERİNİN BELİRLENMESİ

#### Determination Of The Security Measures Taken By Mothers Having Children Between The Ages Of 0-6 Against Home Accidents

Arş. Gör. Zeynep Kiseçik Şengül\* Arş. Gör. Esra Doğan Yılmaz\* Yurdağül Erdem\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

**Giriş:** Çocukluk çağı ev kazaları önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Bu çalışma, 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Materyal ve Metod:** Araştırmanın örneklemini bir üniversitenin Tıp Fakültesi Hastanesinin pediatri polikliniklerine başvuran, 0-6 yaş grubu çocuğu olan 125 anne oluşturmuştur. Veriler, '0-6 Yaş Çocuklarda Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Ölçek, Çınar ve Görak (2003) tarafından geliştirilmiş, 5'li likert tipinde ve 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 40-200 arasında değişmektedir. Yüksek puan annelerin çocuğunu ev kazalarından korumaya yönelik önlemleri en üst düzeyde aldığını göstermektedir. Veriler değerlendirilirken yüzdelik, Kruskal Wallis Testi, Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması  $30,60 \pm 5,49$  olup, %73,6'sı ev hanımıdır. Annelerin %13,6'sının ev kazalarına yönelik eğitim aldığı; %58,4'ünün çocuğunun en az bir kez ev kazası geçirdiği; en sık görülen kaza tipinin düşme olduğu (%45,6) ve kazaların evin en çok oturma odasında görüldüğü belirlenmiştir. Annelerin ölçek toplam puan ortalaması  $177,26 \pm 13,18$  olup, bunu annenin çalışma durumu, ev kazası eğitimi alma durumu, çocuğun ev kazası geçirme durumu, yaşanan yer ve aile konut tipi değişkenlerinin etkilediği saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik güvenlik önlemlerine ilişkin tutumlarının yüksek olduğu, buna rağmen ev kazası geçiren çocuk sayısının yarıdan fazla olduğu belirlenmiştir. Gerekli eğitim eksikliklerin giderilerek farkındalığın artırılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, anne, ev kazaları.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Childhood accidents are important public health problems. This study was carried out as a descriptive study to determine the safety measures for home accidents of mothers having children between the ages of 0-6.

**Material and method:** The sample of the study consisted of 125 mothers having children between the ages of 0-6 who applied to pediatric outpatient clinics of a university hospital of the Faculty of Medicine. Research data were collected using the 'Definitive Scale for Security Measures Taken by Mothers against Home Accidents for 0-6 Years Old Children'. The scale was developed by Çınar and Görak (2003) which is of the likert type of 5 and consists of 40 items. The score that can be taken from the scale ranges from 40 to 200. High scores indicate that mothers receive the highest level of measures to protect their children from home accidents. Percentage calculations, Kruskal Wallis Test and Mann-Whitney U test were used in the evaluation of the data.

**Findings:** The average age of the participating mothers were  $30,60 \pm 5,49$  and 73.6% were housewives. It was determined that 13,6% of the mothers received education for home accidents; 58.4% of the children had a house accident at least once; the most frequent type of accident was fallen (45.6%) and the accidents were mostly seen in the sitting room of the house. The mean score of the scale was  $177,26 \pm 13,18$  and it was determined that the score was influenced by some variables such as mother's working status, home accident education level, child's home accident experience, place of residence and family residence type. ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** Mothers attitude towards security measures to protect children from home accidents was high, but it was determined that the number of children who had a house accident was more than half. It is suggested to increase the awareness by eliminating the necessary education deficiencies.

**Key words:** Child, mother, home accidents.

## Sözel 51 (TAM METİN)

### SAVAŞ, GÖÇ VE HEMŞİRELİK

#### War, Migration and Nursing

Öğr. Gör. Zehra AYDIN\*, Öğr. Gör. Remziye Cici\*  
\*Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

Savaş, insanların yaşamını olumsuz etkileyen ve olumsuzlukların ortadan kalkmasını sağlayan sistemleri yok eden durum olarak tanımlanmaktadır. Göç ise, savaş mağdurlarının hayatta kalabilmek ve yaşamlarını sürdürebilmek için bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine yerleşmesi olarak tanımlanmaktadır.

İnsanlar; beslenme, barınma ve hijyenik koşullarda yaşayabilme vb. fizyolojik ihtiyaçlarını karşıladıkları zaman sağlıklı olarak tanımlanabilmekte fakat bu durum savaş ve göç esnasında mümkün olamamaktadır. Savaş ve göç durumunda en büyük sorumluluğa sahip gruplardan biri sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanları özellikle hemşireler, savaş ve göç gibi acil durumlara hazır olmalı, gerek duyulduğunda kesintisiz bir şekilde hizmet verecek donanım ve güce sahip olmalıdır.

Hemşirelerin savaş ve göç gibi acil durumlardaki görevleri üç aşamada sınıflandırılmaktadır. Bunlardan ilki, birincil koruma olarak tanımladığımız önlem alma ve korumadır. İkinci aşama ise acil durum anıdır. Hemşireler olay anında acil durum planına göre kritik düşünerek, doğru ve hızlı hareket edip, organize olmalı, tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyacı olan hastaları aciliyetlerine göre sınıflandırıp, gerekli bakım ve tedaviyi uygulamalıdır. Son aşama ise acil durum sonrasıdır. Acil durum sonrası bakım ve tedaviye ihtiyaç duyan hastaların hemşirelik hizmetlerine devam edilir. Hemşirelik hizmetlerinin plana uygun olup olmadığı, bu plana göre hareket edilip edilmediği ve tespit edilen eksiklikler doğrultusunda planda yeniden düzenlemeler yapılarak daha kaliteli hizmet vermek amaçlanmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** göç, hemşirelik bakımı, savaş

#### ABSTRACT

War is defined as a situation that adversely affects the lives of people and destroys systems that establish order and eliminate disorder. Migration is defined as the replacement of war victims from one settlement to another one in order to survive and lead their lives.

People can be defined healthy when their physiological needs are met and they are provided with adequate nutrition, shelter and hygiene, but this is not possible during the war and migration. One of the groups with the greatest responsibility in the case of war and migration is the health workers. Healthcare professionals, especially nurses, should be prepared for emergencies such as wars and migrations, and should have the equipment and the ability to provide uninterrupted service when needed.

Nurses' tasks in emergencies, such as war and migration, are classified in three stages. The first one is taking measures and protection that we define as primary protection. The second stage is the moment of emergency. Nurses should be able to think critically according to the emergency plan at the time of the incident, move correctly and quickly, organize patients who need medical treatment and care, classify them according to their urgency and apply necessary care and treatment. The final stage is the post-emergency. Nursing services of patients who need care and treatment after the emergency are continued. What is aimed in this paper is to find out if nursing services are in accordance with the plan, whether they are carried out according to this plan, and to be able provide better quality service by reorganizing the plan in accordance with the identified deficiencies, if any.

**Keywords:** migration, nursing, care war

## Sözel 51 (TAM METİN)

### SAVAŞ, GÖÇ VE HEMŞİRELİK

#### War, Migration and Nursing

Öğr. Gör. Zehra AYDIN\*, Öğr. Gör. Remziye Cici\*  
\*Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Savaşın; hukuki, siyasi, askeri, sosyolojik ve felsefi olarak farklı şekilde tanımları olmasına rağmen uluslararası bir tanımı bulunmamaktadır. Britannica Ansiklopedisi savaşı, politik gruplar arasında belirli bir sürede ve yoğunlukta devam eden çatışma olarak tanımlarken, Türkiye Cumhuriyeti 2941 sayılı Seferberlik ve Savaş Hâli Kanununun 3-5'inci maddesinde savaş: “Devletin bekasını temin etmek, milli menfaatleri sağlamak ve milli hedefleri elde etmek amacıyla, başta askerî güç olmak üzere Devletin maddi ve manevi tüm güç ve kaynaklarının hiçbir sınırlamaya tabi tutulmadan kullanılmasını gerektiren silahlı mücadeledir.” şeklinde tanımlanmıştır (Britannica 2013; Varlık 2013; Seferberlik ve Savaş Hâli Kanunu 1983). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO) ise; savaşı insanların yaşamını olumsuz etkileyen ve olumsuzlukların ortadan kalkmasını sağlayan sistemleri yok eden durum, olarak tanımlamaktadır (WHO 2006).

Savaşın; birçok alanda farklı tanımları olmasına karşın, savaşların birey ve toplumlarda yarattığı yaralanma, can ve mal kaybı ortak bir sonuçtur. Tarihteki savaş olguları incelendiğinde; savaşın bireyler ve toplumlar üzerine etkileri doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki aşamada sınıflandırılmaktadır. Savaşın doğrudan etkileri; yaralanmalar, sakatlıklar ve ölümlerken, dolaylı etkileri içerisinde ekolojik yıkım, sosyo-ekonomik, tıbbi bakım, barınma, beslenme koşullarında kötüleşme, artan hastalıklar, ulaşım-iletişimde bozulma yer almaktadır. Savaşın etkileri bütüncül olarak ele alındığında ise, insan hayatını her açıdan etkilediği görülmektedir. Artan savaşlardan dolayı her geçen gün, göç olguları artmakta hatta bireyler tarafından göç zorunlu hale gelmektedir (Topçu 2006; Acil ve Afet Derneği-ACAD 2017).

Göç, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından, savaş mağdurlarının hayatta kalabilmek ve yaşamlarını sürdürebilmek için bir ülkeden başka bir ülkeye veya bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine yerleşmesi olarak tanımlanırken, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ise bireylerin yaşantılarını geçirmek için, kalıcı veya geçici olarak bir yerleşim bölgesinden başka bir yerleşim bölgesine yaptıkları bir değişim süreci olarak tanımlamaktadır (TÜİK 2005; TDK 2006). Uluslararası Göç Örgütü (International Organization for Migration - IOM) ise göçü, bireylerin veya toplumların; süresi, nedeni ve şekli ne olursa olsun, uluslararası ya da ülke içindeki sınırları geçme hareketi olarak tanımlanmaktadır (IOM 2017). Buna, mültecilerin,

yerinden edilmiş kişilerin, ekonomik göçmenlerin, aile birleşimi gibi farklı amaçlarla hareket eden kişilerin göçü de dâhildir (Örgütü 2009).

İnsanlar, yaşam kaygısı başta olmak üzere hayatta kalma, yok olamama, fizyolojik-psikolojik ihtiyaçlarını giderme, maddi ve manevi sahip olduklarını kaybetmemek için göç etmeyi bir çözüm yolu olarak görmektedirler. Fakat göç etmek, göç eden bireylerin hayatta kalmasını sağlasa da genel olarak; ekonomik, sosyal ve sağlık açısından birçok sorun ile karşılaşmalarına sebep olmaktadır. Göç sonrası bireyler, yeni bir hayat kurmaya çalışırken ilk karşılaştıkları sorun dil ve iştir. Göç ettikleri ülkenin dilini ve kültürünü bilmedikleri için işsizlik gibi önemli bir sorun ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunun yanında iş bulabilenler ise düşük ücret ve çalışma güvenceleri olmadan çalıştırılmaktadırlar. Tüm bunların sonucu olarak da ekonomik sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Göç eden bireyler, ekonomik açıdan yaşanan sorunların yanında sosyal açıdan yaşanan dil, iletişim ve kültür gibi birçok sosyo-kültürel sorunla da baş etmeye çalışmaktadırlar. Ayrıca bireyler göç edilen ülkenin; dilini konuşamamaları ve kültürlerine yabancı olmalarından kaynaklı iletişim sorunları yaşamakta ve göç edilen ülkenin halkı tarafından dışlanmaktadırlar. Ekonomik ve sosyal açıdan yaşanan sorunların ortak sonucu olarak da sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Hayatları her açıdan sınırlandırılmış olan bu bireyler yetersiz beslenme ve salgın hastalıklar gibi birçok sağlık sorunu ile de mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar (Bebiş, Özdemir 2013; Yılmaz 2014).

Savaşlar ve göçler insanlık tarihi boyunca var olan ve sadece meydana geldiği bölgeyi değil tüm insanlığı etkileyen olaylardır. İnsanlar; beslenme, barınma ve hijyenik koşullarda yaşayabilme vb. fizyolojik ihtiyaçlarını karşıladıkları zaman sağlıklı olarak tanımlanabilmekte fakat bu durum savaş ve göç esnasında pek mümkün olamamaktadır. Zaman içerisinde bireylerin; birden çok sorumluluk üstlenmeleri, sosyal desteklerin yetersizliği, önyargılar, kültürel çatışmalar, yasalar, post travmatik stres, şiddet, yoksulluk, beslenme yetersizliğine bağlı gelişim bozuklukları, salgın hastalıklarla mücadele etmeye çalışırken, barınma ve hijyen koşullardaki yetersizlikler ve sağlık bakım hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanmadıklarından fizyolojik ve psikolojik durumları fazlasıyla olumsuz etkilenmektedir. Sonuç olarak, savaş ve göç mağdurlarının psikolojik ve sosyal sağlıkları büyük ölçüde bozulmakta, morbitide ve mortalite oranı da artmaktadır. (Allender ve ark., 2010; Nies, Mceven 2011; Bebiş, Özdemir 2013; Yılmaz 2014; Kalanlar, Kubilay 2015).

Savaş ve göç durumunda en büyük sorumluluğa sahip gruplardan biri sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanları savaş ve göç gibi acil durumlara hazır olmalı, gerek duyulduğunda kesintisiz bir şekilde hizmet verecek donanım ve güce sahip olmalıdır. Özellikle dünya genelinde savaş olgularına bakıldığında sağlık çalışanları içinde de hemşirelerin, yaralı asker ve savaş mağdurlarının bakım ve tedavisinde önemli rol aldıkları görülmektedir. Bunların en büyük örneği İslamiyet'in ilk yıllarında Seyyar Sahra Çadır Hastanesini kuran ve yöneten

Rufeyde, Selçuklu Dönemi'nde Gevher Nesibe Sultan, Kırım Savaşı'nda (1854) Florence Nightingaledir. (Anameriç 2010; Baltacı 2010; Kelly 2010; Bebiş, Özdemir 2013; Kalanlar, Kubilay 2015).

Savaşların ve her geçen gün hemşirelere duyulan ihtiyacın artmasından dolayı, hemşirelere verilen eğitimin yeterliliği ve hemşireliğin gelişmesi adına yeni düzenlemeler yapabilmek için Amerikan Acil Hekimler Koleji tarafından (2001) mevcut durumu inceleyen bir rapor hazırlanmış ve önerilerde bulunulmuştur. Amerikan Hemşireler Birliği ve Acil Hemşireler Birliği bu rapora göre hemşirelik müfredat ve içeriklerinin düzenlenmesini istemiştir. Ülkemizde ise hemşirelik hizmetine duyulan ihtiyacın önemi Trablusgarp Savaşı'nda (1911) anlaşılmış ve Dr. Besim Ömer Paşanın desteğiyle Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) tarafından, 6 ay süreli ilk hemşirelik kursu açılmıştır (Baltacı 2010; Nies, Mceven 2011; Bebiş, Özdemir 2013; Kalanlar, Kubilay 2015).

1970'lerde hemşirelere, savaş ve göç gibi acil durumlarda hemşirelerin rolü hakkında temel bilgileri içeren eğitimler verilmiştir. 1990'ların sonlarında ise müfredatlar genişletilmiştir. Geçmişteki geleneksel hemşirelik zamanla ve eğitim ile yerini modern hemşireliğe bırakmıştır. Rochester Üniversitesi, Johns Hopkins Hemşirelik Okulu, Tennessee Üniversitesi ve Adelphi Üniversitesi yüksek lisans programları ile bu alanda eğitim vermeye devam etmiştir. Daha sonra Adelphi Üniversitesi doktora eğitimi de vermeye başlamıştır (Fountain ve ark. 2014; Jose, Dufrene 2014; ACAD 2017; Veenema 2007).

Ülkemizde ise; hemşirelik fakültesi ve yüksekokullarında, teorik ve uygulamalı olarak;

- Afetlerde Hemşirelik ve İlk Yardım
- Olağanüstü Koşullarda Hemşirelik Komitesi
- Afetlerde Hemşirelik Bakımı ve İlk Yardım
- Afetlerde Sağlık Hizmetleri
- Afet Hemşireliği
- Afet Hemşireliği ve İlk Yardım
- Afet Yönetimi
- Afetler ve İlk Yardım Hemşireliği
- Afet Kültürü
- Afetlerde Hemşirelik
- Afetlerde Bakım ve İlk Yardım
- Temel Afet Bilgisi
- Afet Yönetimi ve Afet Hemşireliği
- Kaza ve Afetlerden Korunma

- Afetlerde Hemşirelik Bakımı ve İlk Yardım Hemşireliği
- Afetlerde Hemşirelik Yönetimi
- Afetlerde İlk Yardım
- Doğal Afetler ve Afet Yönetimi gibi dersler ile savaş ve göç gibi acil durumların eğitimleri verilmektedir (ACAD 2017).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses – ICN); hemşirelerin eğitimci, klinisyen, araştırmacı, yönetici yani hangi alanda olursa olsun fark etmeksizin acil durum anında yeterli donanıma ve müdahaleye sahip olması gerektiğini vurgulamıştır.

ICN acil durumlarda temel hemşirelik yeterliklerini ise dört başlık altında toplamıştır.

**1. Önleme / azaltma yeterlikleri**

- Risk azaltma, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi
- Politika geliştirme ve planlama

**2. Hazırlık yeterlikleri**

- Eğitim ve hazırlık
- İletişim ve bilgi paylaşımı
- Etik uygulama, hukuki uygulama ve hesap verebilirlik

**3. Tepki yeterlikleri**

- Bireylerin ve ailelerin bakımı
- Topluluğun bakımı
- Savunmasız bireylere bakım
- Psikolojik bakım

**4. İyileşme / rehabilitasyon yeterlikleri**

- Uzun süreli bireysel, aile ve toplum kurtarma konularını kapsamaktadır

Tüm bunlarla birlikte hemşireler, temel hemşirelik yeterliklerinin yanı sıra, temel ilke haline getirdikleri;

- Mahremiyet duygusu
- Nezaket ve özveri
- İnsan yaşamına değer verme
- Hassasiyet ve düşünceli olma
- Güven
- İşbirliği
- Ekip ruhuna saygı ve dayanışma
- Koordinasyon

- Uzlaşma
- Liderlik
- Güç
- Kontrol
- Sorumluluk ve hesap verebilirlik
- Eleştirilere yapıcı yaklaşım gibi kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları doğrultusunda hizmet verebildiği sürece nitelikli ve kaliteli bakım hedeflerine ulaşmış olacaktır (ICN 2003, ACAD 2017).

Teknoloji ve eğitimdeki ilerlemelerin sonucunda hemşirelerin görevleri savaş ve göç gibi acil durumlarda üç aşamada sınıflandırılmaktadır. Bunlardan birincisi ve en önemlisi birincil koruma olarak tanımladığımız önlem alma ve korumadır. Öncelikle acil durumlar için bir durum planı yapılmalıdır. Hemşireler, şüpheli ya da tanımlayamadıkları olay ile karşılaştıklarında yetkililere haber vermeleri konusunda toplumu bilinçlendirecek eğitimler vermeli ve önleyici tedbirler almalıdır (Bebiş, Özdemir 2013).

İkinci aşama ise acil durum anıdır. Hemşireler olay anında acil durum planına göre kritik düşünerek, doğru ve hızlı hareket edip, organize olmalı, tıbbi tedavi ve bakıma ihtiyacı olan hastaları aciliyetlerine göre sınıflandırıp, gerekli bakım ve tedaviyi uygulamalıdır (Bebiş, Özdemir 2013).

Son aşama ise acil durum sonrasıdır. Acil durum sonrası bakım ve tedaviye ihtiyaç duyan hastaların hemşirelik hizmetlerine devam edilir ve deneyimlerden elde edilen tüm veriler değerlendirilir. Hemşirelik hizmetlerinin plana uygun olup olmadığı, bu plana göre hareket edilip edilmediği ve tespit edilen eksiklikler doğrultusunda planda yeniden düzenlemeler yapılarak daha kaliteli hizmet vermek amaçlanmaktadır (Bebiş, Özdemir 2013).

Geçmişten günümüze hemşireliğin önemi göz önüne alındığında savaş ve göç gibi acil durumlarda daha kaliteli hizmet verebilmek ve kaliteli bakım hedeflerine ulaşabilmek için hemşirelikte ekip çalışmasının önemi gündeme gelmektedir. Teorik bilgi ve uygulamalar kapsamında; doğru ve hızlı hareket ederek kritik düşünme yeteneği ile müdahale etme becerisi kazandırılmalıdır. Ayrıca suçluluk, şüphe, depresyon vb. yaşayabileceği olumsuz duygularla baş etmelerini sağlayacak destek eğitimler verilmeli, fiziksel yeterlilikleri sağlanmalıdır (Hsu ve ark. 2006; Veenema 2007; Kalanlar, Kubilay 2015).



## Kaynaklar

1. Seferberlik ve Savaş Hâli Kanunu. 2941 sayılı (08.11.1983). <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Kanunlar.aspx> Erişim Tarihi: 01.09.2018.
2. Acil ve Afet Derneği (ACAD), Uluslararası 1. Ortadoğu Hastane Öncesi Ve Afet Yönetimi Erişim Adresi: <http://www.acilafet.org> Erişim Tarihi: 01.09.2018
3. Allender, J. ve ark. (2010). Community health nursing. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
4. Anameriç, H. (2010). Türk Kızılayı'nın (Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti) Savaş Eserlerine Kitap ve Kütüphane Hizmetleri (1912-1922). Erdem, 10(58).
5. Baltacı, T. (2010). Hemşirelik Mesleğinin Dünü Bugünü. Sağlık ve Yaşam 19 Mayıs Üniversitesi Dergisi, 3(2): 8.
6. Bebiş, H., & Özdemir, S. (2013). Savaş, Terör ve Hemşirelik. War, Terrorism and Nursing. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(1), 57-68.
7. Encyclopaedia Britannica, (2013). <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/635532/war> Erişim Tarihi: 01.09.2018.
8. Fountain, R. ve ark. (2014). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. Nurse Education in Practice, 8(1): 1-8.
9. Hsu, E., ve ark. (2006). Healthcare Worker Competencies for Disaster Training. BMC Medical Education, 6(19): 1-9.
10. International Council of Nurses (ICN) (2003). <https://www.icn.ch/> Erişim Tarihi: 01.09.2018.
11. Jose, M. M., & Dufrene, C. (2014). Educational Competencies and Technologies for Disaster Preparedness in Undergraduate Nursing Education: An Integrative Review. Nurse Education Today, 34(4), 543-551.
12. Kalanlar, B., & Kubilay, G. (2015). Afetlerde Toplum Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Afet Hemşireliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(1), 57-65.
13. Kelly, J. (2010). Battlefield Conditions: Different Environment But The Same Duty of Care. Nursing Ethics, 17(5), 636-645.
14. Nies, M. A. Meeven, M. (2011). Natural and Man-Made Disaster. Community/ Public Health Nursing: Promoting The Health Of Populations. 5th ed., Elsevier, St. Louis, 561-583.
15. Örgütü, U. G. (2009). Uluslararası Göç Hukuku Göç Terimleri Sözlüğü. [www.goc.gov.tr/files/files/goc\\_terimleri\\_sozlugu.pdf](http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_terimleri_sozlugu.pdf) Erişim Tarihi: 01.09.2018.
16. Topçu, S. (2006). Göç Eden Ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
17. Türk Dil Kurumu (TDK) (2006). [www.tdk.gov.tr/](http://www.tdk.gov.tr/) Göç. Erişim Tarihi: 01.09.2018.
18. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2005). 2000 Genel Nüfus Sayımı Göç İstatistikleri. Ankara: TÜİK Matbaası.
19. Uluslararası Göç Örgütü (International Organization for Migration - IOM). (2017). <https://www.iom.int/key-migration-terms#Migration> Erişim Tarihi: 11.09.2018
20. Varlık, A. B. (2013). Savaşı Tanımlamak: Terminolojik Bir Yaklaşım. Avrasya Terim Dergisi, 1(2), 114-129.
21. Veenema, T. G. (2007). Disaster Nursing and Emergency Preparedness: For Chemical, Biological, and, Radiological Terrorism and Other Hazards. 2nd ed, Springer Publishing Company, New York, 3-29.
22. World Health Organization Health Topics (2006). [http://who.int/health\\_topics/en](http://who.int/health_topics/en) (01.09.2018).
23. Yılmaz, A. (2014). International Migration: Its Types, Causes And Effects. Electronic Turkish Studies, 9(2).

## Sözel 52 (ÖZET)

### PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN SHARENTİNG HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ: RİSKLER VE UYGULAMALAR

#### Opinions Of Pediatric Nurses On Sharenting: Risks And Practices

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK\*, Prof. Dr. Sevinç POLAT\*  
Doktora Öğrencisi Burcu YILMAZ\*

\*Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

**Giriş:** ‘Sharenting’ kavramı, ‘share’ ve ‘parenting’ kelimelerinden türetilmiş olup ailelerin kendi çocuklarına ait resim, video gibi birçok bilgi ve görseli çevrimiçi ortamlarda paylaşmasını ifade etmektedir. Birçok ebeveyn, ultrason görüntülerinden başlayarak bebeklerinin ilk resimlerini hızla sosyal medyada paylaşmakta, birçok çocuk sosyal medyada doğmadan önce var olmaktadır. Ailelerin iyi niyetle bu davranışı sergiledikleri değerlendirilse de istemsizce yaratılan dijital ayak izleri birtakım hak ihlalleri yaratmaktadır. Bu çalışma pediatri hemşirelerin sharenting uygulamasına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla kalitatif çalışma olarak gerçekleştirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma İç Anadolu’da bir üniversite hastanesinin çocuk servislerinde çalışan 20 hemşire ile yürütüldü. Çalışmanın verileri, tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formuyla toplandı. Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan ve etik kuruldan izin alındı. Ayrıca araştırmanın amacı ve ses kaydı hakkında bilgi verilerek, hemşirelerden sözel onam alındı. Elde edilen veriler tümevarımsal içerik analizi yöntemiyle çözümlendi.

**Bulgular:** Çalışma kapsamına alınan hemşirelerden sekizinin 28-32 yaş grubunda olduğu, 19’unun evli olduğu ve üniversite düzeyinde eğitime sahip olduğu, dokuzunun 4-8 yıldır hemşire olarak çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin tamamının bir sosyal medya aracını kullandığı saptandı. Çalışmada hemşirelere, sosyal medyada ebeveynlerin çocukları ile ilgili paylaşım yapmalarının sakıncalarına ilişkin görüşleri soruldu, hemşireler “Mahremiyete dikkat edilmiyor, en büyük sakıncası çocuk istismarı”, “çocuklarımızı kendi elimizle iyi niyetli olmayan insanlara tanıtmış oluyoruz, gittiği okul, bulunduğu mekân vs. çocuğun özel suistimale açık hale getiriliyor”, “kötü niyetli insanların dikkatini çektiğini düşünüyorum, her geçen gün savunmasız olan çocukların mahremiyetinin daha fazla gözardı edildiğini düşünüyorum”, “çocuğun gelişimi için riskli olan, sosyal medya ve teknoloji ile

#### ABSTRACT

**Introduction:** The term of Sharenting is derived from the words of “share” and “parenting”. Many parents share the first pictures of their babies quickly on social media starting with ultrasound images, and many children exist before they are born on social media. Although families are considered to exhibit this behavior in good faith, the digital footprints created involuntarily and this create a number of rights violations. This study was carried out as a qualitative study to determine the opinions of nurses about the application of sharenting.

**Materials and Methods:** The study was carried out with 20 nurses working in child services of a university hospital in Central Anatolia. Data were collected by an introductory information form and a semi-structured questionnaire. Before starting the study, permission was received from the institution and the ethics committee. Verbal consent was obtained from the nurses by giving information about the purpose of the research and voice recording. The data were analyzed by inductive content analysis.

**Results:** Eight of the nurses included in the study were in the 28-32 age group, 19 were married and had education at the university level and nine were working as nurses for 4-8 years. All the nurses were using a social media tool. In the study, the nurses were asked about the disadvantages of the parents on social media sharing, nurses said “We do not pay attention to privacy, the biggest disadvantage is child abuse”, “we reach out to the privacy of children without asking children. In addition, we introduce our children to the people who do not have good intentions, the school they go to, the place they come from etc”. “ I think that the privacy of children is being ignored more and more, the child’s address, vacation photos”, “I think that the favorite food can be used as short-term, perverse people’s attention, can be used as child’s private misconduct”, “The reason is that the children are very mindful of the fact that other people may awaken different perceptions and think that it will lead to the spread of pedophile, the disease of our time”.

*önceden tanışmasına neden oluyor”, “çocukların çok göz önünde olması diğer kişilerde farklı algılar uyanmasına ve çağımızın hastalığı olan pedofilin yaygınlaşmasına yol açıyor” şeklinde görüş bildirdiler.*

**Sonuç:** Ebeveynlerin yaptıkları paylaşımlar konusunda özenli davranması, çocuğun yararına olmayan, onu şimdi ve gelecekte tehdit edebilecek paylaşımlardan kaçınması için hemşireler tarafından ailelerin bilgilendirilmesi ve farkındalık kazandırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, sharenting, çocuk, risk, görüş.

**Conclusion:** It is recommended that parents should be informed and aware by nurses to ensure that parents are careful about the shares they make and to avoid sharing that may threaten the present and the future.

s

**Key Words:** Nurse, sharenting, child, risk, vision.

## Sözel 53 (ÖZET)

# ACİL SERVİSE BAŞVURAN ÇOCUKLARLA İLGİLİ ADLİ NİTELİKLİ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

## Evaluation Of The Pediatric Forensic Cases Admitted To Emergency Department

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ŞENER TAPLAK\*, Uzm. Dr. Filiz TUBAŞ\*\*,  
Prof. Dr. Sevinç POLAT\*

\*Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

\*\*Kayseri Şehir Hastanesi

### ÖZET

**Giriş:** Çocuklar anatomik yapıları, fizyolojik ve psikolojik gelişimleri itibarıyla travmalara daha yatkındır. Çocukluk çağında meydana gelen kazalar, tüm dünyada önlenebilir sağlık sorunlarının başında yer almaktadır. Acil servisler adli olguların ilk başvurduğu, tetkik, tanı ve tedavilerinin yapıldığı yerlerdir. Adli olgu kavramı, trafik kazası, darp, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, her türlü alet yaralanması, yanık, elektrik çarpması, asfiksi, işkence ve kötü muamele, istismar, düşme ve diğer yaralanmalar, zehirlenmeler, intihar girişimleri gibi olayları kapsamaktadır. Bu çalışma acil servise başvuran adli nitelikli çocuk olgularını değerlendirmek ve bu konuda farkındalık oluşturmak amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metod:** Retrospektif nitelikteki çalışmanın evrenini 2013-2018 yılları arasında bir üniversite hastanesinin acil servisine başvuran adli nitelikli pediatrik olgular oluşturdu. Çalışmaya başlamadan önce kurum izni ve etik kurul izni alındı. Çalışma kapsamında 0-18 yaş grubu 1082 pediatrik adli nitelikli olgu değerlendirildi. Bu olgulara ilişkin sosyodemografik özellikler hasta dosyalarından geriye dönük olarak incelendi. Elde edilen veriler spss paket programında tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma kapsamına alınan olguların %24.1'inin kız ve %75.9'unun erkek olduğu belirlendi. Çocukların yaş ortalamalarının 13.51±5.15 olduğu saptandı. Çocuklarla ilgili adli olguların çeşitlerine bakıldığında, olguların %55.2'sini başka bir şahıs tarafından darp, %16.3'ünü yaralanmalar, %13.7'sini düşme, %3.9'unu trafik kazası, %2.9'unu ilaç ve kimyasallara maruziyet ve %8.0'ını diğer nedenlerin oluşturduğu belirlendi. Cinsiyete göre adli olgu çeşitleri incelendiğinde; kızlarda %34.9, erkeklerde %61.6 ile darbin en sık görülen adli olgu olduğu ve onu yaralanmaların takip ettiği saptandı.

**Sonuç:** Bu çalışmada pediatrik yaş grubunda adli olguların erkek cinsiyette daha fazla görüldüğü belirlendi. Darp ve yaralanma olgularının her iki cinsiyette en sık görülen adli olgu çeşidi olduğu saptandı. Bu doğrultuda başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanları tarafından konuya ilişkin farkındalık oluşturmak ve çocuklar için güvenli bir çevre oluşturulması amacıyla koruyucu ve müdahale edici eğitim programları ile toplumun özellikle riskli ailelerin bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, adli olgu, retrospektif, hemşire.

### ABSTRACT

**Introduction:** Children are more prone to trauma due to their anatomical structures, physiological and psychological development. Childhood accidents are the most important preventable health problems in the world. Emergency services are the places where forensic cases are first admitted, examined, diagnosed and treated. The concept of forensic cases includes events such as traffic accidents, beatings, all kinds of injuries, burns, electric shock, asphyxia, torture and ill-treatment, abuse, falls and other injuries, poisoning, suicide attempts. The aim of this study was to evaluate the cases of forensic children who applied to the emergency department and to raise awareness on this issue.

**Material and Methods:** The population of the study consisted of forensic qualified pediatric patients who applied to the emergency department of a university hospital between 2013-2018. Before starting the study, necessary permissions were obtained from the institution where the study was conducted and from the Ethics Committee. The sample of the study consisted of 1082 pediatric forensic cases with 0-18 age group. Sociodemographic characteristics of these cases were retrospectively reviewed from patient files. The data were evaluated by using descriptive statistical analysis.

**Results:** Of the subjects included in the study, 24.1% were female and 75.9% were male. The mean age of the children was 13.51 ± 5.15. When the types of forensic cases related to children were examined, 55.2% of the forensic cases were beaten by another person, 16.3% were injured, 13.7% were falling, 3.9% were traffic accidents, 2.9% were exposed to drugs and chemicals and 8.0% other causes were found respectively. When the forensic cases were examined according to gender, it was found that the most common forensic case was the female with the rate of 34.9% in girls and 61.6% in the men and it was followed by the injuries.

**Conclusion:** In this study, it was determined that pediatric forensic cases were more common in male sex. It was determined that the most frequent cases of the forensic cases were the cases of beaten by another person and injuries in both genders. In this respect, particularly nurses, including by health workers to create awareness on the issue and creating a safe environment for children of families in order to protect and interfering with education programs and suggested raising the awareness of society.

**Key words:** Child, forensic case, retrospective, nurse

## Sözel 54 (TAM METİN)

### HEMŞİRE ADAYLARININ KIZ ÇOCUK EVLİLİKLERİNE YÖNELİK TUTUMLARI

#### The Attitudes of Nursing Candidates Towards Early Marriage of Girls

Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA\*, Yüksek Lisans Öğrencisi Ahu Pınar TURAN\*\*

\* Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

\*\* Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

*Giriş:* Çocuk evlilikleri, 18 yaşından küçük kız ve erkek çocukların fizyolojik ve psikolojik olarak evlilik ve çocuk sahibi olmak gibi sorumlulukları kaldırmaya hazır olmadan yaptıkları evliliklerdir. Erken yaşta yaşanan evlilikler her iki cinsiyette görülse de evliliğin olumsuz sonuçları kız çocuklarını daha fazla etkilemektedir. Toplumda kız çocuk evlilikleri son 30 yıl içerisinde azalma göstermesine rağmen kırsal ve yoksul kesimler başta olmak üzere dünyanın birçok yerinde yaygın olarak yaşanmaktadır. Erken yaşta yaşanan evlilikler çocuklarda fizyolojik, psikolojik, sosyolojik olarak birçok soruna sebep olmaktadır. Kız çocuk evliliklerinde görülen sorunların çözümü ve planlanan amaçların uygulanması toplum-hemşire işbirliğini gerektirmektedir. Hemşirelerin sorumlulukları arasında kız çocuk evliliklerinin kadın sağlığına sebep olacağı riskli durumlar konusunda toplumu bilinçlendirmek, erken gebeliklerin önlenmesini sağlamak, modern aile planlaması yöntemlerinin öğretimi vb. yer almaktadır.

*Amaç:* Bu çalışma, hemşire adaylarının kız çocuk evliliklerine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

*Gereç ve Yöntem:* Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında sağlık bilimleri fakültesinde okuyan hemşire adaylarına yapılmıştır. Araştırmada veriler, “kişisel anket formu” ve “Kız Çocuk Evliliklerine Yönelik Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın evrenini sağlık bilimleri fakültesinde öğrenimine devam eden hemşirelik öğrencileri oluşturmuş olup, toplam 252 hemşire adayını örneklemeye alınmıştır.

*Bulgular:* Araştırmaya katılan hemşire adaylarının yaş ortalamaları  $21,2 \pm 1,9$  olup, %71,4’ü kız öğrencidir. Hemşire adaylarının %95,7’si 18 yaşın altında yani çocuk yaşta evlendirilmeyi toplumsal bir sorun olarak görmekte ve %95,3’ü çocuk yaşta evlendirilmenin çocuk istismarı olduğunu düşünmektedir. Çalışmada erkek öğrencilerin ölçekten aldıkları puan

#### ABSTRACT

*Introduction:* Child marriages, also known as early marriages, are marriages of girls and boys under 18 years of age who are physiologically and psychologically not ready for marriage responsibilities such as having children. Although the marriages in early ages are seen in both sexes, the negative consequences of marriage affect the girls more. Although girls' marriages in the community have decreased in the last 30 years, they are common in many parts of the world, especially in rural and poor areas. Early marriages cause many physiological, psychological and sociological problems in children. The solution of the problems in girls' early marriages and the implementation of the planned goals require community-nurse cooperation. Among the responsibilities of nurses are to raise awareness of the public about risks of early marriages on women health, help prevent early pregnancies and teach modern family planning methods.

*Objective:* The aim of this paper was to determine the attitudes of nursing candidates towards early marriage of girls.

*Materials and Methods:* This descriptive study was conducted between March-May 2018 among the nursing candidates studying at the Faculty of Health Sciences. Data were collected through "personal questionnaire form" and "Attitude Towards Female Child Marriage Scale". The population of the study consisted of nursing students attending the health sciences faculty and a total of 252 nurses were included in the sample.

*Findings:* The mean age of the nurses participating in the study was  $21,2 \pm 1,9$  and 71,4% were female. 95.7% of the nursing candidates consider under-age, that is child marriage, a social problem and 95.3% of the argue that child marriage is child abuse. In the study, there was no statistically significant difference between Attitude Towards Female Child Marriage Scale and gender ( $p=0.432$ ) but it was determined that the average scores of the male students were higher. At the same time, it was found that there was no statistically significant difference between the students'

ortalamalarının kız öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş olup “Kız Çocuklarına Yönelik Tutum Ölçeği” ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p=0,432$ ) belirlenmiştir. Aynı zamanda çalışmada öğrencilerin yaşı, okuduğu sınıf, çocukluğunun geçtiği yer, aile tipi, anne-baba eğitim durumu ve ailenin aylık geliri ile ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Hemşire adaylarının kız çocuk evliliklerine yönelik tutum ölçeğinden aldıkları puanlara göre genel olarak kız çocuk evliliklerine bakış açılarının olumsuz olduğu söylenebilir. Toplumsal sorunlardan biri olan çocuk evliliklerini önleyebilmek adına sağlık profesyonellerinden hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler çocuk evliliklerinin nedenleri ve sonuçları konusunda bireyi, aileyi ve toplumu bilinçlendirecek çalışmalar planlayıp faaliyete geçirmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** hemşire, hemşire adayları, kız çocuk evlilikleri

age, class, child hood, family type, parental education, family income and scale scores ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** According to the scores obtained from Attitude Towards Female Child Marriage Scale, it is safe to say that nursing candidates' 'views on girls' marriage are negative. In order to prevent child marriages, being one of the social problems, nurses to health Professional have important duties. Nurses should plan and put activities into action to raise awareness of the individuals, families and society about the causes and consequences of child marriages.

**Key words:** nurse, nursing candidates, female child marriages

## Sözel 54 (TAM METİN)

### HEMŞİRE ADAYLARININ KIZ ÇOCUK EVLİLİKLERİNE YÖNELİK TUTUMLARI

#### The Attitudes of Nursing Candidates Towards Early Marriage of Girls

Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA\*, Yüksek Lisans Öğrencisi Ahu Pınar TURAN\*\*

\* Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

\*\* Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü

#### Giriş

Çocuk tanımı, 1989 yılında onaylanan 1990'da Türkiye'nin de taraf olduğu Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin birinci ve Çocuk Koruma Kanunu'nun ise üçüncü maddesine göre "18 yaşını doldurmamış birey" olarak yapılmaktadır (1,2,3). Bu Sözleşme ve Kanun'a göre çocuklar en başta yaşama hakkı olmak üzere her türlü ihmal, istismardan korunma hakkına sahiptirler (1). Çocuk istismarının dünyadaki en yaygın şekillerinden birisi de çocuk evlilikleridir (4).

Çocuk evlilikleri, diğer adıyla erken evlilik, 18 yaşından küçük kız ve erkek çocukların fizyolojik ve psikolojik olarak evlilik ve çocuk sahibi olmak gibi sorumlulukları kaldırmaya hazır olmadan yaptıkları evliliklerdir (5). Çocuk evlilikleri içerisinde evlenen kız çocukları için "çocuk gelin" kavramı kullanılmakta olup bu kavramın kullanılmaması gerektiği tartışılmaktadır. Fiziksel, ruhsal ve duygusal yönden belli bir olgunluğa ulaşmamış kız çocuklarının "gelin" olarak görülemeyeceği bu sebepten "çocuk gelin" yerine "çocuk evlilikleri" kavramının kullanılması gerektiği düşünülmektedir (6).

Ülkemizdeki hukuk sisteminde çocuk evlilikleri yaşı, kanunlara göre değişiklik göstermekte olup Türk Medeni Kanunu'na göre 17, Türk Ceza Kanunu'na göre 15, Çocuk Koruma Kanunu'na göre ise 18 yaşını doldurmamış olmak "çocuk evliliği" olarak kabul edilmektedir (7). Çocuk evlilikleri hukuki ve yasal boyutta zorla evlilik olarak kavramsallaştırılmıştır. Zorla evlilikler çocuk istismarı içerisinde yer almakta olup bu durum en fazla kız çocuklarını etkilemektedir (8). Çocuk evlilikleri içerisinde erkekler her ne kadar yer alsalar da en fazla kız çocuk evlilikleri görülmektedir (9).

Dünyada kız çocuk evlilikleri dağılımı farklılık göstermektedir. Kız çocuk evlilikleri, Güney Asya, Sahra-altı Afrika ve Güney Doğu Asya ülkelerinde %20 ile %70 arasında değişen oranlarda görülmekte, Afrika ülkelerinden Nijerya'da 20-49 yaş arası kadınların %77'si 18 yaşından önce evlenmektedir. Dünyadaki tüm kız çocuk evliliklerinin neredeyse yarısı Güney Asya ülkelerinde yaşamakta, bu evliliklerin üçte birini Hindistan'daki kız çocuk evlilikleri

oluşturmaktadır (10,11). Afganistan'daki kızların %54'ü, Bangladeş'teki kızların ise %51'i 18 yaşını doldurmadan evlenmektedir (12).

Ülkemizde çocuk evlilikleri genellikle herhangi bir evlilik töreni yapılmadan, resmi olmayan dini evlilikler şeklinde gerçekleştiğinden bu evliliklerin kayıt dışı olması, 16 yaş altı çocuk evliliklerinin resmi olarak kayıt altına alınamaması nedeniyle çocuk evliliklerin gerçek sıklığı belirlenmemektedir (5,13). Bu nedenle çocuk evlilikleri ile ilgili sağlıklı bilgiler edinebilmek için çeşitli kaynaklara başvurulmuştur (13). Ülkemizde 18 yaş altı evlenme oranının belirlendiği Türkiye Aile Yapısı Araştırması'na göre 2006 yılı verilerinde bu oranın %19 (kadın %31; erkek %6), 2011 yılı verilerinde %17 (kadın %29; erkek %6), 2016 yılı verilerinde ise %17 (kadın %28; erkek %5) olduğu görülmüştür (14-17). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013 verilerinde ise 25-49 yaşları arasındaki kadınların %41'inin 20 yaşından önce, %22'sinin 18 yaşına kadar, %4'ünün de 15 yaşını doldurmadan önce evlendikleri belirlenmiştir (18). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) resmi kız çocuk evlilikleri istatistiklerine göre 16-17 yaş grubunda olan kız çocukların resmi evlenmelerin toplam resmi evlenmeler içindeki oranının 2013 yılında %6, 2014 yılında %5, 2015 yılında %5, 2016 yılında %4 ve 2017 yılında bu oranın %4'e düştüğü gösterilmiştir (19,20,21).

Kız çocuk evliliklerinin nedenleri bölgeden bölgeye, kültürden kültüre değişiklikler göstermektedir. Kız çocuklarının sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde yaşaması, eğitim seviyesi düşük aileye sahip olması, ebeveynlerinin ölmeden, yaşlanmadan önce kız çocuklarını evlendirmek istemesi gibi geleneksel ve dini inançlara sahip olması, “evde kalırsın”, “yaşın geçerse kimse seninle evlenmek istemez”, “erken evlenen döl alır”, “demir tavında dilber çağında”, “on beşindeki kız ya erdedir ya yerde” gibi sözel şiddete maruz kalan bir toplumda yaşaması, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin olduğu toplumlarda yer alması, aile içerisinde şiddet görerek evliliği bir kaçış, kurtuluş yolu olarak düşünmesi, doğal afete ve savaşa maruz kalması kız çocuklarını evliliğe iten en önemli sebeplerdendir (4,5,22).

Erken yaşta yaşanan evlilikler her iki cinsiyette görülse de evliliğin olumsuz sonuçları kız çocuklarını daha fazla etkilemektedir. Erken yaşta cinsel ilişki, istenmeyen, erken ve sık gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, ruh sağlığı hastalıkları erken evliliklerin sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlarındandır (5,23,24). Bu olumsuz sonuçlar çocuğun eğitimine devam edememesine, sosyal hayatta kısıtlanmasına, şiddete maruz kalmasına, yalnızlık duygusuna kapılmasına ve madde kullanımının başlaması gibi sorunlara da yol açmaktadır (5,25-27).

Uluslararası Kadın Araştırmaları Merkezi (International Center for Research on Women-ICRW) 2011 yılında, erken evliliklerin önlenmesine yönelik müdahale programlarının derlendiği bir çalışmada 5 ana amaç belirlemiştir. Kız çocuklarının bilgi, beceri ve destek ağlarıyla güçlendirilmesi, toplumun eğitilmesi ve harekete geçirilmesi, kız çocukları için



örgün eğitim kalitesi ve ulaşılabilirliğinin artırılması, kız çocukları ve aileleri için ekonomik desteğin sağlanması, yasal çerçevenin aktifleştirilmesi bu programların hedeflerini oluşturmaktadır (28).

Kız çocuk evliliklerinde görülen sorunların çözümü ve planlanan bu amaçların uygulanması disiplinler arası işbirliğini gerektirmektedir. Özellikle sağlık personelleri bu disiplinin en önemli üyeleridir. Sağlık personelleri içerisinde hemşirelerin görevleri arasında çocuk ve kadın sağlığını korumak, geliştirmek, genç nüfusu bilinçlendirmek, kız çocuk evliliklerinin kadın sağlığına sebep olacağı riskli durumlar konusunda bireyi ve toplumu bilinçlendirmek (ergen gebeliklerin önlenmesi, modern aile planlaması yöntemlerinin öğretimi, vb.) yer almaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda sunulan çalışma hemşire adaylarının kız çocuk evlilikleri hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **MATERYAL VE METOT**

### *Araştırmanın tipi*

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında sağlık bilimleri fakültesinde yapılmıştır.

### *Araştırmanın evreni ve örnekleme*

Araştırmanın evrenini sağlık bilimleri fakültesinde araştırmanın yapıldığı tarihler arasında öğrenimine devam eden 360 öğrenci oluşturmuştur. Ulaşılabilen 252 öğrenciye kişisel anket formu ve ölçek uygulanmış olup, ulaşma oranı %70,0'tir.

### *Araştırmanın değişkenleri*

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hemşire adaylarının kız çocuk evliliklerine yönelik tutumları iken, bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, çocukluğunun geçtiği yer, aile tipi, anne-baba eğitim durumu, anne-baba mesleği, aile gelir durumu ile ilgili tanıtıcı özellikler ve hemşire adaylarının çocuk evliliklerine yönelik bilgi düzeyleri ile kız çocuk evliliklerine yönelik tutumlarıdır.

### *Veri toplama araçları*

Araştırmada veriler “*kışisel anket formu*” ve “*Kız Çocuk Evliliklerine Yönelik Tutum Ölçeği*” aracılığıyla toplanmıştır.

Literatür (30,31) ve araştırmacılar tarafından geliştirilen “*kışisel anket formu*” iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde hemşire adaylarının bazı tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, yaş, çocukluğunun geçtiği yer, okuduğu sınıf, anne-babanın eğitim durumu, anne-baba mesleği, aile gelir durumu), ikinci bölümde ise hemşire adaylarının kız çocuk evlilikleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik bazı sorular (çocuk gelin kavramının neyi ifade ettiği, çocuk yaşta evlenmenin toplumsal bir sorun ve çocuk istismarı olma durumu, çocuk

evliliklerinin nedenleri ve olası sonuçları, ailede çocuk yaşta evlenme/ evlendirilme durumu, medeni kanun ve çocuk koruma kanununa göre evlenme yaşı) yer almaktadır.

*Kız Çocuk Evliliklerine Yönelik Tutum Ölçeği*; 12 maddeden oluşan, kız çocuk evliliklerine yönelik tutumu belirlemek amacıyla Kaynak, Kaynak-Malatyalı ve Hasta (2016) tarafından geçerliliği güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir. Ölçeklerde her bir madde için 6'lı likert tipi derecelendirme (1-hiç katılmıyorum, 2-oldukça katılmıyorum, 3-birazcık katılmıyorum, 4-birazcık katılıyorum, 5-oldukça katılıyorum, 6-tamamen katılıyorum) kullanılmıştır. Puanlar 12 ile 72 arasında değerlendirilmektedir. Puan arttıkça kız çocuk evlilikleri için tutumlar olumlu olmakta ve çoğunlukla bu evlilikleri desteklememektedir (29, 30).

### *Uygulama*

Çalışmaya katılan öğrencilere araştırmacılar tarafından çalışma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup, veri toplaması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

### *Etik Boyut*

Araştırmaya başlamadan önce gerekli kurum izni ve etik kurul onayı (04.05.2018/ 2018-79) alınmıştır. Araştırmacılar tarafından araştırmaya katılan öğrencilere gerekli açıklamalar yapılarak yazılı onamları alınmıştır.

### *Verilerin değerlendirilmesi*

İstatistiksel analizler SPSS (Version 22.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı. Sayısal değişkenler Ortalama  $\pm$  Standart sapma olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler; student t testi ve tek yönlü varyans analizi (F) ile araştırıldı. İstatistiksel anlamlı farklılık  $p < 0,05$  olarak değerlendirildi.

### **Bulgular**

Çalışmaya katılan hemşire adaylarının yaş ortalaması  $21,2 \pm 1,9$  olup, %71,4'ünün kadın ve %30,6'sının 3. sınıf öğrencisi olduğu belirlendi. Araştırmadaki öğrencilerin %34,6'sının İç Anadolu ve Karadeniz Bölgesi'nde çocukluğunun geçtiği, çoğunluğunun (%80,8) çekirdek aile yapısına sahip olduğu tespit edildi. Annesi ve babası ilköğretim mezunu olan öğrencilerin sırasıyla; %72,9 ve %56,9 olduğu saptanmış olup, öğrencilerin %65,4'ü aylık gelirleri için geliri giderine eşit olduğunu bildirdi (Tablo 1).

Tablo 2'de araştırmaya katılan hemşire adaylarının %95,7'sinin 18 yaşın altında çocuk yaşta evlendirilmeyi toplumsal bir sorun olarak gördüğü ve %95,3'ünün çocuk yaşta evlendirilmenin çocuk istismarı olduğunu düşündüğü belirlendi. Araştırmadaki öğrencilerin çocuk gelin kavramına ilişkin ifadelerinde; %44,4'ünün pedofili/ cinsel istismar, %17,9'unun zorla evlendirilen kızlar, %14,3'ünün eğitimsizlik, %11,9'unun toplumsal sorun, %4,7'sinin rahatsız edici, %3,5'inin duymaktan hoşlanmadığı bir şey, %1,5'inin fazla sorumluluk olarak

belirttikleri, %1,4'ü için bir şey ifade etmediği, 0,4'ünün ise yanıt vermediği saptandı. Araştırmadaki öğrencilerden ailesinde çocuk yaşta evlendirilen kimse bulunmadığını belirtenlerin oranının %91,7 olduğu ve çocuk yaşta evlilik yapanların çoğunluğunun (%54,5) kendi isteği ile 18 yaşından önce evlendiği saptandı. Öğrencilerin çocuk evlilikleri yaş sınırı olarak; %72,6'sının *Türk Medeni Kanunu'na göre 17* olduğunu, %48,7'sinin *Türk Ceza Kanunu'na göre 14* olmadığını, %75,7'sinin *Çocuk Koruma Kanunu'na göre 18 yaş* olduğunu bildikleri tespit edildi. Öğrencilerinin %76,1'i çocuk yaşta yapılan evliliklerin nedenini yetersiz eğitim olarak görürken, çocuk yaşta evlendirilmenin olası sonuçları olarak %69,7'si adolesan gebeliklere, %66,5'i şiddete maruz kalmaya, %59,4'ü ise öğretim kurumlarına devam etmemeye neden olduğunu belirttikleri saptandı (Tablo 2).

Hemşire adaylarının kız çocuk evliliklerine yönelik ölçekten aldıkları puanlar Tablo 3'te yer almaktadır. Hemşire adaylarının; %69,3'ü "18 yaşından küçük kızlar evlilik için gerekli fiziksel yeterliliğe sahip değildir." ifadesine "tamamen katılıyorum", %73,7'si "Erken yaşta evlenen kızlar evliliğe ve yeni hayatlarına daha kolay uyum sağlayabilir." ifadesine "hiç katılmıyorum", %71,7'si "Ne olursa olsun kızımın 18 yaşından önce evlenmesine izin vermezdim." ifadesine "tamamen katılıyorum", %56,9'su "18 yaşından önce evlenmek bazı durumlarda kızların kötü niyetli kişilerden korunmasını sağlayabilir." ve 71,3'ü "İyice araştırıldıktan sonra, 18 yaşından küçük bir kızla evlenmek isteyen adaylara olumlu yanıt verilebilir." ifadelerine "hiç katılmıyorum", %76,8'i "18 yaşından küçük kızların evlendirilmesine karşıyım." ifadesine "tamamen katılıyorum", %68,5'i "Bir kızın, güvenilir bir eşe sahip olması durumunda, 18 yaşından önce evlenmesinde sakınca yoktur.", %65,3'ü "Doğru insanı erken yaşta bulduysa bir kızın 18 yaşından önce evlenmesi desteklenebilir.", %64,1'i "Evliliğinde karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış olduktan sonra bir kızın 18 yaşından önce evlenmesinde sakınca görmüyorum.", %61,7'si "Bazı durumlarda kızların 18 yaşından önce evlenmeleri gerekebilir.", %71,7'si "Eğitime devam etmek istememesi durumunda bir kız 18 yaşından önce evlenebilir." ifadelerine "hiç katılmıyorum", %73,3'ü "Kızların 18 yaşından önce evlendirilmesi toplumsal bir sorundur." ifadesine "tamamen katılıyorum" yanıtlarını verdikleri görüldü.

Hemşire adaylarının bazı tanıtıcı özelliklerine göre ölçekten aldıkları puanların karşılaştırılmasının yapıldığı Tablo 4'te yaş, cinsiyet, sınıf, çocukluğunun geçtiği yer, aile tipi, anne- baba eğitim durumu ve aylık gelir düzeyi ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (  $p>0,05$ ; Tablo 4).

## TARTIŞMA

Erken yaşta ve zorla yapılan evliliklerin, erkek ve kız çocukları için çocuk hakları açısından bir hak ihlali olduğu bildirilmektedir (32). Bireyin özgürce ve kendi istekleri ile olması gereken evliliğin, henüz 18 yaşını doldurmadan çocuk yaşta ve ailelerin dayatması ile zorla

gerçekleşmesinin hem İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi hem de Çocuk Hakları Sözleşmesi ile çeliştiği belirtilmektedir (31).

Çocuk evliliklerinin sıklığı coğrafi bölgelere ve kültürel yapıya göre değişkenlik göstermekle birlikte bu tür evlilikler, yaşandığı tüm toplumlarda benzer sorunlara neden olan önemli bir sosyal problemdir. Çocuk evliliklerinin sıklığı coğrafi bölgelere ve kültürel yapıya göre değişkenlik göstermekle birlikte bu evlilikler, yaşandığı tüm toplumlarda benzer sorunlara neden olan önemli bir sosyal problemdir. Erken yaşlarda cinsellik, anne ve çocuk sağlığı sorunları, eğitimin geri planda kalması ve istihdamdaki erkeklerin ön plana çıkarak kadınların sosyal dışlanmasına sebep olması, koca ve kocanın ailesinden gelen şiddet çocuk

**Tablo 1.** Hemşire adaylarının tanıtıcı özellikleri

Özellikler	Hemşire Adayları	
	Sayı	%
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	179	71,4
Erkek	72	28,6
<i>Sınıf</i>		
Birinci	48	19,2
İkinci	66	26,3
Üçüncü	77	30,6
Dördüncü	60	23,9
<i>Çocukluğunun geçtiği yer</i>		
Marmara	13	5,4
Ege	8	3,3
Akdeniz	30	11,9
İç anadolu	87	34,6
Karadeniz	87	34,6
G.doğu Anadolu	19	7,5
Doğu Anadolu	7	2,7
<i>Aile tipi</i>		
Geniş aile	45	17,9
Çekirdek aile	203	80,8
Anne baba ayrı yaşıyor	3	1,3
<i>Anne eğitim durumu</i>		
Okuma yazma bilmiyor	15	5,9
Okur-yazar	19	7,5
İlköğretim	183	72,9
Ortaöğretim	21	8,3
Yükseköğretim	13	5,4
<i>Anne mesleği</i>		
Ev hanımı	226	90,0
Serbest meslek	7	2,8
İşçi –Memur	18	7,2
<i>Baba eğitim durumu</i>		
Okuma yazma bilmiyor	5	2,2
Okur-yazar	10	3,9

İlköğretim	143	56,9
Ortaöğretim	54	21,5
Yükseköğretim	39	15,5
<i>Baba mesleği</i>		
Çalışmıyor	4	1,7
Serbest meslek	117	46,6
İşçi –Memur	130	51,7
<i>Aylık gelir düzeyi</i>		
Gelir giderden az	42	16,7
Gelir gidere eşit	164	65,4
Gelir giderden fazla	45	17,9
Yaş	$\bar{X} \pm SS = 21,2 \pm 1,9$ En küçük 17; En büyük 29	

**Tablo 2:** Hemşire adaylarının çocuk evliliklerine yönelik bilgi ve tutumları

Görüşler	Sayı	%
<i>Çocuk yaşta evlendirilmenin (18 yaşın altında) toplumsal sorun olarak değerlendirilmesi</i>		
Evet	240	95,7
Hayır	11	4,3
<i>Çocuk yaşta evlendirilmenin çocuk istismarı olarak değerlendirilmesi</i>		
Evet	239	95,3
Hayır	12	4,7
<i>Çocuk gelin kavramının neyi ifade ettiğinin değerlendirilmesi</i>		
Bir şey ifade etmiyor	3	1,4
Pedofili/cinsel istismar	111	44,4
Eğitimsizlik	36	14,3
Rahatsız edici	12	4,7
Duymaktan hoşlanmadığım bir şey	9	3,5
Zorla evlendirilen kızlar	45	17,9
Fazla sorumluluk	4	1,5
Toplumsal sorun	30	11,9
Yanıt yok	1	0,4
<i>Ailede çocuk yaşta evlenme durumu</i>		
Var	21	8,3
Yok	230	91,7
<i>Kendisi çocuk yaşta evlendirilme durumu</i>		
Var	11	4,4
Yok	240	95,6
<i>Kendisi çocuk yaşta evlenme sebebi</i>		
On sekiz yaşından önce zorla (aile, akraba)	3	27,2
On sekiz yaşından önce isteyerek	6	54,5
Akraba, berdel, görücü usulü	2	18,3
<i>Türk Medeni Kanunu, Ceza Kanunu ve Çocuk Koruma Kanunu'na göre çocuk evliliği olarak kabul edilen yaş sınırı</i>		
<i>Türk Medeni Kanunu'na göre 17 yaşını doldurmamış olmak</i>		
Doğru	182	72,6
Yanlış	69	27,4
<i>Ceza Kanunu'na göre 14 yaşını doldurmamış olmak</i>		
Doğru	129	51,3
Yanlış	122	48,7
<i>Çocuk Koruma Kanunu'na göre 18 yaşını doldurmamış olmak</i>		
Doğru	190	75,7
Yanlış	61	24,3

<i>Çocuk yaşta evlendirilmenin en önemli nedeni*</i>		
Eğitimin yetersiz olması	191	76,1
Kültürel faktörler	156	62,2
Çok eşlilik	30	12,0
Akrabalık durumu	44	17,5
Ekonomik nedenler	71	28,3
Kız çocuklarının toplumdaki yeri	142	56,6
Dini inanışlar	40	15,9
Ebeveyn kaybı	52	20,7
<i>Çocuk yaşta evlenmenin olası sonuçları*</i>		
Şiddete maruz kalma	167	66,5
Adolesan gebelik durumu	175	69,7
Öğretim kurumlarına devam etmeme	149	59,3
Sosyal aktivitelerde sınırlılık	100	39,8
İş fırsatlarının kaybı	66	26,2
Boşanma ve ayrılma	92	36,6
Sosyal yalnızlık	84	33,4
Stres/depresyon	138	54,9
Madde kullanımı	27	10,7
Sık gebelik	86	34,2
Anne ölümleri	115	45,8
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar	55	21,9

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir

**Tablo 3:** Hemşire adaylarının kız çocuk evliliklerine yönelik ölçekten aldıkları puanlar

Ölçek Soruları	Hiç katılmıyorum		Oldukça katılmıyorum		Birazlık katılmıyorum		Birazlık katılıyorum		Oldukça katılıyorum		Tamamen katılıyorum	
	n	%	m	%	m	%	m	%	m	%	n	%
1. 18 yaşından küçük kızlar evlilik için gerekli fiziksel yeterliliğe sahip değildir.	14	5,5	5	1,9	9	3,6	8	3,4	41	16,3	174	69,3
2. Erken yaşta evlenen kızlar evliliğe ve yeni hayatlarına daha kolay uyum sağlayabilir.	185	73,7	29	11,5	14	5,5	11	4,4	3	1,4	9	3,5
3. Ne olursa olsun kızının 18 yaşından önce evlenmesine izin vermezdim.	11	4,3	9	3,5	8	3,3	8	3,3	35	13,9	180	71,7
4. 18 yaşından önce evlenmek bazı durumlarda kızların kötü niyetli kişilerden korunmasını sağlayabilir.	143	56,9	39	15,8	21	8,4	16	6,3	9	3,5	23	9,1
5. İyiye araştırıldıktan sonra, 18 yaşından küçük bir kızla evlenmek isteyen adaylara olumlu yanıt verilebilir.	179	71,3	34	13,5	12	4,5	14	5,5	6	2,1	8	3,1
6. 18 yaşından küçük kızların evlendirilmesine karşıyım.	7	2,9	16	6,3	8	3,4	7	2,7	20	7,9	193	76,8
7. Bir kızın, güvenilir bir eşe sahip olması durumunda, 18 yaşından önce evlenmesinde sakınca yoktur.	172	68,5	26	10,3	21	8,3	17	6,7	12	4,9	3	1,3
8. Doğru insanı erken yaşta bulduysa bir kızın 18 yaşından önce evlenmesi desteklenebilir.	164	65,3	30	11,9	24	9,5	23	9,4	8	3,1	2	0,8
9. Evliliğinde karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış olduktan sonra bir kızın 18 yaşından önce evlenmesinde sakınca görmüyorum.	161	64,1	33	13,1	27	10,7	14	5,7	12	4,9	4	1,5
10. Bazı durumlarda kızların 18 yaşından önce evlenmeleri gerekebilir.	155	61,7	42	16,7	22	8,7	20	7,9	9	3,8	3	1,2
11. Eğitime devam etmek istememesi durumunda bir kız 18 yaşından önce evlenebilir.	180	71,7	29	11,5	18	7,1	12	4,8	8	3,4	4	1,5
12. Kızların 18 yaşından önce evlendirilmesi toplumsal bir sorundur.	22	8,7	6	2,4	16	6,4	6	2,4	17	6,8	184	73,3

**Tablo 4:** Hemşire adaylarının bazı tanıtıcı özelliklerine göre ölçekten aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ozellikler	$\bar{X} \pm SS$	İstatistiksel analizler	
<i>Yaş</i>			
17-19	35,31±4,64	F= 0,662	p= 0,576
20-22	34,93±6,70		
23,25	35,40±7,66		
26 ve üstü	38,67±4,13		
<i>Cinsiyet</i>			
Kız	34,94±5,91	t= -0,788	p= 0,432
Erkek	35,67±7,99		
<i>Sınıf</i>			
Birinci	35,42±5,86	F= 0,069	p=0,976
İkinci	35,11±7,03		
Üçüncü	35,25±7,42		
Dördüncü	34,87±5,47		
<i>Çocukluğunun geçtiği yer</i>			
Marmara	36,92±7,33	F= 1,298	p= 0,259
Ege	38,50±11,06		
Akdeniz	34,13±5,48		
İç Anadolu	35,67±6,69		
Karadeniz	34,97±5,97		
Güneydoğu Anadolu	34,21±7,02		
Doğu Anadolu	30,86±6,89		
<i>Aile tipi</i>			
Geniş aile	34,87±8,83	F= 0,414	p= 0,661
Çekirdek aile	35,26±6,00		
Anne-Baba ayrı yaşıyor	32,00±5,29		
<i>Anne eğitim durumu</i>			
Okuma yazma bilmiyor	37,33±7,21	F= 1,845	p= 0,121
Okur-yazar	36,32±7,50		
İlköğretim	35,07±6,26		
Ortaöğretim	32,24±4,30		
Yükseköğretim	36,85±10,14		
<i>Baba eğitim durumu</i>			
Okuma yazma bilmiyor	40,80±13,22	F= 1,491	p= 0,205
Okur-yazar	36,20±9,00		
İlköğretim	34,87±6,49		
Ortaöğretim	35,93±6,47		
Yükseköğretim	34,13±4,89		
<i>Aylık gelir düzeyi</i>			
Gelir giderden az	34,24±6,30	F= 1,676	p= 0,189
Gelir gidere eşit	34,97±6,73		
Gelir giderden fazla	36,67±6,09		

Not: t= Student t Testi; F= Tek Yönlü Varyans Analizi

evliliklerinin sonuçları arasında bulunmaktadır (10). Belirtilen bu toplumsal sorunlara neden olan çocuk evlilikleri ile ilgili ailelerin bilgilendirilmesi önem taşımaktadır.

Ülkemizde toplumun önemli bir kesimi olan üniversite öğrencilerinin erken evlilikler, çocuk gelinler ve bu durumun sonuçları hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar oldukça sınırlıdır. Sunulan bu çalışmadaki öğrencilerin yaş ortalaması 21,2'dir ve öğrencilerin annelerinin %72,9'u, babalarının ise %56,9'u ilköğretim mezunudur (Tablo 1). Türkiye İstatistik Kurumu (2016) verilerine göre ülkemizde 25 yaş üstü lise ve üniversite mezunu kadınların oranının %28,7, erkeklerin oranının ise %41,4 olduğu, geriye kalanların büyük oranını okuma yazma bilmeyen, ilköğretim ve ortaöğretim mezunu kadın ve erkeklerin oluşturduğu bildirilmekte (33) olup bu çalışmada ilköğretim mezunu anne-baba oranının yüksek olması örnekleme oluşturan öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyinin Türkiye



ortalamasından yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu erken yaşta evliliklerle ilgili araştırma sonuçlarını pozitif yönde etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çocuk yaşta evlilikler dünyanın her yerinde görülen küresel bir sorun (32) olmasına rağmen ülkemizde çocuk evlilikleri ve sonuçları yeteri kadar gündeme gelmemektedir. Aydın ve Akar (2017) hemşirelik öğrencilerinin gözünden erken yaşta evliliğin toplumsal sorun olarak görülme durumu, nedenleri ve sonuçlarını inceledikleri çalışmalarında, öğrencilerin %7,8'inin erken yaşta evlendirilmenin toplumsal bir sorun olmadığını ve %10,7'sinin ise bir istismar davranışı olarak değerlendirmediklerini bildirmiştir. Sunulan bu çalışmada ise öğrencilerin %4,3'ünün çocuk yaşta evlendirilmenin (18 yaşın altında) toplumsal sorun olarak görmediği, %4,7'sinin bir istismar davranışı olarak değerlendirmedikleri saptanmıştır (Tablo 2). Bu çalışmada elde edilen bulguların Aydın ve Akar (2017)'a göre daha düşük belirlenmesi hemşire adaylarının toplumun geneliyle iletişim halinde olduğu düşünülürse; çocuk yaşta evlilikler ile ilgili düşüncelerinin negatif olması bu konu açısından umut verici bir durum olarak değerlendirilebilir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %16,4'ü “çocuk gelin” kavramını “18 yaşından önce zorla evlendirilen kişiler” olarak belirtmiştir (34). Evgin ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmalarında ise “çocuk evlilikleri” kavramının ne ifade ettiği sorusuna, öğrencilerin %24,5'i zorla evlendirilen kızlar, %13,6'sı eğitimsizlik %13'ü cinsel istismar olarak ifade etmiştir. Sunulan bu çalışmada ise hemşire adaylarına “çocuk gelin” neyi ifade ettiği sorulduğunda ilk üç sırada; pedofili/cinsel istismar (%44,4), zorla evlendirilen kızlar (%17,9), eğitimsizlik (%14,3) olduğunun belirlenmesi, sonuçların literatür ile paralel olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

Dünyada birçok ülkede yasal olarak 18 yaş altında yapılan evliliklere resmi olarak izin verilmemesine rağmen (26) ülkemizde çocuk yaşta evlilik kavramı ve evlenme yaşı, kanunlara göre farklılık göstermektedir ve bu farklılık çocuk evliliklerine karşı verilen mücadeleleri engelleyen önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Aydın ve Akay (2017) çalışmalarında öğrencilerin çocuk gelin olma durumu hakkında farkındalıklarını değerlendirmiş ve %15,6'sının Medeni Kanuna göre; %79,2'sinin ise Çocuk Koruma Kanunu'na göre evlenme yaşına doğru yanıt verdiklerini belirlemiştir. Sunulan bu çalışmada öğrencilerin %72,6'sının Medeni Kanuna göre; %75,7'sinin Çocuk Koruma Kanunu'na göre evlenme yaşına doğru yanıt verdikleri saptanmıştır (Tablo 2). Öğrencilerin vermiş oldukları doğru yanıt oranlarının Aydın ve Akay (2017)'in çalışmalarına yüksek bulunması konunun farkında olduklarını düşündürmekte fakat bu oranın artırılması için bilinçlendirme çalışmalarının özellikle hemşire adaylarına mezun olmadan yapılmasının önemi gündeme gelmektedir.

Çocuk evlilikleri, bölgesel, toplumsal ve kültürel değişiklikler göstermekle birlikte nedenleri arasında yoksulluk, düşük eğitim seviyesi, kültürel nedenler, ekonomik sorunlar, geleneksel yapı ve dini inanışlar, savaşlar, felaketler, aile içi şiddet, toplumsal baskı, evlilik öncesi cinsel ilişki yaşanma olasılığını azaltma çabası ve fazla sayıda çocuk doğurabilme beklentileri yer almaktadır. (5,26,35,36). Evgin ve ark. (2018)'nin öğrenciler üzerine yapmış oldukları çalışmalarında, erken evlilik nedenleri arasında ilk üç sırada; bireylerin aile yapısı (%78,8), toplumun eğitim düzeyinin düşük olması (%58,9), kültürel etkenlerin (%54,3) olduğu belirlenmiştir. Sunulan bu çalışmada da literatür ile uyumlu olarak hemşire aday öğrencilerin çocuk evliliklerine; %76,1'inin eğitimin yetersiz olması, %62,2'sinin kültürel faktörler, %56,6'sının kız çocuklarının toplumdaki yerinin neden olduğunu düşünmektedir (Tablo 2).

Dünyada çok sayıda kız çocuğunun çok küçük yaşlarında evlendirildiği ve erken evliliğin ruh ve beden sağlıklarına getirdiği olumsuz etkilerle karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir (37). Ülkemizde genç nüfusun fazlalığı da göz önünde alındığında erken evliliklerin sağlık ve sosyal yönden sonuçları önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Erken evliliklerin olumsuz sonuçları arasında, insan hakları ve çocuk olma ihlali, evliliğe ve çocuk doğurmaya hazır olmama, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adolesan gebelikler, anne ve bebek ölümleri, eğitime ara verme, yoksulluk, aile içi şiddette artma, stres/ depresyon, madde kullanımı, özgüven eksikliği gibi sorunlar yer almaktadır (5,14). Üniversite hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada erken evliliklerin sonuçları olarak öğrencilerin %65,9'u okula devam edememe, %60,7'si şiddete maruz kalma ve %65,3'ü adolesan gebeliklerin olabileceğini belirtmiş (31), yapılan başka bir çalışmada da erken yaşta evlenen çocukların çoğunun okulu terk ettiği ve eğitim hayatını yarıda bıraktığı bildirilmiştir (38). Evgin ve ark. (2018) ise çalışmalarında, öğrencilerin erken evliliklerin olası sonuçları olarak; %92,5'inin eğitimini tamamlayamayacağını, %69'unun aile hayatında sorumluluklarını yerine getiremeyeceğini, %48,2'sinin kız çocuklarında psikolojik sorunlar görülebileceğini, %32,4'ünün fiziksel sağlığının bozulabileceğini, %35,8'inin erken evlilikler nedeniyle toplumun eğitim ve kültürel seviyesinin düşeceğini belirttikleri görülmüştür. Yine aynı çalışmada öğrencilerin %69,4'ünün 18 yaşından önce gebe kalmanın fiziksel sağlık sorunlarına, %43,4'ünün 18 yaşından önce anne olmanın ise psikolojik sağlık sorunlarına yol açabileceğini ifade ettikleri bildirilmiştir (37) . Sunulan bu çalışmada öğrenciler erken yaşta evlenmenin olası sonuçları olarak ilk üç sırada çocuk gelinlerin %69,7'sinin adolesan gebelik yaşayacaklarını, %66,5'inin şiddete maruz kalacaklarını, %59,3'ünün eğitime devam edemeyeceklerini düşünmesi bulguların literatür ile paralel olduğunu göstermektedir (Tablo 2). Günümüzde önemli toplumsal sağlık sorunlarından biri olarak karşımıza çıkan adolesan gebelikler anne ve bebek sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir (39,40). Özellikle hemşirelik alanında eğitim gören öğrencilere; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, anne ve bebek ölümleri, yoksulluk, aile içi şiddette artma, stres/depresyon, madde kullanımı gibi erken evliliklerin diğer sonuçları

konusunda kapsamlı eğitim verilerek bilinçlendirilmesinin, çocuk evliliklerinin önüne geçilebilmesinde önemli bir girişim olacağı düşünülmektedir.

Tablo 3'te hemşire adayı öğrencilerin en çok işaretlediği önermeler incelendiğinde Aygin ve ark., (2017)'nin "Kız Çocuk Evliliklerine Yönelik Tutum Ölçeği"ni kullanarak yapmış oldukları çalışmalarında en çok işaretlenen önermeler ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Aygin ve ark., (2017)'nin yapmış oldukları çalışmada kullanmış oldukları ölçek sonucunda hemşire adayı öğrencilerinin kız çocuk evliliklerine olumsuz baktığı saptanmış ve böylelikle sunulan bu çalışma sonuçlarının da sevindirici olduğu söylenebilmektedir. Fakat hemşire adaylarının %5,5 'inin "18 yaşından küçük kızlar, evlilik için gerekli fiziksel yeterliliğe sahip değildir." ifadesine "hiç katılmıyorum", %3,5'sinin "Erken yaşta evlenen kızlar evliliğe ve yeni hayatlarına daha kolay uyum sağlayabilir." ifadesine "tamamen katılıyorum", %4,3'ünün "Ne olursa olsun kızımın 18 yaşından önce evlenmesine izin vermezdim." ifadesine "hiç katılmıyorum", %9,1'inin "18 yaşından önce evlenmek bazı durumlarda kızların kötü niyetli kişilerden korunmasını sağlayabilir." ifadesine "tamamen katılıyorum", %3,1'inin "İyice araştırıldıktan sonra, 18 yaşından küçük bir kızla evlenmek isteyen adaylara olumlu yanıt verilebilir." ifadesine "tamamen katılıyorum", %6,3'ünün "18 yaşından küçük kızların evlendirilmesine karşıyım." ifadesine "oldukça katılmıyorum", %4,9'unun "Bir kızın, güvenilir bir eşe sahip olması durumunda, 18 yaşından önce evlenmesinde sakınca yoktur." ifadesine "oldukça katılıyorum", %3,1'inin "Doğru insanı erken yaşta bulduysa bir kızın 18 yaşından önce evlenmesi desteklenebilir." ifadesine "oldukça katılıyorum", %4,9'unun "Evliliğinde karşılıklı sevgi, saygı ve anlayış olduktan sonra bir kızın 18 yaşından önce evlenmesinde sakınca görmüyorum." ifadesine "oldukça katılıyorum", %3,8'inin "Bazı durumlarda kızların 18 yaşından önce evlenmeleri gerekebilir." ifadesine "oldukça katılıyorum", %3,4'ünün "Eğitimine devam etmek istememesi durumunda bir kız 18 yaşından önce evlenebilir." ifadesine "oldukça katılıyorum", %8,7'sinin "Kızların 18 yaşından önce evlendirilmesi toplumsal bir sorundur." ifadesine "hiç katılmıyorum" cevaplarını vermeleri hemşire adayı öğrencilere gelecekte toplumla iç içe oldukları göz önüne alınırsa erken yaşta evlilikler ile ilgili bilinçlendirme yapılmasının önemini bir kez daha ortaya çıkarmıştır.

Evgin ve ark. (2017), çocuk evlilikleri ile ilgili çalışmalarında, öğrencilerin cinsiyetlerine göre kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark olduğunu (sırasıyla  $p= 0,019$ ,  $p= 0,009$ ), kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla erken evliliği daha fazla yanlış ve istismar türü olarak gördüklerini belirlemişlerdir. Aydın ve Akay (2017) üniversite hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir araştırmalarında öğrencilerin erken evliliği %92,2'sinin bir sorun, %89,3'ünün bir istismar türü olarak gördüklerini bildirmiş, aynı çalışmada öğrencilerin erken evlilik konusunu kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla oranda toplumsal sorun olarak gördüklerini belirtmiştir. Sunulan bu çalışmada ise "Kız Çocuklarına Yönelik Tutum Ölçeği" puan ortalamaları erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre yüksek çıkmış olup, ölçek puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p= 0,432$ )

belirlenmiştir (Tablo 4). Erkek öğrencilerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek bulunması, kız çocuk evliliklerine kız öğrencilere göre daha olumlu baktığını göstermektedir. Bu sonuçlar toplumsal cinsiyet rolünden en fazla etkilenen grubun kadınlar olduğunu ve toplumumuzda cinsiyet eşitsizliğinin görüldüğünü göstermekte, bu konuyla ilgili erkekleri bilinçlendirme çalışmalarının yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Çocuk yaşta evliliklerin nedenleri bölgelere, toplumlara ve kültürel yapıya göre değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Kız çocuklarını erken yaşta evliliklere iten nedenler arasında kültürel nedenler, ekonomik problemler, evlilik öncesi cinsel ilişki yaşanma ihtimalini azaltma ve daha fazla sayıda çocuk doğurabilmeleri yer almaktadır (5,10,24,26,35,41). Aygün ve ark. (2017) çalışmalarında; öğrencilerin “Kız Çocuklarına Yönelik Tutum Ölçeği”nden aldıkları puan ortalamaları ile okuduğu sınıf, ailenin gelir durumu ve ailenin yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını ( $p>0,05$ ) belirlemiş olup, aile tipi ile ölçek puan ortalamaları arasındaki farkı incelediğinde çekirdek aileleri olan öğrencilerin toplam ölçek puanlarının, geniş aileleri olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğunu ( $p=0,00$ ) saptamıştır. Sunulan bu çalışmada hemşire adayı öğrencilerin yaşı, okuduğu sınıfı, çocukluğunun geçtiği yer, aile tipi, anne-baba eğitim durumu ve ailenin aylık geliri ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiş olup (Tablo 4;  $p>0,05$ ), bu bulgunun sebebi olarak; çalışmanın verilerini hemşirelik bölümü öğrencilerinin oluşturmasından ve bu öğrencilerin feminizm, cinsel sağlık, çocuk hakları, doğum ve kadın sağlığı gibi dersleri alarak adolesan ve çocuk evlilikleri konularına hakim olmalarından, bu evliliklerin getirebileceği sorunları bilmelerinden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

#### *Araştırmanın Sınırlılıkları*

Çalışma yalnızca bir ilin sağlık bilimleri fakültesi’nde öğrenim gören hemşire adayı öğrencileri ile yapılmıştır. Araştırma verilerinin tek bir üniversitede öğrenim gören öğrencilerden oluşması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmanın sonuçları öğrencilerin kendi bildirimlerine dayalı olmasıdır.

#### **Sonuç Ve Öneriler**

Hemşire adaylarının kız çocuk evliliklerine yönelik tutum ölçeğinden aldıkları puanlara göre genel olarak kız çocuk evliliklerine bakış açılarının olumsuz olduğu söylenebilir. Bu doğrultuda; toplumsal sorunlardan biri olan çocuk evliliklerini önleyebilmek adına kız çocuklarının eğitim hayatlarına devam edebilmeleri ve kadınların çalışma hayatında daha fazla yer alması sağlanarak hem kadının statüsü arttırılmalı hem de gençleri çocuk evliliklerinden ve buna bağlı olası sonuçlardan korumaya yardımcı olunmalıdır. Çocuk evlilikleri ile mücadele edilmesi, geleceğin sağlıklı toplumlarını oluşturacak çocukların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi multidisipliner bir birlikteliği ve çalışmayı zorunlu kılmakla birlikte, özellikle hemşirelerin çocuk evliliklerinin sonuçları konusunda bireyi, aileyi ve toplumu bilinçlendirme çalışmalarını yürütmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme: Özet. [https://www.unicef.org/turkey/crc/\\_cr23a.html](https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23a.html) Erişim tarihi: 10.09.2018.
2. Polat O. Türkiye’de çocuk haklarının durumu. Toplum ve Demokrasi Dergisi 2014; 2(2): 149-158.
3. Çocuk Koruma Kanunu, Madde3a. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf> Erişim tarihi: 10.09.2018.
4. Aktepe E, Atay İM. Child marriages and psychosocial outcomes. Current Approaches in Psychiatry 2017; 9(4): 410-420
5. Boran P, Gökçay G, Devocioğlu E, Eren T. Child brides. Marmara Medical Journal 2013; 26: 58-62.
6. Gök M. Child marriages in Turkey with different aspects. Journal of Human Sciences 2016; 13(1): 2222-2231.
7. Aksoy S. Gelinlik değil kefen giydirilmiş çocuklar. Ankara Barosu Dergisi 2014; 1: 289-294.
8. Gangoli G, McCarry M, Razak A. Child marriage or forced marriage? South Asian communities in North East England. Children and Society 2009; 23(6): 418-429.
9. Nour NM. Child marriage: a silent health and human rights issue. Reviews in Obstetrics and Gynecology 2009; 2(1): 51-56.
10. Yüksel-Kaptanoğlu İ, Ergöçmen B. Factors that pave the way for becoming a child bride. Journal of Sociological Research 2012; 15(2): 129-161.
11. Ending child marriage: Progress and prospects. UNICEF, New York 2014. [https://www.unicef.org/media/files/Child\\_Marriage\\_Report\\_7\\_17\\_LR..pdf](https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf) Erişim tarihi: 10.09.2018.
12. Early marriage: Child spouses. Innocenti Digest-UNICEF, Florence 2001. [https://www.unicef.org/publications/files/Early\\_Marriage\\_12.lo.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Early_Marriage_12.lo.pdf) Erişim tarihi: 10.09.2018.
13. Özcebe H, Biçer BK. An important female child and women problem: child marriages. Turkish Archives of Pediatrics 2013; 48: 86-93.
14. Türkiye’de aile yapısı araştırması. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara 2011. <http://www.cocukhaklariizleme.org/wp-content/uploads/turkiyenin-aile-yapisi-arastirmasi-20111.pdf> Erişim tarihi: 10.09.2018.
15. Aile yapısı araştırması. T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü 2006. <https://ailetoplum.aile.gov.tr/uploads/pages/arastirmalar/aileyapisi-2006.pdf> Erişim tarihi: 10.09.2018.
16. Aile yapısı araştırması. TÜİK 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21869> Erişim tarihi: 10.09.2018.
17. Türkiye aile yapısı araştırması tespitler, öneriler. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2013. [https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/31612/mod\\_resource/content/0/taya2013trk.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/31612/mod_resource/content/0/taya2013trk.pdf) Erişim tarihi: 10.09.2018.
18. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 2013. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) Erişim tarihi: 10.09.2018.
19. İstatistiklerle çocuk. TÜİK 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27596> Erişim tarihi: 10.09.2018
20. İstatistiklerle çocuk. TÜİK 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24645> Erişim tarihi: 10.09.2018.
21. İstatistiklerle çocuk. TÜİK 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21521> Erişim tarihi: 10.09.2018.
22. Türkiye’deki erken yaşta evlilikleri farklı bakış açılarından bakarak değerlendirmeyi ve varolan çözüm önerilerini geliştirmeyi amaçlayan özgür proje 2014.

- <http://myweb.sabanciuniv.edu/bac/files/2013/10/%C3%96zg%C3%BCr-Proje-Final-Raporu.pdf> Erişim tarihi: 10.09.2018.
23. Ayyıldız T, Topan A, Öztürk O, Kulakçı H. Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2015; 8(2): 61-66.
24. Svanemyr J, Chandra Mouli V, Raj A, Travers E, Sundaram L. Research priorities on ending child marriage and supporting married girls. *Reprod Health* 2015; 12(1): 80.
25. Mıhçıokur S, Akın A. Çocuk yaşta, zorla evlilikler ve ergen gebelikleri. *Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topics* 2015; 1(2): 22-31.
26. Yakıt E, Coşkun AM. Toplumsal açıdan çocuk yaşta evlilikler gerçeği: Hemşire ve ebenin sorumluluğu. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014; 11(3): 3-10.
27. Mıhçıokur S, Erbaş F, Akın A. Çocuk gelinler ve beklenen olumsuz sonuçları. *Sağlık ve Toplum* 2010; 20(1): 3-12.
28. Malhotra A, Warner A, McGonagle A, Lee-Rife S. Solutions to end child marriage, what the evidence shows. International Center for Research on Women 2011. <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Solutions-to-End-Child-Marriage.pdf> Erişim tarihi: 10.09.2018.
29. Kaynak BD, Kaynak Malatyalı M, Hasta D. Kız çocuk evliliklerine yönelik tutum ölçeği. I. Sosyal Psikoloji Kongresi 2016, Ankara.
30. Aygin D, Yaman Ö, Açıl H, Çelik Yılmaz A, Sert H. Nursing students' attitudes towards female child marriages. *International Refereed Academic Journal of Sports, Health and Medical Sciences* 2017; 25: 19-31.
31. Aydın D, Akay B. Hemşirelik öğrencilerinin erken evlilik ve çocuk gelinler hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences* 2017; 7(2): 39-44.
32. Aydemir E. Evlilik mi evcilik mi? Erken ve zorla evlilikler: Çocuk gelinler. Uluslararası Stratejik Araştırmalar Kurumu. USAK Rapor No: 11-08. 2011:59.
33. İstatistiklerle kadın. TÜİK 2016.  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24643> Erişim tarihi: 10.09.2018.
34. Coşkun AM, Şenturan L, Çayır G, Yakıt E. Socialsensitivity development about the problem of child brides. *International Journal of Human Sciences* 2016; 13(1): 1107-1122.
35. Şen S, Kavlak O. Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum Dergisi* 2011; 7(25): 35-44.
36. Hervish A, Feldman Jacobs C. Who speaks for me? Ending child marriage. Population Reference Bureau Policy Brief 2011. <https://assets.prb.org/pdf/1/ending-child-marriage.pdf> Erişim tarihi: 10.09.2018
37. Evgin D, Caner N, Küçük Öztürk G, Calpbıncı P. The opinions of university students about early marriage and child brides. *Journal of International Social Research* 2018; 11(55): 480-489.
38. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2012; 15(1): 33-40.
39. Aydın D. Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 16(4): 250-254.
40. Çınar N, Hıra S. Adölesan annelik. *Journal of Human Rhythm* 2017; 3(1): 15-19.
41. Protecting The Girl Child, 2014. <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2014/01/Equality-Now-Protecting-the-Girl-Child-JAN-2014.pdf>  
Erişim tarihi: 10.09.2018

## Sözel 55 (ÖZET)

### PEDİATRİ HEMŞİRELERİ ÇOCUK İSTISMARININ FARKINDA MI?

#### Are Pediatric Nurses Aware Of Child Abuse?

Öğr. Gör. Semra SÖNGÜT\*, Doç. Dr. Selen ÖZAKAR AKÇA\*,  
Uzm. Hemş. Yeliz YELEN AKPINAR

\* Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

\*\* Sağlık Müdürlüğü, Çorum

#### ÖZET

**Giriş:** Çocuk istismarı, anne-babanın/ çocuktan sorumlu diğer bakım vericilerin gerçekleştirdiği/ sorumluluklarını yerine getirmeyi ihmal ettiği eylemler sonucu, çocukların kaza dışı zarara uğramasıdır. Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik, internette istismar (grooming) ve ihmal olmak üzere 6 başlık altında toplanmaktadır. Pek çok ülkede çocuk istismarına yönelik çocuk sağlığı ve gelişimi açısından olumlu gelişmeler olsa da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda toplumların geleceklerini sağlam temeller üzerine kurabilmeleri için çocukların bedensel ve ruhsal sağlıklarının korunması gerekliliği gündeme gelmekte, bu gerekliliğin yerine getirilmesinde pediatri hemşireleri önemli rol oynamaktadır. Bu çalışma ile pediatri hemşirelerinin çocuk istismarının belirti ve risklerini tanılama düzeylerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Mart-Eylül 2018 tarihlerinde Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Araştırmada veriler; "tanıtıcı soru formu" ve "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Belirti ve Risklerinin Tanılanma Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma, çalışmanın yapıldığı tarihlerde çocukla ilgili birimlerde görev yapmakta olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 67 çocuk hemşiresi ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin yaş ortalaması 30,01±6,51'dir. Hemşirelerin %61,2'si çocuk istismarı ile karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Karşılaştıkları istismarların %27,3'ü ihmal, %31,8'i fiziksel, %13,6'sı duygusal, %20,5'i cinsel ve %6,8'i ekonomik istismardır. Hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmali belirti ve risklerine yönelik toplam ölçek madde puan ortalaması 3,73±0,33'dür. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eş ile birliklik durumu, eğitim durumu, görev yaptığı birim, çocuk hakları ya da çocuk ihmal ve istismarı hakkında bilgi sahibi olmaları, çocuk ihmal ve istismarı ile karşılaşma ve karşılaşılan ihmal ve istismar türü ile ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmadı (p>0,05).

#### ABSTRACT

**Introduction:** Child abuse is the exposition of a child to a non-accidental damage as a result of failure to act by a parent/care giver or to fulfill their responsibilities. Child abuse can be classified into 6; physical, sexual, emotional, economic, grooming and neglect. Although there are positive developments in child health and child development in many countries, it is still an important public health problem. In this respect, the necessity of protecting the physical and mental health of children is essential for the societies to build their future on solid foundations and in meeting this necessity, pediatric nurses play a major role. The aim of this study was to evaluate the diagnostic levels of pediatric nurses for the symptoms and risks of child abuse.

**Materials and Methods:** This descriptive study was carried out at the Erol Olçok Training and Research Hospital at Hitit University in March-September 2018. Data in the study were collected through "Personal Information Questionnaire" and "Diagnostic Scale of the Symptoms and Risks of the Child Abuse and Neglect". The study was carried out with volunteering 67 pediatric nurses participate in the study who were working in related units.

**Results:** The mean age of the nurses was 30.01 ± 6.51. 61.2% of the nurses reported child abuse. 27.3% of the abuses were neglect, 31.8% physical, 13.6% emotional, 20.5% sexual and 6.8% economic abuse. The mean total score of the nurses for child abuse and neglect symptoms and risks was 3.73 ± 0.33. No statistical difference was found between the nurses' age, gender, relationship with spouse, educational status, awareness level about child rights, child neglect or abuse and their mean total scores of the scale (p> 0.05).

**Conclusion:** In this study, it is seen that the majority of pediatric nurses do not have sufficient knowledge and experience about child abuse and neglect. The nursing education curriculum should include a broader range of issues related to child abuse and suspected cases, diagnostic processes, and institutions to be notified; since it is important for pediatric nurses to know and diagnose

**Sonuç:** Sunulan bu çalışmada çocuk hemşirelerinin büyük çoğunluğunun çocuk istismar ve ihmal konusunda yeterli bilgi düzeyine ve birikimine sahip olmadığı görülmektedir. Hemşirelik eğitimi müfredatında, çocuk istismarı ve şüphelenilmesi gereken durumlar, tanılama süreçleri ve bildirim yapılacak kurumlar konusuna daha geniş yer verilmesi, çocuk hemşirelerinin çocuk ihmal ve istismarının belirti ve risklerini bilmeleri ve tanılamaları önemli olduğu için çocukla ilgili birimlerde görev yapan hemşireler için konu ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının yapılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** çocuk istismarı, farkındalık, hemşire

symptoms and risks of child neglect and abuse, it may be advisable to conduct in-service training programs for nurses working in child-related units.

**Keyword:** child abuse, awareness, nurse



## Sözel 56 (ÖZET)

# KAROTİS STENTLEMEDE %90 VE ÜZERİ STENOZ OLGULARINDA İŞLEMSEL MORBİDİT

## Procedural Morbidity in Carotis stenting over 90% Stenosis

Dr. Gürdal ORHAN\*

\* Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

### OZET

**Giriş:** Bu çalışmada Ankara Numune Hastanesi Nöroloji, Nöroşirürji klinikleri tarafından Ocak 2017 ve Eylül 2018 tarihleri arası karotis stentleme yapılan toplam 55 olgu incelendi.

**Materyal ve Metot:** Retrospektif olarak yapılan bu çalışmanın amacı 2017-2018 yılları arasında yapılan karotis stentleme mortalite ve morbiditesinin analiz edilmesidir. Olguların 42'si erkek 13'ü kadın olup yaş ortalaması 66.7 idi. Olguların 8'inde bilateral karotid arter stenozu tespit edilmiş olup bunların 2'sinde bilateral karotid stentleme uygulanmıştır. Başvuru öncesi inme geçirmiş olan olgu sayısı 24 olup bunların bir kısmı akut inme semptomları ile başvurmuştur. Preoperatif dönemde olguların tanısında sıklıkla Doppler USG, daha az sayıda BT anjiyografi ve nadiren de MR anjiyografik inceleme kullanılmıştır.

**Sonuçlar:** Başvuru şikayetlerinde nörolojik araz ile başvurmayan grupta başağrısı, baş dönmesi ve uyuşukluk en sık semptomlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplam 4 hastanın öyküsünde ciddi senkop mevcuttur. Nörolojik araz ile başvuran olgularda en sık semptom taraf veren güç kaybı olmuştur. Olguların stenoz oranları %90 ve üzeri stenoz olarak tespit edilmiştir.

Postoperatif dönemde minör komplikasyonlar arasında en sık hipotansiyon yer almakta olup semptomatik olan 4 olguda dopamin infüzyonu kullanılmıştır. Hemiparezi, afazi, şuur bulanıklığı, hemianopsi ve daha ağır komplikasyonlar ise toplam 5 olguda görülmüştür. Bu olguların 3'ünde preoperatif dönemde varolan defisitlerde postoperatif dönemde artış izlendi. Toplam 1 olguda mortalite izlendi. Bu olguda postoperatif dönemde hiperperfüzyon sendromu ve subaraknoid kanama izlendi ve postoperatif 47. günde eksitus oldu. Bu olgu akut inme, GCS 12 ve sağ hemipleji ile başvurusu sonrası mekanik trombektomi ve karotis stentleme sonrası eksitus oldu. Bu olguda hiperperfüzyon sendromu klinik bulguları da izlendi. Postoperatif dönemde ortalama yatış süresi 1.8 gün olarak tespit edilmiştir.

**Tartışma:** Kompansasyon mekanizmaları ile sınırdaki dengeye sahip karotis stenozu olgularında morbidite ve mortalite nedenleri arasında tromboembolik olayların dışında hipotansiyon en sık bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** karotid stentleme, karotid stenozu, morbidite, tromboembolik komplikasyonlar

### ABSTRACT

**Introduction:** In the present report we studied 55 patients who were subjected to carotid stenting with a stenosis ratio over 90% between January 2017 and September 2018. The patients were treated with a team from Neurology, Neurosurgery and Radiology clinics.

**Material and Methods:** In this retrospective study the main aim was to analyze morbidity and mortality of patients who had a stenosis over 90%. 42 of the patients were male and 13 female with a mean age of 66.7%. 8 of the patients had bilateral stenosis and 2 of them were stented. Previous history of stroke was reported in 24 patients. Preoperative Doppler USG, CT angiography and MR angiography were not common diagnostic methods.

**Findings:** 4 patients had syncope. Hemiparesis was the most common symptom among major complications. Stenosis rate was reported to be over 90% in all patients.

Major morbidity was reported in 5 patients. One patient was lost due to hyperperfusion syndrome at the postoperative period. In this patient GCS score was noted as 12 at the postoperative period and the patient was lost due to hyperperfusion related subarachnoid hemorrhage. The mean stay at the postoperative period was 1.8 days until the day of discharge.

**Result:** The compensatory mechanisms at the postoperative period particularly in patients over 90% stenosis seemed to be inefficient compared to relatively less stenotic group and the complications were reported to be over the literature results. Hypotension was reported to be the most common minor complication.

**Keywords:** Carotid stenting, carotid stenosis, morbidity, thromboembolic complications

## POSTER BİLDİRİLER

---

## Poster 01 (ÖZET)

### 83 YAŞINDAKİ DEMANS HASTASI KADIN OLGUYA 33 YAŞINDAKİ FAİL TARAFINDAN GERÇEKLEŞTİRİLEN CİNSEL SALDIRI OLGUSU

#### A Sexual Assault Case Of 83-Year-Old Woman With Dementia Realized By 33-Year- Old Assailant

Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*, Prof. Dr. Hayri ERKOL\*\*, Doç. Dr. Taşkın ÖZDEŞ\*\*\*, Uzm. Dr.  
Erdem HÖSÜKLER\*\*\*\*, Arş. Gör. Dr. Hakan SAMURCU\*,

Arş. Gör. Dr. Veyis GÜNDOĞDU\*

\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

\*\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

\*\*\*Adli Tıp Uzmanı, Serbest Çalışır

\*\*\*\*Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu

#### ÖZET

**Giriş:** Çalışmada, yaşlı bir kadın olgunun maruz kaldığı cinsel saldırı olgusu sunularak, yaşlılara yönelik istismar konusunun sağlık, sosyal ve hukuki yönleriyle tartışılması amaçlanmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 83 yaşındaki demans hastası, kimsesiz kadın olgu yalnız yaşadığı köydeki evinin bahçesinde gece yarısı darp edilmiş durumda bulunmuştur. Beyanında genç bir adamın evine girerek önce para istediğini, sonra kendisini dövdüğünü, takiben tecavüz etmeye çalıştığı sırada bayıldığını, ayıldığında adamın tekrar saldırdığını, bağırınca kaçtığını ifade etmiştir. Olgunun muayenesinde sol göz çevresinde hematoma ve ekimoz, her iki zigomatik bölgede ekimoz, vajen arka fornikte kanamalı 4-5 cm.lik yırtık tespit edilerek sütürasyon uygulanmıştır. Düzenlenen adli raporda mağdurenin demans hastası olması ve yaşlı sebebiyle fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayacağı, bedensel ve ruhsal yönden mukavemete muktedir olmadığı belirtilmiştir. Kriminal laboratuvarlarda yapılan analizlerde; olgunun evinin giriş kapısındaki, kapı eşiğindeki, yatak odasındaki, tuvalet girişindeki, yatak çarşafı üzerindeki, bir örtü üzerindeki lekeler ile mağdurenin vajinal bölgesinden, üst iç çamaşırından, kıyafetlerinden alınan leke numunelerinin kan lekesi oldukları; yatak çarşafı üzerinde bulunan lekede, mağdurenin vajinal bölgesinden alınan sürüntü örneğinde, sanığa ait alt iç çamaşırı, tişört ve gömlek üzerinde bulunan lekelerde meni varlığının tespit edildiği; yatak çarşafındaki leke üzerinde sanığın DNA profili ile benzer profil saptandığı; olguya ait tırnak numunelerinden elde edilen DNA'nın sanığın DNA profili ile benzer olduğu tespit edilmiştir. Aynı köyde yaşayan eski sabıkalı sanık olay günü mağdurenin evine hiç gitmediğini, yataktaki meni içeren lekede ve mağdurenin tırnaklarında kendisine

#### ABSTRACT

**Introduction:** In this study, we will present a case of sexual assault that an elderly woman was exposed to and, will discuss the health, social and legal aspects of elderly sexual abuse.

**Case Report:** A 83-year-old woman with dementia was found as battered at midnight in the garden of her house in a village where she lived alone. In her statement, he stated that a young man had entered her house, before asked her money, then beat her, then she fainted while the assailant was trying to rape her. When she was recovered the man attacked her again. When she shouted out, the assailant run away from house. On the examination of the case, hematoma and ecchymosis on the left eye and ecchymoses on both zygomatic regions were observed. Four-five cm of haemorrhagic laceration were detected in the vaginal posterior fornix and suturing was performed. The forensic report stated that because the victim was a patient of dementia and because of her old age, he cannot perceive the legal meaning and consequences of the act. It was stated in the report also that she cannot show physical and mental resistance against action. In the analysis of criminal laboratories; the stain on the door of the house, on the door sill, in the bedroom, on the entrance to the toilet, on the bed sheets, on the cover and on the victim's vaginal region, top underwear, clothes, were stained with blood, In the stain on the bed sheet, in the swab sample taken from the vaginal region of the victim, in the stains on the underwear, t-shirt and shirt belonging to the defendant, the presence of semen was detected On the stain on the bed sheet, similar profile with the DNA profile of the defendant was detected. DNA obtained from the nail samples of the case was found to be similar to the DNA profile of the attacker. The assailant, who was an old criminal and living in the

ait DNA profillerinin neden çıktığını anlayamadığını belirtmiştir. Sanığın aracında cinsel yönden uyarıcı ilaç bulunmuştur.

**Sonuç:** Kimsesiz olan ve yalnız yaşayan yaşlılar, saldırganlar için kolay hedef haline gelebilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** cinsel saldırı; yaşlı ihmal ve istismarı; moleküler genetik inceleme.

same village with case, stated that he had never been in the house of the victim on the day of the incident, could not understand why his DNA profiles appeared on the stain on the bed and on the nail of the victim. A sexually stimulating drug was found in the assailant's vehicle.

**Conclusion:** Elderly people who are orphaned and alone can become an easy target for attackers.

**Keyword:** sexual assault; elder negligence and abuse; molecular genetic examination.

## Poster 02 (ÖZET)

### ASI YÖNTEMİ İLE İNTİHAR EDEN 13 YAŞINDAKİ ÇOCUK OLGUDA PSİKOLOJİK OTOPSİ

#### Psychological Autopsy In A 13-Year-Old Child Case Committed Suicide By Hanging Method

Uzm. Dr. Erdem HÖSÜKLER\*, Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*\*, Arş. Gör. Tolga TURAN\*\*,  
Arş. Gör. Dr. Veyis GÜNDOĞDU\*\*, Arş. Gör. Dr. Hakan SAMURCU\*\*,  
Arş. Gör. Aziz YILMAZ\*\*

\*Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu  
\*\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

#### ÖZET

**Giriş:** Çalışmada, ası yöntemi ile intihar eden bir çocuk olgusu sunulacak, olguyu intihara götüren olası nedenlerin psikolojik otopsi ile analizi gerçekleştirilecektir.

**Olgu Sunumu:** 13 yaşındaki erkek çocuk olgusu, hayvanları otlattıkları yerde ablası tarafından ağaca asılı durumda bulunmuştur. Ailesinin ve tanıkların ifadelerinde; toplam 18 haneden ibaret küçük bir köyde oturdukları, köyde olgudan başka çocuk bulunmadığı, kendisinden iki yaş büyük ablası dışındaki köy sakinlerinin tümünün orta veya ileri yaş grubunda olduğu, olgunun bir ağabeyinin başka bir ilde çalıştığı, diğer ağabeyinin bir hafta önce evlenerek evden ayrıldığı, annesinin bir yıl kadar önce ilçede tavuk kümesinde çalışmaya başladığı için genelde haftada bir gün eve geldiği, olgunun babası ve kendisinden iki yaş büyük ablası ile birlikte aynı evde yaşadığı öğrenilmiştir. Annesi dışarıda çalıştığından onu göremediği için olgunun üzüntü duyduğu, garip, boynu bükük durumda görüldüğü, annesi eve geldiğinde sevindiği, gittiğinde üzüldüğü, son zamanlarda çok sinirli olduğu, bir şey söylendiğinde hemen alındığı, odaya geçip ağladığı, istediği yapılmadığı zaman yüzünü astığı ifade edilmiştir. Olay günü annesinin evde olduğu, o akşam yeni evlenen ağabeyinin kayınpederine oturmaya gidecekleri, olgunun önce kendisinin de gelmek istediğini söylediği, biraz sonra vazgeçerek gelmeyeceğini belirttiği, akşam vakti buzağuları otlatmaya götürdüğü, 5-10 dakika sonra gök gürültüsü başladığı için annesinin ablasını buzağı ve eşekleri eve getirmek üzere olgunun yanına gönderdiği, ablası olay yerine gittiğinde olguyu normalde eşekleri bağladığı ağaca, eşekleri bağladıkları iple asılı durumda bulduğu öğrenilmiştir. Ailenin maddi durumunun kötü olduğu belirtilmiştir. Yapılan otopsi sonucunda küçüğün ölümünün ası sonucunda meydana geldiği tespit edilmiştir.

#### ABSTRACT

**Introduction:** In this study, we present a case of child who committed suicide by hanging method and, psychological autopsy analysis of possible causes leading to suicide will be performed.

**Case Report:** The case of a 13-year-old boy was found as hanged on a tree by his older sister where they grazed the animals. In the statements of his family and witnesses; total of 18 households lived in a small village, there were no children in the village except the case, other than his older sister, two years older than the case, all of the village people were in the middle or older age group, the case of an older brother working in another province, the other brother of a week ago married and left home. It was learned that case's mother usually came home one day a week since she had started working in a chicken coop in the district one year ago. So, the case was living in the same house with his father and his older sister who was two years older from him. The fact that her mother was working outdoors that the case could not see her, so he was looking sadly, he was glad when his mother came home, he was sad when his mother left home, lately he is very nervous and feisty, he went to the room and cried, if it was not done wanted by him he was hanging his face. On the day of the incident, his mother was at home, they was planning to go his brother's father-in-law's house in the evening. Firstly, case said to mother he wanted to go this visit with his family, but after a while he gived up to go this visit. He took the calves to graze in the evening, After 5-10 minutes, because the thunder began, his mother sent his older sister near the case to bring the calf and donkeys home. When his older sister went to the scene, she found the case as hanged on the tree where they normally had tied the donkey on and with a rope which they had tied the donkeys to the tree using with it. It is stated that the financial situation of the family is bad. As a result of autopsy, it was determined that the death of the case occurred as a result of hanging.

**Sonuç:** Yaşadığı köyde hiç yaşıtının, arkadaşının bulunmamasının, annesi bir yıldır dışarıda çalıştığı için onu sadece haftada bir gün görebilmesinin, bir hafta önce ağabeylerinden birinin evlenmesinin, evde sadece babası ve ablası ile birlikte yaşamasının, olguyu intihara götüren depresyon tablosunu tetiklediği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** çocuk intiharları; ası; depresyon; intihar nedenleri.

**Conclusion:** It is thought that the absence of peers, the absence of friends, able to see his mother only one day a week since his mother was working outside for one year, marrying one of the brother one week ago, living in the house only with his father and his older sister triggered depression of case leading to suicide.

**Keyword:** child suicides; hanging; depression; causes of suicide.

## Poster 03 (ÖZET)

### CEZAEVLERİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

#### The Role Of Nurse's In Prison

Lisans Öğrencisi Hamza Ek\*, Lisans Öğrencisi İrem Betül Yıldırım\*, Lisans Öğrencisi Sibel Aşkın\*, Dr. Öğr. Üyesi Hüsna ÖZVEREN\*

\*Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

#### ÖZET

Cezaevleri, özel ve karmaşık yapıları nedeniyle, bu alanda yürütülecek sağlık hizmetleri de önem kazanmaktadır. Cezaevi ortamında kronik sağlık problemleri, kişilik bozuklukları psikoz, madde bağımlılığı gibi sağlık sorunları, mahkûmiyetin yol açtığı fiziksel ve ruhsal sorunlar görülebilir. Cezaevinde verilecek öncelikli sağlık hizmetlerinde temel bakımın ve mental sağlığın korunması, enfeksiyonların önlenmesi, özellikle ilaç ve alkol bağımlılığın önlenmesi önemlidir. Uluslararası literatürde, cezaevinde çalışan hemşirelerin rol ve fonksiyonları konusunda ilgili yetersizlikler bulunmakla birlikte bu alandaki rollerinin neler olacağı ile ilgili içerik ve tanımlamalarda karışıktır. Ulusal literatürde ise, cezaevi hemşireliği kavramı sadece adli hemşirelerin çalışma alanlarından biri olarak yer almaktadır. Cezaevi hemşiresi, hem özel bir eğitim almış, özgün, farklı rollere sahip olan hem de bir takım yetkileri kendinde barındıran bir hemşire olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle bu alanda çalışan hemşirelerin yaratıcılıklarının olması, profesyonel ve kişiye yönelik hizmet verme becerilerinin önemi büyüktür. Cezaevi hemşirelerinin reçete edilen ilaçların verilmesi, hapishanelerde çıkan isyan ve kavgalarda yaralananların tedavi edilmesi, tutuklularla görüşmelerin gerçekleştirilmesi, hükümlülerin kronik fiziksel ve ruhsal hastalıklarının tedavisinin sağlanması, hükümlülerin tedaviye uyumunun ve sürekliliğinin sağlanması ve eğitim gibi rolleri vardır. Sonuç olarak, cezaevlerinde bireysel, ailesel ve toplumsal gelişimi destekleyecek, hükümlülerin fiziksel ve ruhsal sorunlarını iyileştirecek ve topluma döndüklerinde sağlıklı davranışlar sergileyen bireyler olmalarını sağlayacak hemşirelik hizmetlerinin verilmesi önerilir.

**Anahtar kelimeler:** cezaevleri, cezaevi hemşireliği, hemşirelik

#### ABSTRACT

Due to their special and complex structures, the health services to be carried out in this area also gain importance. Health problems such as chronic health problems, personality disorders psychosis, substance dependence, physical and mental problems caused by conviction can be seen in prison environment. Prevention of basic care and mental health, prevention of infections, especially prevention of drug and alcohol dependence in primary health services to be given in prison is important. In the international literature, although there are relevant shortcomings in the role and function of nurses working in prison, they are mixed in the content and definitions about their role in this field. In the national literature, the concept of prison nursing is only one of the working areas of forensic nurses. The prison nurse has been identified as a nurse who has received special training, has different roles and has a number of powers. Therefore, the creativity of the nurses working in this field and their professional and personal service skills are of great importance. For this reason nurses, who work in this field, need to have skills such as creativity, professionalism and individual health care. Prison nurses have a role in the delivery of prescribed medicines, treatment of wounded and fights in prisons, conducting interviews with detainees, ensuring the treatment of chronic physical and mental illness of convicts, ensuring compliance with and continuity of treatment, and education. It is recommended that nursing services should be provided to support the physical and mental problems of the convicts and to ensure that they are healthy individuals when they return to society.

**Keyword:** prisons, prison nursing, nursing

## Poster 04 (ÖZET)

### AYI SALDIRISI SONUCUNDA ÖLEN 77 YAŞINDAKİ KADIN OLGU

#### 77-Year-Old Woman Case Died As A Result Of Bear Attack

Uzm. Dr. Erdem HÖSÜKLER\*, Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*\*, Arş. Gör. Aziz YILMAZ\*\*,  
Arş. Gör. Dr. Hakan SAMURCU\*\*, Arş. Gör. Dr. Veyis GÜNDOĞDU\*\*, Arş. Gör. Dr.  
Hamit Aykut ÇELME\*\*\*, Arş. Gör. Tolga TURAN\*\*, Arş. Gör. Gamze DİNÇER\*\*

\*Adli Tıp Kurumu, Bolu Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Bolu

\*\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

\*\*\* Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

#### ÖZET

**Giriş:** Çalışmada, ayı saldırısı sonucunda ölen yaşlı kadın olgusu sunulacak, hayvan saldırılarına bağlı yaralanma ve ölüm olaylarına ait literatür gözden geçirilecektir.

**Olgu Sunumu:** Ölenin kızı ifadesinde; olay günü sabah saat 10:00'da hayvanlara bakmak için evden çıktığını, 77 yaşındaki annesinin evde yalnız kaldığını, saat 13:00 civarında eve döndüğünde annesinin evde olmadığını, sık sık yaptığı gibi ormana mantar toplamaya gittiğini düşündüğünü, saat 18:00 civarında tekrar eve geldiğinde annesinin yine evde olmadığını gördüğünü, merak ederek annesini aramaya başladıklarını, muhtarın samanlığının yukarısında annesinin cansız durumda yüzü koyun yattığını gördüğünü, annesinin üzerinde uzun bir elbise olduğunu, karnında iki büyük kesi bulunduğunu, kafasının da kanlar içinde olduğunu, annesinin ayı tarafından öldürülmüş olabileceğini anlatmıştır. O gün büyükbaş hayvan sürüsünü otlatan çobanlar öğlen saatlerinde kalın sesli bir hayvan uluması duyduklarını söylemişlerdir.

Otopside dış muayenede; saçlı deride, sağ temporal bölgede, sağ zigomatik bölgede, oksipital alanda, sağ kulak bölgesinde, boyun arka kısmında kanamalı, ekimozlu geniş yırtıklar, sırtta geniş sıyrıklı ekimozlar olduğu, epigastrik bölgede yırtık, sıyrıklı ve ekimozlar, batin sağ alt kadranda geniş ve derin yırtık, sağ kalça, uyluk, sol kruris bölgesinde yırtıklar görülmüştür. İç muayenede sağ temporal kemikte kırıklar, beyin dokusunda kontüzyon ve doku harabiyeti saptanmıştır Otopside tespit edilen lezyonların ayıların çene ve diş yapısı ile pençe yapısına uygunluk gösterdiği belirlenmiştir.

**Sonuç:** Ülkemizde zaman zaman hayvan saldırılarına bağlı ölümler görülebilmektedir. Sunulan olguda olduğu gibi kırsal kesimde yaşayan, hayvancılıkla uğraşan kişilerin bu konuda tedbirli davranmaları, özellikle yaşlı ve fiziksel gücü düşük olan bireylerin vahşi hayvanlarla karşılaşma olasılığı yüksek olan orman gibi ıssız bölgelere yalnız gitmemeleri önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Hayvan saldırısı; Ayıların anatomik yapısı; Ayı saldırısı; Otopsi.

#### ABSTRACT

**Introduction:** In this study, a case of old woman who died as a result of a bear attack will be presented and the literature related to deaths caused by animal attacks will be reviewed.

**Case Report:** The daughter of the deceased stated; on the day of the event at 10:00 am, she left home to look after the animals, her 77-year-old mother was lonely at home, she returned home at around 1 pm and her mother was not at home. She thought that her mother went to collect mushrooms into the forest as he often did. When she came home again around 6 pm, she saw that his mother was not at home again. they wondered and started looking for her mother, After a time, above the barn of the headman, she saw her mother lied down on her face in a lifeless state. Her mother has a long dress, there was two large incisions on the abdomen, her head was in blood. She told that her mother may have been killed by bear. The shepherds grazing the herd of cattle that day said that they had heard of a deep voice animal [howling](#) at noon. At the autopsy, external examination showed that; wide tears with haemorrhagic [ecchymoses](#) on scalp, right temporal region, right zygomatic region, occipital area, right ear region, the back region of the neck; broadly abraded ecchymoses observed in back; hemorrhage wide-scalp on the back of the abdomen, abdominal anterior epigastric rupture, abrasions and ecchymoses, abdomen in the lower right quadrant wide and deep tears, right hip, thighs, tears in the left cruris region were observed. Laceration, graze and ecchymoses on the epigastric region, wide and deep tear on right lower quadrant of abdomen, tears on the right hip, thighs and left cruris area. During the internal examination; right temporal bone fractures, tissue contusion and tissue damage in the brain were observed. It was determined that the lesions detected at autopsy were compatible with the jaw, tooth and paw structure of the bears.

**Conclusion:** In our country, deaths from animal attacks can be seen from time to time. As in the case presented, people who live in rural areas and are engaged in animal husbandry should be cautious about this issue. It is important that especially old individuals and humans with low physical structure should not go alone to deserted areas such as forests where they are likely to encounter wild animals.

**Key words:** Animal attack; The anatomical structure of the bears; Bear attack; Autopsy.



## Poster 05 (ÖZET)

### EVLİLİK YOLUYLA DOLANDIRILAN BİR OLGU

#### A Case Swindled by Marriage

Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*, Prof. Dr. Hayri ERKOL\*\*

\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

\*\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

#### ÖZET

**Giriş:** Çalışmada, görücü usulüyle evlendiği eşi tarafından dolandırılan bir olgu sunularak, literatür eşliğinde tartışılacaktır.

**Olgu Sunumu:** Olayın öyküsünde; eşini yıllar önce kaybetmiş olup yalnız yaşayan 69 yaşındaki olgu çevresine artık evlenmek istediğini söyleyerek, kendisine uygun bir hanım bulmalarını istemiştir. Bir aracı vasıtasıyla, başka bir şehirde yaşayan 50 yaşındaki, dul bir kadın ile tanışmıştır. Kadının talebi üzerine kendisine kolye, bilezik gibi ziynet eşyaları, cep telefonu, değişik kıyafetler satın almıştır. Olgu; nikahın gerçekleşmesinden sonra gerek ilk gün gerekse takip eden günlerde karısının hasta olduğunu bahane ederek kendisini yanına yaklaştırmadığını, sürekli yeni kıyafetler istediğini belirtmiştir. Evlendikten on beş gün sonra, sabah uyandığında eşinin evde olmadığını gördüğünü, önce markete gittiğini düşündüğünü, ancak dönmeyince evi araştırdığını, eşinin ziynet eşyalarının, kıyafetlerinin, kendisine ait bir miktar paranın yerinde olmadığını gördüğünü, eşinin bunları alarak evden kaçtığını anladığını, kendisini dolandırarak kaçan eşinden şikayetçi olduğunu anlatmıştır. Olgunun muayenesinde demans başlangıcı tespit edilmiştir.

**Sonuç:** İleri yaştaki kişiler, demans gibi psikiyatrik hastalığı olan bireyler dolandırıcıların hedefi haline gelebilmektedir. Dolandırma yöntemlerinden biri sunulan olguda olduğu üzere evlenme suretiyle hediye edilen takı, giysi gibi eşyaları alıp ortadan kaybolmak olduğundan, yaşlı bireylerin bu konuda dikkatli olmaları gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Dolandırıcılık; Demans; Evlilik.

#### ABSTRACT

**Introduction:** In this study, a case who had married with his wife by blind date and swindled by her will be presented and discussed with the literature.

**Case Report:** In the story of the event; 69-year-old case who lost his wife years ago and lived alone said that he wanted to get married and he wanted to find a suitable lady for her. Through an intermediary, he met a 50-year-old widow who lives in another city. Because of his wife's request he buy jewelry such as necklaces, bracelets, cell phones, various clothes. The case stated that his wife did not bring him near to her on the first day and following days after the marriage was realized. She always wanted new clothes. Fifteen days after his marriage, when he woke up in the morning, he saw that his wife was not at home, that he thought she had first gone to the market, but that when she did not return, he searched the house and that his wife 's jewelry, clothing and his some money were not in in the place. He understood that his wife took them and run away from the house. cheating him to complain about his wife fleeing. He complained about his wife who swindled to him. In the examination of the case, the onset of dementia was determined.

**Conclusion:** Older people, people with psychiatric illnesses such as dementia may become the target of fraudsters. As presented in the case, one of the fraud methods is to take some wares such as jewelry, clothing which were given as marriage gifts and run away from home. Therefore elderly people need to be careful about this issue.

**Key words:** Fraud; Dementia; Marriage.

## Poster 06 (ÖZET)

# YATAĞA BAĞIMLI YAŞLI HASTANIN BANYODA DÜŞÜRÜLMESİNE BAĞLI OLARAK GELİŞEN KAZA ORJİNİLİ ANAL BÖLGE YARALANMASI

## Accidental Anal Region Injury Of Bed Dependent Old Patient Due To Falling In The Bathroom

Prof. Dr. Zerrin ERKOL\*, Prof. Dr. Hayri ERKOL\*\*

\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp AD

\*\*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

### ÖZET

**Giriş:** Çalışmada, kaza orijinli bir anal bölge yaralanması olgusu sunularak literatür eşliğinde tartışılacaktır.

**Olgu Sunumu:** 81 yaşındaki kadın olgu 17 yıl önce serebral anevrizma rüptürü nedeniyle opere edilmiş, ameliyat sonrası dönemde sol hemipleji tablosu gelişmiştir. Daha sonraki dönemde ev içerisinde düşmesi sırasında femur kırığı oluşmuş, iki kez opere edilmesine rağmen olgu aktif yaşamına dönememiş, yatağa bağımlı hale gelmiştir. Olay günü banyo yaptırmak amacıyla bakıcısı tarafından yatağından tekerli sandalyeye alınan olgu banyoya getirilmiş, burada sandalye üzerine oturtulmaya çalışılırken kazaen düşürülmüştür. Düşme esnasında klozetin yanında bulunan tuvalet fırçasının sapı olgunun anal bölgesine temas etmiştir. Muayenesinde anüs sol yanında, 1 cm boyunda, cilt-cilataltı seyirli, düzensiz kenarlı, kanamalı laserasyon tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Ano-genital bölge yaralanmaları adli tıp yönünden özellik arz eden yaralanmalardır. Bu bölgelerde oluşan yaralanmalarda mümkün olduğunca olay yeri incelemesi yapılmalı, olayın gelişimine ait öykü ile muayene bulgularının ve olay yeri inceleme verilerinin örtüşüp örtüşmediğine dikkat edilmeli, cinsel istismar olasılığı ekarte edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** kaza orijinli yaralanmalar; ano-genital yaralanmalar; ev kazaları.

### ABSTRACT

**Introduction:** In this study, we present a case of an accidental anal region injury and discussed with the literature.

**Case Report:** A 81-year-old woman was operated for rupture of the cerebral aneurysm 17 years ago and left hemiplegia developed postoperatively. In the following period, the femur fracture occurred during the fall inside the house, and the patient could not return to active life although he had been operated twice. She has become bedridden. On the day of the incident, the case was brought to the wheel chair by her carer from her bed for taking a bath. She was accidentally dropped while trying to sit on the chair in the bathroom. During the fall, the handle of the toilet brush next to the toilet bowl contacted the anal region of the case. During the examination of the case, on the left side of the anus, a 1 cm tall, irregular edged, haemorrhagic, skin – subcutaneous laceration was observed.

**Conclusion:** Ano-genital injuries are feature carries injuries in terms of forensic medicine. In case of injuries occurring in these regions, a crime scene investigation should be made as much as possible. It should be noted that the history of the event and the findings of the examination and the data of the crime scene overlap, and the possibility of sexual abuse should be excluded.

**Key words:** accidental injuries; ano-genital injuries; home accidents.

**Katılımlarınız İçin Teşekkür Ederiz.**