



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN ADLI
PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK TUTUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN: FATMA İLKNUR İNAN

DANIŞMAN: PROF. DR. NEZİHE BULUT UĞURLU



T.C.
MUĞLA SİTKİ KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN ADLI
PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK TUTUMLARI

FATMA İLKNUR İNAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsünde

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 14.05.2020

Tezin Sözlü Savunma Tarihi: 14.04.2020

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Havva AKPINAR

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. Feral ÖZTÜRK

NİSAN, 2020

MUĞLA

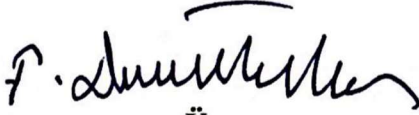
TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 06/04/2020 tarih ve 169-01 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek lisans öğrencisi Fatma İlknur İnan'ın "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumları" adlı tezini incelemiş ve aday 14/04/2020 tarihinde saat 14.30'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 90 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin kabul edildiğine oy birliği ile karar verildi.



Tez/Danışmanı
Prof. Dr. Nezihe Bulut Uğurlu



Üye
Prof. Dr. Fatma Demirkıran



Üye
Dr. Öğr. Üyesi Havva Akpınar

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumları**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça 'da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



14/04/2020

FATMA İLKNUR İNAN

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

YAZARIN MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.

Soyadı :

Adı :

Kayıt No:

TEZİN ADI

Türkçe :

Y. Dil :

TEZİN TÜRÜ:

Yüksek Lisans

O

Doktora

O

Sanatta Yeterlilik

O

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite :

Fakülte :

Enstitü :

Diğer Kuruluşlar :

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayınlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı :

Ünvanı :

TEZİN YAZILDIĞI DİL :	TEZİN SAYFA SAYISI:
TEZİN KONUSU (KONULARI) : 1. 2. 3.	
TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER : 1. 2. 3. 4. Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.	
İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER: Konunuzla ilgili yabancı indeks, abstract ve thesaurus'u kullanınız. 1. 2. 3. Başka vereceğiniz anahtar kelimeler varsa lütfen yazınız.	
1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum	<input type="radio"/>
2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir	<input checked="" type="radio"/>
3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezim tamının fotokopisi alınabilir	<input type="radio"/>
Yazarın İmzası :	Tarih :/...../.....

ÖZET

Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumları

Amaç: Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşireler (N = 450) oluşturmaktadır. Evreni bilinen örneklem yöntemi ile 328 hemşirenin katılım göstermesi ile araştırma tamamlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel desende yapılan araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgiler Veri Formu ve Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ) ile elde edilmiştir. Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 22.0 versiyonu ile yapılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler one sample t-testi ve one way ANOVA testi, normal dağılım göstermeyenler ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin %57,9'u yataklı servislerde, %21,3'ü yoğun bakımda çalışmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $39,27 \pm 8,39$ 'dur, %77,4'ü evli, %94,8'i kadındır ve %61,9'u lisans mezunudur. Katılımcıların %95,1'i adli psikiyatri ile ilgili yasal düzenlemeleri bilmediklerini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %77,7'si adli psikiyatri biriminde hemşirelerin yer alması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %26,5'inin adli psikiyatri hastalarına bakım verdiği saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 78.09 ± 6.67 (min:62, max:108) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %48,8'i ise hiç bilgi almadığını ifade etmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada yaş ve cinsiyet değişkenleri ile Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, medeni durum değişkeni ile APHHTÖ arasındaki farkın ise oldukça önemli olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarının orta düzeyde olumlu olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adli Psikiyatri, Adli Psikiyatri Hemşireliği, Tutum



ABSTRACT

Investigation of the Attitudes of Nurses Working in a Training and Research Hospital towards Forensic Psychiatric Patients

Objective: This study aimed to determine the attitudes of nurses working in a training and research hospital towards forensic psychiatric patients.

Method: The study population consisted of nurses (N= 450) working in a training and research hospital. The study was conducted with 328 nurses chosen from the population. The data of this descriptive and cross-sectional study was collected using the Descriptive Characteristics Data Form and the Nurse's Attitude towards Forensic Psychiatric Patients Scale (NAFPPS). The statistical analysis of the study was completed with SPSS version 22.0. One-sample t-test and one-way ANOVA test were used for the variables with a normal distribution and Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used for those which did not show a normal distribution.

Results: The nurses who participated in the study work in inpatient services (57.9%) and in the intensive care unit (21.3%). The mean age of the nurses was 39.27 ± 8.39 , 77.4% of them were married, 94.8% were females, and 61.9% had bachelor's degree. Among the participants, 95.1% stated that they did not know the legal regulations related to forensic psychiatry. Furthermore, 77.7% of the participants said nurses should take place in the forensic psychiatry unit. It was determined that 26.5% of the participants gave care to forensic psychiatric patients. The total mean score of the nurses who participated in the study from the Nurse's Attitude towards Forensic Psychiatric Patients Scale was 78.09 ± 6.67 (min: 62, max: 108). However, 48.8% of the participants stated that they did not receive any information.

Conclusion: A statistically significant difference was observed between the variables of age and sex and the Nurse's Attitude towards Forensic Psychiatric Patients Scale. However, the difference between marital status and the NAFPPS was highly significant. It was found out that the attitudes of nurses towards forensic psychiatric patients were moderately positive.

Keywords: Forensic Psychiatry, Forensic Psychiatry Nursing, Attitude



TEŞEKKÜR

Tezim yazım aşamasında birçok kıymetli insandan yardım gördüm. Bu süreçte varlığını her zaman yanımda hissettiğim, vaktini bana ayırmaktan çekinmeyen, kişiliği, duruşu ve engin bilgisi ile beni hayran bırakan saygıdeğer danışmanım Prof Dr Nezihe Bulut Uğurlu'ya teşekkür ederim.

Beni donanımlı topluma faydalı bir evlat olarak yetiştirmek için elinden gelen her şeyi yapan, ne istesem her parmağıma bir tane alacağını ve gerekirse ceketini satıp beni okutacağını söyleyen, ders çalışırken uzun süre masadan kalkmadığımda ya da uyumadığımda beni endişe ile kontrol eden, beni her şeyi başarabileceğime inandıran sevgili "Ahnim'e", sevgili babam Hüseyin İNAN'a teşekkür ederim.

Beni yetiştirip, şekillendiren ve bugünüme gelmemdeki her türlü maddi ve manevi desteğini ve sabrını esirgemeyen annem Sevinç İNAN 'a, teyzem Sıdıka Özçelik'e anneannem Nazire Özçelik'e ve dedem Emin Özçelik'e teşekkür ederim.

Ablası olmaktan gururlandığım, beni hep örnek almaya değer gören, abbir tanecik kardeşim Özge İNAN 'a teşekkür ederim.

Hayatıma varlığıyla renk katan, girdiğim her savaşta hep başaracağıma inanan Oğulcan Uzun'a teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca yanımda olan ve dostluklarıyla her zaman yanımda hissettiğim arkadaşlarım; Bahadır Erdem'e, Yiğit Karaburun'a, Atıl Boy 'a Buse Gizem Boz'a, Memnune Terzi'ye, Rabia Daşçı 'ya, Hüseyin Keskin'e, Özgür Ördek 'e, Gülsev Kutman'a, Gülfer Fidan'a, Alperen Göktaş'a, Gülben Aksoy'a, teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEŞEKKÜR	IX
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	XI
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Önemi.....	2
1.2.Araştırmanın Amacı	5
1.3.Alt Problemler	5
1.3.1.Katılımcıların Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi ve Bu Konuda Bilgi Edinme Kaynakları.....	5
1.3.2.Katılımcıların Sosyo-Demografik Düzeyleri Bakımından Değerlendirmesi	6
1.3.3. Hemşirelerin Mesleki Düzeyleri Bakımından Değerlendirmesi.....	6
1.4. Araştırmanın Sayıltıları.....	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	7
2.GENEL BİLGİLER.....	8
2.1.Adli Psikiyatri.....	8
2.2.Adli Psikiyatri Hemşireliği.....	8
2.3.Adli Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulama Standartları.....	12
Standart 1: Güvenlik.....	12
Standart 2: Yasal Çerçeve.....	13
Standart 3: Etik Uygulama	13
Standart 4: Disiplinler arası Takım Çalışması	13
Standart 5: Terapötik İlişki	14
Standart 6: Suç Sorunları	15
Standart 7: Travma.....	15
Standart 8: Risk	15
Standart 9: Geçiş.....	15
Standart 10: Fiziksel Sağlık.....	16
Standart 11: Madde Kullanımı	16
Standart 12: Aileler / Bakıcılar	16
Standart 13: Avukatlık.....	16
Standart 14: Uzun Süreli Bakım	17
Standart 15: Zorlu Davranışlar	17
Standart 16: Stigma ve Ayrımcılık	17
2.4.Adli Psikiyatri ve Hukuksal Çerçeve.....	17

2.4.1.Medeni Hukukla İlgili Adli Psikiyatrik Konular	17
2.4.2.Ceza Hukuklu ile İlgili Adli Psikiyatrik Konular	18
2.4.3.Çocuk ve Ergenlerde Ceza Sorumluluğu	18
2.4.4.Çocuklar	19
2.4.4.1. 0-12 Yaş Grubu Çocuklar	20
2.4.4.3. 15-18 Yaş Grubu Çocuklar.....	22
2.4.5.Sağır ve Dilsizler	23
2.4.5.1 0 - 15 Yaş Grubu Sağır ve Dilsizler	23
2.4.5.2 15- 18 Yaş Grubu Sağır ve Dilsizler.....	23
2.4.5.3. 18 - 21 Yaş Grubu Sağır ve Dilsizler.....	23
2.5.Tam Akıl Hastalığı.....	24
2.5.1.Şuur (Bilinç).....	24
2.5.2.Kısmi Akıl Hastalığı	25
2.6.Ceza Sorumluluğu Açısından Önem Arz Eden Bazı Akıl Hastalıklarının Tanımlanması ve İncelenmesi	26
2.6.1. Psikoz	26
2.6.2. Yaşlılık Bunaması (Demans Senil).....	28
2.6.3. Paralizi Jeneral	28
2.6.4. Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımına Bağlı Akıl Hastalıkları	29
2.6.5.Nevrotik Bozukluklar (Psikonevrozlar).....	30
2.6.6.Kaygı Bozuklukları (Anksiyete)	31
2.7.Diğer Bazı Akıl Hastalıkları.....	32
2.7.1.Epilepsi (Sar 'a).....	32
2.7.2.Kleptomani.....	35
2.7.3.Piromani.....	35
2.8.Akıl Hastalığı Kapsamında Olup Olmadığı Tartışmalı Olan Durumlar	36
2.8.1.İhtiras	36
2.8.2.Tahrik	37
2.8.3.Canavarca His.....	38
2.8.4.Antisosyal Kişilik Bozukluğu (Psikopati)	38
2.8.5.Uyurgezerlik	40
2.8.6.Yığın Psikolojisi	41
2.9.Tutum Kavramı ve Önemi	41
2.10.Tutumu Oluşturan Temel Öğeler	45
2.10.1.Bilişsel Öğeler	45

2.10.2.Duygusal Öge	46
2.10.3.Davranışsal Öge.....	47
2.11.Tutumun Özellikleri.....	48
2.12.Tutumların Oluşumu	48
2.13.Tutumların Oluşması ve Değişmesi.....	50
2.14.Tutumun Fonksiyonları	52
2.14.1.Uyumlandırma (Araçsal) Fonksiyonu	52
2.14.2.Bireysel Savunma Sistemini Geliştirici (Ben Koruyucu) Fonksiyonu	52
2.14.3.Değerleri Açık Hale Getirme (Değer İfade Edici) Fonksiyonu.....	53
2.14.4Bilgi Fonksiyonu	53
2.15.Tutum ve Davranış Arasındaki İlişki	54
2.16.Tutumun Kuvvet Derecesi.....	55
2.17.Çevresel Faktörler	55
2.18.Davranışın Sonuçlarına İlişkin Beklentiler	55
2.19.Ölçme Hataları	56
2.20.Tutum Ölçme Teknikleri.....	56
2.20.1.Thurstone Ölçekleri (Eşit Görünen Aralıklar Tekniği).....	57
2.20.2. Likert Ölçekleri (Toplamalı Sıralama Tekniği).....	57
2.20.3.Guttman Ölçekleri (Birikimli Ölçekleme Tekniği).....	58
2.20.4. Bogardus Sosyal Uzaklık Ölçeği	58
3.GEREÇ ve YÖNTEMLER	59
3.1.Araştırmanın Türü	59
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	59
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	59
3.4.Veri Toplama Araçları.....	59
3.4.1.Tanıtıcı Bilgi Formu;	59
3.4.2.Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ);.....	60
3.5. Verilerin Toplanma Süreci.....	61
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	61
3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	61
4.BULGULAR	62
Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo Demografik Dağılımı (N=328).....	63
Tablo 2: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı.....	65

Tablo 3: Hemşirelerin APH Yönelik Bakım Verme Durumu ve Bilgi Kaynak-larının Dağılımı	67
Tablo 4: APHHTÖ Toplam Puan ile APHHTÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular	69
Tablo 5: Hemşirelerin Demografik Özelliklerin APHHTÖ ile Karşılaştırılması	70
Tablo 6: Hemşirelerin Mesleki Özellikleri nin APHTTÖ Puan Dağılımı	72
Tablo 7: Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerin APHHTÖ 'nin Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	74
(Tablo 7 Devamı) Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerin APHHTÖ 'nin Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	75
5. TARTIŞMA	81
5.1.Hemşirelerin Sosyo Demografik Özellikleri, Mesleki Özellikleri, Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumları ve Adli Psikiyatri Hastalarını Hakkında Bilgi Kaynakları Dağılımının İncelenmesi	81
5.2.Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki özelliklerinin APHHTÖ Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi	83
5.3.APHHTÖ Toplam Puan ile APHHTÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	85
5.4.Hemşirelerin APHHTÖ'nde Toplam Puanları ile Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanların Karşılaştırılmasının İncelenmesi	86
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	89
6.KAYNAKLAR	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

EKLER

EK 1.TANITICI BİLGİ FORMU

EK.2.ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

(APHHTÖ)

**EK 3.MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALAR ve
YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU**

EK 4.KURUM İZİNİ

EK-5 ÖZGEÇMİŞ ÖRNEĞİ



SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

APHHTÖ Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği

CGTİK Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanunu

ÇKK Çocuk Koruma Kanunu

MSKÜEAH Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

TCK Türk Ceza Kanunu

TDK Türk Dil Kurumu

TMK Türk Medeni Kanunu

1.GİRİŞ

Dünya’da son 50 yılda akıl hastalıklarının tedavisinde önemli gelişmeler olması nedeniyle daha önce iyileşme sağlanamadığından ömür boyu hastanede tutulmak zorunda kalınan hastaların, artık toplum içinde tedavisi mümkün hale gelmiştir. Bu nedenle önceden tedavi olanakları düşük olduğundan, suç işlemiş olsa da olmasa da akıl hastasının toplumu koruma amacıyla sürekli hastanelerde ya da hapisanelerde tutulması söz konusu iken, artık günümüzde hastanelerin işleyişinin hastaların klinik durumuna göre düzenlenmesi gerekmektedir (Türk Psikiyatri Derneği Adli Psikiyatri Hastaneleri Raporu,2010).

Ülkemizde adli psikiyatri hastalarının tedavi ve bakım hizmetleri; mahkûm koğuşları, kapalı psikiyatri servisleri, Yüksek Güvenlikli Adli psikiyatri Hastaneleri, Tutuklu/Hükümlü Adli Psikiyatri Servisleri/Hastanelerinde sürdürülmektedir. Mahkûm koğuşları hükümlü veya tutuklu olup psikiyatri alanı dışında sağlık problemleri olan (KOA, diyabet, hipertansiyon gibi) hastaların tanı ve tedavi amacıyla yattıkları servislerdir. Halihazırda ülkemizde dünya standartlarında orta ve yüksek güvenlikli servis bulunmamaktadır Ülkemizde suç işlemiş akıl hastaları eldeki olanaklar doğrultusunda düşük güvenlikli sayılacak mahkûm koğuşlarında tutulmaktadır. Bu durum hastaların standart bir hasta odasında kelepçelenmesi gibi güvenlik önlemlerine neden olmaktadır. Hastaların bakım ve tedavisini tam olarak alması için mahkûm koğuşlarında olumlu koşullar sağlanmalı ve var olan şartlar düzeltilmelidir. Bununla birlikte ülkemizde dünya standartlarına uygun orta ve yüksek güvenlikli servisler hazırlanmalı ve bu servislerde görev alacak sağlık çalışanlarına uygun eğitimlerle desteklenmesi, KLP ekipleri kurulması ve bu ekiplerin bu servislerde ve diğer birimlerdeki sağlık çalışanlarının iş birliğine yönelik çalışmalar yapmaları oldukça önemlidir. (Türk Psikiyatri Derneği Adli Psikiyatri Hastaneleri Raporu,2010;Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri, YGAP).

Adli psikiyatri hemşireliği, toplum merkezli bakımdan yüksek-güvenlikli hastanelere doğru gidilen rotada sıklıkla karşılaşılan anti sosyal davranışlar karşısında nasıl bir yol izleneceği, ne tür bir hemşirelik girişimi uygulanacağı ve sahip olunması gereken becerilerin neler olması gerektiğine ilişkin soru işaretlerine açıklık getirmesi

bakımından psikiyatri hemşireliğinin gün geçtikçe daha da özelleşen bir alanı haline gelmektedir (Doyle & Jones, 2013).

Ancak dayandığı kuramsal çerçeve ve kavramların yeterli olmaması, çeşitli ülkelerdeki yasal mevzuatların farklı olması gibi nedenlerle, bu alanda çalışan hemşirelerin rol ve sorumluluklarının standardizasyonunun sağlanamaması ve hemşirelerin sıklıkla ikilemlere sürüklenmelerine yol açmaktadır. Bu birimlerde çalışan hemşireler her ne kadar ruhsal bozukluklar, hemşirelik bakımı ve yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgi sahibi olsalar da hasta bakımının sunumunda, güvenlik ve yasal sorumluluklar konusunda güçlükler yaşanabilmektedir (Bilgin ve Ark 2011). Tüm bunlar, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan adli psikiyatri hemşireleri tarafından sunulan hasta bakımının niteliğini ve kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Doyle M ve Jones P,2013; Kutlu ve Bilgin,2010).

1.1. Araştırmanın Önemi

Toplumlarda yaygın olarak görülen ve geçmişten günümüze dek var olan ruhsal bozukluklara ilişkin ön yargılar, ruhsal bozukluğu olan hastaların sıklıkla toplumu tehdit eden ve potansiyel suçlu olarak görülmesine ve ruh hastaları tarafından işlenen suçların daha olumsuz bakış açısıyla değerlendirilmesine neden olmuştur (Eşiyok ve Ark, 2004). Literatürde sağlık çalışanlarının suçlulara ve psikiyatri hastalarına yönelik olumsuz tutumlarının olduğu bir çok çalışmada ortaya konmuştur (Cunha & Gonçaves, 2017;Hogg & Vaughan ;2005 Segal& Cooldge. 2005;Yücel ve Ark. 2016)

Oysa, din, dil, ırk, mezhep ayrımı yapmadan hastasına hizmet veren sağlık çalışanlarının, adli psikiyatri hastasının fiziksel, psikolojik, sosyal, ruhsal, ekonomik ve kültürel durumunu bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilen, sosyal ve pratik yaşam becerilerini geliştirmeleri için onları destekleyen ve cesaretlendiren ve adli terminolojiyi bilen, uzmanlaşmış bireylerden oluşması gerekmektedir (Eşiyok ve Ark, 2004; Laben & Blum,1997; Tavşancıl 2010; Yelken ve Ark,2004).

Adli psikiyatri hastasına yönelik kaliteli bir ruh sağlığı hizmetinin sağlanması için hemşirelik temel eğitimi içinde mutlaka adli psikiyatri hemşireliği konuları yer almalı, meslek içi eğitim, yüksek lisans ve doktora programları ile bu alanda gerekli bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi desteklenmelidir. Ancak, yeterli

sayıda hemşirenin olmaması, hastalarına yönelik söz konusu tedavi ve bakım hizmetlerinin, adli psikiyatri alanında yeterli ölçüde uzmanlaşmamış ve hatta gerek mesleki gerek hizmet içi eğitimlerle adli psikiyatri hemşireliği konusunda hemen hemen hiç eğitim almamış lise, ön lisans veya lisans mezunu hemşirelerin çalışmaları ile yürütüldüğü görülmektedir (Çam & Baysan-Arabacı, 2012). Öyle ki, alanda uzmanlaşmamış ve adli psikiyatri hastasına yaklaşım, terapötik ortam oluşturma gibi konularda yeterli ölçüde bilgi ve beceriye sahip olmayan hemşirelerin, hasta hemşire ilişkisinin gelişimini önleyen ve profesyonel rollerini yerine getirmelerini engelleyen bireysel karakterlere, kişisel inanışlara, korkulara ve stereotiplere sahip olmaları yüksek bir olasılıktır (Bowring-Lossock, 2006; Eşiyok ve Ark, 2004). Dolayısıyla bu yaşam deneyimleri, mitler, stigmalar (etiketlemeler) ve kültürel etkiler hemşirelerin hastaya yanıtını olumsuz şekillendirir ve bu da hastaların yeterli ve etkin bir sağlık hizmeti almasına engel olabilir (Bowring-Lossock, 2006). Bu durum; kaliteli, etkin ve yeterli bir bakım hizmeti alamayan birçok adli psikiyatri hastasının, tabii olan tedavi edilme hakkından da mahrum olmasına sebep olabilecek ve bu hastaları fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak doğrudan etkileyecektir. Dünyada çeşitli örneklerde hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar (Martin & Daffern 2006; Mason 2002; Mason ve Ark, 2008a; Meehan ve Ark, 2006; Richman ve Ark, 1999) yapılmıştır Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda, hemşirelere ait güçlü hislerin, hemşirelerin profesyonel rollerini yerine getirmesini engelleyebileceği ve bu hislerin hemşirelerin kendi yaşam deneyimlerindeki parametrelerden kaldırılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. (Bowring-Lossock,2006; Lyons, 2009; Viukari ve Ark 1979).Bu açıdan bakıldığında, bu sorunların aşılması ve adli psikiyatri hastalarına uygun, yeterli ve kaliteli bir bakımın sunulabilmesi için, çalışan veya çalışacak hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik görüş, inanç ve tutumlarına yönelik doğru eğitimlerle önlemler alınması gerektiği düşünülmektedir.

Bu konuda literatür taraması yapıldığında, bu konuda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu göze çarpmaktadır. Dünyada çeşitli örneklerde hemşirelik öğrencilerinin ve/ veya hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar (Daffern ve Ark 2006; Martin ve Daffern 2006; Mason 2002; Mason ve Ark 2008b; Meehan ve Ark 2006; Richman ve Ark 1999) yapılmıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde;

-Mason 'nun (2002) adli psikiyatri hemşirelerinin tematik rol gerilimlerinin analizini araştırdığı bir çalışmada; hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına karşı olumlu ve olumsuz görüşlerinin olduğu ve hemşirelerin güvenlik, şiddet yönetimi, eğitim konularında desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Mason, 2002).

-İngiltere ve Galler'de yürütülmüş olan bir çalışmada, hasta grubunun çok yönlü, karmaşık ihtiyaçlarını karşılamak için adli ruh sağlığı hemşirelerinin rollerinin geliştirilmesi gerektiği, hemşirelerin bu hastalara karşı olumsuz tutumlara sahip oldukları saptanmıştır (Bowring-Lossock, 2006).

-Tenkanen ve Arkadaşları 'nın adli psikiyatri birimlerinde çalışan lisans ve ön lisans mezunu psikiyatri hemşirelerinin temel girişimler ve yetkinlikleri arasındaki ilişkiyi saptanmak amacıyla yaptıkları çalışmada, gruplar arasında farmakoterapi, şiddetle ilgili bilgi, şiddet yönetimi, hastanın ve kendi duygularının arkında olma ve hastaya özgü tedavi konularında anlamlı farklar saptanmıştır. Ayrıca, adli psikiyatri birimlerinde lisans mezunu hemşirelerin olması gerektiği ve alandaki hemşirelere ilk olarak klinik uygulama kılavuzlarına göre adli psikiyatri ve bu alandaki temel girişimler konusunda eğitim verilmesi gerektiği vurgulanmıştır. (Tanketen ve Ark, 2011)

-Timmon 'un İrlanda'da yüksek güvenli psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin rollerini tanımlamak amacıyla yaptığı çalışmada, Birleşik Krallık Merkezi Konseyi (1999) tarafından Adli psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını tanımlayan kılavuz kullanılmıştır. Çalışmaya katılan 66 hemşire ile yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda, adli psikiyatri hemşirelerinin rolleri, psikiyatri hemşireliğinin temel uygulamaları ile benzer şekilde, terapötik ortam

oluşturma, psikiyatrik değerlendirme ve risk tanılama, terapötik girişimleri uygulama, bakım ve gözetim arasında dengeyi sağlama ve iletişim olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, adli psikiyatri hemşirelerinin rollerinin netleştirilmesi için gerekli bilgi, beceri ve tutumlar konusunda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Timmon, 2010).

Oysaki ölkemizde bu alanda yapılmış araştırmalar oldukça sınırlıdır. Yapılacak alışmalar adli psikiyatri hastalarına yönelik görüşlerin belirlenmesinde önemli bir katkı sağlayacağı düşünölmektedir. Ayrıca söz konusu çalışmalar, bu hastalara yönelik tutumların belirlenmesinde ve bu doğrultuda hemşirelere yönelik gerekli hizmet içi programların düzenlenmesi için farkındalık sağlayabilir. Böylece, ilgili eğitimlerle bilinçlenen hemşireler, adli psikiyatri hastalarına yaklaşımda, fiziksel ve ruhsal bakım ile tedavi hizmetlerinin sunumunda önyargılardan arındırılmış daha profesyonel bir yaklaşım sergileyebileceği düşünölmüştür. Dolayısıyla bu araştırma, adli psikiyatri hastalarına yönelik hemşirelik bakım ve tedavi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine de katkı sağlaması amacıyla Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi (MSKÜEAH) 'nde adli psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bilgi sahibi olması ve araştırmacıların tutumların belirmesi hedeflenmiştir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3.Alt Problemler

Çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aramak hedef olarak belirlenmiştir;

1.3.1.Katılımcıların Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi ve Bu Konuda Bilgi Edinme Kaynakları

1. Bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumları ne düzeydedir?
2. Bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin bilgi edinme kaynakları nelerdir, tutumlarını nasıl etkiler?

1.3.2.Katılımcıların Sosyo-Demografik Düzeyleri Bakımından Değerlendirmesi

3. Hemşirelerin yaşı, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumunda etkili midir?
4. Hemşirelerin cinsiyeti, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumları nasıl etkilemektedir ?
5. Hemşirelerin medeni durumları, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumunda etkili midir?
6. Hemşirelerin eğitim durumu, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumunda etkili midir?
7. Hemşirelerin en uzun yaşadığı yer, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumunda etkili midir?

1.3.3. Hemşirelerin Mesleki Düzeyleri Bakımından Değerlendirmesi

8. Hemşirelerin mesleki pozisyonu adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumları nasıl etkilemektedir?
9. Hemşirelerin deneyim yılı adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarında etkili midir?
10. Hemşirelerin çalışma sitemi adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını nasıl etkiler?
11. Hemşirelerin çalıştığı birim adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarında etkili midir?

1.4. Araştırmanın Sayıltıları

Bu araştırmanı temelinde aşağıdaki varsayımlar yer almaktadır:

1. Araştırma örnekleminin evrenin tamamına yakınıni temsil ettiği varsayılmaktadır.
2. Araştırmanın durumunu saptamak üzere hazırlanan görüşme formunun içeriği yeterli düzeydedir ve araştırmanın amacına fayda sağlayacak kapsam ve niteliktedir.

3. Görüşme formlarının geçerliliği ve güvenilirliğinde uzmanların tespitleri yeterlidir.

4. Hemşirelerin görüşme formlarındaki soruları sübjektif olarak değerlendirdikleri ve bireysel yanıtladıkları varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerle planlanmış olması çalışmanın bir sınırlılığıdır. Araştırma sadece MSKÜEAH için genellenebilir.

2. Araştırmanın hemşirelerin öz bildirimlerine dayalı olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3. Katılımcıların adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumları sosyo demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, en uzun yaşadığı yer) içeren değişkenler ile sınırlıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Adli Psikiyatri

Bireylerin temel hak ve özgürlükleri hukuk çerçevesinde ele alınır ve kesin sınırları tayin edilir. Hukuk toplumsal kuralları belirler ve bu kuralların ihlal edilmesi yasal süreçlerde suç olarak kabul edilmesiyle birlikte bireyin ceza alması uygun görülmektedir. Bir davranışın evrensel hukuka göre suç sayılabilmesi için temel öğelerini tamamlamış olması gerekir. Bu öğeler; hukuki öge yasal öge maddi öge, manevi öge olarak sıralanabilir. Adli Psikiyatri bu öğelerden manevi öge ile ilişkilendirilir. Manevi öge; ‘‘Birey eylemi işlerken suç işlediğinin farkında mıydı? vb. sorulara yanıt aramaktadır. Bireyin ihlal ettiği kurallar veya işlediği suç değerlendirilirken bireyin bilerek, isteyerek yapması ve yaptığı davranışları denetleyebilen durumlarda hukuk tarafından kesin olarak ceza verilebilir.

Modern ceza hukukunda iki temel yaklaşımla bireyler cezalardan alıkonulur ve toplumun güvenliğinin sağlanması hedeflenir. Kişinin bir yandan ceza alması planlanırken bir yandan ceza almasının mümkün olmayan bireyler için güvenlik tedbirleri alınır.

Adli Psikiyatri hukuk ve tıp alanlarının birbirine bağlı alanlar olarak çalışır ve adli psikiyatrik değerlendirmeler bireyin medeni hakları kullanma ehliyeti, ceza ehliyeti, çocukların ceza sorumluluğu, yaralanma ve cinsel saldırılarda kendini savunup savunamayacağını, ruh sağlığının bozulup bozulmadığı, madde bağımlılığı olup olmadığının anlaşılmasında yardımcı olur.

Türkiye’de adli tıp ve ruh sağlığı 1900 yıllarında bir alan olarak ortaya çıkmış ve Dr Bahattin Şakir ve Dr Mustafa Hayrullah Diker adli psikiyatrinin öncüleri olmuştur. Tababet-i Adliye-i Mecanin bu alanda yazılmış ilk eserlerden biri olarak kabul edilebilir.

2.2.Adli Psikiyatri Hemşireliği

20. yüzyılda, 1990’ların başında mevcut literatürün çoğu Adli psikiyatri hemşireleri rolleri hakkında çok az şey resmi olarak belgelenmektedir. (Burrow,1993)

Belgelenmiş kanıtların eksikliğine dair muhtemel açıklama 1989 yılına kadar Adli Psikiyatri Hemşirelerin rollerine dair kanıtlar tartışmalara yol açmıştır ve günümüzde adli psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlaşma sınırlıdır (Morris & Burnard 1992; Whyte 1997; McCourt 1999; Mason 2002; Swinton 2000; Mercer ve Ark, 2001).

Adli Psikiyatri Hemşireliğinin gelişiminin tarihsel süreçlerde başlangıcı Adli Hemşirelik ile başlamıştır. Adli Hemşirelik kavramı; ABD ve Avrupa’da meydana gelen şiddet ve saldırganlık içeren olaylarda kolluk kuvvetleri kontrolünde kişileri muayene etmek ve muayene sonuçlarının çıktı olarak oluşturan hekimler tarafından ortaya atılmıştır. Amerika Tıbbi Muayene Komisyonu Başkanı John C Butt “tıbbi araştırmacı” programı düzenlemiş ve adli hemşirelikte öncü olmuştur.

1970’li yıllarda yeni bir hemşirelik dalı olarak ‘cinsel saldırı hemşireliği’ ortaya çıkmıştır. Bu yeni alana duyulan ihtiyaç cinsel saldırı kurbanlarının nicel anlamda artışı ve acil yardım ve bakım gereksinimidir.

Adli ruh sağlığı hemşireleri dürüst, olgun, kendini bilen ve sağduyu gösterebilen “daha istikrarlı” olarak tanımlanmıştır (Kettles & Robinson 2000).

Başka bir tanıma göre; adli ruh sağlığı hemşireliği, akıl hastalığı yaşayan veya akıl hastalığı geçmişi olan ve suç işleyen veya ciddi suç işleme davranışı riski taşıyan kişilerin terapötik bir ittifak içerisinde değerlendirilmesi, hemşirelik hizmetlerinin sunulması ve gereken planlama, uygulama ve değerlendirmesi tanımlanabilir. Bu hemşirelerin çalıştığı ortak alanlar; hukuk mahkemeleri, gözaltı merkezleri, hapisaneler, güvenli hastaneler ve belediye hizmetleri olarak sıralanabilir.

Bununla birlikte, adli psikiyatri hemşirelerinin tümü suç işleyen kişilerle çalışmaz. Örneğin, sağlık değerlendirmesi ve hemşirelik tedavisi sağlama ve travma mağdurlarına bakım vermek veya değerlendirmek için bir girişimde bulunabilir (Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Adli Hemşireler Derneği, 2009).

Mason ve Arkadaşları 'nın 2008 yılında yaptığı çalışmada adli psikiyatri hemşirelerinin becerilerini; etkili dinleme, güven, klinik bilgi, iletişim becerileri, yargılayıcı olmayan tutum, empati, sabır, suç işleyen davranış bilgisi ve multidisipliner çalışma yeteneklerini olarak sıralanmıştır (Mason ve Ark, 2008a; 2008b).

Wilson (1998) adli psikiyatri hemşirelerinin özelliklerini; etkili kararlar verebilmek, rahat ve sakin görünmek, olumsuz kişisel ilişkilerden uzak durmak ve terapötik ilişkiler geliştirmek olarak belirlemiştir (Wilson, 1998). Bununla birlikte Williams ve Dale (2001); hastanın kişiliği ne olursa olsun, tanısı ve suç öyküsüne yargılayıcı olmayan bir tutumla yaklaşılması gerektiğini ve eşitlik ilkeleri ile gözetilerek haklarının ve gizliliklerinin korunmasının elzem olduğunu vurgulamıştır (Williams & Dale 2001).

Adli Psikiyatri Hemşireleri genellikle toplumun normlarından ve düşüncelerinden ayrılanlar bireylerle çalışmaktadır ve bu, hemşirelerin etik davranmalarını, etkileşimlerini gerçekleştirme şekillerini etkileyebilmektedir (Mason,2002). Hemşirelerin eylemleri arkasında olumsuz tutumların yer alması, hizmetleri etik olarak yerine getiremeyeceklerinden, sağlık dışı bir hizmet uygulanmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin bireylerle anlaşması, onları kabul etmesi ve kendilerine verilen etik gerekliliklere istinaden çalışması için tutumlarının stigmalardan uzaklaştırılması gerekmektedir (Burrow,1993; Chaloner 2000).

Adli hastalar ilçe hapisaneleri, ıslah tesisleri, psikiyatri hastaneleri ve topluluk içinde çeşitli ortamlarda tedavi edilir. Tedavi ve psikiyatrik hemşirelik bakımı ruh sağlığı ve hukuk tarafından düzenlenir. Hukuk ve Hemşirelik Disiplinleri, karmaşık olan iki karmaşık sistem olduğundan birbirleriyle çarpışmaktadır. Ceza Hukuku sisteminin kuralları genellikle hemşirelik uygulama standartlarına aykırıdır ve bu durumda hastaya bakım vermek oldukça güçtür (Wilson, 1998).

Adli ruh sağlığı hemşireleri, çalışma alanının temelini oluşturan teorik faktörleri, yasal ve etik alanları bilmelidir ve Adli Psikiyatri Hastaları için yasal ve etik alanları bilmelidir. Bu alanlar ceza adalet sisteminin işleyişini, mahkemelerin amacı ve işlevleri, dava prosedürleri, ilgili içtihat kanunu ve diğer sağlık mevzuatı içermektedir (Chaloner ,2000; Watson 2002).

Adli akıl sağlığı hemşireleri Sağlık ve ceza adaleti sistemini entegre edebilmek için diğer kurumlarla (polis, şartlı tahliye, cezaevi servisi, denetimli serbestlik ve İçişleri Bakanlığı) etkin bir şekilde çalışmaktadır (Sainsbury Ruh Sağlığı Merkezi 2001).

Adli psikiyatri hemşirelerinin bu hasta grubunun karmaşıklığı ile çalışabilmek için halkın tutumu, ahlaki değerler, cehalet ve leke unsurların yarattığı etki nedeniyle iyi bir bilgi birikimine ve anlayışa sahip olması gerekmektedir (Cross & Kirby 2002).

Adli psikiyatri hemşirelerinin hastalarını planladığı bakımı uygulaması ve denetlemesi için terapötik bir evre oluşturması kavramsal bir çerçevenin önemli bir parçasıdır (McCourt 1999). Adli psikiyatri hemşireleri uygun fiziksel evre oluşturmaları; (kapılar, pencereler vb.) ve yasal olarak gözaltına alınma delilleri için velayet ortamında bakım sağlamanın üstesinden gelmeleri oldukça zordur (Woods, 2004).

2.3.Adli Ruh Sağlığı Hemşireliği Uygulama Standartları

1. Güvenlik
2. Yasal ereve
3. Etik Uygulama
4. Disiplinler Arası Takım alışması
5. Terapötik İlişki
6. Suç Sorunları
7. Travma
8. Risk
9. Geçiş
10. Fiziksel Sağlık
11. Madde Kullanımı
12. Aileler / Bakıcılar
13. Avukatlık
14. Uzun Süreli Bakım
15. Zorlu Davranışlar
16. Stigma ve Ayrımcılık

Standart 1: Güvenlik

Hemşireler adli psikiyatri hastalarının onaylanmayan izinlerde tesisten kaçmalarını önlemek veya kaçınmak için güvenli bir tutum sergilemektedir ve güvenlik politika ve prosedürlerine uygun bir şekilde hareket etmesi gerekmektedir. Adli psikiyatri

hemşireleri tutarlıdır, gerçek hayattaki tutarlılıklarını test eder ve adli psikiyatri hemşireleri etkili rehabilitasyon uygulamalarıyla adli psikiyatri hastalarının uygulamalarına fırsat tanınmasını gerekir. Güvenlik prosedürleri eski olabilir. Ancak, bu hastalar ve hastalar üzerinde en büyük etkiye sahip olabilecek ilaçlar hastaların duyarsızlıklarını artırabilir, etkili kişilerarası çalışmaların sonuçlarına zarar verebilir ve hastalarla devam eden ilişki güvenlik prosedürlerinin uygulanmasına ihtiyaç duyulabilir. Terapötik hedefleri güvenlik gereksinimleriyle bütünleştirmek için örgütsel süreçlerin sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir ve bu fırsatları sağlamak için hasta ilişkileri terapötik uygulama en üst düzeye çıkarılması gerekmektedir (Collins& Davies, 2005; Dale ve Gardner, 2001; Davison, 2004).

Standart 2: Yasal Çerçeve

Adli psikiyatri hemşireleri, mevzuat ve ceza adalet sistemi işlemlerinde hemşirelik değerlendirmesini sağlamak; Adli Psikiyatri Hastalarının yasal şartlarına uygun şekilde ele almak ve uygulama tedavi ve bakımını sağlamakla yükümlüdürler (Bowering-Lossock, 2006; Humphreys ve Ark, 2001; Kent-Wilkinson, 2009).

Standart 3: Etik Uygulama

Adli psikiyatri hemşireleri değerlerin ve politikaların uygulandığı adalet ortamları ile zihinsel sağlık ilkeleri potansiyel olarak çalışıldığı ortamlarda adli psikiyatri hastalarının bakımında etik ikilemler ve problemler yaşaması olağandır. Adli psikiyatri hemşireleri profesyonel hemşirelik yükümlülükleriyle çelişen kişisel ahlaki yargılama uzak durmalı ve adli psikiyatri hastalarına uyguladıkları tedavi ve bakımda gereken bakımı sağlamalı, farklılıklar yaratmamalıdır (Fisher,1995; Kettles ve Ark, 2010).

Standart 4: Disiplinler arası Takım Çalışması

Adli ruh sağlığı hemşireleri, disiplin ekibi gözaltı memurları, polis memurları, güvenlik memurları ve mahkeme personeli ile ceza adaleti sistemi arabirimi ekibi ve zihinsel sağlık sistemi ve adalet ortamlarında disiplinler arası bir üye olarak çalışmaktadır. Her ne kadar disiplinler arası bir yaklaşım olsa da tedavi ve bakımı geliştirmek ve ceza adaleti değerleri olan her disiplinin becerilerini tanımak için

diğer disiplinlerinin geniş teorik temellerinin bilinmesi gerekmektedir (Holmes ve Ark, 2007; Turnball & Beese, 2000; Weiskopf, 2005).

Standart 5: Terapötik İlişki

Adli Psikiyatri Hastalarıyla terapötik ilişkideki doğal gerilimler, gözaltının güvenlik gerekleri uygulanırken Adli ruh sağlığı hemşiresi görevleri aşağıda belirtilmiştir.

Adli ruh sağlığı hemşiresi:

1. Güvenliği bütünleştirmek için tedavi hedefleri ile tedavi ortamını yapılandırır
2. Hizmet sunumu için yasal çerçeve bilgisini ve kişisel bakımı uygulanması destekler.
3. Etik olarak adli zihinsel sağlık hemşireliği uygulamalarını yürütür.
4. Disiplinler arası bir ekiple ceza adalet personeli ile çalışabilir.
5. Adli servis hastalarıyla terapötik ilişkileri kurmak, sürdürmek ve sonlandırmak hemşirelik süreci kullanılır.
6. Hemşirelik bakımı süreçleri ile suç konularının değerlendirmesini ve yönetimini entegre eder.
7. Travmanın etkilerini en aza indirmek için travmanın etkisini değerlendirir ve stratejilere katılır.
8. Adli servis hastalarının risk potansiyelini değerlendirir ve yönetir.
9. Servis hastalarının adli tıpa çevreler ve geçiş sürecini yönetir.
10. Adli servis hastalarının optimal fiziksel sağlığını teşvik eder.
11. Servis hastalarının Adli madde kullanımından kaynaklanan olası zararları en aza indirir.
12. Servis hastaları, Aileler / adli bakıcılar ile saygılı bir şekilde pratik yapar.
13. Cezaevi veya polis gözaltı ortamındaki hastaların Adli hizmetin ruh sağlığı ihtiyaçlarını savunucudur.
14. Uzun süreli bakımda servis hastalarının Adli sistemin en iyi şekilde çalışmasını desteklemek ve teşvik eder.
15. Zorlu davranışlara cevaben profesyonel bütünlüğü gösterirler.
16. Adli servis hastaları için damgalanma ve ayırimcılık deneyimini en aza indiren stratejilerle meşgul olurlar. Adli Ruh Sağlığı Hemşireleri; adli psikiyatri hastalarına yönelik şüphe, düşmanlık ve kötü muameleye maruz kalma tutumlarını tanıyarak ve

kişiler arası terapiyi ihtiyatlı bir şekilde kullanarak güvensiz ortamın ortadan kalkması için çaba gösterir (Encinares ve Ark, 2005; Martin, 2001; Peternej-Taylor, 1998, 2001; Rask ve Aberg, 2002).

Standart 6: Suç Sorunları

Adli ruh sağlığı hemşireleri; hastaları farklılaştırdığı iddia edilen/rahatsız edici davranış, adli ruh sağlığı hastalarının ihtiyaçları ve şartları, hastanın suç işlerinin sınırları, kişisel teşvik eden etmenleri kriminojenik bilgisi ile azaltır ve kapsamlı hemşirelik süreci ile toparlanma ve yeniden şekillendirmeye yönelik çalışır ve adli ruh sağlığı hastalarını, ailelerini/bakıcılarını akıl hastalığı ve rahatsız edici davranışların anlaşılmasını kolaylaştırmak için uğraşır (Burrow, 1993; Martin, 2001, 2010; Rask & Levander, 2001).

Standart 7: Travma

Travmaya maruz kalma (örneğin, kötüye kullanma veya ihmal etme mağduru veya tanık), endeks suçunun işlenmesi, tutuklama ile ilgili travma (desteklerden izolasyon, topluluk rolü kaybı dahil), zorlayıcı ortamlarda zorlama yaşanmasıyla ilgili travma ve güvenli ortamın etkisiyle ilgili travma (kilitli kapılar ve mahremiyet kaybı gibi) adli ruh sağlığı hastaları için ortak bir deneyimdir ve travmatik deneyimlere maruz kalmayı içerir. Adli ruh sağlığı hemşireleri travmanın etkisini değerlendirmeli, uygun tedavinin uygulanmasını sağlamalı ve istemeden adli psikiyatri hastasının yeniden travmatize etmekten kaçınmalıdır (Rask & Levander, 2001).

Standart 8: Risk

Adli ruh sağlığı hemşireleri bireysel, kişilerarası veya organizasyon riskini yönetme süreçlerinde uluslararası ve farklı topluluklar için akıl sağlığı ve cezai adaletin sağlanmasında etkin bir rolü vardır. Adli ruh sağlığı hastaları, bir duruma dayanarak kendisi veya başkaları için riskli davranışlara sebep olabilir (Doyle, 1999; Encinares ve Ark, 2005; Kettles, 2004; Lyons, 2009).

Standart 9: Geçiş

Yüksek güvenlik ortamlarına geçiş gibi daha düşük güvenlik ortamları arasında geçiş adli ruh sağlığı hastaları için potansiyel olarak stresli olaylardır. Bu stres zihinsel

durumun ayrışmasına kasıtlı kendine zarar verme, davranışa zarar verme gibi davranışlara neden olabilir. Kendilerini veya başkalarını geçici olarak tehlikeye atabilir. Adli ruh sağlığı hastalarının bakım ve tedavisi; riskler, koruyucu faktörler, mevcut kaynaklar ve terapötik hedefler ele alınarak planlanmaktadır (Coffey, 2011, 2012; Skelly,2001).

Standart 10: Fiziksel Sağlık

Birçok adli ruh sağlığı hastasının yaşam tarzı onları fiziksel sağlık, potansiyel tehditler karşı savunmasız kılmaktadır. Bu tehditler madde kullanımı, güvensiz cinsel davranış, mağdur izolasyon ve kişilerarası şiddet gibi zihinsel durum bozuklukları içerir. Adli ruh sağlığı hemşireleri çevresel riskleri ve bireysel ihtiyaçları göz önünde bulundurmalıdır ve sağlığını destekleyen her türlü müdahaleyi planlamalıdır (Prebble ve Ark, 2011; Toman, 1999).

Standart 11: Madde Kullanımı

Ruh sağlığı hastaları için madde kullanımı davranışı, özellikle şiddet ve suç işleme ile ilişkilendirilir. Adli ruh sağlığı hemşireleri, bu hastaların madde kullanımına dikkat etmeli ve madde kullanımının oluşturacağı riskleri en aza indirmelidir (Dale, 2001; Price & Wibberley, 2012).

Standart 12: Aileler / Bakıcılar

Akıl hastalığı ve suçun doğasının aile üyeleri ve bakıcılar üzerinde etkisi, adli psikiyatri hastaları ile ilişkileri adli psikiyatri hemşirelerinin aile ile çalışabilme becerisi ve duyarlılığı geliştirmektedir (Gasson, 2001; James ve Ark, 1997; Macinnes, 2000).

Standart 13: Avukatlık

Gözaltı, adli psikiyatri hastalarının zihinsel sağlığını ve tedaviye erişimini etkileyebilir ve bir hapisane veya polis nezarethanesinde sağlık hizmetlerinin sağlanması birincil değildir ve adli psikiyatri hastaneleri zihinsel sağlığı savunmak için eşsiz bir konum olarak adlandırılabilir ve adli psikiyatri hastaneleri hastalarının sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının uygun ve zamanında yerine getirilebilmesine olanak sağlamaktadır (Doyle, 1999; Kitchiner, 1999; Weiskopf, 2005).

Standart 14: Uzun Süreli Bakım

Yasal statüsü ve kalıcı akıl hastalığı tedavisinin uzun süreli güvenli ortamlarda yürütülmesi, umut kaybı ve kurumsallaşma gibi faktörlerin etkisi ile hastaların özel ihtiyaçlarına engel teşkil etmektedir. Açık, esnek ve şeffaf davranmak “Yaşamaya Değer Bir Hayat” yaklaşımı bu hastaların terapötik iyimserliği korumakta ve teşvik etmektedir (Haines, 2000; Kitchiner, 1999).

Standart 15: Zorlu Davranışlar

Adli psikiyatri hemşirelerinin, hastaların bazı aşırı davranışlarına karşı yaptırımlar uygulaması (kasıtlı kendine zarar vermek de dahil olmak üzere diğer rahatsız edici davranışlar) tepki almalarına neden olmaktadır. Sebep olan faktörlere karşı hemşirelerin duruşu, empatik ve esnek sınırlı yaklaşım göstermesi, tutarlı bakım ve tedavi planlaması ve terapötik etkinliğin sürdürülebilmesi için gereklidir (Chandley, 2002; Mason, 2002; Schafer, 2002).

Standart 16: Stigma ve Ayrımcılık

Akıl hastalığına ve rahatsız edici davranışlara karşı tutumlar yanlış bilgilendirme, cehalet, korkudan etkilenmektedir. Medyadaki stigmalanmış temsil adli psikiyatri hastaları için dezavantajlıdır; başkaları tarafından olumsuz değerlendirme sonucu kimlik, benlik kavramı ve kişi üzerindeki içsel etkiler ile adli durum ve akıl hastalığı ile ilgili iyileşmeye zarar vermesi olasıdır. Adli Psikiyatri hemşireleri hastalarına bunun farkında olduğunu ve destek olduğunu, eğitim ve savunuculuk yapmak için gerekli stigma ve ayrımcılıkla mücadele ettiğini bunu kanıtladığını göstermelidirler. (Martin, 2001; Martin & Ryan, 2011).

2.4.Adli Psikiyatri ve Hukuksal Çerçeve

2.4.1.Medeni Hukukla İlgili Adli Psikiyatrik Konular

Medeni Kanuna göre ruhsal hastalıkları bulunan bireylerin ya da ayırt etme gücünü yetersiz bulunduğu durumlardaki Medeni Kanununun 13.maddesinde; “Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan

herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir” ibaresi ruh sağlığı yerinde olamayan bireyler için sağlık alanında bir değerlendirmeye atıfta bulunulmuştur ve bireylerin temel haklarında sınırlamalar getirmiştir. Bu sınırlamalar evlenme evlat edinme gibi konuları ele almaktadır (Türk Medeni Kanunu (TMK) 13.Madde,2001).

Akıl hastalığı olan bireylerin ayırt etme gücünün tartışmalı olduğu durumlarda hukukun vereceği adli yargılamada sağlıkla birlikte çalışması gerekir. Aynı kanunun 14. ve 15. maddelerinde ise ayırt etme gücü olmayan bireylerin fiil ehliyetlerinin bulunmadığı ve yaptığı fiillerin hukuki sonuçların olmadığına değinmektedir. (TMK 14. ve 15. Madde,2001)

Medeni Kanun’un evlenmeyle ilgili bağlayıcı hükümleri;125,148,165. maddelerdir. Bu maddelere göre;

“Ayırt etme gücüne sahip olmayanlar evlenemez (TMK 125 madde,2001).”

“Evlenme sırasında geçici bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun olan eş, evlenmenin iptalini dava edebilir (TMK 148 madde,2001).”

“Eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hâle gelirse, hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmî sağlık kurulu raporuyla tespit edilmek koşuluyla bu eş boşanma davası açabilir (TMK 165. Madde, 2001).”

2.4.2 Ceza Hukuklu ile İlgili Adli Psikiyatrik Konular

2.4.3. Çocuk ve Ergenlerde Ceza Sorumluluğu

Çocukların ceza sorumluluğunun tespiti çocuk adalet sisteminin en önemli konulardandır. Çocukların ceza sorumluluğunun var olup olmadığı, ceza sorumluluğunun başlangıç yaşının saptanması, çocukluğa özgü özelliklerin ceza sorumluluğuna yönelik etkileri birbirinden önemli ve tartışmalı konulardır (Uluğtekin,2009).

Türkiye’de çocukların ceza sorumluluğunun başlangıcı konusunda asgari yaş sınırı 12 olarak kabul edilmiştir.12 yaşından küçük çocuklar ile 15 yaşından küçük sağır ve dilsizlerin ceza sorumluluğunun bulunmadığı kabul edilmiş, bu nedenle 12 yaşından küçük bir çocuğun (veya 15 yaşından küçük bir sağır ve dilsizin) ceza sorumluluğunun var olup olmadığı konusunda bir araştırmaya gidilmesi kabul edilmemiştir.15 yaşını doldurmuş olmakla birlikte 18 yaşını doldurmamış olan çocuklar ile 18 yaşını doldurmuş ve fakat 21 yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizlerin ceza sorumluluğunun var olduğu kabul edilmiş, ancak bu kişilerin içinde

buldukları yaş küçüklüğü veya sağır ve dilsizlik hali nedeniyle kusurluluk hallerinin diğer kişilerden daha az olduğu düşüncesi ile cezalarında bir indirimle gidilmiştir. Bu nedenle bu yaş grubundakilerin ceza sorumluluğunun var olup olmadığı hususu 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 31. ve 33. maddeleri kapsamında araştırılmayacaktır (TCK 31. ve 33. Madde, 2004). Ancak bu yaş grubundaki çocukların veya sağır ve dilsizlerin akıl hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğunun bulunmadığı düşünülüyor ise 5237 sayılı TCK'nın 32. maddesi kapsamında failin ceza sorumluluğunu kaldıran bir akıl hastalığının veya ceza sorumluluğunu azaltan bir akıl zayıflığının bulunup bulunmadığının araştırılması gerekecektir (TCK 32. Madde, 2004; Uluğtekin,2004).

12 yaşını doldurmuş olmakla birlikte 15 yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğunun var olup olmadığı konusunda kanun koyucu kesin bir kanaat bildirmeyip, bu yaş grubundaki çocukların ceza sorumluluğunun var olup olmadığını araştırılmasını ve bu konuda yargılamayı yapacak hâkimin bir karar vermesini hükme bağlamıştır. 15 yaşını doldurmuş olmakla birlikte 18 yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler de aynı kurala tabidir.

Çocuk ve Ergenlerde Ceza Sorumluluğu ceza yasasının yaş küçüklüğüne bağlı ve akıl hastalığı nedeniyle ceza sorumluluğu ortadan kaldıran iki temel yoksunluk sayar:

1.Suç sayılan eylemin anlam ve sonuçlarını algılayamama

2.Eylemle ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmemiş veya azalmış olması ikinci temel sorun olarak belirtilen davranışlarını yönlendirme yeteneğidir.

(Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından 26.09.2004 tarihinde kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 12.10.2004 gün ve 25611 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanmış ve bu kanunun 344. maddesi uyarınca 01.06.2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir.)

2.4.4.Çocuklar

Birey evlenmeyle veya yargısal erginlik kararı ile daha erken reşit olsa bile 18 yaşını doldurmamış her kişi çocuktur. Bu nedenle evli ve hatta çocuk sahibi olan bir kişi, fiili işlediği tarihte 18 yaşından küçük ise ceza hukuku bakımından çocuktur ve kanunlar önünde çocuk olarak değerlendirilmeye tabii tutulur. 5237 sayılı TCK çocukları üç ayrı yaş grubunda değerlendirmiştir. Tüm değerlendirmelerde bireyin

yaşı temel alınmıştır. Bir kişinin bir yaşında kabul edilmesi için doğumundan itibaren 365 veya 366 gün geçirmiş olması gerekli olduğundan bir kişinin 12 yaşında kabul edilebilmesi için de doğumundan itibaren 12 yılın resmi takvime göre geçmiş olması gereklidir. (TCK,2004)

2.4.4.1. 0-12 Yaş Grubu Çocuklar

5237 sayılı TCK 'nın 31/1 maddesi uyarınca; “Fiili işlediği tarihte 12 yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğu yoktur.” Kanun koyucu 12 yaşını doldurmamış çocukların işledikleri fiil ne olursa olsun, ne şekilde işlemiş olurlarsa olsunlar ceza sorumluluğunun olmadığını kabul etmiştir. Bu nedenle, bu yaş grubundaki bir çocuğun ceza sorumluluğunun var olup olmadığı noktasında bir araştırma yapılamaz. Bu yaş grubundaki çocuklar için çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilecektir. Bu tedbirlerin ne olduğu 5237 sayılı TCK 'nın 56/1 maddesi ceza sorumluluğu olmayan çocuklar hakkında uygulanacak tedbirlerin kanunla düzenleneceğini kabul etmiş; bu hüküm uyarınca düzenlenen Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) 11. maddesi, aynı kanunun 5. maddesinde düzenlenen koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının suç işleyen ancak ceza sorumluluğu olmadığı için haklarında ceza tayin edilemeyen çocuklar için güvenlik tedbiri olarak uygulanacağını hükme bağlamıştır. (TCK 56/1 madde,2004; ÇKK 11.madde,2005) Buna göre, suç işleyen ancak ceza sorumluluğu bulunmadığı için hakkında ceza verilemeyen bir çocuk ile korunması gereken çocuk hakkında aynı koruyucu ve destekleyici tedbirlerin suç işleyen çocuk için yaptırım niteliğinde (güvenlik tedbiri), korunması gereken çocuk için ise koruma kararı olarak uygulanabileceği kabul edilmiştir (Uluğtekin,2009; Ümit, 2007).

2.4.4.2. 12 -15 Yaş Grubu Çocuklar

5237 sayılı TCK'nın 31/2 maddesi uyarınca; “Fiili işlediği sırada 12 yaşını doldurmuş ve fakat 15 yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğunun var olup olmadığının tespiti gereklidir” (TCK'nın 31/2 madde). Bu tespit sonucunda fail çocuğun ceza sorumluluğunun olmadığı sonucuna varıldığında, tıpkı 12 yaşından küçük çocuklarda olduğu gibi fail hakkında yaş küçüklüğüne bağlı olarak kusurunun bulunmaması nedeniyle ceza tayinine yer olmadığına; ceza sorumluluğunun bulunduğu sonucuna varıldığında ise yaşı nedeniyle bu sorumluluğunun

yetişkinlerden ve 15-18 yaş grubu çocuklardan daha az olacağı kanun tarafından kabul edildiğinden daha az cezaya hükmedilecektir.

Bu yaş grubundaki çocukların ceza sorumluluğunun var olduğunun kabul edilebilmesi için iki şartın bir arada olması gerekir: Çocuğun hem “İşlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme yeteneği” hem de “Davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı” aranır. 5237 sayılı TCK ’nın 31/2 maddesinin birinci cümlesinde “veya” bağlacı; failde bu özelliklerin bulunmaması hali yani olumsuz durum tanımlandığından, bu özelliklerden birisinin dahi bulunmaması halinde ceza sorumluluğunun olmayacağını ifade edilebilmek için kullanılmıştır (5237 sayılı TCK 31/2 madde,2004). Nitekim aynı fıkranın ikinci cümlesinde bu özelliklerin varlığı durumu ifade edilirken “ve” bağlacı kullanılmış, yine ÇKK’nın 35/1 maddesinde de bu özellikler sayılırken “ve” bağlacı kullanılmıştır (5237 sayılı TCK 35/1 madde,2004). Bu nedenle; 12 -15 yaş grubundaki çocuğun ceza sorumluluğunun var sayılabilmesi için hem “İşlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilmesi” hem de “Davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı” gereklidir. Bu özelliklerden birisinin bulunmaması halinde failin ceza sorumluluğu yoktur (TCK, 2004)

Bu yaş grubundaki failin ceza sorumluluğunun var olup olmadığı konusunda karar verme yetkisi münhasıran hâkime ait olduğundan, soruşturma aşamasında soruşturmayı yürüten cumhuriyet savcısının failin ceza sorumluluğunun bulunmadığı sonucuna varıp, kamu adına kovuşturmaya yer olmadığına dair karar vermesi mümkün değildir (Ulutürk, 2009; Dönmezer 2003).

5237 sayılı TCK’nın ve ÇKK’nın kabul edilmesi ile bir bakıma 765 sayılı TCK’nın 54. maddesinin yürürlükte olduğu döneme dönülmüştür. Zira, bu kanun hükümleri uyarınca; çocuğun ceza sorumluluğunun var olup olmadığının tespiti görevi münhasıran hâkime verilmiş, hâkimin bu tespiti yaparken sosyal inceleme raporuna ve/veya uzman hekim raporlarına dayanabileceği, bu konuda her türlü soruşturma, araştırma ve incelemeyi yapması gerektiği kabul edilmiştir (Ulutürk, 2009; Özkan & Hakeri 2009; Dönmezer 2003).

ÇKK’nın 35/1 maddesi uyarınca hâkim çocuğun bireysel özelliklerini ve sosyal çevresini gösteren bir inceleme yaptırmalı ve çocuğun ceza sorumluluğunun var olup olmadığına ilişkin değerlendirmeyi yaparken bu raporu göz önünde bulundurmalıdır.

Hâkim, bu değerlendirmeyi yapmak için uzmanlık isteyen birtakım bilgilere ihtiyaç duyacaktır. Böyle bir durumda hâkim CMK'nın 63/1 maddesi uyarınca çözümünü uzmanlığı gerektiren bir sorunla karşı karşıya olduğundan sorunun çözümünde bilirkişiye başvurmalıdır (Ulutürk, 2009).

ÇKK'nın 35. maddesinde belirtilen sosyal inceleme raporu, hâkime ceza sorumluluğunu belirlemede yol gösterici olan raporlardan birisi; bu raporu hazırlayan uzman da bilirkişi konumundadır. Hâkim, bu raporun yanı sıra çocuğun bilişsel, ahlaksal ve sosyo duygusal özelliklerinin ve ruh sağlığının psikiyatrik açıdan değerlendirilmesini gerekli gördüğü takdirde hekimden de rapor isteyebilir. Bu durumda hâkim, sosyal inceleme raporu ile psikiyatrik değerlendirme raporunu dosyada yer alan diğer deliller ile birleştirip tartışarak çocuğun ceza sorumluluğunun bulunup bulunmadığı konusunda bir karar verir. Bilirkişiler kendi uzmanlık alanına giren konularda, çocuğun üzerine atılı suçu da dikkate alarak, çocuğun bu suçun hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama ve bu suça yönelik olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğine etki edecek sebepleri ele alıp tartışmalı, bu sebeplere ilişkin olumlu olumsuz sonuç kanaatlerini bildirmelidir (Özkan & Hakeri 2009; Dönmezer 2003).

2.4.4.3. 15-18 Yaş Grubu Çocuklar

5237 sayılı TCK'nın 31/3 maddesi uyarınca; "Fiili işlediği sırada 15 yaşını doldurmuş fakat 18 yaşını doldurmamış çocukların ceza sorumluluğu vardır" ancak çocuğun var kabul edilen bu sorumluluğunun bir yetişkinden daha az olacağı değerlendirilerek bu yaştaki fail çocuğa yetişkinlerden daha az ceza verilmesi benimsenmiştir (5237 sayılı TCK 31/3 maddesi; Özkan & Hakeri 2009, Dönmezer 2003).

Bu yaş grubundaki çocukların, ceza sorumluluğunun var olup olmadığı noktasında bir araştırma yapılmaz. Bu yaştaki çocuğun akıl hastası olduğunun ileri sürülmesi veya bu yönde bir tereddüt oluşması durumunda akıl hastalarına yönelik inceleme yapılmalı ve akıl hastalığının varlığının tespiti halinde 5237 sayılı TCK'nın 32. maddesi uygulanır (Ulutürk, 2009; Özkan & Hakeri 2009; Dönmezer 2003).

2.4.5.Sağır ve Dilsizler

5237 sayılı TCK'nın 33. maddesinde sağır ve dilsizlik ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan bir etken olarak sayılmış ise de, suç tarihinde sağır ve dilsiz olan failin bu sağır ve dilsizliğinin doğuştan veya sonradan meydana gelmesi arasında bir ayrıma gidilmemiş, sağır ve dilsizlerin ceza sorumluluğu çocukların ceza sorumluluğuna atıf yapılarak düzenlenmiştir (Ulutürk, 2009; Özkan & Hakeri 2009; Dönmezer 2003).

2.4.5.1 0 - 15 Yaş Grubu Sağır ve Dilsizler

“Suç tarihinde 15 yaşından küçük olan sağır ve dilsizlerin ceza sorumluluğu bulunmayıp bu çocuklar bakımından sağır ve dilsiz olmayan ve 12 yaşını doldurmayan çocuklara ilişkin düzenleme içeren 5237 sayılı TCK'nın 31/1 maddesi hükümleri uygulanacaktır (5237 TCK 31/1 madde; Ulutürk, 2009; Özkan & Hakeri 2009; Dönmezer 2003).

2.4.5.2 15- 18 Yaş Grubu Sağır ve Dilsizler

Suç tarihinde 15 yaşını doldurmuş fakat 18 yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizlerin ceza sorumluluğunun varlığı bu çocukların işledikleri iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı şartına bağlanmış, böylece bu yaş grubundaki sağır ve dilsiz çocuklar bakımından 12 yaşını doldurmuş, 15 yaşını doldurmamış fakat sağır ve dilsiz olmayan çocuklara ilişkin düzenleme içeren 5237 sayılı TCK'nın 31/2 maddesine atıf yapılmıştır (5237 TCK'nın 31/2 maddesi; Ulutürk, 2009; Özkan & Hakeri 2009; Dönmezer 2003).

2.4.5.3. 18 - 21 Yaş Grubu Sağır ve Dilsizler

Suç tarihinde 18 yaşını doldurmuş ancak 21 yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsiz gencin ceza sorumluluğu var kabul edilmiş, ancak bu gencin içinde bulunduğu sağır ve dilsiz olma hali nedeniyle ceza sorumluluğunun azaldığı kabul edilmiştir. Bu durumdaki sağır ve dilsiz genç için sağır ve dilsiz olmayan ve 15 yaşını doldurmuş ancak 18 yaşını doldurmamış çocuklara ilişkin düzenleme içeren 5237 sayılı

TCK'nın 31/3 maddesi hükümleri uygulanacaktır (5237 TCK 31/3 madde; Ulutürk, 2009; Özkan & Hakeri 2009; Dönmezer 2003).

2.5.Tam Akıl Hastalığı

Türk Ceza Kanunu'nun 46. Maddesi tam akıl hastalığını düzenlemiştir. Suç olan fiili işlediği anda şuur ve hareket serbestisini tamamen kaldıracak surette bir akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilmez. Maddede Şuur ve hareket serbestisi olmak üzere iki kavrama yer verilmiştir. (Kufacı, 1989)

2.5.1Şuur (Bilinç)

Türk Ceza Kanunu ruhsal bozukluğu tarif etmediği gibi, tam veya kısmi akıl hastalıklarını da tek tek saymayıp, sadece şuur ve hareket serbestisini tamamen kaldıran veya önemli derecede azaltan akıl hastalığı ifadesini kullandığından bir ruhsal bozukluğun cezai sorumluluğu kaldırıp kaldırmadığı, kaldırılırsa tam mı, kısmen mi kaldırdığı hususunun tespiti psikiyatristlerce yapılacaktır. Ancak kanunumuz bu hususta hekimleri tamamen de serbest bırakmamıştır. Buna göre hekimler tetkiklerinde şuur ve hareket serbestisini “esas alarak bir rapor düzenleyeceklerdir (Kunter,1952).

TCK 'nın 46., 47. ve 48. maddelerinde kullanılan şuur kavramı bilinç olarak da isimlendirilen tıbbi anlamdaki şuur kavramından farklıdır. Buradaki şuur kavramı genel bir ifadedir ve sadece kişinin kendisinin ve çevresinin farkında olmasını sağlayan, açıklık derecesi tam uyanıklıktan derin komaya kadar değişen ve uykuda fizyolojik olarak olmayan bir şuur kavramı kastedilmemektedir (Kufacı,1989).

Ceza sorumluluğu olmayan ağır ruhsal bozukluklarda da bu anlamda bir şuur bozukluğu yoktur. Suç işleyen hastalar suç eylemini genellikle hezeyan (zıt yöndeki delillere rağmen sıkı sıkıya bağlı olunan ve ikna edilemeyen yanlış inanışlar), halüsinasyon (uyaran olmadığı halde algılama yapılması), illüzyon (uyaranların yanlış algılanması), yargılama ve yorumlama hataları nedeniyle yaparlar ve yaptıkları eylemi bilirler, hatırlarlar, ancak bu eylemin suç olup olmadığını değerlendiremezler (Özkan & Hakeri, 2009).

TCK 'nın 46., 47. ve 48. maddelerinde eylem sırasında şuurunun ve harekât serbestisini tamamen, kısmen veya geçici olarak etkileyen akıl hastalığı, akli maluliyet tanımı, sadece ruhsal bozuklukları değil, tıbbi olarak tanımladığımız şuur veya bilinci bozan organik durumları da kapsamaktadır. Konfüzyon, mental, akut

beyin sendromu, akut psikoorganik sendrom olarak da bilinen deliryumda birçok organik nedene bağlı olarak beynin bütünüyle kısa sürede etkilenmesine bağlı olarak, bilinç çeşitli derecede bozular ve dalgalı bir seyir izler. Bilincin tam yerinde olmadığı bilinç bulanıklığı durumunda oryantasyon (yer, zaman, kişi ayrımı yapabilme yeteneği), dikkat, hafıza, yargılama, yorumlama bozulmuştur (Ulutürk, 2009; Dönmezer 2003).

Akıl hastalığı fiilin işlendiği zaman olmalıdır. Suçun işlenmesinden sonra ortaya çıkan akıl hastalığı cezai sorumluluk açısından bir etki yaratmaz. Gözlem sırasında ceza sorumluluğunu etkileyecek bir hastalık saptandığında bunun suçla zamansal bağlantısı araştırılır. Suç sonrası ortaya çıkan bozukluklarda, tekrarlayan psikozlarda ve duygulanım bozukluklarında suç tarihine göre yapılan değerlendirmede olay anında iyilik durumu belirlenenlerin ceza sorumluluğu tamdır (Ulutürk, 2009; Dönmezer 2003).

2.5.2.Kısmi Akıl Hastalığı

Türk Ceza Kanunu'nun 47. Maddesine göre "Fiili işlediği zaman şuurunun veya hareketinin serbestisini ehemmiyetli derecede azaltacak surette akıl maluliyetine müptela olan kimseye ceza verilir. Fakat bu ceza maddede gösterilen oranlarda indirilir." Kanunumuz kısmi akıl hastaları için sınırlı sorumluluk ilkesini benimsemiştir. Söz konusu faillerin azaltılmış ceza sorumluluğu vardır. Tam akıl hastalığında şuur veya hareket serbestisini selbedecek surette akıl maluliyetine müptela olan fail kısmi akıl hastalığında şuur veya hareket serbestisini önemli derecede azaltılmaktadır. (Erman, 1958) epilepsi, beyin tümörleri) metabolik nedenler (hepatik ve üremik esefalopati, sıvı, elektrolit, asit-baz dengesizliği, dehidratasyonlar, beyinde anoksiye sebep olan akciğer, kalp hastalıkları, hipertansif ensefalopati), endokrin sistemle ilgili bozukluklar (hipo-hiper glisemi, hipo-hipertiroidi, hiperparatiroidi, sürrenal korteks hastalıkları), sistemik enfeksiyonlar (sepsis, tifo, sıtma), yüksek ateşli diğer nedenler, ayrıca aşırı uyaran yoksunluğu ve aşırı uyaran fazlalığını (ağır uykusuzluk, dayanılmaz görsel-işitsel uyaranlar, ağır işkence) saymaktadırlar. Ayrıca, hipnoz, istemeyerek sarhoşluk, ruhsal bozukluğu bulunmayan kişinin ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmış veya önemli ölçüde azaltmış olabilir. Geçici bir nedenin söz konusu olması ve ilgili maddeden yararlanabilmesi için kişinin bu sebebin yaratılmasında (zorla alkol verilmesi, tesa-

düf eseri etkilenmesi gibi) kusurunun olmaması gerekir. Alkol ve madde etkisi altında işlenen suçların ceza sorumluluğunun arttırılmış olmasına karşın kronik alkol veya madde kullanımı sonucu ortaya çıkan organik beyin sendromlarında ceza sorumluluğunu kaldıracak derecede bozukluk olabilir. Ayrıca, alkol bağımlısı olanların alkol alımına bağlı olarak işlediği müteceviz sarhoşluk suçlarında ve madde bağımlılarının madde kullanımı hallerinde muhafaza ve tedavi altına alınma kararı verilir (Ulutürk, 2009).

2.6.Ceza Sorumluluğu Açısından Önem Arz Eden Bazı Akıl Hastalıklarının Tanımlanması ve İncelenmesi

“Akıl Hastalığı” kavramına hangi hastalıkların girdiği ve failin suçu işlediği sırada hangi akıl hastalığına tutulmuş olması halinde cezalandırılmayacağı veya hakkında hükmedilen cezada indirimine gidileceği gibi hususlara ilişkin olarak, 765 sayılı TCK’da da, 5237 sayılı TCK’da da herhangi bir açıklık yoktur. Bu sistem doğrudur zira tek tek sayma metodu, akıl hastalığının ceza kanununda düzenlenmiş olmasının amacına aykırı olurdu. Bu gibi konularda ceza normlarının genel tanımlara yer vermesi ve sayma metodunu izlememesi, yargı makamının keyfi davranacağı anlamına gelmez. Aksine, o ana kadar tespit edilmemiş veya ortaya çıkmamış bir akıl hastalığının belirlenmesi durumunda, o akıl hastalığından dolayı faile uygulama yapılmasına imkân tanınmış olur (Ulutürk 2009 ;Özkan & Hakeri,2009).

Failde bulunan akıl hastalığı ile işlediği fiil arasındaki illiyet bağına, kanunun gerekçesinde de bir örnekle işaret edilmiştir: “Örneğin, kleptomani hastası olan kişinin, hafif değerdeki şeylere yönelik olarak işlediği hırsızlık suçu açısından irade yeteneğinin olmadığı söylenebilir. Ancak, bu kişinin kasten adam öldürme suçu işlemesi durumunda, malul olduğu akıl hastalığı, bu fiile ilişkin olarak irade yeteneğini etkilemez.” (TCK 5237 s.)

2.6.1. Psikoz

Şizofreni teriminin karşılığı; “ruhsal yaşamda bölünme, parçalanma, yarılmadır.” (Ünver Y,1989).Bu durum, hastanın gerçekle bağlantısını büyük ölçüde bozar. Duygu ve düşünce alanın-da birçok belirtinin ortaya çıkmasına yol açar. Geçen yüzyıldan kalma bir alışkanlıkla şizofreni için erken bunama “demence precoce” terimi de kullanılır (Ünver, 1989).

Şizofreni, her ülkede ve her türlü ekonomik toplumsal ortamda görülebilir. Ekonomik düzeyi düşük ve düzensiz kesimlerde yaşayanlarda bu hastalığın daha sık görüldüğünü ortaya koyan araştırmalar da vardır (Dinçmen, 2005). Şizofreninin nedenleri henüz tam anlamıyla aydınlatılamamıştır. Şizofreninin nedenlerine ışık tutan nedenler, “organik” ve “ruhsal-toplumsal” olmak üzere iki temel grupta toplanmıştır. Günümüzde şizofreni, tek bir hastalık olarak değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal nedenlerin ortak etkilerine bağlı ruhsal bir tepki olarak kabul edilir (Dinçmen, 2005). Sinsi ve yavaş gelişen şizofreni vakalarındaki başlangıç belirtileri şunlardır:

- ❖ Duygulanım ve coşkuda çabuk değişmeler, iniş çıkışlar
- ❖ Uykusuzluk ya da karabasanla birlikte gelen uyku bozuklukları
- ❖ Nedensiz korkular
- ❖ Çevreyle bağlantının ve ilişkinin azalması
- ❖ Kişiye ve çevreye yabancı, alışılmamış, şaşkınlık uyandıran, yadırganan davranış, tutum ve eylemler
- ❖ Başarısızlık, uyumsuzluk, tedirginlik
- ❖ Zaman zaman ortaya çıkan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik ya da aşırı kaygı, sıkıntı ve taşkınlık nöbetleri
- ❖ Nedensiz kaygı ve panik
- ❖ Anlamsız ağlamalar, gülmeler, saldırganlık
- ❖ Düşüncenin biçimi ve çağrışımında bozulma: Düşünce ve konuşmada duraksamalar olur. Düşünce sırasında simgelerin, sözcüklerin akımı değil, bunlar arasındaki benzerlik ve ses uyumu etkinlik kazanır. Birkaç sözcükten bir araya getirilerek yeni sözcükler türetilir. Konuşma bozuklukları söz konusu olur (Ünver Y,1989).
- ❖ Düşünce içeriği bozulur. Saplantılı, takıntılı düşünce biçimi ya da gerçek dışı düşünceler, sabuklamalar ortaya çıkar. Sabuklamaların içeriğinde, bedensel, cinsel büyüklük, küçüklük, düşmanlık, kötülük görme gibi düşünceler yer alır.
- ❖ Algı bozuklukları arasında görme ve işitmeye ilgili sanrılar (halüsinasyon) ortaya çıkar.
- ❖ Devinim (hareket) bozuklukları arasında, donakalma (catatonía), balmumlaşma (flexibilitas cerea), basmakalıp hareketler (stereotype),

yapmacık haareketler (manierisme),beklenmedik tepki (impulsion) sık sık görülür (Kuyu C, 1996).

Şizofreniye tutulmuş olanların suç bakımından özellikleri, bunların saldırgan hareketleri işlemeleridir. Ani olarak ve kudurur şekilde hiddetleneme, belirleyici özelliktir. Çoğunlukla tamamen masum olan kişilere karşı kendi içlerinde kurdukları bir dünyanın ölçü ve amaçları dolayısıyla saldırıda bulunurlar. Genellikle öldürme suçunu sebepsiz yere işlerler (Dönmezer, 2003).

Şizofrenlerin işledikleri suçlarda, suçun izahı pek mümkün değildir. Mağdurun suçla konu seçilme nedeni anlaşılabilir. Eylemin oluşumu garip ve hunharcadır ve fail, işlediği suçtan ötürü pişmanlık duymaz (Kuyu C,1996).

Şizofreni hastalığının etkisi altında işlenen suçlarda, TCK 32. maddesi uyarınca ceza verilmesine ilişkin kanun bulunmamaktadır (5237 TCK 32.madde).

2.6.2. Yaşlılık Bunaması (Demans Senil)

65-70 yaşlarından sonra başta hafıza kusurlarıyla başlayıp, dikkatini bir konu üzerinde yoğunlaştırılmama, kendine söylenenleri ve okuduklarını anlamama, düşüncelerini toparlayıp onları dile getirmede güçlük gibi belirtiler görülür. İlerleyen aşamalarda ise, “deja vu” ve “jamais vu” tipinde hatırlama kusurları ortaya çıkar (Dinçmen, 2005).

Genel olarak demans, ilerleyici gidişat gösterir; hafıza gitgide bozulur. Yargı ve davranış bozuklukları, kişilik değişiklikleri, regresyon, çocuksu davranışlar, kötülük görme hezeyanları, halüsinasyonlar ve illüzyonlar görülebilir. Sosyal uyum bozulur. Hastalığın ilerleyici özellik göstermesinin aynı sıra, geri dönüşü de yoktur. Burada dikkat edilmesi gereken, ihtiyarlık bunması ile doğal yaşlanma arasındaki farktır. İlkini, kusur yeteneğine etki edebilecek derecede bir hastalık olmasına karşılık, ikincisi doğal fizyolojik bir durumdur (Dinçmen, 2005).

2.6.3. Paralizi Jeneral

Frengi hastalığının beyne yerleşmesi ile ortaya çıkan, ilerleyici ve tedavi edilmediği hallerde ölümle biten bir hastalıktır (Apaçık,1994). Genel frengi vakalarının %5’inde ve frengi hastalığının ortaya çıkışından 5-20 yıl sonra ortaya çıkan ve özellikle zeka

yıkımı, bunama ve çocuklaşma hali ile kendisini gösteren bu ciddi akıl hastalığına, günümüzde pek rastlanmamaktadır. Penisilin frengi tedavisinde kullanılmaya başlandığı son 50 yıldan bu yana, frengi ile paralizisi jeneral de azalmıştır. Bu hastalıkta, utanma duygusunun ortadan kalkması, umursamazlık, karakter değişikliği, davranış bozukluğu, ölçsüz büyüklük sanrıları, sıkıntı hissi ile gitmeyen bedensel şikâyetler söz konusu olur. Hastalardaki göz bebeklerinin ışık ve mesafeye karşı reflekslerindeki değişiklikler ile beyin-omurilik sıvısındaki spesifik, hücresel ve biyokimyasal değişiklikler de fizyolojik belirtilerdir (Dinçmen, 2005).

2.6.4. Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımına Bağlı Akıl Hastalıkları

Bağımlılık, ağız, burun veya deri yolları ile medikal amaçlar için kullanılan veya zoraki ve yalancı keyif ihtiyacı ile aranan bazı ilaçlarına ve bitkisel-kimyasal maddelerin gitgide yüksek miktarına alışma ve bağlanmanın patolojik halidir (Apaçık 1994). Alkol veya uyuşturucu maddelerin sebep olduğu zehirlenme de bir nevi akıl hastalığıdır ve akıl hastalığı hakkında kabul edilen rejime tabidir. (Dönmezer, 2003). Alkol veya uyuşturucu maddelerin kullanmasından kaynaklanan zehirlenmeler, itiyadi sarhoşluk ve uyuşturucu madde kullanımını itiyat haline getirme durumlarından farklıdır. Alkol veya uyuşturucu madde kullanımının itiyat haline getirilmesi, insanın kişiliğine geçici bir etki ortaya oluşturur ve bu etki ortadan kalktığında, insan normal kişiliğine döner. Kronik zehirlenmede ise, devamlı patolojik bir hal, akli bir bozukluk söz konusu olur. Burada artık bir kişilik bozukluğu ortaya çıkmış olmaktadır. İtiyadi sarhoşlukta, sarhoşluğun etkisi geçebilir ve kişi normale dönebilirken, kronik zehirlenme durumunda, alkol veya uyuşturucu madde alınmadığı zamanlarda da kişinin akli melekelerinde bozukluk vardır ve sürmektedir. Dolayısıyla, kronik zehirlenme de akıl hastalıklarından biri olarak kabul edilir. (Dönmezer, 2003).

Genellikle bağımlı kişi, bağımlı bulunduğu maddeden ilk kullandığı günlerdeki hazzı almaya devam edebilmesi ve hatta bir süre sonra basit günlük yaşamını devam ettirebilmesi için, almakta olduğu maddenin günlük dozunu sıklıkla arttırmak durumunda kalmaktadır. Bazen de kişinin, bağımlı olduğu maddeyi bulamadığı anlarda içine girdiği ve “yoksunluk sendromu” adı verilen bir durum ortaya çıkar ki bunda kişide hem psikolojik hem fizyolojik sıkıntılar baş gösterir (Dinçmen,2005).

Bağımlılığa neden olan maddeler, alkol olabildiği gibi, morfin, kokain gibi alkaloidler ve eroin gibi yan sentetik maddeler ya da esrar, afyon, eter, LSD, meskalin, kloral, barbiturat, amfetamin, diazepoksit, bromür gibi doğal veya sentetik organik ve inorganik maddeler de olabilir (Dönmezer, 2003).

Alkolün neden olduğu akıl hastalıkları, psikiyatride önemli bir bölümü oluştururlar. Bunlar arasında, en belli başlı olarak, müzmin alkoliklerde görülen ve özellikle de alkolün birdenbire kesilmesi hallerinde ya da alkollü günler içinde de oluşabilen konfüzyon hali; görme halüsinasyonları, illüzyonlar, titremeler, korku ve panik halleri, terleme, ateş yükselmesi ile kendini gösteren ve ciddi bir şekilde tedavi edilmediği takdirde ölümle dahi sonuçlanabilen deliryum; özellikle kıskançlık ve homoseksüellik temasını işleyen işitme halüsinasyonları ile kendisini gösteren alkol halüsinasyonları; aile içi ve yakın akrabaları hedef alan kıskançlık hezeyanları ile seyreden alkol paranoyası gibi durumlar vardır (Dinçmen,2005).

Dünya Sağlık Örgütü'nün getirmiş olduğu bir tanıma göre; "Bitkisel veya sentetik menşeli olup, merkezi sinir sistemini etkileyerek fizik ve/veya psişik bağımlılık hallerine yol açan ve bazı hallerde tek konulu (kullanmanın devamı üzerine dozajı artırmak ihtiyacının duyulması) ve diğer bazı hallerde ise aynı kişinin değişik uyuşturucu kullanması gibi çift konulu tutku yaratan bütün maddeler uyuşturucu madde sayılırlar." (Tezcan ve Arkadaşları,2019).

Bağımlı halde bulunan kişilerde, bellek ve dikkat kusurları, zeka çöküntüleri, ahlak ve karakter kusurları, cinsel sapıklıklar, görev sorumluluğu duygusunun kalkması gibi durumlar ortaya çıkar. Alkole veya uyuşturucu maddeye tutulan kişi, bu maddelere ulaşmak, bunları elde etmek için her türlü suç işleyebilecek bir duruma girer. Kronik alkolikler, kıskançlık cinayeti, kişilere ve eşyalara karşı saldırılar, cinsel alanda teşhircilik, çocuklarla cinsel ilişki gibi suçları genellikle işlemektedirler (Demirbaş,2011).

2.6.5.Nevrotik Bozukluklar (Psikonevrozlar)

Nevroz veya psikonevroz şeklinde de ifade edilen bu hastalık, kişinin eskiden beri içine atarak bastırmış olduğu ve yeniden canlanmış, çocuksu dürtüsel istekleri ile, şimdiki kişilik bölümleri (nevrotik savunma mekanizmaları) arasında çıkan çatışmalardan doğan belirtiler, duygular ve davranışlardan oluşur. Bu çatışmalar, bastırılmış, şuur altına atılmış duygu ve isteklerin şuur düzeyine çıkmak istemeleri ve

buna karşılık bazı kişilik bölümlerinin, bunları şuur altında tutmak istemelerinden kaynaklanır (Ünver,1989).

Nevrozları, psikozlardan ayıran ve aynı zamanda nevrozlar grubu hastalıklarını birbirine yaklaştıran en büyük faktör, nörotik hastalarda genellikle gerçek ile temasın kopmamış olması ve dolayısıyla sosyal uyumun pek bozulmamış olmasıdır. Nörotik bir hasta, göstermekte bulunduğu sıkıntı ve acı duygusuna, yaratma ve sevebilme yetisindeki tüm kayıplara karşın durumunun ve hastalığının bilincinde ve gerçekte temasta olup, genelde sosyal bir uyum gösterebilmektedir (Dönmezer, 2003).

Bu duruma göre, böyle bir hastanın, hastalığının en ağır ve kötü devrinde dahi işine gidebildiği ve durumunu bilmeyen bir kişiden hastalığını saklayabildiği görülmektedir. Böyle hastaların akıl hastanesine yatırılması, nadir rastlanan bir durumdur. Bu kişilerin, hastalıklarının çok ağır dönemlerinde, şikâyetlerine dayanamayarak kendilerinin akıl hastanesine yatırılabilme için başvurdukları görülmektedir (Dinçmen,2005).

2.6.6.Kaygı Bozuklukları (Anksiyete)

Kaygı, duygulanımın elem yönünde artmasıdır. Kaygı, korkuya benzer bir duygulanım durumudur. Genel olarak “gelecekte kötü bir şey olacaktı gibi bir algılama” söz konusu olur ve dile getirilir. Gelecekte olması düşünülen kötü şey, yakınlarının başına bir dert gelmesi, bir hastalığa yakalanma gibi durumlar olabilir.

Kaygının özellikleri ve belirtileri şunlardır:

- Hoş olamayan, elem veren duygulanım durumu
- Geleceğe yönelik şiddetli endişeli beklenti
- Bu durumların kişisel algılanması ve duyumsanması
- Bedensel gerginlik
- Ruhsal tedirginlik ve panik

Kaygı, temel olarak ikiye ayrılır: Birincisi, bireyin kişilik özelliklerinden ve yapısından kaynaklanan sürekli ve iç kaygı, ikincisi ise, dış ortamdaki kaynaklanan ve durumluk olan dış kaygıdır. Durumluk kaygı, çoğunlukla, sürekli kaygının etkisiyle değişir. Kaygı seviyesinin yükselmesine karşı savunma mekanizmaları harekete geçer. Savunma mekanizmalarının kullanılış biçimi ve süresi, nevroz belirtilerini oluşturur. Nevrozlarda, duygulanımda ve zihinsel işlevlerde nicelik açısından değil nitelik açısından bir değişme söz konusu olur. Nevrozların temelinde, sürekli kaygı

düzenini yükselten çatışmalar vardır. Nevrozlu hasta, toplumsal çatışmalar sonucu yüksek olan sürekli kaygı düzeyi üzerine ortaya çıkan durumluk kaygıdan kurtulmaya çalışır ve savunma mekanizmalarını bu çaba için kullanır. Anksiyete bozukluklarının ve somatoform bozuklukların, suç anında mevcut bulunsalar dahi, ceza sorumluluğuna etkide bulunmayacakları yönünde bir görüş vardır (Özkan & Hakeri, 2009).

2.7. Diğer Bazı Akıl Hastalıkları

2.7.1. Epilepsi (Sar 'a)

Ceza hukuku bakımından akıl hastalıklarının incelenmesinde, genellikle üzerinde en çok durulan ve Yargıtay kararlarında en fazla rastlanan akıl hastalığının epilepsi olduğu söylenebilir. Gerçekten de yazarlar çoğunlukla, epilepsiyi diğer akıl hastalıklardan daha fazla ve daha ayrıntılı olarak incelemişlerdir (Öztürk, 1988, Ünver, 1989; Apaçık, 1994).

Epilepsi (halk arasında sar 'a), eski çağlardan beri insanoğlu tarafından bilinmektedir. Sağlıklı görünen bazı kişilerin aniden yere yıkılarak bilinçsiz halde çırpınmaları sebebiyle bu çağlarda epilepsi hastalarına tanrılar tarafından cezalandırılmış veya içlerine kötü ruhlar girmiş kişiler gözüyle bakılmaktaydı. Epilepsinin incelenmesi ve tedavisi 1850'lerden günümüze kadar gelişimini sürdürmüştür. Eski çağlardan beri bilinen bir hastalık olan epilepsinin, adli tıp açısından önemi büyüktür. Mahkemelerce Adli Tıp Kurumu'na "epileptik" oldukları iddiası ile muayene ve gözlem amacı ile gönderilen sanıkların sayısında her geçen yıl artış kaydedilmektedir (Kökrek ve Ark, 1996).

Epilepsi veya diğer adıyla sar 'a hastalığı, hastanın iradesi dışında şuurunun silinmesi ve nöbet şeklinde gelen felç hali ve hareket bozukluğu gibi durumlarda kendisini gösteren bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi bakımdan tanımlanacak olursa; beyindeki sinir hücrelerinin ani ve geçici işlev bozukluğundan kaynaklanan ve bilinç kaybı ile nöbetler halinde ortaya çıkan zihinsel işlev, hareket ve duyu bozukluğu anlamına gelir. Adli tıp bakımından epilepsi ise; beyin elektriksel fonksiyonlarındaki geçici bozukluğa bağlı olarak beliren, zaman zaman ani ataklar halinde gelen bilinç kaybı, anormal motor hareketler, duyu kusurları gibi bulgularla seyreden nörolojik tablo olarak tanımlanmaktadır (Gül, 2012). Hastalığa ilişkin

olarak, 1981'de Uluslararası Epilepsi Derneği'nin uluslararası sınıflaması kabul edilmiştir ve belli aralıklarla bu sınıflamada değişiklikler ve düzenlemeler yapılmaktadır.

Etiyolojiye dayanan epilepsi sınıflandırmasına göre, “Primer (idiopatik)” ve “Sekonder (Semptomatik)” olmak üzere iki tür epilepsi vardır. Her birinin sebepleri farklıdır.

Epilepsi nöbetleri de bir sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Buna göre;

- a) Jeneralize (bilateral simetrik olan ve lokal başlamayan) Nöbetler
- b) Parsiyel (lokal olarak başlayan) Nöbetler
- c) Ünilateral Nöbetler
- d) Sınıflandırılmayan Nöbetler söz konusu olmaktadır ((Kökrek ve Ark, 1996).

Bu nöbet türlerinden de her birinin farklı sebepleri ve sonuçları bulunmaktadır. Dolayısıyla, kişinin geçirdiği nöbet türüne göre, kusur yeteneğinin durumu da değişebilecektir. Genel bir klinik spektruma sahip bir hastalık olan epilepsinin psikiyatrik yönü çok önemlidir. (Öztürk, 1988).

Tüm hayat boyunca devam eden, tedavisi imkânsız, ancak sürekli, muntazam ve yeterli dozdaki ilaç tedavisi ve yaşam tarzının ölçülü olması ile kontrol altına alınabilen, bütün katı tedavi ve sınırlamalara rağmen yine de zaman zaman nöbetlerin ortaya çıkması ile süregelen epilepsi hastalığında, bazı olgularda, yılların geçmesi ile çabuk kızma, kolay parlama, olayları ters yorumlama, alınganlık, tolerans gösterememe, aşırı ve ölçüsüz dinsel ritüellere bağnazca bağlanma, aşırı ve frenlenemeyen şehvet, lüzumsuz hızlı ve ayrıntılı konuşma, zekâ yıkımı, kaba, donuk bir yüz ifadesi gibi belirtilerle kendini gösteren özel bir kişilik yapısı oluşur (Öztürk, 1988; Apaçık, 1994).

Fakat bu kişilik yapısının her epileptikte bulunduğu da söylenemez (Kökrek ve Ark, 1996). Epilepsi hastalığı ile suç arasındaki ilişki, ilk olarak “Lombroso” tarafından ortaya koyulmuştur (Ziyalar,1981). Bütün epileptiklerin suç işlediği söylenemez de, suç işleyenler arasındaki epileptiklerin oranı da göz ardı edilemez (Öztürk, 1988, Ünver, 1989).

Epileptiklerin, yukarıda tarif edilen kişilik yapıları ya da geçirmekte oldukları nöbetlerdeki “konfüzyon” halleri nedeniyle sıklıkla suç işledikleri görülmüştür. Epileptiklerin işledikleri suçların başında öldürme, yaralama, yangın çıkarma,

hakaret, tehdit, ordudan firar, teşhircilik gelir (Adasal,1976). Özellikle öldürme suçunun, epileptik karakterin bir sonucu olarak veya nöbet öncesi ve sonrası oluşan konfüzyon devreleri esnasında işlendiği tespit edilmiştir. Epileptik suçluların, bu suçları işlerken genellikle, bıçak ve balta kullandıkları, darbe sayısının çok olduğu, yine bu konfüzyon devrelerinde en yakınlarını öldürebildikleri, nöbetten açıldıktan sonra işlemiş oldukları suçu öğrenerek üzüntü duydukları, hatta intihar ettikleri görülmüştür (Dinçmen,1984). Suçun ani işlenişi ve ortada bir sebebin bulunmaması, şiddet ve gazap halini gösteren delillerin bulunması, olayda epileptik bir etkenin olduğunu düşündürmelidir (Birgen,1986).

Epileptik bir kişinin işlediği suçları, suçun işlendiği zamana ve bu zamanda kişinin, hastalığın hangi aşaması içerisinde bulunduğuna göre, beşe ayırarak incelemek mümkündür. Bu gruplandırma ve her bir gruba ilişkin olarak ceza ehliyetinin durumu, aşağıdaki gibidir: (Kökrek ve Ark, 1996).

- a) Nöbet dışında işlenen suçlar: Bu suçlara ilişkin olarak, kişinin ceza ehliyeti tamdır.
- b) Epilepsi nöbeti sırasında, öncesinde veya sonrasında oluşan konfüzyon tablosu içerisinde işlenen suçlar: Bu suçlara karşı kişinin ceza ehliyeti yoktur (TCK 32/1 madde).
- c) Epileptik karakter özellikleri ile ilgili olarak işlenen suçlar: Bu suçlara ilişkin olarak, azalmış da olsa kişinin ceza ehliyeti vardır (TCK 32/2 madde).
- d) Epilepsi nöbeti sırasında işlenen suçlar: Bunlara örnek olarak, nöbet esnasında yere düşerken elindeki tabancanın patlaması ile sebebiyet verilen ölüm veya yaralama; araç kullanma esnasında nöbet geçirerek kazaya sebebiyet verme gibi durumlar gösterilebilir. İlk örnekte kişinin ceza ehliyeti yok ise de ikinci örnek bakımından, kişinin, epilepsili olduğunu bile bile tehlike arz edecek şekilde araç kullanması halinde, ceza ehliyetinin varlığı kabul edilebilir.
- e) Epilepsi psikoza veya epilepsi demansı bulunan kişilerin işledikleri suçlar: Bu kişilerin ceza ehliyetleri yoktur. Bunlara, TCK 32/1 maddesi uygulanır (Köknel,1989).

Yargıtay, epilepsi hastalığını, beyin zarında oluşan elektrik akımından kaynaklanan sinir hastalığı, yani süreklilik arz eden ve 5237 s. Kanununun 32. maddesi kapsamında dikkate alınması gereken bir akıl hastalığı olarak kabul etmiştir. (Şen,2008)

2.7.2.Kleptomani

Kleptomani, psikolojik nedenlere bağlı olarak, içten gelen ani bir dürtüyle, kişinin kendisine ait olmayan bir şeyi almas olayıdır (Apaçık,1994). Bir diğer tanıma göre ise kleptomani, kullanma ve kazanma amacı olmaksızın yapılan, karşı konulmaz bir alma dürtüsüdür (Kuyu,1996).

Kleptoman kişi, önce gördüğü ve sahip olmak istediği objenin büyük heyecanını yaşar. Bunu, görülme ve yakalanma korkusunun heyecanı izler. İstediği şeyi alıp uzaklaşınca birden terleme, gevşeme, rahatlama duyar. Sonra da pişman olur. Eylem ncesi gerginlik, eylem sonrası da rahatlama ve hatta özellikle seksüel patoloji ile ilgili kleptomanide, alma anında orgazm yaşandiği görülmektedir. Kleptomanide ruhsal melekeler ve sosyal kontrol, alma isteği karşısında ezilir, yok olur; ahlaki kontrol ve akli karşı koymalar bu ağır baskıya direnemez. Kleptomani, neredeyse her zaman kadınlarda görülür (Kuyu,1996).

Kleptoman kişinin aldiği şey, ille de kıymetli bir ss eşyası, mücevher, vb. değerli bir şey olmayabilir. Kleptomanın aldiği şey, o anda onu çeken, elinde tutmak, saklamak, sahip olmak istediği bir şeydir. Kişi, alması daha kolay ve çok daha değerli şeyleri alma olanağına sahip olsa dahi, değerli şeyleri değil, dürtülerinin yöneldiği şeyi çalar. (nver,1989). Kleptoman, birkaç deneme ile yetinmez, alma eylemini alışkanlık haline getirir. ğt, ceza ya da şiddet ile sonuç alınamaz, tedavi edilmesi gerekir (Erem,1988).

Adli Tıp Kurumu'nun uygulamasına göre, kleptomani hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi yoktur (Apaçık,1994). Fakat bu şekilde genel bir kaniya varılması doğru değildir. Olayın zelliklerine ve işlenen suç tipine göre, bir kleptomanın kusur yeteneği de değişkenlik gösterecektir.

2.7.3.Piromani

Kk yaşlarda gelişen bu tutku, kişinin sebepsiz ve amaçsız olarak, içten gelen karşı konulamaz bir dürtü ile yangın çıkarması şeklinde gelişir. Birçok kendini tutamama hallerinde olduğu gibi burada da fiil öncesinde kişide gerginlik oluşur, sonrasında ise rahatlama ve gevşeme söz konusu olur. Kişi, yangını çıkardıktan sonra alevleri seyreder. Yangında olası can veya mal kaybı, kişiyi rahatsız etmez (Kuyu, 1996).

Kleptomaniden farklı olarak, piromanide kişi, önceden hazırlık yapar, fiili tasarlar. (Ünver, 1989). Psikopat ve histerik kimselerin yangından hoşlandığı, bunun yanında melankoli, epilepsi, yaşlılık bunması veya zekâ geriliği bulunan kişilerde de yangın çıkarma hususunda bir iç zorlamanın bulunabileceği ifade edilmektedir. Piromanların, yangın çıkarmak suretiyle, hayattaki tüm kötülükleri yakarak ortadan kaldırdıklarına inandıkları da söylenir (Ünver, 1989).

2.8.Akıl Hastalığı Kapsamında Olup Olmadığı Tartışmalı Olan Durumlar

2.8.1.İhtiras

İhtiras, kelime anlamı olarak, aşırı, güçlü istek olarak tanımlanır (TDK, 2011). İhtiras, dış dünyanın yalnızca belirli bir noktasını aydınlatan ve diğer noktalarını karanlıkta bırakarak, kişideki ruhsal yeteneklerin, belirli bir yönden ayrılmasına engel olan haldir. İhtiras, kişideki muhakeme yeteneğine etki eder, onu idare eder ve istediği yöne sürükleyerek, kişinin mantıksız hükümlere varmasına yol açar. (Ünver, 1989) İhtiras, 765 sayılı TCK'da da, 5237 sayılı TCK'da da düzenlenmiş değildir(Dönmezer, 2003). “Akıl hastalığı” tabiri kullanılarak “ihtiras”, bu kavramın dışında bırakılmıştır. İhtiras halleri, ne kadar şiddetli olursa olsunlar, akıl hastalığının bir türü sayılarak kusur yeteneğini etkiledikleri söylenemez. Aslında birçok suçun saiki, kin, intikam, hırs gibi ihtiraslar ibarettir. Fakat normal olan her kişi, ihtiraslarına karşı koymak zorundadır (Dönmezer, 2003). Genellikle kabul gören görüşe göre ise, ihtirasın giderek “fikri sabit” haline varması durumunda, kusur yeteneğine etkisinin olabileceği, fakat bu halde de tek başına ihtirasın değil, bu ihtirasın yol açtığı akıl hastalığının kusur yeteneğine etki ettiği ileri sürülmektedir. Nitekim, Dönmezer'in (1994) atıfta bulunduğu bir İtalyan Yargıtay kararında, bir ihtiras olup hastalık olmayan basit kıskançlık nedeniyle değil de, sabit fikir halini alan kıskançlık cinneti (deliryum) halinde işlenen adam öldürme suçunda akıl hastalığının kabulü yerinde bulunmuştur (Dönmezer, 2003).

Dönmezer'in atıfta bulunduğu bir İtalyan Yargıtay kararında, bir ihtiras olup hastalık olmayan basit kıskançlık nedeniyle değil de, sabit fikir halini alan kıskançlık cinneti (deliryum) halinde işlenen adam öldürme suçunda akıl hastalığının kabulü yerinde bulunmuştur (Dönmezer, 1994). En fazla rastlanan sabit fikir, intihar sabit fikridir. Bir diğer sabit fikir ise, “öldürmek sabit fikridir. Böyle bir sabit fikre sahip kişiler,

çoğunlukla, etraflarındaki kişileri bu durumdan haberdar ederler ve hatta ellerinden silahlarının alınmasını isterler. Çoğu zaman, sabit fikrin telkin ettiği suçu işleyemeseler de ruhi çöküntü halleri, kimi zaman da keyif verici maddelerin etkisi ile fikirden harekete doğru geçebilirler (Apaçık, 1994).

2.8.2.Tahrik

Tahrik, kişinin içinde bulunduğu, şiddetli öfke ve elem içeren psikolojik bir durumdur. Tahrikin haksız olması durumu, TCK'nın 29. maddesinde, cezayı hafifletici bir sebep olarak düzenlenmiş bulunmaktadır. Bu durum, psikolojik bir haldir ve kişinin suç işlemesine neden olacak derecede olmalıdır. (Ünver, 1989)

Akıl hastalığı ve tahrik, farklı kavramlardır. Tahrik durumu içerisinde bulunan her kişiye akıl hastalığına ilişkin hükümlerin uygulanması gerekmez, böyle bir sonuca varılamaz (Ünver, 1989). Yargıtay Ceza Genel Kurulu, bir kararında bu durumu "Sanık, bu savunmasında yer alan 'Ben artık kendimi kaybettim, şuurumu kaybetmişim' yolundaki beyanı ile, mağdurun hem sürüsünü tarlasına sokarak zarar vermesinden, hem de sorusuna ters cevap vermesinden kaynaklanan "gazap" ve "hiddet" ile suçu işlediğini ifade etmeye çalışmıştır. İncelenen dosyada sanığın, suçu işlemeyen önce veya işlediği sırada akli haletinin bozuk olduğunu gösterir en küçük bir bulgu bulunmadığı gibi, kuşkulu bir hali de saptanamamıştır. Bu durum karşısında, Yerel Mahkemeden, TCK'nın 74. maddesine dayanarak "Sanığın şuurunun incelettirilmesinde cihetine gidilmesi istenemez" şeklinde ifade etmiştir. (TCK 74.madde; Ünver, 1989)

Bir olayda akıl hastalığı ve tahrik bir arada bulunabilir. TCK m. 32/1 anlamındaki akıl hastalığı bakımından, tahrik hükümlerinin uygulanması mümkün görünmemektedir. Zira bu kişilerin ceza sorumlulukları bulunmadığından, cezada indirim nedeni olan haksız tahrikin bu kişilerin fiillerine uygulanması olanağı yoktur. Ayrıca bu durumdaki kişilerin, kendilerine yönelen normal bir hareketi tahrik olarak değerlendirmeleri söz konusu olabileceği gibi, aslında tahrik olabilecek bir durumu ise normal karşılımları da söz konusu olabilir. TCK 32/2 madde anlamındaki akıl hastalığı bakımından ise, haksız bir tahrikin etkisi ile suç işlenmesi halinde, hem TCK 32/2 maddesinin, hem de TCK 29. maddesinin uygulanması mümkündür. Bu tür akıl hastalarının tahrike çok müsait yapıda olabildiklerinin kabulü dahi, bunlara

haksız tahrik hükmünün uygulanmasını engellemez. (TCK 32/1,2 madde; Ünver, 1989)

2.8.3.Canavarca His

Canavarca his, 5237 sayılı TCK 82. Madde 'si 1. bendinde, kasten öldürme suçunun nitelikli hallerinden biri olarak düzenlenmiştir. Canavarca his, 765 sayılı TCK 450. Maddesi 3. bendinde de cezayı ağırlatıcı sebep olarak düzenlenmişti ve bu kanundaki düzenlemenin, mehaz kanundan farklı olduğu yönünde düşünceler vardı. Zira mehaz kanunda münhasıran canavarca hisle işlenen öldürme fiilinde cezanın ağırlaştırılması mevzubahistir. Oysaki ne 765 s. TCK'da, ne de 5237 s. TCK'da durum böyledir; kanunlarımızda "münhasıran" şeklinde bir ibare bulunmamaktadır (Apaçık,1994).

Bu durumda, TCK m. 32/2 anlamındaki akıl hastalığı ile canavarca his bir arada bulunabilir mi? Bulunabilirse nasıl bir uygulama yapılacaktır? Kanunun yorumlanması bakımından, canavarca histen dolayı cezada artırım ile akıl hastalığından ötürü cezada indirim bir arada uygulanabilecektir. Fakat, psikolojik açıdan bakıldığında, birçok akıl hastalığının temelinde "canavarca" denilen vb. hisler mevcut olduğundan, bu iki kavramın bir arada uygulanması yerinde olmayacaktır. (Apaçık,1994)

2.8.4.Antisosyal Kişilik Bozukluğu (Psikopati)

Psikopati, sosyopati ve topluma karşı kişilik bozukluğu olarak da adlandırılan antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler, sık sık suç sayılan davranışlar gösterirler. Kavgacılık, saldırganlık, dürtüsellik, sahtecilik, hırsızlık, yalancılık, toplumsal yaşamda ve aile yaşamında sorumsuzluk, acımasızlık gibi özellikler söz konusudur. Antisosyal kişilik bozukluğu gösteren kimseler, sürekli ve tutarlı ilişki kuramazlar. Zeki ve yetenekli olsalar dahi, bir işte uzun süre kalamazlar. Bu hızlı ve uçarı yaşam, orta yaşlarda duraklar, ancak bencillik ve sorumsuzluk devam eder. Tedavisi mümkün olmadığı iddia edilen antisosyal kişilik bozukluğu, akıl hastalığı olarak kabul edilmemektedir. Ayrıca bunun yanı sıra, yetersiz kişilik, şizoid kişilik, paranoid kişilik, affektif (siklotomatik) kişilik, apsis-agresif kişilik, obsesif-kompulsif kişilik, histerik kişilik gibi diğer kişilik bozuklukları da kural olarak, akıl hastalığı olarak değerlendirilmemektedir (Apaçık,1994; Özkan ve Hakeri,2009).

Antisosyal kişilik bozukluğu bulunan kişilerin ceza ehliyetleri tamdır. Dolayısıyla bu kişilere güvenlik tedbiri uygulanmaz; hapis cezası verilir. Fakat bu kişiler için normal cezaevlerinin de uygun olmayacağı ortadadır zira diğer tutuklu ve hükümlüler açısından tehlike oluşturabilir ve onları çeşitli suçlara da teşvik edebilirler. Bu kişiler için, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanlarının bulunduğu özel bir hastane-cezaevi modeli önerilmektedir. (Apaçık,1994; Özkan ve Hakeri, 2009) Bu, Alman Ceza Kanunu'nun 66. Maddesinde düzenlenmiş bulunan, “güvenlik altında tutma” tedbirine ve bu tedbirin uygulandığı sosyal terapi kurumlarını hatırlatan bir öneridir (Yenisey, 2009).

Sosyal terapi kurumlarına benzeyen psikopat kurumları da vardır. Psikopatlar, akıl hastası olmamakla birlikte, normalden ayrı hareket eden kimseler oldukları genel olarak kabul edilen kişilerdir. Bu kişilerin tedavi edilmelerinin mümkün olup olmadığı, tartışmalıdır. Yukarıda da ifade edildiği gibi, çoğunlukla, bu tür kişilerin tedavisinin mümkün olmadığı düşünülmektedir. Buna karşılık, diğer bir düşünceye göre ise, psikopat kavramı reddedilmelidir zira “pati” sözcüğü, bir hastalık ifadesidir. Psikopatlar ise, uyumsuz veya kötü intibak etmiş anormallerdir. Bu sebeple, onlara uyumsuz kişiler denmesi daha uygundur. (Demirbaş, 2008)

Psikopatlara verilen cezanın infaz edildiği ceza infaz kurumlarında, bu kişiler rahat durmadıkları, isyan ettikleri, resmi makamlara sürekli ve yersiz şekilde şikâyetlerde buldukları için, haklarında devamlı disiplin cezaları uygulanmaktadır. Bu kişilere ayrı bir yer verilmesi, tıbbi-psikiyatrik donanımlı personel sağlanması ve çeşitli etkinliklere yönlendirilmeleri hem kendileri hem de diğer kişiler için daha sağlıklıdır. Bu uygulama, Almanya'da mevcut olmamakla birlikte, Kuzey ülkeleri ve Belçika'da denenmektedir (Demirbaş, 2008).

Belçika'daki “Audenarde” cezaevinde denenmiş olan bu uygulama, olumlu sonuçlar vermiştir. Bu olumlu sonucun sebepleri ise şu şekilde açıklanmaktadır: Personel, psikiyatrik anlamda eğitilmiş olduğundan, görevini iyi yapmakta, bu kişilerle başa çıkabilmektedir. Ayrıca, normal ceza infaz kurumlarındaki hükümlülerin arasında, bu kişilerin davranışları göze batar ve alaya alınırken, kendilerine özgü kurumlarda herkes aynı durumda olduğundan rahat etmektedirler. Son olarak, diğer infaz kurumları da bu kişilerin ayrı bir kuruma konulmasından dolayı rahat etmektedir. Psikopat kurumu, nihayetinde yine bir cezaevidir, hastane değildir. Bu kurumları,

normal cezaevlerinden ayıran nokta, psikiyatrik bir anlayışın egemen olmasıdır. (Demirbaş, 2008).

5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanunu'nun (CGTİK) 18. Maddesi'nin 1. bendinde, yukarıda anlatılanlara paralel bir düzenleme bulunmaktadır. "Akıl hastalığı dışında ruhsal rahatsızlığı olan hükümlülerin cezalarının infazı" başlığını taşıyan maddenin birinci fıkrasındaki düzenlemeye göre, "Hapsedilme ve diğer nedenlerden kaynaklanan akıl hastalığı dışında rahatsızlıkları bulunup da ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde tutulmaları gerekli görülmeyle infaz kurumlarına geri gönderilenlerin cezaları, belirlenen infaz kurumlarının mahsus bölümlerinde infaz edilir." Söz konusu düzenleme yerinde olmakla birlikte, uygulamada bu yönde bir çalışma bulunmamaktadır.

2.8.5.Uyurgezerlik

Uyurgezerlik de, akıl hastalığı kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışmalı olan durumlardandır. Patolojik bir hal olan uyurgezerlik, çoğunlukla, akıl hastalığı olarak kabul edilir. Uyurgezerliğin, bir tür akıl hastalığı olduğu ve kusur yeteneğine etki derecesine Şensoy'a göre, diğer akıl hastalıklarının tabi olduğu rejime bağlı olması gerektiği söylenmektedir (Şensoy, 1950).

Ancak, uyurgezer olduğunu bilmesine rağmen uyumadan evvel gerekli tedbirleri almayan (örneğin uyurgezer olduğunu bilen bir kişinin, bu halinin başkaları için zararlı olabileceğini bilmesine rağmen yatağının yakınında dolu bir tabanca bulundurması (Dönmezer ve Ark, 2016) ve uyurgezer halde iken suç işleyen bir kişi bakımından taksirli bir sorumluluğun söz konusu olacağı, bu konuda kabul gören görüştür (Dönmezer ve Ark, 2016).

Bu durumda işlenen suç, taksirle işlenebilen bir suç ise, kişi cezalandırılmalıdır.

Bir görüşe göre, uyurgezerlik, "tabii uyurgezerlik" ve "suni uyurgezerlik" şeklinde ikiye ayrılmakta ve "suni uyurgezerlik" kapsamına, yukarıda açıklanmış bulunan "hipnotik telkinler" girmektedir. Gerçekten de hipnoz durumunda, yapay olarak oluşturulmuş bir uyku ve uyuşukluk durumu söz konusudur. Bu duruma ilişkin açıklamalar yukarıda yapıldığı için, burada kısaca doğal uyurgezerlik halinden bahsedilecektir. Doğal uyurgezerlikte, normal insanlarda uyanıklık halinde iken

faaliyette olan hayat fonksiyonlarının, uyku halindeyken de faaliyette olması söz konusudur. (Dönmezer ve Ark, 2016).

Uyurgezer kişi, uyuduğu zaman, bir başkasının etkisi ya da telkini ile olmaksızın, hareket eder, yer, içer, konuşur, rüyaları hareket haline getirerek, onları fiilen uygular. Yukarıda da belirtildiği gibi, uyurgezerin, uyku esnasında işlediği fiillerden dolayı sorumluluğu kabul edilemez. Zira bu esnada kişinin kusur yeteneği yoktur. Fakat pek de kabul görmemiş bulunan aksi görüşe göre ise, eğer bir kişi uyanık iken suçu düşünmemiş olsaydı, uyurken bu suçu işlemezdi; dolayısıyla uyku halinde iken işlediği fiilden kişi sorumlu olmalıdır (Özkan & Hakeri, 2009)

2.8.6.Yığın Psikolojisi

“Yığın psikolojisi, elbette ki bir akıl hastalığı değil, geçici nedendir” (TCK 34. madde). Ancak Almanya, Avusturya ve İsviçre gibi birtakım ülkelerin Ceza Kanunlarında, geçici neden şeklinde ayrı bir düzenleme bulunmadığından, geçici neden kapsamına girecek durumlar, akıl hastalığına ilişkin hükümlerin kapsamına sokulmakta ve bu şekilde çözülmektedir (Şensoy 1950, Dönmezer 2003)

Yığın psikolojisinde, failer arasında önceden yapılmış bir anlaşma veya iştirak iradesi bulunmamasına rağmen, aynı hareketi yaparlar. Yığın içerisinde suç hareketi yapan insan, çocukça bir gelişim aşaması üzerine harekete geçer. Bütün yığın içinde bulunan bireyler, kendilerine hakaret edilmiş veya tahrikte bulunmuş gibi, diğerleri ile benzer bir ruh hali içine girerler. Bazı durumlarda, yığındaki bireylerin içine girdiği bu ruh halinden yararlanmak isteyen ve onları istediği şekilde yönlendiren liderler söz konusu olmaktadır (Şensoy 1950, Dönmezer 2003).

Burada, sorumluluk bakımından, yığını yönetenler ile yığın içinde bulunanlar arasında ayrıma gitmek gerekir. Yığını suça azmettiren ve yöneten kişiler, azmettirmeden sorumlu olacakken, yığın içindeki kişilerin kusur yeteneğinin, yığın psikolojisi nedeniyle önemli ölçüde azaldığı kabul edilerek TCK 32. maddenin 2. bendi uygulamasına gidilmelidir (Dönmezer ve Ark, 2016).

2.9.Tutum Kavramı ve Önemi

Tutum kavramı genel itibariyle, kişinin çevresindeki canlı ya da cansız herhangi bir olay, durum ya da nesneye karşı sahip olduğu bir tepki ön eğilimini ifade etmektedir. Tutumun konusu, bir eşya bitki veya başka insan ya da insan topluluğu olabileceği

gibi, herhangi bir somut olmayan kavramlarda olabilir. Thurstone (1931) tutumu, “Psikolojik bir objeye yönelen olumlu veya olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelemesidir” şeklinde tanımlarken (Şahin &Dişsiz, 2009) Katz tutumu; “Bir bireyin çevresindeki bir simgeyi, bir nesneyi ya da bir olayı olumlu ya da olumsuz bir şekilde değerlendirme eğilimidir” olarak ifade etmektedir (Tavşancıl, 2010; Yazıcı, 2004). Allport (1935)’a göre ise tutum kavramı, “Yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ve dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur.” (Er, 2011; Freedman 2003; Şahin &Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

Bir başka tanıma göre tutum; “Bireyin içinde yaşadığı önemli olduğu düşünülen örtülü ve güdüleyici bir tepkidir.” Doob sonuçlardan çok bir tutumun ne olduğu üzerine durmuştur ve yaptığı tanım bir tutumun bireyin nasıl davranacağı üzerinde etkili olduğuna ilişkin bir varsayım içermekle birlikte açık davranışı içermemektedir (Şahin &Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

Thurstone’un tanımı ile benzerlik gösteren Stanford’un tutum tanımı “objelere ve sembollere olumlu veya olumsuz bir tepki göstermeye hazırlık durumdur” şeklindedir. Bu tanıma göre tutum, bireyin davranışlarını yönlendirici bir unsur olarak ele almaktadır (Şahin &Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

McClelland için tutum, bireyin şimdiki davranışı belirleyen geçmiş deneyimlerinin bir özeti olduğunu vurgularken, Sherif ise, “Bir tutum, psikolojik bir sürecin herhangi bir değer yargısıyla damgalanmış bir nesne veya duruma ilişkin olarak bireyin olumlu mu yoksa olumsuz mu duygusal tepki göstereceğini belirleyen oldukça sürekliliği olan bir hazır olma durumudur” şeklinde tanımlanmaktadır. (Şahin &Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

Bir tutum bir kez yerleştikten sonra bunun duruğun duygusal bir özelliği vardır. Sherif tutum tanımına güdü kavramını da eklemiştir. Sherif’e göre bilişsel, güdüsel ve davranışsal bir yapısı olan tutum, bireyin dış dünyaya ilişkin her türlü duygunu içerir (Tolan, 1985).

Bireyler sayısız alanda tutum konuları olduğu göz önüne alındığında, bunların her birinin bir tutum oluşturunun zorluğu açıkça görülebilir. Dolayısı ile bireyler bu konulan belli ölçütlere göre sınıflamakta ve bu sınıflara karşı tutum oluşturmaktadırlar.

Bireylerin belli bir konuya karşı tutum sahibi olmaları için o konu ile doğrudan bir deneyim geçirmeleri gerekmez. Dolaylı olarak (başkalarından duyarak ya da yayın araçlarından edindikleri bilgilere dayanarak) da birtakım konularda tutum sahibi olabilirler. Tutumlar bu şekilde bilişsel bir sistem oluşturarak, bireyin çevresi ile ilişkilerini kolaylaştırır. O nedenle tutum 'konusunun sosyal psikolojide, toplumsallaşma süreci ve bireyin toplumsal davranışını açıklamada merkezi önemi olduğu söylenebilir (Er, 2011; Freedman 2003).

Sosyal psikologlar yaşamda her şeyin insanların tutumlarına bağlı olduğunu ileri sürmektedirler. Hatta 1918'de Thomas ve Znaniecki sosyal psikolojiyi tutumların bilimsel incelemesi olarak tanımlamışlardır. 1930'ların sonuna doğru tutum konusuna ilgi doruk noktasına ulaşmış, 1950'lerde ise "grup dinamiği" konusu ön plana geçerek, tutum konusuna ilginin azalmasına neden olmuştur. 1960'lı yıllarda tekrar canlanan tutum araştırmaları, bu konuyu yeniden sosyal psikolojinin en çok üzerinde durulan konusu yapmıştır. Bunun kanıtını, son yıllarda yayınlanmış sosyal psikoloji kitaplarının içeriğinin yüzde yirmi beşinin tutum konusunu kapsamada ve yalnız tutumu konu alan birçok kitap ve makale yayınlanmış olmasında görebiliriz. Tutumların bireylerin çevrelerine uyumlarını kolaylaştıran bir sistem oluşturmaları yanı sıra, bireylerin davranışlarını da yönlendirici "gizli bir güce" sahip oldukları düşünülmektedir. (Er, 2011; Freedman 2003; Şahin & Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

Konuya bu açıdan bakıldığında, tutumların incelenmesine verilen önemin canlılığını koruması açıklık kazanmaktadır: mademki, tutumlar davranışların gerisindeki gizli yönlendirici güçlerdir, o halde tutum dinamiğinin (oluşma ve değişme olgusu) incelenmesi ile;

1) Bir yandan tutumların işleyiş şekli ortaya çıkarabilecek ve davranışların önceden tahmini olanağı doğacaktır.

2) Diğer yandan tutum değişimi sreğleri öğrenilerek bireylerin davranışları, tutumlarının etkilenmesi yolu ile, denetim altına alınabilecektir. Bunun günümüzde özellikle toplumları ve toplumların belirli kesimlerini yönetme durumunda olanlar için önemi açıktır (Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

Tutumu açıklamaya çalışan tüm tanımlar birlikte değerlendirildiğinde, tutumla ilgili özellikler şöyle sıralanabilir (Er 2011, Tavşancıl 2010, Yolaç 2009);

- Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan kazanılır. Birey toplumsallaşma sürecinde tutumları kültürel olarak kazanır. Yani tutumlar yaşantılar yoluyla öğrenilir.
- Tutumlar geçici olmayıp belli bir süre devamlılık gösterirler. Yani bireyler yaşamlarının belli dönemlerinde aynı düşünceye sahip olurlar.
- Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlar. ğrenme süreci içinde derece derece biçimlendiğinden, insanın çevresini anlamasına da yardımcı olurlar.
- İnsan – nesne ilişkisinde tutumların belirlediği bir yanlılık ortaya çıkar. Birey bir nesneye ilişkin bir tutum oluşturduktan sonra, ona yansız bakamaz.
- Bir nesneye ilişkin olumlu veya olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o nesnenin başka nesnelere karşılaştırılması sonucu mümkündür.
- Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlarda vardır. Toplumsal tutumlar, toplumsal değerler, grup ve nesnelere yönelik tutumlardır.
- Tutum, bir tepki şekli değil, daha çok bir tepki gösterme eğilimidir. Başka bir deyişle, tutumlar tepkide bulunmaya ilişkin eğilimdir.
- Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir.

2.10.Tutumunu Oluşturan Temel Öğeler

Bir tutum, bir nesneye ilişkin duygu, düşünce ve davranışlardan oluşmaktadır. Buna

1. Tutumun gerçeklere dayanan bilgi hazinesini oluşturan bilişsel öge,
2. Tutumun bireyden bireye değişen ve gerçeklerle açıklanamayan, hoşlanma hoşlanmama yönünü oluşturan duygusal öge,
3. Tutumun sözlü ya da eylemsel ifadesi olan davranışsal ögedir.

2.10.1.Bilişsel Öge

Bilişsel öge, bireyin düşünce süreçlerinde kullandığı bir sınıflama olgusudur. Tutum nesnesine ilişkin düşünce, bilgi ve inançlar bilişsel ögeyi oluşturur (Yolaç 2009) Triandis bilişsel ögeyi “bireyin düşünce süreçlerinde kullandığı bir sınıflama olgusu “olarak tanımlamaktadır. Buna, bilgilerin gruplandırılması da denilebilir. Bu sınıflama olgusu da bireylerin birbirinden gözle görülür şekilde olan uyarılara karşı tepkilerinde gösterdikleri tutarlılıktan anlaşılır (Er G 2011). Tutumların bilişsel öğeleri, tutum objeleri (uyarıcıları) ile ilgili gerçeklere dayanan bilgi ve inançlarından oluşmaktadır. Bunlar çevredeki tutum objeleri (konuları) hakkında bireylerin edindikleri bilgileri temsil etmektedir. Tutum ögesi ile ilgili bilgi, bireyin bu konu ya da konular grubu ile bir deneyim geçirmesi sonucu elde edilir (Baysal 1981, Er G 2011,Tavşancıl 2010). Yani, birey kitap okuyarak ya da bir başkasından duyarak çeşitli bilgiler edinir ve çevresinden aldığı bu bilgileri, kendi zihinsel yapısı doğrultusunda diğer bilgileri ile birleştirir, olumlu-olumsuz, yeterli-yetersiz, iyi- kötü gibi yargılar, fikirler ve inançlar oluşturur. Bu yargılar da doğru veya yanlış kişiye özel olup, bireyler arasındaki farklılıkları göstermektedir (Yazıcı, 2009). Varlığı bilinmeyen bir konuya karşı tutum oluşmadığından, tutumun oluşması için o konunun önce varlığının öğrenilmesi gerekmektedir. Tutum nesnesi hakkındaki bilgiler ne kadar gerçeklere dayanıyorsa, onunla ilgili tutumlar da o kadar kalıcı olur (Tavşancıl 2010; Yazıcı 2009). Tutumların bilişsel ögesi her bir kişinin bilgisel evrimi sonucudur. Bir tutumun inanç yönü ile duygusal yönü karşılıklı olarak birbirlerini etkilerler. Yani herhangi bir düzen hakkında olumsuz düşünceye sahip olan kişi, o düzen ile ilgili kendisinde olumsuz inançlar geliştirir. Bilişsel öge, bir inanç ifadesinin kabul edilmesidir; başka bir ifade ile tutum objeleri hakkındaki

inançlarımızı içerir. Bir objeye yönelik olumlu veya olumsuz bir tutum varsa, o obje hakkında olumlu veya olumsuz inanç da olacaktır (Er G 2011,Tavşancıl 2010). Tutumlar, düşünceler ve inançların birçok ortak noktası vardır ve ayırt etmek kolay değildir. Üçü de çeşitli şekillerde tepki göstermek için öğrenilmiş eğilimlerdir. Düşünce inanç ve tutum kavramlarını düşünsel olarak bağdaştırırken düşünce ve inançlar sonsuz bir düzende birbirine karşıt yönde pozisyon alırken tutum bu düzenin ortasında yer alır.

Tutumlar düşüncelerden daha uzun ömürlü ve köktencidirler bununla birlikte inançlar kadar derinden değildirler. İnançlar ile tutumlar arasında pozitif yönde bir bağımlılık vardır. Tutumlar inançlar kümesinden ortaya çıktığından bilişsel ögeyi açıklarken inanç kavramı yardımcı olmaktadır. Tutumun bilişsel ögesi tutumun derecelendirilmesini bilgi ve inanç düzeylerine göre farklılaştırır (Eren 2001).

Tutum ile inanç kavramları birbirlerine sebep-sonuç ilişkisiyle bağlı oldukları söylenebilir. İnanç; kavramına, nesne ya da olayların nitelikleri ya da varlıklarına ilişkin, biçimleyici değerlendirmeleri içeren duygusal öge katıldığında da, inançlar tutuma dönüşür. Her tutumda inançlar vardır, ancak her inanç; tutum oluşturmaz (İnceoğlu 1993). Tutumların bilişsel ögesi her bireyin bilgi birikim süreçlerinin sonucudur. Özetleyecek olursak bilişsel ögeyi inanç kavramıyla bağdaştırmak yerinde olur.

2.10.2.Duygusal Öge

Tutumun duygusal ögesi, insanın tutum nesnesine ilişkin duygu ve değerlendirmelerinden oluşur. Duygusal öge, bireyin tutuma konu olan canlı- cansız, somut-soyut olan şeylere karşı heyecanlarını ifade etmektedir. Tutum nesnesi hoş gidebilir veya gitmeyebilir, sevilir veya sevilmez gibi yargılar da tutumun duygusal ögesini oluşturur. Duygusal öge, tutuma devamlılık verir, tutumu şekillendirir (Er 2011,Tütüncü & Küçükusta 2008,Yolaç 2009). Freedman ve arkadaşları tarafından belirtildiği gibi Anderson ve Hubert, duygusal ögenin bilişsel ögeden daha kalıcı ve merkezi olduğunu vurgulamış ve tutum değişikliğine yol açan içerik unutulduktan sonra bile, duygusal ögenin ısrarlı bir biçimde kalıcı olduğunu göstermişlerdir. Dolayısıyla, bir tutumun bir bütün olarak yapısı karmaşık olmakla birlikte, önemli bir parçası olan duygulardan oluşan parçası genellikle çok yalındır (Freedman ve Ark

2003,Tavşancıl 2010). Tutumu inanç, gerçek ve değerlerden ayıran en önemli özellik, tutumların duygusal ögesinin olmasıdır. Tutumların duygusal ögesi, bireyin tutuma konu olan olay veya objelere karşı heyecanını içermektedir. Tutuma süreklilik kazandıran, tutumun itici veya şekillendirici olan yönü duygusal ögesidir. Tutumlar çoğu kez görüş bildirilerek ifade edilir (Er 2011).

2.10.3.Davranışsal Öge

Davranışsal öge, duygu ve kanıyla örtüşen bir şekilde hareket etme, davranış eğilimidir. Bu öge, tutumun sözlü ya da eylemsel ifadesidir (Şimsek ve Ark 2001). Söz konusu davranış eğilimleri sözle ya da hareketlerden gözlenebilir. Bu davranışlar bireyin alışkanlıkları, normları ve söz konusu tutum nesnesi ile doğrudan ilişkili olmayan tutumların da etkisi altındadır (Er 2011; İnceoğlu 1993). Davranışsal öge, duygusal davranış ve normatif davranış olmak üzere iki tür davranışı içermektedir. Duygusal davranış, tutum konusunun hoşça giden ya da gitmeyen bir durumla ilişkilendirilmesine, normatif davranış ise doğru davranışın ne olduğu konusundaki inançlara dayanmaktadır. Tutum konusuna yönelik davranışın, davranış normları ile yakından ilişkili olduğu dolayısı ile bireylerin normatif davranış gösterdiği belirtilmektedir. Bu nedenle bireyin belli bir konuya ait bilgi ve duyguları ile davranışı her zaman uymayabilir (Yazıcı 2004). Bir tutum, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını birbirleriyle uyumlu kılarak etkiler. Bu üç öge, yerleşmiş, güçlü tutumlarda tam olarak bulunur. Zayıf tutumlarda özellikle davranışsal öge çok zayıf olabilir. Tutum, bireyi davranışa hazırlayıcı karmaşık bir eğilimdir. Bunun sonucu, bireyin çevresindeki çeşitli objelere ilişkin beslediği duyguları, o objelerle ilgili düşünceleri ve bilgileri ve onlara yönelik davranışları devamlılık ve düzenlilik gösterir (Tavşancıl 2010). Tutumların davranışsal ögesi bireyin duygu ve kanısına uygun hareket etme eğilimini içermektedir. Bireyler her zaman duygu ve kanılarına uygun biçimde davranmaz veya davranamazlar. Bazı psikologlar bir tutumun davranış ögesinin duygusal ögeyi etkilediği görüşündedirler (Tavşancıl 2010).

Tutumu oluşturan öğeler arasında genellikle iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayıma göre, bireyin bir konu hakkında bildikleri ondan hoşlanmasını gerektiriyorsa (bilişsel öge) birey o konudan hoşlanır (duygusal öge) ve bunu sözleri ve davranışları (davranışsal öge) ile gösterir (Yazıcı, 2004).

2.11. Tutumun Özellikleri

Tutumların hem tüm olarak hem de tek tek bileşenleri için söz konusu olan bazı özellikleri vardır (Odabaşı-Barış,2002). Kişilerin tutumları bu özelliklerdeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Odabaşı-Barış,2002).

Güç Derecesi: Her tutumun bir gücü vardır ve bu güç üç bileşenin güçleri toplamı olarak düşünülebilir. Tutumlar ve bileşenler güç bakımından farklı olabilirler. Yerleşmiş tutumların gücü ve onu oluşturan bileşenlerin güçleri de yüksek olur. Aşırı olan tutumların da güçlü olduğu bilinmektedir. Güçlü ve aşırı tutumların değiştirilmesi, aşırı olmayan ve güçsüz tutumlara göre daha zordur (Odabaşı-Barış,2002).

Karmaşıklık: Tutumlar, bileşenlerinin karmaşıklık derecelerine göre farklı olabilirler. Bileşenleri karmaşık olan tutumların karmaşık, bileşenleri yalın olan tutumların ise, yalın olmaları söylenebilir (Odabaşı-Barış,2002).

Diğer Tutumlarla İlişki ve Merkezilik: Kişilerin tutumları, diğer tutumlarla ilişkileri bakımından farklılık gösterir. Bazı tutumların, diğer tutumlarla ilişkileri bakımından farklılık gösterir. Bazı tutumların diğer tutumlarla ilişkileri sıkı iken bazıları kopuk olabilirler. Bir tutumun diğer tutumları etkisi altına aldığı durumlara da rastlamak olasıdır (Odabaşı-Barış,2002).

Bileşenler arası Tutarlılık: Yapılan araştırmalar tutum bileşenlerinin genellikle birbirleriyle tutarlı olduklarını göstermektedir. Eğer, Bileşenler arası tutarsızlık varsa bu durum tutumlarda değişme sebepleri arasında yer alabilir (Odabaşı-Barış,2002).

Tutumlar arası Tutarlılık: Kişilerin tutumları genellikle tutarlı olma eğilimi göstermesine rağmen tutumların var olması için şart değildir. Tutarlılığın derecesi de somut olaylara göre değişebilmektedir (Odabaşı-Barış,2002).

2.12. Tutumların Oluşumu

Tutumların oluşumu konusunda çok çeşitli yaklaşımlar ortaya atılmıştır. Mc Guire, Reieh-Adcock ve Lambert'in bu konuda yaptıkları incelemelere dayanarak tutum oluşumundaki faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz(Er, 2011; Freedman 2003; Şahin &Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009):

- 1) Genetik faktörler,
- 2) Fizyolojik koşullar (olgunlaşma, hastalık, uyuşturucu alışkanlığı vb),
- 3) Tutum konusu ile doğrudan deneyim;
- 4) Kişilik,
- 5) Toplumsallaşma süreci (topluma uyum);
- 6) Grup üyeliği,
- 7) Sosyal sınıf.

Görüldüğü gibi ilk dört faktör doğrudan bireyin kendi yapısı ile ilgili özellikleri kapsamaktadır; diğer üçü ise bireyin toplumsal yaşantısının sosyo-psikolojik özellikleri ile ilgilidir. Bu faktörlerin her biri tutum oluşumuna iki türlü etkide bulunur: Birinci olarak, bireyin inanç sistemine özgül tutumsal içerik katar; ikinci olarak, bu sistemin değişime açıklık ya da bütünleşme derecesi gibi dinamik özelliklerini tayin eder. Bu faktörlerden bazılarının, örneğin, genetik faktörler ve fizyolojik koşulların tutum oluşumuna katkıları ile ilgili çok az araştırma vardır. O nedenle, bu iki faktörün tutum oluşumuna etki derecesi hakkında kanıtlayıcı bilgi yok gibidir. (Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

Diğer faktörler üzerine çok sayıda araştırma yapılmıştır ve onların tutum oluşumuna etkisi konusunda çok bilgi birikimi olduğu söylenebilir (Er, 2011; Freedman 2003; Şahin & Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009).

Araştırma bulgularına göre bu faktörlerin tutum oluşumuna katkıları değişik ölçülerdedir ve bunlar arasında en etkili faktörlerin toplumsallaşma süreci ve grup üyeliği olduğu kuşkusuzdur. (Er, 2011; Freedman 2003; Şahin & Dişsiz, 2009; Tavşancıl 2010; Yolaç 2009). Çünkü tutumların oluşmasında temel etken diğer bireylerdir; içinde bulunduğu topluma uyma birey için yaşamsal önem taşır. Toplumsallaşma süreci bireyin kişilerarası ilişkiler yolu ile içinde bulunduğu toplumun rol beklentilerini, değerlerini ve tutumlarını öğrenme sürecidir. Bu süreç bireylerin çocukluk yıllarında aile çevresinde başlar ve yaşamları boyunca sürer.

Bireyler için toplumun genel tutumları yanı sıra, üyesi olmak istedikleri veya zorunda, oldukları grupların tutumları da önemlidir. Bu gruplar aile, akrabalar, okul çevresi, arkadaş grupları, çalışma grupları, cemiyetler, mesleki kuruluşlar vb. gruplardır. Bireyler benzer tutumlarda olan kişilerle daha kolay bir araya gelip gruplaştıkları gibi, belirli nedenlerle üye olmak istedikleri ya da üye olmak zorunda kaldıkları grupların tutumlarını da benimserler ve hatta, bunun için tutum değiştirirler. Ancak bunun gerçekleşmesi, o grubun üyeliğini ne kadar istediklerine bağlıdır ve en çok tutumları benimsenen grup, bireylerin en çok üye olmak istedikleri gruptur(Tavşancıl 2010). Bu nedenle bazen danışma grubunun tutumu bireyin çalışma grubunun tutumundan daha önemli olabilir. Toplumsallaşma süreci ve grup üyeliği faktörlerinde öğrenmenin rolü çok belirgindir. O nedenle bazı bilimciler tutum oluşumunun öğrenme süreçleri için geçerli kural ve kuramlarla açıklanabileceğini savunmuşlardır. Bu yaklaşıma göre birey, tutum konularına ilişkin biliş, duygu ve davranış eğilimini ilişkilendir-me, pekiştirme, taklit ve bilgi aktarımı gibi öğrenme süreçlerinin temel bir rolü olduğu söylenebilir (Tavşancıl 2010).

2.13.Tutumların Oluşması ve Değişmesi

Tutumların varlığı davranışlardan anlaşılabilirse de kendi kendilerine oluşmazlar.

Tutum, bireyin tutum konusunu istenen ya da istenmeyen sonuçlarla (ödüllendirici-cezalandırıcı) ilişkilendirilmesi, tutum konusu ile doğrudan deneyim geçirmesi ya da başkalarından öğrenmesi yolu ile oluşmaktadır (Baysal 1981).

Tutumlar kalıtsal özellikler taşımazlar. İnsanlar sosyalleşme süreciyle beraber tutum sahibi olurlar (Yolaç 2009). Çoğu tutumların kökeni çocukluğa dayanmakta ve genelde doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit ve sosyal öğrenme ile edinilmektedir. Edinilen tutumların kaynağı kişisel deneyimlerden çok anne babalardır. Ezel tarafından belirtildiği üzere, birçok araştırma, anne babanın ve çocukların tutumları arasında yüksek ilişki olduğunu göstermektedir. Jenings ve Niemi tarafından 1699 lise öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada, öğrencilerin %74' ünün anne babalarına bağlı olduğu din ve mezhebe bağlı olduğu ve %60' ının anne babalarıyla aynı parti tercihi yaptıkları saptanmıştır. Çocuklar büyüdükçe anne babaların tutumlar üzerindeki etkisi azalmakta ve özellikle ergenlik döneminin başlamasıyla diğer sosyal etkenlerin rolü giderek artmaktadır (Er 2011; Tavşancıl 2010).

İnsanların bu sosyalleşme süreci içinde nelere, nasıl ve ne tür tutumlar oluşturacağını belirleyen birçok faktör mevcuttur. Bunlardan en önemlileri şunlardır (Yazıcı 2004);

1. Genetik Faktörler
2. Fizyolojik Faktörler
3. Tutum konusu ile ilgili doğrudan deneyim
4. Kişilik
5. Grup üyeliği
6. Sosyal sınıf
7. Toplumsallaşma süreci

İlk dört faktör, doğrudan bireyin kendi yapısı ile ilgili özellikleri, diğer üçü ise bireyin toplumsal yaşantısının sosyo psikolojik özellikleri ile ilgili olmaktadır. Bu faktörlerin değişik ölçülerde tutum oluşumuna katkıda bulunduğu ve bunlar arasında en etkili faktörlerin toplumsallaşma süreci ve grup üyeliği olduğu belirtilmektedir (Tavşancıl 2010; Yazıcı 2004).

Tutum, kişinin tutum konusu hakkındaki inançlarının davranışa dönüşmüş halidir. Kişi öncelikle objeye karşı inançlarını ve tutumunu şekillendirmektedir. Bu şekillenmede ilk etken bireyin geçmiş deneyimleridir. Tutumun oluşumunda ikinci etken bilginin kullanılabilirliği. Bireyin benzer durumlarda benzer etkilerle karşı karşıya kalması ve bu durumda deneyim ve bilgisini genelleyebilmesi ve elde ettiği düşünsel sonucu davranışa dönüştürmesinde etkili olan üçüncü etken genelleyebilme özelliğidir (Tavşancıl 2010; Yazıcı 2004).

Kendi düşüncelerimize zıt olan bir düşünceyi söylemeye veya yapmaya zorunlu bırakıldığımızda tutum değişmesi görülmektedir (Er 2011). Kişi bir tutumu belirli bir gerekçeyle geliştirir, yani tutum onun bir ihtiyacını karşılar. Eğer bu ihtiyaç karşılanırsa, tutuma da gerek kalmaz ya da yeni bir ihtiyaç ortaya çıkarsa, tutumda da paralel olarak bir değişme görülür (Yolaç 2009).

2.14.Tutumun Fonksiyonları

Tutumların kişinin amaçlarına ya da ihtiyaçlarına erişmesine yardımcı olmak için olduğu, bir fonksiyonu olduğu söylenebilir. Bir tutum birden fazla fonksiyonu aynı zamanda yerine getirebilmektedir. Fonksiyonlar birbirinden ayrı, kopuk olarak değil, birbirini destekler biçimde etkisini göstermektedir. Tutumun birbirini destekleyen dört fonksiyonu bulunmaktadır (Tavşancıl 2010; Yazıcı 2004).

2.14.1.Uyumlandırma (Araçsal) Fonksiyonu

Bireyler, çevrelerine uyumu kolaylaştıracak şekilde tutum edinerek veya değiştirerek iş ortamlarına ya da topluma uyum sağlamaktadır. Ayrıca tutumlar bireylerin amaçlarına ulaşmasında araç olarak rol oynamakta ve kolay değişebilmektedir (Baysal 1981, Yazıcı 2004).

Bazı tutumlar oldukça faydalı amaçlara hizmet ederler. Örneğin, bir çocuğun sıcak bir objeye dokunduğunda kendisini yakacağını öğrenmesi bir geri çekme tepkisidir. Sonraki olaylarda, obje her görüldüğünde; ortaya çıkan bu geri çekme tepkisi, kişiyi fiziksel zarardan koruma amacına hizmet eden ilkel bir tutumu gösterir. Tutumun gelişmesinin daha karmaşık ve ayrıntılı düzeyinde, bir şahıs tutum geliştirebilir, çünkü bu onun grubu tarafından kabul edilmesini sağlar. Genç bir iş adamı teşkilat tutumlarını benimseyebilir, çünkü bunları mesleğinde ilerleyebilmek için bir araç olarak görür (Köklü 1995).

2.14.2.Bireysel Savunma Sistemini Geliştirici (Ben Koruyucu) Fonksiyonu

Birey, çevresindeki uyaranlara karşı (olumlu veya olumsuz davranışları) kendisini koruma yoluna gider ve kendine göre bir yargı sistemi geliştirerek, olumlu veya olumsuz kararlar vererek psikolojik savunma mekanizmasını güçlendirir. Ayrıca birey, kendisi hakkında istemediği gerçekleri kabul etmez ve “ben koruyucu” tutumların, değiştirilmesi en zor tutumlar olduğu belirtilmektedir (Baysal 1981, Yazıcı 2004).

Tutum, bir savunma mekanizması gibi benliği koruyucu bir işlev görür. Bireyin kişiliğini koruyan ve temel değerlerine yönelik her türlü tehdidi önlemeye yarayan bir yapıya sahiptir. Freud'a göre birey, kendisi ile ilgili her türlü gerçeği, inancı ve ön

düşünceyi, dış dünyanın katı ve yıpratıcı gerçekleri ile karşı karşıya getirerek çatıştırmaktan kaçınır ve sürekli bir benlik koruma mekanizması geliştirir. Sonuçta bu yapıda tutumlar edinmek ister. Benlik koruma mekanizması iki biçimde var olur. Bunlardan birincisi söz konusu sorunu yadsıma ve hiç yokmuş gibi görme eğilimidir (Tavşancıl 2010, Yazıcı 2004)..

Bu tür bir savuma mekanizması bireyin psikolojik yapısı açısından tehlikeli sonuçlar doğurabilir. İkinci bir benlik koruma mekanizması ise, sorunu yadsıma yerine çarpıtma, yani değişik ya da daha düşük bir düzeyde algılama yoluyla gerçekleşir. Bu savunma mekanizması ruhsal denge açısından genellikle bir tehlike yaratmıyorsa da, insanın davranışlarında tutarsızlıklar oluşturabilir; hatta gereğinden fazla kullanıldığında önemli bir psikolojik soruna dönüşebilir (Yolaç 2009).

2.14.3.Değerleri Açık Hale Getirme (Değer İfade Edici) Fonksiyonu

Bireyin, bulunduğu ortamın kurallarını algılayarak edinmiş olduğu yargısı, bireyin tutumunun yön ve şiddetini etkilemekte ve bu yargının etkisi altında kalarak olay ve durumlara karşı tutumlar oluşturmasına yol açmaktadır. Tutumun bu fonksiyonu, bireyin kendi merkezi değerleri ile tutumlarının tutarlı olması isteğine dayanmaktadır (Baysal 1981; Yazıcı 2004).

2.14.4Bilgi Fonksiyonu

Tutumlar, kişilerin belli durumlar hakkında bilgi hazinesi oluşturmalarına ve bu bilgiler doğrultusunda yeni tutumlar geliştirmelerine yardım etmektedir. Bu fonksiyon bireyin, bilgi edinme ve bilgiyi çevreye anlam verecek şekilde örgütleme gereksinimine dayanmaktadır (Baysal 1981, Yazıcı 2004).

Bazı tutumlar yalın bir biçimde, bireyin dünyasını anlamasına ve karşılaşılabileceği tutum nesnelere ilişkin olarak davranışa hazır duruma gelmesine yardım ederler. Kendileri için hiçbir zaman kazanımlarına ulaşmada bir araç işlevi görmeyecek olan ve bilinçaltı çatışmaların çözülmesinde pek yardımcı olmayacak çok sayıda şey hakkındaki tutumları yalnızca nesnelere anlamak ve bir yerlere yerleştirebilmek için benimserler (Yolaç 2009).

2.15. Tutum ve Davranış Arasındaki İlişki

Davranış, bireyin yapabileceği veya deneyebileceği her şey olarak tanımlanabilir. Diğer bir ifade ile davranış bir organizmada yer alan ve organizma tarafından yapılan her türlü eylemdir. Örneğin, konuşmak, yürümek, televizyon seyretmek, yemek, okumak, dans etmek gibi organizma tarafından yapılan her türlü eylem davranış olarak kabul edilmektedir (Tütüncü & Küçükusta, 2008).

Tutum kavramında da belirtildiği gibi, tutumun davranışa yol açtığını ve davranışın gözlemi sonucu tutumun var olduğu söylenebilir. Yani, tutumun insan davranışını etkilediği bilinen bir gerçektir (Yolaç 2009).

Ankoraç tutumun incelenmesinin önemini, tutumların ortaya çıkacak olan davranış etkilediği varsayılmaktadır. Dolayısıyla, tutumlara davranışa yol gösteren olarak bakılabilir. Ayrıca davranışta farklılık yaratmak için tutumları değiştirmek araştırmacılara anlamlı bir başlangıç noktası vermektedir.” Şeklinde açıklamaktadır (Tavşancıl 2010).

Tutumlar, doğrudan gözlemlenemedikleri için varlıkları ancak sözlü ifadeler ya da davranışlarla saptanabilmektedir. Tutum kavramı, bireyin herhangi bir davranış ya da tepkisinden değil birçok davranış ya da tepkilerinden anlaşılabilir.

Tutulardan davranışları tahmin etmede üç ilkedden yararlanılmaktadır. Bu ilkeler;

1. Genel tutumlar en iyi genel davranışları haber vermektedir.
2. Özel tutumlar en iyi özel davranışları haber vermektedir.
3. Tutum ölçümü ve davranış arasında geçen zaman ne kadar az olursa tutum ve davranış arasındaki ilişki o kadar tutarlı olmaktadır (Yazıcı 2004).

Ancak 1960'ların sonunda yapılan araştırmalarda, tutum ve davranış arasında öne sürülen bu ilişki sorgulanmıştır. Tutum-davranış ilişkisini araştıran çeşitli araştırmaların değerlendirilmesi sonucunda, tutumla davranış arasında ilişki olmadığı ya da çok düşük bir ilişki olabileceği sonucuna varılmıştır (Kaner ve Ark 2002; Tavşancıl 2010; Yazıcı 2004). Örneğin bir erkek, kadınların çalışmasına taraftar olmadığını söyleyebilir ama kendi eşinin çalışmasına ses çıkarmaz. Ya da 10-15

çocuk sahibi olan ebeveynler aile planlamasından yana olduklarını söyleyebilirler (Kaner ve Ark, 2002).

Tutum-davranış ilişkisi konusunda daha sonraları yapılan araştırmalar, hem tutumların çeşitli özellikleri hem de durumsal değişkenler göz önüne alındığı takdirde tutumlarla davranışlar arasında ölçülebilir bir ilişki olabileceğini göstermektedir (Kaner ve Ark 2002).

Tutumlarının davranışa dönüşüp dönüşmemesi bazı faktörlerle ilişkilidir. Bunlar:

2.16.Tutumun Kuvvet Derecesi

Bir tutumun davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen en önemli faktörlerden biri tutumun kuvvet derecesidir. Kuvvet derecesi yüksek olan bir tutumun davranışa dönüşme ihtimali, kuvvet derecesi düşük olan tutuma göre çok fazladır (Tavşancıl 2010, Yolaç 2009).

2.17.Çevresel Faktörler

İnsanların içinde buldukları ortamın kendine özgü şartları insanların tutumlarının davranışa dönüşmesine veya dönüşmemesine neden olabilmektedir.

Ortamsal baskılar çok güçlü olduklarında tutumlar, genellikle, bu baskıların görece olarak güçsüz oldukları durumlardaki kadar davranışların güçlü bir belirleyicisi olamazlar. Açık bir tepki hem tutumun hem de çevrenin etkisi altındadır. Eğer çevrenin etkisi (baskısı) güçlü ise, tutumun tepkiye katkısı azalır; dolayısıyla tutum ve davranış arasındaki ilişki de azalır (Tavşancıl 2010, Yolaç 2009).

2.18.Davranışın Sonuçlarına İlişkin Beklentiler

İnsanların tutumlarının davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyen faktörlerden biri de gerçekleşen davranışın doğuracağı sonuçlara ilişkin beklentilerdir.

Davranışın doğuracağı sonuçlara ilişkin beklenti ve ortamsal koşulları tutumun kuvvet derecesinden ayrı düşünmek mümkün değildir. Eğer tutumun kuvvet derecesi çok yüksek ise, beklenti ve ortamsal koşullara bakmaksızın insanlar tutumlarını davranışa dönüştürebilirler (Yolaç, 2009).

2.19.Ölçme Hataları

Tutumla davranış arasındaki ilişkiyi azaltan bir etken de ölçmede teknik sorunlardır. Ölçme yöntemlerin de güvenilirliğin düşük olması (anlaşılmaz sorular, dikkatsiz yanıtlayıcılar, yeterli bilgiye sahip olmayan bilgi işlem uygulayıcıları) tutum ve davranış arasındaki ilişkinin yanlış saptanmasına neden olmaktadır (Tavşancıl 2010).

Baysal ve Tekarslan (1996) tutum konusunun önemini şu şekilde açıklamaktadır; “tutumların bireylerin çevrelerine uyumlarını kolaylaştıran sistem oluşturmalarının yanı sıra bireylerin davranışlarını da yönlendirici gizli bir güce sahip oldukları düşünülmektedir”. Sonuç olarak tutum, davranışı oluşturan etkenlerden biri olduğu için önemlidir (Tavşancıl 2010).

2.20.Tutum Ölçme Teknikleri

Bireylerin tutumlarını doğrudan gözlemek olanaksızdır. Thurstone (1929) tutumların sözel bir ifadesi olan kanılar aracılığı ile ölçülebileceğini ifade etmektedir. Bazıları ise kanıların her zaman tutumları ifade etmediklerini, bireyin söyledikleri ile davranışlarının farklı olabileceğini vurgulamaktadır. Fakat bireylerin davranışlarının, bireylerin kendilerine özgü tutumlarından kaynaklandığı kanısı çok yaygındır (Köklü 1995).

Tutumların ölçülmesi Amerika’ da büyük bir endüstri haline gelmiştir. İnsanların tutumları hakkında bilgi edinmek için gösterilen çabanın nedeni, onların tutumlarını bilmekle, davranışları önceden kestirmek ve kontrol etmeyi sağlayabilmektedir (Yazıcı 2004).

Çalışanlarla ilgili bilgi almada en fazla kullanılan yöntemin tutum araştırmaları olduğu kabul edilmektedir. Bu araştırmalar (Yazıcı 2004);

- Bireylerin davranışlarını tahmin etmek,
- İçinde buldukları koşullarla ilgili tutumlarını saptamak,
- Tutumlarını değiştirmek veya yeni tutum oluşturmak üzere bireylerin mevcut tercihlerini öğrenmek amacıyla yapılmaktadır.

Tutumlar doğrudan ölçülemeyen kavramlar oldukları için bunları en duyarlı şekilde ölçebileceği düşünülen çeşitli teknikler geliştirilmiştir. Tutum araştırmalarında en çok kullanılan teknik ise tutum ölçekleridir (Yazıcı 2004).

Tutum ölçekleri dört tiptir. Bunlar;

2.20.1.Thurstone Ölçekleri (Eşit Görünen Aralıklar Tekniği)

Thurstone ve arkadaşları, değişik derecelerde benimsenen tutumlara kesin değer puanlan verebilen bir ölçek geliştirmeye çalıştı. Thurstone ölçeğinin altında yatan mantık, “metre” nin uzunluğu ölçmesi gibi, on bir eşit aralığa bölünmüş bir tutumlar dizisinin de kişilerin görüşlerini matematik değerler olarak yansıttığı (ölçtüğü) varsayımıdır (Tavşancıl 2010).

Bu teknikte çok sayıda tutum cümlesinin, birbirinden eşit aralıklı farklılıklar gösteren 11 gruba ayrılması istenir. Burada hakemler, bir tutum objesi hakkındaki cümlelerin ne derece olumlu ya da olumsuz olduğuna karar verirler. Hakemler tarafından üzerinde görüş birliği ortaya çıkmayan cümleler ölçeğe sokulmaz, çünkü bunlar ölçülecek tutumu belirgin bir şekilde yansıtmıyor demektir (Tavşancıl 2010;Yolaç 2009).

Bir cümle kartının değişik hakemler tarafından konduğu kümelerin sayısı ne kadar çeşitli ise, o maddenin (cümlelerin) dağılımı (yayılmı) o kadar geniştir ve o cümlelerin nasıl bir tutumu yansıttığı hakkında o kadar az anlaşma var demektir. Bu tür cümlelerden arıtılmış bir ölçek kurulduktan sonra bu ölçek uygulamaya hazır demektir (Yolaç 2009).

2.20.2. Likert Ölçekleri (Toplamalı Sıralama Tekniği)

Davranış veya tutum ölçmek için Rensis Likert tarafından 1932’ de geliştirilen ve günümüzde çok yaygın olarak kullanılan derecelendirme tekniği, bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi temeline dayanmaktadır. Belli bir durum karşısında bireyin nasıl davranış göstereceğinin yazılı veya sözlü olarak ifade edilmesi söz konusudur (Yazıcı 2004).

Likert ölçeği, tutum ölçekleri içinde en yaygın olarak kullanılandır. Bunun nedeni, likert tipi ölçeklerin geliştirilmesinin diğer ölçeklere göre daha kolay ve

kullanımının daha da yüksek olmasıdır. Wiersma (2000)'ya göre likert tipi ölçekler, genellikle 3'ten az ve 7'den fazla olmayan aralığa sahip bir ölçek türüdür ve araştırmalarda genellikle 5'li likert tipi ölçekler kullanılmaktadır (Evrekli ve Ark, 2009). Likert tipi ölçeklerin en önemli özelliği tek boyutlu olmasıdır. Ölçekteki bütün maddeler aynı tutumu ölçer. Tek boyutluluğu sağlamak için madde analizi yapılır. Likert tipi ölçek ile Thurstone ölçeğinin farkı, Thurstone ölçeğinde hakemlerin görüş birliğinin esas alınması, madde analizinin yapılmamasıdır (Yolaç 2009).

2.20.3.Guttman Ölçekleri (Birikimli Ölçekleme Tekniği)

Ölçeğin bütün maddeleri aynı tutum boyutunu ölçmektedir (tek boyutluluk) ve bireyin ölçekten aldığı toplam puan ile o ölçekteki her bir maddeye ne şekilde tepkide bulunduğu tahmin edilebilir (üretilbilirlik). Herhangi bir maddeye verilen olumlu bir yanıt o maddeden önceki maddelere olumlu yanıt verdiği anlamına gelir (Sünbül, 2006).

2.20.4. Bogardus Sosyal Uzaklık Ölçeği

İlk tutum ölçme tekniklerinden biri Bogardus (1925) tarafından geliştirilen "Toplumsal (Sosyal) Uzaklık Ölçeği" dir. Cevaplayıcıdan çeşitli ırka, milliyete ve dine mensup grupları dikkate alarak, kendine yakınlık/uzaklık açısından verilen yedi seçenekten birini ya da birkaçını işaretleyerek, etnik grupları kabul etme derecelerini bildirmeleri istenir. Bu ölçekte cevaplayıcının maddelere gösterdiği tepkilerin aynı tutumun değişik düzeylerindeki yansımaları olacağı varsayımından yola çıkılmıştır.

Bu varsayım, ölçeğin tek boyutlu olarak tasarlandığı, her bir maddenin bu boyut üzerinde değişik dereceleri gösterdiği anlamına gelmektedir. Bu bakımdan tek boyutluluğa öncülük eden bir ölçektir. Bu ölçek günümüz ölçekleri ile karşılaştırıldığında oldukça kaba bir ölçektir (Sünbül 2006; Tavşancıl 2010; Yazıcı 2004).

3.GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1.Araştırmanın Türü

Bu çalışma, 2018 yılında MSKÜEAH 'nde çalışmakta olan hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma MSKÜEAH 'nde farklı birimlerde (poliklinik, acil servis, yataklı servisler, yoğun bakım üniteleri, onkoloji ünitesi, kemoterapi ünitesi vb) çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Çalışmanın verilerinin toplanma süreci 2018 yılının haziran, temmuz, ağustos aylarını kapsamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini MSKÜEAH 'de görev yapan başhemşire, başhemşire yardımcıları, sorumlu hemşireler, servis hemşireleri, eğitim hemşireleri ve diğer birimlerde çalışan hemşireler tamamı olan 450 kişi oluşturmaktadır.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan (herhangi psikiyatrik rahatsızlığı olmayan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,18-65 yaş aralığında olan ve verilerin toplandığı süreçte izinli olmayan hemşirelerle yürütülmüştür. Araştırma örneklemi; 328 hemşireden oluşmaktadır.

3.4.Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak 2 form kullanılmıştır.

3.4.1.Tanıtıcı Bilgi Formu;

Araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, hemşirelerin, sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, en uzun yaşadığı yer) mesleki özelliklerini (mesleki pozisyonu, deneyimi, çalışma sistemi, çalıştığı birim) adli psikiyatri hastasına bakım verme, daha öncesinde bilgi alma ve Türk Hukuk Sistemi içinde yer alan yasal düzenlemeleri bilme durumlarını ve adli psikiyatri

biriminde çalışmaya ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 14 sorudan oluşmaktadır. Bu form 6 açık uçlu içermektedir.

3.4.2.Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği (APHHTÖ);

Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutum Ölçeği Leyla Baysan Arabacı tarafından geliştirilmiş olup geçerliliği ve güvenirliliği yapılmış olup Cronbach alfa değeri 0.836'dir. (Baysan-Arabacı,2011)

APHHTÖ 'nin Puanlama Yönergesi 4 alt boyut ve 25 maddeden oluşmuştur.5'li likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin alt boyutları;

1.Sosyal Mesafe (4 madde): 14,15,16 ve 17. maddeler

2.Bakım Vermede İsteklilik (7 madde): 7,10,11,12,13,19 ve 20. maddeler

3.Güven (8 madde): 8, 9, 18, 21, 22, 23, 24 ve 25. maddeler

4.Tehlikeli Görme (6 madde): 1, 2, 3, 4, 5 ve 6. Maddelerdir. (Baysan-Arabacı,2011)

Alt ölçeklerden alınabilecek minimum ve maximum puanlar sırasıyla, Sosyal Mesafe Alt Ölçeği'nden 4- 20; Bakım Vermede İsteklilik Alt Ölçeği 'nden 7- 35; Güven Alt Ölçeği'nden 8- 40 ve Tehlikeli Görme Alt Ölçeğinden ise 6-30 dur. (Baysan-Arabacı, 2011)

Ölçekte ters ve düz maddeler vardır. Bunlar;

-Düz maddeler: 3, 4, 7, 10, 14, 15, 16, 17, 20. maddeler

-Ters maddeler: 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25. maddeler

Ölçeğin değerlendirmesinde düz maddeler; “Kesinlikle katılmıyorum” 1 puan, “Katılmıyorum” 2 puan, “Kararsızım” 3 puan, “Katılıyorum” 4 puan, “Tamamen katılıyorum” 5 puan olacak biçimde puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 125, en düşük puan 25'tir. Yüksek puan adli psikiyatri hastasına yönelik olumlu tutumu göstermektedir.

3.5. Verilerin Toplanma Süreci

Araştırmacı verilerin toplanma sürecinde araştırmanın amacı, araştırmanın önemi, verilerin gizliliği, araştırmayla ilgili etik ilkeler ve katılımın gönüllüğü esas alındığı anlatılmıştır. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Katılımcılarla birebir olarak yüz yüze görüşülmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 versiyonu kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Yüzdellik, Kruskall Wallis, Mann-Whitney Testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediklerini test etmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde parametrik testler normal dağılım göstermeyen verilerde non parametrik testler kullanılmıştır. One Way ANOVA ile Post Hoc testlerinden Tukey Schereffe testleri ile gruplar arası etkinlik değerleri incelenmiştir. Test sonucu Çalışmaya katılan hemşirelerin; Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeğinden elde edecek en yüksek puan 125, en düşük puan 25'dir. Yüksek puan adli psikiyatri hastasına yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulunun 180093 proje nolu 24 Mayıs 2018 tarihi onaylı 52777206-903.07.02 sayılı yazılı izin alınmıştır. Söz konusu iznin alınma sürecinde Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamındaki bireylerin gizlilik haklarının korunması için, anket formlarında kimlik bilgileri ile ilgili herhangi bir maddeye yer verilmemiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin haklarının korunması ve verilerin gizliliği için Aydınlatılmış Onam verilmiş ve araştırma sürecinde katılımcıların tümüne etik ilkeler hakkında bilgilendirilme sözlü ve yazılı olarak yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerinde gönüllülük esas alınarak çalışma yürütülmüştür. Çalışma saatleri içinde araştırmaya katılmakta güçlük çeken gönüllü hemşireler için uygun zaman dilimlerinde yapılmasına özen gösterilmiştir.

4.BULGULAR

Bu araştırma, bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla 328 katılımcı ile yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular, aşağıda verilen başlıklar altında tablolarla gösterilmiştir.

1. Hemşirelerin Sosyo demografik Dağılımı,

2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri Dağılımı,

3.Hemşirelerin Adli psikiyatri hastalarına yönelik Bakım Verme Durumu ve Bilgi Kaynakları,

4.APHHTÖ Toplam Puan ile APHHTÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı,

5.Demografik Özelliklerin Adli Psikiyatri Hastaları Toplam Ölçek Puanları ile Karşılaştırılması,

6.Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin APHTTÖ Puan Ortalaması ile Karşılaştırılması,

7.Sosyo demografik Özelliklerin APHHTÖ 'nin Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması,

8. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin APHHTÖ 'nin Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması.

Tablo 1: Hemşirelerin Sosyo Demografik Dağılımı (N=328)

Demografik Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)
<u>Yaş</u>		
20-29	51	15,5
30-39	94	28,7
40-49	152	46,3
50 ve üzeri	31	9,5
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	311	94,8
Erkek	17	5,2
<u>Medeni Durum</u>		
Bekar	74	22,6
Evli	254	77,4
<u>Eğitim Durumu</u>		
Lise	48	14,6
Ön lisans	63	19,2
Lisans	203	61,9
Lisansüstü	14	4,3
<u>En Uzun Yaşadığınız Yer</u>		
Köy	13	4,0
Kasaba	14	4,3
İlçe	41	12,5
Şehir	260	79,3

Hemşirelerin sosyo demografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Veriler ışığında; hemşirelerin %94,8 ’inin kadın, %5,2’sinin erkek; %15,5’inin 20-29 yaş

aralığında, %28,7'sinin 30-39 yaş aralığında, %46,3 'ünün 40-49 yaş aralığında; %22,6'sının bekar, %77,4 'ünün evli olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %14,6 'sının lise mezunu, %19,2 'sinin ön lisans mezunu, %61,9 'unun lisans mezunu, %4,3 'ünün lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu ve %4'ünün köyde, %4,3'ünün kasabada, %12,5'inin ilçede, %79,3 'ünün şehirde yaşadığı görülmektedir (**Tablo 1**).



Tablo 2: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı

Mesleki Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)
<u>Pozisyon</u>		
Eğitim Hemşiresi	5	1,5
Sorumlu Hemşire	38	11,6
Servis Hemşiresi	277	84,5
Diğer (Kemoterapi Hemşiresi, Diyaliz Hemşiresi, Poliklinik Hemşiresi)	8	2,4
<u>Denevim Yılı</u>		
1-5 Yıl	43	13,1
6-10 Yıl	34	10,4
11-20 Yıl	92	28,0
21-30 Yıl	137	41,8
30 Yıl ve Üzeri	22	6,7
<u>Çalışma Sistemi</u>		
Sadece Gece	15	4,6
Sadece Gündüz	39	11,9
Gece-Gündüz	274	83,5
<u>Çalıştığınız Birim</u>		
Yataklı Servisler	190	57,9
Yoğun Bakım	70	21,3
Poliklinikler	45	13,7
Diğer (Kemoterapi Ünitesi, Diyaliz Ünitesi)	23	7,0

Hemşirelerin mesleki özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %1,5'inin eğitim hemşiresi, %11,6'sının sorumlu hemşire, %84,5'inin servis hemşiresi, %2,4'ünün kemoterapi hemşiresi, diyaliz hemşiresi, poliklinik hemşiresi olarak

görev aldıkları ve %13,1'inin 1-5 yıl arası, %10,4'ünün 6-10 yıl arası, %28'inin 11-20 yıl arası, %41,8 'inin 21 ile 30 yıl arası deneyiminin olduğu görülmektedir. Katılımcıların %4,6'sının sadece gece, %11,9'unun sadece gündüz, %83,5 inin çalışma sitemi gece-gündüz olmakla birlikte %57,9 'unun yataklı servislerde,%21,3'ünün yoğun bakımda,%13,7'sinin polikliniklerde,%7'sinin kemoterapi ünitesi ve diyaliz ünitesinde çalıştığı tespit edilmiştir (**Tablo 2**).



Tablo 3: Hemşirelerin APH Yönelik Bakım Verme Durumu ve Bilgi Kaynaklarının Dağılımı

APH Hakkında Bilgi Düzeyleri	Sayı (N)	Yüzde (%)
<u>Adli Psikiyatri Hastasına Bakım Verme Durumu</u>		
Evet	87	26,5
Hayır	241	73,5
<u>Adli Psikiyatri Hastalarının Yasal Düzenlemeleri Hakkında Bilgi Edinip Edinmediği</u>		
Evet	16	4,9
Hayır	312	95,1
<u>Adli Psikiyatri Hastası Bilgi Edinme Kaynaklarınız</u>		
Hiç Bilgi Almadım	168	51,2
Arkadaşlarım	4	1,2
Hizmet İçi Eğitim Programları	161	37,8
Radyo -Televizyon – Gazete	11	3,4
İnternet Kitap Dergi	21	6,4
<u>Adli Psikiyatri Biriminde Hemşire Çalışmı mı?</u>		
Evet	255	77,7
Hayır	73	22,3

Tablo 3'te Hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik bakım verme ve bilgi kaynaklarının dağılımında; hemşirelerin %26,5'inin daha önce adli psikiyatri hastasına bakım verdiği, %73 'ünün ise daha önce bakım vermediği, %5'inin adli psikiyatri hastalarına yönelik yasal düzenlemeleri bildiğini, %95 'inin ise bilmediği görülmektedir. Adli psikiyatri hastaları hakkında bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında; %37,8 'inin hizmet içi eğitim programlarından %6,4 internet kitap ve dergilerden, %1,2 'sinin arkadaşlarından bilgi aldığını ve %77,7'sinin adli psikiyatri

biriminde hemşirelerin çalışmalı sorusuna “evet” yanıtını verirken, %22,3’ünün “hayır” yanıtını vermiş oldukları tespit edilmiştir. **(Tablo 3).**



Tablo 4: APHHTÖ Toplam Puan ile APHHTÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular

Alt Ölçekler	Min-Max Puan Aralığı	Alınan Puan Aralığı	$\bar{x} \pm SD$
Sosyal Mesafe	4-20	4-16	10,37±02,70
Bakım Vermede İsteklilik	7-35	12-30	19,64±03,10
Güven	8-40	19-40	28,57±04,49
Tehlikeli Görme	6-30	14-29	19,50± 04,49
APHHTÖ Toplam Puan	25-125	62-108	78,09±06,67

Hemşirelerin APHHTÖ 'nden alınan toplam puan ile alt ölçeklerinden alınan puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Güven Alt Ölçeği 'nden 19-40, Tehlikeli Görme Alt Ölçeği 'nden 14-29, Bakım Vermede İsteklilik Alt Ölçeği'nden ise 12- 30 ve Sosyal Mesafe Alt Ölçeğinden 4-16 puan ve toplamda 62-108 aldıkları bulunmuştur. Alt Ölçeklerin ortalamaları ve standart sapmaları yapılan analizler sonucunda Sosyal Mesafe Alt Ölçeği için 10,37±2,7, Bakım Vermede İsteklilik Alt Ölçeği için 19,64±3,1ve Güven Alt Ölçeği için 28,7±4,49, Tehlikeli Görme Alt Ölçeği için 19,5±4,49 ve toplamda 78,09±6,67 olarak saptanmıştır (Tablo4).

Tablo 5: Hemşirelerin Demografik Özelliklerin APHHTÖ ile Karşılaştırılması

Demografik Özellik	Sayı(n)	$\bar{x} \pm SD$	Analiz Sonucu
<u>Cinsiyet</u>			
Kadın	311	78,31 \mp 6,56	U = 1802,5* p<0,05*
Erkek	17	74,11 \mp 7,63	
<u>Yaş</u>			
20-29	51	78,58 \mp 5,84	f=0,24* p<0,05*
30-39	94	80,10 \mp 7,76	
40-49	152	76,67 \mp 5,45	
50 ve üzeri	31	78,09 \mp 6,67	
<u>Medeni Durum</u>			
Bekar	74	79,67 \mp 8,59	KW=0,001 p<0,01**
Evli	254	77,63 \mp 5,94	
<u>Eğitim Durumu</u>			
Lise	48	81,12 \mp 9,86	KW=6,43 p >0,05
Ön Lisans	63	77,47 \mp 6,65	
Lisans	203	77,82 \mp 5,46	
Lisansüstü	14	74,42 \mp 6,50	
<u>En Uzun Yaşadığınız Yer</u>			
Köy	13	79,2308	f=0,76 p>0,05
Kasaba	14	77,3571	
İlçe	41	77,3171	
Şehir	260	78,2000	

*p<0,05; **p<0,01

Çalışmaya katılan hemşirelerin demografik özelliklerinin, APHHTÖ 'nden aldıkları toplam puan üzerine dağılımına ilişkin bulguları Tablo 5 'de verilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyet ve yaş değişkenlerinin APHHTÖ üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir (**p<0,05**). İleri d¼zey istatistiksel testler uygulanarak yaş grupları karşılaştırıldığında; 40-49 yaş grubunun 20-29 yaş grubuna g¼re APHHTÖ 'i toplam puanının daha y¼ksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumlarının APHHTÖ üzerine etkisinin diğer değişkenlere oranla daha b¼y¼k bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Medeni durumu evli olan katılımcıların medeni durumu bekar katılımcılara oranla APHHTÖ 'nden daha d¼ř¼k puan aldıkları saptanmıştır ($p<0,005$).

Katılımcıların eğitim durumu ($k_w=6,43$ $p>0,05$) ve en uzun yaşanılan yerin ($F=076$ $p>0,05$) ise tutum ¼lçeęi üzerinde etkisi olmamaktadır. Ayrıca; ileri d¼zey istatistiksel testler uygulandığında y¼ksek lisans eğitimi g¼ren hemşirelerin ¼n lisans eğitimi g¼ren hemşirelere g¼re APHHTÖ 'nden daha y¼ksek puan elde ettikleri saptanmıştır ($p<0,05$) (**Tablo 5**).

Tablo 6: Hemşirelerin Mesleki Özellikleri nin APHTTÖ Puan Dağılımı

Mesleki Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)	Analiz Sonucu
<u>Pozisyon</u>			
Eğitim Hemşiresi	5	1,5	
Sorumlu Hemşire	38	11,6	KW= 0,02 p <0,05*
Servis Hemşiresi	277	84,5	
Diğer(Kemoterapi Hemşiresi, Diyaliz Hemşiresi, Poliklinik Hemşiresi)	8	2,4	
<u>Denevim Yılı</u>			
1-5 Yıl	43	13,1	
6-10 Yıl	34	10,4	KW=0,122 p>0,05
11-20 Yıl	92	28,0	
21-30 Yıl	137	41,8	
30 Yıl ve Üzeri	22	6,7	
<u>Çalışma Sistemi</u>			
Sadece Gece	15	4,6	KW= 0,77 p>0,05
Sadece Gündüz	39	11,9	
Gece-Gündüz	274	83,5	
<u>Çalıştığınız Birim</u>			
Yataklı Servisler	190	57,9	
Yoğun Bakım	70	21,3	KW= 0,56 p>0,05
Poliklinikler	45	13,7	
Diğer Kemoterapi Ünitesi, Diyaliz Ünitesi)	23	7,0	

*p<0,05

Çalışmaya katılan hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin APHTTÖ 'nden aldıkları toplam puan üzerine dağılımına ilişkin bulguları Tablo 6'da verilmiştir.

Hemşirelerin mesleki pozisyonlarının adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumları ile ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($k_w=0,02$, $p<0,05$) Hemşirelik deneyim sürelerinin ($k_w=0,122$ $p>0,05$), çalışma sistemlerini ($k_w=0,77$ $p>0,05$) ve çalıştıkları birimlerin ($k_w=56$, $p>0,05$) tutum ölçeği üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 6**).



Tablo 7: Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerin APHHTÖ 'nin Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Sosyal Mesafe	Bakım Vermede İsteklilik	Güven	Tehlikeli Görme
<u>Cinsiyet</u>				
Kadın	10,39±2,55	19,59±3,12	28,76±4,43	19,55±2,75
Erkek	10,05±1,81	20,47±2,64	25,17±4,26	18,41±2,69
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,50±2,76
<u>Analiz Sonucu</u>				
U	U=2315,5	U=2189,5	U=1216	U=1932
p	p>0,5	p>0,5	p>0,5	p>0,5
<u>Yas</u>				
20-29	9,94±3,12	19,68±2,65	29,80±3,92	19,15±2,46
30-39	10,70±2,13	20,67±2,90	28,70±4	20,03±2,92
40-49	10,24±2,50	19,05±2,84	28,23±4,82	19,14±2,34
50 ve üzeri	10,74±2,58	19,32±4,62	27,87±4,9	20,19±4,06
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,50±2,76
<u>Analiz Sonucu</u>				
f	0,246	0,001	0,138	0,032
p	p> 0,05	p <0,01**	p>0,05	p <0,05*
<u>Medeni Durum</u>				
Bekar	10,21±2,70	19,89±3,14	29,24±4,42	20,32±3,16
Evli	10,42±2,47	19,56±3,10	28,38±4,50	19,25±2,58
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,5±2,76
<u>Analiz Sonucu</u>				
KW	0,76	0,95	0,01	0,001
p	p>0,05	p>0,05	p<0,05*	p<0,05*

p <0,05*; p <0,01**

(Tablo 7 Devamı) Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerin APHHTÖ 'nin Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Sosyal Mesafe	Bakım Vermede İsteklilik	Güven	Tehlikeli Görme
<u>Eğitim Durumu</u>				
Lise	10,41±2,64	20,85±4,41	29,54±3,48	20,31±4,06
Ön Lisans	10,76±2,44	19,66±3,43	27,93±5	19,11±2,71
Lisans	10,27±2,49	19,53±2,50	28,57±4,42	19,44±2,33
Lisansüstü	9,92±2,99	16,92±2,33	28,28±5,92	19,28±2,99
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,50±2,76
<u>Analiz Sonucu</u>				
KW	0,35	0,001	0,086	0,279
p	p>0,05	p<0,05*	p>0,05	p>0,05
<u>En Uzun Yaşadığınız Yer</u>				
Köy	11,38±3,64	18,30±1,88	30,46±3,50	19,07±1,25
Kasaba	10,50±1,55	20,07±3,31	28,28±4,19	18,50±3,05
İlçe	10,90±1,92	19,80±2,65	28,09±3,88	18,51±2,19
Şehir	10,23±2,57	19,65±3,20	28,57±4,60	19,73±2,84
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,50±2,76
<u>Analiz Sonucu</u>				
ANOVA	0,19	0,42	0,42	0,026
p	p>0,05	p>0,05	p<0,05*	p<0,05*

p<0,05*

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo demografik özelliklerinin, APHHTÖ 'nin alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan üzerine dağılımına ilişkin bulguları Tablo 7'de verilmiştir.

Yapılan istatistiksel testlerden elde edilen bulgulara göre, Cinsiyet değişkeni ile APHHTÖ 'nin alt puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. (U=2315,5 U=2189,5 U=1216 U=1932, $p>0,05$)

APHHTÖ 'nin alt ölçek ortalamaları ile hemşirelerin yaşları karşılaştırıldığında tehlikeli görme alt boyutu ($p<0,05$) ve bakım verme boyutu ($p<0,05$) farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu; buna karşın sosyal mesafe alt boyutu ve (F=0,246 $p>0,05$), güven alt boyutu (F=0,138, $p>0,05$) farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Yapılan ileri istatistiksel testler ile APHHTÖ 'nden bakım vermede isteklilik alt boyutunda 20-29 ve 30-39 yaş gruplarından kaynakladığı belirlenmiştir.20-29 yaş grubundaki hemşirelerin 30-39 yaş gruplarındaki hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına bakım vermede daha istekli oldukları saptanmıştır ($p<0,05$). APHHTÖ 'nden tehlikeli alt boyutunda 30-39 ve 40-49 yaş gruplarından kaynakladığı saptanmıştır.30-39 yaş grubundaki hemşireler 40-49 yaşındaki hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarını daha tehlikeli gördükleri belirlenmiştir.

Hemşirelerin medeni durumları APHHTÖ 'nin alt puan ortalamaları karşılaştırıldığında; APHHTÖ 'nin sosyal mesafe ve bakım vermede isteklilik alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$) Ancak; medeni durum değişkeninin APHHTÖ 'nin güven alt boyutu ve tehlikeli görme alt boyutu ile istatistiksel anlamlı bir fark saptanmıştır. İleri istatistiksel testler uygulandığında; APHHTÖ 'nin güven alt boyutu ile medeni durumu bekar olanlar ve medeni durumu evli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. ($p<0,05$) Medeni durumu bekar olanların evli olanlara göre adli psikiyatri hastalarına daha güven duydukları saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca; APHHTÖ 'nin tehlikeli görme alt boyutu ile medeni durumu evli olanlar ve medeni durumu bekar olan gruplar arasında yapılan ileri istatistiksel testler sonucunda anlamlı fark bulunmuştur. Medeni durumu evli olanların medeni durumu bekarlara göre adli psikiyatri hastalarını daha tehlikeli görmüştür ($p<0,05$).

Eğitim durumlarının APHHTÖ 'i ile sosyal mesafe alt boyutu ($kw=0,35$ $p>0,05$) güven alt boyutu ($kw=0,086$ $p<0,05$) ve tehlikeli görme alt boyutu ($kw=0,279$ ($p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna karşın; hemşirelerin eğitim durumlarının APHHTÖ 'nin bakım vermede isteklilik alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($kw=0,001$; $p<0,01$). Lise mezunu hemşirelerin önlisans eğitimi gören hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına bakım vermede istekli oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hemşirelerin en uzun yaşadıkları yerin APHHTÖ 'nin sosyal mesafe alt boyutu ($F=0,19$) ile APHHTÖ 'nin bakım vermede isteklilik alt boyutu ($F=0,42$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Buna karşın; Hemşirelerin en uzun yaşadıkları yerin APHHTÖ ile güven alt boyutu ($F=0,042$) ve APHHTÖ 'nin tehlikeli görme alt boyutu ($F=0,026$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Yapılan ileri istatistiksel testler ile APHHTÖ 'nin güven alt boyutu yaşamının büyük çoğunluğunu köyde ikamet eden gruplar ve ilçede ikamet eden gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İlçede ikamet eden hemşireler köyde ikamet eden hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına güven duydukları saptanmıştır. Bununla birlikte APHHTÖ 'nin tehlikeli görme alt boyutu ile yaşamının büyük çoğunluğunu şehirde ikamet edenler ve APHHTÖ 'nin ilçede ikamet eden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,45$).

Şehirde ikamet eden hemşireler ilçede ikamet eden hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarını tehlikeli buldukları saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8: Hemşirelerin Mesleki Özelliklerinin APHHTÖ 'nin Alt Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması

p<0,05*; p<0,01**

Demografik Özellikler	Sosyal Mesafe	Bakım Vermede İsteklilik	Güven	Tehlikeli Görme
<u>Pozisyon</u>				
Eğitim Hemşiresi	8,40±3,28	22,60±3,28	24,20±6,57	19
Sorumlu Hemşire	10,76±2,09	19,52±2,43	27,00±4,15	19,65±2,45
Servis Hemşiresi	10,31±2,56	19,61±3,21	28,67±4,47	19,47±2,87
Diğer	11,75±1,38	19,12±0,83	29,25±1,03	20,00±0,92
(Kemoterapi Hemşiresi, Diyaliz Hemşiresi, Poliklinik Hemşiresi)	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,50±2,76
Toplam	0,282	0,264	0,019	0,634
Analiz Sonucu	p>0,05	p>0,05	p<0,05*	p>0,05
<u>KW</u>				
<u>p</u>				
<u>Denevim Yılı</u>				
1-5 yıl	10,16±3,20	19,32±2,49	29,86±4,11	19,35±2,54
6-10 yıl	9,44±2,29	20,82±2,47	28,97±4,44	18,44±2,10
11-20 yıl	10,85±2,05	20,88±2,75	27,88±3,50	19,86±2,87
21-30 yıl	10,25±2,54	18,61±2,86	28,76±5,01	19,29±2,55
30 yıl ve üzeri	10,75±2,52	19,31±4,54	27,71±5,08	20,56±3,63
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,50±2,76
Analiz Sonucu				
<u>KW</u>	0,078	0,000	0,122	0,047
<u>p</u>	p>0,05	p<0,05*	p>0,05	p<0,05*
<u>Çalışma Sistemi</u>				
Sadece gece	8,8±1,65	17,4±2,74	31,8±3,23	20,4±2,41
Sadece gündüz	9,6±2,34	18,76±2,85	28,41±4,28	20±2,82
Gece gündüz	10,56±2,54	19,88±3,1	28,42±4,52	19,37±2,76
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,5±2,76
Analiz Sonucu				
<u>KW</u>	0,001	0,001	0,06	0,119
<u>p</u>	p<0,01**	p<0,01**	p>0,05	p>0,05
<u>Çalıştığı Birim</u>				
Yataklı Servis	10,20±2,53	19,27±4,41	29,01±3,48	20,31±4,06
Yoğun Bakım Ünitesi	10,77±2,31	20,00±2,82	27,70±3,92	19,11±2,71
Poliklinikler	10,40±2,50	19,82±3,35	28,37±5,06	19,44±2,33
Diğer(Kemoterapi Ünitesi, Diyaliz Ünitesi)	10,52±3,02	21,17±2,47	28,08±4,25	19,86±2,99
Toplam	10,37±2,52	19,64±3,10	28,57±4,49	19,50±2,76
Analiz Sonucu				
<u>KW</u>	0,36	0,66	0,27	0,016
<u>p</u>	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05*

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki özelliklerinin APHHTÖ 'nin alt ölçek puan Ortalamalarıyla karşılaştırılması Tablo 8'de sunulmuştur.

Yapılan istatistiksel testlerden elde edilen bulgulara göre, Hemşirelerin mesleki pozisyonları ile APHHTÖ 'nin sosyal mesafe alt boyutu ($p>0,05$) bakım vermede isteklilik alt boyutu ($p>0,05$) tehlikeli görme alt boyutu ($p>0,05$) arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Ancak; Hemşirelerin mesleki pozisyonları ile APHHTÖ 'nin güven alt boyutu üzerine etkisi olduğu bulunmuştur. ($k_w=0,019$ $p<0,05$). Adli psikiyatri hastalarına eğitim hemşireleri sorumlu hemşirelere ve servis hemşirelerine göre daha güven duydukları saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin deneyim yılı ile APHHTÖ 'nin sosyal mesafe alt boyutu, ($k_w=0,078$ $p>0,05$) ve güven alt boyutu ($k_w=0,122$ $p>0,05$) üzerine etkisi olmadığı görülmektedir. Buna karşın; katılımcıların deneyim yıllarının APHHTÖ 'nin bakım verme isteklilik boyutu ($k_w=0,00$ $p<0,01$) ve tehlikeli görme alt boyutunun ($k_w=0,047$ $p<0,05$) APHHTÖ 'i puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu,.6-10 yıl arası çalışan gruplar 21-30 yıl arası çalışan hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarını daha tehlikeli olarak gördükleri ($p<0,01$) 6-10 yıl arası ve 30 yıl ve üzeri deneyime sahip olan grupların APHHTÖ 'nin puan ortalamaları ile tehlikeli görme alt boyutu arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hemşirelerin çalışma sistemlerinin APHHTÖ 'nin sosyal mesafe alt boyutu ve bakım vermede isteklilik alt boyutu üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Ancak; Çalışma sistemini sadece gece olarak belirlemiş hemşirelerin çalışma sistemini gece-gündüz olarak belirlemiş hemşirelere göre APHHTÖ 'nin bakım vermede isteklilik alt boyutu üzerinde daha etkin olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$). Bununla birlikte çalışma sistemi sadece gece olarak belirlenmiş hemşirelerin çalışma sistemi gece-gündüz olarak belirlenmiş APHHTÖ 'nin sosyal mesafe alt boyutu üzerinde daha etkili olduğu bulgulanmıştır ($p<0,05$).

Hemşirelerin çalıştıkları birimlerin APHHTÖ 'nin sosyal mesafe alt boyutu güven alt boyutu ve bakım vermede isteklilik alt boyutu üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) Bununla birlikte Hemşirelerin çalıştıkları birimlerin APHHTÖ 'nin tehlikeli görme alt boyutu üzerinde etkisi olduğu görülmektedir ($p<0,05$). İleri analiz teknikleriyle hemşirelerin çalışma birimleri irdelendiğinde polikliniklerde görev

yapmakta olan hemşirelerin; yataklı servislerde görev yapmakta olan hemşirelere göre APHHTÖ 'nin tehlikeli görme alt boyutu üzerine daha etkin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Çalışma bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgular 5 başlık altında tartışılmıştır. Sırasıyla bu başlıklar;

1. Hemşirelerin Sosyo Demografik Özellikleri, Mesleki Özellikleri, Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumları ve Adli Psikiyatri Hastalarını Hakkında Bilgi Kaynakları Dağılımının İncelenmesi
2. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo demografik ve mesleki özelliklerinin APHHTÖ Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi
3. APHHTÖ Toplam Puan ile APHHTÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi
4. Hemşirelerin APHHTÖ 'nde Toplam Puanları ile Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanların Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

5.1.Hemşirelerin Sosyo Demografik Özellikleri, Mesleki Özellikleri, Adli Psikiyatri Hastalarına Bakım Verme Durumları ve Adli Psikiyatri Hastalarını Hakkında Bilgi Kaynakları Dağılımının İncelenmesi

Bu bölümde çalışmamıza katılan hemşirelerin sosyo demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, en uzun yaşadıkları yer) ve mesleki özellikleriyle (mesleki pozisyonları, deneyim süreleri, adli psikiyatri hastaları hakkında bilgi edinme kaynakları) ilgili bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %94,8'inin kadın olduğu saptanmıştır. Baysan-Arabacı'nın (2013) yaptığı benzer çalışmada hemşirelerin %79,4'ünün kadın olduğu görülmektedir (Baysan-Arabacı,2013). Çalışmaya katılan erkek hemşirelerin sayısının az olmasının sebebi ülkemizde 1954 yılında çıkarılan hemşirelik kanununun erkek hemşire yetiştirilmesine olanak tanımayan bir yasal düzenleme olarak 50 yıldan fazla bir süre yürürlükte kalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. (Resmi Gazete. Sayı: 8647. 02.03.1954 tarih ve 6283 nolu Hemşirelik Kanunu)

Çalışmaya katılan hemşirelerin %46,3'ünün 40-49 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Baysan-Arabacı'nın 2013 yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin %42,6'sı 21-30 yaş aralığında olması yaş grupları yönünden farklılık göstermektedir.

Hemşirelerin %77,4'ünün evli, %61,9'unun lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Baysan-Arabacı'nın 2013 yılında yaptığı çalışmada hemşirelerin %71,3'ünün evli olması bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Baysan-Arabacı,2013). Aynı çalışmada hemşirelerin %62,7'si sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunudur. Araştırmamızda lisans mezunu hemşirelerin fazla olmasının, lisans tamamlama eğitiminden kaynaklandığı ve örgün eğitim alma süreleri göz önünde bulundurulduğunda, eğitim alt yapılarının benzer olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %37'sinin daha önce adli psikiyatri hastalarına bakım verdiği, %95,1'inin adli psikiyatri hastalarına yönelik yasal düzenlemeleri bilmediği belirlenmiştir. Türkiye'deki tüm ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanelerinde yapılan çalışmada; hemşirelerin %64,7'si daha önce adli psikiyatri hastasına bakım verdiği, %26,5'inin yasal düzenlemeler hakkında bilgi almadığını ortaya koymuştur (Baysan-Arabacı, 2013). Literatür ile çalışma sonuçlarının benzer olduğu; literatürdeki sonuçların biraz daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Bunun sebebinin ise eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hemşirelerin, psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelere oranla daha az adli psikiyatri hastasıyla karşılaşma olasılığından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda; adli psikiyatri hastaları hakkında bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında; %51,2'sinin daha önceden adli psikiyatri hastası hakkında bilgi almadığını, %37,8'inin hizmet içi eğitim programlarından, %6,4'ünün internet, kitap ve dergilerden, %3,4'ünün radyo, televizyon, gazetelerden, %1,2'sinin ise arkadaşlarından bilgi aldığı saptanmıştır. Arabacı ve Çam'ın (2013) "Adli Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörleri" araştırdığı çalışmasında hemşirelerin %72,9'unun adli psikiyatri hastası hakkında daha önceden bilgi aldığını ve bu bilgileri ise %52,5'i çalışma (mesai) arkadaşlarından edindiklerini belirtmişlerdir. Bu araştırma Türkiye'nin 7 farklı ilinde (Adana, Bolu, Elazığ, İstanbul, Manisa, Samsun, Trabzon) psikiyatri hastanelerinde yapılmıştır. Literatür ile çalışma sonuçlarımız karşılaştırıldığında; bizim çalışmamızda bakım verme durumlarının literatüre göre

düşük çıkma nedeninin bu hastalarla karşılaşma ihtimallerinin daha düşük olmasından; diğer bir sebebinin ise literatürdeki örneklemin çalışmamızdan daha geniş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda; hizmet içi eğitim programlarından bilgi edinme durumları literatür ile paralellik göstermektedir. Hemşirelerin bu konuda hiç veya asgari ders almamaları (Reed ve Fitzgerald,2005) göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin bu konudaki eksikliklerini bildirimleri göz önüne alınarak kliniklerde düzenlenen hizmet içi eğitim programları ile gidermeye çalıştıkları düşünülmektedir.

Çalışmamız bulgularında da görüldüğü üzere, hemşirelerin meslektaşlarıyla adli psikiyatri hemşireliği hakkında bilgi paylaşımlarının az olduğu, literatürde ise hemşirelerin çoğunlukla meslektaşlarıyla paylaşım içinde oldukları görülmektedir. Bu farklılığın hemşirelerin ekip içi paylaşımları ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

5.2.Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo demografik ve Mesleki özelliklerinin APHHTÖ Aldıkları Toplam Puan Üzerine Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu bölümde çalışmamıza katılan Hemşirelerin Sosyo demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, en uzun yaşadıkları yer) ve mesleki özelliklerinin (mesleki pozisyonları, deneyim süreleri, adli psikiyatri hastaları hakkında bilgi edinme kaynakları) APHHTÖ 'i üzerinden aldıkları toplam puan ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Tutum açısından bakıldığında; kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına karşı daha olumlu tutumlar içinde oldukları saptanmıştır. Literatürde; erkek hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına karşı daha otoriter tutum gösterdikleri (James ve Ark, 1990), başka bir çalışmada erkek hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına karşı daha olumlu tutumlara sahip oldukları görülmektedir (Baysan-Arabacı, 2013). Çalışmalara katılan erkek hemşire sayısının kadın hemşire popülasyonundan az olması bu konuda farklı sonuçlar elde edilmesine neden olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

40-49 yaş grubu hemşireler,20-29 yaş grubu hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına yönelik daha olumlu tutumlara sahiptirler. Tutumların 12-30 yaş

aralığında gelişmekte ve gelişimini tamamlamakta olduğu dűřünüldüğünde; (Tavşancıl,2010) hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumların gelişimin tamamladığı ve değiştirilmesi güç olduğu şeklide yorumlanabilir.

Evli olan hemşirelerin bekar hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına karşı olumsuz tutumları olduğu saptanmıştır. Literatürde medeni durumların tutumlar üzerine etkisi olmadığına yönelik çalışmalar varken (Baysan-Arabacı, 2013; Kütük ve Ark, 2016); aynı zamanda medeni durumların adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumları üzerine etkisi olduğuna yönelik çalışmalar da mevcuttur (Özer ve Ark, 2017). Literatürde adli psikiyatri hastalarına yönelik çalışmaların oldukça sınırlı olması medeni durumlar ile tutumlar arasındaki ilişkinin açık şekilde ortaya konamama sebebi olarak dűřünülebilir.

Eğitim durumu ile APHHTÖ aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde, yüksek lisans mezunları ile ön lisans mezunlarına arasında anlamlı farklar tespit edilmiş olup yüksek lisans mezunlarının daha olumlu tutumlara sahip olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada; lisans veya üzeri eğitim alan hemşirelerin ruhsal hastalıklara daha olumlu yaklaşım sergiledikleri (Ergün,2005) başka bir çalışmada ise sağlık alışanlarında eğitim düzeyi yükseldikçe iyi niyetli tutumlarının arttığı (Arkan ve Ark 2011, Tanığ 1996) belirtilmiştir. Araştırmamız ve literatürde her ne kadar hemşirelerin eğitim durumlarının tutumlarını etkilediği saptanmış olsa da; Türkiye’de hemşirelik ilk dönemlerde kursa dayalı iken günümüz lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine gelinceye kadar, müfredatlarında adli psikiyatri hemşireliğini de içine alan psikiyatri eğitiminin verilmemesi, verilmeye başlayan dönemlerden sonra ise yeterli düzeyde verilmemesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden en uzun yaşadıkları yerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkilemediği görölmüştür. Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) alışmasında kentsel ve kırsal kesimdeki bireylerin reddedici tutumları arasında anlamlı fark olmadığı; Baysan-Arabacı’nın çalışmasında da (2013) hemşirelerin en uzun süre yaşadıkları yerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarında etkisi olmadığı saptanmıştır. Literatür ile araştırma sonuçlarımız paralellik göstermektedir.

Hemşireler çalışma pozisyonlarına göre değerlendirildiklerinde; eğitim hemşireleri sorumlu ve servis hemşirelerine göre adli psikiyatri hastalarına karşı daha olumlu tutumlara sahip oldukları saptanmıştır. Servis ve sorumlu hemşirelere göre, eğitim hemşirelerinin ağırlıklı olarak lisansüstü eğitim yapmış olmaları ayrıca eğitim hemşireleri ihtiyaç duyulan alanlarda klinik hemşirelerine hizmet içi programlar düzenleme rollerini yerine getirirken daha fazla bilgi birikimlerinin olması, bu hastalara karşı tutumlarını olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanmaktadır. Hemşirelerin çalışma süreleri, çalıştıkları birimler ve çalışma sistemleri adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkilememiştir.

5.3.APHHTÖ Toplam Puan ile APHHTÖ Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu bölümde APHHTÖ 'nden alınan toplam puan ile APHHTÖ 'nin alt boyutlarından (sosyal mesafe, bakım vermede isteklilik, güven, tehlikeli görme) alınan puanların dağılımına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Alt Ölçeklerin ortalamaları ve standart sapmaları yapılan analizler sonucunda Sosyal Mesafe Alt Ölçeği için $10.37 \pm 2,7$, Bakım Vermede İsteklilik Alt Ölçeği için 19.64 ± 3.1 ve Güven Alt Ölçeği için 28.57 ± 4.49 , Tehlikeli Görme Alt Ölçeği için ise 19.5 ± 4.49 olarak bulunmuştur. Baysan Arabacı'nın (2013) çalışmasında; APHHTÖ 'nin "sosyal mesafe" alt boyutunun puan ortalaması $10,45 \pm 3,33$, "bakım vermede isteklilik" alt boyutunun puan ortalaması $22,31 \pm 4,25$, "güven" alt boyutunun puan ortalaması $20,49 \pm 5,24$, "tehlikeli görme" alt boyutunun puan ortalaması $15,98 \pm 3,61$ ve ölçek bütününe ilişkin puan ortalaması $69,07 \pm 12,46$ 'dır.

Hemşirelerin adli psikiyatri hastaları ile sosyal mesafe ilişkilerinde sıklıkla "kararsızım" görüşünde olduğu saptanmıştır. Bu maddeler; "Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte çalışırım" (%47,6), "Adli psikiyatri hastası olan birisini ailemle tanıştırmam" (%38,7), "Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm" (%40,9), "Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım" (%51,5)'dir. Sosyal mesafe ile korku arasında doğru orantılı bir ilişki olması (Angemeyer ve Matschinger,2003) ve bireyleri tehlikeli görmenin sosyal mesafe ve tutumları negatif yönde etkilemesi (Crisp ve Ark, 2000);çalışmada hemşirelerin,

koru duyup duymadıkları arasında bir ikilem yaşadıklarından kaynaklanıyor olabileceği düşüncesini güçlendirebilir.

Araştırmamızda; hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına bakım verirken istekli olmadıkları (%42,1), tedirginlik hissettikleri (%38,7) saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda adli psikiyatri hemşirelerinin hastalarla etkileşime girmekten memnuniyetsiz oldukları ve katı bir tutum gösterdikleri, hastalara otoriter davrandıkları saptanmıştır. (Meehan 2006, Mason ve Ark 2008a; Richman ve Ark 1999, Rogers ve Topping-Moris 1997) Literatür ile bulgularımız örtüşmektedir.

Çalışma sonuçlarına göre; hemşireler adli psikiyatri hastaları ile güven ilişkisi kurmaktan çekinmiş (%37,5), adli psikiyatri hastalarını tehlikeli olarak görmüşlerdir (%36,8). Literatüre bakıldığında; hemşirelerin ortaya çıkabilecek krizleri ve şiddet riskine karşı sürekli alert oldukları ve bu durumunda korku ve öfkeye neden olabileceği, (Doyle, 1999; Lyson, 2009) bunun sonucunda da tutumların olumsuz yönde etkilenebildiği ortaya konmuştur (Angemeyer & Matschinger 2003).

5.4.Hemşirelerin APHHTÖ'nde Toplam Puanları ile Ölçeğin Alt Boyutlarından Alınan Toplam Puanların Karşılaştırılmasının İncelenmesi

Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerin APHHTÖ ve ölçeğin alt boyutlarından (sosyal mesafe, bakım vermede isteklilik, güven, tehlikeli görme)alınan toplam puanlara ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; hemşirelerin cinsiyetleri adli psikiyatri hastalarına karşı güven duygusu, adli psikiyatri hastalarını tehlikeli olarak görmeleri, bu hastalar ile sosyal ilişkilerinde mesafe koymayı ve adli psikiyatri hastalarına bakım verme konusunda isteklilikleri adli psikiyatri hastalarına olan tutumlarını etkilememiştir. Roy ve Subich (1998) araştırmalarında cinsiyet farklılıkları açısından bu hastalara yönelik tutumlarının endişe, korku ve saldırı deneyimi ile ilişkili olmadığını saptamış, buna karşın başka birçok çalışmada ise erkek sağlık personellerinin adli psikiyatri hastalarına agresif ve otoriter davrandıklarını (James ve Ark ,1990; Daffern

ve Ark 2006) içeren çalışmalar da vardır. Bu konuda literatürde net bir görüş birliği sağlanamamıştır.

Sosyo demografik özelliklerden medeni durum incelendiğinde; evli olanların bekar olanlara göre adli psikiyatri hastalarına daha fazla güven duymaları, tutumlarında olumlu bir fark olarak ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte evlilerin bekarlara göre adli psikiyatri hastalarını daha tehlikeli görmesi tutumlarının olumsuzlaşmasına neden olabileceği şeklinde düşünülmüştür. Yüce ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında; bekar hemşirelerin evli olanlara göre iyi niyetli tutum gösterdikleri bilirse de literatürde bu konuda çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Hemşirelerin en uzun süre yaşadıkları yer ile adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumların alt boyutları arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde ruhsal hastalıkları olan bireylere toplumsal ortamlarda daha az sosyal mesafe konulurken; kişisel alanları paylaşma, evlilik, işe alma, evini kiraya verme gibi durumlarda sosyal mesafeyi arttırdıklarına yönelik çalışmalar (Arkar, 1991; Whatley, 1959) mevcuttur. Bununla birlikte literatürde adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumun kırsal ve kentsel bölgeler arasında farkına dönük herhangi bir bulgu belirtilmemiştir.

Lise mezunu hemşirelerin tutum alt boyutlarından bakım verme istekliliği konusunda ön lisans mezunu hemşirelere göre daha iyi durumda olduğu, bununla birlikte genel tutum üzerinde pozitif bir etki yaratmadığı saptanmıştır. Bu konuda beklentinin, eğitim seviyesi arttıkça tutum ve tutumun alt boyutlarında pozitif yönde bir artışın olması beklenirken, sonuçlarımız bu beklentiye uygun bulunmamıştır. Bunun nedeninin ise; ön lisans eğitiminin çok da eğitim kalitesinde bir fark yaratmadığı lise eğitimiyle aynı seviyede kaldıkları olumlu yansıma olmamasının açıklar niteliktedir (Kent-Wilkinson 2011).

Çalışmamızda; eğitim hemşirelerinin servis hemşireleri ve sorumlu hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına karşı güven alt boyutundan almış olduğu puanların daha yüksek olması ve genel tutum arasındaki ilişkinin varlığı daha olumlu tutuma sahip olduklarını göstermiştir. Literatürde psikiyatri hastanelerinde ve adli psikiyatri hastanelerinde çalışmış hemşirelerin diğer hastanelerde çalışan hemşirelere göre adli psikiyatri hastalarına karşı daha güvensiz oldukları bildirilmiştir. (Mason ve Ark 2008a; 2008b) Klinik hemşireleri ve klinikten sorumlu hemşireler eğitim hemşirelerinden farklı olarak vekil ebeveyn rolüne sahip olduklarından, hastanın özel

alanlarına daha yakın bakım verdiklerinden, olası bir kriz anında müdahale alanına daha yakın olduklarından güven duygularının daha çok sarsılmasına sebebiyet verdiği düşünülmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan hemşirelerin 94,8'inin kadın, %46,3'ünün 40-49 yaş aralığında, %77,4'ünün evli olduğu, %14,6'sının lise mezunu, %19,2'sinin ön lisans mezunu, %61,9'unun lisans mezunu, %4,3'ünün lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu ve %79,3'ünün şehirde yaşadığı saptanmıştır.

Sosyo demografik özelliklerin APHHTÖ 'nden cinsiyet ve yaş değişkenlerinin APHHTÖ üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yaş gruplarının Post Hoc Tukey ve Scheffe testleri incelendiğinde;40-49 yaş grubu 20-29 yaş grubuna göre APHHTÖ toplam puanın daha yüksek puan aldıkları bulgulanmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumlarının APHHTÖ üzerine etkisinin diğer değişkenlere oranla daha büyük bir etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Medeni durumu evli olan katılımcıların medeni durumu evli olan katılımcılara oranla daha düşük puan aldıkları saptanmıştır ($p<0,05$).

Hemşirelerin mesleki pozisyonlarının ($kw=0,02$ $p<0,05$), hemşirelik deneyim sürelerinin ($kw=0,122$, $p>0,05$), çalışma sistem-erini ($kw=0,77$ $p>0,05$) ve çalıştıkları birimlerin ($kw=56$ $p>0,05$) tutum ölçeği üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin APHHTÖ 'nin toplam puan ortalaması minimum 62, maksimum 108 değer almış alıp katılımcıların ortalaması 78 bulunmuştur. APHHTÖ 'nden alınan toplam puanın değeri orta düzeydedir.

Yapılan istatistiksel testler sonucu APHHTÖ 'nin cronbach alfa değeri 0,86 bulunmuştur.

Çalışma sonuçları MSKÜEAH 'sine bildirilmiş olup, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumların iyileştirilmesi gerekli eğitim ve desteğin sağlanmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Bu bilgiler ışığında hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik kararsız tutumunu pozitif yönde ilerleyebilmesi için;

- Hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumların ve bunlara etki eden etmenlerin belirlenmesine yönelik daha geniş evren ve örneklem gruplarında çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik bilgi düzeyinin daha geniş evren ve örneklem gruplarında araştırılması,
- Tutumun bilgi fonksiyonundan yola çıkarak adli psikiyatri hastalarına yönelik hemşirelik yaklaşımı ile ilgili bir eğitim planlanarak deneysel çalışmaların planlanması,
- Adli Psikiyatri hastalığı olan bireylere yönelik hemşirelerin farkındalığın arttırılması, tutum ve inançların olumlu hale getirilmesi için hemşirelerin bilgilendirilmesinde, radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçları kullanılarak eğitici programlar düzenlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği biliminin bir alt grubu olan Adli Psikiyatrinin özelleştirilerek lise, ön lisans, lisans, lisansüstü eğitim programlarında ders içeriklerinde yer alması önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

1. Angermeyer MC, Matschinger, H (2003) The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiat Scand* 108:304-9.
2. Arkan B, Bademli K, Çetinkaya-Duman Z (2011) Sağlık Çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye’de yapılan Çalışmalar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(2):214, 231
3. Baysan-Arabacı L, Çam O (2011) Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 48; 175-83.
4. Baysan-Arabacı L, Çam O (2013) Türkiye’de Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 24
5. Birgen, N. (1986) Epileptik Kişilerin Suça Yatkınlığı, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul.
6. Bostancı N & Aştı N (2004) Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 17:87-93.
7. Bowring-Lossock, E. (2006) The forensic mental health nurseVA literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*,(13), 780-785.
8. Burrow, S. (1993). The role conflict of the forensic nurse. *Senior Nurse*, 13(5), 20-25.
9. Chaloner C. (2000) Ethics and morality. In: *Forensic Mental Health Nursing—Current Approaches* (eds Chaloner, C. & Coffey, M.), pp. 269–287. Blackwell Science Limited, Oxford.
10. Chandley, M. (2002) Nursing interventions and future directions with severely assaultive patients. In A. M. Kettles, P. Woods, & M. Collins (Eds.), *Therapeutic interventions for forensic mental health nurses* (pp. 102Y119). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
11. Coffey, M. (2011) Resistance and challenge: Competing accounts in aftercare monitoring. *Sociology of Health and Illness*, 33(5), 748-760.
12. Coffey, M. (2012) Negotiating identity transition when leaving forensic hospitals. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, 16(5), 489-506.
13. Collins, M., & Davies, S. (2005). The security needs assessment profile: A multidimensional approach to measuring security needs. *International Journal of Forensic Mental Health*, 4(1),39-52.

14. Crisp AH, Gelder MG, Rix S (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Brit J Psychiat*, 177:4-7.
15. Cunha OS, Gonçalves RA (2017) Attitudes of police officers toward offenders: implications for future training. *Policing*; 40(Suppl.2): 265-277.
16. Çam O, Arabacı BL (2012) Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*
17. Çocuk Koruma Kanunu (5395 S.K.) (2005) Çocuk Mahkemelerinin Kuruluşu, Görev ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun (2253 S.K.)
18. Daffern M, Mayer M, Martin T (2006) Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital. *J Psychiat Ment Health* 15:93-9.
19. Dale C (2001) Dual diagnosis. In C. Dale, T. Thompson, & P. Woods (Eds.), *Forensic mental health issues in practice* (pp. 189-202). London, UK: Harcourt Publishers Limited.
20. Dale C, & Gardner, J (2001) Security in forensic environments: Strategic and operational issues. In C. Dale, T. Thompson, & P. Woods (Eds.), *Forensic mental health issues in practice* (pp.251-273), London, UK: Harcourt Publishers Limited.
21. Davison, S (2004) Specialist forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 19-24.
22. Demirbaş T (2008) Güvenlik Altında Tutma ve Sosyal Terapi Kurumları, Uğur Alacakaptan'a Armağan, İstanbul Bilgi Üniversitesi
23. Demirbaş T (2011) Ceza Hukuku Genel Hükümler, Seçkin Yayıncılık, Ankara
24. Dinçmen, K (2005) Psikiyatri/Psikosomatik Tıp, Pan Yayıncılık, İstanbul
25. Doyle M, Jones P. (2013) Hodges' Health Career Model and its role and potential application in forensic mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:631-40.
26. Doyle, J. (1999). A qualitative study of factors influencing psychiatric nursing practice in Australian prisons. *Perspectives in Psychiatric Care*, 35, 29-36.
27. Dönmezer S, Erman S, Zafer H (2016) *Nazari Tatbiki Ceza Hukuku Der Yayın-ları*
28. Dönmezer S. (2003) *Kriminoloji*, Beta Yayınları, İstanbul
29. Er G (2011) İntihar girişiminde bulunan olgulara yönelik sağlık personelinin tutumları; ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. HR. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 21-32.
30. Erem, F (1988) "Adalet Psikolojisi", İstanbul
31. Erman S. (1958), "Akıl Hastalığı ve Ceza Kanunları". İ.Ü. Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü. Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafası. İstanbul. ss.251-257

32. Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoğlu Y, (2004), Adli Hemşirelik Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED),13(5)169-171
33. Evrekli E, İnel D, Balım AG, Kesecioğlu (2009) T. Fen öğretmen adaylarına yönelik yapılandırıcı yaklaşım tutum ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Fen Eğitimi Dergisi; 6(2).
34. Fisher, A. (1995). The ethical problems encountered in psychiatric nursing practice with dangerous mentally ill persons. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 9(2), 193-208.
35. Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM. Sosyal Psikoloji (2003),4.baskı, İmge Kitabevi, Ankara; 337-363.
36. Gasson, B. (2001). Relatives and carers. In N. McClland, M. Humphreys, L. Conlon, & T. Hills (Eds.), *Forensic nursing and mental disorder in clinical practice* (pp. 21-27). Oxford, UK: Butterworth Heinemann.
37. Gül (2012) Demansın Hukuki Boyutları,Doktora Tezi,İstanbul.
38. Haines, G (2000) Working with the offender patient with psychosis. In C. Chaloner & M. Coffey (Eds.), *Forensic mental health nursing current approaches* (pp. 61-77) Oxford, UK: Blackwell Science.
39. Hogg MA, Vaughan, GM.(2005) *Social Psychology*.Fourth ed., London: Pearson Education.
40. Holmes, D., Perron, A., & Michaud, G. (2007). Nursing in corrections: Lessons from France. *Journal of Forensic Nursing*, 3(3),126-131.
41. <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR,54440/ygap-hastaneleri-nedir.html>
42. <https://www.psikiyatri.org.tr/55/turkiye-psikiyatri-derneginin-yuksek-guvenlikli-servisler-hakkinda-raporu-adl>
43. Humphreys, M., Oppong-Gyapong, E., & Mason, D. (2001). Legal aspects. In N. McClland, M. Humphreys, L. Conlon, & T. Hills (Eds.), *Forensic nursing and mental disorder in clinical practice* (pp. 97-104). Oxford, UK: Butterworth-Heinemann.
44. İnceoğlu M (1993). *Tutum Algı İletişim* Verso Yayıncılık, Ankara;(18)
45. James, L, Martin, T., & Vine, R. (1997). *Families of forensic psychiatric patients: Support and information needs project*. Victoria, Australia: Forensic Psychiatric Services.
46. Kaner S, Öğülmüş S, Büyüköztürk Ş, Dökmen Z (2002) *Özrürlülük eğitimi Toplum Özrürlülüğü Nasıl Algılıyor Temel Araştırması, Özrürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Ankara, 2002*
47. Kent-Wilkinson A (2011) Forensic nursing educational development: An integrated review of the literature. *J Psychiat Ment Hit* 18:236-46.

48. Kent-Wilkinson, A. (2009). Forensic nursing education in North America: Constructed definitions of forensic nursing. *Journal of Forensic Nursing*, 5(4), 201-211.
49. Kettle, M, McMaster, JJ, & McNamee, J (2005) Risk assessment of forensic patients: Nurses' role. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43(3), 30-36.
50. Kettles A & Robinson D (2000) Overview and contemporary issues in the role of the forensic nurse in the UK. In: *Forensic Nursing and Multidisciplinary Care of the Mentally Disordered Offender* (eds Robinson, D. & Kettles, A.), pp. 25–38. Jessica Kingsley Publishers, London
51. Kettles, A, Coffey, M, & Byrt, R. (2010) Ethics, debates and dilemmas in forensic nursing. In M. Coffey & R. Byrt (Eds.), *Forensic mental health nursing ethics debated and dilemmas* (pp. 1-13). London, UK: Quay Books.
52. Kettles, A. M. (2004) A concept analysis of forensic risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 484-493.
53. Kitchiner, N (1999) Empowerment of mentally disordered offenders within a controlled environment. In P. Tarbuck, B. Topping- Morris, & P. Burnard (Eds.), *Forensic mental health nursing strategy and implementation* (pp. 93-103). London, UK: Whurr Publishers.
54. Köklü N (1995) Tutumların ölçülmesi ve likert tipi ölçeklerde kullanılan seçenekler *Ankara Üniversitesi Dergiler Veritabanı*; 28(2).
55. Köknel, Ö (1989) “Genel ve Klinik Psikiatri”, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 206-214.
56. Kökrek Z, Cansunar F, Ortaköylü L, Balcıoğlu B (1996), *Epilepsi ve Suç*, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, İstanbul
57. Kriton Dinçmen (2005) *Psikiyatri/Psikosomatik Tıp*, Pan Yayıncılık, İstanbul
58. Kufacı, Ahmet (1989) *Sanığın Şuur ve Harekat Serbestisinden Mahrumiyet Halleri, Şuurun Tetkiki*. A.D. Yıl:80. Sayı:3.ss.60-75.
59. Kunter, Nurullah (1986), *Muhakeme Hukuku Dalı Olarak Ceza Muhakemesi Hukuku*. İstanbul.
60. Kutlu Y, Bilgin H. (2011) Adli Psikiyatri Servislerinde Hemşirelik: Roller ve Yaşanan Güçlükler. *Türkiye Klin J Psychiatry-Special Top*; 4:67–72.
61. Kuyu Cemil (1996), *Akıl Hastalıkları ve Cezai Ehliyet*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, TC Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul
62. Laben JK, Blum J (1997), *Persons with Mental İlness in Jail*, Ed: Worley KN, *Mental Health Nursing in the Community*; 368-384

63. Lyons T (2009) Role of forensic psychiatric nurse, *Journal of Forensic Nursing* 5:53-7.
64. Macinnes, D. (2000). Relatives and informal caregivers. In C. Chaloner & M. Coffey (Eds.), *Forensic mental health nursing current approaches* (pp. 208-231). Oxford, UK: Blackwell Science
65. Martin T (2001) Something special: Forensic psychiatric nursing. *J Psychiat Ment Hit* 8 (1):25-32
66. Martin T, Daffern M (2006), Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting, *J Psychiat Ment Hit* 13:90-9.
67. Martin T, Happell B (2001) Undergraduate nursing students' views of mental health nursing in the forensic environment, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10:116–25.
68. Martin, T (2010). Psychiatric nurses working with offence paralleling behaviour. In M. Daffern, L. Jones, & J. Shine (Eds.), *Offence paralleling behaviour: A case formulation approach to offender assessment and intervention* (pp. 245-260). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
69. Martin, T, & Ryan, J (2011) Forensic mental health nursing. In K.-L. Edward, I. Munro, A. Robins, & A. Welch (Eds.), *Mental health nursing dimensions of praxis* (pp. 443-462). Victoria, Australia: Oxford University Press.
70. Mason T (2002) Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of role tensions. *J Psychiat Ment Hit* 9:511-20.
71. Mason T, Coyle D, Lovell A (2008b) Forensic psychiatric nursing: Skills and competencies: II Clinical aspects. *J Psychiat Ment Hit* 15:131-9.
72. Mason T, Lovell A, Coyle D (2008a) Forensic psychiatric nursing: Skills and competencies: I Role dimension. *J Psychiat Ment Hit* 15:118-30.
73. McCourt M. (1999) Five concepts for the expanded role of the forensic mental health nurse. In: *Forensic Mental Health Nursing – Strategy and Implementation* (eds Tarbuck, P., Topping-Morris, B. & Burnard, P.), pp. 149–161. Whurr Publishers, London.
74. Meehan T, McIntosh, W, Bergen H (2006) Aggressive behaviour in the highsecure forensic setting: The perception of patient, *J Psychiat Ment Hit* 13:19-25.
75. Mercer D., Mason T. & Richman J. (2001) Professional convergence in forensic practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10, 105–115.
76. Moran M (2008) Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi] Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

77. Morrison P. & Burnard P., eds (1992) *Aspects of Forensic Psychiatric Nursing*. Avebury, Aldershot.
78. Mukayeseli Hukuk Açısından Ceza Sorumluluğu ve Alternatif Yaptırımlar, Ankara:Adalet Bakanlığı Kanunlar Genel Müdürlüğü-UNICEF Ortak Yayını, 2007.
79. Oban, G.&Küçük, L. (2011). Ergenlerde Ruhsal Hastalılara Yönelik Damgalamayı Etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
80. Özkan M & Hakeri H. (2009) *Ceza Hukuku ve Ruhsal Bozukluklar*,Legal Hukuk Dergisi,Ankara.
81. Özmen E, Ögel K, Boratav C ve ark. (2003) Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4:5-12
82. Peternelj-Taylor, C (1998) *Forbidden love: Exploitation in the forensic milieu*. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 36(6), 17-23.
83. Peternelj-Taylor, C (2001) *Forensic psychiatric nursing: A work in progress*. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(9), 8-10.
84. Prebble, K., Kidd, J., O'Brien, A., Caryle, D., Mckenna, B., Crowe, M., I Gooder, C. (2011). *Implementing and maintaining nurse-led healthy living program in forensic inpatient settings: An illustrative case study*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*,17(2),127-138
85. Price, O, & Wibberley, C (2012) *An exploratory study investigating the impact of the procedures used to manage patient substance misuse on nurseYpatient relationships in a medium secure forensic unit*,*Journal of Psychiatric and Mental Healty Nursing* 19(8),672-680
86. Rask, M, & Aberg, J (2002) *Swedish forensic nursing care: Nurses' professional contributions and educational needs*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 531-539
87. Rask, M., & Levander, S. (2001). *Interventions in the nurseYpatient relationship in forensic psychiatric nursing care: A Swedish survey*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 323-333.
88. Richman J, Mercer D, Mason T (1999),*The social construction of evil in A forensic setting*, *J Forensic Psychiatr* 10:300-8.
89. Schafer, P. E. (2002). *Nursing interventions and future directions with patients who constantly break the rules and test boundaries*. In A.M. Kettles, P. Woods, &M. Collins (Eds.), *Therapeutic interventions for forensic mental health nurses* (pp. 56-71). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

90. Segal F. L., Cooldge M. S. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study, *Aging& Mental Health* 9(4):363-367
91. Skelly, C. (2001). Managing the transition from higher to lower levels of security. In C. Dale, T. Thompson, & P. Woods. (Eds.), *Forensic mental health issues in practice* (pp. 233-241). London, UK: Harcourt Publishers Limited.
92. Sünbül S. (2006) Farklı likert tipi ölçek geliştirme teknikleri ile geliştirilen tutum ölçeklerinin psikometrik özelliklerinin karşılaştırılması. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
93. Swinton J. (2000) Reclaiming the soul: a spiritual perspective on forensic nursing. In: *Forensic Nursing and Multidisciplinary Care of the Mentally Disordered Offender* (eds Robinson, D. & Kettles, A.), pp. 113–127. Jessica Kingsley Publishers, London
94. Şahin N. & Dişsiz M. (2009) Sağlık çalışanlarında aile içi şiddete yönelik tutum ölçeği geliştirme çalışması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*; 6(2): 263-274.
95. Şen E. (2008) Ceza Sorumluluğunu Kaldıran ve Azaltan Sebepler”, *Sempozyum: Türk Ceza Kanunu'nun 2 Yılı, Teori ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar*, TC-HD Yayınları: 10, İstanbul
96. Şimşek MŞ, Akgemci T, Çelik A (2001), *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütler-de Davranış*. 2.Baskı. Nobel Yayın Dağıtım.
97. Taşkın EO (2004) Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalanma. *Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 12 (Ek 3):41-50.
98. Taşkın TO, Şen SF, Özmen E, Aydemir Ö (2006) Kırsal kesimde depresyonlu hastalara yönelik tutumlar: sosyal mesafe ve etkileyen etmenler. *Psychiatry in Türkiye*; 8:11-7.
99. Tavşancıl E.(2010) Tutumları Ölçülmesi ve Spss ile Analiz. 4. Baskı, Nobel yayıncılık, Ankara; 65-140.
100. Tenkanen H, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Kinnunen J.(2011) core interventions and core competencies of forensic psychiatric nursing in Finland.*ForensicNurs*;7:32–9.
101. Tezcan D, Erdem M Önok M. (2019) *Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku*”, Seçkin Yayıncılık,Ankara
102. Timmons D (2010) Forensic psychiatric nursing: a description of the role of thepsychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland. *J PsychiatrMent HealthNurs*; 17:636–46
103. Toman, M (1999) Forensic community mental health nurses and their self-perceived role. In P. Tarbuk, B. Topping-Morris, & P. Burnard (Eds.), *Forensic mental health nursing strategy and implementation* (pp. 51-61). London, UK: Whurr Publishers

104. Turnball, J., & Beese, J. (2000). Negotiating the boundaries: The experience of the mental health nurse at the interface with the criminal justice system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 289-296.
105. Türk Ceza Kanunu (5237 S.K.) 2004.
106. Türk Medeni Kanunu (4721 S.K.) 2001.
107. Tütüncü Ö, Küçükusta D. (2008) Organizasyonlarda bireyler: tutum, davranış ve motivasyon. 2. Uluslararası Katılımlı Sterilizasyon Konferansı Notları, İzmir,
108. Uluğtekin, S. (2009) Ceza Sorumluluğu Değerlendirmesi İçin Bilgi Notu.
109. Uluğtekin, S.(2004) Çocuk Mahkemeleri ve Sosyal İnceleme Raporları.(İkinci Baskı). Ankara:Türkiye Barolar Birliği Yayını.
110. Ümit E. (2007) Mekândan İmkâna: Çocuk Suçluluğunun Habitusu Ceza Ehliyeti İlişkisi. Ankara Barosu Yayını, 2007.
111. Viukari, M., Rimon, R., Söderholm, S. (1979). Attitudes Towards Criminal and Other Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59: 24-30.
112. Watson C. (2002) Exploring the interface of competence and clinical effectiveness. In: *Therapeutic Interventions for Forensic Mental Health Nurses* (eds Kettles, A., Woods, P. & Collins, C.), pp. 37–55. Jessica Kingsley Publishers, London
113. Weiskopf, C. (2005). Nurses' experience of caring for inmate patients. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4), 336-343.
114. Whyte L.A. (1997) Forensic nursing: a review of concepts and definitions. *Nursing Standard* 11, 46–47.
115. Williams P. & Dale C. (2001) The application of values in working with patients in forensic mental health settings. In: *Forensic Mental Health – Issues in Practice* (eds Dale, C., Thompson, T. & Woods, P.), pp. 139–160. Bailliere Tindall, Edinburgh.
116. Wilson S. (1998) The Personal Characteristics of Effective Nurses. Unpublished Bachelor's Project: University of York. In: Hopkins N. & Ousley L (2000) *Clinical psychology and the forensic nursing role*. In: *Forensic Nursing and Multidisciplinary Care of the Mentally Disordered Offender* (eds Robinson, D. & Kettles, A., pp. 89–101. Jessica Kingsley Publishers, London.
117. Woods P. (2004) The person who uses forensic mental health services. In: *The Art and Science of Mental Health Nursing – A Textbook of Principles and Practice* (eds Norman, I. & Ryrie, I.), pp. 594–623. Open University Press, Maidenhead.
118. Yazıcı S. (2004) Hemşirelerin işlerine karşı tutumlarının belirlenmesi. İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul;1–26.

119. Yelken N, Tunalı G, Gültekin G (2004) Adli Hemşireliğin Türkiye'deki Durumu, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED);13(5):171-172
120. Yener Ü. (1989) Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
121. Yenisey F (2009) Gottfried, "Strafgesetzbuch (StGB) Alman Ceza Kanunu", Beta Yayınları, İstanbul
122. Yolaç G.(2009) İktisadi kalkınma eğitimin önemi teknoloji ve tasarım dersine yönelik öğrenci tutumları. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
123. Yüce S, Savaş HA, Ersoy MA ve Ark (2005) Sağlık Yüksek Okulu öğrenci-leri ve çalışan hemşirelerin depresyonu olan hastalara ilişkin tutumu. Türkiye'de Psikiyatri; 7(1): 7- 14.
124. Yücel D, Gönültaş MB (2016), Adli Sosyal Hizmet: Yaklaşım ve Müdahale, Ankara: Nobel Yayınevi, s.1-12.
125. Ziyalar, A (1981) Psikiyatrik Semioloji ve Medikal Psikoloji, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 310-312.

EK-1 AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HEMŞİRELERİN ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK TUTUMLARI” adlı alıŐma FATMA İLKNUR İNAN tarafından gerçekleŐtirilecektir. Araştırma Muğla EĞitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastasına yonelik tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gonülllk esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taŐımaktadır.

Anket 39 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaŐık 10 dk zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili her hangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki isimle iletişim kurabilirsiniz.

Sorumlu AraŐtırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: HEMŞİRE FATMA İLKNUR İNAN

Telefon Numarası: 05346101686

Anketi doldurduğunuz için teşekkür ederiz.

EK 1:TANITICI BİLGİLER VERİ FORMU

Kod No:

Çalıştığınız Birim:

1. Kaç yaşındasınız? (.....)

2. Cinsiyetiniz

1) Kadın 2) Erkek

3. En son mezun olduğunuz okul:

.....

4. Medeni durumunuz:

1) Bekar 2) Evli

5. Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yerleşim birimini belirtiniz.

1) Köy 2) Kasaba 3) İlçe 4) Şehir

6. Mesleki pozisyonunuz nedir?

1) Başhemşire 4) Sorumlu hemşire

2) Başhemşire yardımcısı 5) Servis hemşiresi

3) Eğitim hemşiresi 6) Diğer (Belirtiniz)

7. Meslek yaşamınızda kaçınıcı yılınızdasınız? (.....)

8. Bulduğunuz kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz? (.....)

9. Kadro durumunuz nedir?

1) Kadrolu devlet memuru (657) 3) Döner sermayeden sözleşmeli

2) Sözleşmeli devlet memuru (4/b) 4) Diğer (Belirtiniz)

10. Çalışma sisteminiz nedir?

1) Sadece gece 3) Gece-Gündüz

2) Sadece gündüz 4) Diğer (Belirtiniz)

11. Meslek yaşamınız boyunca hiç adli psikiyatri hastasına bakım verdiniz mi?

- 1) Evet daha önce bakım verdim (Ne kadar süre bakım verdiniz?.....)
- 2) Evet şu anda bakım veriyorum (Ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?.....)
- 3) Hayır hiç bakım vermedim

12. Adli psikiyatri hastası konusundaki bilgilerinizi nereden aldınız?

- 1) Hiç bilgi almadım
- 2) Arkadaşlarımdan
- 3) Öğrenimim sırasındaki derslerden
- 4) Hizmet içi eğitim programlarından
- 5) Radyo-televizyon-gazetelerden
- 6) İnternet-kitap-dergilerden
- 7) Diğer (Belirtiniz)

13. Adli psikiyatri hastası ile ilgili Türk Hukuk Sistemi içinde yer alan yasal düzenlemeleri biliyor musunuz?

- 1) Evet (Lütfen belirtiniz) 2) Hayır

14. Sizce psikiyatri biriminde hemşire çalışmalı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

EK 3: ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRE TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda *yataklı bir kurumda bakım ve gözetim altına alınan adli psikiyatri hastaları* ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Doğru veya yanlış yanıt yoktur. Her bir ifadeyi okuduktan sonra, sizin fikrinizi en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz bölümün altına “X” işareti koyunuz. Ölçek maddelerini içtenlikle yanıtlamanız, araştırma sonuçları açısından önemlidir. Lütfen her bir ifade için yalnızca bir bölümün altına işaretleyiniz ve boş bırakmayınız.

Madde Sayısı	MADDELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Adli psikiyatri hastaları saldırgandır.					
2	Adli psikiyatri hastalarının hastaneden çıktıktan sonra suç işleyeceğini düşünürüm.					
3	Adli psikiyatri hastalarının tehlikeli olmadığını düşünürüm.					
4	Adli psikiyatri hastalarının tedavi ile iyileşebileceğini düşünürüm.					
5	Bana göre adli psikiyatri hastaları şüpheli insanlardır.					
6	Adli psikiyatri hastaları öfkelerini kontrol edemez.					
7	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken tedirginlik yaşamam.					
8	Adli psikiyatri hastalarına güvenmem.					
9	Adli psikiyatri hastaları ile ilişki kurmaktan korkarım.					
10	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek ilgimi çeker.					
11	Adli psikiyatri hastaları ile çalışırken kendimi tükenmiş hissedirim.					
12	Adli psikiyatri hastalarına bakım vermek istemem.					
13	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken gerginlik hissedirim.					
14	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle aynı işte birlikte çalışırım.					
15	Adli psikiyatri hastası olan birisiyle arkadaşlık yaparım.					
16	Adli psikiyatri hastası olan birisine evimi kiraya veririm.					
17	Adli psikiyatri hastası olan birisini ailemle tanıştırmam.					
18	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken sınır koyarım.					
19	Adli psikiyatri hastalarının tedavisini yapmaktan kaçınırım.					
20	Adli psikiyatri hastalarına çekinmeden yaklaşabilirim.					
21	Adli psikiyatri hastaları ile yalnız görüşme yapmam.					
22	Adli psikiyatri hastalarına tıbbi uygulama dışında dokunamam.					
23	Adli psikiyatri hastalarına bakım verirken daha fazla güvenlik önlemi alırım.					
24	Adli psikiyatri hastalarına karşı otoriter davranırım.					
25	Ekip arkadaşlarımı adli psikiyatri hastalarına karşı dikkatli olması konusunda uyarırım.					

EK-

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Karar No : 84

Protokol No : 180093

Araştırma Yürütücüsü

Hemşire FATMA İLKNUR İNAN

Kurumu / Birimi

MSKÜ / HEMŞİRELİK

Araştırmanın Başlığı

Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumları

Başvuru Formunun Etik Kurula
Geldiği Tarih

28.04.2018

Başvuru Formunun Etik Kurulda
İncelendiği Tarih

İlk İnceleme Tarihi : **10.05.2018**
1. Düzeltme Tarihi : **15.05.2018**

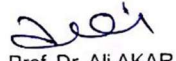
Karar Tarihi

24.05.2018

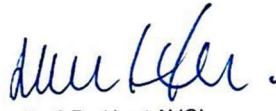
KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA : Araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

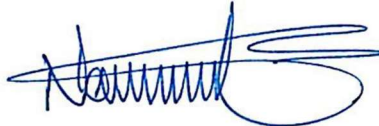

Prof. Dr. Banu BAYAR
Başkan

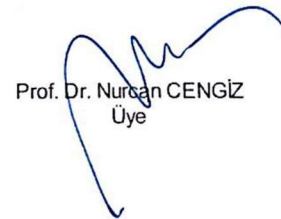

Prof. Dr. Ali AKAR
Üye


Prof. Dr. Özcan SAYGIN
Üye


Prof. Dr. Umut AVCI
Üye


Prof. Dr. Harun UÇUNCÜ
Üye


Prof. Dr. Nevide DELLAL
Üye


Prof. Dr. Nurgan CENGİZ
Üye

EK-4



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - MUĞLA SITKI KOÇMAN
ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
12/06/2018 14:18 - 52777206 - 903.07.02 - E.6486



Sayı : 52777206-903.07.02
Konu : Tez Çalışması

FATMA İLKNUR İNAN
Yüksek Lisans Öğrencisi

23/04/2018 tarihli dilekçeniz ve ekleri değerlendirilmiş olup, "Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutumları" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Salih AKKUŞ
Başhekim V.

EKLER:
Dilekçe ve ekleri (7 syf)

Muğla Sıtkı Koçman Ün. Eğ. Ar. Has.
Faks No:02522126804

e-Posta:hadi.ulger@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.mskueah.saglik.gov.tr

Bilgi için:Hadi ÜLGER
Unvan:ŞEF

Telefon No:0252 214 1323-2111

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 98d8fe85-ab0c-4385-ae26-e9783a4e53b2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5

ÖZGEÇMİŞ ÖRNEĞİ

ADI SOYADI Fatma İlknur İNAN

DOĞUM YERİ Hatay/Antakya

DOĞUM YILI 10.07.1995

MEDENİ DURUM Bekar

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 2008-2012 : Hatay Antakya Atatürk Lisesi

Lisans 2012-2017 : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Yabancı Dil : İngilizce (Yökdil:66,25)

MESLEKİ BİLGİLER

2018-Devam Ediyor : Hemşire (Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi)