

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**PEDİATRİDE ADLİ VAKALARDA
HEMŞİRELİĞİN ROLÜ**

Buket SARICA

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN

İSTANBUL-2015

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

PEDİATRİDE ADLİ VAKALARDA
HEMŞİRELİĞİN ROLÜ

Buket SARICA
122009362

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN



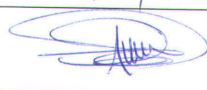
İSTANBUL, 2015

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

Adı ve Soyadı : Buket Sarıca Öğrenci No : 122009362
Anabilim/Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 20.03.2015
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Cem Dikmen Tez Savunma Saati : 15.00
Tez Konusu : "Pediatriye Adli Vakalarda Hemşireliğin Rolü"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU'ne OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Cem Dikmen		KABUL
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan		KABUL
Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol		KABUL

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar		

ÖZET

Adli tıp, konusu itibariyle hukuk ile tıbbın beraber incelenerek sonuca bağladığı, doğası itibariyle çok disiplinli bir bilim dalıdır. Bu alanda yer alan bilimler “Adli Bilimler” adı altında toplanmıştır. Bu bilim içinde önemli bir yeri olan Adli Hemşirelik ise tıbbi araştırma ve programlarla desteklenerek hemşirelik biriminin yasal çerçevede uygulanmasıdır.

Çalışmamız içerisinde “Pediatriye adli vakalarda hemşireliğin rolü” incelenmektedir. Bu inceleme yapılırken, TCK maddelerine yer verilmekte ve analiz edilmektedir. Adli hemşireliğin geçmişten günümüze üstlendiği roller irdelenmekte ve hukuki sürece değinilmektedir.

Çalışmada, adli hemşireliğin pediatri alanındaki hastaların adli vaka, sayı, yaş ve tanıları gelişme dönemlerine göre incelenmiştir. Söz konusu inceleme Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi’nde yapılmıştır. Çalışmada 2012 ve 2013 yıllarına ait adli vaka tutanakları esas alınmıştır. Bu vakalarda tanı yaş grupları ile gelişme dönemleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Farklı tanı gruplarında yaş ile gelişim dönemleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi sonucunda, ilaç intoksikasyonu tanısı en yüksek oranda gözlenmiştir.

Sonuç olarak, pediatri adli vakalarında, tanı ile gelişim dönemleri arasında bir uyum olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adli hemşirelik, Pediatriye adli vaka, Hukuk, TCK

ABSTRACT

THE LEGAL PROCESS IN FORENSIC NURSING AND PAEDIATRICS

As of the subject of law and medicine, forensic medicine, together with nature, tied to the conclusion by examining a multidisciplinary science. This area of science are collected under the name of "Forensic Science". This is an important place in science, Forensic Nursing, supported by medical research and programs in nursing is an implementation of the legal framework.

In our study, " protection against forensic cases nursing role, " being examined. During this review, the Turkish criminal law in article space and are analyzed. Forensic Nursing offers and legal roles undertaken from the past to the present, as long as the right to self-determination.

In the study, forensic nursing, forensic cases, number of patients in the field of Pediatrics, examined according to age and Diagnostics development period. The aforementioned review maternity and children's Hospital in Saveh rolling and Profil mills were made in Bursa. The study of 2012 and 2013 based on forensic cases belonging to the transcripts. In these cases diagnosis age groups investigated the relationship between the periods of development with the. Different diagnostic groups examining the relationship between developmental stages with age as a result of the drug has been observed most diagnosed with high proportion of intox.

As a result, cases of forensic Pediatrics developmental stages with the diagnoses was understood a harmony between.

Keywords: Forensic nursing, Peditry forensic, Incidents, In law

ÖNSÖZ

Sağlık sisteminin önemli bir ihtiyacı olmasına rağmen, ciddi bir eksiklik olan adli hemşireliğin gerekliliği, pediatri alanında da çocuk istismarı gerçeğinden yola çıkarak bu alanda yetişecek olan bilinçli hemşirelerin adli vaka karşısındaki tutum ve davranışları ile adli süreçteki olumlu etkisinin önemini vurgulamak amacıyla yapılmıştır.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, yönlendiren hocalarım Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN ve Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL'a Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Murat TUTANÇ'a ve Hastane İdaresi ve tüm çalışanlarına teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Ayrıca tez çalışma sürecinde beni her zaman destekleyen, yüreklendiren eşim Murat SARICA'ya, yardım ve desteklerini esirgemeyen ağabeyim Yrd. Doç. Dr. Polat YALINIZ'a ve yengem (manevi ablam) Doç. Dr. Ayşe Funda YALINIZ'a sonsuz teşekkür ederim.

Saygılarımla
Buket SARICA

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğu, tez de kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

... /... /...

Buket SARICA



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Çocuklarda Gelişim Dönemleri.....	2
2.1.1. Güven ve Güvensizlik (0-1 Yaş).....	3
2.1.2. Özerkliğe Karşı Utançla Gerileme (2-3 Yaş).....	3
2.1.3. Güvensizliğe Karşı Suçluluk Duyuma (3-6 Yaş).....	4
2.1.4. Çalışma ve Başarılı Olma- Aşağılık Duygusu (6-12 Yaş).....	5
2.1.5. Kimlik Kazanmaya Karşı Rol Karmaşası (12-18 Yaş).....	6
2.2. Türkiye’de Çocuğa Yönelik Şiddet Olgusu.....	13
2.2.1. Tanımlanması, Özellikleri ve Oluşumu	14
2.2.2. Literatür Taraması	19

2.3. Türkiye’de Çocuğa Yönelik Şiddetin Yasal Süreci.....	23
2.3.1. TCK Maddelerinin Değerlendirilmesi.....	26
2.3.2. Peditride Hemşireliğin Yasal Sorumlulukları.....	31
2.4. Türkiye’de Hemşirelik Hizmetleri.....	34
2.4.1. Hemşirelik ve Hemşirelik Hizmetlerinin Tanımı.....	34
2.4.2. Adli Vakaya Hemşirelik Yaklaşımı	34
2.4.2.1. Öykü Alma.....	35
2.4.2.2. Fiziksel Muayene.....	36
2.4.2.3. Kanıtın Tanımlanması.....	36
2.4.2.4. Kanıtın Toplanması	36
2.4.2.5. Kanıtın Saklanması.....	38
2.4.2.6. Kanıtın Koruma Zincirinin Sağlanması	38
2.4.2.7. Kanıtın Kayıt Edilmesi.....	39
2.4.2.8. Krize Müdahale Edilmesi.....	39
2.4.3. Adli Hemşireliğe Giriş	40
2.4.3.1. Tanımlanması	40
2.4.3.2. Dünyadaki Durumu.....	41
2.4.3.3. Türkiye’deki Durumu	43
2.4.3.4. Çalışma Alanları	44
2.4.3.4.1. Klinik Adli Hemşirelik.....	44
2.4.3.4.2. Cinsel Saldırı Adli Hemşirelik.....	45

2.4.3.4.3. Pediatriye Adli Hemşirelik	45
2.4.3.4.4. Psikiyatride Adli Hemşirelik	45
2.4.3.4.5. Adli Geriatri Hemşireliği.....	46
2.4.3.4.6. Hemşirelik Hukuk Danışmanlığı	46
2.4.3.4.7. Adli Araştırma Hemşireliği.....	47
2.4.3.4.8. Adli Doğrulama Hemşireliği.....	47
2.4.3.4.9. Olay Yeri ve Ölüm Araştırmacısı	48
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1. Araştırmanın Tanımı ve Tipi.....	49
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	49
3.3. Araştırmanın Evreni ve Büyüklüğü.....	49
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	49
3.5. Veri Değerlendirme Yöntemi.....	49
4. BULGULAR.....	51
4.1. İlaç İntox	56
4.2. Korozyif Madde.....	57
4.3. Darp	58
4.4. Düşme	58
4.5. Yanık.....	58
4.6. Karbonmonoksit Zehirlenmesi	59
4.7. Gıda İntox	59

4.8. Kesici-Delici Alet Yaralanmaları	60
4.9. Trafik Kazası	60
4.10.Diğer.....	60
5.TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
KAYNAKÇA	67
EKLER.....	75



TABLolar LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Gelişimin Dört Boyutu	2
Tablo 2. Çocukluk Çağının Gelişim Özellikleri ve Alınacak Önlemleri	7
Tablo 3. Çocuğa Yönelik İhmal Sıklığının Yaş, Kent/Kır ve Cinsiyete Göre Dağılımı (%).....	21
Tablo 4. Biyolojik Materyalin Durumuna ve Konumuna Göre Toplanma ve Paketlenme Yöntemleri	37
Tablo 5. BDÇH Adli Vaka Tanılarının 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Tanı Tablosu	51
Tablo 6. BDÇH 2012 Yılı Adli Vaka Tanılarının Yaşlara Göre Dağılım Tablosu..	52
Tablo 7. BDÇH 2013 Yılı Adli Vaka Tanılarının Yaşlara Göre Dağılım Tablosu	53
Tablo 8. BDÇH 2012 yılına Ait Adli Vaka Tanılarının Aylara Göre Dağılım Tablosu	53
Tablo 9. BDÇH 2013 Yılına Ait Adli Vaka Tanılarının Aylara Göre Dağılım Tablosu	54
Tablo 10. BDÇH 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Adli Vaka Tanılarının Cinsiyete Göre Dağılım Tablosu	55
Tablo 11. BDÇH 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Adli Vaka Tanılarının İlçelere Göre Dağılım Tablosu	56
Tablo 12. BDÇH 2012 ve 2013 Yıllarına Ait Sulcid Tanısı Resmi Adli Vaka Tablosu	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1: Çocuğa Yönelik İhmal Endeksi Ortalamalarının Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımı	22
Şekil 2: Ekolojik Model –Her Bir Seviyedeki Risk Faktörleri Örneklemeşi	23



KISALTMALAR LİSTESİ

AAH	: Adli Araştırma Hemşiresi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BDÇH	: Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi
BM	: Birleşmiş Milletler
CMUK	: Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu
IAFN	: Uluslararası Adli Hemşireler Birliği
NCANDS	: Ulusal Cinsel İstismar ve İhmal Veri Sistemi
NSCAW	: Çocuk ve Ergen Esenliğin Ulusal Anketi
RSHH	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri
SANE	: Cinsel Saldırı Muayene Hemşireliği
SBS	: Sarsılmış Bebek Sendromu
TCK	: Türk Ceza Kanunu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Çocukların gelişimde, sağlık hizmetlerinin verilmesi, tüm dünyada uluslararası gelişmişliğin bir ölçütü olarak görülürken, çocukların gelişimini engelleyen en küçük olumsuzluk, o ülkenin geleceğinde etkilemektedir.

Çocuklar hastalık dışında bazı adli olgular nedeni ile de sağlık hizmeti almakta olup, yaşanan bu travma nedeni ile, hizmet sadece hastane boyutu ile değil, tedavi sonrasında da devam etmelidir.

Özellikle yaşanan travma sonrası posttravmatik sendrom çocuklarda kalıcı izler oluşturmakta, ilerde çocuğun gelişimin yanında, toplumsal yaşama uyumda zorluk göstermektedir.

Pediatride verilen hizmetlerde hemşirelerin rolü, bu çerçevede çocuk ebeveyn yönünden olup, tedavi sürecinde travmayı azaltmada, posttravmatik sendrom tedavisinde rehberlik etmeleri gerekmektedir. Günümüzde adli hemşirelik olarak bir bilim dalında yerini bulmaya çalışan bu hizmetlerde hemşirelerin bilinçli sağlık hizmeti vermesi, sağlık yönetiminin içinde olması ve hizmetlerin hasta yararına, en yüksek düzeye ulaşabilmesi için sorumluluk bilincinin yüksek olması gerekmektedir.

Bu bilgiler ışığında, bu çalışma bir pediatri hastanesinde, adli vaka nedeni ile tedavi gören çocukların, adli vaka nedenlerini, çocuklardaki travma boyutunu araştırılarak, bu alanda verilecek olan hizmetlere yönelik, planlama yapılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuklarda Gelişim Dönemleri

Çoğu kez birbiri karıştırılan “büyüme” ile “gelişme” sözcükleri, gerçekte birbirinden farklı kavramları içermektedir. Büyüme anlamına gelen yapısal artış bedende gerçekleşen sayısal değişiklikleri içermektedir. (Kilo, boy artış, gibi). Gelişme kavramı ise düzenli, uyumlu ve sürekli bir ilerlemeyi içerir ki bu süreç anne karnından başlayıp ölüncüye kadar geçen süreci kapsar. Her çocuğun gelişim çizgisinin farklıdır. Bu nedenle çocuklarımız, bedensel, zihinsel, sosyal, duygusal yönden karşılaştırmamız gerekir (1).

Tablo 1’de de görüldüğü üzere, gelişim 4 aşamadan meydana gelmektedir. Bu aşamaların kendilerine ha bazı ayırt edici özellikleri mevcuttur.

Tablo 1. Gelişimin dört boyutu

İnsan Gelişimi			
Fiziksel Gelişim	Zihinsel Gelişim	Duygusal Gelişim	Sosyal Gelişim
Gelişimin kalıtsal temellerini içerir. Bir bütün olarak insan vücudunun büyümesi; motor gelişim, vücut ve duyu sistemlerindeki değişiklikler; cinsel gelişim sağlık, beslenme, uyku gibi fiziksel gelişimle ilgili süreçleri kapsar.	Düşünme, öğrenme, hatırlama, yargı bulunma, problem çözme ve iletişimle ilgili bütün bilişsel süreçlerdeki değişimleri içerir. Zihinsel gelişime etkileri nedeniyle kalıtsal ve çevresel etkenler de zihinsel gelişim süreci kapsamında ele alınır.	Bütün olarak insanda duyu gelişimini kapsar. Sevgi, bağlılık, güven, güvenlik duyguları bu bütün içinde yer alır. Benlik ve özerklik gelişimi, duygusal rahatsızlık stres ve tepkisel davranışlar da duygusal gelişim süreçleri içindedir.	İnsanın Sosyalleşme sürecini, ahlak gelişimini, yaşlılarıyla ve aile üyeleriyle ilişkilerini içermektedir. Sosyal gelişimin evlilik, anne baba olma, çalışma, mesleki roller ve iş yaşamı gibi çeşitli yönleri de sosyal gelişim süreci içinde yer alır.

“Tablo 1:Kaynak 2’den alınmıştır (2).”

Çocuklardaki gelişim dönemleri ise 5 ana gruba ayrılır. Bunlar;

2.1.1. Güven ve Güvensizlik (0-1 Yaş)

Çocukluğun bebeklik' ya da “süt çocuğu” dediğimiz 0-1 yaş dönemini içerir ki bebek bütünüyle anneye bağlıdır ve bu dönem içerisinde temel gereksinim güvendir. Güven duygusunun eksikliğinde güvensizlik duygusu ortaya çıkmaktadır. Çocuğun acıkması güvensizliktir, doyurulması ise güveni temsil etmektedir. Çocuğunun altının kirlenmesi güvensizliktir, temizlenmesi “güven” şeklindedir. Bunun gibi, annenin uzaklaşması güvensizliktir, gelmesi ise güvendir (1). Bu nedenle anneye bağlılık çok ön plandadır. Bağımlılık duyguları bu dönemde oluşur ve yaşam boyu da sürer. En zor giderilen duygu olarak karşımıza çıkmaktadır. Egonun gelişmesinden sonra bile bireyin kaygılı, korkulu güvenini yitirdiği dönemlerde bu bağımlılık duyguları tekrar görülebilir ki en aşırısı ana rahmine dönme isteğidir (3).

Bu yaş grubunun gelişim özelliklerinde ise bebek artık oturup emekleyebilmekte ve hatta ayağa kalkıp kısa süreli ayakta durabilmektedir. Aynı zamanda, isteklerini ve nesnelere işaretlerle belli etmekte, keşfetme duygusu ön plana çıkmaktadır (4).

Yeni doğan bebeğin gelişimi ilk yılda çok hızlı seyretmektedir. Bu dönemin en önemli özelliği bebeğin yetişkine bağımlı olması ve o olmadan hayatını devam ettirememesidir. Bu dönemde bebeğin, beslenmesi, temizliği, uykusu kadar önemli olan bir husus da bebeğin şefkatle sevilmesidir. Bu dönemde bebek Nefes almayı öğrenme, Doğumu takiben fiziksel çevredeki değişikliklere uyum sağlama, Tuvaletini söyleme tutma becerisini kazanma, Uyku düzeni olması, Katı yiyecek yemeyi öğrenme gibi özellikleri kazanmaktadır (5).

Çocuğun aylara göre gelişimi tanımlanmak istendiği takdirde bazı özellikler öne çıkmaktadır. Örneğin;0-1 ay içerisinde yüzükoyun yatırıldığında başını kontrol etme çabası içinde iken 1-4 ay döneminde omuz ve baş kontrolü görülmeye başlanmaktadır(6).

2.1.2. Özerkliğe Karşı Utançla Gerileme (2-3 Yaş)

Bu dönem on ikinci aydan üç yaşına kadar devam eden dönemdir. Bu dönemde çocukların kazanmaları gereken önemli bir alışkanlık tuvalet alışkanlığıdır. Ancak bu alışkanlığın kazandırılması sırasında baskı yapmak çocuğun kişiliğine tamiri güç zararlar vermektedir (1). Bundan dolayı, dönem içerisinde çocuğa alışkanlık kazandırılırken daha bilinçli ve daha sağduyulu yaklaşmak önem arz etmektedir.

Anal kontroldeki çatışmalar ve tuvalet eğitimindeki dışkıyı tutma ve boşaltma konusunda ebeveyn ile mücadele birliğinde ayrılma, bireyselleşme ve bağımsız olma çabalarını da getirmektedir (7).

0-1yaş döneminde güven duygusunu kazanmış çocuk artık başkalarına bağlı kalmak istememektedir. 2-3 yaş dönemine geldiğinde ise, kendi başlarına yürüme ve iletişim kurma becerisi kazanmaya başlamıştır. Böylece çocuk kendi kontrolünü kazanabilir ki, özgürlüğü hissetmesi açısından çok önemlidir (3).

2-3 yaş döneminde baskılayıcı olmak, çocuğun bağımsızlığını baskılamak anlamına gelir ki, kendisine fırsat tanınmayan bir iş başarıma heyecanını yaşamayan, ileriki dönemde çekingen, kendi başına karar veremeyen ve kendine güvenmeyen bir birey haline gelmektedirler. Bu dönemde ebeveynler suçlayıcı, yargılayıcı olmamalı, çocuğun cesareti desteklenmelidir. Anne-babanın bu süreçteki olumsuz hareketleri, çocuğu öfkelenendirirken, ileri yaşlarda utanma duygusu ağır basmaktadır(1).Çocukların ileriki yaşlarda başarısızlık sebeplerinden biri de bu duyguyu erken yaşlarda deneyimlemiş olmalarından kaynak bulmaktadır.

2-3 yaşta çocuğun motor gelişimine bakıldığında; büyük kasların motorgelişimine örnek olarak bisiklete binme topa tekmeyle vurabilme örnek gösterilebilirken küçük kasların motor gelişimine ise dişlerini fırçalayabilme kaşık, çatal, bardağın kullanımını örnek gösterebiliriz (8).

2.1.3. Güvensizliğe Karşı Suçluluk Duyuma (3-6 Yaş)

Girişkenliğe karşı suçluluk dönemindeki çocuk, kendisinin ve aile üyelerinin rollerini daha açık bir şekilde kavramaya başlamaktadır. Bu dönemde çevresi ile yakından ilgilidir ve cinsel kimliğin geliştiği dönemdir. Bu nedenle kızlar annelerini erkek çocuklar ise babalarını model almaktadırlar. Çocuğun merak duygusu, soruları bastırıldığı ve bunlara cevap verilmediği takdirde; çocukta suçluluk duygusu gelişim göstermektedir(1).

Bu dönemde görülen bazı durumlar

- Kızın anneyi benimsemesi, erkek çocuğunun da babayı model alması ile başlamaktadır.

- Erkek çocuk, erkek kimliğini babaya benzeyerek, kız çocuk ta kız kimliğini anneye benzeyerek kazanma çabasına girmektedir.

Kişiliğin gelişmesinde bu önemli bir olay olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda, psikolojide buna "özdeşim" adı verilmektedir(9).

Bu yaş döneminde oyun hem psikolojik yapısını geliştirmekte hem de olgunlaştırdığından, en önemli uğraş alanıdır . 5 yaş, çocuğunun dikkat süresi çok kısa olması, anlatarak öğrenme yerine öykü ve oyun ile dikkatini toplamakta, keşfederek öğrenmesi ile zeka gelişiminide desteklemektedir(10).

Çocukların nöromotor, zeka ve ruh gelişim düzeyinin değerlendirilmesi; yine bu süreçte postürü, hareketi, görme, yakalama, şekil kopya etme, ses çıkarma, konuşma, gülümseme, yemek yeme, oyun, yabancılara tepki gibi beceri ve davranışlar gözlenerek yapılmaktadır (11).

Bu yaş grubu içerisinde çocukta bazı değişimler gözlenmektedir. Örneğin; kilo almaya boy uzamaya devam etmesi, hareketlerindeki koordinasyon artması, hikayelerini anlatırken abartması, patron gibi davranması, akranlarına bağımlılık gösterilebilir (12).

2.1.4. Çalışma ve Başarılı Olma- Aşağılık Duygusu (6-12 Yaş)

Doğumundan 6 yaşına kadar aile ile daha çok zaman geçiren çocuk için okula başlama çok büyük bir değişimdir. O güne kadar herkes tarafından yaptıkları, kabul edilen, sevilen ve pek rakibi olmayan biri iken okul ortamı ile yeni bir süreç başlamaktadır (1).

Öğrendikleri ve uyguladıklarından zevk almaya başlamaktadır. Problemlerini ve kazanımlarını paylaşmayı öğrenmekte ve kayba tahammülü öğrenme aşamasına girmektedir (11).

Okul dönemi çocuklarında başarı desteklenmeli bu süreçte anne – babanın etkisi azalırken, arkadaşlar ve öğretmenin çocuk üzerindeki etkisi artmaktadır. Başarısı desteklenen çocuklar olumlu yönde etkilenirken, beğenilmeyen ve desteklenmeyen çocuklar da değersizlik ve aşağılık duygusu geliştirebilir (3).

2.1.5. Kimlik Kazanmaya Karşı Rol Karmaşası (12-18 Yaş)

Bu dönem 12-18 yaşları kapsamaktadır. Ergen bu dönemde kimlik arayışı içindedir. Hızlı fiziksel ve fizyolojik değişimiyle baş etmeye çalışırken bir yandan da gelecekteki eğitimi, kariyeri hakkında yeni kararlar verme durumundadır. Ergenin üstünde akran gruplarını rol model alması mümkündür (3).

Bu dönemin sosyal gelişimine bakıldığında, ergenliğin ilk belirtileri çıktığında kendi içine kapanma, içten içe karşı cinsin beyenisini isteme, ergen bir model bulma çabası arkadaşlarına verilen önemin artması, anne babayı beğenmeme, onları eleştirme durumları ile karşılaşabilir(1).

Ergenlik, cinsiyet yeteneklerinin kazanıldığı dönemdir. Bu dönemde kızlara adet kanaması, idrarda östrojen hormonunun görülmesi, erkekte ise gece boşalmaları ve idrarda androjen hormonunun görülmesi ile başlar bu süreçte kıllanma ve boy uzamalarının görülmesi şeklinde fiziksel alanda değişiklik olmaktadır (13).

Çocukluk çağının gelişim özellikleri ve alınacak önlemler tablo 2' de verilmiştir(14)

Tablo 2. Çocukluk çağının gelişim özellikleri ve alınacak önlemler

Fiziksel yeterlilikleri	Duygusal-Sosyal özellikleri	Entellektüel (öğrenme sorun çözme-akıl yürütme) yeterlilikleri	Oyun gereksinimleri	Güvenlik önlemleri
<p>1-2 ay Yüzüstü yatırıldığı zaman başını kaldırabilir. Dik tutulduğu zaman başını tutar. Eşyaları takib eder. Gülümser Refleksleri güçlüdür.</p>	<p>Emmeden büyük zevk alır ve temel gereksinimlerini karşılar. Memnuniyetini çevresindekilere gülerek ifade eder.</p>	<p>Kendine özgü sesler çıkarır. Sesleri taklid etmeye çalışır.</p>	<p>Değişik pozisyonlara girer. Bakan kişi ona dokunmak, konuşmalı ve kucaklamalıdır. Parlak renkli büyük oyuncaklar dikkatini çeker.</p>	<p>Beslendikten sonra sağ yan tarafına yatırılır. Yastık kullanılmaz. Karyolasının korkuluğu kapalı tutulur. Arabada güvenli bebek araba koltuğuna konur.</p>
<p>2-4 ay Yan tarafına döner. Başını bir süre tutar. Kolları üzerinde durur. Eşyalara uzanır ancak yakalayamaz. Oyuncaklarını kısa süre elinde tutar. Seslerin geldiği yönü farkeder. Yüz görünüşünü değerlendirir.</p>	<p>Bakıcısını tanır. Tanıdığı yüzlere güler. Sosyal cevabı başlamıştır.</p>	<p>Bazı hareketleri taklid eder. Eşyaları hemen görür. Seslere cevap verir. Kendi kendine mırıldanır. Cilveleşir. Müzikten hoşlanır.</p>	<p>Dokunulmaktan ve konuşulmaktan hoşlanır. Müzikli ve hareketli oyunçulara ilgi duyar. Çeşitli renkte ve büyüklükte basit oyuncaklar seçilir.</p>	<p>Yatağında güvenli olarak bırakılır. Yutabileceği küçük eşya ve oyuncaklar çevresinde bulundurulmaz.</p>
<p>4-6 ay Yan tarafına döner. Başını bir süre tutar. Kolları üzerinde durur. Eşyalara uzanır ancak yakalayamaz. Oyuncaklarını kısa süre elinde tutar. Seslerin geldiği yönü farkeder. Yüz görünüşünü değerlendirir.</p>	<p>Bakıcısını tanır ve arar. Emme giderek azalmıştır. Hoşlandığı zaman yüksek sesle güler ve coşkulu sesler çıkarır.</p>	<p>Davranışları amaçlıdır. Hareketsiz duran eşyaları görür ve tanır. Kaybolan eşyayı o yönde arar. Taklitleri daha sistematikleşmiştir. Mırıldanır.</p>	<p>Konuşulma ve dokunulma isteği devam eder. Eşyaları yakalayabileceği daha geniş bir alan sağlanır.</p>	<p>Çevresinde, keskin kenarlı, yutabileceği kadar küçük ve zararlı olan eşyalar bulundurulmaz.</p>

<p>6-8 ay</p> <p>Yüzüstünden sırt üstüne dönebilir.</p> <p>Yardımsız oturur.</p> <p>Eşyayı bir elinden öbür eline geçirir.</p> <p>Emeklemeye başlar</p> <p>Ses olan tarafa döner.</p>	<p>Bakıcısını başkalarından ayırır. Yabancılık veya ayrılma reaksiyonları belirgindir.</p>	<p>Bir önceki gelişimini sürdürür.</p>	<p>Araştıracığı ortam sağlanır. Bezden veya tahattan yapılmış oyuncaklar, küçük çocuk şiir ve şarkıları ilgisini çekmeye başlar.</p>	<p>Çevresinde artan zararlar kontrol altına alınır.</p>
<p>8-10 ay</p> <p>Emekler. Tutunarak ayağa kalkar. Küçük cisimleri yakalar, ve elinde tutar. Eline aldığı yiyeceklerle kendisini beslemeye çalışır. Katı besinleri rahatlıkla yiyebilir.</p>	<p>Bakıcısına tamamen bağımlıdır. İsmi ile çağırılınca reaksiyon verir.</p>	<p>Amaçlı hareketleri vardır. Eşyaları araştırır ve karıştırır.</p>	<p>Basit oyunları (el çırpma, saklanıp görünme, bebeği sevme gibi) anlamaya başlar. Resimli kitaplara bakmaktan hoşlanır.</p>	<p>Uzanabileceği elektrik kablo ve prizlerden, merdiven ve masa kenarlarından korunur. Banyoda yalnız bırakılmaz. Zehirli ve zararlı maddeler uzanamayacağı yere kaldırılır. Arabada emniyetli iskemlede oturtulur.</p>
<p>10-12 ay</p> <p>Doğum kilosunun üç katına ulaşır. Dolaşır. Kendi kendine ayağa kalkar. Kaşığını tutabilir Bir yılın sonunda boyu % 50 artar.</p>	<p>İnceleme ve araştırmaya başlar. Aile fertlerini ayırır.</p>	<p>Yeni davranışları taklid eder. Söylenen kelimeleri anlar. Bir dört kelime söyleye bilir. Kasıtlı davranışları vardır.</p>	<p>Oyun alanı genişletilir. Kitap okuma, su kum ve top oyunlarını sever. Vücut bölümlerini isimleri ile gösterme oyunları ilgisini çeker.</p>	<p>Bir önceki dönemde olduğu gibidir.</p>
<p>1-3 yaşının genel özellikleri</p> <p>Yılda 2-3 kg alır. 2. yılda yaklaşık 12 cm, uzar. 3. yılda yaklaşık 6-8 cm uzar. Ortalama 12 dişi vardır</p>	<p>Keşfederek ve deneyerek öğrenir. 12. aya kadar öğrendiği 3,4 kelime sayısı 36 ayda yaklaşık 900'e ulaşır.</p>	<p>Özerklik kazanır. Kuşku ve utanma duygusu gelişir. Bağımsız davranışlar gösterir. Yabancı kişi, eşya ve alanlardan korkar. Yalnızlıktan ve terkedilmekten korkar. Oyunlarda bencildir. Aile üyelerini ve günlük yaşam olaylarını taklid eder.</p>	<p>Fizik aktiviteye gereksinimi vardır. Renkli ve resimli kitapları sever. Pahalı oyuncaklar gerekmez.</p>	<p>Yalnız bırakılmaz. Zehirli madde içeren deterjan ve diğer zararlı maddeler uzanamayacağı yere saklanır.</p>

<p>15 ay Yürüyüşü paytak, adımları düzensizdir. Yardımsız yürür. Merdivenleri emekleyerek çıkar, iki kübü üst üste koyabilir. Kaşığı tutar fakat yönünü tayin edemez. Kabı iki eli ile tutar. Ayak kabı ve çoraplarını çıkılabilir.</p>	<p>Hata yaparak ve deneyerek öğrenir. En az üç kelime ile anlaşılabilir cümleler kurar, isteklerini işaret ile belirtir.</p>	<p>Kendi kendine beslenmeye çalışarak bağımsızlığını ifade eder. Soyunmaya yardım eder. Altını ıslattığı zaman annesine gösterir (mesane kontrolünün ilk belirtileri)</p>	<p>Kumaştan yapılmış ve müzikli oyuncakları sever. Su ve top oyunları, yerde topu yuvarlamak, kitap okumak ilgisini çeker.</p>	<p>Küçük eşya parçaları saklanır. Sert ve küçük yiyecek parçaları ile boğulabilir. Kırılabilir eşyalar, elektrikli aletler, zehirli maddeler saklanır. Mutfak kazaları için önlem alınır.</p>
<p>18 ay Acemi koşar. Yardımla merdiveni çıkar. 3,4 kübü üst üste koyabilir. Topu kısa mesafeye fırlatır. Basit kıyafetlerini çıkarabilir.</p>	<p>Eşyaları hafızasında tutar. Eşya kavramı düzenli olarak gelişir. 10 kelimeyi anlayarak söyler. Tüm fikirlerini bir kelime ile anlatır.</p>	<p>Sudan korkar. Aksi ve huzursuz davranışlar gösterir. Barsak ve mesane kontrolü kazanmaya başlar. Yardımla dişlerini fırçalayabilir. Giyinme ve soyunmaya başlar.</p>	<p>Oyuncak ata binme, şekilli küpler, iç içe geçen oyuncaklar, kalemler, şekil çizme, bulmacalar, top oyunları, gürültülü, eğlenceli oyunlar ilgisini çeker.</p>	<p>Düşmelerden (bindiği oyuncaktan, banyo küvetinden, hızlı koşmaktan, tırmandığı eşyalardan) ve tehlikeli oyuncaklardan korunur.</p>
<p>24 ay Koşar, topa tekme vurur. Yardımsız merdivenden iner çıkar. 6 kübü üst üste koyabilir. Kitap sayfası çevirir. Kapı tokmağını açabilir. Çatal ve kaşığı kullanabilir. Kendini besleyebilir. Düz veya yatay çizgi çizer.</p>	<p>Sembolik düşünceleri vardır. Bencildir. Hayâl kurar. Başkalarını taklid eder. Yaklaşık 300 kelime bilir, iki kelimeli cümle kurar. Kendi kendine konuşur.</p>	<p>Karanlıktan ve hayvanlardan korkar. Huysuzluk görülebilir. Olumsuzdur. Uyumaya direnç gösterir. Büyük ve küçük abdestini haber verir. Genital uzuvlarını keşfeder. Dişlerini yardımla fırçalar. Eşyalarını giyip çıkarabilir.</p>	<p>Fırça ile boyama, Çocuk hikâye ve şarkıları, bulmacalar, bez oyuncaklar ve farklı oyuncaklar dikkatini çeker.</p>	<p>Düşmeler için önlem alınır, umulandan daha fazla uzanabilir. Bıçak, kibrit, traş makinesi gibi zarar verecek araçlar saklanır.</p>

<p>36 ay</p> <p>Merdiveni iki ayak ile çıkar. Üç tekerlekli bisiklete biner. Dengeli yürür ve koşar. 8,10 kübü üst üste koyabilir. "0" şekli çizebilir. Kendini güvenle besler. Giyinir ve soyunur. Elbisenin önü veya arkasını tanımaz. Ayakkabısını bağlayamaz.</p>	<p>Yaklaşık 900 kelime kullanır. Yaşını ve cinsini bilir. Üç sayıyı ve altı kelimelik cümleyi tekrarlayabilir. 10'a kadar sayabilir. Sıfat ve zarfları kullanabilir. Çoğul cümleler yapar.</p>	<p>Olumsuzdur. Uyumak istemez. Kendi kendine tuvalet gereksinimini karşılar. Giyinebilir beslenebilir. Yabancıları yadırgaması azalmıştır. Beden, ruh, canlı, cansız kavramları gelişmeye başlar.</p>	<p>Başka çocuklarla oynamaktan hoşlanır. Bekleri ile ev yaşamını taklid eder. Oyuncakları ile ev yapma, doktor-hemşire rolleri ile oynanan oyunlar, bulmacalar, kağıt kesmek, renkli kitap ve kalemler ilgisini çeker.</p>	<p>Sıcak sudan, kibrit oyunlarından, bisikletten düşmekten korunur. Güvenlik ile ilgili iyi alışkanlıklar kazanması sağlanır. Su birikintileri, inşaat alanları, araba arkası gibi güvensiz yerlerde oynamaları yasaklanır.</p>
<p>3-5 yaşının genel özellikleri</p> <p>Yılda 2-3 kg alır. 4 yaşına kadar doğum boyunun iki katı olur. Yılda 6-8 cm alır. Yaklaşık 20 dişi vardır.</p>	<p>Kendini farketmeye ve başkalarından ayırmaya başlar. Kelime bilgisi 2000'lere ulaşır. Sezgisel düşünme dönemine girer (Piage)</p>	<p>Cinsel-devinsel dönem başlar (Freud) Erkek çocuklarda oidupus, kız çocuklarda elektra kompleksi gelişir. Erikson'a göre özerklik ya da utanç ve kararsızlık dönemi başlar.</p>	<p>Kitap okunmasından hoşlanır. Fizik aktivite tüm zamanını doldurur. Sakin olduğu dönemler azdır. Dayanıklı oyuncaklar seçilir.</p>	<p>Havuzda, banyoda yalnız bırakılmaz. Zehirli maddeler saklanır. Zararları çocuğa anlatılır. Arabada güvenli olarak sandalyesine oturtulur. Büyük dolap kapakları kilitlenir.</p>
<p>4 yaş</p> <p>iyi koşar, atlar, tek ayağı üzerinde sıçrar. Merdivenleri tutunmadan iner ve çıkar. Giyinir, soyunur. Düğmesini ilikler. Dişlerini fırçalar. İki kısımdan oluşan resim yapar. Banyosunu yapabilir.</p>	<p>Çevresindeki olayları farkedir. 1500 kelime kullanabilir. 5'e kadar sayabilir. Hayal gücü yüksektir. Cümlelerle konuşur, isimle çağırır. Kendini affettirecek davranışlarda bulunur. Kumanda etmekten hoşlanır.</p>	<p>Yeni bir durum ilgisini çeker. Bencildir. Başkalarının olumlu ya da olumsuzluklarını görmez. İleriyi düşünmez. Açıklayıcıdır. Seksüel merak vardır. Oidipus ve elektra kompleksi belirginleşir.</p>	<p>Grup içinde daha dikkatlidir. Evcilik oyunları, kitaplar, boyamalar, kağıt oyunlan, ritmik oyunlardan hoşlanır. Erişkinlere yardım etmeyi sever.</p>	<p>Güvenlikle ilgili bilgiler (caddede oynamaması, makası nasıl kullanacağı, zehirli maddelerin neler olduğu ve nasıl korunacağı, hareket eden araç içindeki güvenliği gibi) öğretilir.</p>

<p>5 yaş Dikkatli koşar. Üç-dört adım atlar. Rahatlıkla giyinir ve soyunur, ayakkabılarını bağlar. Altı kısımlı insan resmi yapar. İlk ismini yazabilir! 6 küp ile merdiven yapabilir.</p>	<p>İsim ve adresini bilir. Daha bağımsızdır. Hassastır. Daha az hayal kurar. Dört veya daha fazla renk tanır. Dikkö-rtgen çizebilir. 2100 kelime bilir. Anlamlı cümle kurar. 10'a kadar sayar. Akrabalarını tanır.</p>	<p>Bencilliği devam eder. Hayâlcidir, kuruntuludur. Oidipus ve elektro kompleksini çözümlenmiştir. Kız çocukları anne ile, erkek çocukları baba ile bütünleşir. Hassastır, vücut imajı ve vücudun zarar görmesi önemlidir. Tırnak kesme, burun temizliği, ağlama durumlarına reaksiyon gösterir.</p>	<p>Kamyon, araba, asker gibi oyuncaklar, basit sayı oyunları, su çamur, taş oyunları, resimli mac oyunları gibi kaba motor aktivitelere yönelik oyunları sever.</p>	<p>Bir önceki dönemde olduğu gibidir.</p>
<p>6-12 yaş genel özellikleri Yılda yaklaşık 2-3 kg alır. 5 cm uzar. Büyüme özellikle gövde ve bacaklarda belirgindir. Dişleri dökülür, kalıcı dişler çıkar, ince ve kaba motor becerileri giderek gelişir. Büyüme nedeniyle kalori gereksinimi artar.</p>	<p>Gayretlidir, Aşağılık duygusu gelişebilir. Cinsel eğitime gereksinimi vardır. Arkadaşıktan hoşlanır. Yarışma önemlidir. Vücudunun zarar görmesinden korkar. Fobiler gelişebilir. Gece karanlığından ve ölümden korkar. Sinirli davranışları sıktır.</p>	<p>Somut işlemler dönemidir (Piaget). Ben merkezli olmaktan çıkar. Duygu ve düşünceleri ifade eder. Grameri öğrenir. Kelime bilgisi 3000 veya fazladır. Zor cümleleri kullanabilir.</p>	<p>Grup ve takım oyunlarından (özellikle aynı cinsten oluşmuşsa) hoşlanır. Spor yapmak, kitap okumak ve bisiklete binmek önemlidir. Kağıt ve masa oyunları ile mac yapmayı sever. Oyun için fazla araç gerekmez.</p>	<p>Araba, bisiklet, mekanik araçlar, hobileri ve diğer uğraş alanları ile ilgili güvenlik önlemleri öğretilir.</p>
<p>6-7 yaş Kaba motor becerileri gelişmiştir, ince motor becerilerinde uyum vardır. Denge ve ritim iyidir. Koşar, atlar, tırmanır, topu fırlatır ve yakalar. Yardımsız giyinebilir.</p>	<p>Hareketlidir. Dost ve sempattır. Bazı sorumlulukları alabilir. Sakin ve düşüncelidir. Hassastır. Telefonu kullanır. Bir şeyler yapma isteği vardır ve başlar ancak bitirmez.</p>	<p>Yaklaşık 2500 kelime bilir. Okumayı, boyamayı öğrenir. Sağını, solunu, sabah ve akşamı, para kavramını bilir. Sezgi yolu ile öğrenir. Sözel ifade gelişmiştir. Hükmeden, tartışan inatçı özellikler gösterir.</p>	<p>Oyuncak arabalarla oynamaktan halâ hoşlanır. Tek başına veya aynı cinsten küçük gruplarla oynamaktan hoşlanır. Bisiklete binmeyi öğrenir Hayali ve dramatik oyunları, aktif oyunları sever. Dans, müzik ve beden hareketleri ile ilgili derslere hazırdır. Günde 1-2 saat TV izler.</p>	<p>Trafik ve bisiklet kazaları önlenir. Oyunda erişkin denetimine gerektir. Tanımadıkları ile ilişki kurmama, hastalıktan korunma, ve sağlıkla ilgili iyi alışkanlıklar, alkol sigara vb. zararlı maddeler konusunda eğitilir.</p>

<p>8-10 yaşa Miyopi görülebilir. Kızlarda sekonder cins belirtileri başlar. El-göz uyumu ve ince motor becerileri iyi gelişmiştir. Hareketleri zarif ve uyumludur. Bakım gereksinimlerini karşılar. Oyun ve çalışmalarında ısrarlıdır. Dinlenme aktivite arasında denge kuramaz.</p>	<p>Kendi cinsinden olanları tercih eder. Evde kendi kendine yeterlidir. Pratikdir. Ailenin fikir ve değerlerini sorgular. Güçlü duyguları vardır. Grup projelerine katılmak ister. Mahremiyet duygusu vardır. Seks konusunda bilinçlidir. Daha gelişmiş becerileri yapmak ister, işbirliğinden, mutlu ilişkilerden hoşlanır. Gizli kurallara ve dini yaklaşımlara uyar. Sert olmayan öğüt veren yaklaşımlara cevap verir.</p>	<p>Duyularını düzgün olarak ifade eder. Yalnız kalmaktan, eğlenceli kitapları okumaktan, çizim yapmaktan hoşlanır. Sınıflama, dizileme, uzay ve dünya, sayısal kavramlar ilgisini çeker. Şakadan, kelime oyunlarından hoşlanır. Kurallara direnç gösterir. Bazı şeylerin nasıl çalıştığını, doğa olaylarını merak eder.</p>	<p>Koşmak ve spor yapmaktan, beceri gerektiren masa ve kart oyunlarından zevk alır. Radyo, TV ve kayıt işlemleri, kalitatif koleksiyonlarla ilgilidir.</p>	<p>Ailenin arkadaş seçimindeki denetimi devam eder. Kendine ve çevresine zarar verebilecek uğraşları konusunda uygun yaklaşım gerekir. Yüzme öğretilir.</p>
<p>11-12 yaş Yaşam belirtileri erişkine yakındır. Cinsler arasındaki fark belirgindir. Kızlarda menstrüasyon görülebilir. Erkekler fizik olarak daha güçlüdür. Kalıcı dişler (3. molar hariç) tamamlanır. Erkeklerde sekonder cins belirtileri görülmeye başlar.</p>	<p>Grubuna sıkıca bağlıdır. Ayrı cinslerle iyi arkadaşlık ister. Rutinlerden hoşlanmaz. Yalnız olmaktan hoşlanır. Kendini kritik eder. Arkadaşları ile yaşamın gerektirdiklerini tartışır. Sıklıkla gerilimli gözükür.</p>	<p>Sosyal sorunlar ve zararlarını düşünür. Başkalarının görüşlerini araştırır. Esrarengiz ve aşk hikâyelerinden hoşlanır. Özet fikirlerle uğraşır. İnsanların nasıl ürediği ve sağlık önlemlerinin neler olduğu ile ilgilidir. Ahlaki ve dini yönelimlere önem verir.</p>	<p>Proje yapmaktan ve çalışmalarından hoşlanır. Para kazanacağı basit işler araştırır. Spor, dans ve telefon konuşmalarını sever. Sanat ve tiyatrunun her çeşidi ilgisini çeker.</p>	<p>Arkadaşları ile ilgili planlarında destek gereksinimi devam eder. Bisiklet sürücülüğü ve trafik konusunda güvenliği sağlar.</p>

“Tablo 2: Kaynak 14’den alınmıştır (14).”

2.2. Türkiye’de Çocuğa Yönelik Şiddet Olgusu

Türkiye’de çocuğa yönelik şiddeti değerlendirmeden önce, şiddet olgusu üzerinde durmakta fayda görülmektedir. Çağdaş Fransız sözcükleri bir kişiye, güç veya baskı uygulayarak isteği dışında bir şey yapmak veya yaptırmak, şiddet uygulama eylemi, duyguların kabaca ifade edilmesi eylemi, bir şeyi karşı konulmaz gücü, bir eylemin hoyrat yapısı gibi tanımlar şiddet kavramını sağlayan etmenlerin irdelenmesi konusuna ışık tutmaktadır(15).

Şiddet olgusu, saldırganlık, hakim olmak, yenmek, yönetmek amacı ile güçlü, şiddetli, etkili bir hareket, fiil, işlem: bir işi bozma engelleme, boşa çıkarmaya karşı düşmanca, yaralayıcı, hırpalayıcı veya tahrip edici yani yıkıcı ve yok edici amaç taşıyan bir davranış olarak karşımıza çıkmaktadır (16).

Şiddet eyleminin temelinde yatan saldırganlık güdüsü öğrenilebilen ve taklit edilen bir olgu şeklindedir. Buradan anlaşılan durum ise, şiddetin sonradan öğrenebilen bir dürtü olabildiğidir. Ayrıca bu durum bizi şiddet olgusunun toplumsal bir boyutu bulunduğu sonucuna da götürmektedir (17).

Şiddeti yücelten, ona olumlu bakan faşizm gibi görüşlerin yanında yürürlükteki sistemi ancak karşı şiddetle ortadan kalkacağına ve yeni bir düzene geçileceğini savunan değişik görüşler ortaya konulmaktadır (18).

Bir başka tanıma göre de şiddet, çatışan çıkarları olan tarafların arasındaki sosyal ilişkilerden kaynaklanmaktadır (19).

İngilizcede de şiddet sözcüğü çok geniş bir kullanım alanına sahiptir. Bu kullanımlar arasında; bedene zor uygulama, bozma ya da uymama, anlamın çarpıtılması, kişisel duygularda sertlik, tutkulu davranışlar ya da başvurma bulunmaktadır (20).

Türkiye’de çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmada;

Bir meslek öğrenmesi, eli iş tutması, eve katkıda bulunması sebebiyle çocukları ucuz iş gücü olarak kullanılmaları Türkiye’de yaygın olduğunu söylemek mümkündür. Yasal düzenlemelerle 15 yaşın altındaki çocukların çalıştırılması yasaklanmaktadır.

Yapılan araştırmada diğer bir istismar çeşitleri ise %24 ile fiziksel, %9 ile cinsel istismar ve %78 ile duygusal istismar olduğu görülmüştür (21).

Son zamanlarda dünyada ekonomik krizler refah yaşam düzeyinin azalması ile birlikte birçok sorun ortaya çıkmış bulunmaktadır. En önemlisi de g koşullar altındaki çocukların durumu olmaktadır. Bu ocuklar fiziksel, duygusal ve cinsel istismara maruz kalmakta ve uyuşturucu madde kullanımına alışmaktadır (22).

2.2.1. Tanımlanması, zellikleri ve Oluşumu

Dünya Sağlık rgt bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psiko-sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları ocuk istismarı olarak tanımlamaktadır (23).

Ülkemizde yapılan çalışmada 14 yaşın üstünde olan çocukların 3/4' dayak yediği, karanlık odaya kapatıldığı, azarlandığı aşağılandığı tespit edilmiş olup bunu da terbiye adı altında yapılmaktadır (24).

ocuk istismarı ve ihmali; bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen veya kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin bütünü olarak tanımlanabilir. Bu süreçte çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur (25).

İstismar, kimi zaman kk yaşta ağır, uygunsuz işlerde alıştırılmakta ve büyük sorumluluklar üstlenmesi iken, kimi zaman da çocuğun yetişkin tarafından cinsel saldırısı olabilmektedir. Çocuğun alıştırılması, ocuk işgücünün istismarı, sokakta yaşayan ve sokakta çalışan çocukların sorunları günümüzde birçok toplumda karşılaşılan ve üzüm bekleyen sorunlardır. Türkiye'de de bu sorun önem arz eder. Pek çok ocuk ve genç ya ailelerinin geçimine katkıda bulunmak ya da kendilerini geçindirmek amacıyla erken yaşta çalışmaya atılmakla ve türlü istismar ve ihmal biçimleriyle karşılaşmaktadır. Ayrıca engelli çocukların büyük bir bölümü ise gelişmelerini sürdürebilmeleri için gerekli imkanlar sağlanmamaktadır (26).

ocuk istismarının çeşitleri;

- Fiziksel istismar

- Cinsel istismar
- Duygusal istismar
- İhmal
- Ekonomik istismar olarak ayrı ayrı incelenmektedir (27).

Fiziksel istismardan bahsedilecek olduğunda;

- Fiziksel istismar en geniş anlamda ise "çocuğun kaza dışı yaralanması" şeklinde tanımlanabilir(27).

- Fiziksel istismar çocuğun fiziksel zarar görmesiyle ortaya çıkar. Eski yaraların çokluğu, ebeveynlerden zarar gören çocuğun tıbbi yardıma geç başvurulması ile şüpheli durum olarak kabul edilebilir (28).

- Son zamanlarda konuya verilen önemin artması, hekimlerin bilinçlenmesi ve birçok hastanede şüpheli olgular için komisyonların kurulmuş olması "tespit edilen" olgu sayısını arttığı gözlenir (29).

Diğer istismar çeşitleri ise; çimdikleme, itikleme, sarsma, boğazını sıkma, kafasını duvara veya başka yere çarpma, bağlama, bedensel olarak aşırı şekilde çalıştırma, yıkanıp temizlenmesine izin vermeme, eline ayağına iğne batırma, ellerini-ayaklarını yakma, ağzına acı maddeler sürme olarak karşımıza çıkmaktadır (27).

Fiziksel muayenede, bacaklarda, sırtta, genital bölgede morluk, farklı zamanlarda oluşmuş lezyonlar, sigara yanıkları, sıcak su yanıkları, karaciğer, dalak yırtılması, beyin kanaması, şüpheli durum olarak kabul edilir (29).

Fiziksel istismar yaralanma çeşitleri ise;

- Deri yaralanmaları; yüzeysel yaralanmalar olabileceği gibi kesiler ve 2. - 3. derece yanıklar gibi ciddi yaralanmalara kadar değişen lezyonlar, morluk ve çeşitli travmatik yaralar gözlenebilir (27).
- İnsan ısırıkları; büyük oranda istismarı gösterirler. Eskiden oluşmuş izlerin atlanması daha yatkındır. Bebeklerde görüldüğü yerler ile daha büyük

çocuklarda görüldüğü yerler daha farklıdır. Bebeklerde kalça ve genitale yakın bölgelerde ceza amacı iken daha büyük çocuklarda ise cinsel amaçlı veya fiziksel saldırıya bağlıdır. Genellikle birden fazladır, net görünümlü veya emme izleriyle birlikte görülürler. Emme izi bazen cinsel istismarı gösteren tek bulgu olarak da gözükebilmektedir (30) .

Cinsel istismar ise bir diğer çocuğa yönelik şiddet şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada; cinsel arzuları tatmin amacıyla kişilerin beden dokunulmazlığını bozacak davranışların gerçekleştirilmesi cinsel suç kapsamında değerlendirilmektedir. Cinsel saldırı suçu farklı cinsten ya da aynı cinsten kişilerce birbirine yönelik işlenebilirler iken fail ya da mağdur erkek ya da kadın olabilir (31).

Çocuğun cinsel istismarı ise çoğunlukla gizli kalan, kısa ve uzun dönemli etkileri olan ve artan sıklıkla gözlenen saptanması en zor olan çeşididir (32).

Cinsel istismar bir çocuğun bir başka çocuk üstüne belirgin bir gücü veya kontrolü söz konusuysa ya da bariz bir yaş farkı (en az 6 yaş) varsa cinsel haz amacıyla cinsel etkileşime maruz kalmasıdır. Çocuk ve erişkin arasındaki temas ve ilişki, o erişkinin veya başka birinin seksüel stimülasyonu için kullanılmışsa, çocuğun cinsel istismara uğradığı kabul edilir (27).

Cinsel istismar temas veya temas olmadan olabilir. Temas, cinsel organların dokunma ile olurken temas içermeyen istismar ise pornografik film , çıplak bedeni izleme....vs ile olur ki, istismarci hile, korkutma, tehdit gibi ustaca hareket etmektedir. Fiziksel güç pek kullanmazken, hediyeler, çocuğun ilgisini çeken hareketlerle, kendine bağlamakta ve sessiz kalması sağlayarak karşı koyma zorlaşmaktadır(33).

Her yaştan, her ırktan, her etnik gruptan ve her ekonomik zeminden çocuklar kolayca cinsel istismara maruz kalabilir (33).

Çocuğun cinsel istismarı aile içinden (ebeveyn, üvey ebeveyn, kardeş veya diğer bir akrabası) tarafından olabildiği gibi arkadaş, öğretmen, komşu gibi aile dışı üyeler tarafından da gerçekleşmiş olabilir (34) .

Çocuğun bir erişkin, yaş veya gelişimsel olarak kendinden büyük bir çocuk tarafından karşı tarafın cinsel haz amacıyla, ne anlama geldiğini kavrayamayacağı,

gelişimsel olarak hazır olmadığı, onay vermediği, yasalar ve toplumun kültürel değerlerine aykırı cinsel eylemlere karışmasına ensest denir (35) .

Kısacası ensest aile içinde, çocuk ve gençlere yönelik yapılan her türlü cinsel eğilimdir. Çocuğa en yakın ve güvenebileceği baba, büyükbaba, erkek kardeş, ağabey, amca, üvey baba, üvey erkek kardeş, teyze, hala gibi 1. derece yakın akrabalar tarafından yapılması güven duygusunun zarar görmesine sebep olur ki bu, çocuğun daha çok derinden sarsılmasına ve yaşam boyu sürecek psikolojik sorunlara yol açmaktadır (36) .

İnternetin bir pornografik yayın aracı olarak kullanımı ile hızla yaygınlaşan internette çocuk istismarı, diğer bir istismar çeşididir. Çocukların sık kullandıkları sohbet odalarına kullanarak, sohbet ve fotoğraflarla ilgisini çekerek, ya sanal olarak doyuma oluşmakta, yada gerçek ortamda buluşma teklif etmektedir (37).

Cinsel istismarda ilk adım; cinsel istismarın kurbanlarının güvensiz ortamdan uzaklaştırılmalarıdır. Bu failin kimliği tespiti için son derece önemlidir. Çocuğa yöneltilen sorular çocuğu yönlendirici ya da yargılayıcı nitelikte olmamalıdır (30).

Çocukların normalin dışında yaramazlık yapmaları, arkadaşlarından uzaklaşma, depresyon, uyku sorunları ve kabus görmeleri gibi belirtilerle cinsel tacize uğramaları yönünden uyanık olunmalıdır (38).

İlk görüşmede hekim çocuğu genital muayeneye hazırlamalı mahremiyetini korumalı, aksi gerekmedikçe annesi istenmemeli, adölesan çağındaki çocuklarda ise annelerini muayene sırasında isteyip istemedikleri sorulmalıdır (27).

Çocuklar,

- Fiziksel zararlar tehditler (çocuğun kendisine ve(ya) çocuğun ailesine)
- Evden atılma korkusu
- Kendisine inanılmaması korkusu
- Utanma veya suçluluk

- Duyguları nedeniyle cinsel istismara maruz kaldıklarını açıklamak istemezler(33).

Duygusal istismarın oluş nedenleri, kendilerine bakmakla yükümlü kişiler tarafından olumsuz olarak etkilendikleri tutum ve davranışlara maruz kalmaları ile olabileceği gibi gereksindikleri ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılmaları olarak da görülebilir. Gündelik yaşamda tanımlanması en zor ancak en sık rastlanan tiplerindendir. Duygusal istismar fiziksel ve cinsel istismarda olduğu gibi somut fiziksel bulguların bulunmayışı ve tek başına bulunabileceği gibi birçok olguda diğer istismar türleriyle birlikte bulunduğu tespit edilmesi ile diğer istismar türlerinden ayrılmaktadır. Cinsel ve fiziksel istismar aynı anda da görülebilir (30).

Bir diğer çocuğa yönelik şiddet şekli ise ekonomik istismardır. Çocuğun gelişimini engelleyici, haklarını ihlal edici işlerde ya da düşük ücretli iş gücü olarak çalışması ya da çalıştırılması ekonomik istismar olarak tanımlanmaktadır. Çalışan çocuklar sorunu, günümüz toplumlarının en önemli sorunlarından birisidir. Türkiye'nin sosyal, ekonomik ve kültürel sorunları çocukların çalışma nedenlerinin başında gelir . Yaygınlaşan yoksulluk, köyden kente hızlı göçler, kaçak işçiliğin artması, çocuk emeğinin ucuz olması ve işverenin ucuz işgücünü tercih etmesi sonucunda çalışan ya da çalışma yaşamına zorlanan çocuk sorunu ortaya çıkmaktadır (39).

“İhmal durumu da, çocuğa yönelik şiddet şeklelerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukta ihmal kavramı genel olarak "Çocuğa bakmakla yükümlü olan kişilerin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi, çocuğu fiziksel ya da duygusal olarak İhmal etmesi durumuna olarak tanımlanabilir. İhmal ana-baba ya da bakıcının çocuğa bakma ve koruma yükümlülüklerini gereğince yerine getirmemeleri sonucu ortaya çıkar ki, çocuğun iyi yetişmesi, iyi durumda olabilmesi için gerekli temel gereksinimlerini olan bakım, koruma, beslenme, giyim, tıbbı bakım ve eğitimim ihmal edilmesidir (30).”

İhmal çeşitleri

1.Fiziksel ihmal,

2.Duygusal ihmal.

3.Eğitimsel ihmal olmak üzere 3 ana grupta toplanır.

Fiziksel ihmal, yaşam için gerekli temel ihtiyaçları yani beslenme- ısınma- barınma gibi gerekliliklerin karşılanmaması olarak tanımlanabilmektedir (39).

Eğitimsel ihmal, çocuğun gelişimsel ve eğitimsel ihtiyaçlarını tutarlı olarak karşılanmamasıdır. Örneğin, çocuğun zorunlu yaşa gelmesine rağmen okula gönderilmemesi, okula devamlılığının sağlanmaması şeklindedir (40).

Çocuğa yetersiz ilgi ve şefkat, alkol ve / veya uyuşturucu kullanımına izin verilmesi aile içi kötü muamele ve şiddete maruz kalması da diğer bir şiddet türü olarak kabul edilmektedir(40).

Fiziksel ihmal bulgularını saptamak mümkün iken, duygusal ihmale ait bulguların saptanması oldukça güçtür (30). Bunun yanı sıra, duygusal ihmal türüne çok daha fazla rastlandığı görülmektedir.

2.2.2. Literatür Taraması

Türkiye’de çocuğa yönelik fiziksel ve duygusal istismara ait araştırma yapılan araştırmanın verileri incelendiğinde, 1980-1982 yılları arasında sekiz ilde yapılan 4-12 yaş arası, 16.000 çocukta bir araştırmada; Erkek çocuklarının %32,5 , kız çocuklarının % 34,6’sının, ihmal ve istismara uğradıkları saptanmıştır. Eğitimsiz ebeveynlerin %40’ı çocuklarını istismar ederken eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerde bu oran % 17’ye kadar düşmektedir(21).

“ Başka bir araştırmaya göre çocukların uğradıkları fiziksel şiddetin %69’unun faili öteki aile bireyleri, özellikle de anne-babalardır. Çocukları fiziksel istismarına bağlı ölümler, 1-4 yaşlar arasındaki çocuk ölümlerinin % 3’ünü oluşturmaktadır. Türkiye’de yapılan bir diğer araştırma, 4 yaşından itibaren çocukları fazla miktarda dayak yedikleri ve bunun sonucunda hem bedensel hem de ruhsal sorunlar yaşadıklarını göstermiştir. Ancak Türkiye’de kayıtlara geçen ya da mahkemelere yansıyan şiddet olayları çok azdır(21).”

Çocuk istismarı ve ihmali; toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, Anne, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, Çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümü olarak kabul edilmektedir(26).

Çocuk üzerinde yaşamının ilerleyen yıllarını dahi etkileyecek uzun süreli etkilerinin olması tanımlanması, çocuğa genellikle en yakını olan kişiler tarafından

yapılıyor olması, tedavi edilmesi en zor travma türü olması, çocuk istismarı yinelenebilirliğinin gündeme getirmektedir.(41).”

İstismar ve ihmalin farklı şekilleri yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunudur (42).

Dünya Sağlık Örgütü de şiddeti ve şiddetin önlenmesini bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır (43).

Türkiye'de çocuk istismarı konusunda yapılan araştırmalarda, ilk sırada % 78 gibi yüksek bir oran ile duygusal istismarı, %24 Fiziksel istismar ve cinsel istismar % 9 oranında olduğu görülmektedir.

1980- 1982 yılları arasında sekiz ilde yapılan bir diğer araştırmada,istismara uğrama oranı % 33, tokat atma, kulak ve saç çekme oranı % 25, sopa ile dövme oranı % 14 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük ailelerin % 40'ı çocuklarını istismar ederken, eğitim düzeyi yüksek ailelerde bu oran % 17'dir. Bir diğer araştırmada, 7- 14 yaş grubundaki çocukların yaklaşık % 40'ı anne ve/veya babaları tarafından dayak yediklerini belirtmişlerdir(44).

Kesinlik kazanan olgular incelendiğinde en sık görülen örseleyici yaşantının %54 ile ihmal olduğu; fiziksel istismarın %22, cinsel istismarın %8,duygusal istismarın %4 ile bunu takip ettiği belirtilmektedir. Geriye kalan olgular (%12) bu travma kategorilerine girmeyen değişik tipte istismar yaşantılarına maruz kalmaktadırlar(45).

Toplumsallaşma süreci, hem bireyler hem de sistemler açısından önem taşımaktadır. Bu çerçevede gerek çocukluk döneminde, gerekse yetişkinlik döneminde kitle iletişim araçlarının etkisiyle kolay öğrenilebilen saldırganlık davranışlarının ortaya çıkması kadar, bunun yol açtığı çatışmaların çözülmesi de önemli kabul edilmektedir (46). Elbette bu davranışların toplumdan topluma değişiklik göstereceği ve alınacak önlemlerin de farklılık arz edeceği açıktır.

“Çocuğa karşı şiddet, çocuğun bulunduğu her ortamda oluşabilmektedir. Örneğin;

- Ev/ aile içi,
- Okul ve eğitim ortamları,
- Kurumlar,

- Çalışma ortamları,
- Topluluk ve sokaklar, çocuğun şiddetle tanıştığı ortamlardır(47). “

“Ancak çocuk en çok içinde bulunduğu ortamda yani ev içinde şiddete uğramaktadır. Ev içi şiddet, çocuğun yaşadığı ev içinde anne, baba, kardeş, akrabalar, bakıcı veya diğer yetişkinler tarafından çocuğa karşı uygulanan şiddet olarak gündeme gelmektedir. Çocuğun içinde yaşadığı ve en güvenilir yer olması beklenen evin içinde şiddet görmesi, çocuğun en başta güven duygusunu doğrudan etkilemektedir(47).”

Bu şekillerde ortaya çıkan şiddet olaylarında, çocuklar güven duygularını kolayca kaybedebilmekte ve yaşamlarının devamında bu sıkıntı ile baş başa kalabilmektedirler.

Tablo 3’te de görüleceği üzere, yapılan bir araştırmaya göre çocuğa yönelik şiddet türlerinden ihmalin verileri değerlendirilmektedir.

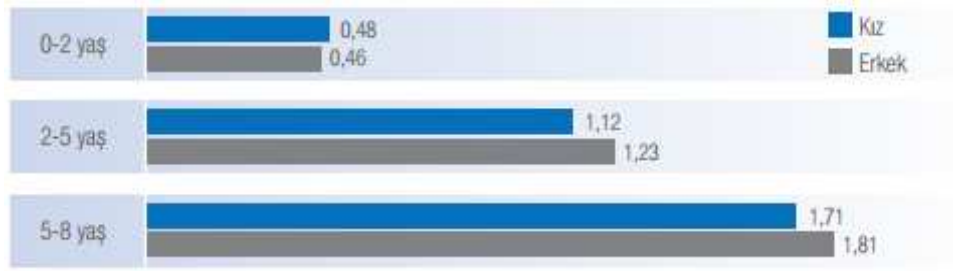
Tablo 3. Çocuğa yönelik ihmali sıklığının yaş, Kent/Kır ve cinsiyete göre dağılımı (%)

İhmal Maddeleri	Toplam	0-2 Yaş	2-5 Yaş	5-8 Yaş	Kent	Kır	Kız	Erkek
Doğum sonrası ilk yıl sağlık kontrolüne düzensiz götürme, hastalandıkça götürme ya da hiç götürmeme	3,6	3,1	2,6	4,8	2,9	4,9	3,0	3,8
Oyun parkında, sokakta, spor sahasında, okul saatleri dışında okul bahçesinde, internet kafede yetişkin olmadan zaman geçirmek	32,1	5,6	22,7	54,5	27,2	48,1	29,0	35,0
Günde 2 saatten fazla TV izlemek	65,5	23,6	70,6	82,7	65,7	59,6	63,5	65,0
Çocuğun arkadaşlarının çoğunu ya da hiçbirini tanımamak	7,0	2,5	5,0	11,1	7,5	5,3	6,8	7,2
Son bir yıl içinde ciddi yaralanma geçirme	5,3	4,3	5,5	5,6	5,3	5,2	4,4	6,1
Son bir hafta içinde 1 saatten fazla en az 1 kez 12 yaş altı başka bir çocukla tek başına evde kalmak	8,1	4,7	8,2	14,1	8,2	6,8	7,3	8,4
Son bir hafta içinde 1 saatten fazla en az 1 kez tek başına evde kalmak	5,7	2,8	4,3	10,4	6,7	5,5	6,0	6,9
İhmal Endeksi (0-7) ortalaması*	1,3 (ss:1,0)	0,4 (ss:0,7)	1,2 (ss:0,9)	1,8 (ss:1,0)	1,2 (ss:1,0)	1,4 (ss:1,0)	1,2 (ss:1,0)	1,3 (ss:1,1)

“Tablo 3, 48. kaynaktan alınmıştır”

Çocuğa yönelik ihmali endeksi ortalamalarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı ise şekil 1 aracılığı ile ifade edilmektedir.

Şekil 1. Çocuğa yönelik ihmal endeksi ortalamalarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı



“ Şekil 1, 48. kaynaktan alınmıştır”

Bir de çocuğa yönelik şiddet konusunu ekolojik çerçeve kapsamında mercek altına almak istediğimiz takdirde, bazı parametreler ön plana çıkmaktadır.

Ekolojik çerçeve, bazı kişilerin ya da grupların diğer kişi ve gruplara göre daha fazla risk altındadır. Bu çerçeve, 4 ayrı (bireysel, ilişki, topluluk ve toplumsal) düzeydeki ilişkide şekillendirilir.

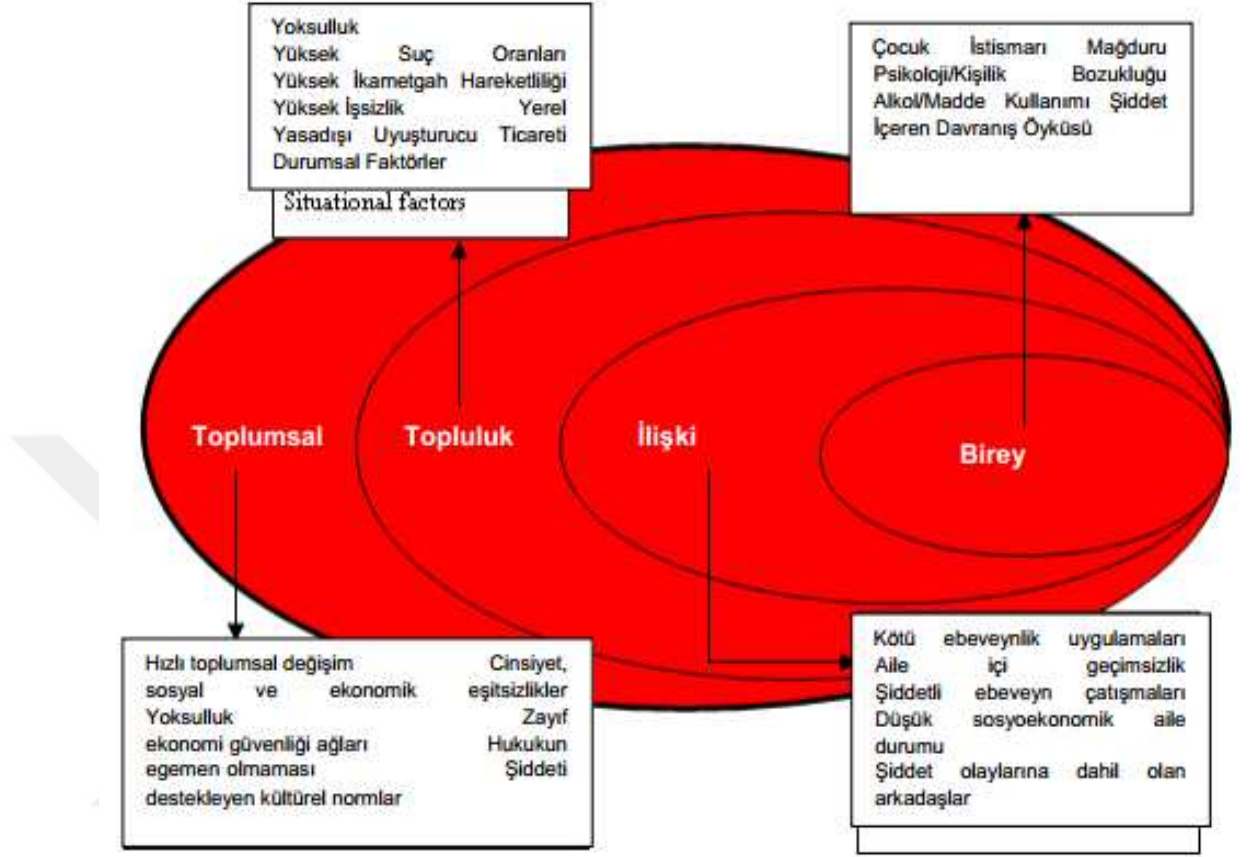
Bireysel düzey incelenirken, kişisel geçmiş ve biyolojik faktörler gündeme gelmektedir. Faktöre göre mağdur ya da şiddet faili olabilir. . Bu faktörlerde , çocuk istismarı, psikolojik ya da kişilik bozuklukları, alkol ve/veya madde kullanımı ve saldırgan davranışlarda bulunma ya da maruz kalma örnek verilebilir.

İlişki düzeyinde ise, kişinin aile, arkadaşlar, eşler ya da akranlar vb. mağdur ya da şiddet faili olma riskini etkili olabilmektedir. Örneğin, saldırgan arkadaşlara sahip olunması, genç bir kişinin şiddet olayına dâhil mi olacağı yoksa şiddet mağduru mu olacağı durumlarda etkiye sahip olabilmektedir.

Bireyin topluluk grupları incelendiğinde, okullar, mahalleler ve işyerleri şiddeti de etkileyebilmektedir. Uyuşturucu satıcılığı yapabileceği gibi mahallesinde saldırıya uğrayabilir.

“Bireyin içinde yaşadığı toplumsal faktörler , şiddeti önler yada teşvik eder.üzerinde etkiye sahiptir. Bu faktörlere örnek olarak silah bulundurma teşvik edilirken, sosyal ve kültürel normlar, sorun çözmeyi şiddet ile özdeşleştirebilir(49).”

Şekil 2. Ekolojik model –her bir seviyedeki risk faktörleri örnekleme



Şekil 2, 49. kaynaktan alınmıştır”

Vahip ve Doğanavşargil tarafından yapılan araştırma sonucunda, çocuklukta fiziksel şiddet öyküsü ile kendi çocuğunu kötüye kullanma arasında anlamlı ilişki olduğunu desteklemiştir (50). Burada anlatılmak istenen olgu, çocukluk döneminde herhangi bir şiddet türüne maruz kalan birey, ileriki dönemlerde aynı davranışı uygulayabilmektedir.

2.3. Türkiye’de Çocuğa Yönelik Şiddetin Yasal Süreci

Çocuklara yönelik uygulanan şiddet üzerine yapılan bir araştırmaya göre, çocuklara bu konuda ne gibi önlemler alınabileceği sorulmuştur. Bazı cevaplar üzerinden değerlendirme yapılacak olduğunda;

- Çocukları korumaya yönelik yasaların geliştirilmesi gerektiği konusunda verilen öneriler arasında:

: Şiddete uğrayan çocuklar koruma altına alınmalı (12 yaşında bir erkek çocuğun cevabı),

: Çocukların, aile büyükleri ya da devlet tarafından korunmaları gerekir (13 yaşında bir kız çocuğun cevabı),

: Öğrencilere aile içi şiddeti ve zararlarını anlatan kağıtlar dağıtılabilir. Onlar ailelerine götürürler ya da aile içi şiddetle ilgili toplantılar düzenlenebilir (14 yaşında bir kız çocuğun cevabı)(51).

“Çocuk hakları beyannamesinde ise;

Uluslararası düzeyde Dünya Çocuk Haklarının kurumlaştırılmasının tarihi 1924 "Cenevre Bildirgesi" ne kadar gitmektedir. O tarihlerde , "Çocukları Koruma Fonu Uluslararası Birliği" tarafından hazırlanan bu beş maddelik metin Milletler Cemiyetince kabul edilmiştir. Altında Gazi Mustafa Kemal'in de imzası bulunan bu bildirge, Çocuk Esirgeme Kurumu' nun Genel Merkezinde bulunmaktadır (27).” Bu beyannamede;

“1924, Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi'nde, "Umum Milletlerin erkek ve kadınları insanlığın haiz olduğu en mutena şeyi çocuğa vermeğe mecbur bulunduğunu rizki, milli ve dini her türlü telkinler haricinde bir vazife olmak üzere kabul atiklerini Cenevre Beyannamesi ismi verilen bu Çocuk Hakları Beyannamesi ile tasdik ederler" hükmü yer almıştır.

Bu beyannameye göre;

• Çocuk bedenlen ve ruhen tabii bir suretle meşvurümü bulmağa müsait şartlar içinde bulundurulmalıdır.

- Acıkan çocuk beslenmelidir.
- Hasta çocuk tedavi edilmelidir.
- Fikren geri kalan çocuk teşci edilmelidir.
- Yoldan çıkmış çocuk doğru yola getirilmelidir.
- Yarı terk edilmiş çocuk himaye altına alınmalı ve yardım görmelidir.
- Çocuklar felaket zamanında en evvel yardım görmelidir.

Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi, sonraki yıllarda genişletilmiş ve 1959' da yürürlüğe giren, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kabul ettiği BM Çocuk Hakları Bildirgesi'nin temelini oluşturmuştur.

BM Çocuk Hakları Bildirgesi'nin temel maddelerine göre, 18 yaşını doldurana kadar herkes çocuk kabul edilmektedir.

Tarihsel süreç içerisinde mutlak baba hakimiyetinin var olduğu aile yapısı, günümüzde özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda değişime uğramış olup, aile için de çocuklarda, erişkinler gibi medeni, siyasi, toplumsal, kültürel ve ekonomik haklara sahip olmaya başlamıştır. Henüz tam olarak toplumsal yaşam içerisinde yerini alamamış olmakla birlikte, dünya çocuklarının % 99 u çocuk hakları açısından yasal yükümlülükleri kabul eden ülkelerde yaşamaktadır.

Çocuk hakları, yasalarla düzenlenmiş ve uygulama zorunluluğu olan yasal haklar ve yasa ile karara bağlanmamış olmakla birlikte, yasaların oluşumunda etkili olabilecek manevi haklar olmak üzere iki grupta incelenebilir. Yine bu hakları 4 alt grupta sınıflandırmak mümkündür.

Refah Hakları:

Tüm çocukların, beslenme, tıbbi hizmet, barınma ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasını düzenler.

Korumacı Haklar:

Tüm çocukların, şiddet, çocuk istismarı ve ihmal ve her türlü tehlikeye karşı korunması için gereken hakları kapsar.

Yetişkin Hakları:

Yetişkinlerin tek başlarına sahip oldukları haklardan, çocukların da yararlanmasına yönelik hakları düzenler.

Ana – Babalara Karşı Haklar:

Çocukluk döneminde kişilerin özerkliklerini arttırmaya yönelik olarak, ebeveynleri karşısında daha bağımsız olmalarını sağlayabilecek hakları kapsar.

Çocuk haklarının temel ilkeleri şu şekilde sıralanmıştır:

- 1) Hiç bir çocuk ırk, din, dil, siyasi ve başka inançları, kendisinin ya da ailesinin serveti, mezhebi dolayısıyla ayrıcalıklı tutulamaz.
- 2) Her çocuk özel koruma ve ilgi görecektir ve her çocuğun, bağımsızlığını ve kişilik haklarını gözetilen şartlar altında, zihinsel, bedensel ve ruhsal gelişimi için yeterli imkan ve fırsatlar hazırlanacaktır; bu hususlar kanunlarla güvence altına alınacaktır, bu amaçla hazırlanacak kanunlarda çocuğun çıkarları göz önünde tutulacaktır.
- 3) Her çocuk doğduğu andan başlayarak ad ve milliyet sahip olmaya hak kazanacaktır.
- 4) Her çocuk doğduğu andan başlayarak sosyal Her çocuk eğitim görmeli ve eğitim en azından ilk öğretim düzeyinde ücretsiz ve zorunlu olmalıdır.
- 5) Sosyal yardım ve koruma konularında çocuklara öncelik verilmelidir.
- 6) Her çocuk, ihmal, zulüm ve sömürüden korunulmalıdır.
- 7) Her çocuk, ırk, din ve diğer hususlarda ayrımcı davranışlardan uzak tutulmalıdır(27).”

- 8) sigortadan ve gerekli sağlık yardımından yararlanmaya hak kazanacaktır.
- 9) Özürlü çocuklar özel bakım ve eğitim görebileceklerdir.
- 10) Her çocuk sevgi ve şevkate muhtaçtır ve toplum ve yönetim, ailesi olmayan ve muhtaç çocuklara özel ilgi gösterecektir.

Çocuğa yönelik şiddet olgusu üzerine yasal dayanaklar değerlendirildiği takdirde TCK'nın bazı maddeleri göz önüne alınması mantıklı olmaktadır.

2.3.1. TCK Maddelerinin Değerlendirilmesi

Türk Ceza Kanununun konu ile ilgili maddeleri ise;

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

- MADDE, 280. - (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

- (2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır

- Hekimin bildirme yükümlülüğü yalnız şahıslara karşı işlenen bir suça (cürme) rastladığı durumlarda söz konusudur. Adam öldürme, yaralama, çocuğa ve aile üyelerine kötü muamele gibi durumlarla karşılaşan hekim bunu adli makamlara bildirmelidir. Bu bildirim yazılı ve sözlü olması uygundur. Hekim adli makamlara en kısa yoldan ulaşarak olguyu bildirmeli aynı zamanda bildirim yazılı olarak da kayda geçirmelidir. Hastanın dosyasına da adli olgu bildirimini yapıldığına dair bir kayıt düşülmelidir.

- Ceza Muhakemeleri Usulü kanunu (CMUK) 158. maddeye göre: Adli olgu bildirimini C.Savcılığına, Sulh Hakimliğine, yerel güvenlik güçlerine (Polis, hastane polisi, jandarma) hatta buralara iletilmek üzere vali, kaymakam ve nahiye müdürlerine de yapılabilir.

- Bildirimin ardından adli makamların yazılı istemiyle hekim hastasını değerlendirmeli ve sağlığındaki bozulmayı ilgili yasada belirtilen (parametrelere göre bir adli rapor şeklinde sunmalıdır. Bu yasada geçen parametreler genel tıp terminolojisine uzak olsa da olgu değerlendirilirken bunlar

- İntihar girişiminde bulunan olgularda hekimin yaklaşımı çok önemlidir. Türk Ceza Kanununda intihar suç olarak nitelendirilmemiş, "intihara ikna ve yardım" etmek (TCK.84.madde) suç olarak nitelendirilmiştir. İntihar eden değil, intihara yardımcı olan suç işlemiş durumdadır.

- Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği 86. maddesine göre: yataklı tedavi kurumlarında muayene ve tedavi edilen adli vakaların gecikmeksizin Cumhuriyet Savcılığına haber verilmesi zorunludur. Ayrıca yaralı ve cesette bulunan delil niteliğindeki eşyalar adli makamlara aynen ve gecikmeksizin teslim edilmelidir Adli olgu bildirimini yapılan

hasta ölürse defin ruhsatı cumhuriyet savcılığı tarafından düzenlenir. Yataklı tedavi kuramlarında adli olgu öldüğünde adli makamların yanı sıra Başhekime de mutlaka bilgi verilmelidir. Bu bilgilendirme hastanedeki ölümlerde defin ruhsatını veren başhekimliğin bu olgu için yanlılıkla defin ruhsalı düzenlemesini önleyecektir.

- Adli olgu bildirim ve değerlendirmesiyle ilgili işlemlerdeki eksikliklerde hastayı izleyen hekim ve sağlık kurulunun yöneticisi sorumludur. Uzmanlık eğitimi süren hekimlerin bağlı oldukları uzman ve birimin yöneticisi sorumludur(53).”

Çocuk istismarının hukuki prosedürü incelenirken anayasanın bazı maddeleri ile ceza kanununun bazı maddeleri ele alınacaktır. Bunlardan;

“Anayasanın 27. Maddesi: Yaşama hakkı, kişinin temel haklarından biridir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 27 maddesinde kişinin yaşama hakkı düzenlenmiştir. Bu maddeye göre “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.”

T.C.K. 477. - 478. Maddeleri: Tedip hakkına sahip olan kişilerin çocuğu fiziksel olarak istismar etmesi Türk Ceza Kanununun 477. maddesinde genel olarak ifade edilmiştir: Her kim idaresi altında bulunan veya büyütmek, okutmak, bakmak, muhafaza etmek veyahut bir meslek ve sanatı öğretmek için kendisine tevdi olunan şahsın üzerinde haiz olduğu terbiye hakkını veya itaat ettirmek yetkisini suistimal ile o şahsın sıhhatinin muhtel veya bir tehlikeye maruz olmasına sebep olursa onsekiz aya kadar hapsedilir.”

Yukarıdaki kanun maddesinden de anlaşılacağı üzere çocuk üzerinde tedip hakkına sahip kişiler: anne-baba, vasi, koruyucu anne-baba öğretmen ve esnaflardır.

Yukarıda adı geçen kişiler yasa ile tanınan terbiye ve disiplin yetkilerini kullanırken serbest değildirler. Türk Ceza Kanununa göre terbiye ve disiplin araçlarının kötüye kullanılarak çocuğun sağlığının bozulması veya yakın bir tehlikeye uğramasına neden olunması bir suç teşkil etmektedir.

Çocuk üzerinde tedip hakkına sahip kişilere ilişkin kanuni düzenlemelerin bir kısmı da T.C.K. 478. maddede düzenlenmiştir. Bu madde “Yukarıdaki maddede (477) beyan olunan haller dışında ailesi ile birlikte yaşayan oniki yaşından aşağı bir çocuğa veya aile efradından birine rahim ve şefkatle kabili telif olmayacak surette fena muamelelerde bulunan şahıs otuz aya kadar hapis olunur. Bu fena muamele neseben ve sıhren usul ve furdan biri aleyhine vaki olursa ceza üç aydan üç seneye kadardır. Bu muameleyi karı kocadan biri öbürü aleyhine yapmışsa takibat icrası mutazarrırın şikayetine bağlıdır. Mutazarrır küçük ise evlenmeden evvel üzerinde haklı velayet veya vesayeti olanlarda şikayette bulunabilirler” der.

Çocuk üzerinde tedip hakkına sahip olmayan kişilere ilişkin hükümler: Bu kişiler polis ve zabıta memuru gibi kolluk güçleri ile gardiyanlardır. Polis, zabıta memuru, gardiyan gibi sokakta yaşayan, sokakta çalışan veya suç işlemiş, sanık durumundaki çocukla karşı karşıya olan kişilerin çocuğa karşı fiziksel istismar uygulamaları hukuka aykırı bir fiildir. Türk Ceza Kanunu 245 maddesine göre cebri kuvvet kullanma yetkisine sahip olan bu kişiler kanun ve düzene aykırı kötü muamelede bulunursa veya cismen eza vermeye kalkarsa ya da çocuğa vurur

veya onu yaralarsa üç aydan üç seneye kadar hapis ve geçici olarak memuriyetten uzaklaştırma cezası verilir. Bu hükümle bu yetkiye sahip kişilerin keyfi davranışları cezalandırılmaktadır.

Çocuğu terbiye ve disiplin amacı olmaksızın istismar edenler, üçüncü kişiler:

Bunlar daha önce sayılanların dışında kişilerdir. Örneğin, komşunun veya sokaktaki bir kişinin çocuğu fiziksel olarak istismar etmesi yani dövmesi müessir bir fiildir. Müessir fiiller TCK'nun 456. maddesinde düzenlenmiştir. TCK 456. maddesi kitabın yaralar başlığı altında ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.”

Çocukların Cinsel İstismarı ile İlgili Kanun Maddeleri ise;

“Madde 103- (1).Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden; (Asliye Ceza)

a) Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir,tehdit,hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim-sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (Ağır ceza)

(3) (Değişik: 29.6.2005-5377/12 md) Cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısmı, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehdit kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Cinsel istismar için başvuru olan cebir ve şiddetin kasten yaralama suçunun ağır neticelerine neden olması halinde, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

(6) Suçun sonucunda mağdurun beden veya ruh sağlığının bozulması halinde, onbeş yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükmolunur. (Ağır ceza)

(7) Suçun mağdurun bitkisel hayata girmesine veya ölümüne neden olması durumunda, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükmolunur. (Ağır ceza) .

5237 sayılı TCK çocuklara karşı işlenen cinsel suçları, "çocuğun cinsel istismarı" olarak nitelendirmiş ve ayrı bir maddede düzenlemiştir.

Çocuklara yönelik cinsel istismar fiilleri çocuğun 15 yaşını doldurmuş olup olmamasına göre ikili bir ayrıma tabi tutulmuştur.

Cinsel suçun mağduru olan çocuk 15 yaşını doldurmamış ise, bu çocuğa yönelik olarak yapılan cinsel istismar fiilinin failinin kaç yaşında olduğuna, bu fiilin cebir veya tehdit veya hile veya iradeyi etkileyen bir başka nedene dayalı olarak gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğine, failin mağdurun vücuduna organ veya sair bir cisim sokup sokmamasına bakılmaksızın fail için ceza öngörülmüştür.

Mağdur 15 yaşından küçük olduğu halde, fail cebir veya tehdit kullanmış ise veya mağdurun vücuduna organ veya sair bir cisim sokmuş ise failin önceki duruma göre daha ağır şekilde cezalandırılması öngörülmüştür.

Mağdur 15 yaşından büyük, 18 yaşından küçük ise ve fail, cinsel içerikli davranışı cebir veya tehdit veya hile veya iradeyi etkileyen bir başka nedene dayalı olarak gerçekleştirilmemiş ve fiil mağdurun vücuduna organ veya sair bir cisim sokulması boyutuna ulaşmamış ise eylem suç olarak kabul edilmemiştir.

Mağdur 15 yaşından büyük 18 yaşından küçük olmasına rağmen; fail, mağdurun vücuduna organ veya sair bir cismi onun rızası dahilinde sokmuş ise, fiil, artık "çocuğun cinsel istismarı" olarak nitelendirilmemekte, TCK'nun 104. maddesinde düzenlenen "reşit olmayanla cinsel ilişki" suçunu oluşturmaktadır. Bu suçun takibi mağdur çocuğun şikayeti şartına bağlanmıştır.

Mağdur 15 yaşını doldurmuş ancak 18 yaşını doldurmamış bir çocuk ise ve cinsel eylem onun rızası dışında gerçekleşmiş ise, yani fiil; cebir veya tehdit veya hile veya iradeyi etkileyen bir başka nedene dayalı olarak gerçekleştirilmiş ise failin eylemi yine "çocuğun cinsel istismarı" olarak nitelendirilmekte ve TCK'nun 103. maddesine göre ceza tayin edilmektedir.

Mağdur 15 yaşını bitirmiş olmasına rağmen maruz kaldığı fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş ise, 15 yaşını bitirmemiş çocukların tabi olduğu hukuki statüye tabi olur. Yani, bu durumdaki çocuklara karşı yapılan eylem 15 yaşından küçük çocuklara yapılmış gibi değerlendirilir.

Cinsel istismar suçunun yakın akrabalar arasında ve mağdur üzerinde nüfuz sahibi kişiler tarafından işlenmesi halinde cezanın artırılması TCK'nun 103. maddenin 3. fıkrasında düzenlenmiştir. Bu madde uyarınca; "cinsel istismarın üstsoy, ikinci veya üçüncü derecede kan hısımları, üvey baba, evlat edinen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, sağlık hizmeti veren veya koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte gerçekleştirilmesi hâlinde" cezanın artırılması kabul edilmiştir.

Düzenleme TCK'nun 103. maddesi içerisinde yer aldığı için bu hükmün uygulanabilmesi için failin fiilinin 103/1 maddesinde tanımlanan "çocuğun cinsel istismarı" suçunu oluşturması gerekir. Bu bakımdan örneğin bir babanın 15 yaşından büyük kızı ile, onun rızası dahilinde cinsel ilişkiye girmesi halinde fiil TCK'nun 104/1 maddesinde yer alan "reşit olmayanla cinsel ilişki" niteliğinde sayılacak ve bu suçun takibi mağdurun şikayetine bağlı olacaktır. Mağdur şikayetçi olsa bile bu durumda failin alacağı ceza altı aydan iki yıla kadar hapis cezasıdır. Bununla birlikte, fail babanın, fiili, cebir veya tehdit veya hile veya iradeyi

etkileyen bir başka nedene dayalı olarak gerçekleştirilmiş olması halinde eylemin yine TCK'nun 103. maddesi kapsamında kalacağının unutulmaması gerekir.

Mağdur 15 yaşından küçük ise veya 15 yaşından büyük olmakla birlikte fiil, cebir veya tehdit veya hile veya iradeyi etkileyen bir başka nedene dayalı olarak gerçekleştirilmiş ise ve bunun sonucunda mağdurun “beden sağlığı” ve “ruh sağlığı” bozulmuş ise faile daha ağır bir ceza verilmesi öngörülmektedir(53).”

Cinsel saldırı muayenesi

- Günümüzde uygulamada sorunlarla karşılaşılan bir muayene de cinsel saldırı muayenesidir. Uygulamada bazen adli makamların istemleri etik değerlerle çelişse de hekim: mesleğinin gerektirdiği etik ilkelerden taviz vermeden bu muayenelerde aydınlatılmış onam almalıdır.

- TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 39 bu konuya açıklık getirmektedir: "Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kuramlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamaz. Hekim ilgilinin veya ilgili reşit değilse, veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz (52).

Türk Ceza Kanunu

Genital muayene

- MADDE: 287. –(1) Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan faili hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

- (2) Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmaz(52).”

Kötü muamele suçu/suçları, 5237 sayılı Türk Ceza Yasası'nın ikinci kitabında, “Topluma Karşı Suçlar”a ilişkin üçüncü kısmın “Aile Düzenine Karşı Suçlar” başlıklı sekizinci bölümünde 232. maddede düzenlenmiş bulunmaktadır. Kötü muamele suçunun maddi konusunu aynı konutta birlikte yaşayan kişi veya üzerinde disiplin yetkisi bulunan kişi oluşturmaktadır. Yasa koyucu, kötü muamelenin maddi konusunu oluşturan kişi gruplarını esas alarak “Kötü muamele” başlığı altında iki ayrı suça yer vermiştir (54):

“Aynı konutta birlikte yaşayan birine kötü muamele” suçu (TCK m.232/1) ve “disiplin yetkisinin kötüye kullanılması” suçu (TCK m232/2). Her iki suç tipi ile geniş anlamda kötü muamele cezalandırılmaktadır.

Örneğin;

- Yasa koyucu, fail ile mağdurun sıfatlarını, cinsiyetlerini, yaşlarını ve aralarındaki soy bağı; örneğin eşi/çocukları gibi belirlememiştir.

- Suçun faili veya mağduru olabilmek için fiili veya hukuki bir özelliğe sahip olmak gerekli değildir. Örneğin:

- : Dini nikahla birlikte yaşayanlar,

- : Aralarında üveylik ilişkisi olan aile bireyleri,

- : Belli durumlarda metres ilişkisi içinde yaşayanlar bu suçun faili ve mağduru olabilirler.

- Bu kişilerin yanı sıra;

Aynı konutta birlikte yaşamak koşuluyla suç,

- : Evdeki hizmetçiye,

- : Akrabalara,

- : Evlilik dışı birlikte yaşam süren kişilerin birbirlerine,

- : Damat veya geline,

- : Üvey çocuklara karşı işlenebilmektedir(55).

2.3.2.Pediatride Hemşireliğin Yasal Sorumlulukları

Pediatride hemşirelerin yasal sorumluluklarına geçmeden önce, hemşirelere ait kişisel özelliklerden bahsetmek mantıklı olmaktadır. Örneğin hemşireler şüpheli olmalıdırlar. Bunun nedeni ise, hemşirenin şüpheli olması bir olayı sonlandırabilir ya da engelleyebilir. Ayrıca(56);

- Hemşirenin anamnez, muayene bulguları hemşirenin gözlem notlarına ve raporlarına kaydettiği küçük detaylar ve diğer veriler adli süreci etkileyecektir.

- Hastanın hikâyesi ve bulguları arasında paralellik ve uyumluluk olup olmadığı değerlendirilmeli,

- Eksik olan ya da olayların akışında bozukluğa neden olan parçalar var ise bu durum sorgulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Diğer bir alan da fiziksel kanıt toplama sürecinden ibarettir. Fiziksel kanıt toplama süreci bir incelemede önemli olan süreçlerden birisidir. Hemşireler kanıt toplama teknikleri ve aşamalarının her birinde yer alarak hiçbir şeyin gözden kaçırılmadığından emin olmalıdırlar.

Adli hemşireler bir kurban acil servise getirildiği zaman istem dışı olarak inceleyici yani araştırmacı görev almak durumundadırlar. Bu aşamada hemşireler kurban ile ilgili;

- Bütün verileri,
- Tedavi gerektiren tıbbi durumları:
 - : Morluk,
 - : Kesik,
 - : Laserasyonların varlığını ve yerlerini değerlendirmekte ve kaydetmektedirler (57).

Aynı zamanda (57);

- Eğer hemşire bir mahkemeye tanık olarak çağrılır ise, ifadesi yazılanlar ve fiziksel muayene sonucu toplanan kanıtlar ile tutarlı olmalıdır.
- Uygunsuz terminoloji kullanmamalı, açık ve net ifadeler kullanmalıdır.
- İfadede kullanılacak terimler herkesin anlayabileceği şekilde olmalı, yorum ve kendi düşüncelerini katmamalıdır.
- Olaydaki nedenler ve yaralanma mekanizmaları uygun şekilde anlamaya ve anlatılmaya çalışılmalıdır.

- Uzmanlık alanının dışındaki konular hakkında fikir belirtmekten kaçınılmalıdır.

- Bu adımları izleyerek ve uygun şekilde kanıt toplanarak kurbanın yasal sistemden korkması engellenebilir.

Hemşire müdahaleleri sırasında (mağdur ya da fail) çocuğun;

- Temel haklarını koruyacak şekilde davranmalı,
- Suçlayıcı, yargılayıcı davranmamalı,
- Adaletin yerine getirilmesinde katkısı olacak tüm durumları değerlendirip kayıt altına almalı,
- Olay ile ilgili taraf olmamalıdır (56).

Diğer bir açıdan bakmak gerektiğinde;

- Mahkemeler kendi alanlarının dışında kalan konularda ilgili mesleklerdeki kişilerin görüşünü alarak olayları aydınlatmak için bilirkişi seçme yetkisine sahiptir.

- Böyle bir görevle karşılaşan hekim hastaya ait sırları:

- Hastasının onayı,

- Yasal zorunluluklar olmadan açıklamamaya özen göstermeli,

- Aynı zamanda kendisine mahkemece sorulan soruları bilimsel verilerin ışığında cevaplamalıdır (52).

- Hemşireler özellikle uzmanlık alanına göre mahkemelerde bilirkişilik yapabilir. Bunun için uzman olan bütün hemşireler bilirkişilik yapabilir (56).

2.4.Türkiyede Hemşirelik Hizmetleri

2.4.1 Hemşirelik ve Hemşirelik Hizmetlerinin Tanımı

Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış ancak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumların değişen gereksinimlerinden etkilenmiştir. Toplumlar, toplumsal dinamikler, sağlık bakım gereksinimleri, sağlık politikaları değişirken hemşirelik de modern bir meslek haline gelmiş bulunmaktadır(58).

Hemşireler, belirli eğitimlerden geçtikten sonra, hizmet vermeye hazır hale gelmektedirler. Bu öğrenme sürecinde öğrenci hemşire;

Meslek üyeleri ile paylaştığı: normları, değerleri, bilgileri, becerileri, davranışları özümleyerek mesleğe karşı ait olma, mesleğe bağlanma ve sorumluluk duygusu geliştirmektedirler(59).

Hemşirelik mesleğine ait bazı hizmetler ve görevler söz konusu olmaktadır.Bunlara; hastayı kabul etmek,muayeneye hazırlamak,bakım planı yapmak, acil durumda ilk yardım tedavisi yapmak gibi örnekler verilebilir(60).

2.4.2. Adli Vakaya Hemşirelik Yaklaşımı

Adli vaka ; meslekte ve sanatta acemilik ya da düzenleme, bir başkasının kasıtlı ya da tedbirsiz ve dikkatsiz davranışı sonucu oluşan yaralanmalar, zehirlenme şüphesi olan yaralanmalar, aslı intihar olan tüm yaralanmalar, yönerge ve emirlere uymama sonucu yaralanmalar olarak tanımlanır. Bu durum doğrulanana kadar adli vaka olarak kabul edilmelidir(61).

Hemşireler karşılaştıkları bu adli vakalarda bireyi ilk gören, ailesi ya da yakınlarıyla ilk iletişime giren, muayene sırasında eşyalarına dokunan ve bireyden alınan laboratuvar örnekleri ile ilk temas eden kişidir(61).

Acil servislere veya sağlık kuruluşlarının diğer bölümlerine başvuran, zehirlenmeler, düşme , darp, ateşli silah yaralanmaları, iş kazası, kesici delici alet yaralanmaları, trafik kazası, elektrik ve yıldırım çarpmaları, intihar , asfiski, işkence, şüpheli ölümler, adli vaka olarak kabul edilmektedir.

Türkiye’de acil servis hemşirelerinin, daha çok travmalı hasta ile karşılaşan ilk grup olması, ayrıca adli hemşirelerin acil servislerde bulunmaması sebebi ile, ek görevler yüklenmiştir. Bu süreçte kayıtların tutulması, delil ihtimali taşıyan verilerin toplanması(hastanın üstünden çıkanların korunması), saklanması sağlık bakım personeli tarafından yapılmaktadır(63).

Acil servislerde çalışan hemşirelerin bu konuda rol ve sorumluluklarını bilmemesi olası bir durumda adli olayın açıklığa kavuşturulmasından yasal olarak kendini korumaya kadar olan süreci etkilemektedir (63).

Ayrıca; adli olgudan biyolojik materyal alımı, korunması, paketlenmesi ve gönderilmesi, meslek içi eğitimle bilgi ve becerisi daha da geliştirilmiş, yeterli araç ve gereçle donatılmış, adli bilimler konusunda yeterli eğitim almış, insan haklarına saygılı, cumhuriyet savcısı’nın istek ve önerileri doğrultusunda hareket eden acil birimlerde görevli sağlık personeli, sorumluluklarını daha iyi yerine getirecektir (57).

Hemşirelerin bilgi ve deneyim eksikliği, tüm bu süreçleri (kanıtları tanımlama, toplama ve saklama prosedür ve tekniklerini) bilmemesi kanıtların gözden kaçmasına , kaybedilmesine ya da yok edilebilmesine sebep olabilir. Bu durum adli incelemeyi zorlaştırabilmekte ve sürecin uzamasına, sonuçsuz kalmasına ya da yanlış karar vermesine neden olabilmektedir (61).

Adli incelemelerde sağlık personelinin duyarlılığı ve bilgisi önemli kanıtların bozulmasını engelleyecek ve kanıtların doğru toplanmasını sağlayacaktır (57).

Adli Değerlendirmenin Öğeleri; öykü alma,fiziksel muayene, kanıtın tanımlanması, kanıtın toplanması, kanıtın saklanması, kanıt koruma zincirinin sağlanması, kanıtın kayıt edilmesi,krize müdahale olarak sıralanabilir(61).

2.4.2.1. Öykü Alma

Hemşirelik öncelikle hastanın şikayeti dinlenmeli, öyküsüne ek olarak olayın ne, nerede ve ne zaman olduğu soruları sormalıdır.Öyküyü alan kişi deneyimli olmalı, hastayı yönlendirmemesi çok önemlidir. Sorular anlaşılır,açık ve cevaplanabilir olması son derece önemlidir. Bu süreçte hastanın sözel ifadeleri değiştirilmeden yorum ve fikir katmadan kayıt edilmek durumundadır(61).

2.4.2.2. Fiziksel Muayene

Hemşirelik tanılama süreci kapsamında hastanın durumuna ilişkin veri toplama yöntemlerinden biri fiziksel muayenedir. Burada, fiziksel muayenenin diğer kişilerin göremeyeceği ve duyamayacağı bir ortamda olmalı aile üyelerinden kimse olmamalıdır. Ayrıca hemşirenin olaya yaklaşımı yumuşak ve güven verici olmalı, muayene için açıklama yapmalı , sözlü onam alınmalı,eleştiri ya da yorum yapılmamalıdır (62).

Hemşire bu süreçte, adli vaka olduğu düşünülen hastanın muayeneden önce giysilerini değiştirmesi ve banyo yapması engellenmelidir. Hemşire sistematik ve kapsamlı bir fizik muayene yaparak kanıtları toplanması sağlanmalıdır (61).

2.4.2.3. Kanıtın Tanımlanması

İlk adım adli kanıtın tanımlanmasıdır. Hemşirenin bilgi ve deneyimi ile , bazen hastanın ses tonu, vücut dili, hastanın ve ailesinin birbirinden tutarsız ifadelerden yola çıkarak, adli vakanın tanımlanmasını sağlayabilir . Hemşirenin adli vakayla ilgili küçük detayların farkına varması ve kayıt etmesi adli bir olayı ortaya çıkarabilir ya da küçük detayları yok edebilir (61).

2.4.2.4. Kanıtın Toplanması

Sanık ya da mağdurun suçun işlenmesi esnasında kullandığı, bıraktığı, uzaklaştırdığı, değiştirdiği ya da kontamine ettiği her şey kanıt olarak tanımlanır. Kurşun,giysi, saç, iplik, debris,tükürük,meni, ısırma fiziksel kanıt olarak kabul edilirken, intihar girişimi, şiddet,suistimal, kendine zarar verme gibi travma eğiliminin fiziksel olmayan kanıt olarak adlandırılır (62).

Adli vaka olarak tanımlanmayan durumlarda, hastanın giysisi önemli bir kanıttır. Çünkü giysiler kan, seminal mai, saç, iplik, toprak, bitki, barut, cam parçaların, içerebilir ya da üzerinde sanığın parmak izi olabilir. Kanıtın korunması için, hastanın giysileri yere serilmemelidir, kahverengi kağıt üzerinde çıkarması istenmelidir. Hastanın giysilerini bu kağıt üzerinde ve ayakta durarak çıkarması giysisinden düşecek olan kıllar, lifler ve benzeri maddelerin elde edilmesi açısından önemlidir. Tüm bu süreçte hasta yalnız bırakılmamalıdır. Hastanın çıkardığı giysiler silkelenmemelidir, çünkü silkeleme giysi üzerindeki kanıtların düşmesine ve kaybolmasına neden olabilir, Giysiler mümkünse katlanmamalı, katlanması gerekiyorsa kıyafetin birbirinin üstüne gelecek kısımlarına kağıt yerleştirilmelidir. Hasta aynı zamanda ayakkabılarını da çıkarmalıdır çünkü ayakkabılar önemli ipucu olabilir (61).

Hastadan kıl örneği alınacaksa; Örnek pens veya cımbız benzeri bir aletle el değmeden toplanmalı, Toplanan örnekler ayrı ayrı kullanılmamış temiz küçük torba ya da zarf içerisinde paketlenmelidir. Paketlerin üzerinde hasta bilgileri ve adli vaka yazılı olduğu etiket ile ağzı kapalı paketlenmelidir (62).

Hemşire ısırik izinden ya da hastanın dili ve yanaklarından sürüntü alacaksa, steril su ile nemlendirilmiş steril swap kullanmalıdır. Kullanılan swapların hava ile kurumasına izin verilmelidir. Daha sonra swaplar temiz bir zarfa yerleştirilmelidir (61). Yaralar tanımlanmalı, tipi, alanı, büyüklüğü ve genel görüntüsüne ilişkin veriler kayıt edilmelidir. Ekimoz varlığında veri büyüklüğü ve rengi (menekşe, limon küfü, kırmızı, lacivert, mor) belirtilir. Biyolojik materyalin durumuna ve konumuna göre toplanma ve paketlenme yöntemleri Tablo 4'te de verilmiştir.

Tablo 4. Biyolojik materyalin durumuna ve konumuna göre toplanma ve paketlenme yöntemleri

Biyolojik materyalin durumuna ve konumuna göre toplanma ve paketlenme yöntemleri.			
DELİL	DURUM	KONUM	TOPLAMA VE SAKLAMA KOŞULLARI†
KAN	Sıvı (Venöz kan)	Mağdur/Şüpheli	Tek kullanımlık enjektör ile EDTA'lı 5 ml'lik tüplere topla. 2-8 °C'de muhafaza et.
	Sıvı	Dış Ortam	Pamuklu kumaş üzerine transfer et. Açık havada kurut. 15.5-24 °C'de muhafaza et.
	Pıhtı	Giysi	a. Pıhtıyı test tüpüne topla. 2 - 8 °C'de sakla. b. Pamuklu kumaş üzerine transfer et. Açık havada kurut.
	Islak	Giysi-Obje	Açık havada kurut. Kağıt torba ile paketlen. 15.5-24 °C'de muhafaza et.
	Islak	Su	Numuneyi şırınga ile topla. Numuneyi plastik kaplara yerleştir. 2 - 8 °C'de muhafaza et.
KURU KAN	Kabuk	Mağdur/Şüpheli-Obje- Dış Ortam	Kabuğu kağıt pakete kazı. Objenin diğer kısımlarından kontrol numunesi al.
	Leke	Silah	Öğeyi doğrudan topla.
	Leke	Giysi-Küçük Objeye	Tüm öğeyi topla. 15.5-24 °C'de muhafaza et.
SEMEN	Sıvı	Mağdur/Şüpheli	a. Sıvı semeni enjektör ile tüpün içine topla. b. Pamuklu kumaş üzerine transfer et. Açık havada kurut. 15.5-24 °C'de sakla.
	Sıvı	Obje-Dış Ortam	a. Numuneyi cinsel saldırı kiti ile topla. b. Numuneyi steril pamuk swap ile topla. Buzdolabında 2 - 8 °C'de muhafaza et.
	Islak	Giysi	Açık havada kurut. Giysileri ayrı ayrı paketlen.
	Kuru Leke	Giysi-Küçük Objeye	Olduğu gibi topla. Aynı paketlen.
SAÇ	Köklü (DNA analizi için)	Mağdur/Şüpheli-Dış Ortam	Temiz pens ile numuneyi topla. 10-15 tel saç kök dokusu ile kağıt zarflara topla. 15.5-24 °C'de muhafaza et.
	Köksüz (Toksikolojik analiz için)	Mağdur/Şüpheli	Saç dibine en yakın mesafeden kurşun kalem kalınlığında saç ince uçlu makas ile kes. Kağıt zarflara yerleştir.
	Kontrol Num.	Mağdur/Şüpheli	Temiz pens ile çekilmiş (en az 10-15 tel saç)
İDRAR	Sıvı	Şüpheli	Plastik tüplere doğrudan topla. - 10 °C altında dondur.
SALYA	Kuru	Mağdur	Numuneyi steril pamuk swap ile topla. 15.5-24 °C'de muhafaza et.
DOKU, ORGAN KEMİK	Taze	Embriyo-Fetus-Yenidoğan	Bütün olarak soğuk termos içine yerleştir. Buzdolabında 2 - 8 °C'de muhafaza et.

† Saklama koşulları "The Biological Evidence Preservation Handbook (25)" kaynağından alınmıştır.

“ Tablo 4, 60. kaynaktan alınmıştır”

2.4.2.5. Kanıtların Saklanması

Sağlık bakım kurumları, şüpheli ölümleri kayıt ve takip prosedürleri geliştirmek durumundadır. Ekip şüpheli bir durumda nasıl hareket edeceğini bilmeli ve durumlar için eğitim almalıdır. Bütün sağlık profesyonelleri kanıtları nasıl koruyacağını, adli olaylarda nasıl davranılacağını bilmeli ve bu prosedürleri izlemelidir (64). Elbette bu şekilde bir düzenleme, sağlıklı çalışmaların ürünü olmaktadır.

Bunların yanında;

- Paket saklanması uygun şartlarda yapılmalıdır.
- Islak veya nemli olan tüm kanıtlar paketlere yerleştirilmeden önce kurumasına izin verilmelidir.
- Paketlemek için en iyi yöntem kağıttır.
- Plastik ya da cam ıslaklığı biriktirir, doku parçalarının bozulmasına/çürümesine ve küf oluşmasına neden olmaktadır.
- Kağıt ise hava sirkülasyonu sağlayarak materyalin kurumasına izin vermektedir.
- Giysileri hızlı kurutmak için vantilatör ya da diğer araçlar kullanılmamalıdır,
- Gerekiyorsa kıyafetler hava akımı olmayan uygun bir ortamda kurutulmaması gerekmektedir (61).

Toplanan kanıtlar mum ile mühürlenmeli bu süreçte toplanan kutu, zarf ve torbalar açılması ve içindeki delillere müdahale edilmesi engellenecek önlemler alınmalıdır (64).

2.4.2.6. Kanıt Koruma Zincirinin Sağlanması

Kanıtların toplanması kadar yetkili mercie ulaşana kadar geçen sevk zinciri süresi de bir o kadar önemli kabul edilmektedir. Çünkü bu aşamada gizlilik ve profesyonellik son derece önem taşımaktadır.

Vakanın üzerinden çıkan, delici / kesici alet vb., yara ile ilişkili giysileri, vücuttan çıkan mermi çekirdekleri gibi adli soruşturmaya delil olabilecek her türlü malzeme kanıt olarak kabul edilir. Üzerinde hasta bilgileri yazan ve adli vaka olduğunu belirten etiket yapıştırılmış kutulara güvenlik eşliğinde konularak korumaya alınmalıdır(62).

Toplanan kanıtların kurum içine veya dışına gönderilmesi sırasında kanıtların değiştirilmemesi ve dış koşullardan etkilenip bozulmaması için mümkün olduğu kadar kısa sürede tutulmalı, gerekli önlemler alınmalıdır (64).

2.4.2.7. Kanıtın Kayıt Edilmesi

Adli kayıta, bireye ilişkin notlar mümkün olan en kısa sürede not edilmelidir. Kayıta, hastanın nasıl ve ne zaman geldiği, durumu, verilen her bir tıbbi tedavi yer almalı, eksiksiz, okunaklı not edilmelidir. Protokol defterinde ilgili vakanın adli vaka olduğu mutlaka belirtilmelidir (62).

Adli incelemelerde sağlık personelinin duyarlılığı kanıtların kaybolmasını ya da bozulmamasını son derece önemlidir. Burada (61);

Görsel kayıttan:

- Fotoğraf,
- Çizim,
- Şema gibi materyallerden önce hastadan onam alınması gereklidir.

Eğer hasta bilinçsiz ise ya da onay veremiyor ise sanık olduğundan şüphe edilmeyen yakınından izin alınması şart olmaktadır(61).

2.4.2.8. Krize Müdahale edilmesi

Krize müdahale aşamasında ise;

- Hemşire hastaya tüm işlemler sırasında durumu ile ilgili açıklayıcı kısa bilgiler verilmelidir.
- Adli vakayı dikkatli ve empatik iletişimle dinlemeli tüm işlemlerinde açıklayıcı olmalı, yorum, eleştiri veya düşünceleri katmaması son derece önemli olmaktadır.

Hemşire, adli vaka olarak değerlendirilen hastanın ruhsal durumunu değerlendirmeli, hastada, depresyon, korku ,davranış bozuklukları , regresif davranışlar , intihar girişimi , Alkol ve madde kullanımı gözlemeli ve gerekiyorsa psikolojik yardım alması için diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği sağlamalıdır (65).

2.4.3. Adli Hemşireliğe Giriş

2.4.3.1. Tanımlanması

Bir ekip çalışması olan sağlık hizmetlerinin kalitesi ekibin yeterliliği ve kalitesi ile orantılıdır. Ekip çalışmasının sadece klinik branşlarda değil adli tıp alanında da olması gerektiği gündeme gelmektedir (66).

Hemşirelerin adli olaylarla yeni karşılaşmamaktadır. Ancak yeterli bilgi ve birikime sahip olmamaları nedeniyle adli olaylara gerekli ve doğru yaklaşımlarda bulunamamaktadır. Suç ve şiddet olaylarının arttığı günümüzde hem mağdurların hem de failerin ilk karşılaştıkları sağlık ekibi üyesi hemşireler olması nedeniyle adli tıp konularında özel eğitim almış adli hemşireler adli ekip içinde birçok adli olayın çözümüne katkı sağlayacaklardır (67).

Ancak adli hemşireliğin, adli araştırma yapacakları anlamına gelmediğini, hemşirelerin öncelikle;

- Kanıtların tanınması, toplanması ve gözlenmesi konularında adli araştırmanın tanılama aşamalarında yararlı olabilecek görev alabileceklerini anlamına gelmektedir(66).

1992 yılında (IAFN- The International Association of Forensic Nurses) Uluslararası Adli Hemşireler Birliği kurulmuş ve adli hemşireliğin tanımını şöyle yapmıştır.

“Adli Hemşirelik hemşirelerin almış oldukları temel eğitimlerini şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ile travma ve 'ya da ölüm olaylarındaki kurbanların muayenesi ve bilimsel olarak araştırılmasında adli alanda kullanmaları olarak tanımlanmıştır” (68).

“Diğer tanımda ise Adli hemşirelik, hemşirelik biliminin yasal prosedürlere uygulanması olup, adli bilimlerin, hemşirelerin eğitimleri ile birleştirilerek, bilimsel araştırmalara, yaralı veya ölü mağdurların muayenesine, suç, şiddet, kriminal aktivite ve travmatik kaza faillerinin rehabilitasyonuna uygulanması’ şeklinde ifade edilmektedir”(69).

2.4.3.2. Dünyadaki Durumu

Tüm dünyada suç oranları hızla artmaktadır. Şiddete bağlı olarak yaşam ve fonksiyon kayıpları da artış sebebiyle, kriminal olayların aydınlatılmasının gerekliliği artmakta bu durum mağdurların korunması ve suçluların yakalanması ile doğrudan ilgili olmaktadır (70).

Hastanelerin acil servislerinin karmaşası içinde, karşılaşılan cinsel saldırı kurbanlarının tanınmasında yaşanan güçlükler, 1970’li yıllarda bu konuda yeni bir hemşirelik uzmanlık alanı olan "cinsel saldırı hemşireliği ”nin ortaya çıkması ile sonuçlanmıştır. 1976 yılında Amerika'nın Memphis şehrinde cinsel saldırı kurbanları ile çalışan hemşireler bir araya gelerek "Cinsel Saldırı Muayene Hemşireleri” (SANE) birliğini kurulmasını takiben konuya ilişkin çeşitli eğitim programları düzenlenmiştir(71).

Cinsel Saldırı Hemşire Examiner (SANE) tanımına göre, cinsel saldırıya uğramış kişinin bakımını sağlamak için eğitim alan hemşireler cinsel saldırı muayeneleri, adliyede de bilirkişilik hizmeti vermektedir (72).

ABD Adalet Bakanlığı'nın 1999 yılında yaptığı görev tanımına göre krize müdahalede dahil olmak üzere tüm delillerin toplanması, gebelik riskinin

değerlendirilmesi ve durdurulması, adli delillerin toplanması, ek bakım ve destek gibi tavsiyeleri olarak tanımlanmıştır (72).

Bu eğitim programları, geçmişte hemşirelerin 1 yıllık jinekolojik muayene eğitimi almaları yeterli iken günümüzde ise, hemşire ve ceza adalet sisteminin diğer üyeleri arasındaki yasal gereksinimleri üzerine odaklanmıştır (73).

Adli hemşirelik;ABD ve Avrupa'da yayılması travma ve şiddet olaylarında, kişileri polis nezdinde muayene etmek ve rapor yazmakla görevli hekimler tarafından önermesi ile başlamıştır. Amerika Tıbbi Muayene Komisyonu Başkanı John C. Butt ölüm olayları araştırmalarında hemşireler için Alberta'da "tıbbi araştırmacı" programı düzenlemiş ve adli hemşirelik eğitiminin temelini atmıştır (74).

Bunun yanında;Adli hemşirelik kavramının oluşması 1990'lı yıllar dayanmaktadır. 1992 yılında Minneapolis'te yapılan bir kongrede ilk defa adli hemşirelik terimi, kullanılarak terminolojiye girmiştir. Amerikan Hemşirelik Demeği 1995'de adli hemşireliği uzmanlık alanı olarak kabul etmiştir.1997 yılında adli hemşirelik faaliyet alanları ve standartları bir el kitabında özetlemiştir (74).

Adli hemşireler, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Almanya, Avustralya. Kanada, Güney Afrika, Japonya, Singapur, Suudi Arabistan gibi pek çok ülkede yayılırken, yargıya destek personel olarak görev almaktadır. Başta adli tıp olmak üzere: Seroloji, Toksikoloji, Narkotik gibi suçun aydınlatılması ve suçlunun tespit edilmesi suretiyle adli hataları önleme konusunda, Ayrıca ceza hukuku,

Ceza muhakemesi hukuku,

- Kriminoloji,
- Adli tıp uygulamalarının gibi alanlarda eğitim olarak hizmet vermektedir (74).

Birçok adli hemşire, master düzeyinde eğitimle bu rolü üstlenirken, sonraları doktora düzeyinde mezun verilmiştir. Böylece adli hemşirelik, profesyonel meslek anlayışı ve optimal hasta bakım hizmetinin en yüksek seviyeye ulaşması sağlanmıştır (75).

Örneğin, Hindistan'da adli hemşirelik, ABD önderliğindeki adli hemşirelik tanıtım seminerleri ile ülkedeki bilimsel eğitim çalışmaları başlamıştır. 2003 yılında ise Patna'da Adli Tıp ve Toksikoloji uluslar arası kongresi yapılmıştır. Kongreden alınan olumlu sonuçlar üzerine 2003 yılında Yeni Delhi'de yapılan Adli Tıp Konferansına davet edilmiştir (76).

2.4.3.3. Türkiye'deki Durumu

Sağlık hizmetleri doktordan hemşireye, hasta bakıcıdan hastanede çalışan idari personele kadar geniş bir ekiptir. Ekip çalışması sadece klinik branşlarda görülmemeli, adli tıp alanında da olması gerekmektedir. Çünkü acil servislerde, yoğun bakımlarda, servislerde ve hatta polikliniklerde çalışan tüm hemşireler suç kurbanları ve failleri ile karşılaşmaktadırlar. Farklı olan ise gördüklerini adli hemşirelik eğitim ve deneyimleri ile birleştirerek adli araştırmaların doğru, tam, daha güvenilir ve hızlı yapılmasına katkıda bulunmalarındır (71).

Ülkemizde adli hemşirelik yeni bir kavram olmakla birlikte günümüzde gelişmesini sürdürmekte, İlk adli hemşire olan Mira Rana Gökdoğan'ın, 1997 yılında "Adli tıp ve hemşirelik eğitimi" adlı yüksek lisans tezi, adli hemşirelik alanında yapılan ilk tez olma özelliğini taşıırken, adli bilim dalında hemşirelere özel bir eğitim vermenin zorunlu olduğunu göstermektedir. Yine, Mira Rana Gökdoğan'ın 2005 yılında "Fotoğraf Karşılaştırmaları ile İnsan Yüz Morfolojisi" adlı doktora tezi bulunmaktadır(67).

Türkiye'de de hemşireliğin diğer alanları gibi adli hemşirelik uygulamaları işlevselleştirmek gerekmektedir.

Bu düşünce doğrultusunda ülkemizde ilk kez Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anadilim Dalı bünyesinde "Adli Hemşirelik Birimi" kurulmuştur.

Bu birimde Sorumlu Hemşire Nimet Yelken, Hemşire ve Hukukçu Gülsün Tunalı, Hemşire ve Çocuk Gelişim Uzmanı Gülümser Gültekin olmak üzere üç hemşire görev yapmaktadır. Bu alandaki ilk sertifika programı ise Adli Bilimciler Derneği ve Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulunun katkılarıyla 24-26 Ocak 2004 tarihinde "I. Adli Hemşirelik" kursudur. Kursa çeşitli illerden katılan 30 kursiyer Türkiye'nin ilk sertifikalı adli hemşirelik unvanını almışlardır (68).

Alınan olumlu geribildirimler ve yoğun istek üzerine kursun tekrarlama kararı alınmış. 25-28 Mart 2004 tarihleri arasında II. Adli Hemşirelik Kursu, Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Adli Bilimciler Derneği, Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu ve Ankara Üniversitesi Cebeci Hemşirelik Yüksek Okulu ile birlikte gerçekleştirilmiştir.

Olumlu tepkiler üzerine Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu ve Adli Bilimciler Derneğinin katkılarıyla 13-18 Eylül 2004 tarihinde "III. Adli Hemşirelik Kursu"nda yapılmıştır(68).

Türkiye'de adli hemşirelik alanındaki en büyük sıkıntı ise, görev tanımı ve işlevlerinin tanımı yoktur. Her ne kadar meslek özellikleri ve etik ilkeler çerçevesinde işlevleri tanımlansa da, şu an için uygulamada yaygın olarak yer almamaları nedeniyle bu konuda net sınırlar çizmek zordur. Türkiye'de hemşirelik eğitiminde adli tıp eğitimi yoktur. Sağlık hizmetinin kalitesi hemşirelik temel eğitimi içinde mutlaka adli tıbbın temel konuları (deliller ve toplanması, yaralar vb) yer almalı, meslek içi eğitim, master ve doktora programları ile bu alanda gerekli bilgi ve becerilere sahip hemşirelerin yetiştirilmesi desteklenmelidir(74).

2.4.3.4. Çalışma Alanları

2.4.3.4.1. Klinik Adli Hemşirelik

Acil servis ve yoğun bakım gibi birimler başta olmak üzere klinik hemşireleri hastalara sadece bakım ve tedavi hizmeti vermekle kalmayıp, olası kayıt ve rapor eksikliği durumlarında hekimler kadar hemşireler de birer tanıktır. Bu tür durumlarda bilgisine başvuru hemşirenin, adli tıbbi konularda yeterli bilgisinin olması adaletin yerini bulmasında önemli rol oynayacaktır (71).

“ Sağlık kuruluşlarına gelen ya da getirilen mağdur ya da faillerin için ,hemşire , tıbbi kayıtlarının tam, doğru ve eksiksiz alınması ve kaydedilmesi, giysilerinin uygun şekilde çıkarılması ve saklanması, delillerin toplanması, alkol/uyuşturucu maddelerinin tespit edilmesi için örnek alınması, alınan tüm örneklerin saklanması, kaydedilmesi ve ilgili kurum ve kişilere ulaştırılmasını sağlamakta, eksik bilgi ve belge olması durumunda tanık olarak görev yapmaktadır (67).”

Çalışma alanları incelendiğinde acil servis ve poliklinikler için ,aile içi şiddet, çocuk istismarı, gıda ve ilaç zehirlenmeleri, işyeri yaralanmaları gibi tüm adli olaylarda,

delil toplamak, rapor düzenlemek, uygun sevk zincirinin sağlanması ve gerekli yönlendirmeleri yaparak tedavisini sağlamak için bir adli hemşire gerekliliği gündeme gelmektedir (71).

2.4.3.4.2. Cinsel Saldırı Muayene Adli Hemşirelik

Cinsel saldırı muayene hemşiresi, mağdurun muayenesi sağlarken, oluşabilecek risk faktörlerinin önlenmesi sağlar. Mağdurun muayenesi sürecinde, Mağdurun fiziksel değerlendirilmesi, fiziksel ve biyolojik delillerin toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalıkların değerlendirilmesi için gerekli testlerin yapılması, tedavi ve önerilerde bulunulması, tecavüze bağlı oluşabilecek olası gebeliklerin önlenmesi, destek amaçlı tedavilerin uygulanması, duygusal travmanın önlenmesi, mağdurun izlemine ve rehabilitasyonunu ve adli rapor yazımını sağlamakta ve gerektiğinde tanık olarak görevlendirirler (67).

Mağdura yönelik hemşirelik girişimleri ise;

- Tecavüze uğrayan kişileri tıbbi işlemlere hazırlaması,
- Tecavüze uğrayan kişinin dostluk ve güvenini kazanılması,
- Fiziksel güven endişesini giderilmesi,
- Mağduru işlemler hakkında bilgilendirmesi,
- Saldırı hakkında konuşmaya cesaretlendirmek,
- Mağdurun yakınları için gerekli rehberliği sağlanması,
- Mağdurun kontrolleri için plan yapılması olarak

sıralanabilmektedir (74).

2.4.3.4.3. Pediatriye Adli Hemşirelik

Bu alanda çalışan hemşire, çocuk istismarı ve ihmali olaylarının kabulü ve değerlendirilmesi, tedavisi, koruyucu hizmet veren birimlere yönlendirilmesi, aile içi şiddet, sarsılmış çocuk sendromu ve ani çocuk ölümü gibi incelenmesini, delilleri toplamak, kayıt ve tutanakların tutulmasını sağlamak mağdurun izlemine ve rehabilitasyonunu sağlamakla ve gerektiğinde bilirkişi olarak görev almaktadır (67).

2.4.3.4.4. Psikiyatri Adli Hemşirelik

Adli psikiyatri hukuk ve psikiyatrinin kesiştiği bir alandır. Adli psikiyatri, yargı organlarının incelemekte olduğu olaylarda, gerektiğinde tanık olarak görev alırlar. Adli psikiyatrinin önemli bir alanını oluşturan psikiyatrik bilirkişilik dışında, hasta olduğu belirlenen kişilerin tedavisi, rehabilitasyonu, topluma yeniden kazandırılması ve medeni

haklarının korunmasının sağlanması da adli psikiyatrinin çalışma alanlarını oluşturmaktadır (74).

Adli psikiyatrik servislerde çalışan hemşirelerin sahip olmaları gereken klinik bilgi ve beceriler ise tartışmalı bir konu iken, güven ise ayrı bir önem teşkil eder. Kanada’da yapılan bir çalışmada adli hemşirelerin yeterlilik ve becerileri incelenmiş ve en önemli iki alanın iletişim ve güvenliği korumak olduğu belirtilmiştir (67).

Bu sebeple, söz konusu adli psikiyatri hastalarına yönelik tedavi ve bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde (RSHH) yer alan birimlerde ve yine bu birimlerde çalışan sağlık personeli ile yürütülmektedir (67).

Adli süreç içinde yer alan çeşitli ekipler kurbanların yaşadığı emosyonel acı ve travmayı anlayamayabilirler, ancak adli hemşireliğin temel görevi bunu anlamaktır. Burada amaç bireyin yeterliliğinin belirlenmesidir. Bu da ancak yargı sistemini iyi bilmekle olur. Bazen adli hemşireler diğer adli ekip üyeleri ile çatışma yaşayacak olsa bile, birey bütünlüğünü korumak ve sağlamak için temel insan gereksinimlerini ve bakım vermedeki en iyi uygulamaları rehber olarak çalışmalıdırlar (71).

2.4.3.4.5. Adli Geriatri Hemşireliği

Adli Geriatri Hemşireleri yaşlı bireyin, istismar ve ihmallerden korumak, bu durumlarda tespit, değerlendirme ve müdahale etmek bireyin bakım ve tedavisini yapmak amaçlıdır. Bu amaçla huzurevleri, bakımevleri ya da sığınma evlerinde çalışırlar. Ayrıca istismar olgularda yaşlının yeniden istismara veya saldırıya uğramasını engellemek ve korumakla da görevlidir (64).

2.4.3.4.6. Hemşirelik Hukuku Danışmanı

Hemşireler avukatlara yasalar ile tıbbın birleştiği vakalarda klinik bilgilerini kullanarak desteklemek amacıyla yardımcı olurken sivil olaylardan daha çok kriminal olaylarla da ilgilenir. Bu hemşireler bilgilerini daha çok sigorta firmalarının yasal işlerinde kullanır ve uygulama yaparlar. Görevleri arasında malpraktis ve ihmal olaylarını doğrulamak, kayıtları hazırlamak ve analiz etmek, yasal yardım sağlamak ve kurbanlara yardım etmek yer alır (67).

2.4.3.4.7. Adli Araştırma Hemşiresi (AAH)

Adli Araştırma Hemşireleri suç ile ilgili olaylarda, kurbanın çevresindeki verileri araştırarak, delillerin toplanması kayıt ve tutanakların tutulması ile bilimsel araştırmalar yaparlar. Hemşire bu araştırmalarını yaparken tıbbı ve bakıma ilişkin bilgileri ile kişisel deneyimlerini göz önünde bulundurmalıdır (64).

2.4.3.4.8. Adli Doğrulama Hemşireliği – Nezarethane ve Cezaevinde Adli Hemşirelik

Adli doğrulama hemşireliği tutuklu ve hükümlülerle çalışırlar. Bu amaçla hapishaneler ve ıslah evlerinde görevlendirilirler. Hastanede reçete edilen ilaçlarının uygulanması, gerektiğinde bakım ve tedavi ihtiyaçlarının karşılanması, hapishaneler ve ıslah evlerinde çıkan isyan ve kavgalarda yaralıların tedavi ve bakımları sorumlulukları arasında yer alır (64).

Kadın ve erkek hükümlülerde hipertansiyon, diyabet, astım, depresyon gibi ciddi, kronik, fiziksel ve ruhsal hastalıkların daha sık görüldüğü gözlenmiştir. Hemşireler sadece acil servis hizmeti vermekle kalmayıp, ilaçların verilmesi, tedaviye uyumun ve sürekliliğinin sağlanması için de gereklidir. Cezaevi hemşireliği(66);

- Eğitim düzeyi düşük,
- Kendi sağlık bakımına pek özen göstermeyen olasılıkla ilaç ve alkol bağımlılığı öyküsü ve akıl sağlığı sorunları bulunabilen,
- Saldırgan kişiliği olabilen ve ailesinden çok destek görmeyen hastalarla karşılaşılan zor bir iştir.

Bunun için (66);

- Bu alanda özel eğitim almış hemşireler ile,
- Tarafsız davranma izole bir ortamda cezaevi personeli ile kurulan ilişkiler,

- Suç ve suçlulara yönelik içinde yaşanılan toplum değerlerinin mesleki uygulamalara yansması gibi konulara etik açıdan çeşitli sorunlar yaratma potansiyeline sahip olup bu sorunların aşılması,

- Hükümlülere de uygun ve kaliteli bir bakımın sağlanabilmektedir.

2.4.3.4.9. Olay Yeri ve Ölüm Araştırmacısı Adli Hemşireliği

Ölüm araştırmaları sırasında adli hemşirenin görevleri arasında;

- Bilgi akışını sağlamak,

- Delillerin toplanması,

- Kayıt ve tutanakların tespiti iletişim,

- Aileye destek sağlamak,

- Mahkemede tanıklık etmek,

- Kriz yönetimi sayılabilir.

- Adli hemşire aynı zamanda ölünün yakınlarına yasal işlemler hakkında bilgi verip multidisipliner çalışmalarda diğer uzmanların uygun şekilde yönlendirilmesi,

- Tıbbi öykünün alınmasının sağlanması,

- Anamnez alınırken ekibin diğer üyeleri ile ölünün yakınları arasında iletişimi kolaylaştırma gibi görevleri de yapmaktadır (64).

Bunların dışında otopsi ve diğer işlemlerin yapıldığı yerlerin ve kullanılan aletlerin sterilizasyonun yapılması, sürekliliğinin sağlanması, kayıtlarının tutulması, özel koşullarda saklanması gereken malzemelerin kontrolü gibi işlemler adli hemşirelerce yapılabilir (66).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tanımı ve Tipi

Araştırmanın retrospektif tipte tanımlayıcı bir araştırmadır..

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma kadın doğum ve çocuk hastalar için hizmet veren bir devlet hastanesidir. Araştırma 2012 ve 2013 yılı verilerine dayanmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırma evrenini Çocuk Hastalıkları ve Doğum Hastanesi kayıtlarına göre 2012 yılı için 757.756, 2013 yılı için 709.480 sağlık hizmeti alan toplam 1.467.236 çocuk hasta oluştururken, örneklem büyüklüğü ise adli vaka niteliği kazanmış 2012 yılı için 1.683 hasta ve 2013 yılı için 1.173 hasta olmak üzere 2.856 çocuk hasta oluşturmuştur.

3.4 Veri Toplama Yöntemi

Rasyonel olan hastane kayıtları, araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu yöntemi ile elde edilmiştir. Veri toplama formu, hastaneye başvuran hasta sayısı, yaşı, cinsiyeti, tarih, geliş yeri (semt), tanı, hizmet şekli, hastane de kalış süresi, taburcu şekli verilerine ulaşılmaması hedeflenerek hazırlanmıştır.

Adli vaka tutanakları incelenerek yapılan çalışmada hastanın yaşı, cinsiyeti, semt, tarih, tanı bilgilerine ulaşılabilirken, hizmet şekli (ayaktan – yatarak), hastanede kalış süresi, taburculuk şekli (şifa, ex vs.) verilerine net ulaşılamamıştır.

Adli vaka tanıları ilaç intox, korozif madde, düşme, darp, yanık, karbonmonoksit zehirlenmesi, gıda intox, kesici, delici alet yaralanması, trafik kazası, diğer olmak üzere 10 ayrı grupta toplandı. Veri toplama formu ekte verilmiştir.

3.5 Veri Değerlendirme Yöntemi

Araştırma sonucunda elde edilen Excel programına aktarılmıştır. Veriler SPSS 17.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Analiz işleminde adli vaka tanıları;

Yaş ile ilgili veriler, gelişim dönemlerine uygun olarak 0 yaş, 1-3 yaş, 4-6 yaş, 7-14 yaş, 15 - + olmak üzere 5 grupta incelendi.

Semt analizleri 3 ana ilçe (Yıldırım, Osmangazi, Nilüfer) 1 uzak ilçeler olarak gruplandırıldı.

Zaman analizinde hem yıllara göre (2012 ve 2013) hem de her 2 yılın aylara göre veri değerlendirmeleri yapılmıştır.



4. BULGULAR

Hastane acil servisine müracaat eden adli vaka tanılarının yıllara göre dağılımı Tablo 5’de görüldüğü gibi 2012 yılında 1683 çocuk, 2013 yılında ise 1173 çocuk adli vaka tanısı olarak toplamda 2856 çocuk hastaneye gelmiştir. Her iki yılda da ilaç zehirlenmeleri ilk sırada yer almaktadır. Her üç çocuktan biri bu nedenle adli vaka olarak hastaneye gelmektedir. Daha sonra düşme (5 14,8) ve gıda zehirlenmeleri (% 12,4) görülmektedir. .

Tablo 5. BDÇH 2012 ve 2013 yıllarına ait adli vaka tanıları tablosu

	2012		2013		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlaç İntox	544	32.3	397	33.8	941	32.9
Korozif Madde	136	8	102	8.6	238	8.3
Darp	119	7	93	7.9	212	7.4
Düşme	248	14.7	176	15	424	14.8
Yanık	49	2.9	28	2.3	77	2.6
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	23	1.3	62	5.2	85	2.9
Gıda İntox	208	12.3	147	12.5	355	12.4
Kesici Alet Yaralanma	137	8.1	70	5.9	207	7.2
Trafik Kazası	109	6.4	65	5.2	171	5.9
Diğer	110	6.5	33	2.8	143	5
Toplam	1683	100	1173	100	2856	

Tanıların yaşlara göre dağılımı Tablo 6 – 7’de verilmiştir.

Tablo 6 ve 7’de görüldüğü gibi tüm adli vaka gruplarında en düşük oran 0 yaş grubunda görülmüştür. En yüksek oran ise 15-17 yaş gurubuna aittir bunun sebebinin erişkinliğe ulaşırken geçirilen dikkatsiz dönem olduğu söylenebilir.

1-3 yaş dönemimde ise ilaç intox, korozif madde, yanık, vakalarının yüksekliği dikkati çekerken, 4-6 yaş döneminde ise düşme vakası yüksek bulunmuştur.

Tablo 6. BDÇH 2012 yılı resmi adli vaka tanıları yaşlara göre dağılım tablosu

	0 yaş		1-3 yaş		4-6 yaş		7-14 yaş		15-18 yaş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlaç İntox	0	0	165	30.4	40	7.6	61	11.2	278	51.2	544	100
Korozif Madde	0	0	49	36.1	24	17.6	23	16.9	40	29.4	136	100
Darp	0	0	0	0	4	3.3	44	37	71	59.8	119	100
Düşme	0	0	41	16.5	98	39.5	95	38.3	14	5.6	248	100
Yanık	0	0	18	36.7	17	34.6	13	25.6	1	2	49	100
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	0	0	8	34.7	5	21.7	6	26.1	4	17.3	23	100
Gıda İntox	2	0.9	22	10.5	45	21.6	110	52.9	29	13.9	208	100
Kesici Alet Yaralanma	0	0	13	9.4	33	24	55	40.1	36	26.3	137	100
Trafik Kazası	0	0	13	12	27	25	47	43.6	22	20.4	108	100
Diğer	4	3.6	18	16.3	22	20	40	36.3	26	23.6	110	100

Tablo 7. BDÇH 2013 yılı resmi adli vaka tanıları yaşlara göre dağılım tablosu

	0 yaş		1-3 yaş		4-6 yaş		7-14 yaş		15-18 yaş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlaç İntox	0	0	113	28.4	31	7.8	48	12	205	51.8	397	100
Korozif Madde	0	0	37	36.3	14	13.7	20	19.6	31	30.3	102	100
Darp	0	0	1	1	3	3.2	27	29	62	66,6	93	100
Düşme	0	0	23	13	75	42,6	70	39,7	8	4,5	176	100
Yanık	0	0	12	42,8	8	28,5	5	17,8	3	10,7	28	100
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	0	0	10	16,1	29	46,7	13	20,9	10	16,1	62	100
Gıda İntox	0	0	15	10.2	24	16,3	89	60,5	19	12,9	147	100
Kesici Alet Yaralanma	0	0	9	12,8	13	18,5	29	41,4	19	27,1	70	100
Trafik Kazası	0	0	9	9,6	15	24,1	31	50	13	16,1	65	100
Diğer	0	0	2	6	6	18,1	19	57,5	6	18,1	33	100

Adli vaka tanılarının aylara göre dağılımı Tablo 8 ve 9'da verilmiştir.

Tablo 8. BDÇH 2012 yılına ait adli vaka tanıların aylara göre dağılımı

2012	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Toplam
İlaç intox	48 %8.8	46 %8.6	48 %8.8	62 %11.3	34 %6.2	48 %8.8	42 %7.7	60 %11	28 %5.1	40 %7.3	34 %6.2	54 %9.9	544
Korozif madde	7 %5.1	3 %2.2	13 %9.5	15 %11	5 %3.6	13 %9.5	9 %6.6	11 %8	13 %9.5	25 %18.1	11 %8	11 %8	136
Darp	9 %7.5	6 %5	12 %10	18 %15.1	12 %10	9 %7.5	18 %15.1	12 %10	6 %5	0 %0	11 %9.2	6 %5	119
Düşme	11 %4.4	8 %3.2	2 %0.8	29 %11.6	23 %9.2	47 %18.9	41 %16.5	26 %10.4	19 %7.6	17 %6.8	14 %5.6	11 %4.4	248
Yanık	1 %2	5 %10	1 %2	2 %4	4 %8.1	6 %12.2	8 %16.3	3 %6.1	10 %20.4	3 %6.1	2 %4	4 %8.1	49
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	36 %25.8	30 %21.5	30 %21.5	6 %4.3	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	12 %8.6	6 %4.3	0 %0	19 %13.6	139
Gıda intox	11 %5.2	12 %5.7	6 %2.8	6 %2.8	59 %28.8	20 %9.6	24 %11.5	14 %6.7	18 %8.6	10 %4.8	16 %7.6	12 %5.7	208
Kesici alet yaralanması	12 %8.7	12 %8.7	8 %5.8	10 %7.2	11 %8	16 %11.6	12 %8.7	20 %14.5	10 %7.2	8 %5.8	12 %8.7	6 %4.3	137
Trafik kazası	4 %3.6	6 %5.5	13 %11.9	7 %6.4	7 %6.4	13 %11.9	8 %7.3	9 %8.2	15 %13.7	11 %10	7 %6.4	9 %8.2	109
Diğer	10 %9	11 %10	5 %4.5	10 %9	5 %4.5	14 %12.7	10 %9	11 %10	10 %9	6 %5.4	12 %10.9	6 %5.4	110

Tablo 9. BDÇH 2013 yılına ait adli vaka tanılarının aylara göre dağılımı

2013	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Toplam
İlaç intox	34 %8. 5	35 %8. 8	34 %8. 5	44 %11	27 %6. 8	34 %8. 5	29 %7. 3	40 %10	24 %6	32 %8	27 %6. 8	37 %9. 3	39 7
Korozif madde	4 %3. 9	0 %0	10 %9. 8	12 %11 .7	2 %1. 9	10 %9. 8	8 %7. 8	8 %7. 8	10 %9. 8	22 %21 .5	8 %7. 8	8 %7. 8	10 2
Darp	7 %7. 5	6 %6. 4	9 %9. 6	13 %13 .9	9 %9. 6	7 %7. 5	13 %13 .9	9 %9. 6	5 %5. 3	3 %3. 2	7 %7. 5	5 %5. 3	93
Düşme	8 %4. 5	6 %3. 4	0 %0	21 %11 .9	17 %9. 6	32 %18 .1	28 %15 .9	18 %10 .2	14 %7. 9	12 %6. 8	10 %5. 6	10 %5. 6	17 6
Yanık	0 %0	3 %10 .7	1 %3. 5	1 %3. 5	3 %10 .7	3 %10 .7	5 %17 .8	3 %10 .7	4 %14 .2	1 %3. 5	1 %3. 5	3 %10 .7	28
Karbonmono ksit Zehirlenmesi	8 %12 .9	11 %17 .7	29 %46 .7	0 %0	0 %0	5 %8	0 %0	0 %0	0 %0	0 %0	4 %6. 4	5 %8	62
Gıda intox	15 %10 .2	8 %5. 4	9 %6. 1	11 %7. 4	5 %3. 4	5 %3. 4	20 %13 .6	18 %12 .2	14 %9. 5	32 %21 .7	4 %2. 7	6 %4	14 7
Kesici alet yaralanması	9 %12 .8	8 %11 .4	2 %2. 8	3 %4. 2	2 %2. 8	10 %14 .2	9 %12 .8	11 %15 .7	2 %2. 8	3 %4. 2	8 %11 .4	3 %4. 2	70
Trafik kazası	2 %3	2 %3	8 %12 .3	5 %7. 6	5 %7. 6	6 %9. 2	3 %4. 6	8 %12 .3	9 %13 .8	7 %10 .7	3 %4. 6	7 %10 .7	65
Diğer	2 %6	3 %9	1 %3	6 %18 .1	3 %9	4 %12 .1	4 %12 .1	3 %9	2 %6	4 %12 .1	0 %0	1 %3	33

Adli vaka tanılarının cinsiyete göre dağılım tablosu Tablo 10’da verilmiştir. Demografik özelliklerden cinsiyet analizi incelendiğinde erkek çocuklarında darp, düşme, gıda intox, kesici-delici alet yaralanması, trafik kazası ve diğer tanılarının da yüksek olduğu gözlenmiştir.

Tablo 10. BÇDH 2012 ve 2013 yıllarına ait adli vaka tanılarının cinsiyete göre dağılım

Değişkenler	2012		2013		Toplam	
	Kız Sayı %	Erkek Sayı %	Kız Sayı %	Erkek Sayı %	Sayı	%
İlaç İntox	320 58.8	224 41.1	170 42.8	227 57.1	941	32.9
Korozif Madde	86 63.2	50 36.7	47 46	55 53.9	238	8.3
Darp	46 38.6	73 61.3	45 48.3	48 51.6	212	7.4
Düşme	91 36.6	157 63.3	77 43.7	99 56.2	424	14.8
Yanık	20 40.8	29 59.1	19 67.8	9 32.1	77	2.6
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	9 39.1	14 60.8	42 67.7	20 32.2	85	2.9
Gıda İntox	99 47.5	109 52.4	70 47.6	77 52.3	355	12.4
Kesici Delici Alet Yaralanması	58 42.3	79 57.6	32 45.7	38 54.2	207	7.2
Trafik Kazası	43 39.4	66 60.5	22 35.4	40 64.5	171	5.9
Diğer	44 39.1	68 60.9	13 39.3	21 60.6	146	5
Toplam	816	869	537	634	2856	

Adli vaka tanılarının ilçelere göre dağılım tablosu Tablo 11’de verilmiştir.

Demografik özellikler incelendiğinde Yıldırım semtinden gelen hastaların azlığı dikkat çekmektedir. O bölgede bulunan diğer bir çocuk hastanesinin bulunmasının verileri etkilediği düşünülmektedir.

Değişkenler	2012				2013				Toplam
	A	B	C	D	A	B	C	D	
İlaç İntox	%50	%42.3	%3.6	%4	%48.6	%44	%4.1	%3.2	%100
Korozif Madde	%56.8	%35.2	%3.9	%3.9	%68.2	%30.3	%1.5	%0	%100
Darp	%48	%50	%2	%0	%54	%42.3	%0	%2.7	%100
Düşme	%50	%40.7	%1.3	%7.8	%58.8	%35.2	%3.9	%1.9	%100
Yanık	%60	%26.6	%6.6	%6.6	%50	%50	%0	%0	%100
Karbonmonoksit Zehirlenmesi	%69.5	%26	%4.3	%0	%46.6	%53.4	%0	%0	%100
Gıda İntox	%59.7	%21.9	%6	%12	%41.3	%55.9	%2.6	%0	%100
Kesici Delici Alet Yaralanması	%52.4	%47.6	%0	%0	%45.4	%54.1	%0	%0	%100
Trafik Kazası	%39.7	%56.6	%1.2	%2.4	%54.4	%41.1	%2.9	%1.4	%100
Diğer	%66.3	%33.7	%0	%0	%66.3	%33.7	%0	%0	%100

Tablo 11. BÇDH 2012 ve 2013 yıllarına ait adli vaka tanılarının ilçelere göre dağılımı

A: Osmangazi B: Nilüfer C: Yıldırım D: Diğer

4.1.İlaç İntox

Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi adli vaka resmi kayıtlarına göre;

- 2012 yılında 1798 hastadan 544 (%30.25),
- 2013 yılında ise 1170 hastadan 397 (%33.93) ilaç intox nedeniyle hastaneye başvurmuştur.
- Hastalık tanıları incelendiğinde ilaç intox nedeniyle başvurunun 1. sırada olduğu gözlenmektedir (Tablo 5).

Yaş grupları incelendiğinde (2 yılın ortalaması); 1-3 yaş ve 15-18 yaş gruplarında sayının fazla olduğu dikkat çekmektedir. (Tablo 6 – 7)

15-18 yaş grubu ilaç intox nedeniyle başvurular incelendiğinde suid (intihar) nedeniyle başvuru sayısının 2012 yılında 127, 2013 yılında ise 111 olduğu tespit edildi. (Tablo 12).

Tablo 12: BDÇH 2012 ve 2013 yılına ait sulcid tanısı resmi adli vaka tablosu

Yaş Grupları	2012 Yılı	2013 Yılı	Toplam
0	0	0	0
1-3	0	0	0
4-6	0	0	0
7-14	29 (%22.83)	34 (%77.17)	63
15-18+	98 (%77.17)	77 (%22.8)	175

Cinsiyet analizi incelendiğinde 2012 yılı için kız çocukları %58.8, erkek çocukları %41.1, 2013 yılı için kız çocukları %42.6, erkek çocuklarının %57.4 olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım tablosu incelendiğinde 2012 ve 2013 yılları için Nisan ayı en yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)

4.2.Korozif Madde

Korozif madde nedeniyle acil servise başvurular incelendiğinde 2012 yılında 136 (%7.56) vaka, 2013 yılında ise 102 (%8.71) vaka tespit edilmiş olup, vakaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5’de verilmiştir.

Yaş grupları incelendiğinde en yüksek verinin 1-3 yaş döneminde olduğu gözlenmiştir. (Tablo7)

Cinsiyet analizi incelendiğinde 2012 yılı için kız çocukları %62.7, erkek çocukları %37.3, 2013 yılı için kız çocukları %45.7, erkek çocuklarının %54.3 olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım tablosu incelendiğinde 2012 yılı için Ekim ayı (%18.1) ve 2013 yılları için Ekim ayı (%21.5) en yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)

4.3.Darp

Darp nedeniyle acil servise başvurular incelendiğinde 2012 yılında 119 (%6.61) vaka, 2013 yılında 93 (%7.94) vaka tespit edilmiştir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5-6'da verilmiştir.

Yaş analizi incelendiğinde 15-18 yaş dönemi (2012 yılı 71 vaka – 2013 yılı 62 vaka) en yüksek olduğu gözlenmiştir. (Tablo 7)

Cinsiyet analizi incelendiğinde 2012 ve 2013 yılı için erkek çocuklarının (2012 yılı için %62, 2013 yılı için %51.4) yüksek olduğu gözlenmiştir. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım tablosu incelendiğinde 2012 ve 2013 yılı için Nisan ve Temmuz ayı yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)

4.4.Düşme

Düşme nedeniyle acil servise başvuranlar incelendiğinde 2012 yılında 248 (%13.79) vaka, 2013 yılında ise 176 (%15.04) vaka tespit edilmiştir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5-6'da verilmiştir.

Yaş grupları incelendiğinde en yüksek oran 4-6 yaş grubunda görülmektedir. (Tablo 7)

Demografik özellikler incelendiğinde düşme tanısının erkek çocuklarında (2012 yılı için %63.2, 2013 yılı için %56.8) yoğun olduğu gözlenmiştir. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım tablosu incelendiğinde 2012 ve 2013 yılı için Haziran ayında yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)

4.5.Yanık

Yanık nedeniyle acil servise başvuranlar incelendiğinde 2012 yılında 49 (%2.7) vaka, 2013 yılında 6 (% 2.3) vaka tespit edilmiş olup yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5-6'da verilmiştir.

Yaş grupları incelendiğinde yanık nedeni ile gelen vakalarda küçük kas grubunu yeni kullanmaya başlayan 1-3 yaş gurunda tanı oldukça fazladır. (Tablo 7)

Demografik özellikler incelendiğinde yanık tanısının 2012 yılı için kız çocuklarında %40, erkek çocuklarında %60, 2013 yılı için kız çocuklarında %66.6, erkek çocuklarında %33.4 olduğu gözlenmiştir. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım tablosu incelendiğinde 2012 yılı için Eylül ayı (%20.4) ve 2013 yılı için Temmuz ayı (%17.8) olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)

4.6. Karbonmonoksit Zehirlenmesi

Karbonmonoksit zehirlenmesi nedeniyle acil servise başvurular incelendiğinde 2012 yılında 139 (% 7.73) vaka, 2013 yılında 62 (% 5.29) vaka tespit edilmiştir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5-6'da verilmiştir.

Yaş grupları incelendiğinde karbonmonoksit zehirlenmesi nedeni ile gelen vakalarda 1-3 yaş döneminde 8 vaka, 2013 yılı için 4-6 yaş döneminde 29 vaka ile en yüksek olduğu gözlenmiştir. (Tablo 7)

Demografik özellikler incelendiğinde karbonmonoksit zehirlenmesi tanısının 2012 yılı için kız çocuklarında %39.1, erkek çocuklarında %60.9, 2013 yılı için kız çocuklarında %66.6, erkek çocuklarında %33.4 olduğu gözlenmiştir. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım tablosunda 2012 ve 2013 yılı için Ocak, Şubat ve Mart aylarının (ortalama %25) yüksek olduğu gözlenmiştir. (Tablo 8-9)

4.7.Gıda İntox

Gıda intox nedeniyle acil servise başvurular incelendiğinde 2012 yılında 208 (%11,5) vaka, 2013 yılında ise 147 (%12,5) vaka tespit edilmiştir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5-6'da verilmiştir.

Demografik özellikler incelendiğinde gıda intox tanısının erkek çocuklarda yoğun (2012 yılı için %52.5, 2013 yılı için %52) olduğu gözlenmiştir. (Tablo 10)

Yaş grupları incelendiğinde, 7-14 yaş dönemi vakaları incelendiğinde 2012 yılında Mayıs ayı 59 (%72) hastada 50 (%68) hasta toplu zehirlenme olduğu kayıtlara geçmiştir. (Tablo 7)

2013 yılında 7-14 yaş grubundaki Ekim ayına ait 32 (%42.7) vakadan 30 (%40) tanesi okulda toplu zehirlenmedir.

4.8.Kesici – Delici Alet Yaralanmaları

Kesici – delici alet yaralanması nedeniyle başvurular incelendiğinde 2012 yılında 137 (% 7.6) vaka, 2013 yılında 70 (% 5.9) vaka kayıtlara geçmiştir. (Tablo 5-6)

Yaş grupları incelendiğinde, 7-14 yaş dönemi vakaları incelendiğinde 2012 yılı için 55 vaka, 2013 yılı için 29 vaka en yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 7).

Cinsiyet analizi incelendiğinde erkek çocuklarının (2012 yılı için %57.3, 2013 yılı için %54.5) yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım incelendiğinde 2012 ve 2013 yılı için Ağustos ayında en yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)

4.9.Trafik Kazası

Trafik kazası nedeniyle (araç içi-dışı) acil servise başvuran hasta sayısı incelendiğinde 2012 yılında 108 (%6.0) vaka, 2013 yılında 62 (% 5.29) vaka kayıtlara geçmiştir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5-6'da verilmiştir.

Yaş grupları incelendiğinde, 7-14 yaş dönemi vakaları incelendiğinde 2012 yılı için 47 vaka, 2013 yılı için 31 vaka en yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 7) Cinsiyet analizi incelendiğinde erkek çocuklarının (2012 yılı için %60.3, 2013 yılı için %60.3) yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım incelendiğinde 2012 ve 2013 yılı için Eylül ayında en yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)

4.10.Diğer

Diğer nedenler ile acil servise başvuran hasta sayısı incelendiğinde 2012 yılında 110 (%6.11) vaka, 2013 yılında 33 (% 2.8) vaka kayıtlara geçmiştir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 5-6'da verilmiştir.

Yaş grupları incelendiğinde, 7-14 yaş dönemi vakaları incelendiğinde 2012 yılı için 40 vaka, 2013 yılı için 19 vaka en yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 7)

Cinsiyet analizi incelendiğinde erkek çocuklarının (2012 yılı için %60.3, 2013 yılı için %60.3) yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 10)

Aylara göre dağılım incelendiğinde 2012 yılı için Haziran ve 2013 yılı için Nisan ayında en yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 8-9)



5. TARTIŞMA

Acil servise gelen adli vakalar ile ilgili çalışmada 2012- 2013 yıllarını kapsayan dönem içindeki vakaların yaklaşık %59.1 gibi bir oranda zehirlenme olduğu görülmüştür. Buradan hareketle benzer çalışmalar incelendiğinde;

Amerikan Zehir Denetim Merkezleri Birliği, Zehirli Maddelere Maruziyet Gözetim Sistemi 2004 Yılı Raporuna göre bildirim yapılan tüm intoksikasyon olgularının (2.438.644) 6 yaş altında olanları % 10.2 , 6-12 yaş %13.4, 13-19 yaş %48.5 Pedyatrik vakalarda ölüm sıklığı %2.3'tür (77). Bizim çalışmamızda ise yaş analizi incelendiğinde, ilaç intox için 2012 yılı için 544, 2013 yılı için 397 vakadan 2 yıl ort, 15-18 yaş (%51.5) en yüksek orandadır. Çalışma bu yönü ile uyum göstermiştir.

2006 yılında yazılan tüm zehirlenme olgularına ait uzmanlık tezinde; tüm zehirlenme olguları %40'ı ilaç zehirlenmeleridir (78). 2003 yılında yapılan bir çalışmaya göre 354 olguluk retrospektif analizlerinde Çocuk Acil Servisine getirilen zehirlenme olgularının %44.9'unu ilaçlara bağlı zehirlenme olgularının oluşturduğu belirtilmektedir(79). Bizim çalışmamızda ise bu oran tüm zehirlenme (gıda+ilaç+korozif+ karbonmonoksit) olguları 2012 yılında %59.7, 2013 yılında %56, iki yılın ortalaması ise yaklaşık %57.8'dir. Yukarıdaki çalışmalarla çalışmamız benzerlik göstermiştir.

Trakya Bölgesinde yapılan bir çalışmaya göre çocuklarda görülen zehirlenmelere ilişkin olarak yaptıkları çalışmalarında, acil servise getirilen çocukların % 1.6'sını zehirlenme olgularının oluşturduğunu, vakaların %49.3'ünün kız ve %50.7'sinin erkek olduğunu ortaya koymuşlardır (80).

Bizim çalışmamızda ise 2012 yılına ait zehirlenme vakaları;

Gıda intox + ilaç intox + korozif madde +karbonmonoksit zehirlenmesi incelendiğinde 911 vakada %52 kız, %47.7 erkek, 2013 yılına ait verilerde ise %50.7 kız, %49.2 erkek tespit edilmiş olup, 2 yılın ortalaması alındığında %51.5 kız, %48.4 erkek olduğu tespit edilmiş olup yukarıdaki çalışma ile benzerlik göstermemiştir. 2006 yılında yazılan tüm zehirlenme olgularına ait uzmanlık tezinde göre yaş ortalaması 4.6 ± 2.9 'dur(51). Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması 1-3 yaş dönemi olup bizim verimizle uygunluk göstermiştir.

Eskişehir bölgesinde 2001 yılında yapılan bir çalışmaya göre; 323 olguluk zehirlenme vaka serilerinin tüm acil başvurular incelendiğinde %45.2'sini (%0.81) ilaçlarla zehirlenmeler oluşturmaktadır. Tüm zehirlenmelerin içerisinde 2. Sırada ise korozif madde(%16.7) gelmektedir.(81).

Bizim çalışmamızda ise 2012 yılında acile başvuran 544 vakadan %30.2'si, 2013 yılında ise 708 vakadan %39.7 ilaç intox olup, iki yılın ortalaması tüm zehirlenme olgularının %57.8'i ilaç intox 2. Sırada korozif madde ile zehirlenme almaktadır. Çalışma ile uyum göstermektedir.

Hindistan'da yapılan çalışmalara göre, 13 yaş üzerinde intihar amaçlı ilaç alımının öne geçtiği görülmektedir(82). Bu sonuçlar bizim araştırmamızla benzerlik sergilemektedir . 2006 yılında yazılan tüm zehirlenme olgularına ait uzmanlık tezinde ise intiharların 12 yaş ve üzerinde görüldüğü ortaya çıkmaktadır(80).

İrlanda'da yapılan bir çalışmaya göre tüm olguların %47'sinin erkek olduğunu ve intihar amaçlı atımların haricinde ciddi toksisitenin çok az olduğunu ve mortalitenin çok düşük olduğu vurgulanmaktadır (83).

Bizim çalışmamızda ise 2012 yılında ilaç intox tanılarında intihar nedeni ile gelenler incelendiğinde;

- 7-14 yaş arası 29 (%22.8),
- 15-18 yaş arası 98 (%77.2) olduğu görülmektedir.

2013 yılında ise;

- 7-14 yaş arası 34 (% 30),
- 15-18 yaş arası 77 (% 70) tespit edilmiş olup; Hindistan'da yapılan çalışma ile uyum göstermiştir.

Çalışmamızdaki 1-3 yaş dönemindeki zehirlenme vakalarındaki artışın gelişme dönemi ile uygunluk gösterdiği,15-18 yaş dönemindeki zehirlenmelerin intihar amaçlı olduğu görülmüş olup, sonuçların yukarıdaki çalışmalardaki sonuçlar ile uyumlu olduğu anlaşılmıştır. 15-18 yaş dönemi için de kimlik kazanma ve rol karmaşası dönemine

uygunluk gösterirken, bu yaş grubunda intihar oranının yüksek olmasının sebebinin ergenliğe bağlı psikolojik değişim olduğu rahatça söylenebilir.

Eskişehir ili Osmangazi üniversitesinde yapılan başka çalışmada korozif madde ile zehirlenme araştırmasında, yaş grupları incelenmesinde, toplam 563 vakadan , 0-4 yaş grubunda 405(%71.4) vaka sayısı ile en yüksek orandadır(84). Bizim çalışmamızda ise 2 yıl için toplamda 238 vakadan 1-3 yaş dönemi 86 (%36.1) en yüksek yaş grubudur. Çalışma ile uyum göstermiştir. Aynı çalışmada cinsiyet analizi incelendiğinde 334(%59.3) erkek , 229(%40.7) kız tespit edilmiş iken bizim çalışmamızda ise korozof madde ile cinsiyet arasında uyum tespit edilmemiştir. Çalışmada bu yönü ile uyum gözlenmemiştir. 15-18 yaş dönemi için de kimlik kazanma ve rol karmaşası dönemine uygunluk gösterirken kendini ispat etme amacına yönelmiştir

Çocuğun 1-3 yaş dönemi anal dönemi olması nedeniyle bulduğu her şeyi ağzına alması uyumluluk gösterirken, bu bağlamda bireysel olarak ve çoğu zaman ebeveynlerinden bağımsız hareket eden çocuklar vücutlarına aldıkları maddenin ne olduğunu bilemediğinden dolayı zehirlenmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Söz konusu araştırmada, Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde 2012 ve 2013 yıllarına ait adli vaka tutanakları esas alınmıştır.

Adli vaka tanılarının incelenmesi sonucunda ilaç intox nedeni ile hastaneye başvuranların ilk sırada yer aldığı tespit edilmiştir. İlaç intox tanısının yaş gruplarına göre incelendiğinde gelişim dönemlerine uygun olmak üzere 4-6 yaş döneminde ve 15-18 yaş döneminde artış olduğu gözlenmiştir.

Diğer adli vaka tanıları incelendiğinde karbonmonoksit zehirlenmesi ve gıda intox tanısı hariç gelişim dönemleri ile uygunluk görülmüştür. Karbonmonoksit zehirlenmesinin mevsim ile orantılı olduğu gözlenirken, gıda intox tanısının toplu zehirlenmelerde yoğun olarak artış tespit edilmiştir.

Pediatride adli vakalarda hemşireliğin rolü konusundaki öneriler ise ;

Adli vaka tanılarında, yaş analizlerine göre yapılan incelemede 1-3 yaş dönemindeki yükseklik sebebiyle (ilaç intox, korozif madde, yanık) alınacak önlemlerin bu alanda yoğunlaştırılması gündeme gelmiştir. Önlemler bazında ailelere verilecek eğitimde küçük önlemlerle tanılar minimize edilebilir. Önlem olarak alt dolap raflarına ilaç ve deterjan koyulmaması gibi örnek gösterilebilir.

Hemşireliğin, bireyin tam bir sağlık halini (beden, zihinsel, ruh ve sosyal) koruma olarak kabul ediliyorsa ve pediatri alanında kaza ve yaralanmaların çokluğu dikkat çekiyorsa bu alandaki öneriler önlem ve ilkyardım üzerine yoğunlaşmaktadır.

Çocukluk travmalarında önemli etken olan olayların nedenleri sağlık hizmetleri sunumunda tedaviye etkisi olayın tekrarlanmaması için önemlidir. Bu hizmet sadece tedavi edici hizmet değil sosyal ve sağlık rehabilitasyonları ile bir ekip içinde verilmelidir.

Hemşirelik hizmetleri bir bakımdan bu ekibin önemli bir parçası olarak yerini almalı bu yer almanın adı da Adli Hemşirelik olarak bir disiplin olmalıdır. Adli Hemşirelik hizmetlerinde ise özellikle pediatri kliniğinde çalışan hemşirelere büyük yükümlülükler yüklenmektedir.

Hastane verileri toplam sürecinde kayıtların tam tutulmadığı, eksik olduğu gözlenmiştir. (Hastanede kalış süresi, taburculuk şekli, ...vb.) Ayrıca tanıları inceleme sürecinde çocuk istismarı, ihmal tanılarının olmadığı, darp tanısı ile gelen hastanın fiziksel istismar olup olmadığı tespit eksikliği, adli tanılarda hemşirelerin daha şüpheli olması gerektiğinin eğitimi gündeme gelmektedir.

Araştırmanın amacına uygun olarak yapılan çalışma sonucunda elde edilen veriler dikkate alındığında adli vaka ile tanışan çocukların%65'inin zehirlenme olduğu bununda %38'i ilaç zehirlenmesi olduğu anlaşılmıştır. Bu oran ise en fazla 1-3 yaş grubunda görülmektedir. Kış mevsiminde ise karbonmonoksit zehirlenmesi fazla görüldüğünden bu sonuçlar dikkate alınmalıdır. Bu etkenlerin nedenleri araştırmalarla değerlendirilmelidir.

Olayın orjini tespit etmede ve sosyal rehabilitasyona katkı vermede adli hemşireliğin rolü belirlenmeli ve tüm sağlık hizmetlerine yansıtılmalıdır.

Pediatride adli vakalarda hemşireliğin rolü konusundaki öneriler ise; hemşireliğin ev kazalarına karşı ve çocukluktaki travma dikkate alınarak tedavi süresinde anne baba ve çocuğa sosyal destek verilmelidir. Yenilenmemesi konusunda yol gösterici olmalı, hizmet alabilecekleri yerler tanımlanmalıdır.

Bu bağlamda hemşireler evde güvenlik önlemleri konusunda aile bireylerini bilgilendirmeli, kazanın oluşması halinde ise, ilkyardım ve yaralanmanın sakatlığa dönüşmesini engelleyen önlemler sürecinde çalışarak, bireyin sağlığına en kısa sürede kavuşmasını sağlayarak daha sağlıklı bireylerin yetişmesinde katkıda bulunabiliriz...

KAYNAKÇA

1. “Çocuklarda gelişim dönemleri” 2013 1-13
http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/57/08/747767/dosyalar/2013_04/10102535_ocuklardagelmdnemler.pdf, Erişim 14.01.2014.
2. Rice PF. “Child And Adolescent Development. Prentice Hall Inc”. New Jersey, 1997.
3. “Freud'a göre çocuk psikolojisinin gelişim evreleri” t.y. 1-3
[.http://birdebendegor.blogcu.com/freud-a-gore-cocuk-psikolojisinin-gelisim-evreleri/4409712](http://birdebendegor.blogcu.com/freud-a-gore-cocuk-psikolojisinin-gelisim-evreleri/4409712), Erişim 20.02.2014.
4. Aydemir A, “Çocuklarda gelişim dönemleri ve sağlıklı bir gelişim için yapılması gerekenler” t.y. 1-2 <http://www.doktorsitesi.com/makale/cocuklarda-gelisim-donemleri-ve-saglikli-bir-gelisim-icin-yapilmasi-gerekenler>,Erişim 14.02.2014.
5. Kabali N, “gelişim dönemleri ve özellikleri” 19.07.2011
<http://www.cinemadran.com/yazi/nilufer-kabali>Erişim 14.02.2014
6. Okul öncesi ve çocuk gelişim sitesi t.y.
<http://www.cocukgelisim.com/gelisimozel.htm>, Erişim: 14.02.2014.
7. Karakuş CC. “Freud ve Psikoseksuel gelişim dönemleri” t.y.,<http://www.benimyuvam.com/yazilar.asp?id=14&y=72> Erişim 14.02.2014.
8. Metin, N.*0-6 Yaş Grubundaki Çocukların Gelişim Özellikleri* (Tez), Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü, Ankara, 2010
9. Çocukların gelişim dönemleri özellikleri 2012, 1-3
http://mebk12.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/50/02/702862/dosyalar/2012_12/06090729_1ocukgeliimdnemlerininzellikleri.pdf, Erişim: 14.2.2014.
10. “Çocukların Gelişim Süreçleri ve Okula Başlama”, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, Eylül 2012, 2-14.

11. "Freud'a göre çocuk psikolojisinin gelişim evreleri" t.y. <http://birdebendegor.blogcu.com/freud-a-gore-cocuk-psikolojisinin-gelisim-evreleri/4409712> Erişim 14.02.2014.
12. Sayıl M. "Okul Öncesi Dönem", t.y. <http://www.devpsy.hacettepe.edu.tr/dosyalar/annebaba/okuoncesidonem.pdf>, Erişim 14.02.2014.
13. Gazioğlu AE. "Hayatın ilk çeyreği aile eğitim programı" 2012 http://www.aep.gov.tr/wp-content/uploads/2012/10/01_01_hayatin_ilk_neyregi.pdf. 2012, 1-142
14. Görak G, Erdoğan S, Savaşen S, Çakıroğlu S. "Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği", Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1996: 1-84
15. Michaud Y. *Şiddet*, İletişim Yayınları, 1991: 1-194
16. Erten Y, Ardalı C. "Saldırganlık, Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları", İstanbul, 1996:1-248
17. Kocacık, F. Çağlayandereli M. "Ailede Kadına Yönelik Şiddet: Denizli İli Örneği" *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2009,2(6), 24-43.
18. Ünsal, A. "Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi", *Cogito*. 6-7. Kış-Bahar 1996: 29-36.
19. Ergil, D, "Şiddetin Kültürel Kökenleri", *Bilim ve Teknik*. 399. Şubat 2001, 40-41.
20. Hobart M. "Şiddet ve Susku: Bir Eylem Siyasetine Doğru". (Çev: Yurdaer Salman). *Cogito*, YKY, 6-7, 51-65. İstanbul, 1996.
21. "Türkiye'de Çocuğa Yönelik Şiddet ve İstismar" t.y. <http://notoku.com/turkiyede-cocuga-yonelik-siddet-ve-istismar/>, Erişim 14.02.2014.
22. Topbaş M. "İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2004, 3(4): 76-80.

23. "Birinci İstanbul Çocuk Kurultayı İstanbul Çocuk Raporu", İstanbul: *İstanbul Çocukları Vakfı Yayınları*, 2000: 138-146.
24. "Çocuklara Yönelik Şiddet, Suistimal ve İhmal'in Önlenmesi" 04.06.2009
<http://www.millipediatri.org.tr/News.aspx?newsId=186>, Erişim 14.02.2014.
25. Arıca V, Tutanaç M, Arıca, S, Turhan E, Zeren C, Arslan M. "Mağdur Çocuklar", *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 2011: 1-3.
26. Bahar G, Savaş HA, Bahar A. "Çocuk İstismarı ve İhlali: Bir Gözden Geçirme," *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,2009, 4(12) 51-65.
27. Özderin M," *Adli Tıp Ders Notları*," 20 Adli Pediatri, 17 Ekim 2006.
28. http://tr.wikipedia.org/wiki/%C3%87ocuk_istismar Erişim 10.01.2014.
29. Çetin G, "Adli Tıp Açısından Çocuk İstismarı" ,54.Türkiye Milli Pediatri Kongresi t.y.
30. Aksoy E, Çetin G, İnanıcı MA, Polat O, Sözen, M, Yavuz F." Çocuk İstismarı ve İhlali" t.y., <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/7.html> Erişim Tarihi :14.01.2014.
31. Tutanaç M, Arıca V, Arıca S, Zeren C, Yeşiloğlu F, Arslan M, Arı M. "Cinsel Saldırı ve Çocuk", 46. Türk Pediatri Kongresi, İzmir Çeşme ,mayıs 2010.
32. Kök AN. "Çocuğun Cinsel İstismarında Adli Tıp Uygulamaları", *EÜHFD*, 2006:3-13.
33. Artan İ., "Çocuk istismarı" haziran 2010,1-3
<http://www.psikososyalhizmet.com/cinselistismar.htm> /, Erişim 10.1.2014
34. "Child Sexual assault" 2012 <http://www.safeplaceolympia.org/wp-content/uploads/2012/07/Child-Sexual-Assault-1.ppt> 12.11.2013.
35. Şahin F, Taşar MA," Cinsel İstismar ve Ensest" , *Türk Pediatri Arşivi*, 2012: 159-164.
36. Yiğit R." Çocukların Cinsel İstismarı ve Ensest"; *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2005,8(3),90-101.

37. Yavuz F. ‘‘Çocuğun Cinsel İstismarı’’, Türk Hukuk Sitesi, t.y. 1-24, <http://www.turkhukuksitesi.com/index.php> erişim 20.2.2014
38. Kurtay D. ‘‘Çocuk İhmal ve İstismarının Önlenmesi,’’ t.y. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc>,Erişim Tarihi:10.02.2014.
39. Yalçın N. *Türkiye’de Çocuk İstismarı ve Çözüm Önerileri*, (Tez) Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.
40. Zara A. ‘‘Çocuk istismarı ve ihmali’’ , 1-10,2012 <http://www.aytenzara.com/wp-content/uploads/2012/02/%C3%87OCUK-%C4%B0HMAL%C4%B0-VE-%C4%B0ST%C4%B0SMARI.pdf> Erişim Tarihi 03.01.2014.
41. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. ‘‘Bir Çocuk İstismarı Vakası’’, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2003, 46: 295-298.
42. Taner Y, Gökler B. ‘‘Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri’’, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2004, 35: 82-86.
43. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkmaz İ. ‘‘Çocuk ve Cinsel İstismar’’, *Adli Psikiyatri Dergisi*, 2005, 3(1): 9-14.
44. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T, ‘‘Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi’’, *Sted*, 2006, 15: 153- 157.
45. Bernet W, Child maltreatment, Sadock B, Sadock V. (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed., Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000.
46. Kocacık F. ‘‘Toplumbilim’’. 2. Baskı. *Cum.Üni. Yayını* No:84. Sivas, 2000.
47. ‘‘Çocukların ev içinde yaşadıkları şiddet araştırılması’’ 1-80 , şubat 2012 <http://www.cocukhaklarizleme.org/wp-content/uploads/evicisiddet-arastirma.pdf>, Erişim: 14.02.2014.

48. "Aile çocuk şiddet türkiye'de 0-8 yaş arası çocuğa yönelik aile içi şiddet araştırılması" mayıs 2014 1-140 <http://www.ailecocuksiddet.info/RAPOR.pdf>, Erişim: 14.08.2014.
49. "Çocuğa yönelik şiddetin önlenmesi teknik destek projesi, okullarda şiddet üzerine literatür taraması" ,1-68, haziran 2014 http://siddetinonlenmesi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2014_09/04105755_literaturtaramasi.pdf , Erişim: 20.9.2014.
50. Vahip I, Doğanavşargil Ö."Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Kadın Hastalarımız", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17, 107-114.
51. Cankur S. "Çocukların Ev İçinde Yaşadıkları Şiddet Araştırması", *Genç Hayat Yayınları*, ISBN: 978-605-88162-2-01. Baskı İstanbul, Mart 2012.
52. Cantürk G. "Tıbbi Etik ve Adli Sorunlar, Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sempozyumu ve ambulans rallisi "2006, 01 – 05 Kasım, Antalya Sunumu.
53. Akarca M. "Çocuk Ceza Hukukundaki Yeri ve Çocukların Korunması", *Uluslararası Sözleşme ve Protokoller*, t.y. 1-32. http://www.anayasa.gov.tr/files/insan_haklari_mahkemesi/sunumlar/ym_4/Akarca.pdf, Erişim: 14.02.2014.
54. Centel N, Hamide Ç. "*Gerekçeli-Karşılaştırmalı-Tablolu*" *Yeni Türk Ceza Kanunu ve İlgili Mevzuat*, İstanbul 2005.
55. Parlar A, Hatipoğlu M. *Açıklamalı-Yeni İctihatlarla 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu Yorumu* (141-345. Madde) II, Ankara 2007, 1661.
56. Sunmaz D. "Çocuk Olgularda Adli Hemşirelik Yaklaşımı", 29.11.2012 (KKTC).
57. Karaday B, Kulusayın MÖ, Kata A, Karadayı Ş. "Acil Tedavi Birimlerinde Adli Olgudan Biyolojik Materyal Alınması ve Gönderilmesi", *Marmara Medikal Journal*, 2013,26(3) :111-117.
58. Mcgee P. "Defining Nursing Practice". *Br J Nurs.*, 1995, 2(20):1022-1026.

59. Velioğlu P. “*Hemşirelik Eğitiminde Temel Kavramlar*” *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*, Alaş Ofset Matbaası, (1994), 107-119.
60. “Hemşirelik tanımı görevleri” t.y. <http://hemsirelikdersnotlari.blogcu.com/hemsirelik-tanimi-gorevleri/8936396>, 14.02.2014.
61. Özden D, Yıldırım N. “Adli Vakaya Hemşirelik Yaklaşımı”, *S.B.F.H.D.*, 2009: 73-81.
62. “Adli hemşirelik” t.y. http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/adli%20vaka%20en%20son.pdf / Erişim 15.01.2014.
63. İlçe A, Yıldız D, Baysal G, Özdoğan F, Taş F. “Acil Servislerde Çalışan Sağlık Bakım Personelinin adli olaylarda delil koruması ve saklamasına yönelik bilgi ve uygulamaların incelenmesi”, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 2010, 16: 546-551.
64. Hancı H. “Adli Tıp Uygulamaları ve Hemşirelik”, Sağlık Hukuk Kurultayı, 2010, 447-462.
65. Elmas I. “Acil Tıbbi Girişimlerde Hemşirelerin Yeri ve Hukuki Sorumlulukları sunum” t.y., <http://www.ctf.edu.tr/ctfhemhzmd/sempozyumlar/Afetlerde%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20y%C3%B6netimi/24%20MAYIS%202011/II.OTURUM/%C4%B0MDAT%20ELMAS/Acil%20T%C4%B1b.Gir.%20Hem.%20Sor.pdf> Erişim Tarihi: 20.01.2014.
66. Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeolu Y. “Adli Hemşirelik” , 2004,13(5): 169-171.
67. Çilingir D, Hindistan S. “Adli Hemşireliğin Kapsamı ve Yasal Boyutu”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012 ,9(1) :10-15.
68. Arabacı HB, Çam MO. “Türkiye’de Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin, Adli Psikiyatri Hastanelerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler,” *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013(24): 1-17
69. Şentürk S, Büyükaslan B. “Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Adli Hemşirelik Konusundaki Bilgi ve Görüşlerinin Belirlenmesi”, *Bozok Tıp Dergisi* 3, 2013,:19-26.

70. "Adli hemşirelik" t.y. <http://www.e-hemsire.com/adli-hemsire.html/> Erişim 09.10.2013.
71. Çevik AS, Bayer M. "Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları", *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21, 2012,(2) : 143-152.
72. Forensic nurse t.y. <http://www.rn.com/getpdf.php/726.pdf/> Erişim 08.11.2013.
73. Forensic nurse t.y. [https://www.southampton.ac.uk/assets/imported/transforms/peripheral-block/UsefulDownloads_Download/1F206B2984AC4EE59DFA79FD616A8470/Forensic_Nurse_Report\[2\].pdf](https://www.southampton.ac.uk/assets/imported/transforms/peripheral-block/UsefulDownloads_Download/1F206B2984AC4EE59DFA79FD616A8470/Forensic_Nurse_Report[2].pdf) Erişim 09.12. 2013.
74. Yelken N, Tunalı G, Gültekin G. "Adli Hemşireliğin Türkiye'deki Durumu" , *Ted* 2004,13(5):171-172
75. American nurse today t.y <http://www.americannursetoday.com/assets/0/434/436/440/8364/8366/8378/8428/326dcefb-22dd-440a-a9fe-d15c36cb8ba1.pdf> /, Erişim 09.12.2013.
76. Forensic nurse t.y. <http://medind.nic.in/jal/t05/i4/jalt05i4p207.pdf/>, Erişim 09.12.2013.
77. Watson WA, Litovitz TL, Rodgers GC.Jr, Klein-Schwartz W, Reid N, Youniss J, Flanagan A, Wruk KM. Annual report of the american association of poison control centers toxic exposure surveillance system *Am J EmergMed* 2005 23(5) 589-666.
78. Penbegül ML. "İlaç Zehirlenmesi Olan Çocuklarda Demografik Özellikler Ve Ailesel Etkenlerin Değerlendirilmesi (tez)" Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (uzmanlık tezi), 2006.
79. Çam H, Kırav E, Taştan Y. Özkan HÇ. "İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Acil servisinde izlenen zehirlenme olguları" *Türk Pediatri Arşivi* 2003, (38):233-239
80. Öner N, İnan M, Vatansever Ü, Turan Ç, Çeltik C, Küçükuğurluoğlu Y, Duran R, Karasalihoğlu S. "Trakya bölgesinde çocuklarda görülen zehirlenmeler" , *Türk Pediatri Arşivi* 2004.(39): 25-30

81. Akbay-Öntürk Y, Uçar B. “Eskişehir Bölgesinde çocukluk çağı zehirlenmelerinin retrospektif değerlendirilmesi” *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2001: 46 103-113.
82. Dutta AK, Setli A, Goyal PK, Aggarwal V, Mittal SK, Sharma R, Bahl L, Thakur JS, Verma M, Chhatwal J, Chacko B, Saini V, Singhal A, Sharma P, Sharma U, Chaturvedi P, Kumar S, Prajapati NC, Vaidya J, Garg N, Basu SN, Lahiri M, Das CK, Pal DK, Lall SB. et al. Poisoning in children: Indian scenario. *Indian J Pediatr.* 1998: 65(3) 365-70
83. Sharif F, Khan RA, Keenan P. Poisoning in a paediatric hospital *Ir J Med Sci* 2003: 172(2)78-80
84. Eryürek M. *Eskişehir ilinde 2006-2010 yılları arasında çocukluk çağı korozif madde hasarlanmalarınınunadli tıp açısından değerlendirilmesi* tıpta uzmanlık tezi 2012

EKLER

Ek-1: İzin Yazısı

BURSA DÖRTÇELİK KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ

BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Hastaneniz çocuk 2 servisinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Okan Üniversitesin Sağlık yönetiminde yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda kullanılmak üzere 2 yıl içinde hastanenize başvuran adli vakaların sayısı ,yaş, tanılarının(kimlik kullanmadan) bilgilendirilmek istiyorum. Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Saygılarımla

Buket SARICA

10,04,2014

Buket Sarica
Buket SARICA
Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

10.04.2014
Bilgi için

M. Vesta DILMAC
M. Vesta DILMAC
Bölge Yardımcısı
Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

GELEN EVRAK	
TARİH	10.04.2014
SAYFA	2005
SİS	

M. Vesta DILMAC
M. Vesta DILMAC
Bölge Yardımcısı
Bursa Dörtçelik Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Ek-2: Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

1. Toplam ayaktan hizmet alan hasta sayısı;

2012 yılı:

2013 yılı:

2. Toplam yatarak hizmet alan hasta sayısı;

2012 yılı:

2013 yılı:

3. Adli vaka tanıları;

Zehirlenme

Boğulma

Darp

İntihar

Düşme

Yanık

Kesici delici alet yaralanmaları

4. Zehirlenme sekli;

İlaç intox

Korozif madde

Karbonmonoksit zehirlenmesi

Gıda intox

5. Hastanın yaşı;

..... aylık / yaş

6. Hastanın cinsiyeti;

Erkek

Kız

7. Hastanın geldiği yer;

..... semt/ İl

8. Hastanın hizmet alma sekli;

Ayaktan

Yatarak

9. Hastanede yatış süresi;
..... gün

10. Taburculuk sekli;

- Şifa ile
- Salah ile
- Kendi isteği ile
- Ex ile



Ek-3: Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	BUKET	Soyadı :	SARICA
Doğ.Yeri	Eskişehir	Doğ.Tar.	13.03.1979
Uyruğu	TC	Tel :	0.506 855 47 85
Email :	buketsarica@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Eskişehir Osmangazi üni . esyo	2000-2002
Önlisans	Eskişehir Osmangazi üni. esyo	1996-1998
Lise	Eskişehir Süleyman çakır lisesi	1993-1996

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Eskişehir Osmangazi üni	2001-2007
Hemşire	Bursa dörtçelik çocuk hastanesi	2007- devam

Yabancı Dilleri	Okuma	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS YDS Puanı	(Diğer) Puanı
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA	-	-