

ISSN: 2667-6044



ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ DERGİSİ
Ankara Journal of Health Services
Yayın Hayatında 23.yıl



Cilt/Volume: 21 Sayı/Number: 2

EDİTÖR
Yasemin G. İŞGÖR
EDİTÖR YARDIMCISI
Özge ÖZDEMİR

ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ DERGİSİ

Ankara Journal of Health Services

ISSN: 2667-6044

Cilt (*Volume*):21 ; Sayı(*Number*): 2; Basım Tarihi (*Date Published*) : 31 Aralık (December) 2023

EDİTÖR

Yasemin G. İŞGÖR

EDİTÖR YARDIMCILARI

Özge Özdemir

ALAN EDİTÖRLERİ

Yonca Özatkan

Seher Berna KIRDÖK TANŞU

Hatice EKİNALAN KAYHAN

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Aykut Özkul, Ankara Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Sulhiye Yıldız, Ankara Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Çiğdem Elmas, Gazi Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. İbrahim C. Haznedaroğlu, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Nihal Mamatoğlu, İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Prof. Dr. Azra Bozcaarmutlu, İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Prof. Dr. Yasemin G. İşgör, Ankara Üniversitesi, Ankara

Dr. Öğr. Üye. Perihan Şenel Tekin, Ankara Üniversitesi, Ankara

ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ DERGİSİ

Ankara Journal of Health Services

Cilt/Volume: 21 Sayı/Number:2 Aralık/December 2023

SAHİBİ

Ankara Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Adına
Yüksekokul Müdürü

Bahadır BOYACIOĞLU

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Yüksekokul Sekreteri

Mehmet Ali YILDIRIM

YAZIŞMA ADRESİ

Ankara Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Fatih Cad. 197/A
06290-Keçiören / ANKARA

Tel: 0312-3573242

Fax: 0312-3804868

e- posta:

ashd@ankara.edu.tr

isgor@ankara.edu.tr

Web Sayfası:

<http://dergipark.gov.tr/ashd/>

ISSN: 2667-6044

Basım Tarihi: 31/12/2023

Dizgi, Düzenleme ve Basım

ASHD Editörler Kurulu

Yayın Türü

Yerel Süreli Elektronik Yayın (E-Yayın)

Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun yayını dili Türkçe ve İngilizce olan, yaşam bilimleri temalı, yılda 2 defa elektronik yayınlanan, Ulusal Hakemli Dergisidir.

Dergide yer alan yazılarla ilgili yasal sorumluluk ilgili yayının yazarlarına aittir.

İçindekiler/Contents

ASHD Dergi Künyesi.....i-ii

Editörden.....iv

Derleme Makalesi/Review Article

Engelli Çocukların İstismarı ve İhmali: Tanılamada Hemşirenin Rolü.....29-39
Damla Özçevik Subaşı

Açık Sistem Endotrakeal Aspirasyona Yönelik Klinik Öneriler40-47
Tülay Çıkrık, Zehra Göçmen Baykara; Çiğdem Özgün

Sağlık Hizmetlerinde Şiddet “İşin Bir Parçası Değildir”.....48-60
Sebla AK

Değerli Okurlar,

ASHD dergisi yeni yayın döneminde güncel üç temel problemi irdeleyen yayınla karşınıza çıkıyoruz. Bu yayınlardan ilki son yıllarda haberleriyle toplumda derin üzüntü ve şaşkınlık çocuk istismarı konusunda özellikle engelli çocuk istismarında hemşirelik yaklaşımını ele alıyor. Bu derlemede sağlık alanında engelli çocuk popülasyonunda istismar ve ihmalin sıklığı ve çocuk istismar ve ihmali tanılamada hemşirenin rolü tartışılmaktadır.

Dergimiz yeni sayısında karşınıza çıkan ikinci yayın ise doğru ve güvenilir endotrakeal aspirasyon uygulamalarına yönelik hazırlanan ulusal ve uluslararası çalışmaların irdelenerek Türkçe literatüre, sağlık çalışanlarına, özellikle de öğrenci hemşireler ve hemşirelik mesleğine yeni başlayan klinik hemşirelere olası sorunlar ve çözümlerin de irdelendiği kaynak sayılabilecek özgün bir derlemedir.

Dergimizin bu sayısında okuyacağınız son makalemiz ise sağlıkta şiddet konusunu irdelemektedir. Sağlık alanında özellikle pandemi ve ardından yaşanan küresel ekonomik kriz sonrasında, gündemde üzüntüyle izlediğimiz, sağlıkta şiddet konusu son yılları kapsayacak şekilde ele alınmıştır. Dergimizde 2014 yılında yayımlanmış sağlıkta şiddeti ele alan diğer bir çalışma ile kıyaslandığında şiddetin tanımı ve güncel tabloda yer alan verileri, şiddetin artışı ve çözümsüzlük aşamalarının daha derinleşmiş olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanının yaşam hakkı, kalitesi ve profesyonel yetkinliğini olumsuz yönde etkileyen bu sorunun oluşmadan alınması gereken tedbirler ve soruna çözümler üzerine oldukça etkili bir derleme olarak karşımıza çıkmaktadır.

2023 Yılı'nı 6 Şubat'ta büyük bir deprem felaketi ile karşılamış olmanın acısını derinden yaşadık. Ülkemizin 11 ilini etkileyen felaketin etkilerini sağlıktan eğitime, üretime, araştırmaya ve geliştirme faaliyetlerine dek hemen her alanda hissettik. Tüm alanlarda toparlanmaya başlar ve yaraları yavaş yavaş sararken ülkemizin teröre verdiği şehitlerimize üzüldük. Yeni yıla girmeden önce yaşanan ve çok sayıda şehit verdiğimiz bu büyük acının da izleri silinmeyecektir. Tüm bu acıları unutmadan, daha da güçlenerek ileriye bakacak, hem dilimizi etkin kullanarak gerçekleştirdiğimiz çalışmaları herkese ulaştırılabilir kılacak hem de yeni nesil için Türkçe bilimsel kaynak oluşturma hedeflerimizde emin adımlarla ilerliyoruz. Dergimizin bu anlamda katkısının daha da artacağını düşünüyor ve planlamalarımızı da bu yönde yapmaya devam ediyoruz.

Değerli okurlar,

Yeni yılın başarı, sağlık, huzur, güven ve bol bilimsel çalışmalarla dolu günleri getirmesini diler, dergimizi okuyarak, yayımladığımız çalışmaları paylaşarak verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Yeni yılda, yeni sayılarımızda buluşmak üzere,

*İyi okumalar dileğiyle,
ASHD Editör
Prof. Dr. Yasemin G. İŞGÖR*

Engelli Çocukların İstismarı ve İhmali: Tanılamada Hemşirenin Rolü

Damla Özçevik Subaşı

(1) Özsubaşı Mimarlık ve Mühendislik Şirketi, Aydın, Turkey
E mail: damlaozcevik09@gmail.com

Makale Gönderim: 10 Eylül 2023; Makale Kabul: 23 Kasım 2023; Makale Yayım: 31 Aralık 2023

ÖZ

Engelli çocuklar, çocuk istismarı ve ihmali ile karşılaşma riskinin yüksek olduğu savunmasız bir popülasyondur. Çocuğun fiziksel ya da konuşma gibi engellerin varlığı kendisini istismardan korumasını ve karşılaştığı kötü muamele davranışını bildirmesini zorlaştırabilir. Engelli çocuklar diğerlerine göre daha savunmasızdır ve istismar davranışları ile karşılaşma oranları daha fazladır. Bu oranı azaltmak amacıyla bu popülasyondaki istismar ve ihmal olguları dikkatle tanılanması önemlidir. Bu derlemede, engelli çocuk popülasyonunda istismar ve ihmalin sıklığı ve çocuk istismar ve ihmali tanılamada hemşirenin rolü tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, Çocuk ihmali, Engelli çocuk, Hemşire

Abuse and Neglect of Children with Disabilities: The Role of the Nurse in Diagnosis

ABSTRACT

Children with disabilities are a vulnerable population at high risk of child abuse and neglect. The presence of disabilities, such as physical or speech disabilities, may make it difficult for a child to protect himself/herself from abuse and to report maltreatment behavior. Children with disabilities are more vulnerable than others and are more likely to experience abusive behaviors. In order to reduce this rate, it is important to carefully diagnose cases of abuse and neglect in this population. In this review, the prevalence of abuse and neglect in the disabled child population

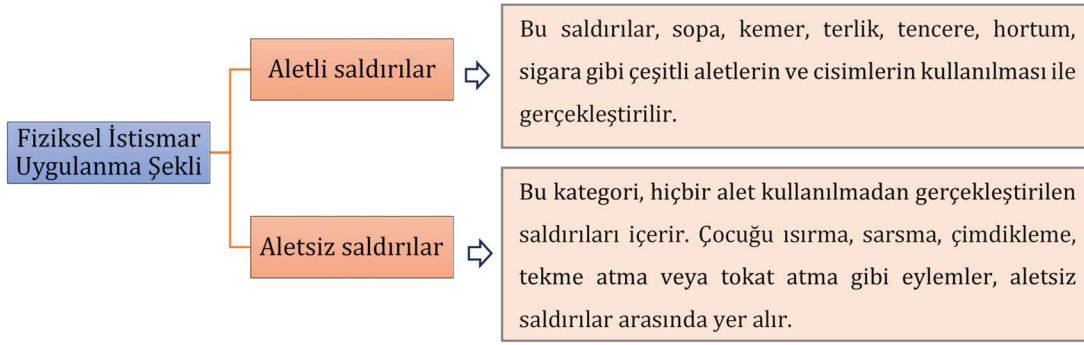
and the role of the nurse in the diagnosis of child abuse and neglect are discussed.

Keywords: Child abuse, Child neglect, Disabled children, Nurse

1. Giriş

Engellilik, birçok farklı kavramla tanımlanır ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'de [1] engelli bireyler, "diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, entelektüel ya da duyuşsal bozukluğa sahip olanlar" olarak tanımlanmaktadır [2]. Engelli çocuklar terimi ise, zihinsel engellilik, duyuşsal bozukluk, öğrenme güçlüğü, görme veya işitme bozukluğu, fiziksel engellilik, davranış sorunları ya da işlevsellik ve gelişimi etkileyen veya özel sağlık bakımı gerektiren başka bir tıbbi durumu olan çocukları içermektedir [3]. Bu tanımlar, engellilik kavramının geniş bir yelpazede farklı durumları kapsadığını ve her engelli bireyin benzersiz gereksinimleri olduğunu vurgular.

Engellilik kişinin fiziksel ve bilişsel yeteneklerini, duyuşlarını ve davranışlarını etkileyebilir. Engel durumlarına bağlı olarak çocuklar birçok zorlukla karşılaşabilmektedir [4]. Bununla birlikte, engelli çocukların istismar ve ihmale uğrama sıklığı, engeli olmayan çocuklara göre daha yüksektir [5, 6]. Bu sıklık çocukların engel durumlarına göre değişse de, engeli olmayan çocukların da maruz



Şekil 1: Fiziksel istismar uygulanma şekli [16]

kalabileceği küresel bir sağlık sorunudur [7]. Ancak çocukların istismara maruz kalma riskini artıran bazı risk faktörleri bulunmaktadır [8], bu risk faktörlerinden biri de çocuğun engeli olmasıdır [9]. Birçok çalışmada engelli çocuklarda istismar sıklığının engeli olmayan çocuklara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur [5, 6]. Genel nüfus içinde en savunmasız grup olan engelli çocuklar, istismarla karşı karşıya kalan çocukların büyük bir yüzdesini oluşturmaktadır [10]. Bu derlemede engelli çocuk popülasyonunda istismar ve ihmali sıklığı ve tanılanmasında hemşirenin rolü tartışılmaktadır.

1.1. Çocuk İstismarı ve İhmali: Tanımlar

Çocuk istismarı ve ihmali, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; "sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine veya onuruna fiili veya potansiyel zarar verme ile sonuçlanan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkâr muamele veya ticari ya da diğer sömürüler" olarak tanımlanır [11]. Çocuk istismarı ve ihmali; ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olmak üzere genel olarak dört grupta incelenen önemli bir sorundur [12].

Fiziksel istismar, ebeveyn, bakıcı veya çocuktan sorumlu diğer bir yetişkin tarafından kasıtlı olarak gerçekleştirilen ve çocuğun kazara olmayan fiziksel zarar görmesine neden olan bir

davranıştır. Bu tür istismar, çocuğa yönelik ısırma, sallama, fırlatma, yumruklama, tekmeleme, dövme, el, sopa, kemer veya başka bir nesne ile vurma, bıçaklama, boğma, yakma gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir [13]. Çocuğa yönelik fiziksel istismar uygulanma şekline göre aletsiz ve aletli olarak iki gruba ayrılır (Şekil 1). Fiziksel istismar, disiplin yöntemi olarak dayığı benimsemiş kültürlerde daha sık ortaya çıkmaktadır, bu durumu destekleyen birçok kültürel etken bulunmaktadır [14]. Dokuz farklı ülkede gerçekleştirilen çalışmada, çocukları uygun şekilde yetiştirmek adına fiziksel cezanın kullanılmasının gerekliliği hakkındaki kültürel inançlardaki farklılıkların, ebeveynlerin fiziksel ceza kullanma olasılıkları ile doğrudan ilişkilendirildiği ortaya konmuştur [15]. Bu bulgular, disiplin anlayışının kültürel bağlamın önemli bir parçası olduğunu ve ebeveynlik yaklaşımlarının kültürden kaynaklanan inançlarla derin bir etkileşim içinde olduğunu göstermektedir.

Evrensel bir tanıma tam olarak ulaşamamış olmakla birlikte, Amerikan Pediatri Akademisi [17] tarafından duygusal istismar; "Bir çocuk tarafından sevilmediği, istenmediği veya yalnızca araçsal amaçlara hizmet ettiği; ayrıca çocuğun gelişimini ve sosyalleşmesini ciddi şekilde engellediği şeklinde yorumlanması muhtemel, tekrarlanan ebeveyn davranışı modeli" olarak tanımlanmaktadır [18]. Evrensel bir tanımın

olmaması, duygusal istismar vakalarının sadece rapor edilenlerin görünen kısmı olduğu gerçeğiyle birleştiğinde, rapor edilmeyen olguların oranının daha da yüksek olabileceği düşünülmektedir. Bu durum, özellikle klinik olarak fark edilmeyen ancak çocuğun sağlığı üzerinde yıkıcı sonuçları ihmal için de geçerlidir [19].

İhmal, çocuğun hayati öneme sahip temel ihtiyaçlarının, yani fiziksel, duygusal, tıbbi veya eğitimle ilgili gereksinimlerinin bakım veren tarafından karşılanmaması anlamına gelir. Aynı zamanda, çocuğun yetersiz denetimi veya zararlı bir çevreye maruz bırakılmasının önlenmemesi durumunu da içerir [20]. Bu, çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli olan temel koşulların ve gereksinimlerin sağlanmaması anlamına gelir ve uzun dönemde çocuğun refahını derinden etkileyebilir. Beş kategoride incelenen ihmalin tipleri Tablo 1’de sunulmuştur.

DSÖ perspektifine göre, cinsel istismar; çocuğun tam olarak anlayamadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı ve onay veya rıza gösterme kapasitesine sahip olmadığı cinsel durumlara zorlanması olarak tanımlanır [22]. Çocuk cinsel istismarı, temas içeren veya içermeyen her türlü durumu kapsayacak şekilde cinsel istismar olarak değerlendirilir [23] (Tablo 2). Bunlar; istismarcının bir çocuk ile fiziksel temas kurduğu dokunma eylemlerini içeren temas içeren cinsel istismar ve dokunma olmadan gerçekleşen temassız cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır [23]. Cinsel istismar olgularının tümünün oral veya anal/vajinal penetrasyon olması gerekmemektedir [24]. Cinsel içerikli materyallere maruz kalmaktan vajinal penetrasyona kadar uzanan çeşitli eylemleri (cinsel içerikli konuşma, teşhircilik vb.) kapsar [23, 25, 26].

Tablo 1: Çocuk İhmalinin Tipleri [21]

| Çocuk İhmal Tipleri | Tanımlar/Örnekler |
|---------------------|---|
| Fiziksel İhmal | Çocuğun temel yaşamsal gereksinimlerini karşılamama durumu olarak nitelendirilen fiziksel ihmal; hijyen, beslenme, barınma ve mevsime uygun giyim gibi temel ihtiyaçlarına yönelik yeterli özenin sağlanmamasını ifade eder. Bu bağlamda, çocuk, yırtık ve kirli kıyafetler giyme zorunluluğuyla karşılaşabilir. |
| Duygusal İhmal | Çocuğun temel duygusal ihtiyaçlarını karşılamamak, ona yeterli ilgi, sevgi ve şefkati göstermemek, duygusal destek sağlamamak anlamına gelir. Ek olarak, çocuğun alkol ve madde kullanımına izin verilmesi de bu kapsamda değerlendirilebilir. |
| Tıbbi İhmal | Çocuğun tıbbi bakım gereksinimlerini ihmal etmek, hekim tarafından belirlenen tedaviye uymamak ve çocuğun aşılarını zamanında gerçekleştirmemek veya bu aşuları geciktirmek, özenli tıbbi yönetimin sağlanmamasıyla ilişkilidir. |
| Eğitim İhmali | Evde uygun eğitimin sağlanmaması, okul çağına gelmiş bir çocuğun kaydedilmemesi veya sık devamsızlık yapmasına izin verilmesi durumu, çocuğun eğitimine yönelik sorumlulukların yerine getirilmemesi anlamına gelir. Bu durum, çocuğun eğitimine gereken önemin verilmemesini ve bu davranışın düzeltilmesi için herhangi bir girişimde bulunulmamasını ifade eder. |
| Yetersiz denetim | Çocuğu denetimsiz ve gözetimsiz bırakmak, uygun güvenlik tedbirlerini sağlamamak ve olası zararlı durumları önlememek, çocuğun sağlık ve güvenliğini riske atan durumları içerir. |

Tablo 2: Temas İçeren ve Temassız Cinsel İstismar Eylemleri [23, 25, 26]

| Cinsel İstismar Eylemleri | |
|--|--|
| Temas İçeren | Temassız |
| <ul style="list-style-type: none"> - <i>Dokunma, Öpme ve Okşama:</i> Çocuğun vücudunun herhangi bir bölgesine dokunma, öpme veya okşama. - <i>Cinsel Temas:</i> Kıyafet giyip giymediğine bakılmaksızın çocuğun vücudunun herhangi bir yerine cinsel temas. - <i>Tecavüz ve Penetrasyon:</i> Çocuğun ağızına, vajinasına ya da anüsüne bir cisim veya vücut bölümü koyarak gerçekleştirilen tecavüz veya penetrasyon. - <i>Cinsel Aktiviteye Zorlama:</i> Çocuğu cinsel aktiviteye katılmaya teşvik etme veya zorlama. - <i>Kıyafet Çıkarmaya Zorlama ve Mastürbasyon:</i> Çocuğu kıyafetlerini çıkarmaya, başkasının cinsel organına dokunmaya veya mastürbasyon yapmaya zorlamak. | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Teşhircilik ve/veya Röntgencilik:</i> Cinsel içerikli teşhirde bulunmak veya başkalarını izlemek. - <i>Soyunmaya Zorlama:</i> Çocuğu soyunmaya zorlamak. - <i>İletişim Araçlarıyla Cinsel Konuşmalar:</i> Yüz yüze veya telefon gibi iletişim araçları ile cinsel içerikli konuşmalar yapmal. - <i>Cinsel Eylemleri İzleme veya Teşvik Etme:</i> Çocuğu cinsel eylemleri izlemeye veya duymaya teşvik etme veya zorlama. - <i>Koruyucu Önlemlerin Alınmaması:</i> Çocuğun cinsel istismara uğramasını engellemek için uygun önlemleri almamak. - <i>Çevrimiçi İstismar:</i> Çocuk istismarı içeren resimlerin yapılması, görüntülenmesi veya dağıtılması gibi çevrimiçi istismar eylemleri. - <i>Pornografi İzletme:</i> Bir çocuğa pornografi izletme. |

1.2. Engelli Çocuklarda İstismar ve İhmalin Sıklığı

Küresel olarak çocuk istismarı ve ihmali, her yıl 2 ve 17 yaş arası yaklaşık bir milyar çocuğu etkilediği tahmin edilmektedir [27]. İstismar veya ihmal oranları, değişen yasal tanımlar, hizmetlere erişim, sonuçlardan korkma, ölçüm ve araştırma zorlukları gibi bir dizi toplumsal sorun nedeniyle eksik bildirilebilir [28]. DSÖ'ye göre, iki ila dört yaş arasındaki yaklaşık 4 çocuktan 3'ü (300 milyon çocuk), bakım verenleri tarafından düzenli olarak psikolojik şiddete ve/veya fiziksel cezaya maruz kalmaktadır [11]. Child Maltreatment 2020 raporuna göre; 618.399 çocuğun bir veya daha fazla istismar türüne maruz kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca çocukların yüzde 76,1'inin ihmal, yüzde 16,5'inin fiziksel istismar, yüzde 9,4'ünün cinsel istismar, yüzde 6,4'ünün duygusal istismar ve yüzde 2'sinin tıbbi ihmale maruz kaldığı rapor edilmiştir [29].

Engelli çocuklarda kötü muamelenin görülme sıklığı ve yaygınlığına ilişkin mevcut veriler, engelliliğin değişen tanımları ve kötü muameleyi sınıflandırmak için tek tip yöntemlerin bulunmaması nedeniyle sınırlıdır [7]. Bu sınırlılığa rağmen, birçok araştırmada engelli çocuklarda istismar sıklığının engelli olmayan çocuklara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [5, 6]. Genel nüfus içinde en savunmasız olanlar arasında yer alan engelli çocuklar, istismara maruz kalan çocukların önemli bir yüzdesini oluşturmaktadır [10]. Child Maltreatment 2013 raporuna göre istismara uğrayan çocukların yaklaşık %12,6'sını "engelli çocuklar" popülasyonu oluşturduğu belirlenmiştir. Bu çocukların %3'ünde davranış sorunları, %2,4'ünde duygusal bozukluklar, %1,1'inde öğrenme güçlüğü ve %4,1'inde diğer tıbbi sağlık sorunları olduğu rapor edilmiştir [30]. Sullivan ve Knutson [5] geniş örneklemli kapsamlı çalışmalarında ise, engelli çocukların, engelli

olmayan akranlarına göre yaklaşık dört kat daha fazla istismara maruz kaldıklarını bulmuşlardır. Engelli çocukların %31'i istismara maruz kalırken, engelli olmayan çocukların yalnızca %9'u istismara uğradıkları belirtilmektedir [5]. Engelli çocuklarda istismara maruz kalma oranı, engelli olmayan akranlarına göre en az üç kat daha fazladır [31], ve bu sıklık, çocuğun sahip olduğu engelin türüne göre değişebilmektedir [31, 32].

Tektaş'ta Van Horne ve ark. [33] yaptıkları çalışmada, down sendromlu çocuklarda tıbbi ihmal riskinin herhangi bir sağlık sorunu olmayan gruba göre yaklaşık dört kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Çocukta fiziksel veya konuşma engelinin varlığı; çocuğun hem istismardan korunmasını hem de karşılaştığı kötü muameleyi bildirmesini zorlaştırabilir [10]. Ayrıca bu çocuklar hangi davranışın 'istismar' olduğunu bilemeyebilir ve istismara uğrayıp uğramadıklarının farkında olmayabilirler [32]. Çevrelerinde güvendikleri bir yetişkinin olmaması nedeniyle yaşadıkları istismarı başkalarına anlatamayabilirler [34]. Bu nedenle maruz kaldıkları istismar yıllarca sürebilmektedir [35]. Birçok engelli çocuğun iletişim güçlüğü yaşaması ve sorunları doğrudan rapor edememesi nedeniyle, çocuk istismarı ve ihmali vakalarının eksik bildirildiğine dair endişeler bulunmaktadır [36]. Türkiye'de arşiv tarama yöntemiyle yapılan ve 141'i çocuk 391 engelli bireyin katıldığı araştırmada, bu çocuklardan 11'inin ihmal, 75'inin cinsel istismar, 28'inin fiziksel istismar, 5'inin duygusal istismar, 7'sinin ise tecavüze maruz kaldığı rapor edilmiştir [37].

Günlük yaşamlarını ebeveynlerine bağımlı ya da yarı bağımlı olarak sürdüren çocukların cinsel istismara veya ihmale uğrama olasılıkları daha yüksektir [38]. Türkiye'de 2016 yılında 391 engelli vakanın (hem çocuk hem de yetişkin) yer aldığı rapora göre en yaygın istismar şeklinin %36,06 oran ile cinsel istismar olduğu bildirilmektedir [37]. Bulut ve Karaman'ın 2018

yılında engelli bireyleri kapsayan arşiv tabanlı araştırmasına göre 278 vakadan 224'ünün (%80,5) cinsel istismara maruz kaldığı belirlendi [39]. Bir başka çalışmada ise, cinsel istismara uğrayanların %5,1'inin zihinsel engelli, %5'inin fiziksel engelli, %2,6'sının ise hem zihinsel hem de fiziksel engelli olduğu belirlenmiştir [40].

1.3. Engelli Çocuklarda İstismar ve İhmalin Tanılanmasında Hemşirelerin Rolü

Çocuk istismarı ve ihmali durumunda, tüm sağlık profesyonellerinin sorunu tanılama ve bildirme konusunda yasal, tıbbi ve etik sorumlulukları bulunmaktadır. Acil servise başvuran çocuk istismarı vakalarının büyük bir kısmında, sorunu ilk fark eden kişiler genellikle hemşireler ve doktorlardır [41]. Sağlık profesyonelleri olarak hemşireler, engelli çocuklarda istismar ve ihmalin önlenmesi, tanılanması ve müdahale edilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Çocuk istismarı ve ihmali doğru bir şekilde teşhis etmek için ayrıntılı bir öykü almak, sorunu doğru tanılamak için çok önemlidir. Hemşirelikte tanılama, hastayla ilk karşılaşılardan itibaren başlar ve ayrıntılı öykü alma süreciyle devam eder. Öykü almanın önemli yönleri, istismarın meydana gelmesinden önce, sırasında ve sonrasında çocuğun davranışları hakkında veri toplamayı içerir. Öykü alma aynı zamanda bakım verenler ve çocukla ayrı görüşmeleri de içermektedir [41].

Hemşireler çocuk istismarı ve ihmali ile ilişkili risk faktörlerini bilmeli ve değerlendirmelidir. Risk faktörleri, çocuk ihmal ve istismarının olasılığını artırabilen belirli özellikler, davranışlar ve deneyimlerdir [42]. Bir çocuğun hayatındaki risk faktörleri arttıkça, ihmal ve istismara maruz kalma olasılığı da artar. Ancak, risk faktörleri doğrudan çocuğun ihmal ve istismara uğramasına sebep olan faktörler değildir. Bu risk faktörlerinden bir veya daha fazlasının varlığı, çocuğun mutlaka ihmal ve istismara uğrayacağını göstermemektedir [43]. Hemşireler bu faktörleri bilmeli ve engelli çocukların bu faktörlere maruz

kalma olasılığını dikkatle değerlendirmelidir. Hemşireler bu süreci engelli çocukların iletişim yeteneklerini anlayarak ve onların özel ihtiyaçlarına saygı göstererek yürütmelidir.

Ancak istismara uğramış bir çocuğu tanılamak zor olabilir, özellikle mağdur çok korktuğunda veya ciddi yaralanmalar nedeniyle konuşmadığında teşhis etmek mümkün olmayabilir. Bununla birlikte, failer zarar verdiklerini nadiren kabul ederler ve tanıkların sayısı da çoğunlukla azdır [41]. Kötü muameleye maruz kalan çocuklar farklı şekilde dikkat çekebilir:

- Çocuk uğradığı istismarı açıklayabilir,
- Bir yetişkin, çocuğun istismara uğradığından şüphelendiğinde çocuğu hastaneye getirebilir,
- Fail, istismar nedeniyle çocuğun durumunun ciddiyetinden endişe duyabilir ve çocuğu tıbbi bakım alması için hastaneye götürebilir,
- Çocuk farklı bir nedenle hastaneye başvurabilir ve istismar tesadüfen fark edilebilir [41].

İhmal, çocuk kötü muamelesi çeşitleri arasında tespit edilmesi en zor türlerden biridir. Çocukların refahı için gereksinimlerinin zamanında karşılanması büyük önem taşımaktadır. Bu gereksinimler karşılanmadığında çocuklar olumsuz etkilenebilir [44, 45]. Örneğin, bir çocuğun aşırı açlık yaşaması ve bunun sonucunda dehidrasyon yaşaması ciddi sonuçlar doğurabilir [44]. Çocuğa verilen zarar yararlarından daha fazla ise bu ihmal anlamına gelir. Örneğin, bir çocuk için yararlı olacağı bilinen ve gerekli olan tıbbi bakımı alamazsa sağlığı tehlikeye girebilir. Bu kültürel veya dini inançlarla ilgili olabilir ancak tıbbi ihmal olarak yorumlanır [46]. Fizik muayenede ihmal belirtileri de dikkate alınmalıdır. Örneğin; genel muayenede, diş çürükleriyle birlikte kötü ağız hijyeni, belirgin büyüme geriliğiyle birlikte yetersiz beslenme, tedavi edilmemiş bebek bezi dermatiti veya tedavi edilmemiş yaralar görülebilir [41]. Çocuğun kirli ya da mevsime uygun olmayan kıyafetler giymesi,

kötü bir vücut kokusuna sahip olması, okula sık sık devamsızlık yapması, hırsızlık yapması ya da yiyecek için dilenmesi, madde kullanımı ve bakacak kimsenin olmadığını ifade etmesi gibi çocuk ihmalinin temel göstergeleri vardır [47]. Hemşireler bu ihmal göstergelerin farkında olmalı ve çocukları ilk karşılaştıklarından itibaren ihmal belirtileri açısından dikkatle değerlendirmelidir.

Tüm çocuk yaralanmalarının değerlendirilmesinde fiziksel istismar olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır [41]. Çocuklarda fiziksel istismarı teşhis etmek zor olabilir çünkü sağlık profesyonelleri, bakım verenlerin veya ebeveynlerin çocuklarına zarar verebileceğini kabul etmekte sıklıkla tereddüt ederler. İstismarı kabul eden ebeveynlerin nadir olması, çocukların öykü verememesi ve fiziksel istismarın belirti ve semptomlarının belirsiz olması ve diğer yaygın pediatrik tanılarla kolaylıkla karıştırılabilmesi, tanıyı daha da karmaşık hale getirmektedir [48]. Fiziksel istismara uğrama ihtimali olan çocuklarda dikkat edilmesi gereken önemli belirti ve semptomlar vardır. En önemli bulgu lezyonlardır. Vücuttaki lezyonların şiddeti, yaralanmanın derecesine bağlı olarak değişebilir. Bu yaralanma küçük bir sıyrıktan, iç organ hasarı da dahil olmak üzere ciddi yaralanmalara kadar değişebilir [16]. Çocuğun vücudunda fiziksel istismara bağlı morluklar, yanıklar ve kırıklar gözlenebilir [49]. Yürüyemeyen çocuklarda meydana gelen morluklar genellikle nadir görülür ve istismar şüphesine yol açabilir. İstismara uğramamış çocuklarda en yaygın morarma bölgeleri dizler, kaval kemikleri ve alın gibi kemik çıkıntılardır. Öte yandan, istismara uğrayan çocuklarda en sık görülen morarma bölgeleri baş ve yüzde bulunmaktadır. Yanıklar genellikle istismarla ilişkilendirilmeyen, çocukluk çağındaki yaygın yaralanmalardır. Daldırma yanıklarında ise genellikle simetrik düzenli keskin sınırlar görülür ve bu, özellikle istismar şüphesi uyandıran bir durumdur [41].

Bir çocuğun vücudunda morlukların olmaması, fiziksel istismar edilme olasılığını doğrudan dışlamaz; çünkü morlukları olmayan çocuklarda hala ciddi iç yaralanmalar (kafa travması, karın travması) olabilir.

Hareket edemeyen bebeklerde, desenli (ısıрма izi gibi) morlukların ve korunan bölgelerdeki morlukların varlığı, fiziksel istismar şüphesini artırmalıdır [50]. Ayrıca, bakım arayışında belirgin bir gecikme olması, yaralanma öyküsünde tutarsızlık veya çelişki olması, desenli yaralanmaların (kemer, el izi vb.), farklı zamanlarda meydana gelen çoklu yaralanmalar, 4 yaşın altındaki bir çocukta gövde, kulak veya boyunda morluklar, ebeveynlerin sunduğu öykünün çocuğun fiziksel gelişimi ile uyumsuz olması gibi durumların her birinde fiziksel istismar dikkate alınmalıdır [41]. Kapsamlı bir fizik muayenenin yanı sıra dikkatli bir öykü alınması ve uygun müdahalelerin yapılması, çocuğun fiziksel istismarının tanınması ve bu istismara daha fazla maruz kalmasını önleyebilir. İstismarın mümkün olduğu kadar erken teşhis edilip durdurulması durumunda prognoz daha olumludur [50].

Fiziksel istismarın bir tipi olan Sarsılmış Bebek Sendromu (SBS) prognozu ise kötüdür. SBS'de şiddetle sarsılmaya bağlı subdural hematoma, retina kanama ve yaygın beyin hasarına neden olabilir [51]. Çocuk istismarı için kesin bir teşhis olmasa da, semptomların bu "üçlüsü"nin varlığı, teşhis koyarken oldukça anlamlıdır [52]. SBS'nin daha ciddi formlarına sıklıkla tanı konulamaz ve rapor edilmeyen vakaların sayısı muhtemelen çok daha yüksektir [51]. Daha az zarar görmüş bebeklerde semptomlar arasında kusma, uyku düzenindeki değişiklikler veya uyanamama, nöbetler, sinirlilik, kontrol edilemeyen ağlama, teselli etmede zorluk veya beslenme isteğinde azalma yer alabilir [53, 54]. SBS şüphesi olan bir bebek hastaneye getirildiğinde kapsamlı bir tıbbi öykünün alınması, ardından ayrıntılı bir fizik

muayene ve laboratuvar testlerinin yapılması önemlidir [55]. Kafa yaralanmaları açık olmadığı sürece, sağlık uzmanları istismara bağlı kafa travmasının belirti ve semptomlarını gözden kaçırabilirler. Önleme, bakıcıların eğitilmesini ve sağlık profesyonellerinin belirti ve semptomları tanınması için eğitim almasını içerir [56].

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda tırnak yeme, parmak emme, idrarını tutamama, idrar kaçırma gibi gerileyici belirtilerin yanı sıra kaygı, korku, saldırganlık, düşük benlik saygısı ve aşırı cinselleştirilmiş davranışlar gibi psikolojik sorunlar da görülebilmektedir [16]. Cinsel istismar öyküsü veya uygunsuz cinsel materyale maruz kalma öyküsü olan çocuklar, yetişkinlerin cinsel davranışını taklit eden davranışlar sergilemeye eğilimlidirler [48]. Normal bir fizik muayene, cinsel istismarı dışlamak için yeterli bir yöntem değildir. Cinsel istismara uğrayan bireylerin çoğunluğunun anogenital muayenesi normal sonuçlar gösterebilir. Genellikle, cinsel istismarın varlığını belirlemenin en sağlam kanıtı çocuğun ifadesidir [41]. Ancak, çocuklar karşılaşılabilecekleri tehdit ve cezalar nedeniyle sıklıkla uğradıkları cinsel istismarı gizleme eğilimindedir. Genellikle korku ve tehdit nedeniyle çocuk yaşadıklarını herkesten bir sır olarak saklarken, istismarcı çocuğu susturmak için hediyeler de alabilir. Bu nedenle çocuğun cinsel istismara ilişkin söylediği her şey ciddiye alınmalı ve önemsenmelidir [16]. Hemşireler cinsel istismara ilişkin belirti ve bulguları dikkatle değerlendirmeli, ayrıntılı öykü almalı ve çocuğun mevcut sağlık durumu bağlamında değerlendirmelidir.

Duygusal istismar, çocuğun uğradığı tek kötü muamele tipi olabilir veya ihmal, cinsel istismar veya fiziksel istismardan dolayı olarak kaynaklanabilir [57]. Duygusal istismar hem dolaylı hem de doğrudan gerçekleşebilir. Dolaylı duygusal istismar, failin çocuğu duygusal olarak istismar etme niyeti olmasa bile, çocuğun fiziksel

veya cinsel istismar sonucu duygusal zarar görmesi durumunda ortaya çıkar. Doğrudan duygusal istismar, çocuğun özsaygısını ve duygusal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları kapsamaktadır [58]. Bir ebeveyn veya bakım veren kişi çocuğu sürekli olarak suçladığında, küçümsediğinde, azarladığında, olumsuz şekilde nitelendirdiğinde veya açıkça reddettiğinde, duygusal istismar olasılığı dikkate alınmalıdır [59]. Duygusal istismar çocuğun ruh sağlığına veya duygusal gelişimine ciddi şekilde zarar verebilir. Çocuğun duygusal gelişimini veya özgüvenini olumsuz etkileyen bir davranış modelini içerir. Bu, tutarlı eleştiriyi, tehditleri veya reddedilmeyi kapsayabileceği gibi sevgiden, destekten veya rehberlikten kaçınmayı da içerebilir. Duygusal istismarı kanıtlamak zor olabilir ve müdahaleyi zorlaştırabilir. Bununla birlikte, diğer istismar türleri tanımlandığında duygusal istismar sıklıkla mevcuttur [23]. Duygusal istismar göstergeleri genel olarak şunları içerir: aşırı itaatkar veya talepkar davranış, aşırı pasif davranışlar veya saldırganlık, bir yetişkin gibi davranmak (örneğin, başka çocuklara ebeveynlik yapmaya çalışmak) veya çocuksu davranmak (örneğin, sık sık sallanmak veya kafa vurmak), duygusal ve fiziksel gelişimde gecikme, ve başkalarıyla duygusal bağlantılar kuramamanın bildirilmesi. Duygusal istismara maruz kalan çocuklar bu göstergeler açısından dikkatle değerlendirilmelidir [59].

KAYNAKLAR

- [1] N. J. Emery, "Cognitive ornithology: the evolution of avian intelligence," *Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences*, vol. 361, no. 1465, pp. 23-43, Jan 29, 2006.
- [2] United Nations, "Convention On The Rights Of Persons With Disabilities (CRPD). Erişim adresi: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>," 2016.

2. Sonuç

Sonuç olarak, hemşireler, özellikle pediatri veya acil serviste çalışanlar, çocuk istismarı ve ihmalinin risk faktörleri, belirtileri ve tanılama, önleme ve bildirmenin önemi konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır. Çünkü, çocuk istismarı ve ihmali açısından daha yüksek risk altında olan engelli çocuklar, var olan engellerine bağlı olarak yaşadıkları olumsuz durumun istismar olduğunu bilmeyebilirler veya bunu bildiremeyebilirler. Karşılaştıkları istismar tipi, fiziksel istismar ise genellikle belirtileri gözle görülebilirken; duygusal istismar veya ihmalin göstergeleri, fiziksel istismar kadar net olmayabilir ve gözden kaçması da muhtemeldir. Bu nedenle, çalışma ortamında çocuklar ile tüm hemşirelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olması ve dikkatle çocuğun öyküsünü alması ve fiziksel muayene etmesi, çocuğun uğradığı istismar veya ihmali tanılamak ve tekrar mağduriyetini önlemek için önemlidir.

Bilgi Notu: Yazarın kurumsal ve kişisel çıkar çatışmaları bulunmamaktadır. Bu araştırma için, kamu, ticari veya kâr amacı gütmeyen sektörlerdeki finansman kuruluşlarından belirli bir destek alınmamıştır. Yazarın ORCID numarası: 0000-0001-5850-8147

Etik onay: Etik kurul onayına gerek yoktur.

- [3] C. B. Nowak, "Recognition and prevention of child abuse in the child with disability," *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, vol. 169, no. 4, pp. 293-301, Dec, 2015.
- [4] V. J. Palusci, *Child Abuse : Children with Disabilities*, Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, Inc, 2017.
- [5] P. M. Sullivan, and J. F. Knutson, "Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study," *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, no. 10, pp. 1257-1273, 2000/10/01/, 2000.

- [6] N. Spencer, E. Devereux, A. Wallace, R. Sundrum, M. Shenoy, C. Bacchus, and S. Logan, "Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study," *Pediatrics*, vol. 116, no. 3, pp. 609-13, Sep, 2005.
- [7] L. A. Legano, L. W. Desch, S. A. Messner, S. Idzerda, E. G. Flaherty, A. Council On Child, Neglect, D. Council On Children With, S. B. Haney, A. P. Sirotnak, A. R. Gavril, R. G. Girardet, A. B. Hoffert Gilmartin, A. Laskey, B. A. Mohr, S. M. Nienow, N. Rosado, D. Z. Kuo, S. Apkon, L. F. Davidson, K. A. Ellerbeck, J. E. A. Foster, S. L. Hyman, G. H. Noritz, M. O'Connor Leppert, B. Saunders, C. Stille, and L. Yin, "Maltreatment of Children With Disabilities," *Pediatrics*, vol. 147, no. 5, pp. e2021050920, 2021.
- [8] CDC, "Child Abuse & Neglect. https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fviolenceprevention%2Fchildmaltreatment%2Findex.html," 2022.
- [9] Centers for Disease Control and Prevention. "Child Abuse and Neglect: Risk and Protective Factors," <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/riskprotectivefactors.html>.
- [10] M. T. Gore, and K. N. Janssen, "What educators need to know about abused children with disabilities," *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, vol. 52, no. 1, pp. 49-55, 2007.
- [11] World Health Organization. "Child maltreatment."
- [12] WHO, "Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO," 2006.
- [13] Child Welfare Information Gateway, "What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau," 2019.
- [14] F. Pash, "Çocuğa Yönelik Fiziksel İstismar," *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, vol. 1, no. 1, pp. 60-72, 2020.
- [15] J. E. Lansford, J. Godwin, L. M. Uribe Tirado, A. Zelli, S. M. Al-Hassan, D. Bacchini, A. S. Bombi, M. H. Bornstein, L. Chang, K. Deater-Deckard, L. Di Giunta, K. A. Dodge, P. S. Malone, P. Oburu, C. Pastorelli, A. T. Skinner, E. Sorbring, S. Tapanya, and L. P. Alampay, "Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries," *Development and Psychopathology*, vol. 27, no. 4pt2, pp. 1417-1428, 2015.
- [16] O. Polat, *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 1. Tanımlar, Seçkin Yayıncılık, Ankara.: Seçkin*, 2021.
- [17] N. Aguilera-Alcala, Z. Morales-Reyes, B. Martin-Lopez, M. Moleon, and J. A. Sanchez-Zapata, "Role of scavengers in providing non-material contributions to people," *Ecological Indicators*, vol. 117, pp. 11, Oct, 2020.
- [18] R. Hibbard, J. Barlow, and H. Macmillan, "Psychological maltreatment," *Pediatrics*, vol. 130, no. 2, pp. 372-8, Aug, 2012.
- [19] L. Elizabeth, and N. Charles, "The Devastating Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect: Increased Disease Vulnerability and Poor Treatment Response in Mood Disorders," *American Journal of Psychiatry*, vol. 177, no. 1, pp. 20-36, 2020.
- [20] R. Kliegman, J. Geme, N. Blum, and S. Shah, "Nelson Textbook of Pediatrics. 2019;21:1023-31", 2019.
- [21] Child Welfare Information Gateway, "Acts of omission: An overview of child neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health

- and Human Services, Children's Bureau," 2018.
- [22] WHO. "Child Maltreatment," 2021; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- [23] I. Fayaz, "Child abuse: effects and preventive measures," *The International Journal of Indian Psychology*, vol. 7, no. 2, pp. 871-884, 2019.
- [24] D. Gonzalez, A. B. Mirabal, and J. D. McCall, "Child abuse and neglect," *StatPearls [Internet]*: StatPearls Publishing, 2022.
- [25] A. Chiesa, and E. Goldson, "Child Sexual Abuse," *Pediatr Rev*, vol. 38, no. 3, pp. 105-118, 2017.
- [26] E. Baccino, and L. Martrille, "Children: Sexual Abuse – Epidemiology. In J. Payne-James & R. W. Byard (Eds.), *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine* (Second Edition) (pp. 528-530). Oxford: Elsevier," 2016.
- [27] S. Hillis, J. Mercy, A. Amobi, and H. Kress, "Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates," *Pediatrics*, vol. 137, no. 3, pp. e20154079-e20154079, 2016.
- [28] S. D'Arcy-Bewick, A. Terracciano, N. Turiano, A. R. Sutin, R. Long, and P. S. O'Suilleabháin, "Childhood abuse and neglect, and mortality risk in adulthood: A systematic review and meta-analysis," *Child Abuse & Neglect*, vol. 134, pp. 105922, 2022/12/01/, 2022.
- [29] A. f. C. a. F. U.S. Department of Health & Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau,, "Child Maltreatment 2020. Available from <https://www.acf.hhs.gov/cb/data-research/child-maltreatment.>," 2022.
- [30] A. f. C. a. F. U.S. Department of Health & Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, "Child maltreatment 2013," 2015.
- [31] L. Jones, M. A. Bellis, S. Wood, K. Hughes, E. McCoy, L. Eckley, G. Bates, C. Mikton, T. Shakespeare, and A. Officer, "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies," *The Lancet*, vol. 380, pp. 899-907, 2012.
- [32] E. Lightfoot, "Children and Youth with Disabilities in the Child Welfare System: An Overview," *Child Welfare*, vol. 93, no. 2, pp. 23-45, 2014.
- [33] B. S. Van Horne, K. B. Moffitt, M. A. Canfield, A. P. Case, C. S. Greeley, R. Morgan, and L. E. Mitchell, "Maltreatment of Children Under Age 2 With Specific Birth Defects: A Population-Based Study," *Pediatrics*, vol. 136, no. 6, pp. e1504-12, 2015.
- [34] Child Welfare Information Gateway, "The Risk and Prevention of Maltreatment of Children With Disabilities," Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau., 2018.
- [35] C. B. Nowak, "Recognition and prevention of child abuse in the child with disability," *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, vol. 169C, pp. 293-301, 2015.
- [36] R. A. Hibbard, and L. W. Desch, "Maltreatment of children with disabilities," *Pediatrics*, vol. 119, no. 5, pp. 1018-25, May, 2007.
- [37] TOHAD, *Engelli Bireylere Yönelik Fiziksel-Cinsel Şiddet, İstismar ve Kötü Muamele Olayları İzleme Raporu 2016*, Ankara: Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği, 2017.
- [38] Centers for Disease Control and Prevention. "Childhood maltreatment among children with disabilities," <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityand-safety/abuse.html>.

- [39] S. Bulut, and H. B. Karaman, "Engelli bireylerin cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı," *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, vol. 19, no. 2, pp. 277-301, 2018.
- [40] V. Bilican Gökçaya, "Cinsel istismar ve çocuk (Sivas ili örneği)," *International Journal of Social Science*, no. 66, pp. 425-432, 2018.
- [41] D. Gonzalez, A. Bethencourt Mirabal, J. D. McCall, and C. Doerr, "Child Abuse and Neglect (Nursing)," *StatPearls*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
- [42] A. E. Austin, A. M. Lesak, and M. E. Shanahan, "Risk and protective factors for child maltreatment: A review," *Curr Epidemiol Rep*, vol. 7, no. 4, pp. 334-342, Oct 7, 2020.
- [43] Australian Institute of Family Studies. "Risk and protective factors for child abuse and neglect," <https://aifs.gov.au/resources/policy-and-practice-papers/risk-and-protective-factors-child-abuse-and-neglect>.
- [44] B. Marc, and I. Hanafy, "Children: Neglect. In J. Payne-James & R. W. Byard (Eds.), *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine (Second Edition)* (pp. 482-490). Oxford: Elsevier,," 2016.
- [45] R. E. Norman, M. Byambaa, R. De, A. Butchart, J. Scott, and T. Vos, "The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis," *PLoS Med*, vol. 9, no. 11, pp. e1001349, 2012.
- [46] H. Dubowitz, and J. Kobulsky, "The Neglect of Children: Food for Thought and Action," *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice*, vol. 5, no. 2, pp. 337-349, 2022/06/01, 2022.
- [47] Child Welfare Information Gateway, "What is child abuse and neglect? Recognizing the signs and symptoms. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau,," 2013.
- [48] American Academy of Pediatrics, *Child Abuse: Overview and Evaluation*, Itasca, IL: American Academy of Pediatrics, 2019.
- [49] S. Schilling, and C. W. Christian, "Child physical abuse and neglect," *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, vol. 23, no. 2, pp. 309-19, ix, Apr, 2014.
- [50] C. L. Brown, M. Yilanli, and A. L. Rabbitt, "Child Physical Abuse And Neglect," *StatPearls*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- [51] W. Reith, U. Yilmaz, and C. Kraus, "[Shaken baby syndrome]," *Radiologe*, vol. 56, no. 5, pp. 424-31, May, 2016.
- [52] C. W. Christian, and G. Binenbaum, "The eye in child abuse," *Child's Nervous System*, 2022/07/23, 2022.
- [53] CDC, "A Journalist's guide to shaken baby syndrome; a preventable tragedy," 2010.
- [54] N. Miehl, "Shaken baby syndrome," *J Forensic Nurs*, vol. 1, no. 3, pp. 111-7, 2005.
- [55] L. Rideout, "Nurses' Perceptions of Barriers and Facilitators Affecting the Shaken Baby Syndrome Education Initiative: An Exploratory Study of a Massachusetts Public Policy," *Journal of trauma nursing*, vol. 23, no. 3, pp. 125-137, 2016.
- [56] T. Joyce, W. Gossman, and M. R. Huecker, "Pediatric Abusive Head Trauma," *StatPearls*, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
- [57] L. Antoinette, and S. Andrew, *Child Abuse: Medical Diagnosis and Management*, Itasca, IL: American Academy of Pediatrics, 2020.
- [58] E. Daly, "Child Abuse: What You Need to Know: Parker Publishing,," 2014.
- [59] Prevent Child Abuse America. "Fact sheet: Emotional child abuse," <http://preventchildabuse.org/images/docs/emotionalchildabuse.pdf>.

Açık Sistem Endotrakeal Aspirasyona Yönelik Klinik Öneriler

Tülay Çıkrık, ¹; Zehra Göçmen Baykara²; Çiğdem Özgün ³;

- (1) Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Programı, Bilecik, Türkiye.
- (2) Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Bölümü, Ankara, Türkiye.
- (3) Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Dahiliye Yoğun Bakım Bölümü, Kırıkkale, Türkiye

Sorumlu yazar: Çıkrık, Tülay, tulay.cikrik@bilecik.edu.tr

Makale Gönderim: 24 Ekim 2023 Makale Kabul: 12 Aralık 2023 Makale Yayım: 31 Aralık 2023

ÖZ

Yoğun bakım ünitesinde veya ev ortamında mekanik ventilatör desteği ile bakımı ve tedavisi yapılan tüm hastaların solunum yolu açıklığının sürdürülmesi için, solunum yolunda oluşan sekresyonların, uygun yöntemlerle aspire zorunludur. Ancak bu aspirasyon işlemi birçok komplikasyonu da beraberinde getirebilmektedir. Bu komplikasyonlar kardiyovasküler, nörolojik, solunum sistemleri üzerinde olumsuz etkilerinin yanı sıra normalde steril olan akciğer parankim dokusunun kontamine edilmesi sonucu gelişen enfeksiyondur. Doğru ve güvenilir endotrakeal aspirasyon uygulamalarına yönelik hazırlanan ulusal ve uluslararası çalışmalar incelenmiştir. Bu bağlamda literatür taraması yapılarak elde edilen rehberler tartışılmıştır. Ulusal literatüre katkı sağlayacağı düşünülen bu makale, öğrenci hemşirelere ve hemşirelik mesleğine yeni başlayan klinik hemşirelere kaynak oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: Endotrakeal aspirasyon, Hemşirelik, Klinik Uygulamalar

Clinical Recommendations for Open System Endotracheal Aspiration

ABSTRACT

In order to maintain the airway clearance of all patients who are cared for and treated with

mechanical ventilator support in the intensive care unit or at home, it is mandatory to aspirate the secretions formed in the respiratory tract by appropriate methods. However, this aspiration process can also bring with it many complications. These complications are infections that develop as a result of contamination of the lung parenchymal tissue, which is normally sterile, as well as negative effects on the cardiovascular, neurological, respiratory systems. National and international studies prepared for accurate and reliable endotracheal aspiration applications were examined. In this context, the guidelines obtained by conducting a literature review were discussed. This article, which is thought to contribute to the national literature, will create a resource for student nurses and clinical nurses who are just starting the nursing profession.

Key words: Endotracheal aspiration, Nursing, Clinical Applications

Endotrakeal Entübasyon

Endotrakeal entübasyonun uygulaması; solunumu kısmen veya tamamen bozulmuş hastalarda yapay hava yolu oluşturulup hastanın ventilasyon ihtiyacını karşılanması amacıyla solunum yoluna tüp yerleştirilmesi işlemidir [2]. Entübasyon hayat kurtaran önemli uygulamalardan biridir. Acil servisler, ameliyathaneler, perioperatif alanlar ve yoğun

bakım ünitelerinde çalışan sağlık profesyonelleri sıklıkla endotrakeal entübasyon ve solunum mekaniği uygulamalarına katılmaktadır [1]. Endotrakeal tüp (ETT) ilk kez 1900'lerin başında kullanılmaya başlanılmıştır. En basit tabirle, gerekli olan hava sirkülasyonunu akciğerlere sağlamak için trakea yoluyla ses telleri arasına yerleştirilen polivinil klorürden (Polyvinyl Chloride) üretilmiş bir tüptür. Aspirasyonu en aza indirmek, bazı durumlarda ilaçları uygulamak amacıyla endotrakeal tüpler zaman içinde modifiye edilmiştir [2]. Endotrakeal tüplerin boyutu tüpün iç çapına göre isimlendirilmektedir (6.0, 7.0 numara gibi). ETT çapı ne kadar dar olursa gaz akışına karşı direnç o kadar büyük olur. Bu durum artan direncin üstesinden gelmek için daha fazla solunum eforu ve enerji harcamak zorunda kalacaklarından özellikle spontan solunum yapan hastalarda ETT'nin çapı kritik öneme sahiptir. Örneğin 4 .0 numara ETT gaz akışına karşı 8 .0 numara ETT'den 16 kat daha fazla dirence sahiptir. Hastayı başarılı bir şekilde entübe ettikten sonra, endotrakeal tüpün diş veya dudak hizasındaki seviyesi not edilmelidir. Bu seviye, hastanın hareketi veya taşınması sırasında tüpün çıkmadığından veya trakeanın daha derinlerine gitmediğinden emin olmak için gereklidir. İdeal olarak, yetişkinlerde ETT 'nin distal ucu karinanın 4 cm (+/- 2 cm) yukarısında olmalıdır. Endotrakeal tüpü sabitleme seviyesi ise santral kesici dişlerden ölçülür. Bu seviye yetişkin erkekler için yaklaşık 23 cm, kadınlar için ise 21 cm'dir. Yapılan çalışmalar bu aralığın güvenilirliğini ortaya çıkarsa da hastanın durumu ile ilgili şüphe olduğunda radyografik tanımlama yapılması önerilmektedir [29]. Yetişkin bir erkek için ETT ün ortalama boyutu 8 .0 yetişkin bir kadın için ise 7.0 olduğu bildirilmiştir [1, 3, 28]. Endotrakeal entübasyon hayat kurtarıcı uygulama olmasına rağmen komplikasyonsuz değildir. Endotrakeal entübasyon uygulaması ile; öksürük refleksi engellenir, mukosilyer klirens bozulur, trakeal epitel yüzeyinde hasar oluşur, bakterilerin

üst solunum yollarından alt solunum yollarına hızlı erişimi için doğrudan yol oluşturur ve ETT yüzeyinde biyofilm oluşumuna zemin hazırlanır. Bu faktörlerin birleşimi, mekanik olarak ventile edilen hastalarda Ventilatörle İlişkili Pnömoni (VİP) gelişme riskini arttırır. VİP halen önemli bir endişe kaynağıdır ve ETT'nin kendisinin VİP 'in gelişmesinden sorumlu birincil ajan olduğu düşünülmektedir [2]. Bu durumu önlemek adına birçok önleyici stratejiler geliştirilmiştir. Bu stratejiler subglottik sekresyonların aspirasyonu veya endotrakeal tüp üzerinde biyofilm oluşumu yoluyla bakterilerin girişine izin vermeyen uygulamalar üzerine temellendirilmiştir; kaff içi basıncın kontrolü, subglottik sekresyonların aspirasyonu, subglottik alanın dekontaminasyonu, ETT biyofilm oluşumunun ortadan kaldırılması veya önlenmesi olarak söylenebilir [1].

Endotrakeal Aspirasyon ve sınıflandırılması

Endotrakeal aspirasyon endotrakeal tüp içinden kateter aracılığıyla negatif basınçla hava yolunda biriken sekresyonların alınması için uygulanan invaziv bir girişimdir [3]. Endotrakeal aspirasyon, hava yolu yönetiminin önemli bir bileşenidir ve hava yolu açıklığını sağlamakla görevli klinisyenler için temel bir beceridir. Endotrakeal aspirasyon hem küratif (sekresyonları solunum yolundan uzaklaştırmak) hem de tanısal (trakeal aspirat kültür örneği) amaçlı yapılabilmektedir [5]. Endotrakeal aspirasyon; yöntem ve aspirasyon derinliğine göre sınıflandırılır. Yöntem seçimine dayanan endotrakeal aspirasyon açık ve kapalı yöntem [7], derinliğine göre de yüzeysel ve derin aspirasyon olarak ayrılmaktadır [8].

Açık endotrakeal aspirasyon; bu yöntemde tek kullanımlık steril kateter hazırlandıktan sonra hasta mekanik ventilasyon devresinden ayrılır. Hazırlanan steril kateter ETT'nin içerisinde manüel olarak ilerletilir negatif basınç açılarak hava yolundaki sekresyonlar aspire edilir. İşlem bittikten sonra hasta mekanik ventilatöre tekrar

bağlanır ve kullanılan kateter tıbbi atık kutusuna atılır. Bu yöntem kliniklerde yaygın kullanılan yöntemdir [9].

Kapalı sistem endotrakeal aspirasyon; koruyucu kılıf sayesinde dış ortamdaki tecrit edilen, tekrarlı kullanıma uygun olan ve mekanik ventilatörün bir parçası olan kateter ile yapılır. İşlem sırasında kateterin valf kısmı kapatılır ve kateter tüp içerisinde ilerletilir. Daha sonra solunum yolundaki sekresyonlar aspire edilir ve yavaşça kateter geri çekilir. Belli bir süre (firmaya göre değişmekle birlikte 24-48 saat süre) çoklu kullanıma uygun olan bu yöntem açık sistem endotrakeal aspirasyon yöntemine göre maliyeti daha yüksektir [10].

Yüzeysel aspirasyon; endotrakeal aspirasyon kateterinin sadece ETT boyunca ilerletilmesi ve kateterin tüp sonuna geldiğinde negatif basınç uygulayarak tüp içerisindeki sekresyonların aspire edilmesi işlemidir.

Derin aspirasyon; endotrakeal aspirasyon kateterinin tüp içerisinde bir dirençle karşılaşana kadar ilerletilmesi (karınaya kadar) dirençle karşılaştıktan sonra bir santimetre geri çekilip negatif basınç uygulayarak sekresyonların aspire edilmesi işlemidir. Yüzeysel ve derin endotrakeal aspirasyon her iki yöntemde (açık ve kapalı yöntem) uygulanabilir [7].

Endotrakeal aspirasyonun komplikasyonları

Ağrı; endotrakeal aspirasyon ağrı veren bir uygulamadır ki nitekim çalışmalar da bunu doğrulamaktadır [11, 12]. Hastalar yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonra endotrakeal aspirasyonun en rahatsız edici ve acı verici işlemlerden biri olduğunu bildirmişlerdir [13]. Endotrakeal aspirasyon sırasında hastanın yüzünü buruşturması, sağlık profesyonellerin elini tutma çabası, başını sağ sola çevirmesi gibi durumlar endotrakeal aspirasyonun rahatsızlık ve ağrı verici bir uygulama olduğunun göstergelerindedir. Bu ağrıyı kontrol etmeye

yönelik çalışmalar literatüre kazandırılmıştır [12, 14].

Solunum komplikasyonları; hipoksemi/hipoksi, atelektazi, bronkospazm, solunum arresti solunum komplikasyonları içerisinde yer almaktadır. Endotrakeal aspirasyon işlemi sırasında uygulanan negatif basınç, solunum yolundan sekresyonla birlikte oksijen oranı yüksek havanın da çekilmesine neden olur. Oksijen azlığı; hipoksemi, atelektazi, fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalmasına neden olabilir. Pulmoner komplikasyonları artıran faktörleri aspirasyon işleminin çok geniş bir kateterle yapılması, işlem öncesi ve sonrası yeterli oksijen verilmemesi, uygulanan negatif basıncın yüksek olması, işlemin on beş saniyeden daha uzun sürmesi, bir aspirasyon seansında üçten fazla aspirasyon işleminin yapılması ve iki aspirasyon seansı arasında yeterince dinlenme aralığı (20-30 saniye) verilmemesi şeklinde sıralayabiliriz [23, 30, 31].

Trakeobronşial travma; aspirasyon kateterinin endotrakeal tüp içerisinde ilerletirken engelle karşılaşılmasına rağmen zorlanması ve aspirasyon seansı süresince negatif basıncın sürekli açık bırakılması (Aspirasyon derinliğine göre hedeflenen bölgeye gelindiğinde negatif basınç açılmalı), sürekli ve yüksek negatif basınç kateter ucunun trakeal mukozaya yapışmasına ve siliyar hücre hasarına yol açmaktadır. Hastaların aspirasyon ihtiyacını sorgulanmadan rutin ve sık aralıklarla endotrakeal aspirasyon uygulanması, uygulanan negatif basıncın yüksek olması, kateterin çapının büyük olması (kateterin çapı sekresyonları alabilecek büyüklükte en küçük çaptaki kateter tercih edilmeli), tüp içerisinde kateteri ileri geri hareket ettirmek, aspirasyon seansında üçten fazla aspirasyon uygulaması yapmak trakea dokusunda kanamaya, tahrişe ve travmaya neden olabilir [32].

Enfeksiyon; endotrakeal entübasyon ve aspirasyon uygulanan hastalar, solunum yolu enfeksiyonlarına yatkındırlar. Çünkü normal solunumda solunan havanın burun tarafından ısıtılır, nemlendirilir ve filtre edilir. Bu mekanizma akciğerlere enfeksiyon taşınmasını engeller. Ancak entübe edilerek mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda hava doğrudan trakea ve bronşlara geçtiği için akciğerleri enfeksiyona açık hale getirebilir bu da enfeksiyona yatkınlığı artırabilmektedir. Çünkü nemlendirilmemiş ve/veya az nemlendirilmiş hava, solunum sistemi mukozasının kurummasına ve enfeksiyon gelişmesine neden olur. Ayrıca aspirasyon işleminin invaziv bir uygulama olması, hastaların genel durumunun bozuk olması, bazı ilaçların (immünosupresif) kullanılması, aspirasyon işlemi sırasında mukoz membranların zarar görmesi gibi bazı faktörler de enfeksiyona zemin hazırlar [15, 16].

Nörolojik komplikasyonlar; aspirasyon esnasında ETT'nin ve aspirasyon kateterinin tüp içerisindeki mekanik hareketi vagal stimülasyona neden olarak öksürük refleksini uyarmaktadır. Öksürük valsava (ıkınma) manevrasına neden olmakta, intratorasik ve intraabdominal basıncı arttırmaktadır. Bu durumun intrakranial basınçta artış ve serebral perfüzyon basıncında azalma ile sonuçlandığı belirtilmektedir [17, 18]. Ayrıca aspirasyonun sempatik sinir sistemini uyarması ile de kalp hızı ve kan basıncında artabilir [7].

Endotrakeal aspirasyon gereksinim belirtileri

Mekanik ventilatörde takip edilen hastaların izlemleri sırasında ventilatör devresinde yoğunlaşma, solunum paterninde bozulma (volüm kontrollü mekanik ventilasyon esnasında artmış inspirasyon tepe basıncı veya basınç kontrollü ventilasyon esnasında azalmış tidal volüm varlığı) akış süresi dalga formunda ve akış/hacim döngüsünde testere dişi görünümü, solunum

devresine görünür sekresyon olması, takipne, oskültasyonda solunum seslerinde kabalaşma, taşikardi ve hipertansiyon, ilerleyen sürede bradikardi ve hipotansiyon, hastada huzursuz/ajitasyon, terleme, oksijen saturasyonunda düşme, kan gazı değerlerinin bozulması gibi durumlar hava yolu tıkanıklığının göstergelerindedir. Bu bulguların varlığı dikkatle takip edilmeli ve hasta endotrakeal aspirasyon ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir. Bu durumların bir ya da birkaçının bir arada bulunmasında endotrakeal aspirasyon uygulanabilir [19, 20, 17, 21]. Endotrakeal aspirasyon kanıta dayalı uygulamalar ışığında güvenli bir şekilde gerçekleştirilirse sağlık bakım ilişkili enfeksiyon, sekresyonların birikmesi, hipoksi, travma, kanama, bradikardi/taşikardi gibi komplikasyonlar önlenir [5, 4]. Nitekim endotrakeal aspirasyona yönelik kanıta dayalı uygulamaları vurgulayan çalışmalar komplikasyonları azalttığına/önlediğine dair bildirimlerini literatüre kazandırılmışlardır [26, 27, 13].

Literatür doğrultusunda yetişkinlere yönelik kanıt temelli açık sistem endotrakeal aspirasyon önerileri oluşturulması amacıyla 2014- 2023 tarihleri arasında yayımlanan rehberler dört bilimsel elektronik veri tabanı Medline® (US National Library of Medicine®, Bethesda, MD), The COCHRANE Library (The Cochrane Collaboration), Pubmed ve Google Scholar veri tabanları kullanılarak taranmıştır. Literatür taramak için “endotrakeal aspirasyon, endotrakeal aspirasyon ve rehberler, endotrakeal, kanıta dayalı endotrakeal aspirasyon, yetişkin endotrakeal aspirasyon, endotracheal suction, endotracheal suction and guidelines, evidence-based endotracheal suction, adult endotracheal suction” terimler ile tarama yapılmıştır. Taramalar sonucunda 4 rehber [6, 21, 22, 24,] 3 sistematik derlemeye [18, 33, 34] ulaşılmıştır. Bu

rehberler ve sistematik derlemelerin incelenmesi sonucunda aşağıda sunulan önerilere ulaşılmıştır.

- Teorik olarak açık aspirasyon sırasında hastaya çevresel kontaminasyon ve eksojen kolonizasyon riski vardır. Bu nedenle aspirasyon işlemi öncesi en önemlisi ve zorunlu basamak el hijyenidir.
- Aspirasyonda yetişkinler için 150 mm Hg'den yüksek olmayan ve ancak salgıları etkili bir şekilde gideren en düşük negatif basınç seviyesi her zaman tercih edilmelidir.
- Öksürüğü tetiklemek ve yoğunlaşmış salgıları nemlendirmek için aspirasyondan önce endotrakeal tüpe 2 ila 5 ml'lik salin bonusların kullanılması tartışmalı bir konudur. Salin damlatılması iki büyük soruna neden olmaktadır. İlk sorun, oksijen desatürasyonu, taşikardi, dispne ve anksiyete gibi ciddi olumsuz etkilere neden olmasıdır. İkinci sorun ise endotrakeal tüp içinde bakteriyel biyofilmin varlığında mikroorganizmaların salin damlatılmasıyla akciğere taşınmasına neden olmasıdır. Potansiyel yan etki nedeniyle rutin salin damlatılması önerilemez, bunun yerine mukusu nemlendirici girişimlerde bulunmak daha doğru bir uygulamadır.
- Endotrakeal aspirasyon işlemi maksimum 15 saniyeyi geçmemelidir.
- Derin aspirasyon, yalnızca yüzeysel aspirasyonun etkisiz olduğu durumlarda tercih edilmelidir.
- Yetişkin hastaların yapay solunum yollarından salgıların güvenli ve etkili bir şekilde uzaklaştırılması için hem kapalı hem de açık aspirasyon sistemleri kullanılabilir.
- İşlem boyunca satürasyon, arteriyel kan basıncı, elektrokardiyografi, kafa içi basınç, nabız gibi hemodinamik stabiliteyi gösteren parametreler izlenmelidir.
- Gereksiz müdahale riskini en aza indirmek için aspirasyonun rutin olarak değil gereksinimler ortaya çıktığında yapılmalıdır.

- Endotrakeal aspirasyon sırasında hipoksemi, özellikle ciddi akciğer hastalığı olan yetişkinlerde oldukça yaygın görülen durumdur. Kapalı veya açık sistem endotrakeal aspirasyondan önce hipoksemiye önlemek için preoksijenizasyon tavsiye edilir. Hastada aspirasyonla oksijen satürasyonunda özellikle klinik olarak önemli bir düşüş olduğu durumlarda, oksijen satürasyonundaki azalmayı önlemek için aspirasyon işleminden önce ve sonra en az 30 saniye süreyle %100 oksijen ile preoksijenasyon önerilir.
- Kapalı veya açık endotrakeal aspirasyon yöntemi, yapay bir hava yolu ile yetişkin hastadan sekresyonların uzaklaştırılması için güvenli ve etkili bir şekilde kullanılabilir. Bu yöntemlerin (açık ve kapalı endotrakeal aspirasyon) birbirlerine üstünlüğünü gösteren kanıt olmadığından özellikle tavsiye edilen aspirasyon sistemi yoktur.
- Sekresyon uzaklaştırılması için bronkoskopinin rutin kullanımının önerilmemiştir.
- Açık sistem endotrakeal aspirasyon prosedürünü gerçekleştirirken klinisyen hem hastayı hem de kendisini patojenlerden koruyan bir ortam sağlamalıdır. Bununla birlikte, prosedürün görsel olarak bariz kontaminasyon içermeyen temiz bir prosedür mü yoksa bakteri veya mikroorganizma içermeyen steril bir prosedür mü olması gerektiği konusunda sorular ortaya çıkmaktadır. Bazı klinisyenler, açık sistem endotrakeal kateterinin steril olmayan bir alandan geçeceği ve kateterin daha sonraki geçişlerinin artık steril olmayacağı için sterilitenin önemsiz olduğunu ileri sürmektedir. Bu bağlamda temiz ve steril açık endotrakeal aspirasyon prosedürünün hasta sonuçlarına odaklanan hiçbir çalışma bulunamamıştır. Çünkü yapay hava yolu aspirasyonu için temiz ve steril teknik arasındaki klinik açıdan araştırmak etik dışıdır.

ve steril olmayan bir ortamın zarar verme potansiyeli belirgin bir olasılıktır. Ancak Sağlık Hizmetleriyle ilişkili pnömoniyi önleme Kılavuzu trakeal aspirasyonun çapraz kontaminasyon olasılığını artırdığını ve çapraz kontaminasyon riskinin steril teknik kullanılarak azaltılabileceğini bildirmiştir. Bununla beraber hastane kaynaklı pnömoniyi önlemek için aspirasyon her zaman steril bir prosedür olarak gerçekleştirilmeli denilerek steril tekniği kesin bir dille öneren yayınlara da ulaşmak mümkündür.

- Aspirasyon kateterleri sekresyonun uzaklaştırılmasını sağlayacak, mümkün olan en küçük çapta seçilmelidir.
- Endotrakeal aspirasyon öncesinde, sırasında veya sonrasında hiperventilasyon/ hiperoksjenasyon sağlanacaksa balon valf maske yerine mekanik ventilatör kullanılmalıdır.
- Bir endotrakeal aspirasyon seansında ardı ardına üçten fazla aspirasyon yapılmamalıdır.
- İki endotrakeal aspirasyon işlemi arasında hastanın 20-30 saniye dinlenmesinin sağlanmalıdır [6, 21, 22, 24, 18, 33, 34].

Kritik hastaların bakım ve tedavi sürecini en etkili ve başarılı bir şekilde yürütülmesi, nitelikli ve multidisipliner ekip iş birliğine bağlı olduğu bilinmektedir. Eğitimli, deneyimli ve nitelikli yoğun bakım hemşireleri kritik karar verici rolü sayesinde bu ekibin vazgeçilmez üyesi olduğu aşikardır [35]. 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde “yoğun bakım hemşiresi; *aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postüral drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir*” maddesi ile endotrakeal aspirasyon uygulamasının hemşirenin sorumluluğunda olduğu belirtilmiştir [25]. Bu bakımdan endotrakeal aspirasyon; kanıta dayalı uygulamalar ışığında gerçekleştirildiği takdirde

güvenli ve kaliteli hemşirelik bakımı sağlanacağından yoğun bakım hemşirelerine mesleki yeteneklerini, mevcut uygulamalarını değerlendirmek ve geliştirmek için eğitim müdahaleleri, klinik kılavuzlar ile yeterli destek sağlanması, düzenli denetim ve geri bildirim verilmesinin faydalı olacağını söyleyebiliriz.

Bilgi Notu: Yazarların kurumsal ve kişisel çıkar çatışmaları bulunmamaktadır. Bu araştırma için, kamu, ticari veya kâr amacı gütmeyen sektörlerdeki finansman kuruluşlarından belirli bir destek alınmamıştır. Yazarların ORCID numaraları: Tülay Çıkrık 0000-0002-5818-0548, Zehra Göçmen Baykara 0000-0002-9076-6653, Çiğdem Özgün 0000-0002-1856-6710

KAYNAKLAR

- [1] Ahmed RA, Boyer TJ. Endotracheal Tube. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539747/>
- [2] Haas, C. F., Eakin, R. M., Konkle, M. A., & Blank, R. (2014). Endotracheal tubes: old and new. *Respiratory care*, 59(6), 933–955. <https://doi.org/10.4187/respcare.02868>
- [3] Salem M. R. (2001). Verification of endotracheal tube position. *Anesthesiology clinics of North America*, 19(4), 813–839. [https://doi.org/10.1016/s0889-8537\(01\)80012-2](https://doi.org/10.1016/s0889-8537(01)80012-2)
- [4] Elbokhary, R., Osoma, A., Al-Khader, M. (2015). Knowledge and practice of ICU nurses regarding endotracheal suctioning for mechanically ventilated patients in Khartoum teaching hospital. *Am J Clin Neurol Neurosurg*, 1(2), 92–98.
- [5] Sinha V, Semien G, Fitzgerald BM. Surgical Airway Suctioning. [Updated 2023 Feb 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.

- Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448077/>
- [6] Blakeman, T. C., Scott, J. B., Yoder, M. A., Capellari, E., Strickland, S. L. (2022). AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respiratory care*, 67(2), 258-271. <https://doi.org/10.4187/respcare.09548>
- [7] AARC Clinical Practice Guidelines. (2010). Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*, 55(6), 758-764.
- [8] Abbasinia, M., Irajpour, A., Babaii, A., Shamali, M., Vahdatnezhad, J. (2014). Comparison the effects of shallow and deep endotracheal tube suctioning on respiratory rate, arterial blood oxygen saturation and number of suctioning in patients hospitalized in the intensive care unit: a randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 3(3), 157-164.
- [9] Özden, D, Görgülü, R.S. (2015). Effects of open and closed suction systems on the haemodynamic parameters in cardiac surgery patients. *Nursing in critical care*, 20(3), 118-125
- [10] Afshari, A., Safari, M., Oshvandi, K., Soltanian, A.R. (2014). The effect of the open and closed system suction on cardiopulmonary parameters: time and costs in patients under mechanical ventilation. *Nursing and midwifery studies*, 3 (2), e14097.
- [11] Demir, Y., 2012. Yoğun bakım ünitesinde ağrı deneyimi ve ağrının değerlendirilmesi: literatür incelemesi. *Düzce üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü dergisi*, 2(1), ss. 24-30.
- [12] [Yaman Aktaş, Y. & Karabulut, N. (2014). Mekanik Ventilasyonlu Hastada Ağrı Değerlendirmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (4), 1132-1146. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/23831/253870>
- [13] Bassi G. (2013). Chapter 52. airway secretions and suctioning. Tobin M.J.(Ed.), Principles and Practice of Mechanical Ventilation, 3e. McGraw Hill. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=520§ionid=41692299>
- [14] Özşaban, A., Üzen Cura, Ş., Yılmaz Coşkun, E., & Kibar, D. (2023). Investigation of pain associated with endotracheal aspiration and affecting factors in an intensive care setting: A prospective observational study. *Australian Critical Care : Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*, 36(5), 687-694. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.11.010>
- [15] Day, T., Farnell, S., Wilson-Barnett, J. (2002). Suctioning: a review of current research recommendations. *Intensive & Critical Care Nursing*, 18(2), 79-89. [https://doi.org/10.1016/s0964-3397\(02\)00004-6](https://doi.org/10.1016/s0964-3397(02)00004-6)
- [16] Sevinç, S. (1997). *Hemşirelerin trakeal aspirasyona karar verme durumları, uygulama biçimleri ve bunu etkileyen faktörler*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [17] Altun Uğraş, G. (2011). *Açık ve Kapalı Endotrakeal Aspirasyonunun İntrakraniyal Basınç ve Serebral Perfüzyon Basıncı Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [18] Galbiati G, Paola C. Effects of open and closed endotracheal suctioning on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in adult patients with severe brain injury: a literature review. *Journal of Neuroscience Nursing* 2015, 47(4), 239-246.
- [19] Guglielminotti, J., Alzieu, M., Maury, E., Guidet, B., & Offenstadt, G. (2000). Bedside detection of retained tracheobronchial secretions in patients receiving mechanical

- ventilation: is it time for tracheal suctioning? *Chest*, 118(4), 1095–1099. <https://doi.org/10.1378/chest.118.4.1095>
- [20] Trevisanuto, D., Doglioni, N., & Zanardo, V. (2009). The management of endotracheal tubes and nasal cannulae: the role of nurses. Early human development, 85(10 Suppl), S85–S87. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2009.08.024>
- [21] [ACI Suctioning an Adult ICU Patient with an Artificial Airway: A Clinical Practice Guideline, 2014 <https://vdocuments.net/suctioning-an-adult-icu-patient-with-an-artificial-airway-a-clinical.html?page=13>
- [22] Suctioning: Artificial Airway During Mechanical Ventilation (Respiratory Therapy) <https://elsevier.health/en-US/preview/suctioning-artificial-airway> (Erişim tarihi 08.08.2023)
- [23] Pedersen, C. M., Rosendahl-Nielsen, M., Hjerminde, J., Egerod, I. (2009). Endotracheal suctioning of the adult intubated patient-what is the evidence? *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(1), 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.05.004>
- [24] Hu, J., Yu, L., Jiang, L., Yuan, W., Bian, W., Yang, Y., & Ruan, H. (2019). Developing a Guideline for Endotracheal Suctioning of Adults With Artificial Airways in the Perianesthesia Setting in China. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(1), 160–168.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.03.005>
- [25] Yönetmelikler, <https://www.thder.org.tr/uploads/hukuk/yonetmelikler/27910.pdf> (Erişim tarihi 08.10.2023)
- [26] Kargar M, Shirazi ZH, Edraki M, Pishva N, Ghaem H, Chohedri AH. (2008). The effects of ETT suction education on the knowledge and performance of intensive care nurses. *Anaesth, Pain & Intensive Care*, 12(1), 5-10.
- [27] Day T, Iles N, Griffiths P. (2009). Effect of performance feedback on tracheal suctioning knowledge and skills: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1423–1431.
- [28] Chung M., Berger, J. (2018). Hava Yolu Yönetimi/Zor Hava Yolu. I. Özkoçak Turan & V. Hancı (Çev. Ed.), *Yoğun bakım* içinde. Ankara: Akademisyen Kitapevi, 203-217.
- [29] Ülger F., Dilek A. (2008). Yoğun Bakımda Hava Yolu Güçlüğü ve Komplikasyonları. H. Şahinoğlu (Ed.), *Yoğun Bakım Komplikasyonları* içinde. Samsun: Nobel Tıp Kitapevleri, 1-28.
- [30] Turan S, Ayık İ, Yamak B, Yavuz S, Bektaş Ş, Yağar S, Erdemli Ö. Endotrakeal aspirasyona bağlı olarak gelişen trakeal yaralanma. *Türk Anesteziyoloji Reanimasyon Derneği Dergisi* 2012, 40(1), 40-46.
- [31] AARC Clinical Practice Guidelines. (2010). Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*, 55(6), 758-764.
- [32] Atıç, E. ve Demir, G. (2019). Trakea Lümenini Tamamen Tıkayan Dev Sekresyon. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 2 (3), 117-121.
- [33] Pinto, H.J., D'silva, F., Sanil, T.S. (2020). Knowledge and practices of endotracheal suctioning amongst nursing professionals: a systematic review. *Indian J Crit Care Med*, 24(1), 23-32.
- [34] Kuriyama, A., Umakoshi, N., Fujinaga, J., & Takada, T. (2015). Impact of closed versus open tracheal suctioning systems for mechanically ventilated adults: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*, 41(3), 402–411. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3565-4>
- [35] Kıraner, E., Terzi, B., (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yoğun Bakım Hemşireliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, vol.24, no. EK-1, 83-88

Sağlık Hizmetlerinde Şiddet “İşin Bir Parçası Değildir”

Sebla AK

(1) Okan Üniversitesi, Sağlık Enstitüsü, Sağlık Yönetimi, İstanbul, Türkiye.

(2) Universidad Empresarial de Costa Rica (UNEM), Political Science, PhD, San José, Costa Rica.;

Sorumlu yazar: Ak,Sebla; sebla.ak@gmail.com

Makale Gönderim: 3 Aralık 2023 Makale Kabul: 31 Aralık 2023 Makale Yayım: 31 Aralık 2023

ÖZ

Şiddet olgusu, tüm kültürlerin yaşamında yer alan, bütün toplumsal meslekleri, yaş ve soy kategorilerini etkileyen, günümüzün en kontrol dışı sosyo olgularından biri olarak öngörülmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin önemli bir sorunu olan, sağlık profesyonellerine ve çalışanlarına, doktorlarına yönelik hasta ve yakınları tarafından maruz kalınan sözel ve fiziksel olgulara dikkat çekilmesi, bu olguların sebeplerinin araştırılması ve oluşan şiddeti önlemeye yönelik önerilerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Konu ülkemizde bugüne kadar yaşanan sağlık çalışanlarına, sağlık profesyonellerine, doktorlara yönelik şiddet olaylarına ilişkin çalışmalar, Türk Tabipler Birliği (TTB), T.C. Sağlık Bakanlığı (SB), sağlık çalışanlarının üyesi olduğu sendikalar ve diğer sağlık meslek örgütlerinin bu alandaki çalışmaları, raporları gerçekleşen sempozyum, paneller, televizyon, gazete, röportaj, haberler, makaleler, tezler, yönetmelikler, ve kanunlar ele alınarak hazırlanmıştır. Tüm bu etkenler göz önünde bulundurularak doktorların sağlık profesyonellerinin ve çalışanlarının şiddete maruz kalma süreçleri ciddiyle ele alınmalı ve sağlık kurumlarında meydana gelen şiddet olgularını önlemeye yönelik, hem akademik düzeyde hemde sağlık politikaları bakımından stratejiler geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetlerinde Şiddet, Sağlık Çalışanlarına Şiddet, Şiddet ve Sağlık,

Violence in Healthcare is “NOT PART OF THE JOB”

ABSTRACT

The phenomenon of violence is envisaged as one of the most uncontrolled socio-phenomenon of today, taking part in the life of all cultures and affecting all social professions, age and lineage categories. It is an important problem of health services in Turkey and it is a serious problem for health professionals, employees, doctors, patients and their relatives. It is aimed to draw attention to the verbal and physical phenomena we are exposed to, to investigate the causes of these phenomena and to put forward suggestions to prevent the violence that occurs. The subject is studies on the incidents of violence against healthcare workers, healthcare professionals and doctors that have occurred in our country so far, Turkish Medical Association (TTB), T.R. The studies and reports of the Ministry of Health (MOH), the unions of which healthcare workers are members, and other healthcare professional organizations in this field have been prepared by considering the symposiums, panels, television, newspapers, interviews, news, articles, theses, regulations, and laws. All these factors are taken into consideration. Taking into account the processes of doctors, health professionals and employees being exposed to violence should be taken seriously and strategies should be developed both at the academic level and in terms of health policies to prevent cases of violence occurring in health institutions.

Keywords: Violence in Health Violence Against Healthcare Worker, Violence and Health,

1. Giriş

Şiddet, son zamanlarda pek çok sektörde olduğu gibi sağlık kurumları ve hastanelerde de halkın huzurunu tehdit eden ciddi bir hak sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu durum hastanelerde sağlık hizmeti veren doktor, sağlık profesyoneli ve sağlık çalışanının yanı sıra hasta ve yakınları içinde ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Türkiye’de sağlık profesyonelleri ve çalışanlarına ait şiddet olayları uzun süredir fenomen olmamasına rağmen toplumdaki değişmelerin bir yansıması olarak görülme sıklığında artış olduğu görülmektedir. Bu makalede, ülkemizin sağlık alanının da önemli bir sorunu olan sağlık çalışanlarına ve sağlık profesyonellerine, doktorlara karşı, hasta ve yakınlarının uyguladığı sözlü ve fiziksel şiddet olgusuna dikkat çekilmesi ve bu durumların sebeplerinin incelenmesi ve sağlık alanındaki şiddet durumlarını engellemeye yönelik çözümlerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Konu ülkemizde bugüne kadar yaşanan sağlık çalışanlarına, sağlık profesyonellerine, doktorlara yönelik şiddet olaylarına ilişkin çalışmalar, Türk Tabipler Birliği (TTB), T.C. Sağlık Bakanlığı (SB), sağlık çalışanlarının üyesi olduğu sendikalar ve diğer sağlık meslek örgütlerinin bu alandaki çalışmaları, raporları gerçekleşen sempozyum, paneller, televizyon, gazete, röportaj, haberler, makaleler, tezler, yönetmelikler, ve kanunlar ele alınarak hazırlanmıştır.

2.Şiddet Kavramı

Şiddet, çağımızın en büyük toplumsal sorunlarından biridir. Böylece, şiddeti tanımlayarak, ortaya çıkışını anlamaya çalışmak ve getirdiği sonuçlara çözüm bulmakta toplumsal bir ihtiyaçtır [1]. Şiddetin tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Günümüzde de fenomen olan şiddetin gelecekte giderek daha da önem kazanacağı ve anlaşılması gereken bir kavram olduğu değişmez bir gerçektir. Şiddet denilince akla ilk gelen “zor kullanmak, zorla bir işi yaptırmak, zarar vermek, birini istemsiz bir adım atmaya zorlamak” gibi yalın tanımlar yer almaktadır. Keline anlamlarına bakıldığında şiddetin dilden dile ve kültürden kültüre değiştiği görülmektedir [1]. Günlük

yaşamda şiddet denilince akla ilk gelen eylemler kavga etmek yada saldırmak olmaktadır. Halbuki halk içerisinde şiddetin pek çok türüne rastlamak mümkün: küfü, davranış, fiziksel güç kullanmak, cinsel yada çıkar baskısı toplumlarda en yaygın kullanılan şiddet türleridir [1]. Şiddet kelimesi dilimize Arapçadan girmiştir. Türk Dil Kurumu (TDK) şiddetin anlamını şu şekilde açıklamıştır: “Bir eylemin, bir gücün derecesi, yeğlilik, kesinlik, hız bir eylemden meydana gelen güç, farklı görüşe sahip alanlara karşı kaba kuvvet kullanmak, sert güç, duyguda ve eylemlerde abartılık”. İngilizce’de şiddet anlamında tercih edilip kullanılan *violence* kelimesi, “incitmek amacıyla fiziksel güç kullanarak zarar verme yada öldürme, ırza tecavüz, zorlama” anlamlarını ifade etmektedir. Eski Yunanca’da *bia* kelimesi şiddet anlamında kullanılmaktadır. Platon kanunlarda şiddet içeren olaylardan bahsederek *bia* kelimesini kullanmaktadır. Şiddetin Yunanca karşılığı da kök olarak güç ve ihlal anlamlarının olduğu görülmektedir [2].

Kelimelere yüklenen anlamlarına bakıldığında dilimize daha çok güç ve sertlik içeren eylemler şiddet kapsamına girmektedir. Şiddetin etimolojik incelemesi sonucunda kelimenin hemen hemen her dilde “zorlama, güç, ihlal etmek” gibi anlamlara sahip olduğu görülmektedir [2]. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), sağlık çalışanlarına karşı şiddetin bilhassa gelişmekte olan geçiş dönemindeki ve sanayileşmiş ülkeler de mevcut bir sorun olduğunu tanımlamıştır [3]. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık çalışanlarına karşı şiddetin temelini ekolojik model ile açıklamaktadır. WHO, dünya çapında ölüm, eksiklik, hastalık ve diğer sağlık, sosyal problemlere neden olan şiddet: “Kişinin kendisine, başka bir bireye, bir topluluğa yada takıma yönelik olarak, ölüm cerh, psikolojik zarar verme, gelişim bozukluğuna sebep olacak şekilde fiziksel baskı, zorlama, güç veya baskı kullanımının uygulanması ya da tehditti” olarak açıklamıştır [4].

3. Şiddetin Kategorileştirilmesi

Şiddet kavramını kategorize etmek istediğimizde

çok yönlü olması nedeniyle kaynaklarda farklı sınıflandırmalarla karşılaşmak mümkündür. Şiddeti, hareketin türüne yada etkilediği taraflara ve davranışı doğuran nedenlere göre kategorize edilebilmektedir. Kaynaklarda en yaygın kategoriye göre şiddet, fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik olmak üzere beş gruba ayrılmaktadır.

- **Fiziksel Şiddet:** İnsanların vücuduna yönelik olan ve yine insanların vücutsal olarak hasar görmesine neden olan şiddettir. Bu diğer kişinin incinmesine, yaralanmasına veya öldürülmesine neden olan bilinçli bir davranış yada davranışlardır [1]. Fiziksel şiddet; Tekme- tokat atmak, dövmek, elleri ve kolları bükmek, yumruk atmak, saç çekmek, yüzüne tükürmek, ısırarak, kafasını sert bir yere vurmaya, kesici ve delici alet kullanmak, yakmak ve ateşli silah kullanmak olarak yer almaktadır [1].
- **Psikolojik Şiddet:** Karşısındaki kişiye yönelik sistemli bir şekilde yapılan, kişinin kişiliğini, psikolojik ve sosyal gelişimini, manevi bütünlüğünü etkileyen olumsuz yargılar, atıflar veya sözlü davranışlardır. En önemli özelliği ise sürekliliği ve tekrarlanmasıdır [5]. Ayrıca insanların fiziksel veya kişilik özelliklerini kullanarak, üzerlerinde baskı kurarak veya duygularını kullanarak istemedik davranışlara zorlamasıdır [1].
- **Cinsel Şiddet:** Bir kişinin kendi cinsel ihtiyaçlarını veya arzularını tatmin etmek için başka bir kişinin cinsel bir nesne olarak kullanılması veya kullanılmasına tolerans göstermesidir [5].
- **Ekonomik Şiddet:** Ekonomik gücün kullanılarak insanların yaşamlarını idame ettirebilecek olan maddi gücün elinden alınmasıdır [5]. Ekonomik fırsatların kısıtlanması, eşit işe eşit ücret ödenmemesi, kadın ve erkek işleri ayrımının yapılması, terfi yollarının kadınlara kapalı olması, torpil kanallarının çalışması, sigortasız işçi çalıştırma gibi davranışlar bu kategoriye örnek olarak verilebilir.

- **Sözel Şiddet:** Bireyi küçük düşüren, aşağılayan yada haysiyetine ve erdemine saygı gösterilmediği ibarelerin bütünüdür. Küfür, gücendirmek, aşağılamak, kötölemek, taşlamak, sözel şiddet içerir [5].

4. Sağlık Sektöründe Şiddet Kavramı

Türkiye’de ve Dünya’da sağlıkta şiddet olayları, önemi her geçen gün artan ve büyük toplumsal sorunlara yol açan bir konudur. Şiddet, toplumda ve işyerlerinde bir halk sağlığı sorunu olmakla beraber gerçekleşme sıklığı giderek fazlalaşmaktadır. Sağlık kurumlarında şiddet hasta ve yakınları ve diğer bireyler tarafından gerçekleşen, sağlık profesyonelleri, çalışanları için risk ve tehdit oluşturan, sözel, ekonomik, fiziksel ve cinsel saldırılardan oluşan süreç olarak tanımlanmaktadır [6]. Sağlık kurumları, öncelikli olarak çevresel etkenlerin etkisiyle şiddet olaylarının en çok gerçekleştiği işyerleri arasında yer almaktadır. Akıl hastaları, ilaç bağımlıları ve suçlular gibi şiddete meyilli kişilere sağlık hizmeti vermek zorunda olmak en büyük risk faktörüdür [1]. Çünkü bu kişilerin yeterince kontrol altında olmaması veya kontrol etme güçlüğü hem sağlık yöneticileri için hem de hizmeti sağlayan sağlık çalışanı üstünde büyük bir baskı oluşturmaktadır [1]. İşin ve işyerinin özelliklerine bağlı olumsuzluklar nedeniyle sağlık kurumları, personellerinin bir takım psikolojik ve fizyolojik tahribatlara yol açmakta bu da şiddete uygun bir zemin oluşturmaktadır

Sağlık kurumlarında uygulanan işlerde, süreçlerde ve bütün uygulamalarda insan hayatının ön safha da olması, personellerde fiziksel ve ruhsal yıkımlara neden olabilmekte bu durumda şiddeti tetiklemektedir [1]. Bu duruma ek olarak sağlık kurumlarında öncelik işin sürekliliğinin sağlanmasıdır. İşin sürekliliğini sağlayacak yeterli miktarda sağlık çalışanlarının olmaması, hastalık için hizmet alma süresinin uzaması, aldığı hizmetten memnun olmaması şiddete maruz kalma tehdidini arttırmaktadır [1]. Şiddet,

toplumda ve işyerlerinde bir halk sorunudur ve görülme sıklığı giderek artmaktadır. Hastaneler sağlık profesyonelleri, doktorlar, çalışanlar için belki de riskli ve tehlikeli bir ortama dönüşmektedir. Bütün bunlar yaşanırken sağlık profesyonelleri, çalışanlar, doktorlar hastanede kendini güvende hissetmemektedir. Türkiye’de sağlık sektöründe son dönemlerde yaşanan hızlı dönüşüm programları, hukuki uygulamalardaki yetersizlikler, kişisel sebepler, kurumsal sebepler, şiddetin önlenmesinde ve personel güvenliği sağlama yetersizliklere neden olmaktadır [1].

5. Sağlık Çalışanlarına, Sağlık Profesyonellerine ve Doktorlara Şiddet

Doktorlara, sağlık profesyonellerine ve sağlık çalışanlarına karşı şiddet konuları incelendiğinde hemen hemen her gün yüzlerce sözlü veya fiziksel şiddet olgusunun yaşandığı görülmektedir. Sözlü veya fiziksel şiddet, basın medya organlarının da sosyal medya da her gün rutin bir haber gibi gündem konusu olarak paylaşılır bir durum haline gelmiştir .

Olguların en eskisi Kenan Evrenin 1980 askeri darbe sonrası Gülhane Askeri Tıp (GATA) mezuniyet töreninde yapmış olduğu konuşmasında “Önce asker sonra hekimsiniz” cümlesi ile Mecburi Hizmet Yasasını çıkartırken yapmış olduğu konuşmasında “Mecburi hizmete gelen doktorları ağaca bağlayın kaçmasınlar... Askerden fazla para alıyorlar” sözleri bir dönüm noktası sayılmaktadır [7]. TBB 1988 – 2022 senelerinde mesleklerini icra ederken şiddet sonucu yaşamını yitiren hekimlerin listesini yayınlamıştır [8]. Bu isimlerden bazıları sağlık kamuoyunun akıllarından silinmeyecektir. 2005’te İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı, Prof. Dr. Göksel Kalaycı [9]. 2012’de Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesinde Göğüs Cerrahisi Uzmanı olarak görev alan Uzm. Dr. Ersin Arslan [10] , 2015’te Samsun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesinde Göğüs hastalıkları Uzmanı olarak görev alan Uzm. Dr.

Kamil Furtun [11], hasta yakınları tarafından öldürülmüştür. 2015’te Samsun Anadolu Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak görev alan Op. Dr. Aynur Dağdemir yanında sekteri olarak çalışan kadın sağlık personelinin eski eşi tarafından saldırıya uğrayıp öldürülmüştür. Dr. Aydın Dağdemir bir kadın sağlık çalışanının eski eşinin uygulayacağı şiddete engel olmak isterken öldürülmüştür [12]. Bu trajik olay Samsun meslek ve kadın örgütleri, sendika ve TTB’nin yapmış oldukları çağrılarla protesto edilmiştir. TTB bu gerçekleşen hain saldırıyı esefle kınamış merkez konsey başkanının yapmış olduğu basın açıklamasında ülkemizde doktorlara, sağlık profesyonellerine, sağlık çalışanlarına karşı artan şiddete dikkat çekilmiştir [12], 2020’de Konya Şehir Hastanesinde Kardiyoloji Uzmanı olarak görev almakta olan Uzm. Dr. Ekrem Karakaya hasta yakını tarafından hastane içerisinde silahlı saldırı sonucunu hayatını kaybetmiştir [13], 2023’te Bafra Devlet Hastanesinde Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı olarak görev olan Opr. Dr. Ömer Özkan hasta yakını tarafından silah doğrultulmuş olup olay hastane içerisindeki vatandaşların müdahale etmesiyle engellenmeye çalışılmış sonrasında güvenlik görevlileri tarafından hasta yakını etkisiz hale getirilip tutuklanmıştır Saldırı sonrasında sağlıkçılar yaşanan bu durum sonucu iki günlüğüne işi bırakma kararı alınmıştır [14].

İşi bırakma eylemi öncesi Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca tarafından görev almakta olan tüm doktorlara e-posta yoluyla mektup gönderilmiştir. Mektubun son paragraflarında “Peki, haklarımızı kiminle, nerede, nasıl arayacağız? Üzerinde yeniden düşünülecek konu bu. Bu dostane mektup, size doğru kişinin Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı, doğru yerin Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, doğru yöntemin ‘iletişim’ ve çözüm üretimine işte bu eksende şahsen katılım olduğu mesajını versin istiyorum. Dönemsel haletiruhiyemizin, sorun çözme amacı yerine başka amaçlar güttüğünden pek emin olamayacağımız taraflarca fırsat bilinmesine izin vermemeliyiz. Bu durumun; mesleğimizin

düşüşünden şikâyet edilen itibarını iyice tehlikeye attığını, sağlık alanındaki örgütlü yapılarına bizimle kan uyuşmazlığı gösteren yöntemler yerine bambaşka bir yaklaşıma ihtiyacı olduğunu kabul etmeliyiz” ifadelerine yer yerilmiştir [15]. 2023'te İzmir Gaziemir'de bulunan özel bir tıp merkezinde hasta ve hasta yakınları gemi adamı raporu için göz doktorun Uzm. Dr. Cüneyt İzzetinoğlu'na muayene olduktan sonra hastanın sağlığının gemi adamı belgesi için yeterli olmadığı düzeyde olduğuna karar vermesi sonucu darp edilip saldırıya uğramıştır [16].

6. Sağlık Çalışanlarına, Sağlık Profesyonellerine ve Doktorlara Yönelik Şiddetin Sebepleri

Sağlık çalışanlarına, sağlık profesyonellerine ve doktorlara karşı şiddetin kaynakları farklıdır. Bireysel kategoriler şiddetin meydana gelmesinde rol alabilmektedir [5]. Örnek olarak; personelin cinsiyetinin kadın olması, akıl hastalığı, alkol veya uyuşturucu madde olan hastaların, sağlık personeline karşı şiddet riskini attırmaktır [5]. Sağlık hizmetinin verildiği ortamın fiziki koşullarının elverişsiz, rahatsız, ışıklandırma, güvenlik eksikliği, hastaların uzun süre beklemesine sebep olan iş akışının zayıf olması, fazla kalabalık, çalışan yetersizliği gibi idaresel kategoriler de şiddet riskini arttıran sebepler arasında gelmektedir [5]. Sağlık hizmetinin 24 saat kesintisiz sunulması, aile bireylerinin varlığı, hastaların sağlık hizmetinden faydalanmak için uzun süre beklemesi ve gereğince faydalanamaması gibi süreçlerin olması şiddet sebeplerini oluşturmaktadır. Ayrıca yoğun iş yükü, çalışan sayısının azalması yoğun çalışma ortamına sahip olma, şiddetti yönetme hususunda personelin eğitimsiz olması gibi etkenler de şiddet riskini tetikleyen sebepler arasında bulunmaktadır [17]. Hastalara bakılmadığı düşüncesi, kendi hastaların daha acil olduğu düşüncesi, misafir bekleme salonlarının konforsuz olması, hasta ve yakınlarına açık, şeffaf davranılmadığı kuşkusunun oluşması gibi sebepler de doktor, sağlık çalışanı ve sağlık profesyonellerine karşı şiddeti meydana

getirmektedir [18]. Sağlık hizmeti sunucuları farklı işleyiş şekilleri kullanmaları nedeniyle matrix yapıya sahip kuruluşlardır. Bu sebeple, sağlık çalışanları, sağlık profesyonelleri, doktorlar hizmet verdikleri kişiden etkilenmekte ve kendileri bu kişileri etkileyebilmektedirler. Bu matrix yapıda yoğunlukla net ve etkili iletişimin gerçekleşmediği ve bir takım iletişimsel problemlerin yaşandığı görülmektedir [5]. Bu iletişim problemlerinin temelinde çevresel özellikler, tarafların kişisel özellikleri, hasta ve hastalık psikolojisi ve sağlık personellerinin kullandığı tıbbi terminoloji yer almaktadır [19]. Sağlık personelleri için taraflar arasındaki iletişimin önemi tartışmasıdır.

Sağlık kurumlarındaki yapı ve donanım eksiklikleri, personel eksikliği ya da kötü işletme nedeniyle uzun bekleme uzayan kuyruklar, bekleme randevu gecikmeleri, fazla iş yükü, negatif çalışma ortamı, hastalara yeterli zaman ayrılmaması, yatak doluluk oranının üstünde orana ulaşılması, hastalar için minimum konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, arka çıkma ve kişi kayırmacılık, otoparkın yeterli kapasitede olmaması, hastanelerin 7/24 herkese açık olması ve hizmet vermesi gibi organizasyonel etkenler şiddette zemin hazırlayan etkenler arasında bulunmaktadır [20]. Sağlık kurumlarındaki organizasyonel etkenlerdeki aksaklıklar, sağlık personellerine yönelik şiddet içeren nedenlerin oluşmasında sebep olabilmektedir. Sağlık kurumlarının olumsuz çevre koşulları, ortamdaki gerginliği arttırmakla beraber bu gerginlik önyargı oluşmasına ya da aleyhte tavır almaya sebep olarak şiddetin yaratılmasını sağlamaktadır [5]. Hem sağlık profesyonellerinin hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve sosyal koşulların ortaya çıkarttığı sosyal psikoloji, iki taraflı tahammülsüzlüğü, empati ve hoşgörünün kaybolmasına ve günlük hayatta var olmak için bencil rekabetin “pozitif bir erdem “ olarak kabul edilmektedir. Sonuç olarak böyle bir ortamda sağlık profesyonelleri, sağlık çalışanları ile hastaların birbirleriyle negatif ilişkilerin belli bir süre sonra

şiddete dönüşmesi kaçınılmaz bir durum olarak kabul edilmektedir [5].

7. Sağlık Çalışanlarına, Sağlık Profesyonellerine ve Doktorlara Yönelik Şiddetin Sıklığı Çalışmaları

Sağlık profesyonellerinin, sağlık çalışanlarının ve doktorların şiddete uğrama durumları ile Türkiye’de bir takım çalışmalar yapılmıştır. Eskişehir – Bilecik Tabipler Odası tarafından 2002 senesinde Eskişehir, Ankara, Kütahya illerinde sağlık kuruluşlarında 1.071 sağlık çalışanının iştirak etmesiyle birlikte yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %50.8’inin işini yaparken bir anda şiddet kategorilerinden birine veya daha fazlasına maruz kaldığı tespit edilmiştir. Eskişehir’de bu oran % 46.6, Ankara’da %58.0, Kütahya’da ise %74.5 olarak belirlenmiştir [21].2006 senesinde yapılan çalışmada 1.209 sağlık çalışanının katılımıyla son bir yıl içinde %49.5’i fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir 2007 senesinde Türkiye’nin farklı şehirlerinde yedi tıp fakültesi hastanesindeki personeller ve çalışanların katılımıyla %68.0 son bir yıl içinde şiddete uğradıkları %16.0 fiziksel şiddet, %3.0 cinsel istismara uğradığı tespit edilmiştir [22]. SB 09.09.2019 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin (TBMM) Dilekçe Komisyonu’na sunmuş olduğu “Şiddet Vakaları Raporu’na göre 2014 senesinin Temmuz ayından itibaren 2019 senesinin Temmuz ayına kadar toplam 76.000. 157 şiddet vakası tespit edilmiştir [23]. İstatistik oranlarına göre sağlık çalışanlarının sözel şiddete uğrama oranının oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir [23]. 2019’un ilk yedi ayı içerisinde bu rakam 8.000. 498 sözel, 211’i fiziksel, 2.000.22 ‘de hem fiziksel hem de sözel şiddet olayları gerçekleşmiştir. 2020 senesinin Temmuz – Aralık aylarına ait “Sağlıkta Şiddet Raporu” oranlarına göre altı aylık zaman diliminde 117 şiddet olayının yaşandığı 231 sağlık çalışanının saldırıya uğradığı tespit edilmiştir [23].İstatistik oranlarına bakıldığında %19’nun sözlü, %94’ünün hem fiziksel hem sözlü, %4 cinsel istismar olarak yer aldığı belirtilmiştir [24]. Bunların yanı sıra 62 olay hastanede, 17 olay Aile Sağlığı merkezlerinde, 2 olay eczanede, 36 olay da saha

çalışanlarında vuku bulunmuştur [24]. Türkiye’nin dört bir yanında altı aylık zaman dilimi boyunca gerçekleşen şiddet vakalarında hemen her bir branştan sağlık profesyonelinin, sağlık çalışanının, doktorun mağdur olduğu tespit edilmiştir. Mağdurların 48’i doktor, 37’si hemşire, 26’sı 112 çalışanı, 23’ü güvenlik görevlisi, 12’si filyasyon personeli, 4’ü eczacı, 81’de farklı alanlarda görev alan sağlık çalışanlarıdır [23].

2021 sağlıkta şiddet raporu oranlarına göre, 190 şiddet olayının yaşandığı, 162’sinin hem fiziksel hem sözel, 22’si yalnızca sözlü, 5’i ise mobbing olarak vuku bulunmuş, 1’i de taciz olarak gerçekleştirmiştir [25].Yıl boyunca gerçekleşen şiddet vakalarının çoğunun hastaneler ve bilhassa acil servislerde gerçekleştiği görülmektedir. Ek olarak 13 olay aile sağlığı merkezlerinde 1 olay ise saha çalışanları genellikle 112 çalışanları olarak olduğu belirtilmiştir [25].En sık şiddete maruz kalanlar ise hasta ve yakınları ile en sık iletişimde bulunanlar yani doktor ve hemşireler olduğu belirtilmiştir. 2021 senesinde 92’si doktor ile 59’u hemşire şiddet güvenlik görevlisi ve 46’sı 112 çalışanı, 69’da diğer sağlık personeli şeklinde yer almaktadır [25].

2022 senesi boyunca gerçekleşen 249 şiddet olayının 206’sı hastanelerde vuku bulunmuştur. 23 olay sahada gerçekleşirken, 16 şiddet olayı ise aile sağlığı merkezlerinde yaşanmıştır [26].Bununla birlikte 1 olay sosyal medya, 3 olay ise SABİM hattı üzerinden tehditle gerçekleşmiştir. İstatistik oranlarına göre, 249 şiddet olayının 216’sı hem fiziksel hem sözlü, 32’si yalnızca sözlü, 1 ‘i de mobbing olarak yer almaktadır [26].Mağdur oranlarına branş bazlı bakıldığında ise yıkı boyunca en sık şiddete maruz kalanların doktor ve hemşire olduğu görülmektedir. Gerçekleşen şiddet vakalarında 2 sağlık personeli yaşamını kaybetmiş, 149 doktor, 7 hemşire, 76 güvenlik görevlisi, 58 acil sağlık hizmeti personeli, 3 eczacı, 60 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplamda 422 sağlık çalışanı mağdur olmuştur [26].

8. Sağlık Çalışanlarına, Sağlık Profesyonellerine ve Doktorlara Yönelik Şiddetin Olası Etkileri

Sağlık çalışanlarına ve profesyonellerine ve

doktorlara ait ruhsal ve fiziksel reaksiyonla meydana gelen şiddet, temel hatlarıyla sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır [21].Sağlık kurumlarında karşılaşılan sözlü, fiziksel, psikolojik ve cinsel olmak üzere farklı şiddet kategorilerinde meydana gelen şiddet durumlarını maliyeti de kişisel, kurumsal ve de toplumsal seviyede ortaya çıkmaktadır [27]. Kişisel pozisyondaki sağlık çalışanlarına yönelik etkilerin yaralanma, istek kaybı, yılma, post travmatik stres bozukluğu neden olurken, sağlık çalışanlarına ve profesyonellerine ve doktorlara karşı kurumsal seviyedeki etkileri ise iş gücü kaybına sebep olmaktadır [5].Personellerin maruz kaldıkları şiddet, sağlık kurumlarında mesleki sağlık ve güvenlik problemi haline geldiğini göstermektedir Bu bakımdan bakıldığında sağlık profesyonelleri ve çalışanları, doktorların üstünde şiddet psikolojik ve mali yönlerini etkilemektedir [5].Fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalanların yaşadığı duygusal deneyimler içinde; kızgınlık, hiddet, dehşete düşmek, depresyon, hayretlik, bıkkınlık, güven kaybı, kaygı bozukluğu, bilgi edinme güçlükleri, sosyal ilişki kuramama ve uyku düzensizliği gözlemlenmektedir [18].Ayrıca sağlık kurumlarında şiddet; personellerin kariyer planlamasına da etkilemekte olup şiddete kalanların aidiyet duygusunu kaybetmelerinden dolayı iş yerinden ayrılması çok sık karşılaşılan durumlar arasında yer almaktadır [5].Hasta ve yakınları açısından değerlendirildiğinde; sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaşılan şiddet, hizmetin aksamasına veya hizmetin sunulmasını önlemektedir [21].Şiddetle karşılaşan personellerin işten ayrılması durumunda, sağlık iş gücünün azalması bakımından verilen hizmetin kalitesinin düşmesi muhtemel sonuçlar arasında yorumlanabilmektedir [5]. Sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddetin gerçekleşmesi aracısız ve dolaylı olarak finansın artmasına sebep olmaktadır. Sağlık çalışanı ve profesyoneli, doktor sağlama (reklam, duyuru, vb.) ve seçme çalışmaları için yapılan harcamaları direkt maliyetleri

oluştururken, çalışan verimliliğinin düşmesi sonucu maliyet artışları da dolaylı maliyetleri oluşturmaktadır [28]. Sağlık çalışanlarının ve profesyonellerinin, doktorların kurumdan veya meslekten ayrılmaları, fiziksel, psikolojik olarak hasar görmeleri nedeniyle halka sunulan genel sağlık hizmetlerinde baskıya ve genel maliyetlerin yükselmesine sebep olabilmektedir.

9.Sağlık Çalışanlarına, Sağlık Profesyonellerine ve Doktorlara Karşı Şiddetin Yönetilmesi

Hasta ve personel için ufak çaplı tedbirler ve hastane için büyük çaplı tedbirler olmak üzere iki temel şekilde başa çıkma imkanı bulunmaktadır. Şiddet yönetimi; hastayı oldukça yakından gözlemleme, ayrıntılı hasta hikayesi alma, hastaya yaklaşırken stresle baş etme yöntemlerini bilmek, efektif sözlü ve sözlü olmayan yetenekler olmak üzere güncel girişimlerin yanı sıra kısıtlama, izolasyon, ilaçla tedavi gibi modern yöntemlerle birlikte hasta endeksli önleyicidir [5]. İlgili raporlama yöntemleri efektif güvenlik eğitimleri, güvenlik personelinin kişiye davranışı ve saldırganlık alanında eğitimleri, 7/24 saat alan içi güvenlik olması, can güvenlikli kapılar, güven noktaları, koruyucu özelliği olan akrilik pencere, panik butonları ve kayıt tutarak tüm hastane ile büyük çaplı tedbirler alınmasıyla şiddetin yönetimi sağlanabilmektedir [5]. Şiddeti yönetmek için sağlık çalışanlarına ve profesyonellerine ve doktorlara çatışma çözümü, tehdit farkındalığı ile saldırı yönetimi alanında eğitim almaları sağlanmalıdır. Şiddet yönetiminin eğitim programının kavramları, şiddet belirtisi olabilecek semptomları takip etme, öfkenin sözlü olarak dile gelmesi, tehditkar bir beden dili, ila bağımlılığı, alkol kullanım belirtileri ve silah bulundurma, öfkeyi oluşturan hal ve hareketlerde bulunma, order vermeme, soğukkanlı olma, kişinin duygu regülasyonunu anlamaya çalışma, kavgacı olarak tefsir etme davranışlarından kaçınmak, alarmda olma, hasta ve yakını ile birlikte olası şiddet için tüm durumu baştan sona yorumlanması için faydalı olacağı ifade edilmektedir [29].

10. Türkiye’de Sağlıkta Gerçekleşen Şiddetin Sebeplerini Anlamaya ve Çözümler Üretmeye Yönelik Yapılan Çalışmalar

Son zamanlarda artan sağlık çalışanlarına ve profesyonellerine ve doktorlara karşı şiddet eğilimli saldırılar toplumsal bir sorun durumuna gelmiştir [5]. Türkiye’de sağlık çalışanlarına ve profesyonellerine ve doktorlara yönelik şiddet beklenenden ileri oranlarda olmasına rağmen raporlaması düşük olarak yer almaktadır [5]. Bu durumun en önemli sebebi çalışanların haklarını savunacak nitelikli ve etkili yasal düzenlemelerin bulunmamasıdır [5]. Sağlık kurumlarında çalışan her bir kişinin güvenli koşullarda çalışabilmeleri ve olası şiddet riskini azaltabilmeleri için güvenli bir ortam oluşturmak, hastane çalışanlarını eğitmek ve mevzuat düzenlemek sağlık yöneticilerinden beklenen görevler arasında yer almaktadır [5]. Türkiye’de hastaneler sağlık çalışanları ve profesyonelleri, doktorlar için giderek daha tehlikeli ortamlara dönüşmekte ve bu sebeple, kendilerini güvende hissetmemektedirler. Türkiye’de sağlık personelinin mağdur edildiği davranışlara yönelik “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik “ [30] yürürlüğe girmiştir .Bütün bunlara ek olarak, sağlık çalışanlarına ve profesyonellerine ve doktorlara yönelik sözlü saldırılar, yaralama, itme, kalkma, darp etme ve öldürmeye yönelik hükümlerine de “ Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Yönetmelik “ yürürlüğe sokulmuştur [31].

11.Türkiye’de Sağlıkta İlgili Uygulamaya Sokulan Mevzuatlar ve Düzenlemeler

7.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 3’üncü maddesinin 1. Fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı SB’nin Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43’üncü maddesine dayanılarak 6.04.2011 tarihli ve 27897 sayılı Resmi Gazetede hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliklerini temin etmek için 12 maddelik bir yönetmelik yayımlanmıştır [32].

Bu yönetmeliğin (27897) amacı;

- Tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve personel güvenliği için güvenli bir sağlık hizmeti sunumu ile güvenli bir çalışma ortamı sağlanmasına,
- Sağlık hizmeti sunumunda kalitenin yükselmesine,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ile personel için olası risklerin tespit edilmesine,
- Olası risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine,
- Hizmet içi eğitimlerle güvenli bir sağlık hizmeti sunumu ve çalışma ortamı devamlılığının sağlanmasına karşı usul ve esasları kapsamaktadır

Yönetmelikte hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili madde 4’ün (f) bendinde,

“Sağlık hizmeti sunumunda hasta ile personellerin zarar görmesine sebep olabilecek her türlü işlem ve süreçlerle ilgili alınacak önlemler ve düzenleme uygulamalarına karşı faaliyetler baz alınmaktadır. Aynı yönetmeliğin madde 5’de “Sağlık kurum ve kuruluşları bu tedbir ve iyileştirmelerin yapılması tevdi edilmiş” olup madde 7’nin (d) bendin de “Personellere karşı fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmasını ve ihtiyaç olan tedbirlerin sağlanması” istenilmiştir.”

Psikolojik taciz, kamu kurum ve kuruluşlarında karşılaşılan bir durumdur. Hükümet, kamu yerlerinde psikolojik tacizin varlığı ile negatif etkisini benimsemiş ve tedbir alma yönünde 19.03.2011 (27879) sayılı “İş yerinden Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi”, başkanlık genelgesi bunun önemli bir örneğidir Bu genelge de, psikolojik tacizin önlenmesi ile ilgili madde 4’ de Psikolojik tacizle mücadele güclendirmek amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik İletişim Merkezi ALO 170 hattı üzerinden psikologlar vasıtasıyla kamuda çalışanlara yardım ve destek sağlamaktadır [33]. Bunlara ek olarak kamuda çalışanların maruz kaldıkları psikolojik taciz olaylarını izlemek, takip etmek, yorumlamak ve

engelleyici politikalar geliştirmek üzere yine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesine bağlı Devlet Personel Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgili tarafların katılımıyla “Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu” kurulması kararı alınmıştır [34].

28.04.2012 tarihli (28277) sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan “Sağlık Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımını Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” doğrultusunda şiddete maruz kalan çalışanların hukuki destek verilmesi kararlaştırılmıştır [31].SB, 2012 senesinde önlem amaçlı “113- Beyaz Kod” uygulamasına geçmiştir. SB personellerinin şiddet durumlarını bildirmek üzere 7/24 saat hizmet sunacak “113 “ numaralı telefonu ile web sitesindeki bildirim formunu doldurabilecekleri bir uygulama yer almaktadır. Herhangi bir sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlık çalışanına karşı bir şiddet durumu geliştiğinde hastane yöneticileri tarafından hemen 113 numaralı telefonla beyaz kod birimine bildirimde bulunulmaktadır. Sekronik olarak durumun, yetkili kurumun hukuk departmanı ile adli mercilere intikal ettirilmesinin ardından bakanlığın web sayfasında yer alan “Beyaz Kod Bildirim Formu” eksik bırakmadan tam bir şekilde doldurulması ile sisteme işlenmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık personeli tarafından “113” numaralı telefona doğrudan bildirimde bulunulmaktadır. TTB 2008 tarihinde “Şiddete Karşı Sıfır Tolerans Çalışma Grubu” kurulması yönünde bir dizi çalışmalar başlatmış olup 09.08.2018 “ TTB Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Yönergesi” yayımlamıştır [30]. Bu yönergenin amacı, sağlık ortamında doktora veya bir sağlık çalışanına karşı giderek artan şiddetin bütün hatlarıyla tanınması ve önlenmesi için nasıl bir yol ve yöntem olunması hakkındadır. 09.08.2018 tarihinde TTB odaları üyeleri doktorlar ve sağlık çalışanlarının görevleriyle ilgili şiddete maruz kalındığında şiddetin bildirimini yapmak üzere “ALO Şiddet Hattı” kurulmuştur [33].

TBMM, 14.01.2013 tarihinde sağlık çalışanlarına

karşı, şiddet durumlarının incelenerek alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi amacıyla bir “Meclis Araştırması Komisyonu” kurarak şiddeti engellemeye yönelik 66 maddelik bir rapor yayımlanmıştır. Raporun içeriği, sağlık personellerine karşı şiddetin engellenmesine yönelik olarak alınacak tedbirleri kapsamaktadır [35].TTB ve tabipleri odaları tarafından sağlık personellerine karşı şiddetin engellenebilmesi için çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalardan biri de şiddetin engellenmesi, önlenmesi yönünde alınacak yasal önlemlere yönelik tedbirlerdir [36]. Cumhuriyet Halk Partisi (CHP), tarafından 2018 senesinde meclise sunulmuştur [37]. Bu önerge ile 15.04.2020 tarihinde kabul edilmiş olan ve kamuoyunda “Sağlıkta Şiddetin Önlenmesi Yasası” olarak bilinen 7243 sayılı kanun 17.04.2020 tarihinde Resmi Gazete 'de yayımlanmıştır. Söz konusu kanunda önemli olan madde; 28 maddedir. Bu kanunla; cezalar oldukça ağırlaştırılmış ve hükmolunan hapis cezalarında da erteleme olmayacağı net bir şekilde belirtilmektedir [38].

12. Sonuç ve Öneriler

Halen Türkiye’de doktorlara, sağlık profesyonellerine ve çalışanlarına yönelik şiddet olgusu, sağlıkçıları olumsuz yönde etkilemekte olup motivasyonlarını düşürmektedir. Şiddete engel olabilmenin yolları ve yöntemleri hem sağlıkçıları tarafından hem de sağlık yöneticileri tarafından bilinmektedir. Bu konuda yarım olan parça ise, bu bilinen etkenlerin ve önemlerin şiddeti önlemeye yardımcı olabilecek şekilde uygulamaya koyma iradesidir. Bu iradenin, sağlık sistemine şekil veren siyasetçiler ve sağlık yöneticileri tarafından meydana çıkartılması beklenmektedir.

Sağlıkta şiddeti önleminin yolları şu önerilerle sıralanabilir,

- Doktorlar, sağlık profesyonelleri ve çalışanlarının toplum gözündeki itibarını attıracak bir tavır izlenmeli, sağlıkçıları önemsizleştirecek alışkanlıklardan

kaçınılmalıdır.

- Doktorlar, sağlık profesyonelleri ve çalışanlarına karşı bir şiddet durumu yaşandığında tüm kamu sağlık yöneticilerinin ortak olarak tepki göstermelidirler.
- Doktorlar, sağlık profesyonelleri ve çalışanlarına şiddet uygulayan kişinin yalnızca adli işlemlerle değil bir takım hak mahrumiyetlerine de tabii tutulması gerekmektedir.
- Sağlıkta şiddetin önlenmesi için, kamu yetkililerinin sağlık alanındaki tüm unsurlarla birlikte, sağlık meslek kuruluşlarıyla (sendikalar, sağlık meslek odaları ve dernekleri) yardımlaşma içinde olmalıdırlar.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddet olgusu için hizmet içi eğitimler verilmelidir. Şiddet olayı gerçekleşmeden önce, alınması gereken önlemler, olay esnasında uygulanması gerekenler ve olay sonrasında izlenecek prosedürler hakkında açıklama yapılmalıdır. Şiddet konusunda eğitimler tek başına kafi gelmeye bilmektedir. Bu doğrultuda kişiler arasında sağlıklı bir iletişim sağlanabilmesi için kişilerarası iletişime özgü eğitimler verilmesi yararlı olabilecektir. Bütün bunlara ek olarak stres yönetimi, stresle baş etme yolları, kriz anı yönetimi, öfkeyi kontrol altında tutma vb. konu başlıklarına sahip olan içeriklerinde yararlı olabilecektir.
- Şiddeti önlemeye yardımcı olmak için teknolojinin getirdiği fırsatlardan yararlanılmalıdır. Halihazırda tercih edilen alarm sistemleri, güvenlik kameralarına ek olarak, saldırganların kimlik bilgilerini işaretleyebilecek ve başka bir sağlık kuruluşuna başvuru yaptığında o kurumun sağlık yöneticileri ve personellerine uyarı veren bir otomasyon sistemi oldukça yarar sağlayabilecektir.
- Maruz kalınan şiddet vakaları kayıt altına alınmalı ve ileriye yönelik risk durum planları

hazırlanmalı ve bu hazırlanan planlardan yararlanılmalıdır.

- Şiddetin çok olduğu, sık yaşandığı tıbbi bölümlerde, kurum içi güvenlik önlemleri daha fazla olmalıdır. Örneğin; hastanelerin acil servis bölümü ile poliklinik katlarında yönetim ve idari bölümlere oranla hastane güvenliği ve polislinin sayısı arttırılmalıdır. Risk analiz değerlendirmesi yapılarak ihtiyaç olan önlemlerin alınması ivedi olarak gereklidir. İhtiyaç duyulduğunda hasta ile hastane çalışanı arasındaki temas engelleyebilmesi, güvenli yerlerin oluşturulması, hastane içerisinde beyaz kod uygulanması, yoğun bölümlere elverişli bekleme alanlarının dizayn edilmesi gibi tedbirler fazlaştırmalıdır.
- Doktorların, sağlık profesyonellerin ve çalışanlarının çalışma saatlerine yönelik düzenlemeler yapılmalı ve daha uygun bir düzeye çekilmesi gereklidir. Yoğun iş temposu ve uzun süren nöbetler sağlıkçıları negatif yönde etkilemekte ve hastalara bunu yansıtabilmektedirler.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve yakınlarının rahat etmelerini sağlayacak gerekli fiziki düzenlemeler sağlanmalıdır. Böylelikle hasta ve yakınları için rahat bir hizmet alanı yaratılırken, sağlıkçılar da hizmet sunumu sırasında fazla yoğunluktan kurtulmuş olabileceklerdir.
- Sağlık sektöründe gerçekleşen şiddet; halkla görülen şiddetten ayrı bir şekilde kesinlikle tutulmamalıdır, mesleğin bir parçası veya normal bir durum olarak değerlendirilmemeli, göz ardı edilmemelidir. Bu konuda halkında eğitilmesi ve bilinçlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Eğitim kurumlarına sağlık okuryazarlığını arttırabilecek dersler verilebilir, temel sağlık durumları hakkında bilgilendirme ve sevk zinciri hakkında açık ve net bir bilgilendirme sağlanabilmelidir.

- Medya organları toplumsal farkındalık yaratma açısından özenli ve etkili olarak kullanılmalıdır. Kamu spotları sık yayınlanmalı, negatif ve taraflı haberlerin çıkması önlenmeli en önemlisi ilgili bakanlıklar tarafından izlenmelidir. Sağlıkçılara karşı işlenen suçlarda, saldırganların akıbeti halkla paylaşılmalıdır. Bilhassa saldırganların aldıkları cezaların halk tarafından bilinmesi güven duygusunun oluşmasına ve şiddet eğilimi olan insanlar için caydırıcı bir etken olabilecektir.

Sağlıkta şiddeti meydana getiren durumlar arasında sağlık hizmetlerine istedikleri zaman erişim sağlayamamakta yer almaktadır. İnsanların istedikleri zaman istedikleri bölüme, istedikleri saat ve tarih için ulaşmaları sağlık sistemlerinin önemli amaçları arasında bulunmaktadır. Bu sebeple Türkiye bazında doktorların, sağlık profesyonellerinin ve çalışanlarının sayı ve nitelik olarak eşit bir şekilde dağılımının sağlanması kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini kolay bir hale getirebilecektir.

KAYNAKLAR

- [1]Cinoğlu, A. "Sağlık Kurumlarında Şiddet". (Yayımlanmamış Dönem Projesi), Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli, 2015.<https://gcris.pau.edu.tr/bitstream/11499/531/1/Arzu%20Cino%C4%9Flu.pdf>.
- [2]Dursun Y. "Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir?,". *F L S F / Süleyman Demirel Üniversitesi Felsefe Dergisi*, 6(12), 1 - 18, 2011. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/flsf/issue/48611/617554>.
- [3]ILO/ ICN/ WHO/ PSI. "Joint Programme On Workplace Violence In The Health Sector", Work Place Violence In The Health Sector Country Casestudies Research Instruments Survey Questionnaire.Geneva,2003.http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf.
- [4]WHO .“Violence And Health: Task Force On Violence And Health”, World Health Organization, Geneva, 2002. <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>.
- [5]Coşkun Us, N. ve Erdem, R. “Şiddet ve Sağlık” . *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2 (1) , 16-30, 2018. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ahievransaglik/issue/65351/1006872#article-authors-list>.
- [6]Yesilbas H .”Sağlıkta Şiddete Genel Bakış”. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 44 - 54, 2016. https://jag.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_3_1_44_54.pdf.
- [7]Hekimce Bakış. “Doktorları Ağaca Bağlayalım”, 2022. <https://Hekimcebakis.Org/Guncel/Dok-torlari-Agaca-Baglayalim/>
- [8]T24. “Ben Üç, Sen Kaç Doktor Öldürdün?”, 2022.<https://T24.Com.Tr/Yazarlar/Sengun-Kilic/Ben-Uc-Sen-Kac-Doktor-Oldurdun,35914> .
- [9]İstanbul Tabip Odası. “Göksel Kalaycı'nın Anıtı Öldürüldüğü Otoparkta”,2010. <https://Www.Istabip.Org.Tr/481-Goeksel-Kalaycnn-Ant-Oelduerueldueue-Otoparkta-.Html#!>.
- [10]Türk Tabipler Birliği (TTB). “Dr.Ersin Arslanı Öldüren Kişiye 24 Yıl Hapis Cezası Verildi”, 2014, https://Www.Ttb.Org.Tr/Haberarsiv_Goster.Php?Guid=6732eb7c-9232-11e7B66d-1540034f819_c&1534D83A_1933715A= E176060f7c4b5bdf0e725b5725d9a8d7800dd0d2_.
- [11]Türk Tabipler Birliği (TTB). “Dr.Kami Furtun'u Aramızdan Ayrılışının 6.Yılına Sevgi ve Özlemle Anıyoruz”, 2021.https://Www.Ttb.Org.Tr/Haber_Goster.Php?Guid=5f12270c-C062-11eb-9fa7-661a4e39355e_.
- [12]Türk Tabipleri Birliği (TTB). “Dr.Aynur Dağdemir Bıçaklı Saldırı Sonucu Yaşamını Yitirdi”, 2015. https://Www.Ttb.Org.Tr/Haberarsiv_Goster.Php?Guid=0f5cbf22-D44f-11e7-Acb3-E8c5204e2ae7#:-

~:Text=Samsun'da%20%3%B6zel%20bir%20hastanede,Olay%C4%B1n%20ard%C4%B1ndan%20intihar%20etti%C4%9Fi%20bildirildi.

- [13]Türk Tabipler Birliği (TTB). “Meslektaşımız Dr.Ekrem Karakay Toprağa Verildi”, 2022. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=678af614-fe07-11ec-8f77-41ecdd8d2c36.
- [14]Evrensel. Samsun'da doktora silahlı saldırı girişimi: Emekli polis tutuklandı”,2023. <https://www.evrensel.net/haber/495483/samsunda-doktora-silahlı-saldırı-girisimi-emekli-polis-tutuklandı>.
- [15]Cumhuriyet .”Sağlık Bakanı Koca, İş Bırakma Eylemi Öncesi Sağlıkçılara Tehdit Gibi Mektup Gönderdi”, 2023.<https://www.cumhuriyet.com.tr/saglik/saglik-bakani-koca-is-birakma-eylemi-onesi-sag-likcilara-tehdit-gibi-mektup-gonderdi-2104649>.
- [16]Hürriyet. İzmir'de Doktora Saldırı! “Bu Muameleyi Hak Etmiyoruz”, 2023. <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/izmirde-doktora-saldırı-bu-muameleyi-hak-etmiyoruz-42315007>.
- [17]Çamcı O. ve Kutlu Y. “Kocaeli’ Nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi” *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1): 9-16, 2011, https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_2_1_9_16.pdf.
- [18]Akça N, Yılmaz A, Işık O. “Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği”, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1): 1-12, 2014. https://doi.org/10.1501/Ashd_00000-00093.
- [19]Yağbasan M. ve Çakar F. “Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırma”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15: 609- 629, 2006. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/susbed/issue/61781/923692>.
- [20]Aydın M. “Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve Şiddet Algısı,” *Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı Yayını*, 34, 2008. <https://tara.sdu.edu.tr/vufind/Record/111501>.
- [21]Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. “Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 147-154,2002. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayın/detay/16847/>.
- [22]Acık Y, Deveci S, Gunes, G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, Vural G, Can G, Bılgın, NG, Dundar PE, Erguder T, Tokdemir M. “Experience Of Workplace Violence During Medical Speciality Training İn Turkey”, *Occupational medicine*, 58(5), 361-366, 2008. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn045>.
- [23]Kriter Dergi. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Önleme Politikası”, 2020. <https://kriterdergi.com/siyaset/saglik-calisanmarina-yonelik-sidde-ti-onleme-politikasi>.
- [24].Sağlık-SEN.“Sağlık- SEN 2020 Yılı sağlıkta şiddet raporu”, 2020. <https://www.saglik-sen.org.tr/haber/9655/saglik-sen-2020-yili-temmuz-aralik-saglikta-siddet-raporu>
- [25]Sağlık-SEN.”Genel Başkan Durmuş: 190 Şiddet Şiddet Olayında 316 Sağlık Çalışanı Mağdur Oldu”, 2021.<https://www.saglik-sen.org.tr/haber/10831/genel-baskan-durmus190-siddet-olayında-316-saglik-calisani-magdur-oldu>
- [26]Sağlık-SEN. ”Sağlık- SEN 2022 Yılı Sağlıkta Şiddet Raporu”, 2022. <https://www.saglik-sen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglik-ta-siddet-raporu>.
- [27]Keser N, Bilgin H. “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme Türkiye” *Klinikleri J Med Sci*. 2011;31(6):1442-56 [doi: 10.5336/medsci.2010-20795](https://doi.org/10.5336/medsci.2010-20795)

- [28]Kavuncubaşı Ş . ve Yıldırım S. “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi 3. Baskı, Ankara, 2012.
- [29]Beşer A. “Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 5(1): 39-44. 2012. <http://hdl.handle.net/20.500.12397/4607>.
- [30]Türk Tabipler Birliği (TTB). “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”,2018. https://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/makale_goster.php?Guid=546bb2b2-9baa-11e8-a344-02bcac27bd3f.
- [31]T.C. Resmi Gazete. “Kanun Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”, Sayı: 28277,2012. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>.
- [32]T.C Sağlık Bakanlığı. (SB). “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Sayı:27897”,2011.<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/19168/0/hasta-ve-calisan-guvenliginin-saglanmasina-dair-yonetmelik-06042011-tarih-li-27897-sayili-resmi-gazetepdf.pdf>.
- [33]. Türk Tabipler Birliği (TTB). “ALO Şiddet Hattı”, 2018. https://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/makale_goster.php?Guid=ba6a42d0-9bab-11e8-a344-02bcac27bd3f.
- [34]Türk Tabipler Birliği (TTB). “11.10.2018 Tarihli Türk Ceza Kanunu’nda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Teklifi”, 2018. <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/siddet-yasa-teklifi.pdf>.
- [35]Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyon Raporu (S. Sayısı: 454)”, Ankara, 2013.<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>.
- [36]Türk Tabipler Birliği (TTB). “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ”, 2018. https://www.ttb.org.tr/kollar/_siddet/makale_goster.php?Guid=546bb2b2-9baa-11e8-a344-02bcac27bd3f.
- [37]Türk Tabipler Birliği (TTB). “Önlenebilir Bir Sorun: Hekime Yönelik”, Tabipleri Birliği Yayınları. Haziran, 2014. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimesiddet.pdf>.
- [38]T.C. Resmi Gazete. “Yükseköğretim Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” 2020.<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417.pdf>.