

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Destek'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

TEMMUZ | JULY  
AĞUSTOS | AUGUST  
2017 | 2017  
CİLT 26 | VOLUME 26  
SAYI 4 | ISSUE 4

# 4





#### Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsun Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

#### Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

#### Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

#### Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

##### Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

##### Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

##### Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

##### Beslenme ve Diyetetik /

##### Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Dr. Hülya Yardımcı

##### Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

##### Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalıkoğlu

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

##### Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

##### Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

##### Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

##### Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon /

##### Physical Medicine and Rehabilitation

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

##### Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

##### Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

##### Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

##### İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

##### Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

##### Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

##### Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

##### Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

##### Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

##### Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

##### Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Arif Onan

##### Tıp Eğitimi / Medical Education

Doç. Dr. Melih Elçin

##### Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

#### Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. M. Raşit Tükel

#### Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

#### Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi  
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570  
Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53  
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr)

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.  
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa  
Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara  
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil  
No: 131/133 -

Baskı Tarihi: Kasım 2017



## Merhaba,

Nuriye Erbaş "*Postpartum Dönemde Kadınların Doğum Şekline Göre Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi: Sivas'tan 2012 Yılına Ait Bir Örnek*" isimli çalışmasında özellikle emzirme, beslenme, aile içi ilişkilerde ve ağrı sorunlarının sezaryenle doğum yapan hastalarda vajinal yolla doğum yapan hastalara göre daha fazla görüldüğünü ve aradaki farkın anlamlı olduğunu belirlemiştir. Yazar postpartum dönemde kadının doğum şekline göre yaşanabilecek sağlık sorunları ve risk faktörlerinin dikkate alınarak hizmetin iyileştirmesini önermektedir.



Fotoğraf: "Ev" Kamile Kurt  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

Papatya Karakurt ve arkadaşları "*Sağlık Yüksek-Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Düşünceleri*" isimli çalışmalarında çalışmaya katılan öğrencilerin %37,7'sinin üniversite sınavında hemşirelik mesleğini ilk beş sırada tercih ettiklerini, %47,2'sinin mesleği isteyerek seçtiklerini saptamışlar.

Funda Sevencan ve arkadaşları "*Bodrum İlçesindeki Öğrencilerin Sağlık Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi*" isimli çalışmalarında öğrencilerin en çok öğrenmek istedikleri sağlıkla ilgili konuları ve öğretmenlerin öğrencilere verilmesi gerektiğini düşündükleri sağlık eğitimi konularını saptamayı amaçlamışlar.

Öğrencilerin kanser ve korunma önlemlerini en çok öğrenmek istedikleri, öğretmelerin ise ilkyardım eğitimlerini önemsedikleri görülmektedir. Yazarlar Toplum Sağlığı Merkez'inde öğrencilere verilecek eğitimlerde araştırma sonuçlarının dikkate alınmasını ve öğretmenlerle işbirliği yapılmasını önermektedirler.

Özlem Köseoğlu Örnek "*Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Sorunları: Sistemik Derleme*" isimli çalışmasında çocuk işçiliğinin özellikle gelişmekte olan ülkelerde artış göstermesine rağmen çocukların sağlığını koruma, geliştirme ve hastalıklardan önleme stratejileri üzerine yeterli araştırmaların yapılmadığını vurgulamakta.

Naci Karahancı ve Nüket Örnek Büken "*Evrensel Etik İlkeler Işığında Açlık Grevleri ve Hekimlik*" isimli çalışmalarında sivil itaatsizlik olarak da değerlendirilen açlık grevlerinin medikal, legal ve etik alanında hekimlere büyük yükler getirdiği vurgulanmakta. Çalışmada açlık grevleri ve açlık grevi eylemcisiyle - hekim arasında başlayan iletişim, etik bakış açısı ile değerlendirilmiş. Açlık grevlerini konu edinen Dünya Hekimler Birliği bildirgeleri de incelenerek, sağlık emekçilerine tüm yönleriyle yol gösterici bir metin sunulmuş.

**Bilimsel ve dostça kalın...**

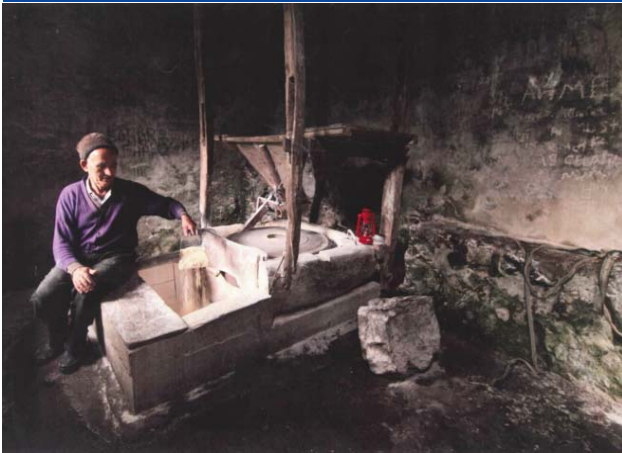
### Araştırma / Research

- Postpartum Dönemde Kadınların Doğum Şekline Göre Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi:  
Sivas'tan 2012 Yılına Ait Bir Örnek  
*Determination of the Health Problems among Women in Postpartum  
Period Depending on the Way of Giving Birth: An Example from Sivas for the Year 2012* 133  
Dr. Nuriye Erbaş
- Sağlık Yüksekokulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Düşünceleri  
*The Conception of Nursing Profession among the Junior Students of the Health School* 139  
Dr. Papatya Karakurt, Dr. Arzu Yıldırım, Dr. Rabia Hacıhasanoğlu, Özlem Özman
- Bodrum İlçesindeki Öğrencilerin Sağlık Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi  
Öğrencilerin Sağlık Eğitim İhtiyacı 145  
*The Determination of Health Education Needs of the Students in Bodrum District The Health  
Education Needs of Students*  
Dr. Funda Sevensan , Dr. Özgür Arıkan, Hem. Serpil Öksüz, Dr. Mustafa Nuri Ceyhan

### Derleme / Review Article

- Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Sorunları: Sistemik Derleme 151  
*Psychological Symptoms Among Child Workers: A Systematic Review*  
Dr. Özlem Köseoğlu Örnek
- Evrensel Etik İlkeler Işığında Açlık Grevleri ve Hekimlik 162  
*Hunger Strikes and Medical Values In The Light of Ethical Principles*  
Dr. Onur Naci Karahancı, Dr. Nüket Örnek Büken

### Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



**Burçin Yücel "Değirmen"**  
STED Fotoğraf Yarışması 2016 Jüri Özel Ödülü

#### Burçin Yücel

Trabzon'da doğdum. Fotoğrafla çocukluğumdan beri ilgiliydim hobi den çok yaşam biçimi olarak harekete geçirdim. Okul yıllarımda anı fotoğrafçılığı olarak başladığım yolda giderek profesyonel olarak çekme isteği oluştu. 2014 yılında Trabzon FotoğrafEvi üyeliğim 2 yıl boyunca aktif bir şekilde devam etti. Giresun Fotomaraton yarışmasına katıldım. Fotoğraf çekerken insanların yaşam biçimi daha çok ilgi çektiğim çektiği için sokak fotoğrafı çekiyorum. İnsan bu dünyanın en büyük parçası fotoğrafa da onların duygularını dökmek beni mutlu ediyor. Halen Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünde Acil Tıp Teknisyeni olarak görev yapmaktayım.

# Postpartum Dönemde Kadınların Doğum Şekline Göre Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi: Sivas'tan 2012 Yılına Ait Bir Örnek

Determination of the Health Problems among Women in Postpartum Period Depending on the Way of Giving Birth: An Example from Sivas for the Year 2012

Araştırma



Research

Dr. Nuriye Erbaş<sup>1</sup>

Geliş/Received : 12.05.2017

Kabul/Accepted : 11.07.2017

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, postpartum dönemde kadınların doğum biçimine göre yaşadıkları sağlık sorunlarının belirlenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan araştırma, 9 Aralık 2011-7 Mart 2012 tarihleri arasında Sivas'ta Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum servisinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini ulaşılabilen, çalışmaya katılmayı kabul eden, doğum sonu dönemde kendisi ile bebeğinde herhangi bir komplikasyon olmayan ve sezaryen doğum için herhangi bir endikasyon ayrımı yapılmayan 107 kadın oluşturdu. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile doğum sonu ilk 48 saat içinde toplandı.

**Bulgular:** Çalışmadaki sezaryen doğum yapan kadınların %51.9'u 20-29 yaş aralığında, %56.2'si ilköğretim eğitime sahip, %81.5'i ev hanımı ve %61.1'i primipardır. Vajinal doğum yapan kadınların %58.5'i 20-29 yaş aralığında, %52.8'i ilköğretim eğitime sahip, %84.9'u ev hanımı ve %49.1'i primipardır. Sezaryen doğum yapanların, %63.0'ı emzirme, %38.9'u beslenme, %59.3'ü barsak, %57.4'ü idrar, %51.9'u aktivite, %77.8'i uyku sorun yaşadıklarını belirtti. Vajinal doğum yapanların, doğum sonu dönemde %32.1'i emzirme, %13.2'si beslenme, %54.7'si barsak, %60.4'ü idrar, %49.1'i aktivite, %77.4'ü uyku sorun yaşadıklarını belirtti.

**Sonuç ve Öneriler:** Özellikle emzirme, beslenme, aile içi ilişkilerde ve ağrı sorunlarının sezaryenle doğum yapan hastalarda vajinal yolla doğum yapan hastalara göre daha fazla görüldüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ) belirlenmiştir. Postpartum dönemde kadının doğum şekline göre yaşanabilecek sağlık sorunları ve risk faktörlerinin dikkate alınarak hizmet iyileştirmesinin yapılması önerilir.

**Anahtar sözcükler:** Postpartum dönem, Doğum şekli, Vajinal doğum, Sezaryen

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was to determine the health problems experienced by women in postpartum period depending on the way of giving birth.

**Material and Method:** This descriptive research was carried out at Obstetrics and Gynecology Clinic of Sivas Cumhuriyet University Healthcare Research and Practice Hospital between December 9, 2011 and March 7, 2012. The sample of the research was composed of 107 women without any indication for Caesarean delivery, who could be accessed, agreed to participate in the study, had no complications in the baby and herself during postpartum period. The data were collected within the first 48 hours postpartum through face-to-face interview technique using a questionnaire created by researchers.

**Findings:** In this study, of the women, who have had Caesarean section, 51.9% fell in the age range of 20-29 years, 56.2% had primary education, 81.5% were housewives and 61.1% were primiparas. Among the women given birth by vaginal delivery, 58.5% were in the age group of 20-29 years, 52.8% had primary education, 84.9% were housewives and 49.1% were primiparas. The women, who have had Caesarean section, stated that they experienced breastfeeding, nutrition, bowel, urinary, activity and sleep problems (63.0%, 38.9%, 59.3%, 57.4%, 51.9% and 77.8%, respectively) in postpartum period. The women given birth by vaginal delivery reported postpartum breastfeeding, nutrition, bowel, urinary, activity and sleep problems (32.1%, 13.2%, 54.7%, 60.4%, 49.1% and 77.4%, respectively).

**Conclusion and recommendations:** It was determined that especially breastfeeding, nutrition, family relationships and pain problems were more often seen in women, who have gave birth by Caesarean section than in women having vaginal birth, and the difference between these groups was significant ( $p < 0.05$ ). It is recommended that the service improvements should be made by taking possible postpartum health problems and risk factors depending on the mode of delivery into account.

**Key words:** Postpartum period, The way of giving birth, Vaginal birth, Caesarean section

1 Yrd. Doç.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD. Sivas

## Giriş

Gebelik ve doğum doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olmasına karşın bu süreçte kadın ve yakın çevresindeki bireyler bu olaydan etkilenir ve fizyolojik değişimlerin yanı sıra birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşarlar. Bu değişimlerin yanısıra doğum sürecinin ve doğum şeklinin nasıl olacağı konusunda kadınlar endişeli bir bekleme içerisinde (1). Doğum sürecinin, sağlığı olumsuz yönde etkilemeden devam edip sonlanmasında en önemli etkenlerden biri doğum şeklidir (2). Vajinal doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek bir olgunluğa eriştiği zamanda gerçekleşir Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum şeklidir (2). Sezaryen doğum ise fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğurtulması olarak tanımlanır (3). Sezaryen gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranlarını artırabilmektedir (4,5). Dünya Sağlık Örgütü tarafından en yüksek sezaryen hızı % 15 olarak (6) önerilmesine karşın, TNSA 2013 yılı verilerine göre ülkemizde sezaryen oranı % 48.1'dir (7).

Kadınlar doğum sürecinde gerek gebelik, gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya kalabilir (2). Bu süreçte karar verilmesi gereken durumlardan biri kadının doğum şeklidir. Gonen, Tamir ve Degani (2002) yaptıkları çalışmada çoğu kadının (%91) vajinal doğumu tercih etmesine karşın, kadınların %50'si talep halinde sezaryen doğum yapma konusunda istekli olacağını ifade etmiştir. Kadınların bir sonraki doğum şekli tercihlerinin incelendiği bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların %90'ı, sezaryen olanların ise %77'si bir sonraki doğumunu vajinal doğum olarak yapmak istediklerini belirtmişlerdir (9). Shorten, Shorten, Keogh, West ve Morris'in (2005) yaptığı çalışmada acil sezaryenlerin doğumla ilgili memnuniyet oranları en düşüktür. Vajinal doğum oranının yüksek olduğu Avusturalya'da, bazı kadınlar isteğe bağlı sezaryeni tercih ettiklerini söylemelerine karşın vajinal doğum yapmışlardır. Genelde isteğe bağlı sezaryen oranları yüksek olmasına karşın, vajinal doğum gerçekleştiren

kadınların memnuniyet oranı da en yüksek çıkmıştır (10).

Sonuçta kadınlar, bazen isteyerek, bazen de istemeden planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedir. Burada önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır. Ebeler, kadın gebe kalmayı düşündüğü andan itibaren özellikle perinatal dönemde gebe kadını ve ailesini yeterli düzeyde bilgilendirerek ve danışmanlık yaparak uygun doğum şekline karar vermelerine yardımcı olmaktadır.

Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği alanında çalışan profesyoneller hem vajinal, hem de sezaryen doğum sonrasında bütüncül bir yaklaşımla postpartum dönemde kadının durumunu değerlendirmeli, fiziksel gereksinimlerini saptamalı, kadının sağlığını korumalı, riskli durumları önlemeli ve ailelere yardım ve rehberlik etmelidir. Böylece postpartum dönemde doğum yapan kadınların içinde buldukları durumdan nasıl etkilendiklerini, ne tür sıkıntılar yaşadıklarını, daha yoğun olarak nerelerde yardıma gereksinim duyduklarını bilirlerse bakımlarını da bu gereksinimlerini karşılayacak düzeyde planlayacak ve zamanında uygulamaya başlayarak daha iyi sonuçlar elde edebileceklerdir. Bu araştırmanın amacı, postpartum dönemde kadınların doğum şekline göre yaşadıkları sağlık sorunlarının belirlenmesidir.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Araştırma 9 Aralık 2011-7 Mart 2012 tarihleri arasında Sivas'ta Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın-Doğum kliniğinde yürütüldü. Hastane bütün sosyo-ekonomik statüdeki kadınlara hizmet vermektedir.

Araştırmanın evrenini ilgili kadın-doğum kliniğinde belirtilen tarihlerde doğum yapan tüm kadınlar oluşturmaktadır. Örneklemini ise ulaşılabilen, çalışmaya katılmayı kabul eden, doğum sonu dönemde kendisi ile bebeğinde herhangi bir komplikasyon olmayan ve sezaryen doğum için herhangi bir endikasyon ayrımı yapılmayan kadınlar (53 vajinal doğum, 54 sezaryen doğum) oluşturdu.

Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile, doğum sonu ilk 24 saat içinde araştırmacı tarafından literatür taraması (11,12) sonucunda oluşturulan anket formu kullanılarak toplandı. Anket formu, annelerin sosyo-demografik ve obstetrik öyküleri ile doğum sonu yaşadıkları sağlık sorunlarını belirleyebilecek özellikteki toplam 55 sorudan oluşmaktadır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım ve ki-kare analizi kullanıldı.

Araştırmaya başlanmadan önce, etik kuruldan araştırmanın yapılacağı kurumdan (12.01.2011 tarihli, 773/11 sayılı) yazılı izinler alınmıştır. Çalışma öncesinde araştırmaya katılacak olan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda yazılı ve sözel onamları alınmıştır. Araştırma soruları sorulmadan önce, araştırma kapsamına alınan annelere çalışma hakkında bilgi verilerek "Bilgilendirilmiş

onam" ilkesi, elde edilen verilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve gizliliğin korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe saygı" ilkesi yerine getirildi (13).

### Bulgular

Sezaryen doğum yapan kadınların %51.9'u 20-29 yaş aralığında, %56.2'si ilköğretim eğitime sahip, %81.5'i ev hanımı, %88.9'unun geliri gidere denk, %88.9'u çekirdek ailede yaşamakta ve %61.1'i primipardır. Vajinal doğum yapan kadınların %58.5'i 20-29 yaş aralığında, %52.8'i ilköğretim eğitime sahip, %84.9'u ev hanımı, %86.8'inin geliri gidere denk, %73.6' sı çekirdek ailede yaşamakta ve %49.1'i primipardır.

Sezaryen doğum yapanların, %63.0'ı emzirme, %38.9'u beslenme, %59.3'ü barsak, %57.4'ü idrar, %51.9'u aktivite, %77.8'i uyku sorun yaşadıklarını belirtti. Ayrıca kadınların %88.9'uöğrenme gereksinimi olduğunu,

**Tablo 1.** Kadınların demografik ve obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılması

	Sezaryen doğum N=54 Sayı (%)	Vajinal doğum N=53 Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	Test ve p değerı*
<b>Kadının Yaşı</b>				
20-29 yaş	28 51.9	31 58.5	59 55.1	p= 0.49
30 yaş ve üzeri	26 48.1	22 41.5	48 44.9	
<b>Kadının Eğitimi</b>				
İlköğretim	30 56.2	28 52.8	58 54.2	p= 0.44
Lise	11 20.4	17 32.1	28 26.2	
Üniversite ve üzeri	13 23.4	8 15.1	21 19.6	
<b>Kadının İşi</b>				
Ev hanımı	44 81.5	45 84.9	89 83.2	p= 0.63
Memur	10 18.5	8 15.1	18 16.8	
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir gidere denk	48 88.9	46 86.8	94 87.9	p= 0.74
Gelir Giderden az	6 11.1	7 13.2	13 12.1	
<b>Aile tipi</b>				
Geniş aile	6 11.1	14 26.4	20 18.7	p= 0.04*
Çekirdek aile	48 88.9	39 73.6	87 81.3	
<b>Parite sayısı</b>				
Primipar	33 61.1	27 50.9	60 56.1	p= 0.28
Multipar	21 38.9	26 49.1	47 43.9	

p=0.02\* \*x2 testi uygulanmıştır.

%70.4'ü doğumu olumlu algıladığını ve %72.2'si aile içi ilişkilerinin değiştiğini, %70.4'ü cinsel yaşama ilişkin endişeli olduğunu ve %92.6'sı ağrı yaşadığını iletmiştir. Vajinal doğum yapanların, doğum sonu dönemde %32.1'i emzirme, %13.2'si beslenme, %54.7'si barsak, %60.4'ü idrar, %49.1'i aktivite, %77.4'ü uyku sorun yaşadıklarını belirtti. Ayrıca kadınların %81.1'i öğrenme gereksinimi olduğunu, %64.2'si doğumu olumlu algıladığını ve %94.3'ü aile içi ilişkilerinin değiştiğini, %64.2'si cinsel yaşama ilişkin endişeli olduğunu ve %77.4'ü ağrı yaşadığını iletmiştir. Yapılan istatistiksel analizde emzirme, beslenme, aile içi ilişkilerde ve ağrı sorunlarında anlamlı fark olduğu saptandı ( $p<0.05$ , Tablo 2).

## Tartışma

Kadınların yaşamında çok önemli bir deneyim olarak görülen postpartum dönem, kadının ve bebeğinin sağlığı açısından çok önemlidir. Postpartum sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilecek birçok faktör vardır.

Postpartum sorunların doğum şekillerine göre karşılaştırılması yapıldığında; özellikle emzirme, beslenme, aile içi ilişkilerde ve ağrı sorunlarının sezaryenle doğum yapan hastalarda vajinal yolla doğum yapan hastalara göre daha fazla görüldüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) belirlenmiştir. Çapık ve ark. (2016) çalışmalarında da emzirme ve beslenme konusunda sezaryen doğum yapan kadınların

**Tablo 2.** Kadınların Demografik ve obstetrik özelliklerine göre karşılaştırılması

	Sezaryen doğum N=54 Sayı (%)	Vajinal doğum N=53 Sayı (%)	Toplam N=107 Sayı (%)	Test ve p değeri*
Emzirmede sorun var	34 63.0	17 32.1	51 47.7	p=0.001*
Emzirmede sorun yok	20 37.0	36 67.9	56 52.3	
Beslenmede sorun var	21 38.9	7 13.2	28 26.2	p=0.00*
Beslenmede sorun yok	33 61.1	46 86.8	79 73.8	
Barsak sorunu var	32 59.3	29 54.7	61 57.0	p=0.63
Barsak sorunu yok	22 40.7	25 45.3	46 43.0	
İdrar sorunu var	23 42.6	32 60.4	55 51.4	p=0.06
İdrar sorunu yok	31 57.4	21 39.6	52 48.6	
Aktivite sorun var	26 48.1	26 49.1	52 48.6	p=0.92
Aktivite sorun yok	28 51.9	27 50.9	55 51.4	
Uyku sorun var	42 77.8	41 77.4	83 77.6	p=0.95
Uyku sorun yok	12 22.2	12 22.6	24 22.4	
Öğrenme gereksinimi var	48 88.9	43 81.1	91 85.0	p=0.26
Öğrenme gereksinimi yok	6 11.1	10 18.9	16 15.0	
Doğumu olumlu algılama	38 70.4	34 64.2	72 67.3	p=0.49
Doğumu olumsuz algılama	16 29.6	19 35.8	35 32.7	
Aile içi ilişkiler değişti	39 72.2	50 94.3	18 16.8	p=0.02*
Aile içi ilişkiler değişmedi	15 27.8	3 5.7	89 83.2	
Cinsel yaşama ilişkin endişeli	38 70.4	34 64.2	72 67.3	p=0.63
Cinsel yaşama ilişkin endişesiz	17 31.5	19 35.8	36 33.6	
Ağrı yaşama	50 92.6	41 77.4	91 85.0	p=0.02*
Ağrı yaşamama	4 7.4	12 22.6	16 15.0	

$p=0.02^*$  \*x2 testi uygulanmıştır.



sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Pınar, Doğan, Algier, Kaya ve Çakmak (2009) çalışmalarında, sezaryen ile doğum yapanların ayağa kalkma (%44), emzirememe (%36), kişisel hijyen eksikliği (%30) sorunlarını, normal doğum yapanların ise bebek bakımında eksiklik (%24) ve perine bakımını yapamama (%20) sorunlarını yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Literatürdeki çalışma sonuçları ile çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Annelerin doğum sonu dönemde sorun yaşama düzeyi ile doğum şekli karşılaştırıldığında, sezaryen olanlarda doğum sonu sorun yaşama düzeyinin vajinal doğum yapanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır (15).

Husslein çalışmasında sezaryen sonrası annelerin kendi ve bebeğin öz bakımını sürdürmede yetersizlik yaşadığını bulmuştur (16). Güngör, Gökyıldız ve Nahçıvan (2004) da çalışmalarında sezaryen sonrası kadınların bebeğin bakımını üstlenmede ve kendi bakımını sürdürmede güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların doğum şekli, doğum eyleminin süreci ve göstermiş olduğu reaksiyonlar kadınların aktivitelerini etkilemiş olabilir. Doğum sonu dönemde verilecek olan bakımda, bireyin karşılanamayan gereksinimlere yönelik girişimlerin uygulanması, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir (18).

Sezaryen doğum yapanların %92.6'sı, vajinal doğum yapanların %77.4'ü, doğum sonu ağrı yaşadıklarını belirtti (p<0.05) (Tablo 3). Çapık ve ark. (2016) çalışmalarında da sezaryen doğum yapan kadınların %96.8'i vajinal doğum yapan kadınların %92.2'si ağrı yaşadıkları belirtilmiştir. Pınar, Doğan, Algier, Kaya ve Çakmak'ın (2009) çalışmasında sezaryen ile doğum yapanlarda, ameliyat bölgesinde ağrı (%40), normal doğum yapanlarda epizyotomi bölgesinde ağrı (%28) olduğu saptanmıştır. Özellikle sırt, göğüs ve bacak bölgesinde görülen ağrı cerrahi operasyon sonrası ortaya çıkabilen ağrı türlerindedir. Doğum kadını yoran bir süreçtir. Bu sürecin üstüne birde cerrahi operasyon eklenmesi kadının daha fazla oranda ağrı yaşamasına neden olabilir. Çalışma sonuçlarımız literatürdeki çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

## Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda postpartum sorunların doğum şekillerine göre karşılaştırılması yapıldığında; özellikle emzirme, beslenme, aile içi ilişkilerde ve ağrı sorunlarının sezaryenle doğum yapan hastalarda vajinal yolla doğum yapan hastalara göre daha fazla görüldüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu (p<0.05) belirlenmiştir. Ayrıca sezaryen endikasyon ayırımı yapılmadan bütün sezaryen doğum yapan kadınlar çalışmamızda yer aldığı için çalışma sonuçlarının bu durumdan etkilenmesi olasılığı düşünülebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık ekibi üyelerine;

- Kadına ve ailesine, prekonsepsiyonel dönem ve gebelik süresince doğum ve doğum şekilleri konularında yeterli, anlaşılır ve kişiye özel eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri,

- Postpartum dönemde hizmet planlaması yapılırken bu döneme ait sık yaşanan problemlerin ve risk faktörlerinin dikkate alınarak hizmet iyileştirmesinin yapılması, birey odaklı çalışılması,

- Alternatif doğum yöntemleri, doğum ağrısı ile baş etme ve gevşeme teknikleri konusunda yeterli danışmanlık vermeleri,

- Ayrıca sezaryen doğum oranlarının azaltılarak, vajinal doğumu destekleyici eğitim ve faaliyet planlarının oluşturulması, kurumda yapılan hizmet içi eğitim programları içerisinde normal doğuma yönelik konuların daha detaylı ele alınması önerilebilir.

**İletişim:** Dr. Nuriye Erbaş

**E-posta:** nerbas2006@gmail.com

## Kaynaklar

1. Akyol A, Yağcı ŞG, Tekirdağ Aİ. Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. JOPP Derg 2011; 3 (2): 55-63.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Basım. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016
3. Cunningham FG, Gant, NF, Leveno KJ. Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy. 21 st ed. Texas: McGraw Hill; 2001. p.537-65.
4. Aslam M, Gilmour K, Fawdry R. Who Wants a Caesarean Section? A Study of Women's Personal Experience of Vaginal and Caesarean Delivery. Journal of Obstetrics & Gynecology 2003; 23 (4): 364-66.

5. Konakçı SK, Kılıç B. Sezaryen İle Doğumlar Artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002;1(4):286-88.
6. World Health Organization. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva; 2006;19-22.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.1 st ed. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2014. p.150-1.
8. Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians' Opinions Regarding Patient Choice in Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology 2002;99(4):577-80.
9. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian Mothers Prefer Cesarean Delivery? Birth 2003;30(2):89-93.
10. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth after Cesareana. Birth 2005;32(4):252-61.
11. Cleary-Goldman J, Cornelisse K, Simpson LL, Robinson JN. Previous Cesarean Delivery: Understanding and Satisfaction With Mode of Delivery in a Subsequent Pregnancy in Patients Participating in a Formal Vaginal Birth After Cesarean Counseling Program. American Journal of Perinatology 2005;22(4):217-21.
12. Sayiner F, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Perinatoloji Dergisi 2009;17(3):104-12.
13. Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset;2004. p.27-48.
14. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi 2009;36(3):184-90.
15. Çapık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut K. Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:2 92.
16. Husslein P. Elective Caesarean Section Versus Vaginal Delivery. Archives of Gynecology and Obstetrics 2001;265(4):169-74.
17. Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahçıvan NÖ. Sezeryan Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2004;13(53):185-98.
18. Perla L. Patient Compliance and Satisfaction with Nursing Care During Delivery and Recovery. Journal of Nursing Care Quality 2002;16(2):60-6.

Dr. Papatya Karakurt<sup>1</sup>, Dr. Arzu Yıldırım<sup>1</sup>, Dr. Rabia Hacıhasanoğlu<sup>1</sup>, Özlem Özman<sup>2</sup>

Geliş/Received : 12.02.2013  
Kabul/Accepted: 21.01.2014

### Öz

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki düşüncelerini incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı tiptedir. Çalışma 2005-2006 eğitim-öğretim yılında 1. sınıfta öğrenim gören 53 hemşirelik öğrencisi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin tümü çalışmaya gönüllü olarak katılmıştır.

İlgili literatür ve araştırmalar doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanan veriler sayı ve yüzdelerle hesaplanarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan öğrenciler 17-22 yaş arasında olup, %37.7'si üniversite sınavında hemşirelik mesleğini ilk beş sırada tercih etmişlerdir. Öğrencilerin %47.2'si mesleği isteyerek, %52.8'si istemeyerek seçmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik, meslek, öğrenci

### Abstract

This study, which has been planned to investigate the conception of nursing profession among the first year nursing students of the Atatürk University Erzincan Health School, is a descriptive study. The study was conducted in 2005-2006 spring term among 53 first year nursing students. All of the students voluntarily participated in the study.

The data, collected through a questionnaire, which has been prepared in line with related literature and previous researches, were assessed using numbers and percentages. The students participated in the study were in the age group of 17-22 years and 37.7 % of them stated that nursing was among their first five choices in the preference list for university entrance exam. Of the students, 47.2% have chosen nursing voluntarily, 52.8 % have not.

**Key words:** Nursing, Profession, Student

1 Doç. Dr.; Erzincan Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Erzincan  
2 Mezun Öğrenci, Atatürk Ü. Erzincan Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Erzincan

## Giriş

Hemşirelik sürekli gelişim ve değişim içinde olan bir meslektir. Yükseköğretime bir alanda bilgi sahibi olma yanında bir meslek sahibi olmak için

**Tablo 1.** Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>		
17-19	43	81.1
20-22	10	18.9
<b>Baba Eğitimi</b>		
Orta Dereceli Okul	27	50.9
Okur-yazar	14	26.5
Yüksekokul	12	22.6
Okur-yazar Değil	-	-
<b>Baba Mesleği</b>		
Emekli	16	30.2
Serbest	14	26.4
İşçi	12	22.6
Memur	8	15.1
İşsiz	3	5.7
<b>Anne Eğitimi</b>		
Orta Dereceli Okul	29	54.7
Okur-yazar	14	26.4
Okur-yazar Değil	7	13.2
Yüksekokul	3	5.7
<b>Anne Mesleği</b>		
Ev Hanımı	48	90.6
Memur	2	3.8
Emekli	2	3.8
Serbest	1	1.9
İşçi	-	-
<b>Yaşamının Büyük Bir Bölümünün Geçtiği Yer</b>		
İl Merkezi	24	45.3
İlçe	20	37.7
Kasaba/Köy	9	17.0
<b>Aile Gelir Durumu</b>		
Gelir-Gidere Denk	31	58.5
Gelir-Giderden Az	18	34.0
Gelir-Giderden Fazla	4	7.5
<b>Mezun Olduğu Okul</b>		
Diğer (Düz, İmam Hatip vb.)	29	54.7
Anadolu/Süper Lise	22	41.5
Sağlık Meslek Lisesi	2	3.8
<b>Toplam</b>	<b>53</b>	<b>100.0</b>

girilir. Bu yönüyle bakıldığında bir yüksek öğretim programının seçilmesi aynı zamanda mesleğin seçilmesi anlamına gelmektedir. Rastlantılar, aile yapısı, çevre koşulları, ekonomik olanaklar, bireysel özellikler gibi bir çok etmen bireyin bir yüksek öğretim programını seçmesini belirleyebilmektedir (1). Tüm bu etkenler öğrencinin seçtiği meslek hakkındaki düşüncülerini olumlu ya da olumsuz etkilemektedir.

Ülkemizin bir çok yerinde gerçekleştirilen çalışmalarda (1-7) hemşirelik okullarını tercih eden öğrencilerin hemşireliğe ilişkin yeterli istek ve bilgiye sahip olmadıklarını göstermiştir. Bu isteksizliğin temelinde toplumun olumsuz hemşirelik imajına sahip olmasının rol oynadığı söylenebilir (8).

Meslek üyelerinin verilen hizmet biçimleri ve uygun model oluşları hem hemşireliğin toplumdaki yerini belirleyici (9) hem de öğrencilerin mesleği sevmelerinde, meslek hakkındaki düşüncelerinin olumlu yönde olmasında ve okullarına devam etmelerinde belirleyici etkenlerden biri olacaktır. Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksekokulu

**Tablo 2.** Öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenlerinin dağılımı

Mesleği tercih etme nedenleri	Sayı	%*
ÖSS puanının düşük olması	23	43.4
Açıkta kalmamak	20	37.7
İş bulmanın kolay olması	17	32.1
Çevre ve aile isteği/önerisi	12	22.6
En kısa zamanda meslek sahibi olmak	12	22.6
Sevmek/istediği bölüm olduğu için	8	15.1
Bir yüksek öğrenim kurumuna sürdürebilmek/yüksekokul mezunu olmayı istemesi	8	15.1
Tesadüfi seçim	4	7.5
Lisede biyoloji dersini sevmesi	4	7.5
Ailesinde bir sağlık elemanının olmasını istemesi	3	5.7
Ekonomik yetersizlik	1	1.9
Öğretmen önerisi	3	1.9
Öğretmen olmayı istemesi	1	1.9
Eğitiminin kolay olması	-	-

\*Öğrenciler birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdeler N=116 üzerinden alınmıştır.

Tablo 3. Öğrencilerin hemşirelik mesleğini seçme ile ilgili görüşlerinin dağılımı		
Hemşirelik mesleği ile ilgili görüşleri	Sayı	%
<b>Mesleği isteyerek seçme durumları</b>		
Hayır	28	52.8
Evet	25	47.2
<b>Mesleği seçmede üniformanın etkisi</b>		
Yok	45	84.9
Var	8	15.1
<b>ÖSS tercih sıralamasında hemşirelik mesleği tercihi</b>		
1-5	20	37.7
16 ve üzeri	16	30.2
11-15	10	18.9
6-10	7	13.2
<b>Hemşireliği tercih etmeseydi tercih edeceği meslekler</b>		
Öğretmen	33	62.3
Doktor, diş hekimi, eczacı	14	26.4
Mühendis	3	5.7
Diğer (hukuk, işletme vb.)	3	5.7
<b>Tekrar öss sınavına girme durumu</b>		
Evet	20	37.7
Kararsızım	19	35.8
Hayır	14	26.5
<b>Öğrencilere göre toplumun hemşirelik imajı hakkındaki düşünceleri</b>		
Kısmen olumlu	28	52.8
Olumsuz	20	37.7
Olumlu	5	9.4

birinci sınıf öğrencilerinin, hemşirelik mesleği hakkındaki düşüncelerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

#### Gereç ve Yöntem

Çalışmanın evrenini, 2005-2006 eğitim ve öğretim yılında, Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksekokulu birinci sınıfa başlayan 53 öğrenci oluşturmuştur. Birinci sınıfın tümü örnekleme oluşturmuş olup önceki yıldan kalan on bir öğrenci çalışma kapsamına alınmamıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden izin alınarak, öğrencilere çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenler çalışma kapsamına dahil edilmiş ve gizlilik ilkesine bağlı kalmıştır.

Konuyla ilgili incelenen literatür bilgileri, araştırmalar (4,7,9-11) ve deneyimler doğrultusunda hazırlanan 25 soruluk anket formu sınıf ortamında, öğrencilerin henüz hemşirelik mesleğine ilişkin bilgi almadıkları birinci haftanın sonunda bir ders saati içinde uygulanmıştır. Anket formunun içeriğini, öğrencilerin sosyodemografik özellikleriyle ilgili bilgileri ve hemşirelik mesleği hakkındaki düşünceleri oluşturmuştur. Verilerin istatistiksel analizinde sayı ve yüzdeler hesabı kullanılmıştır.

#### Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin %81.1'inin 17-19 yaş grubunda, baba eğitiminin %50.9'unun, anne eğitiminin %54.7'sinin orta dereceli okul, baba

Tablo 4. Öğrencilerin hemşirelik mesleği ile ilgili bilgi kaynaklarının dağılımı

Hemşirelik mesleği ile ilgili bilgi kaynakları	Sayı	%*
<b>Mesleği seçtiğinde bilgisinin olma durumu</b>		
Evet	36	67.9
Hayır	17	32.1
<b>Cevabı evet olanların bilgi aldıkları kaynaklar</b>		
Hemşire yakınlar/çevrede bulunan hemşireler	19	35.8
Çevredeki kişiler/hastane deneyimleri	13	24.6
Dershaneler/okul tanıtım programları	9	17.0
Öğretmenler/arkadaşlar	8	15.1
Aile	7	13.2
Kitaplar / ÖSS kılavuzu	4	7.6
Sağlık meslek lisesi	1	1.9
T.V./basın-yayın	1	1.9

\*Öğrenciler birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdeler N= 62 üzerinden alınmıştır.

**Tablo 5.** Öğrencilerin hemşirelik mesleğinin tanımı ve hemşire hakkındaki görüşlerinin dağılımı

Hemşirelik mesleğinin tanımı ile ilgili görüşleri	Sayı	%
İnsan gereksinimlerini karşılayan, hastalara bakım veren, topluma sağlık hizmeti veren doktorla çalışan bir meslek	17	32.1
Yanıtsız	14	26.4
Sağlığın korunması ve hastalığın iyileştirilmesinde hemşirenin yaptığı kutsal bir meslek	10	18.9
Hasta bireye bakım veren bir meslek	8	15.1
İnsana ve topluma hizmet sunan bir meslek	4	7.5
<b>Hemşire denince akla gelen ilk üç kelime</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
Hastane	26	49.1
İğne	24	45.3
Beyaz Üniforma	22	41.5
Gülyüz-hoşgörü	16	30.2
Yardım	13	24.5
Tedavi-bakım	12	22.6
Hasta	12	22.6
İnsan	11	20.8
Doktor	8	15.1
Sağlık	6	11.3
Sus Yapan Hemşire Resmi	5	9.4
İlaç	4	7.5

\*Öğrenciler birden fazla cevap vermişlerdir. Yüzdeler N= 159 üzerinden alınmıştır.

mesleğinin %30.2'sinin emekli, anne mesleğinin %90.6'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo1).

Öğrencilerin %43.4'ünün ÖSS (Öğrenci Seçme Sınavı) puanının düşük olması, %37.7'sinin açıkta kalmamak ve %32.1'inin iş bulmanın kolay olması nedeniyle hemşirelik mesleğini tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 2).

Mesleği isteyerek seçenlerin oranı (%47.2) düşük olup, mesleği seçmede üniformanın etkisinin kayda değer (%84.9) olmadığı, tercih sıralamasında hemşirelik %37.7 oranında 1-5 arasında, %30.2 oranında ise 16 ve üzeri sırada olduğu ve öğrencilerin %37.7'sinin tekrar ÖSS sınavına girmek istedikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Öğrencilerin %67.9'unun hemşirelik hakkında bilgisinin olduğu ve bu bilgiyi %35.8'inin hemşire yakınlar/çevredeki hemşireler, %24.6'sının çevredeki kişiler/hastane deneyimlerinden aldıkları bulunmuştur (Tablo 4).

Hemşirelik mesleğinin tanımını yapan öğrencilerin %32.1'i, "insan gereksinimlerini karşılayan,

topluma sağlık hizmeti veren doktorla çalışan bir meslek" olarak tanımlamış olup, hemşire denince akla gelen ilk üç kelimeyi %49.1'i hastane, %45.3'ü iğne ve %41.5'i beyaz üniforma olarak tanımlamışlardır (Tablo 5).

### Tartışma

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin, ailelerinin eğitim ve meslek durumlarına bakıldığında; baba (%50.9) ve anne (%54.7) eğitiminin daha çok orta dereceli okula dayandığı, baba mesleğinin %30.2'sinin emekli, annenin ise %90.6'sının ev hanımı olduğu saptanmıştır. Başer'in (1), Dindar ve Şıpkın'ın (12) yaptıkları çalışmalarda öğrencilerin anne ve baba eğitiminin daha çok ilkökul olduğu sonuçları çalışma sonucumuzu desteklememektedir. Sertbaş ve Şahin'in (4) Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda yaptıkları çalışmada öğrencilerin %30.15'inin baba mesleği emekli, %93.65'inin anne mesleğinin ev hanımı olduğu sonucu çalışma sonucumuza paraleldir. Öğrencilerin ailelerinin gelir durumlarının %58.5'inin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Dereli ve Demir'in (13) yaptığı bir çalışmada hemşirelikte okuyan

öğrencilerin sosyoekonomik açıdan orta düzeydeki ailelerden geldiği sonucu çalışmamıza benzerlik göstermektedir (Tablo 1).

Öğrencilerin ÖSS tercih sıralamasında hemşirelik (%37.7) 1-5. sırada ve mesleği tercih etme nedenleri arasında birinci sırada, ÖSS puanının düşük olması (%43.4), ikinci sırada açıkta kalmamak (%37.7) gelmektedir. Bu sonuçlar, ülkemizin farklı yerlerinde yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumlu görülmektedir (6,12,14,15). (Tablo 2).

Mesleği isteyerek seçmeyen öğrenciler (%52.8) daha çok oranda olup, mesleği seçerken üniformanın etkili (%84.9) olmadığı saptanmıştır. Sertbaş ve Şahin'in (4) yaptığı çalışmada da öğrencilerin çoğunluğunun (%60.32) mesleği isteyerek seçmedikleri sonucu ile Law and Arthur'un (16) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada da öğrencilerin mesleği isteyerek seçme oranlarının (%28.0) düşük olduğu sonucu çalışma sonucumuza paralellik göstermektedir. Şirin ve arkadaşlarının (17) sağlık meslek lisesinde yaptıkları bir çalışmada üniformanın meslek seçiminde etkili olmadığı (%77.0) sonuçları çalışma sonucumuza benzerlik göstermektedir (Tablo 3).

Öğrencilerin %62.3'ünün hemşirelik mesleğini seçmeseydiniz hangi mesleği seçerdiniz? Sorusuna öğretmen dediği ve ÖSS sınavına %37.7'sinin tekrar girmek istedikleri bunun nedeni olarak hemşireliğin toplumdaki imajının olumsuz (%37.7) olduğunu belirtmeleri sonucu Keskin ve arkadaşlarının (15) çalışma sonucuna benzerlik göstermektedir (Tablo 3).

Hemşirelik mesleğini seçerken öğrencilerin %67.9'unun meslek hakkında bilgisinin olduğu ve bu bilgiyi %35.8'inin hemşire yakınlar/çevredeki hemşirelerden aldıklarını ifade etmişlerdir. Buzlu ve Kutlu'nun (14) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada da öğrencilerin %12'si hemşire yakınardan bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Hemşirelik mesleğinin tanımını yapan öğrencilerin %32.1'i, "insan gereksinimlerini karşılayan, topluma sağlık hizmeti veren doktorla çalışan bir meslek" olarak tanımlamışlardır (Tablo 5). Bu sonuçlar, Dereli ve Demir'in yaptığı çalışma

sonucuna paralellik göstermektedir (13). Ayrıca öğrencilerin çoğunluğunun, mesleği isteyerek seçmemeleri ve hemşireliğin işlevlerinin toplumda tam olarak bilinmemesi bu sonuçlar üzerinde etkili olabilir. Hemşire denince en çok akla gelen ilk üç kelime, hastane, iğne ve beyaz üniforma olarak belirtilmiştir. Toplumda çoğunlukla hemşire, hekime yardım eden, hastaya iğne yapan ve beyazlar giyinen kişi olarak algılanmaktadır (18). Bu sonuç da öğrencilerin, hemşirenin toplumdaki imajından etkilendiklerini gösteriyor olabilir.

### Sonuç

Bu çalışmada, öğrencilerin çoğunun mesleği isteyerek seçmedikleri, ÖSS puanlarının düşük olması ve açıkta kalmamak için hemşireliği tercih ettikleri, mesleği seçerken üniformanın etkisinin olmadığını, çoğunun mesleği tercih ederken bilgisinin olduğu ve bu bilgiyi hemşire yakınlar/çevredeki hemşirelerden aldıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunabiliriz.

- ÖSS'ye girecek öğrencilere mesleğe yönelik tanıtım programlarının düzenlenmesi ve mesleki bilinçlenmenin kazandırılması.

- Öğrencilerin mesleki bilinçlenmelerinin gelişmesi ve mesleği sevmeleri için uygulama alanında hemşirelerin ve eğitim öğretim alanında da eğitimcilerin iyi bir rol modeli olmalarının sağlanması.

- Öğrencilikte mesleki dayanışmanın ve sevgisinin artması için öğrenci sempozyum ve kongrelerinin düzenlenmesi önerilebilir.

**İletişim:** Dr. Papatya Karakurt

**E-posta:** papatyademirci@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Başer G. Hemşirelik Yüksekokullarında öğrenim gören öğrencilerin sosyal özellikleri, okulu tercih sıralamaları ve seçme nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1995;2 (1):11-20.
2. Atalay M, Tel H, Altun E, Tel H. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamada yaşadıkları güçlükler ve yardım beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1994;1 (1):19-25.
3. Erdemir F. H.Y.O. I. Sınıf öğrencilerinin hemşirelik yüksekokulunu tercih etme, okula başlamaya karar verme özellikleri ve okula devam etmede etkili

- faktörler. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu. Kıbrıs; 1997.s. 322-328.
4. Sertbaş G, Şahin N. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri ve okulu tercih etme nedenlerinin incelenmesi. Hemşire Dergisi 1998; 48(6):23-26.
  5. Bayık A, Durmuş H, Uysal A. Lise son sınıf kız öğrencilerinin hemşirelik mesleğini seçme ve bu mesleğe ilişkin görüşlerinin incelenmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-24 Haziran. Erzurum; 1999 s.390-394.
  6. Yetkin A, Yiğitbaş Ç. Van Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu son sınıf öğrencilerinin eğitimlerine ve mezuniyet sonrasına ilişkin görüşleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(2):1-12.
  7. San Turgay A, Karaca Saydam B, Çeber E, Aydemir G. Hemşirelik öğrencilerinin mesleği algılayışları. Atatürk Üniversitesi hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8(1):54-62.
  8. Karaöz S. Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında mesleğe ilişkin algılarındaki değişimin incelenmesi: Hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 6(2):10-20.
  9. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara.İmaj İç ve Dış Ticaret Aş.;,2004.
  10. Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları Temel Kavram Kuram, İlke ve Yöntemler. Ankara: 72. TDFO Ltd. Şti., 2001.
  11. Platin N. Mesleklerin topluma hizmetleri ve hemşireliğin topluma hizmeti. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1994;1(1):9-13.
  12. Dindar İ, Şıpkın S. Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-ekonomik özellikleri, sorunları ve mesleksel beklentilerinin araştırılması. Türk Hemşireliğinde Yükseköğrenimin 40. Yılı Sempozyumu. İzmir;1995. s.49-57.
  13. Dereli N, Demir Ü. Hemşirelik Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin meslek bilinçlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 14(2): 119-128.
  14. Buzlu S, Kutlu Y. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin hemşireliğe ve mezuniyet sonrasına ilişkin düşünceleri. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu. 10-12 Eylül, Kıbrıs;1997. s.64-68.
  15. Keskin G, Madenoğlu Kıvanç M, Misha A. İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki düşünceleri. 2. Uluslar arası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi. 7-10 Eylül.Antalya;2003. s.268-270.
  16. Law W, Arthur D. What factors influence hong kong school students in their choice of a career in nursing?. International Journal of Nursing Studies 2003;40:23-32.
  17. Şirin A, Karacan G, Çebişi A. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin bir kariyer tercihi olarak hemşirelik mesleği hakkındaki düşünceleri. Türk Hemşireliğinde Yükseköğrenimin 40. Yılı Sempozyumu. İzmir;1995. s.155-162.
  18. Birol L. Hemşirelik Süreci. 5. Baskı, İzmir. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.;,2004.



Dr. Funda Sevencan<sup>1</sup>, Dr. Özgür Arıkan<sup>1</sup>, Hem. Serpil Öksüz<sup>2</sup>, Dr. Mustafa Nuri Ceyhan<sup>3</sup>

Geliş/Received : 16.03.2017

Kabul/Accepted : 21.07.2017

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmada öğrencilerin en çok öğrenmek istedikleri sağlıkla ilgili konuları ve öğretmenlerin öğrencilere verilmesi gerektiğini düşündükleri sağlık eğitimi konularını saptanmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel tipte olan bu çalışmada, Bodrum İlçesinde bulunan ilkokul, ortaokul ve liselerde okuyan 3-12. sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örnek büyüklükleri hesaplanmış ve öğrenci listelerine göre sistematik örneklem yöntemi kullanılarak hangi öğrencilere ulaşılacağı belirlenmiştir.

**Bulgular:** İlkokul, ortaokul ve lise öğrencileri arasında merak edilen sağlık konularının başında "Kanser ve korunma önlemleri" yer almaktadır. "Sağlık ve hastalık tanım ve kavramları" ilkokulda merak edilmektedir. Ortaokul ve lise öğrencileri "kalp damar hastalıkları", "nörolojik hastalıklar" ve "ruh sağlığı ve hastalıkları" gibi daha klinik kavramları merak etmektedir. "İlkyardım" ilkokulda en çok merak edilen ilk beş konu arasına girmezken, ortaokulda beşinci sırada, lisede ise ikinci sırada bulunmaktadır. Öğretmenler ise ilkyardım konusunun ilkokul öğrencilerine verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Öğretmen ve öğrencilerin ortak olarak belirttiği tek konu "Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları" olmuştur.

**Sonuç:** Toplum Sağlığı Merkez'inde öğrencilere verilecek eğitimlerde araştırma sonuçlarının dikkate alınması ve öğretmenlerle işbirliği yapılması uygun olacaktır. Ayrıca çalışma sonuçlarının ders kitapları yazarlarına, müfredat program geliştiricilerine ve okullarda sağlık eğitimi verecek profesyonellere yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** İlkokul, Ortaokul, Lise, Öğrenci, Sağlık eğitimi

## Abstract

**Aim:** In this study, it was aimed to determine the health topics that the students most want to learn and the subjects of health education, which the teachers think should be taught.

**Methods:** In this cross-sectional study, 3rd-12th grades students of primary, secondary and high schools in Bodrum district constituted the universe of the research. The sample sizes were calculated and the students that would be reached were chosen by using systematic sampling method according to the student lists.

**Findings:** "Cancer and prevention measures" was at the top of the health topics that the primary, secondary and high school students have been curious about. "Definition and concepts of health and illness" were the subjects of curiosity in primary school. The secondary and high school students were interested in more clinical concepts such as "cardiovascular diseases", "neurological diseases" and "mental health and illnesses". While "first aid" was not among the top five subjects in primary school, it ranked fifth in secondary school and second in high school. However, the teachers thought that first aid should be taught to primary school students. The only topic, commonly stated by both the teachers and the students, was "Infectious diseases and transmission routes".

**Conclusion:** It would be appropriate to take the findings of the research into account and to cooperate with the teachers during the trainings to be provided by Community Health Center for students. Besides, the results of the study could be a guide for the authors of the coursebooks, the curriculum developers and the professionals providing health education in schools.

**Key words:** Primary school, Secondary school, High school, Student, Health education

1 Doç.; Bodrum Toplum Sağlığı Merkezi, Muğla

2 Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Muğla

3 Uzm.; Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Muğla

## Giriş

1978 yılında DSÖ'ye üye ülkeler tarafından onaylanmış olan "Alma-ata Bildirgesi" ile "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramı ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Temel Sağlık Hizmetlerinin kapsamı içerisinde, bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bu sağlık sorunlarının önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi yer almıştır (1). Sağlık eğitiminin temel amacı; bireylerin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmalarını ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliğini oluşturmaktır ve sağlık eğitimi bir ülkenin sağlık koşullarını ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını iyileştirmede en önemli unsurlardan biridir (1-3).

Verilecek sağlık eğitiminin topluma en geniş şekilde ulaştırılabileceği yerlerin başında okullar gelmektedir. Henüz sağlık hakkında yeni yeni fikir ve bilgi sahibi olmaya başladıkları bu dönemde doğru bilgilerin sunulması hem öğrenebilmeleri hem de doğru bilgiler üzerine sağlık algılarını oturtabilmeleri açısından kaçırılmaması gereken önemli bir fırsattır (4). Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı arasında 25.09.2006 tarihinde imzalanan "Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" ve "Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği" ne istinaden Toplum Sağlığı Merkezleri'nce okul sağlığı hizmetleri verilmektedir(5,6). Dört boyutu olan okul sağlığı hizmetlerinin boyutlarından biri sağlık eğitimidir. Eğitimin öğrencilerin de ilgi duydukları konularda verildiğinde daha etkin olabileceği bilindiğinden bu çalışmada öğrencilerin en çok öğrenmek istedikleri sağlıkla ilgili konuları ve öğretmenlerin öğrencilere verilmesi gerektiğini düşündükleri sağlık eğitimi konularını saptamak amaçlanmıştır (1).

## Yöntem

Araştırma Bodrum İlçesinde yapılmıştır. Kesitsel tipte olan bu çalışmada, Bodrum İlçesinde bulunan ilkökul, ortaokul ve liselerde okuyan 3-12. sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. İlkokulda (3-4.sınıflar) öğrenim gören 3480, ortaokulda (5-8. sınıflar) öğrenim gören 7041 ve lisede (9-12.sınıflar) öğrenim gören 5337 öğrenci için evreni bilinen örnek formülü kullanılarak örnek büyüklükleri hesaplanmıştır. En yüksek örnek büyüklüğüne

ulaşmak için p %50 alınmıştır. Örnek büyüklüğü; ilkökul için 346, ortaokul için 364, lise için 358 öğrencidir. Evrendeki sayı örnek büyüklüğüne bölünerek sistematik örneklem yöntemi için örnek aralıkları belirlenmiştir. Örnek aralıkları ilkökul örneği için 10, ortaokul için 19, lise için ise 15 olarak hesaplanmıştır. Bodrum İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan okul, sınıf ve şube listesine göre öğretim gruplarına ayrılarak okullar alfabetik sırayla listelenmiştir. Rastgele seçilen bir başlangıç sayısından başlayıp, örnek aralıklarına göre sırasıyla sınıflardan ve şubelerden kaç öğrencinin anketi doldurulacağına karar verilmiştir. Öğrencinin o gün okulda bulunmaması durumunda sınıf listesindeki bir sonraki kişinin anketi yanıtlanması sağlanmıştır. Böylece örnek büyüklüklerinin tamamına ulaşılmıştır.

Öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, anne ve babasının yaşı, öğrenim durumu ve gelir getiren bir işte çalışma durumu, öğrencinin kendisinde ve evinde bir kişide hastalık olma durumu, evde sağlık ile ilgili bir işte çalışan kişinin bulunma durumu araştırmanın bağımsız değişkenleri, öğrencilerin sağlıkla ilgili olarak en çok öğrenmek istedikleri beş konu ise araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Öğrencilerin sağlıkla ilgili olarak en çok öğrenmek istedikleri beş konu açık uçlu olarak sorulmuştur. Ayrıca öğretmenlere de bir anket formu dağıtılmış ve öğrencilere verilmesi gereken sağlık eğitim konularını sınıflara göre belirtmeleri istenmiştir. Öğretmenler için örnek seçilmemiş ve tamamına ulaşmak istenmiştir. Ancak çalışmada gönüllülük esas alındığı için Bodrum İlçesi Milli Eğitim Müdürlüğü'nde görevli 1141 öğretmenin 560'ı (%49,1) araştırmaya katılmıştır.

Araştırma izinleri ve araştırmada kullanılan anket formları İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nün web sayfasında duyuru olarak yayınlanmış, okul idaresinin anketleri çoğaltması sağlanmış ve 11-15 Mart 2013 tarihleri arasında anketlerin doldurulması istenmiştir. Bir okuldaki öğrenciler açısından tarafsızlık ilkesi gerekçesiyle anket formları öğretmenler tarafından aynı ders saatinde öğrencilere dağıtılmış ve ders saati bitmeden toplanmıştır. Aynı okuldaki öğrencilerin verilecek cevaplar açısından birbirinden etkilenmemesi sağlanmıştır. Öğretmenler de kendileri için hazırlanan anket formunu aynı ders saatinde doldurmuşlardır. Araştırma Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü çerçevesinde yapılmış, Bodrum Kaymakamlığı ve Bodrum İlçe

Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır. Araştırma için bir etik kurul onayı alınmamıştır. Herhangi bir çıkar çatışması ve anlaşmazlık bulunmamaktadır. Çalışma için alınan parasal ve aynı katkı alınmamıştır. Araştırmanın insan gücünü Bodrum Toplum Sağlığı Merkezi personeli oluşturmuştur. Veriler SPSS 15.0 istatistik paket programına aktarılmış ve hata kontrolünün ardından analiz edilmiştir. Analizlerde yüzde dağılımları, dağılım ölçütleri ve kıkare testi kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından okullarda verilmesi gereken sağlık eğitimi konularının öğrencilerin gereksinimleri doğrultusunda belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada araştırmaya katılan ilkökul öğrencilerinin %48,8'i, ortaokul öğrencilerinin %54,2'si, lise öğrencilerinin ise %52,3'ü erkektir. İlkokul, ortaokul ve lise öğrencilerinin anneleri çoğunlukla ilkökul mezundur (sırasıyla %35,7, %43,1, %45,2). Öğrencilerin annelerinin çoğu çalışmamaktadır (sırasıyla %64,5, %63,6, %68,7). İlkokul, ortaokul ve lise öğrencilerinin babaları da çoğunlukla ilkökul mezundur (sırasıyla %34,7, %40,8, %36,4). Öğrencilerin babalarının çoğu çalışmaktadır (%94,5, %93,0, %90,3). Çalışan babaların ise çoğu yüksek öğrenim gerektirmeyen işlerde çalışmaktadır (sırasıyla %90,6, %93,8, %94,4). İlkokul, ortaokul ve lise öğrencilerinin kendisinde herhangi bir hastalık bulunma durumu sırasıyla %25,8, %20,9, %20,9'dur. İlkokul, ortaokul ve lise öğrencilerinin kendisi dışında evde herhangi bir kişide herhangi bir hastalık bulunma durumu sırasıyla %25,4, %18,4, %15,4'tür. İlkokul, ortaokul ve lise öğrencilerinin evlerinde sağlıkla ilgili bir işte çalışan bulunma durumu ise sırasıyla %2,0, %3,3, %3,6'dır (Tablo 1).

İlkokul öğrencilerinin sağlıkla ilgili en çok merak ettikleri beş konu sıklık sırasına göre; Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları (%8,9), Kanseler ve korunma önlemleri (%7,9), Sağlık alanında hizmet veren meslek bilgileri (%7,8), Sağlık ve hastalık tanım ve kavramları (%7,3) ve Ameliyat ve diğer girişimler (%6,5) olmuştur. Ortaokul öğrencilerinin sağlıkla ilgili en çok merak ettikleri beş konu sıklık sırasına göre; Kanseler ve korunma önlemleri (%9,0), Ameliyat ve diğer girişimler (%7,2), Kalp ve damar hastalıkları (%6,7), Nörolojik hastalıklar (%5,4) ve İlyardı

(%4,8) olmuştur. Lise öğrencilerinin ise sağlıkla ilgili en çok merak ettikleri beş konu sıklık sırasına göre; Kanseler ve korunma önlemleri (%9,8), İlk yardım (%8,7), Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları (%6,2), Ruh sağlığı ve hastalıkları (%5,1) ve Kalp ve damar hastalıkları (%4,9) olmuştur (Tablo 2). Öğrencilerin Tablo 1'de aktarılan bazı sosyodemografik değişkenler ile merak ettikleri sağlık konuları arasında bir ilişki araştırılmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Öğretmenlere göre ilkökul öğrencilerine verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları sıklık sırasına göre; Beslenme ve obezite, Ağız-diş sağlığı, Hijyen, Bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri ve İlk yardım olmuştur. Öğretmenlere göre ortaokul öğrencilerine verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları sıklık sırasına göre; Beslenme ve obezite, Hijyen, Ağız-diş sağlığı, Ergenlik, sorunları ve çözüm yöntemleri ve Bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri olmuştur. Öğretmenlere göre lise öğrencilerine verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları ise sıklık sırasına göre; Beslenme ve obezite, Bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri, Hijyen, Ağız-diş sağlığı ve Ergenlik, sorunları ve çözüm yöntemleri olmuştur (Tablo 3).

### **Tartışma**

Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından okullarda verilmesi gereken sağlık eğitimi konularının öğrencilerin gereksinimleri doğrultusunda belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada ilkökul, ortaokul ve lise öğrencileri arasında merak edilen sağlık konularının başında "Kanser ve korunma önlemleri" nin yer alıyor olması dikkat çekicidir. Müfredat incelendiğinde kanser konusunun 10. sınıf Biyoloji dersinde işlendiği görülmektedir (7). Bu konunun her öğretim basamağında ön sıralarda merak ediliyor olması kanserin yaygın görülmesinden ve ciddi olumsuz sonuçlarının yarattığı duyarlılıktan kaynaklanıyor olabilir. Sağlık kavramsal olarak 9. sınıf Biyoloji derslerinde işlenmektedir (8). Araştırma sonuçlarına göre "sağlık ve hastalık tanım ve kavramları" ilkökulda merak edilmekte ve bu yaş grubuna temel sağlık bilgisi ve kavramlarının öğretilebileceği düşünülmektedir. Ortaokul ve lise öğrencilerinin ilkökul öğrencilerinden farklı olarak "kalp damar hastalıkları", "nörolojik hastalıklar" ve "ruh sağlığı ve hastalıkları" gibi daha klinik kavramları merak ettikleri saptanmıştır. Müfredat incelendiğinde ortaokul ve lisede çeşitli derslerde

**Tablo 1.** Araştırmaya katılan öğrencilerinin bazı sosyodemografik özellikleri (Bodrum, 2013)

	İlkokul (N=346)		Ortaokul (N=364)		Lise (N=358)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş	Ort±ss=9,63±0,67		Ort±ss=12,59 ±1,17		Ort±ss=13,38 ±1,16	
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	164	48,8	195	54,2	184	52,3
Kadın	172	51,2	165	45,8	168	47,7
Anne yaşı	Ort±ss=35,70 ±5,52		Ort±ss=37,67±5,52		Ort±ss=41,03±5,15	
<b>Anne Öğrenim durumu</b>						
Okuryazar değil/Okuryazar	41	12,7	25	7,0	15	4,2
İlkokul mezunu	115	35,7	153	43,1	160	45,2
Ortaokul mezunu	45	14,0	55	15,5	56	15,8
İse mezunu	71	22,0	72	20,3	83	23,4
Yüksek okul/üniversite mezunu	50	15,5	50	14,1	40	11,3
<b>Annenin çalışma durumu</b>						
Evet	123	35,5	131	36,4	111	31,3
Yüksek öğrenim gerektiren iş	21	17,5	22	16,9	14	13,6
Yüksek öğrenim gerektirmeyen iş	99	82,5	108	83,1	89	86,4
Hayır	223	64,5	229	63,6	244	68,7
<b>Baba öğrenim durumu</b>						
Okuryazar değil/Okuryazar	22	7,1	7	2,0	6	1,7
İlkokul mezunu	107	34,7	142	40,8	128	36,4
Ortaokul mezunu	68	22,1	66	19,0	84	23,9
Lise mezunu	55	17,9	75	21,6	86	24,4
Yüksek okul/üniversite mezunu	56	18,2	58	16,7	48	13,6
<b>Babanın çalışma durumu</b>						
Evet	325	94,5	330	93,0	317	90,3
Yüksek öğrenim gerektiren iş	30	9,4	20	6,2	17	5,6
Yüksek öğrenim gerektirmeyen iş	289	90,6	305	93,8	286	94,4
Hayır	19	5,5	25	7,0	34	9,7
<b>Öğrencinin kendisinde herhangi bir hastalık bulunma durumu</b>						
Evet	89	25,8	76	20,9	75	20,9
Hayır	257	74,2	288	79,1	283	79,1
Baba yaşı	Ort±ss=40,67±5,71		Ort±ss=42,85±5,87		Ort±ss=46,10±5,52	
<b>Evde kendisi dışında bir kişide herhangi bir hastalık bulunma durumu</b>						
Evet	88	25,4	67	18,4	55	15,4
Hayır	258	74,6	297	81,6	303	84,6
<b>Evde sağlıklı ilgili bir işte çalışan bulunma durumu</b>						
Evet	7	2,0	12	3,3	13	3,6
Hayır	339	98,0	352	96,7	344	96,4

<b>Öğrencilere göre ne sık ifade edilen beş yanıt</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>İlkokul öğrencilerinin sağlıkla ilgili en çok merak ettikleri konular (917 yanıt içinde)</b>		
Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları	82	8,9
Kanserler ve korunma önlemleri	73	7,9
Sağlık alanında hizmet veren meslek bilgileri	72	7,8
Sağlık ve hastalık tanım ve kavramları	67	7,3
Ameliyat ve diğer girişimler	60	6,5
<b>Ortaokul öğrencilerinin sağlıkla ilgili en çok merak ettikleri konular (777 yanıt içinde)</b>		
Kanserler ve korunma önlemleri	70	9,0
Ameliyat ve cerrahi girişimler	56	7,2
Kalp ve damar hastalıkları	52	6,7
Nörolojik hastalıklar	42	5,4
İlkyardım	37	4,8
<b>Lise öğrencilerinin sağlıkla ilgili en çok merak ettikleri konular (531 yanıt içinde)</b>		
Kanserler ve korunma önlemleri	52	9,8
İlk yardım	46	8,7
Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları	33	6,2
Ruh sağlığı ve hastalıkları	27	5,1
Kalp ve damar hastalıkları	26	4,9

<b>Öğretmenlere göre en sık ifade edilen beş yanıt,</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>İlkokul öğrencilerine verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları (2000 yanıt içinde)</b>		
Beslenme ve obezite	350	17,5
Ağız-dış sağlığı	248	17,4
Hijyen	220	11,0
Bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri	212	10,6
İlkyardım	144	7,2
<b>Ortaokul öğrencilerine verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları (4461 yanıt içinde)</b>		
Beslenme ve obezite	746	16,7
Hijyen	487	10,9
Ağız-dış sağlığı	485	10,8
Ergenlik, sorunları ve çözüm yöntemleri	445	9,9
Bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri	442	9,9
<b>Lise öğrencilerine verilmesi gereken sağlık eğitimi konuları (3741 yanıt içinde)</b>		
Beslenme ve obezite	686	18,3
Bulaşıcı hastalıklar ve etkenleri	446	11,9
Hijyen	409	10,9
Ağız-dış sağlığı	334	8,9
Ergenlik, sorunları ve çözüm yöntemleri	319	8,5

organlar, sistemler ve hastalıklarının konu edildiği görülmektedir. Klinik kavramların derslerde işlenmesine karşın yine de merak ediliyor olmasının nedenlerini niteliksel araştırma yöntemleri kullanarak araştırmak uygun olacaktır.

“İlkyardım” ilkokulda en çok merak edilen ilk beş konu arasına girmezken, ortaokulda beşinci sırada, lisede ise ikinci sırada bulunmaktadır. Lisede trafik dersi kapsamında ilkyardım konusunun işlenmesine karşın merak edilen konular arasına girmesi dikkat çekmektedir (9).

Öğretmenler ise ilkyardım konusunun ilkokul öğrencilerine verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Yunanistan’da 87 ortaokul öğrencisi ile yapılmış bir çalışmaya göre ortaokul öğrencilerinin ilkyardım konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu, öğrencilerin programa büyük ilgi gösterdiği ve eğitim sonrasında bilgi düzeylerinin önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir (10). Gençlerin olası sağlık riskleriyle nasıl başa çıkacaklarını ve birinin ihtiyacı olduğunda temel ilk yardım uygulamalarının nasıl yapılacağını bilmeleri gerekmektedir (11). Bu araştırma ile saptanan öğrencilerin ilkyardım

konusundaki eğitim ihtiyacının giderilmesi uygun olacaktır.

Öğretmen ve öğrencilerin belirttiği sağlık eğitimi konuları arasındaki belirgin fark dikkat çekicidir. Etkili sağlık eğitim programları için öğretmenlerle işbirliği yapılması gerektiği bilinmektedir (12). Öğretmen ve öğrencilerin ortak olarak belirttiği tek konu "Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları" olmuştur. Öğretmenler ortaokul ve lise öğrencileri için son sıralarda da olsa "ergenlik, sorunları ve çözüm yöntemleri" konusunun öğrencilere aktarılması gerektiğini düşünürken, yalnızca lise öğrenci bu konuya gereksinim duymuştur. Öğretmenler her üç öğrenci grubu için de ilk beş içindeki sıklık sıralaması değişse de öğrencilere aktarılması gereken konuların "beslenme ve obezite", "bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları", "hijyen" ve "ağız diş sağlığı" olması gerektiğini belirtmiştir. Öğretmenlerin yaklaşık yarısının ankete yanıt vermiş olması araştırmanın bir kısıtlılığıdır. Müfredattaki konuların işleniş yöntemleri bilinmemektedir ve öğretmenlerin sağlık ile ilgili bilgi, bilinç durumu ve duyarlılığının sağlıkla ilgili konuları öğrencilere aktarma biçimini etkileme olasılığı da bulunmaktadır. Bu konuda veri toplanmamış olması araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

Toplum Sağlığı Merkez'ince verilecek eğitimlerde araştırma sonuçlarının dikkate alınması, eğitimlerin konularına göre aktarılma biçimlerinin belirlenmesi için öğretmenlerle işbirliği yapılması ve sonuçların niteliksel araştırmalarla desteklenmesi uygun olacaktır. Rekleiti ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmış bir çalışmada sağlık eğitim programlarının uygulanmasına ilişkin temel bir kural olarak okulların eğitim programlarına aktif olarak dahil olması ve desteklemesi gerektiği, bu programların öğrenciler ve öğretmenler tarafından kabul edilebilir olması ve ebeveynler ya da toplumla daha fazla işbirliği yapma şansının bulunması gerektiği ifade edilmiştir (10).

Ayrıca 9. sınıfta verilen sağlık bilgisi derslerinin bu sonuçlara göre gözden geçirilmesi, öğrenci ve öğretmenlerin belirttiği konuların harmanlanması ve tüm öğretim sürecinde grupların gereksinimlerini giderecek ölçüde aktarılması uygun olacaktır (13). Ayrıca çalışma sonuçlarının ders kitapları yazarlarına, müfredat program geliştiricilerine ve okullarda sağlık eğitimi verecek profesyonellere yol gösterici olacağı düşünülmektedir (12, 14).

**İletişim:** Dr. Funda Sevensan

**E-posta:** fundasevensan@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara. Hacettepe Üniversitesi yayınları. 2013. ISBN: 978-975-491-344-6.
2. Gün İ. Okullarda Sağlıklı Eğitim Ortamı İçin Çözümler. Halk Sağlığı Günleri, 2. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu. 17-18 Mayıs 2012, Adana. p.47.
3. Gökkoca Z. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. STED 2001; 10(10): 371-374.
4. Coşgun M, Kara F. Ortaokul Öğrencilere Verilen Sağlık Eğitiminin Bilgi Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20-24 Ekim 2014, Edirne. Accessed July 01, 2015, at: <http://uhsk.org/uhsk17/index.php/uhsk17/UHskED/paper/view/278>.
5. Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü. 25.09.2006
6. Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. 05.02.2015. Accessed July 01, 2015, at: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>.
7. Akkaya SE, Sagdıç D, Albayrak O, Öztürk E, Cavak S, İlhan F. Ortaöğretim Biyoloji 10. 2013. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları:4658, Ders Kitapları Dizisi:1354. ISBN: 978-975-11-3216-1
8. Komisyon. Ortaöğretim Biyoloji 9.sınıf. 2013. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları:5894, Ders Kitapları Dizisi:453. ISBN: 978-975-11-3769-2
9. Trafik Ve İlk Yardım Dersi Program Geliştirme Komisyonu. Ortaöğretim Trafik Ve İlk Yardım Dersi Öğretim Programı. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Ankara 2011.
10. Rekleiti M, Saridi M, Toska A, Kyriazis I, Kyloudis P, Souliotis K, Wozniak G. The effects of a first-aid education program for middle school students in a Greek urban area. Arch Med Sci 2013; 9(4): 758-760.
11. Khooshabi K, Ameneh-Forouzan S, Ghassabian A, Assari S. Is there a gender difference in associates of adolescents' lifetime illicit drug use in Tehran, Iran? Arch Med Sci 2010; 6: 399-406.
12. Adelborg K, Thim T, Secher N, Grove EL, Lo/fgren B. Benefits and shortcomings of mandatory first aid and basic life support courses for learner drivers. Resuscitation 2011; 82: 614-7.
13. Characteristics of an Effective Health Education Curriculum. Accessed July 14, 2017, at: <https://www.cdc.gov/healthyschools/sher/characteristics/index.htm>
14. Irmak AY, Coşkun E, Kocabıyık A, Hasoğlu Ö. İlköğretim Ders Kitaplarında Sağlık: Betimsel Analiz. UHskED/paper/view/656.



Dr. Özlem Köseoğlu Örnek<sup>1</sup>

Geliş/Received : 25.04.2017  
Kabul/Accepted : 21.07.2017

### Öz

**Amaç:** Çalışan çocukların psikolojik sağlık sorunları ve ilişkili faktörler incelemektir.

**Yöntem:** Konu ile ilgili orijinal araştırmalara ulaşmak için 2000-2015 yılları arasında Pubmed, Sciencedirect, Cochrane ve psychoInfo ile 2000-2013 yıllarında Scirus elektronik veri tabanları taranmıştır. Kullanılan anahtar kelimeler "Child workers", "child workers and psychological health", "young workers and psychological health" dir. Orijinal dili İngilizce olan toplam 11.174 makale incelenmiş ve 7 makale derlemeye alınmıştır.

**Bulgular:** Çalışan çocukların psikolojik sağlık durumu ile ilgili yapılan 7 çalışmanın hepsi gelişmemiş ülkelerde yapıldığı görülmüştür. Sistemik incelemeye alınan araştırmaların toplam örneklem sayısı 3989'dur. En yaygın görülen psikolojik sağlık sorununun anksiyete ve depresyon olduğu bulunmuştur. Çalışma koşullarından uzun çalışma saatleri, işyerinde düşük sosyal desteğe sahip olma, izin kullanmama, sigortasız çalışma ve işyerinde şiddete maruz kalma ile psikolojik sağlık sorunları arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

**Sonuç:** Çalışma ortamı ve özellikleri çocuklarda ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Çocuk işçiliğinin özellikle gelişmekte olan ülkelerde artış göstermesine karşın çocukların sağlığını koruma, geliştirme ve hastalıklardan önleme stratejileri üzerine yeterli araştırmaların yapılmadığı görülmektedir. Çalışma koşullarının uluslararası standartlara uygunluğunun sağlanması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk işçiliği, Genç çalışanlar, Psikolojik sorunlar, Depresyon, İşçi sağlığı

### Abstract

**Aim:** The aim of this review is to examine psychological health of child workers and related factors.

**Method:** The original studies were accessed through PubMed, Cochrane, ScienceDirect and PsychInfo databases between 2000 and 2015 and through Scirus search engine between 2000 and 2013. "Child workers", "child workers and psychological health", "young workers and psychological health", were used as the keywords. 11.174 studies, which have been originally written in English, were examined and 7 original articles were chosen from among them for this study.

**Findings:** It was seen that all of these 7 studies on psychological health status of child workers have been carried out in undeveloped countries. The total number of samples of the researches included in the systematic review was 3989. There was a strong association between the psychological health problems and work related conditions such as long working hours, low social support level in workplace, not having weekly or annual leave, working uninsured and exposure to violence in workplace ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Working environment and conditions lead to serious health problems in children. Despite the increase in child labour especially in developing countries, it was seen that there is not sufficient number of researches on protection and improvement of child workers' health and on preventive strategies to keep them away from diseases. The compliance of working conditions with international standards should be ensured.

**Key words:** Child labour, Young workers, Psychological problems, Depression, Occupational health

Çocuk işçiliği, ulusal ve uluslararası birçok düzenleme, uygulama ve toplumsal farkındalıklara karşın önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (1). Uluslararası yapılan resmi raporlandırma sonuçlarına göre çalışan çocuk sayısında azalma olmasına karşın hala ciddiyetini korumaktadır. ILO'nun 2012 yılı raporuna göre; dünyada hala 168 milyon çocuk aktif olarak çalışmaktadır. Bu sayıların, dünya ülkeleri ve ülkeler içinde ki bölgesel sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerine göre büyük bir farklılık göstermektedir. Çocuk işçiliğinin en yaygın olduğu yerlerin başında Sahra altı Afrika ülkeleri gelmektedir (%21). Çalışılan sektöre bakıldığında ise, %59 oranı ile tarım ilk sırayı almaktadır. Daha sonra ise hizmet sektörü gelmektedir (2). Türkiye'de ki çocuk işçilerin çalıştığı sektör sıralaması dünya geneli ile paralellik göstermektedir. Ancak, Türkiye'de 6-14 yaş grubu çalışan çocuk sayısının geçmiş yıllara göre arttığı ve 15-17 yaş grubunda ki çocuklarda ise çok az bir düşme olduğu görülmektedir (3). Ancak, özellikle son yıllarda birçok Orta-Doğu ülkesinde yaşanan savaşların çok yönlü sonuçlarından dolayı çocuk işçiliğinin ve sömürünün geldiği boyut tartışmaya açıktır. Çalışan çocuk sayısının resmi kayıtların çok daha ötesinde olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla, bu bölgelerde çocuk işçiliğinin önlenmesi ve kontrol altına alınması gittikçe güçleşmiştir (4).

Çocuk işçiliğinin en yaygın ve temel nedeni yoksulluk olduğu bilinmektedir. Diğer nedenler ise genellikle yoksulluğun toplumun ve dolayısıyla bireylerin sosyoekonomik yapısı üzerinde ki etkileri sonucu meydana gelmektedir. Örneğin, çocukların önemli bir kısmı en kısa zaman içerisinde meslek sahibi olmak ve aile ekonomisine destek olmak amacıyla çalışmak istediğini belirtmiştir (5,6). Çocuklar gelişimsel dönemleri gereği yetişkinlere oranla daha kırılgan ve hassas bir yapıya sahiptirler (7). Genelde ucuz işgücü olarak görülen çocuklar işçi sağlığı ve iş güvenliği ve belirlenen yasal yönetmeliklere uygun olmayan koşullarda çalıştırılmaktadırlar. Biyo-psiko-sosyolojik gelişimsel dönemlerine uygun olmayan iş ve iş çevresi koşullarda çalışmak durumunda kalan bu çocukların gelişim dönemlerini olumsuz etkilenerek birçok temel insani ve sağlık sorunun yaşanmasına neden olmaktadır (8-11). Bu sorunlardan bir tanesi en temel gereksinim ve haklarından biri olan temel eğitim olanaklarından yoksun kalmalarıdır.

Örneğin, Türkiye'de tarafından yapılan araştırmaya göre 2.5 milyon çocuk okul parasını ödeyemedikleri için eğitime devam etmedikleri ya da aile ekonomisine destek olmak amacıyla okula gidemediği bulunmuştur (12). Aile ekonomisine katkı sağlamaya çalışan bu çocukların işyeri kazası, yaralanma depresyon, kas iskelet sistemi hastalıkları gibi ciddi sağlık sorunları yaşamasına neden olarak kaliteli yaşam süresini önemli derecede azaltmaktadır (7,13). Bu sağlık sorunları yaşama oranı yetişkinlere göre ileri derecede yüksek olduğu yapılan birçok çalışmayla kanıtlanmıştır (14-16). Bu sağlık sorunlarının oluşmasında etkili bulunan en yaygın faktörler; uzun çalışma saatleri, günlük ya da yıllık izinlerin olmaması gibi çalışma koşulları ve düşük destek mekanizmasıdır (17-20).

Toplumun en hassas ve kırılgan bireyleri olan çocukların sağlıklı yaşam koşulları içerisinde yetişmelerini sağlamak ve riskli çalışma ortamları sonuçlarından korumak için ulusal ve uluslararası önleyici ve koruyucu multidisipliner projeler geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için bilimsel araştırma sonuçlarının ve girişimlerin rehber olarak kullanılması çok önemlidir. Yapılan literatür incelemesine göre ise çalışma ortamı ve koşullarının çocukların özellikle ruh sağlığı üzerinde ki sonuçlarını derleyen sistematik inceleme çalışmalarının yeterli olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla, bu sistematik inceleme, çalışan çocukların ruhsal sağlık sorunları ve etkileyen faktörlerini incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sistematik inceleme sonuçlarının, çocuk işçiliğini önleme, riskli çalışma koşullarından koruma ve çalışan çocukların ruh sağlığını koruma/geliştirmek amacıyla yapılacak olan proje ve girişimler için araştırmacılara somut veriler sunacağı düşünülmektedir. Bu çalışma kapsamında cevabı aranacak sorular aşağıdaki gibidir.

1. Çocuk işçilerin yaşadığı psikolojik sağlık sorunları nelerdir?
2. Çocuk işçilerin psikolojik sağlık durumu üzerinde etkili olan faktörler nelerdir?

### Gereç ve Yöntem

Çalışan çocukların psikolojik sağlık sorunları ve ilişkili faktörlerini inceleyen araştırmalara Pubmed, Sciondirect, PsychInfo electronic, Cochrane veri tabanlarında 2000-2015 ve Scirus veri tabanında 2000-2013 yılları arasında İngilizce olarak



yayınlanmış araştırmalar taranarak ulaşılmıştır. Kullanılan anahtar kelimeler; "Child workers, Child workers and psychological health, young workers and psychological health" dir. Yapılan taramada, araştırma başlıkları, özetleri ve gerektiğinde makalelerin tamamı ayrıntılı olarak incelenmiştir (Şekil1). Çalışmanın örnekleme özel bir grup olmasından dolayı araştırma tasarımı açısından herhangi bir sınırlamaya gidilmemiştir (Tablo 1).

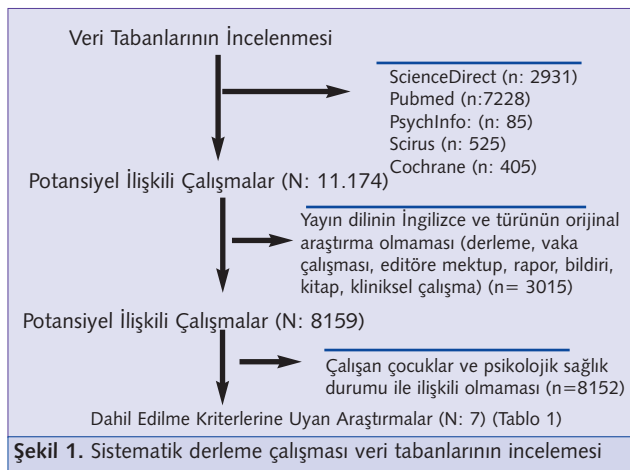
### Araştırmaların Dahil Edilme Ölçütleri

Çalışmanın kapsamına dâhil edilecek, araştırmaların seçiminde uygulanan ölçütler;

- Orjinal dilin İngilizce olması,
- Örneklem grubunun çalışan çocuklardan oluşması,
- Çalışan çocukların psikolojik sağlık durumunu ve çalışma koşullarını inceleyen/tanımlayan araştırma olması,
- Pubmed, Sciencedirect, Cochrane ve PsychInfo elektronik veri tabanlarında 2000-2015, Scirus veri tabanında ise 2000-2013 yılları arasında yayınlanan araştırma olması,
- Tam metnine ulaşılabilir olması.

### Çalışmaya Alınan Yayınların Değerlendirilmesi

Sistematik inceleme çalışmalarında, verilerin özetlenmesi için yaygın olarak kullanılan geçerli ve güvenilir bir klavuz olan "Sistematik Derleme Ya Da Meta-Analiz Çalışmalarının Raporlandırılmasında Dikkate Alınması Gereken Kriterlerin Kontrol Listesi" (Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses Statement- PRISMA) kullanılmıştır (21). Bu kontrol listesinin İngilizce kısaltması olan PRISMA kelimesi Türkçe yayınlanan çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (22). Bu incelemede, PRISMA temel alınarak, toplam 21 maddelik bir veri değerlendirme formu oluşturulmuş ve veriler bu forma göre incelenmiştir. Araştırmacı



Şekil 1. Sistematik derleme çalışması veri tabanlarının incelemesi

tarafından oluşturulan bu formun özellikleri aşağıdaki gibidir;

- Çalışmanın başlığı,
- Çalışmanın özeti,
- Çalışmanın giriş bölümü,
- Çalışmanın metodu,
- Çalışmanın amacı,
- Çalışmanın tasarımı,
- Örneklem seçme yöntemi,
- Örneklem sayısı,
- Örneklem grubunun yaptığı işlerin özelliği,
- Çalışmanın yürütüldüğü ülkeler,
- Uygulanan girişimler,
- Kullanılan veri toplama araçları,
- Çalışmanın etik kurul onayı,
- Kullanılan istatistiksel analizler,
- Çalışmanın bulguları,
- Çalışan çocukların psikolojik sağlık durumu özellikleri,
- Çalışan çocukların psikolojik sağlık durumu ile ilişkili faktörler (çalışma koşulları, sosyo-demografik özellikleri),
- Çalışmanın tartışma bölümü,
- Çalışmanın güçlü yanları,
- Çalışmanın sınırlılıkları.

### Bulgular

Bu sistematik inceleme çalışmasında, 4 veri tabanında 01 Ocak 2000 ile 31.12.2015, diğer bir veri tabanında ise 01 Ocak 2000 ile 31.12.2013 tarihleri arasında yayınlanan 11.174 çalışma taranmıştır. Bütün araştırmaların özetleri ve bu çalışmaların arasından toplam 165 araştırmanın tam metni ayrıntılı incelenmiştir. Bu inceleme ve tarama sonrasında, 7 orjinal araştırma bu çalışmaya dahil edilmiştir (6,14-15,23-26). Bu araştırmaların özellikleri Tablo 1'de, bulgu ve sonuçları ise Tablo 2'de derlenmiştir. Bulgular, araştırmaların genel özellikleri, çalışan çocukların psikolojik sağlık durumu ve ilişkili faktörlerden oluşmaktadır.

### Araştırmaların Genel Özellikleri

Sistematik incelemede yer alan araştırmaların hepsi gelişmekte olan ülkelerde (Türkiye, Hindistan, Filipin, Filistin, Etiyopya, Honduras, Nijerya, Lübnan) gerçekleştirilmiştir. Bütün araştırmalar tanımlayıcı ilişki arayıcı tasarım tipine sahiptir.

Araştırmaların örneklem grubunu oluşturan çocuk işçilerin çalıştıkları sektör ve yaptıkları işler farklılık göstermektedir. Bu işler, marangozculuk, araba tamirciliği, elektrik-elektronik malzeme tamirciliği,

kuaförcülük, berberlik, tornacılık, sokakta eşya satma, süper marketlerde eşya satma, çöplerden eşya toplayıp satma, ev işleri yapma (kendi evleri değil), çiftliklerde, küçük sanayi işletmelerinde çalışma şeklinde sıralanmaktadır. Araştırmaların %62.5'inin (n=5) örneklem büyüklüğü 300 kişi ve üzerindedir. En az örneklem sayısının olduğu çalışma (n=147) Nuwayhid, Usta, Makarem, Khudr ve Zein (2005) (15) tarafından ve örneklem sayısının en fazla olduğu (n= 1400) Hesketh, Gamlin, Ong ve Camacho (2013) (23) tarafından yapılan çalışma olduğu belirlenmiştir. Ancak, örneklem grubunun 283 olan Navarro, Cohen, Rocillo Arechaga ve Zunga (2012) (14) tarafından yapılan çalışmada, üç farklı gruptan oluşan örneklemin bir grubu çocuk yaşta olan (10-18 yaş) 81 kişiden oluşmaktadır. Bu çalışmanın yalnızca çocuk işçileri grubu sistematik çalışmanın örneklemine dahil edilmiştir. Sonuç olarak, bu sistematik incelemeye alınan araştırmalarda örneklem grupları arasında yalnızca çocuk yaşta olanların sayısı 3989 kişidir (Tablo 1).

### **Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Durumu Özellikleri ve İlişkili Faktörler Psikolojik Sağlık Durumu Özellikleri**

Genel olarak, incelemeye alınan 7 çalışma analiz edildiğinde, psikolojik sağlık sorunlarından en yaygın olarak araştırılan hastalıkların depresyon ve anksiyete olduğu bulunmuştur. Navarro, Cohen, Rocillo Arechaga ve Zunga (2012) tarafından yapılan araştırmada, adölesan yaşta ki çocuk işçilerin %20.9'un da depresyon puanının ( $p<0.0001$ ), genel anksiyete puanının ( $p<0.0001$ ) ve %24.7'sinde ise intihar eğilimli davranış puanının ( $p<0.0001$ ) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Yaklaşık olarak %35'inde ise ruh sağlığı ve nörolojik sağlık sorunları belirtileri görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.37$ ). Bu psikolojik sağlık problemlerin kız çocuklarında daha yüksek olduğu bulunmuştur (14). Hesketh, Gamlin, Ong ve Camacho (2010) tarafından Hindistan ve Filipin'de çalışan ve okula devam eden çalışmayan çocuklarda yapılan karşılaştırmalı araştırmada ise psiko-sosyal sağlık durumu özellikleri değerlendirilmiştir (öz-saygının düşük olması, kendini yetersiz hissetme). Filipin'de çalışan ve yalnızca okula devam eden çocukların düşük psiko-sosyal puan oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır

( $p=0.2$ ). Hindistan'da ki çalışan çocuk ve yalnızca okula devam eden çocukların düşük psiko-sosyal yapıya sahip olma puan oranları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (23). Ancak, Hindistan'da toplam psikososyal puan ortalaması üzerinde olumlu sonuç gösteren çalışan çocukların oranı %17.7 iken çalışmayan çocuklarda ise bu oran %25.5'dir ( $p=0.007$ ). Filipin'de ise çalışan çocuklarda bu oran %28.6 ve çalışmayan çocuklarda ise %29.6 olarak bulunmuştur ( $p=0.8$ ). Thabet, Matar, Carpintero, Bankart ve Vostaris (2010) tarafından Filistin'de yalnızca erkeklerden oluşan çalışan çocukların ruh sağlığı sorunlarından depresyon ve anksiyete ile ilişkili olan faktörler üzerine yapılan çalışma sonuçlarına göre çocukların %18.2'sinin klinik olarak tedavi ya da bir girişim gerektirecek boyutta olduğu bulunmuştur (25). Çağlayan, Hamzaoğlu, Yavuz ve Yüksel (2010) tarafından Türkiye'de yapılan çalışmada, çalışan çocukların %43.8'inin psikolojik sağlık durumunun risk düzeyi üzerinde olduğu bulunmuştur (24). Fekadu, Alem ve Häggelöf (2006) tarafından çalışan ve çalışmayan çocuklar ile yapılan araştırmada, genel olarak çocukluk dönemi duygusal ve davranış bozukluğunun görülme oranı %16.5, yalnızca çalışan çocuklarda ki oran ise %20.1'dir. Çalışan çocuklarda, duygu durum bozukluğunun 6 kat, genel anksiyetenin 2 kat ve ayrılık anksiyetesinin ise 3 kat daha fazla yaygın görüldüğü bulunmuştur (26). Nuwayhid, Usta, Makarem, Khudr ve Zein (2005) tarafından yapılan araştırmada, çalışan çocuklar ile çalışmayan çocukların anksiyete, umutsuzluk ve öz-saygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, her iki grubun psikolojik gelişim açısından kronolojik yaş gelişim döneminin gerisinde kaldığı bulunmuştur. Bu oranının çalışan çocuklarda 8 yıl, çalışmayanlarda ise 6.5 yıl olduğu görülmüştür ( $p=0.001$ ) (15). Omokhodion FO, Omokhodion SI ve Odusote (2006) tarafından yapılan araştırmaya göre çalışan çocukların %47'si kendisini arkadaşlarına göre daha az mutlu-umutlu hissettiğini ifade etmiştir (6).

### **Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Durumu ile İlişkili Faktörler**

Çalışan çocukların anksiyete, duygu durum bozukluğu ve davranış bozukluğu gibi psikolojik sağlık sorunlarına oranlarının yalnızca okula devam eden çocuklardan yüksek olduğu

**Tablo 1.** Sistematik derleme çalışmasına alınan araştırmaların temel özellikleri (N=7)

Yazarlar/Yıl	Başlık	Araştırmanın Tasarımı	Örneklemin Seçilme Yöntemi	Örneklem Grubunun Yaptığı İşler	Örneklemin Büyüklüğü ve Kapsamı
Javier Rio Navarro, Julien Cohen, Eva Rocillo Arachaga, Edgardo Zuniga ve Medecins Sans Frontieres Evaluation, 2012, Honduras	Physical and Sexual violence, mental health indicators, and treatment seeking among Street-based population groups in Tegucigalpa, Honduras	Tanımlayıcı İlişki-arayıcı	Randomize	Sex işçiliği, Sokakta eşya satma, Çöplerden geri-dönüşümü sağlanacak şeyleri satma	Honduras'ın Tegucigalpa şehrinde Sınır Tanımayan Doktorlar ( Medicines Sans Frontiers, MSF) tarafından evren grubu yeri haritalandırması yapılmış. Buna göre örneklem grupları; Adölesanlar (10-18 yaş): 81 kişi, Yetişkinler (18-72 yaş): 153 Sex işçileri: 49.
Therese M Hesketh, Jennie Gamlin, Michelle Ong, Agnes Zeneida ve Camacho, 2013, Hindistan ve Filipinler	The psychosocial impact of child domestic work: a study from India and the Philippines	Tanımlayıcı İlişki-arayıcı	Olasılıksız Örnekleme ve Kar Topu yöntemi	Ev işlerinde çalışan çocuklar	Hindistan ve Filipin'inin farklı 6 bölgesinde çalışan ve çalışmayan – okula devam eden çocuklardan oluşmaktadır. Örneklem Grupları; Filipin'den: 200 çocuk işçi ve 200 okula devam eden çocuk Hindistan'da: 500 çocuk işçi ve 500 okula devam eden çocuk Yaş grupları: 12 yaşından küçük olan 39 kişi ve diğerleri 12-18 yaş arası
A.A.Thabet, S.Matar, A.Carpintero, J.Bankart, P.Vostanis, 2010, Filistin	Mental health problems among child labour children in the Gaza strip	Tanımlayıcı İlişki-arayıcı	Tabakalı örnekleme yöntemi	Çiftliklerde, dükkan/marketlerde ve küçük sanayi işletmelerde çalışan çocuklar	Filistin, Gaza Strip'de yer alan 5 ana bölgeden yüzdelikler oranında örneklem alınmış. Buna göre örneklem; Toplam 780 erkek çocuk işçiden (9-18 yaş) oluşmaktadır.
Çiğdem Çağlayan, Onur Hamzaoğlu, Cavit I.Yavuz, Slim Yüksel, 2010, Türkiye	Working conditions and health status of child workers: Cross- sectional study of the students at an apprenticeship school	Tanımlayıcı İlişki-arayıcı	Olasılıksız örnekleme yöntemi	kuaförcülük, araba tamir iş yerleri, berberlik, tornaçılık, elektrik-elektronik tamirciliği	Türkiye'nin Kocaeli şehrinde, haftada bir gün Mesleki eğitim merkezlerinde okuyan ve aynı zamanda çalışan çocuklardan oluşmaktadır. Buna göre örneklem; 14-18 yaş grubunda olan 365 kişiden oluşmaktadır.
Daniel Fekadu, Atalay Alem, Bruno Hagglöf, 2006, Etiyopya	The prevalence of mental health problems in Ethophian child laborers	Tanımlayıcı İlişki-arayıcı	Randomize	Ev işlerinde, sokakta, özel işletmelerinde çalışan çocuklar	Etiyopya, Addis Ketaba bölgesinde sokakta, evler, özel işletmeler ve bölgede yer alan 3'de 2'si taranarak gündüz çalışıp gece okula giden çalışan çocuklar ile okul çocuklarından oluşmaktadır. Buna göre örneklem grupları; 5-15 yaş arasında olan 528 çalışan çocuk ve 472 okula devam eden çocuklardan oluşmaktadır.
F.O.Omokhodion, S.I.Omokhodion, T.O.Odusote, 2006, Nijerya	Perceptions of Child Labour among working children in Ibadan, Nigeria	Tanımlayıcı İlişki-arayıcı	Olasılıksız örnekleme yöntemi	Büyük bir markette ücret karşılığında müşterilerin eşyalarını taşıma, markette kozmetik, soğuk-buzlu su, yiyecek, elbise gibi birçok farklı eşya satma işlerinde çalışan çocuklar	Nijerya'nın Ibadan şehrinde büyük bir markette araştırmaya katılmaya kabul eden bütün çocuklardan oluşmaktadır. Buna göre örneklem grubu; 8-17 yaşları arasında toplam 225 kişiden oluşmaktadır.
I.A.Nuwayhid, J Usta, M Makarem, A Khudr, A El-Zein, 2005, Lübnan	Health of children working in small urban industrial shops	Tanımlayıcı İlişki-arayıcı	Olasılıksız örnekleme yöntemi	Marangozculuk, mekanik, metal ve diğer işler	Lübnan'ın 3 tane sosyo ekonomik düzeyi düşük olan şehrinde Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşu (Terre Des Hommes) tarafından organize edilen mesleki ve sosyal program eğitimlerine katılan çocuk işçilerden ve aynı bölgelerde aynı yaş gruplarındaki okul çocuklarından oluşmaktadır. Buna göre örneklem grubu; 10-17 yaşlarında olan 78 çocuk işçisinden ve 60 okul çocuğundan oluşmaktadır.

bulunmuştur (6). Ancak, Nuwayhid, Usta, Makarem, Khudr ve Zein (2005) tarafından yapılan çalışmada ise çocuk işçilerin %42 oranı ile daha fazla fiziksel ve sözel şiddete maruz kalması, %50'sinin ise işlerinden ayrılmayı tercih ettiklerini ifade etmesine karşın her iki grubun psikolojik sağlık durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte, anksiyete ölçeğinin ortalama değeri üzerinde puan alanların oranı çalışan çocuklarda %52, çalışmayan grupta ise %42.6 olarak bulunmuştur. Umutsuzluk ölçeği puanlarının ortalama değerinin üzerinde puan alanların oranı çalışan çocuklarda %42.7, çalışmayanlarda ise %40.8'dir. Ayrıca, çalışan çocukların çalışmayan çocuklara göre öz-saygı puanlarının ise düşük olduğu bulunmuştur (15). Genel olarak, araştırma sonuçlarına göre, çalışan çocukların psikolojik sağlık durumu ile ilişkili bulunan faktörler şunlardır;

#### **Sosyo-demografik Özellikler**

**Cinsiyet:** Ruh sağlığı bozukluğu belirti ve bulgularının kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (14,24,26).

**Eğitim:** Okula devam etmemenin psikolojik sağlık sorunun yaşamanın üzerinde 0.34-0.26 kat etkili olduğu bulunmuş ( $p<0.0001$ ) (23). Eğitim düzeyi düşük olan ya da okula devam edemeyen çocukların, çocuk işçiliğinin yoksulluğu temsil ettiğini ifade etmiştir. Yük taşıma işi yapan bu çocukların, arkadaşlarına göre kendilerini daha mutsuz, umutsuz hissettikleri bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (6).

**Ailesiyle birlikte yaşama:** Ailesiyle birlikte yaşamamanın psikolojik sağlık sorunun yaşamanın üzerinde 1.4 kat etkili olduğu bulunmuş ( $p=0.001$ ) (23).

**Algılan sağlık durumu:** Sağlık durumunun zayıf ve/veya kötü olduğunu ifade eden Hindistan grubu çalışan çocukların psikolojik sağlık sorunun yaşamanın üzerinde 1.4 kat, Filipinler grubunun ise 1.8 kat etkili olduğu bulunmuştur ( $p<0.0001$ ) (23). Algılanan sağlık durumunun kötü olmasının psikopatolojik sağlık durumu üzerinde olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur ( $p=0.000$ ) (24).

**Ekonomik durum:** Aile gelirinin düşük olmasının anksiyete belirti ve bulgularının görülmesi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ( $P=0.020$ ) (25).

#### **Çalışma Koşulları**

Uzun çalışma saatleri, yıllık izinler, iş ortamında maruz kalınan davranışlar, şiddet, kişilerarası çatışmalar ve işyerinde ki arkadaş ve yöneticiler tarafından algılanan sosyal destek düzeyinin çocukların psikolojik sağlık durumu üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.

**Fiziksel şiddete** maruz kalan çocukların 2.4 kat ( $p=0.0006$ ), **cinsel şiddete** maruz kalanların 3.7 kat ( $p<0.0001$ ), bu şiddet türlerinden herhangi birine maruz kalanların ise 4.5 kat daha fazla depresyon/anksiyete belirtilerine sahip olduğu görülmüştür ( $p<0.0001$ ). Birkaç farklı psikolojik sağlık sorunu yaşayanlara bakıldığında ise fiziksel şiddet maruziyetinin 2.8 kat ( $p=0.0001$ ) ve cinsel şiddete 2.8 kat ( $p<0.0001$ ) daha fazla yaşayanlardan oluştuğu bulunmuştur (14).

**İşyerinde kaz yapma:** İşyerinde kaza yapmanın çocukların psikopatolojik sağlık durumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur ( $p=0.01$ ) (24).

**Sosyal desteğin zayıf olması:** Büyüklerden algılanan sosyal desteğin düşük olması psikolojik sağlık durumu üzerinde olumsuz etkisi Hindistan grubunda 0,32 kat ( $p<0.0001$ ) ve Filipinler grubunda ise 0.22 kat ( $p<0.0001$ ) etkili olduğu bulunmuş (23). İşyerinde ki arkadaş ve yöneticileri ile zayıf ilişkinin olması, algılanan sosyal desteğin düşük olmasının genel anksiyete ve ayrılık anksiyetesi puanının yüksek olmasıyla yakından ilişkili olduğu bulunmuş ( $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ) (25).

**Uzun çalışma saatleri:** Uzun çalışma saatlerinin (>10 saat) Hindistan'da çalışan çocuklarda 1.7 kat ( $p<0.0001$ ), Filipinler'de çalışan çocuklarda 1.2 kat ( $p=0.02$ ) psikolojik sağlık durumu üzerinde olumsuz etkisi bulunmuş (23). Uzun çalışma saatlerinin depresyon belirtileri üzerinde etkili olduğu bulunmuş ( $p=0.003$ ) (25).

**İzin kullanma:** İzin kullanamayan çocukların psikolojik sağlık sorunun yaşamanın üzerinde 0.52 kat etkili olduğu bulunmuş ( $p<0.0001$ ) (23). Gün içerisinde dinlenmeme/mola saatlerinin olmamasının genel anksiyete ve ayrılık anksiyetesi belirti ve bulgularının görülmesi üzerinde etkili olduğu bulunmuş ( $p<0.001$ ,  $p=0.01$ ) (25).

**Sağlık Güvencesinin olmaması:** Sigortasız çalışmanın genel anksiyete ve ayrılık anksiyetesinin belirti ve bulgularının görülmesi üzerinde etkili olduğu bulunmuş ( $p<0.0001$ ,  $p<0.001$ ) (25).

**Tablo 2. Sistematik derleme çalışmasına alınan araştırmaların temel bulgu ve sonuçları (N=7)**

Araştırmalar	Örneklemin Karakteristik Özellikleri	Veri Toplama Araçları	Psikolojik Sağlık Durumu Özellikleri	Psikolojik Sağlık Durumu ile İlişkili Faktörler
Javier Rio Navarro, Julien Cohen, Eva Rocillo Arachaga, Edgardo Zuniga ve Medecins Sans Frontieres Evaluation, 2012	N= 283 Adölesanlar: 81 kişi (%72.8' i erkek), 10-18 yaş Yetişkin: 153 (18-72 yaş) Sex işçileri: 49	1.World Health Organization's Questionnaire on Violence surveillance 2.The Gender –sexual Based Violence Assesment Toolkit 3. The Composite International Diagnostic Interview	Adölesanların %20.9'unda depresyon(p<0.0001), %17.3'ünde genel anksiyete (p<0.0001), %24.7'sinde intihar-i davranış deneyimleri (p<0.0001), ve %34.6'sında ise ruh sağlığı ve nörolojik sağlık belirtileri bulunmuştur (p=0.37).	Sokakta çalışırken ve yaşarken; Depresyon belirtileri üzerinde etkili faktörler; Fiziksel şiddetin 2.4 kat (p=0.0006), Cinsel şiddetin 3.7 kat (p< 0.0001), Bu şiddet türlerinden herhangi birinin ise 4.5 kat (p< 0.0001), Bir kaç ruhsal sağlık sorunu yaşadığını ifade edenlerin; Fiziksel şiddetin 2.8 kat (p=0.0001), Cinsel şiddetin 2.8 kat (p< 0.0001), Bu şiddet türlerinden herhangi birinin ise 4.6 kat (p<0.0001), daha fazla yaşadığı bulunmuştur. Ruh sağlığı bozukluğu belirti ve bulguları cinsiyetler açısından incelendiğinde kadınlarda daha yüksek, bulunmuştur.
Therese M Hesketh, Jennie Gamlin, Michelle Ong, Agnes Zeneida V Camacho, 2013	N= 1400 kişi Çalışan çocuklar: 700 kişi Çalışmayan ve okula devam eden çocuklar: 700 kişi Toplam 12 çalışan çocuk 12 yaş altında, %60.5'i 12-15 yaş arasında yer almaktadır. Toplam örneklemin %83.8'i kadınlardan oluşmaktadır.	Çocukların psiko-sosyal iyilik halini ve faktörleri inceleyen bir anket uygulanmış.	Genel olarak Psiko-sosyal sağlık durumunu (öz-sayı, yetersiz hissetme gibi) değerlendiren sonuçlar elde edilmiş. Hindistan'da çalışan çocukların %67'si, kontrol grubunun ise %25'inin en düşük psiko-sosyal puanlamaya sahip olduğu bulunmuştur (p<0.001). Kontrol grubunda bu oran çalışan çocuklarda %36 ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (p=0.2).	Uzun çalışma saatleri, algılanan sağlık durumunun zayıf olması, arkadaşlarından ya da büyüklerinden destek alamaması ve toplum merkezlerine katılmamanın psikolojik sağlık durumu üzerinde olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur. Her iki ülkede de okula devam etmemenin (çalışan çocuklar) en düşük psiko-sosyal sınıflamasına dahil olması üzerinde 0.34 kat daha fazla etkili olduğu bulunmuş.
A.A.Thabet, S.Matar, A.Carpintero, J.Bankart, P.Vostanis, 2010	N= 780 kişi 9-18 yaş (man:15.8). Çalışanların erkeklerden oluşmaktadır.	1.Demografik Özellikler Formu 2.The Strengths and Difficulties Questionnaire 3.Spence Children's Anxiety Scale and the Depression Self-rating scale	Çalışan çocukların %18.2'sinin klinik olarak bir tedaviye gereksinim duyacak ya da klinik olarak müdahale edilmesi gereken seviyede psikolojik sağlık sorunu olduğu bulunmuştur.	Depresyon ile ilişkili bulunan faktörler İşlerinden memnun olmama (p=0.032), Ailelerinin çocukların işlerinden memnun olmama (p=0.032), Günlük uzun çalışma saatleri (p=0.003) Geniş aileden gelen çocukların (8 kardeş ve daha fazla) depresyonu yaşama oranı istatistiksel olarak yüksek bulunmuş (p=0.05). Köylerde yaşayan çocukların depresyon puanı istatistiksel olarak şehirde yaşayanlara göre yüksek bulunmuş (p=0.031). Genel anksiyete ile ilişkili anlamlı bulunan faktörler Aile gelirinin düşük olması (p=0.020), Sokakta çalışma (p=0.002), Yöneticisi ile zayıf ilişkisinin olması (p<0.001), Sigortasının olmaması (p<0.001), Gün içerisinde hiç ya da nadiren mola/dinlenme zamanlarının olması (p<0.001), Ayrılık anksiyetesi ile ilişkili anlamlı bulunan faktörler Sokakta çalışma (p<0.001), Sigortasının olmaması (p<0.001), Haftalık izin/tatilin olmaması (p=0.0169)
Çiğdem Çağlayan, Onur Hamzaoğlu, Cavit I.Yavuz, Selim Yüksel, 2010	N= 365 Mean age = 14.8 ± 1.5, 14-18 yaş Erkekler: %87.9	1.Tanımlayıcı Özellikler Formu 2.The General Health Questionnaire-12	Çalışan çocukların %43.8'inin psikolojik sağlık durumu risk düzeyinin üstünde bulunmuştur. Kızların erkeklerle göre daha fazla psikopatolojik sağlık sorunları yaşadığı bulunmuştur (p=0.009).	Psikopatolojik sağlık durumu ile ilişkili bulunan faktörler Algılanan sağlık durumunun düşük olması-negatif yönde(p=0.000), İşyerinde kaza yapma oranı (p=0.013). Erkeklerin %52.3'ünün sağlık durumunun iyi-çok iyi olarak tanımlarken kızların oranı ise %34.1(p=0.004). Çocukluk dönemi duygusal ve davranışsal durum bozuklukları ile ilişkili faktörler Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çalışıyor olmanın tek etkili faktör olduğu bulunmuş. (p=0.002)

Tablo 2'nin devamı. Sistematik derleme çalışmasına alınan araştırmaların temel bulgu ve sonuçları (N=7)				
Araştırmalar	Örneklemin Karakteristik Özellikleri	Veri Toplama Araçları	Psikolojik Sağlık Durumu Özellikleri	Psikolojik Sağlık Durumu ile İlişkili Faktörler
Daniel Fekadu, Atalay Alem, Bruno Hagglöf, 2006	N= 1000 Yaş: 5-15 yaş	1.Diagnostic Interview for Children and Adolescent 2.Diagnostic and statistical Manual-III	Çalışan ve çalışmayan kontrol grubunda, çocukluk dönemi duygusal ve davranışsal bozukluğun görülme oranı %16.5, çalışan çocuklarda ise bu oran %20.1'dir. Duygu durum bozukluğu 6 kat, genel anksiyetenin 2 kat, ayrılık anksiyetenin ise 3 kat daha fazla çalışan çocuklarda görüldüğü bulunmuştur.	Çocukluk dönemi duygusal ve davranışsal durum bozuklukları ile ilişkili faktörler Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çalışıyor olmanın tek etkili faktör olduğu bulunmuş. (p=0.002)
I.A.Nuwayhid, J Usta, M Makarem, A Khudr, A El-Zein, 2005	N= 138 Mean age= 14.09 ±1.76, 10-17 yaş Erkekler: %100	1.Standart veri toplama formu 2.The Children's Manifest Anxiety Questionnaire 3.The Hopelessness Scale for Children 4.The Self-Esteem Inventory: 5.Fiziksel muayane (göz, kulak, tansiyon,BKI) ve Lab analizleri(Hmg,ferritin,kurşun).	Çalışan ve okul çocukların anksiyete, öz-saygı ve umutsuzluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grubun kronolojik yaşlarına göre psikolojik gelişim geriliği olduğu bulunmuştur. Bu oran, çalışan çocuklarda 8 yıl, çalışmayan grupta ise 6.5 yıldır(p=0.001).	Çalışan çocukların %42 oranı ile daha fazla fiziksel ve sözel şiddete maruz kalması, %50'sinin ise işlerinden ayrılmayı tercih ettiklerini ifade etmesine karşın her iki grubun psikolojik sağlık durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

**Sokakta çalışma:** Sokakta yük taşıma işi yapan çocuklar sokakta işportacılık yapan çalışan çocuklara göre daha mutsuz, umutsuz ve şanssız hissettiği bulunmuştur (p<0.05) (26). Sokakta satıcılık yapan çocukların genel anksiyete puanı (p=0.002) ve ayrılık anksiyete puanının (p=0.001) tarım sektöründe, küçük bakkal, marketlerde ve ticari merkezlerde çalışan çocuklara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (25). Sokakta çalışmanın farklı şiddet türlerine maruz kalma oranını artırması nedeniyle psikolojik sağlık sorunların oluşması üzerinde önemli etkisi olduğu bulunmuştur (14).

### Tartışma

Dönemsel gelişim süreçleri devam eden ve yapıları gereği çok hassas bir grup olan çocuklar toplumun en temel ögesi ve geleceğidir. Sağlıklı bir toplum hedefine ulaşılması için öncelikle çocukların gelişim dönemlerine uygun olmayan işleri yapma koşullarının ve yoksulluk gibi en temel nedenlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu çalışma kapsamında incelenen araştırmaların hepsi sosyoekonomik düzeyi düşük ve gelir adaletsizliği yüksek gelişmekte olan ülkelerde yapılmış olması bu saptamayı desteklemektedir. Dolayısıyla, sağlıklı bir toplumun geleceği olan çocuklar, iş koşullarında

her türlü şiddet, taciz, baskı, ihmal ve istismar durumlarına maruz kalma riskinin yüksek olduğu çok açık bir şekilde bilinmektedir. Bu sistematik derleme ile herhangi bir iş sektörü sınırlamasına gidilmeden çocukların yaşadığı psikolojik sağlık sorunları ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

### Psikolojik Sağlık Durumu

Yapılan araştırmalar genel olarak incelendiğinde psikolojik sağlık sorunlarından en yaygın olarak araştırılan hastalıkların depresyon ve anksiyete olduğu görülmektedir. Çalışma ve çevre koşullarının psikolojik sağlık üzerine önemli etkisi olduğu görülmektedir. Sokakta satıcılık yaparak geçinmeye çalışan çocuklarda depresyon ve anksiyete oranının yüksek olduğu ve hatta intihar etmeye eğilimleri tehlikeli boyutta olduğu görülmüştür (14). Türkiye'nin Kocaeli gibi sanayi şehrinde nispeten daha az süre çalışan çırakların olarak (kuaförcülük, berberlik, elektrik ve motor tamirciliği) sokakta çalışanlara gruba göre daha avantajlı iş ve yaşam koşullarına sahip olmalarına karşın psikolojik sağlık durumu açısından riskli olanların oranı alarm düzeyinde olduğu bulunmuştur (24). Kocaeli şehrine göre yaşam koşulları daha zor olan İstanbul ilinde çıraklık yapan çocuklarla iki yıl sonra yapılan çalışmada ise psikolojik sağlık sorunlarının risk düzeyi

üzerinde olanların sayısında önemli bir artışın olduğu görülmektedir (5). Psikolojik hastalığın kesin tanısının koyulması için alanında uzman görüşüne gereksinim olmasına karşın risk düzeyinin artmış olması dikkate değerdir. Toplumun sosyoekonomik düzeyi, kültürel özellikleri, ülkenin siyasi olarak içinde bulunduğu durum, yaşam felsefesi ve coğrafik özelliklerde çocukların çalışmasına ya da sağlığı üzerinde etkili olabilmektedir. Bu etkenler karşılıklı dönüşüm içerisinde birbirinin nedeni ya da sonucu olabilmektedir. Ancak, özellikle çalışma koşulları gibi daha somut ve sistemsel sorunların kontrol altına alınması temel bir gerekliliktir. Uzun dönem sonuçlarına bakıldığında çocukların yaşam kalitesinde düşmeye neden olarak umutsuzluğa ve stres yönetiminde başarısızlığa etmektedir (27). Filistin gibi dönemsel olarak savaş ortamının yaşandığı ve kültürel yapı nedeniyle yalnızca erkek çocukların kendi evleri dışında çalışabildiği bir ülkenin Gaza bölgesinde yapılan çalışma sonuçları da dikkat çekicidir. Bu bölgelerde çocukların yalnızca çalışma koşulları değil genel olarak yaşam koşullarının da çocukların psikolojik ve fizyolojik hastalıklara sahip olma oranını da artıracığı belirtilmelidir. Çalışmayan ve yalnızca okula devam eden çocuklarında dahi ciddi psikolojik sağlık sorunları yaşadığı bulunmuştur. Yapılan karşılaştırmalı araştırma sonuçlarına göre çalışmayan okul çocukların çalışanlara göre daha düşük oranda psikolojik sağlık sorunu yaşama riski olmasına karşın gelişimsel dönemleri gereği hızlı bir hormonal, biyolojik, fizyolojik ve psikolojik süreçlerinden dolayı yetişkinlere oranla sağlık sorunları yaşama risk oranını daha yüksektir. Omokhodion FO, Omokhodion SI ve Odusote (2006) tarafından yapılan çalışmada çalışan çocukların okul arkadaşlarına göre kendilerini daha umutlu ve mutlu hissettiği ifade ettiği bulunmuştur (6). Ancak, Lübnan'da iş güvenliği ve sağlığı açısından riskli olan işyerlerinde çalışanlar ile aynı bölgede yalnızca okula devam eden aynı yaş grubu çocukların umutsuzluk, anksiyete ve öz-saygı durumu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür (15). Aynı şekilde, Hesketh, Gamlin, Ong ve Camacho (2012) tarafından Hindistan'da çalışan çocuklar ile çalışmayan çocuklara göre daha zayıf psikososyal (bireysel yeterlilik duygusu, sosyal adaptasyon, kişilik gelişimi, duygusal ve somatik iyilik hali) puana sahip olduğu ancak Filipinler'de gruplar arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu iki grup arasında ki fark

çalışma koşulları, aile özellikleri ve çalışma nedenleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Filipinler'de çalışan çocukların çalışması sonucunda okumak ve daha iyi bir yaşama ulaşmak gibi herhangi bir hedefinin olması motivasyonu ve yaşama bağlılığını artırdığı için psikolojik sağlığı etkileyebildiği düşünülmüştür. Fekadu, Alem ve Hägglöf (2006) tarafından Etiyopya'da sokaklarda, küçük işletmelerde ya da evlerde çalışanlar ile yalnızca okula giden daha küçük yaşta ki (5-15 yaş) çocuklar ile yapılan kapsamlı çalışma sonuçları da psikolojik sağlık sorunları açısından benzerlik göstermektedir. Çalışan çocuklarda ki duygu durum bozukluğunun altı kat, genel anksiyete bozukluğunun iki kat ve ayrılık anksiyetesinin üç kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur (26). Ancak, Filipinler ve Hindistan'da yapılan çalışmadan farklı olarak bu çalışmada evlerde çalışan çocuklar akşamları okula devam ederek yalnızca gündüz çalışmaktadır. Standart bir veri toplama aracı kullanılmadığı için kesin bir karşılaştırma yapmak olanaklı değilse de bu çalışmada yer alan çocuk işçilerin daha düşük oranda psikolojik sağlık sorunu yaşanması örneklemin çoğunluğunu aynı zamanda okula devam eden evde çalışan çocuklardan oluşmasının etkili olabileceği düşünülmüştür. Erken yaşta çalışan çocukların adolesan yaş dönemlerine geldiklerinde davranış problemleri yaşama oranının ve kendi yaş grubunda ki çalışmayan gruba göre sıklığının anlamlı derecede yüksek olabilmektedir (28). Çocukların yaşları dolayısıyla sahip oldukları evrensel hakları hakkında fikir sahibi olmaları ve farkındalıklarının olması çatışma, nefret, öfke duygusu hissetme ya da kabullenme gelecek ile ilgili umutlu olma düzeyini etkileyebilmektedir.

**Psikolojik Sağlık Durumu ile İlişkili Faktörler**  
Sağlık, holistik bakış açısıyla bir bütün olarak değerlendirildiğinde bireyi etkileyen bütün faktörlerin insan sağlığı üzerinde farklı düzeylerde etkili olabilmektedir. Bu sistematik derleme çalışmasında çocuk işçilerin psikolojik sağlık durumu üzerinde etkili olan faktörlerin tanımlanmasında standart bir veri toplama aracı kullanılmadığından genel bir sıklık verilememektedir. Ancak, genel olarak sosyodemografik özellikler ve çalışma koşullarının anksiyete ve depresyon gibi psikolojik hastalıkların görülme sıklığı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Yapılan üç çalışmada kadın olmanın (14,24,26), eğitim olanaklarından mahrum

olmanın iki çalışmada (6,23) ailesi ile birlikte yaşamamanın bir çalışmada (23), algılanan sağlık durumunun iyi olmamasının iki çalışmada 23-24 psikolojik sağlık sorunu yaşama oranını artırdığı bulunmuştur. Bütün bu nedenlerin temelini ve aynı zamanda sonucunu oluşturan ailenin ekonomik durumunun ise çalışan çocukların anksiyete düzeyi ve sıklığı üzerinde ileri derecede olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur (25).

Çocukların yaşlarına uygun işlerde çalışması sorumluluk bilincini geliştirdiği ve özgüveni artırdığı bilinmektedir. Ancak, çocukların gelişimsel dönemleri özelliklerine uygun olmayan işlerde çalışmak durumunda kalmaları sonucu ilerleyen yaş dönemlerinde ciddi sağlık sorunlarına neden olduğu bilinmektedir. Bu sistematik derleme kapsamında incelenen araştırma sonuçlarına göre çalışma ortamı özelliklerinden uzun çalışma saatleri, yıllık izinlerin yokluğu ve düşük sosyal destek düzeyi (23,25), çatışma, şiddet ortamının (14) işyerinde kaza yapma (24), sağlık güvencesinin olmamasının (25), psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur. Sokakta çalışmak gibi diğer iş ortamlarına göre şiddete maruz kalma oranını yüksek olan yerlerde çalışan çocukların depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sağlık sorunları daha fazla yaşamaktadırlar (14). Kore'de tekstil fabrikasında vardiyalı çalışan 10-19 yaş grubu genç grubu ile daha ileri yaş grubu arasında yapılan karşılaştırmalı çalışmada ise anksiyete düzeyinde anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur (29). Bununla birlikte sokakta yük taşıma işi yapan çocukların yaş gruplarına kendini daha şanssız ve mutsuz hissetmesi psikolojik durumu üzerinde ki etkisini göstermektedir (26). Bu faktörler çocukların ilerleyen dönemlerde yaşam sevincinde azalmaya ve şiddet olaylarına yatkınlığını artırmaktadır. Uzun çalışma saatleri, işyeri ortamında algılan sosyal destek, yapılan iş gibi çalışma özellikleri yalnızca psikolojik sorunları değil aynı zamanda fiziksel gelişim geriliği, kas iskelet sistemi sorunları, gastro intestinal, kalp ve dermatolojik rahatsızlıklar gibi fizyolojik sağlık sorunları ve uyku bozukluklarına da neden olabilmektedir (29). Örneğin, yapılan birçok çalışmada çocuk işçilerinin günlük çalışma saatleri ile fiziksel gelişim göstergelerinden beden kitle indeksi arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (24,30-31). Çocukların yaptığı ve iş özelliklerine göre yaşadığı fizyolojik sağlık sorunları kısmen özelleşebilmektedir. Ancak,

psikolojik sağlık sorunları için aynı şeyi söylemek çok zordur. Çocuklarda öz güven eksikliğine, benlik saygısında azalmaya ve kendini etkili ifade etme becerilerini olumsuz etkilenmesinin sonuçları kısa zamanda ölçülmesi güçtür (32). Lakin, uzun dönem içinde çocuklarda duygusal kırılmalara ve toplumsal aidiyet duygusunda zedelenme dahil bir çok soruna neden olabildiğinden psikolojik alanda çok boyutlu sorunlara neden olabilmektedir.

### **Çalışmanın Sınırlılıkları**

Bu sistematik inceleme çalışması, belirlenen konu ile ilişkili olan anahtar kelimeler kullanılarak ilgili veri tabanları taranarak ulaşılan 7 çalışmadan oluşmaktadır. İncelenen bu araştırmalarda farklı veri toplama araçları kullanılmasından dolayı psikolojik hastalıkların türü üzerinden genelleme yapılamaz.

### **Sonuç ve Öneriler**

Çocukların gelişimsel dönemlerine uygun olmayan koşullarda çalışmak durumunda kalması ve en temel hakları olan sağlık ve eğitim olanaklarından mahrum kalması ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Dolayısıyla, çocukların sağlıklı iş ortamı ve koşullarında çalışmasının önlenmesi ve çalıştırılmasına neden olan faktörlerin kontrol altına alınmasında yarar vardır. Çocuk yaşta çalışmanın en önemli nedenlerinden olan ekonomik desteğin sağlanmasıyla birlikte bütün küçük ölçekli işyerlerinde kayıtlı ve kayıt dışı çalışanları kapsayacak şekilde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin verilerek toplumsal farkındalığın artırılması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amaçlanmalıdır. Bu sistematik çalışma sonuçlarının araştırmacılar ve iş sağlığı hizmetleri ekibi tarafından geliştirilecek sağlığı koruma ve geliştirme programlarına veri kaynağı oluşturacağı düşünülmektedir.

**İletişim:** Dr. Özlem Köseoğlu Örnek

**E-posta:** ozlem.koseoglu62@gmail.com

### **Kaynaklar**

1. International Labour Organization (ILO). SDG Alliance 8.7 Joining forces globally to end child labour, forced labour, modern slavery and human trafficking. Accessed June 20, 2016, at [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---declaration/documents/publication/wcms\\_450718.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_450718.pdf)
2. International Labour Office: ILO International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC). Marking progress against child labour - Global estimates and trends 2000-2012. Accessed June 15, 2016, at



- [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/--ipeec/documents/publication/wcms\\_221513.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/--ipeec/documents/publication/wcms_221513.pdf).
3. Türk İstatistik Kurumu (TÜİK). Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları 2012, sayı: 13659 (02 Nisan 2013), Ankara, Türkiye. Accessed June 20, 2016, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659>
  4. International Labour Organization (ILO). The twin challenges of child labour and youth employment in the Arab States: an overview / International Labour Office; ILO Regional Office for the Arab States; Fundamental Principles and Rights at Work Branch (FUNDAMENTALS). Accessed June 20, 2016, at <http://www.ilo.org/ipeecinfo/product/download.do?type=document&id=27702>
  5. Koseoglu O, Esin MN. Psychological problems and related factors among working children in urban Istanbul, Turkey, 2012. Accessed September 15, 2016, at <http://www.fohneu.org/files/design/images/Congress/Tarragona2012/prsci.pdf>
  6. Omokhodion FO, Omokhodion SI, Odusote TO. Perceptions of child labour among working children in Ibadan, Nigeria. *Child: care, health and development* 2006; 32(3): 281-286.
  7. World Health Organization (WHO). Adolescent health epidemiology, 2016. Accessed June 15, 2016, at [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/adolescence/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/)
  8. Fischer FM., Oliveira DC, Nagai R, Teixeira LR, Lombardi Júnior M, Latorre MDR, Cooper SP. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. *Revista de saúde pública* 2005;39(2); 245-253.
  9. Loughlin C, Barling J. Young workers' work values, attitudes, and behaviours. *Journal of occupational and organizational Psychology* 2001: 74(4); 543-558.
  10. World Health Organization (WHO). The second decade: improving adolescent health and development, 2001. Accessed May 15, 2016, at [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64320/1/WHO\\_FRH\\_ADH\\_98.18\\_Rev.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64320/1/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf)
  11. Fassa AG, Facchini LA, Dall'Agnol MM, Christiani DC. Child labor and health: problems and perspectives. *Int J Occup and Environ Health* 2000;6(1);55-62.
  12. Candaş A, Yılmaz V, Günseli S, Çalar BY. Türkiye'de Eşitsizlikler; Kalıcı Eşitsizliklere Genel Bir Bakış (Inequalities in Turkey: An Overview of Permanent inequalities. Istanbul, Turkey: Bogazici University 2010. Accessed September 15, 2016, at [http://www.aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/turkiyede\\_esitsizlikler.pdf](http://www.aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/turkiyede_esitsizlikler.pdf).
  13. O'Donnell O, Rosati FC, Van Doorslaer E. Health effects of child work: Evidence from rural Vietnam. *Journal of Population Economics* 2005;18(3); 437-467.
  14. Navarro RJ, Cohen J, Rocillo Arechaga E, Zuniga E. Physical and sexual violence, mental health indicators, and treatment seeking among street-based population groups in Tegucigalpa, Honduras. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2012; 31(5); 388-395.
  15. Nuwayhid IA, Usta J, Makarem M, Khudr A, El-Zein A. Health of children working in small urban industrial shops. *Occupational and Environmental Medicine* 2005; 62(2); 86-94.
  16. Runyan CW, Zakocs RC. Epidemiology and prevention of injuries among adolescent workers in the United States. *Annual review of public health* 2000: 21(1); 247-269.
  17. Aktas E, Esin MN. Skin disease symptoms and related risk factors among young workers in high-risk jobs. *Contact dermatitis* 2016;75(2);96-105.
  18. Bozkurt S, Çam O. Investigation of the relationship between anger components and mental symptoms in working adolescents/Calisan ergenlerde ofke bileşenleri ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Archives of Neuropsychiatry* 2010: 47(2); 105-111.
  19. Fassa AG, Facchini LA, Dall'Agnol MM, Christiani DC. Child labor and musculoskeletal disorders: the Pelotas (Brazil) epidemiological survey. *Public health reports* 2005: 665-673.
  20. Fagan P, Eisenberg M, Stoddard AM, Frazier L, Sorensen G. Social influences, social norms, social support, and smoking behavior among adolescent workers. *American Journal of Health Promotion* 2001: 15(6); 414-421.
  21. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine* 2009;151(4); 264-269
  22. Esin MN, Aktaş E. Çalışma Yaşamında Şiddet ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics* 2015: 1(2); 55-64
  23. Hesketh TM, Gamlin J, Ong M, Camacho AZV. The psychosocial impact of child domestic work: a study from India and the Philippines. *Arch Dis child* 2012;773-778.
  24. Çağlayan C, Hamzaoglu O, Yavuz CI, Yüksel S. Working conditions and health status of child workers: Cross-sectional study of the students at an apprenticeship school in Kocaeli. *Pediatrics International* 2010: 52(1); 6-12.
  25. Thabet AA, Matar S, Carpintero A, Bankart J, Vostanis P. Mental health problems among labour children in the Gaza Strip. *Child: care, health and development* 2011: 37(1); 89-95.
  26. Fekadu D, Alem A, Hägglöf B. The prevalence of mental health problems in Ethiopian child laborers. *Journal of Child psychology and psychiatry* 2006: 47(9);954-959.
  27. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir mesleki eğitim merkezi öğrencilerinde umutsuzluk düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(3).
  28. Benvegnú LA, Fassa AG, Facchini LA, Wegman DH, Dall'Agnol MM. Work and behavioural problems in children and adolescents. *International Journal of Epidemiology* 2005: 34(6); 1417-1424.
  29. Lee KH, Chae CH, Kim YO, Son JS, Kim JH, Kim CW, ... Jung YS. Anxiety symptoms and occupational stress among young Korean female manufacturing workers. *Annals of occupational and environmental medicine* 2015;27(1); 24.
  30. Ambadekar NN, Wahab SN, Zodpey SP, Khandait DW. Effect of child labour on growth of children. *Public Health* 1999: 113(6); 303-306.
  31. Hawamdeh H, Spencer N. The effects of work on the growth of Jordanian boys. *Child: care, health and development* 2003: 29(3); 167-172.
  32. Razi GS, Kuzu A, Yıldız AN, Ocakçı AF, Arıfoğlu B. Self esteem communication skills and coping with stress of young workers. *Türk Silahlı Kuvvetleri, Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2009;8(1); 17-26.

Dr. Onur Naci Karahancı<sup>1</sup>, Dr. Nüket Örnek Büken<sup>2</sup>

Geliş/Received : 25.02.2017  
Kabul/Accepted : 21.05.2017

### Öz

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de açlık grevleri pek çok kez yaşanmış ve halen yaşanmaktadır. Sivil itaatsizlik olarak da değerlendirilen açlık grevleri, medikal, legal ve etik alanında hekimlere de büyük yükler getirmiştir.

Bu makale ile birçok kez sağlığın ve biyoetiğin konusu olan açlık grevleri ve açlık grevi eylemcisiyle - hekim arasında başlayan iletişim, etik bakış açısı ile değerlendirilmeye çalışılmıştır. Açlık grevleri başlığında yaşanan zorla besleme, zorla tedavi, hekim yardımlı intihar, sivil itaatsizlik, özerklik ve yeterlik tartışmaları da incelenmeye/ açıklanmaya çalışılmıştır.

Makalede ayrıca Türkiye’de ve Dünyada açlık grevlerinin tarihsel süreci incelenmiştir. Etik açıdan açlık grevleri değerlendirilmiştir. Açlık grevleri ile ilgili yol gösterici olabilecek; mesleki özerklik ve hekimin özerkliği sorunu ile ilgili metinler de incelenmiştir. Açlık grevlerini konu edinen Dünya Hekimler Birliği bildirgeleri de incelenerek, sağlık emekçilerine tüm yönleriyle yol gösterici bir metin hazırlanmaya çalışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Açlık grevi, Zorla besleme, Zorla tedavi, Etik ilkeler, Malta bildirgesi, Hekim sorumluluğu, Sivil itaatsizlik

### Abstract

As in the World, the hunger strikes have been and are still experienced in Turkey many times. The hunger strikes, which are also considered as civil disobedience, have caused great burden on physicians as well in the medical, legal and ethical fields.

This article has tried to evaluate the communication that started between the physician and the hunger strikers about health and bioethics, with an ethical point of view. The discussions on forced-feeding, forced-treatment, physician assisted suicide, civil disobedience, autonomy and competence that were made within the scope of hunger strikes were also tried to be examined/explained.

In the article, the historical process of hunger strikes in Turkey and in the World has also been examined. From an ethical point of view, the hunger strikes have been assessed. The texts that may be helpful to guide hunger strikes and that are related to professional autonomy and the problem of autonomy of the physician have also been examined. The declarations of the World Medical Association on hunger strikes have also been reviewed and it has been tried to prepare a guiding document for the health workers, which covers all aspects of hunger strikes.

**Key words:** Hunger strike, Forced-feeding, Forced-treatment, Ethical principles, Malta Declaration, Physician's responsibility, Civil disobedience

## Giriş

Birçok alanda ortaya çıkan değer sorunlarına yanıt arayan, değer sorunlarına verilmiş yanıtları sürekli sorgulayan etik ve etiğin çalışma konusunu oluşturan etik ilkeler/teoriler, hekimler için iyi bir yol gösterici olarak kabul edilmiştir (1). Açlık grevlerindeki en büyük sorumluluklardan birisi de sağlık emekçilerine, özellikle de hekimlere düşmektedir. Hekimler, açlık grevcileri ve taleplerini eylemleri aracılığıyla ilettikleri erkekler arasında kalmaktadır. Hekimler kendileri için yol gösterici ilkelere gereksinim duymaktadırlar.

*'Açlık grevi, herhangi bir tutum, davranış, uygulama ya da olayı benimsemediğini göstermek ya da bazı isteklerini yetkili kişi ya da makamlara kabul ettirmek ya da belirli bir meseleye dikkat çekmek için vücudun gereksinim duyduğu besin maddelerini kısmen ya da tamamen almayarak aç kalma esasına dayanan bir protesto yöntemidir'* (2). *'Açlık grevi yeterlik ve yetkinliği olan bireyin özgür iradesi ile yiyecek ve/veya sıvı almayı reddetme özerk eylemidir.'* (3). Bu eylem süreli, süresiz, dönüşümlü ve dönüşümsüz olabilir.

Açlık grevleri genellikle cezaevlerinde ortaya konulan politik bir eylem olarak karşımıza çıkmaktadır. Meşru protesto kanallarının var olmadığı baskıcı düzenlerde, açlık grevi, mahkum açısından oldukça önemli bir güç gösterme ve protesto biçimidir. Bu tür eylemler medikal, legal ve etik açılardan hekimlere de büyük bir yük getirmektedir. Açlık grevi eyleminin asıl amacı ölmek değil; açlık grevi sürecinde, yaşadığı topluma ve siyasi erke, politik söylem ve isteklerini iletmek ve uygulatmaktır.

Kişinin kendi bedenini, sonu ölümle bitebilecek bir eylemde araç olarak kullanmasının toplum vicdanında yarattığı travma, bazı durumlarda bu eylemin resmi makamlarca bir şekilde (çoğunlukla da zor yoluyla) sona erdirilmeye çalışılması ile sonuçlanmıştır. Kendi iradeleriyle gıda almayı reddeden mahkumlar, kimi zaman resmi makamlarca zorla beslenmiş ve böylelikle de amaçladıkları kamuoyunun oluşmasına engel olunmaya çalışılmıştır.

Diğer yandan, Henry David Thoreau'nun 1849 tarihinde yayınlanan ve sivil itaatsizlik kavramının temellerini atan "Sivil İtaatsizlik Görevine Dair" (On the Duty of Civil Disobedience) kitabından hareketle 1860'larda Gandhi ile pratik bulan "şiddet dışılık" ve "şiddet dışı direniş" felsefesinin

gelişim süreci ve etkileri önemlidir. Haksızlıklara karşı başka hangi yollarla karşı konulabilir? Haksızlıklara karşı boyun eğmek ve ya sosyal bir kaosun içine sürüklenmek ikileminin dışında insanlığın başka bir kurtuluş yolu var mıdır? Başka bir ifade ile baskıya karşı durmanın, şiddet içermeyen ve anayasal düzeni ihlal etmeyen bir yolu/yolları var mıdır? Sorularına yanıt olarak ortaya çıkmış olan bu tür eylemlerde sağlık profesyonellerinin etik ve hukuki sorumlulukları da eş zamanlı olarak tartışılmaya başlanmıştır.

## Dünyada Açlık Grevleri ve Sivil İtaatsizlik Örnekleri ile ilgili Tarihsel Süreç

Tarihsel sürece bakıldığında açlık grevlerinin bilinen ilk örnekleri, Roma döneminde Hıristiyanlara yapılan baskıya bir tepki olarak açlık grevine başvurulmasıdır. Roma imparatoru Tiberius'un yakın arkadaşı ve o dönemin avukatı Nerva, Roma'da cinayet ve işkencenin yaygın olmasına tepki olarak açlık grevi yapmıştır (4). Antik Hindistan'da oturma eylemi aynı zamanda verilen zararı ya da adaletsizliği protesto eden bir ölüm orucu oluyordu. Yine Ortaçağ İrlanda'sında eğer biri ona karşı yanlış yaptığınızı düşünür; kapınızın girişinde oruç tutar ve açlıktan ölürse, onun borçlarından siz sorumlu oluyordunuz (5).

Çarlık Rusya döneminde, siyasi hükümlüler açlık grevi başlatmışlardır (6) 1889'da Kara cezaevinde (Rusya) ilk defa kadın açlık grevcileri zorla beslenmeye çalışılmıştır (6).

Açlık grevlerini tekrar canlandırdığı kabul edilen eylemler, İngiltere'de 1909'da, İngiliz süfrajette (kadınların seçme / seçilme hakkını savunan kadınlar) tarafından yapılmıştır (5). Avam Kamarası'nın duvarına Haklar Bildirgesinden bir pasaj yazdığı için mahkum olan M. Dunlop siyasi hükümlü kabul edilmeyince, açlık grevine başlamıştır (6). Cezaevi yönetiminin açlık grevinin 91. gününde M. Dunlop'u serbest bırakarak sonlandırmayı planladığı bu eylem, kadın mahkumlar arasında hızla yayılmıştır. Kapılarının önüne güzel yemekler bırakmak gibi yöntemler de dahil bir çok yöntem denenmiştir. En sonunda mahkeme kararıyla midelerine zorla, burun ya da boğazlarından boru sokularak (nasogastrik sonda ile) yemek verilmeye çalışılmış, bu girişimler ciddi kalıcı hasarlar oluşturmuştur. Yüzlerce hekim bu zorla besleme yöntemlerine karşı çıkmış, protesto etmişlerdir. Dönemin hükümeti, eylemi sonlandırma yöntemlerine açlık grevcilerini birkaç günlüğüne serbest bırakmayı da eklemiş, ancak

birçok açlık grevcisi cezaevlerine geri dönmemiştir.

İrlanda'da, İngiliz işgaline karşı mücadele eden nasyonalistler de açlık grevi yapmış, 1917'de bir nasyonalist zorla beslenme sonrası hayatını kaybetmiştir (5). 1920'de Cork (İrlanda)'un lord olan belediye başkanı 74 günlük açlık grevinin ardından ölmüş ve *'en çok acı verenler değil, en çok acı çekenler kazanacaktır'* ünlü sözü ile hatırlanmıştır (5). 1921'de Taganka Hapishanesi'nde (Sovyetler Birliği) on üç mahkum, özgür kalma talebiyle açlık grevi başlatmıştır.

Bilinen en ünlü açlık grevcilerinden birisi, ilk açlık grevini 48 yaşında yapmış olan ve 17 kez halka açık, sayısız kez de kişisel olarak tekrarlayan Mahatma Gandhi'dir (5). Gandhi (1869-1948) açlık grevi gibi birçok sivil itaatsizlik eylemlerini sıkça kullanmış ve hedeflerinin çoğuna ulaşmıştır.

1970'li yıllar sonrasında, 2. Dünya Savaşının bitmesiyle insan hakları alanlarındaki gelişmelerle beraber, açlık grevleri daha görünür, duyarlılık gösterilir bir eylem halini almıştır. Bu dönemden önce zorla sonlandırma, zorla besleme yöntemleri sıklıkla tercih edilen bir yöntem olmaktadır (7). 1975 yılında Dünya Tabipler Birliği'nin yayınladığı Tokyo Bildirgesi'ndeki açlık grevleri ile açıklık getirmeye çalışmıştır. Ancak Tokyo Bildirgesi açlık grevleri sürecinde hekimler ve diğer sağlık emekçileri için yeterli olmamıştır. Kasım 1991'de Malta'da toplanan 43. Dünya Tıp Kongresi tarafından kabul edilen Dünya Tabipler Birliği Açlık Grevleri Konusunda Malta Bildirgesi deklare edilmiştir.

1970'lerden itibaren İngiliz cezaevlerinde ölüm oruçları yaşanmıştır. 1973 Kasım'ında Brixton Cezaevi'nde İrlandalı mahkumlarca başlatılan grev sekiz ay sürmüş, hukuki ve etik tartışmaların İngiltere'de yoğun bir şekilde yapılmasını sağlamıştır (4). Bu tartışmalar, İngiliz Tabipler Birliği'nde ve 1975'teki Dünya Tabipler Birliği'nin Tokyo Bildirgesinde de yansımaları bulmuştur, 1976'da İrlanda'da iki siyasi mahkum ve 1981'de yine İrlanda'da 10 siyasi mahkum, başladıkları ölüm orucunda yaşamlarını yitirmişlerdir (4). Katolik Kilisesi 1981'deki açlık grevcilerinin, yaptıklarının intihar olmadığına karar vermiştir (5). Siyasi mahkumların talepleri; sivil giysiler giyme, cezaevi işlerini yapmama, diğer mahkumlarla özgürce iletişim kurabilme, kendi

eğitici ve yaratıcı faaliyetlerini örgütleyebilme, haftada bir kez ziyaretçi ve koli kabul etmek şeklinde sıralanabilir (8).

İrlanda'da yaşanan açlık grevlerinde aileler de sürecin içinde aktif rol almış kamuoyu yaratmış, hekimlerden bilgi almışlardır. Bazı ailelerin müdahale talebi, açlık grevcilerinin çok sert tepkisiyle bireyin isteklerinin önüne geçememiştir. 1987 yılında İspanya'da GRAPO üyesi mahkumlar açlık grevine başlamış, İspanya'da hekimlerin ve hukukçuların da dahil olduğu bir tartışma yaşanmış, yerel yöneticiler her türlü itiraza karşın zorla besleme kararı vermiştir. Zorla müdahale edilen bir mahkum hastanede yaşamını yitirmiş, mahkumlara müdahale eden hekim daha sonrasında GRAPO üyelerince öldürülmüştür (4). Yapılan bir çalışma 1972-1982 yılları arasında elli iki ülkede iki yüzden fazla açlık grevi belgelemiş ve bu açlık grevlerinde yirmi üç kişinin öldüğünü ortaya koymuştur (5).

Yakın zamanlarda açlık grevleri İspanya ve Güney Afrika'da yaşanmıştır (4). Johannesburg'da, Kalk ve Veriava adlı doktorlar (1991) mahkumiyet koşullarını protesto etmek amacıyla açlık grevine giden 33 mahkumu tedavi ettiler. Mahkumlar hastaneye kaldırıldığında, Tokyo Bildirgesi'nin 5. maddesi gereğince bilgilendirildiler; zorla yemek yedirilemeyeceği kendilerine anlatıldı. Dr. Kalk, mahkumların yargısız mahkumiyetlerinin bir tür işkence olduğunu öne sürerek, açlık grevinin etkilerinden kurtulan hastaların mahkumiyetlerine geri dönmelerini engellemiştir. Açlık grevcilerinin hastaneden tahliye edilmelerini kabul etmemiştir. (9)

Yakın zamanlarda açlık grevlerinde dünya örnekleri yaşanmış ya da halen yaşanmaktadır. 2005 sonrası Guantanamo Cezaevinde açlık grevleri yapılmış ve zorla besleme yöntemleri de denenmiştir (10). 2012'de Bişkek'teki (Kırgızistan) cezaevinde mahkumlar açlık grevine başlamışlar ve eylemlerinde ayrıca dudaklarını da dikmişlerdir (11).

2013'te California cezaevlerinde açlık grevleri yaşanmıştır. California cezaevlerindeki açlık grevlerine yaklaşık 30000 kişinin katıldığı tahmin edilmekte olup en kalabalık açlık grevi eylemi olarak kabul edilebilir (12). 2015'te Sri Lanka'da çoğu Tamil Elam Kurtuluş Kaplanları üyesi mahkumlar açlık grevi yapmıştır (13). İsrail cezaevlerinde Filistinli mahkumlar defalarca açlık

grevleri yapmış; en yakın 2009'daki açlık grevleri sonlanmış, 2017 Nisan ayında yüzlerce mahkum tekrar açlık grevlerine başlamış, kısmi kazanımlar sonrası eylemciler ara verdiklerini açıklamıştır (14).

**Sivil İtaatsizlik Örnekleri ile ilgili Tarihsel Süreç**  
Sivil itaatsizlik tanımını ilk kez kullanan Henry David Thoreau (1817-1862), Amerika'nın Meksika ile yaptığı savaşın amacının siyahilerin köleliğini yeni bölgelere yaymak olduğunu belirtmiştir. Böyle adaletsizlikler yapan bir hükümeti desteklememek için kelle vergisini vermeyi reddetmiş, cezaevine girmiş ve 'sivil itaatsizlik' makalesini yayınlamıştır. Daha sonrasında yazdığı '*sivil itaatsizlik*' kitabına '*en iyi yönetim, en az yönetendir*' cümlesiyle başlamıştır (15). Doğrunun ve yanlışın ne olduğuna çoğunluğun değil de vicdanın karar verdiği bir hükümet sisteminin var olmasının koşullarını arar. Hükümetlerin insanların birbirlerini rahat bırakmalarını sağlayabilecek bir araç olduklarını ve yararlılıklarının, yönetilenleri rahat bıraktığı ölçüde arttığını ifade eder. Günümüz modern demokratik devletlerinde direnme hakkının aldığı yeni şekil, sivil itaatsizlik olarak tanımlanmaktadır (16). Sivil itaatsizlik, 'zalime karşı direnme hakkı' olarak 4 Temmuz 1776 tarihli Amerikan Bağımsızlık Bildirisinde de yer almıştır (15).

Sivil itaatsizlik eylem türlerinden bazıları; açlık grevi, ağaçlara sarılma, imdat frenini çekme, gizli belgelerin yayımlanması, oturma eylemi, genel greve çağrı, imza toplama, sivil savunma tatbikatında sığınaklara girmeme, otobüslerde ırklara göre oturma düzenine uymama, gizli atom silahlarının planlarını açıklama, çocuklarla el ele vererek yol kesme, yürüme eylemi olarak sayılabilir (15).

Sivil İtaatsizlik, '*şu ya da bu ölçüde adil ilişkilerin var olduğu demokratik rejimlerde, haksızlıklara karşı son bir çare olarak başvuru, anayasayı ya da toplumsal sözleşmede ifadesini bulan ortak adalet anlayışını temel alan, şiddeti reddeden yasadışı politik bir eylem*' (17). olarak tanımlanabilir.

**Sivil itaatsizlik kavramından hareketle özellikle sorgulanması gereken temel meseleler şöyle sıralanmaktadır:**

- Haksızlıklar karşısında yasal yollar tükendikten sonra, kişisel onuru zedelemekten ve anayasal düzeni yıpratmayacak şekilde bir tavır ortaya koymak olanaklı mıdır?

- Sivil itaatsizlik toplumsal olarak özgürlükleri kısıtlamadan ve şiddete başvurmadan uygulanabilir mi?

- Eğer uygulanabilir ise sınırları hangi noktaya kadardır?

- Haksız düzenlemelere karşı tavır almanın kaynağını hangi yönden tartışmak gerekir? Ahlak mı, vicdan mı, ya da başka bir dayanak nokta var mıdır?

- Sivil itaatsizlik kavramı bireysellikten ve soyut bir referans olmaktan kurtulup evrensel ve genel bir tanıma ulaşabilir mi?

- Yasa ve itaat arasında kurulan dengede var olan yasayı haklı ve geçerli kılan değer nedir?

**Bu durumda sivil itaatsizlik olgusunun temel unsurları aşağıdaki gibi belirlenmektedir:**

- Yasadışılık,

- Alenilik, hesaplanabilirlik,

- Politik ve hukuki sorumluluğun üstlenilmesi,

- Şiddetsizlik/Şiddetin reddedilmesi,

- Sistemin geneline değil, tekil haksızlıklara karşı olma,

- Ortak adalet anlayışına/ kamu vicdanına yönelik bir çağrı olması,

- Haksızlıklara karşı çifte standart kullanılamaz,

- Eylemin ciddi haksızlıklara karşı yapılması ve haksızlıkla makul bir ilişki içerisinde olmasıdır (16).

Hayrettin Ökçesiz, sivil itaatsizliği '*ilk bakışta yasadışı görünmesine karşın hukuk devletinin kendi düzeltimi ve gelişimi için gereksinim duyabileceği direnme biçimi*' olarak tanımlamakta ve '*ağır haksızlıkların yaşandığı durumlarda şiddet içeren gelişmeler başlamadan sivil itaatsizlik emniyet supabı işlevini görecektir*' (16). demektedir. Arendt'a göre ise '*politika şiddeti dışlayan bir insancıl etkinlik olduğundan sivil itaatsizlik, anayasal bir yapı altında şiddet içermeyen politik eylemin kendisidir*' (16).

Rawls'a göre, anayasal bir rejimi işletebilmek için yurttaş, gerekli gördüğü derecede kendi davranışlarını demokratik otoriteye teslim eder. Ancak kendi adalet anlayışını ona teslim etmez (16). Rawls, sivil itaatsizliği, '*demokratik düşüncenin ilkelerine göre vücuda gelmiş siyasi bir formda ortaya çıkabilecek bir sorun/eylem*' olarak tanımlar ve '*özgür bir toplum içerisinde bir protesto tarzı*' olarak değerlendirir (17). Sivil itaatsizliğin yasaya karşı olması onun meşruluğuna gölge düşürmemektedir (17). Habernas'a göre kendinden emin olan her hukuk devleti sivil itaatsizliği, siyasi kültürün zorunlu

unsuru olduğu için normalleşmiş bir yapı taşı olarak algılar (16).

*Kamu Vicdanına Çağrı Yapan Bir Sivil İtaatsizlik Örneği Olarak Gezi Parkı Olayları* adlı yazısında Dr. Büken şunları söyler: (18).

*'Kendisine ortak adalet anlayışını/kamu vicdanını temel alan sivil itaatsizlik ciddi haksızlıklara karşı yapılır. Genel olarak bu edim hukuk düzenine karşı değil, hukuk düzeni içerisinde var olan ya da ortaya çıkabilecek haksızlıklara, hukuk düzeninin bozulması tehlikesine karşı bir araçtır. Günümüzde demokratik hukuk devletinin temel özellikleri ve olmazsa olmazları bellidir; seçme ve seçilme özgürlüğü, ifade ve örgütlenme özgürlüğü, yasa önünde eşitlik, mahkemelerin bağımsızlığı, kuvvetler ayrılığı, kişinin beden ve vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı, gelir farklılıklarına karşın insanların kendilerini geliştirme ve gerçekleştirme koşullarının varlığı, azınlık hakları...*

*Toplumda bağlayıcı nitelikte olan kararların alınması sürecinde bu bağlayıcı kararlardan etkilenecek ya da bu bağlayıcı kararların uygulanmasından etkilenme ihtimali olan tüm kesimler, birey olarak da grup olarak da aktif olarak karar alma süreçlerine katılabilmelidirler. Bu koşullarda sivil itaatsizlik, demokrasinin kendini geliştirmesinin, yurttaşların kendilerini sorgulamalarının bir aracı, atılan adımlar üzerinde bir kez daha ciddi biçimde düşünülmesinin, doğruya bir adım daha yaklaşılmasının olanaklılığı olarak düşünülebilir. Gerçekten de demokratik rejimlerde sivil itaatsizliğin düzeltici bir fonksiyonu vardır. Buralarda sivil itaatsizliğe başvuranlar, karşı çıkılan hükümet icraatının anayasaya, kamu vicdanına, toplumsal sözleşmeye aykırılığını ortaya koyar ve bunun düzeltilmesini isterler. Başarılı olmaları durumunda bu düzelve gerçekleşir ve sistem asli unsurlarıyla işlemeye devam eder.*

*Ülkemizde sivil itaatsizliğin ne olduğu, hangi eylemlerin sivil itaatsizlik olarak algılanacağı konusunda ne yazık ki çok az yayın vardır. Askerlik yapmayı reddeden vicdanı retçilerin açlık grevleri, öğrencisi olduğu halde başörtüsü nedeniyle üniversiteye alınmayanların 1997'de İstanbul Üniversitesi'nin önünde dört ay süren bir saat oturma eylemi. Susurluk kazasının ardından yapılan "Sürekli Aydınlik İçin Bir Dakika Karanlık" eylemi. Cumartesi Annelerinin 1995-1999 arasında Galatasaray Lisesi önünde yaptıkları*

*oturma eylemi, Bergama'da Eurogold tarafından siyanürle altın aranmasına karşı 1997'de gerçekleşen eylemler ilk anda aklımıza gelenler... Bu eylemler insanların başka çıkar yol kalmadığını hissettikleri anda başvurdukları bir zorunluluk eylemi, çoğunluğa ve kamu vicdanına yapılan bir çağrıdır' (18).*

### **Türkiye'de Cumhuriyet Dönemi Açlık Grevleri**

Bilinen, ses getirmiş ilk açlık grevi Nazım Hikmet'in 1950'de başlattığı açlık grevidir (19). 27 Mayıs 1960 Askeri Darbesiyle tutuklanan Celal Bayar da cezaevinde 2 günlük süreli açlık grevi yapmıştır (20). Bir diğer ses getiren açlık grevi de Deniz Gezmiş, Yusuf Aslan, Hüseyin İnan'ın idam edilmelerinden hemen önce, 1972'de başlattıkları açlık grevidir (21).

1982 yılında dört, 1984 yılında altı ve 1996 yılında on iki kişinin yaşamını yitirmesine neden olan açlık grevleri, ölümlü sonuçlanan ilk açlık grevleri olarak sıralanabilir (22). 1984'te başlatılan açlık grevlerindeki talepler de İrlanda'dakilere çok benzerdi; talepler tek tip elbise uygulamasının kaldırılması, işkencelerin sona ermesi, insani ve sosyal yaşam koşullarının düzenlenmesi, siyasi tutukluluk hakkının tanınmasıydı (21). 1985 ve 1987 yıllarında da farklı cezaevlerinde açlık grevleri yapılmıştır.

2000–2007 yılları arasında, F tipi cezaevlerine karşı başlatılmış olan açlık grevi/ölüm orucu eylemlerine yüzlerce kişi katılmış; 48'i cezaevinde, 13'ü tahliye olduktan sonra, 7'si de destekçilerden olmak üzere toplam 68 insanın ölümü ile sonuçlanmıştır (22). Bu süreçte, TTB ve bağlı odaları da sorunlar yaşamıştır. İçişleri Bakanlığınca 2001 yılında, Bursa Tabip Odasından açlık grevleri için giden heyet hakkında '*tabip heyetinin cezaevine geliş amacının, ölüm orucunda bulunan hükümlüleri muayene ve tedavi etmek ve eylemlerinden vazgeçirmek için çaba sarf etmek olması gerekirken; fiziki muayene yapmadıkları, ölüm orucunda bulunan mahkumların eylemlerini destekleyici mesajlar vererek cesaretlendirdikleri, mahkumların mesajlarını dışarı ulaştırma gayreti içinde oldukları...*' denilerek TTB'den soruşturma açması istenmiştir. TTB başvurusu, '*Bu meslektaşlarımız; konu ile ilgili yetkinlikleri olan hekimlerdir ve tüm süreçte TTB Merkez Konseyi ile işbirliği içinde, ülkemizdeki yasalar (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Tıp Meslek Ahlak Kuralları, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği gibi) ve diğer ulusal,*

uluslararası belgeler ışığında, çok özverili biçimde iyi hekimlik yapmışlardır. Aslında anılan yasa ve belgelerde de ifade edilen ve zorunlu olan, gizlilik hakkı, bilgilendirme hakkı, bilgilendirilmiş onam gibi hakların korunabildiği iyi bir hasta/hekim ilişkisinin sağlanabileceği ortamın, yönetimlerce sağlanamamış olmasına karşın ortamdaki herkese yararlı olabilmek amacıyla çabalamışlar, örneğin daha sonra tutanak tutan idari elemanların varlığında bile kişilere hekimlik hizmeti vermişlerdir. Bu özverilerinin karşılığı yoktur, ödül beklemesler, buna karşın, hem de çelişkili tutanaklara dayanarak şikâyet edilmelerini ise anlamamız olanaklı değildir. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi; meslektaşlarımızın onurlu hekimlik faaliyetlerini izlemiştir, bizlere ilettikleri raporlara ve onların da elinde olan tüm tutanaklara vakıf olmuştur ve yaptıkları işlemlerde herhangi bir sorun olmadığını düşünmektedir.' şeklinde cevaplamıştır (23). TTB konuyla ilgili yaptığı basın açıklamasında da '...Hükümetler açlık grevlerinde ellerini hekimlerle yıkarlar, sözü İngiliz hekim örgütü tarafından söylenmiş ancak ülkemizde yaşanan ölümlerle birlikte, yaşanan bu ölümlerdeki sorumluluklarını gizlemeye çalışanların çabaları sonucu ülkemizde de karşılık bulmaya çalışan bir söz haline gelmiştir.' sözleriyle tepkisini ortaya koymuştur (24). Bu kez hekimler hakkında adli dava açılmış ve beraat etmişlerdir.

Açlık grevleri bağlamında TTB Merkez Konseyi ve Yüksek Onur Kurulu'na da davalar açılmıştır. 2001 yılında TTB Yüksek Onur Kurulu'na 'intihara ikna etmek' ve TTB Merkez Konseyi'ne de 'amaçları dışında faaliyet göstermek' ten dava açılmıştır. TTB tutumunu '...Öncelikle belirtmeliyiz ki ölüm orucu gibi yaşamı tehdit eden ve hekimliğin temel felsefesine aykırı bir eylem sürecinde hekimlik ahlakının evrensel standartlarını izlemek bir örgüt için en zor görevdir ve Türk Tabipleri Birliği ne yazık ki bu görevi defalarca üstlenmek zorunda kalmıştır. Türk Tabipleri Birliği olayların başından itibaren hem açlık grevini sürdürenlere tıbbi bakım vermeye çalışmış (çünkü tutuklu ve mahkumlar başka bir sağlık hizmet seçeneğini kabul etmemektedir), hem de olayların barışçı bir şekilde çözümlenmesi sürecine Adalet Bakanlığı yetkililerinin izniyle katkıda bulunmuştur. TTB, bu görevlerini yaparken Dünya Tabipleri Birliği Bildirgelerinin kamuoyunca anlaşılması için çaba göstermiştir. Şimdiye kadar Türk Tabipleri Birliği

sözcüleri bu bildirgede yer almayan hiçbir sözcüğü söylememişlerdir. Bütün bu süreç boyunca hem kamuoyunu oluşturanlar hem de devletin ilgili birimleri Türk Tabipleri Birliğinden ölüm orucundakilerin zorla beslenmesine dönük eğilimlere destek olması beklentisi içinde olmuşlardır. TTB, bu beklentiye uygun davranmayınca eleştiri ve suçlama hücumlarına maruz kalmıştır. Bir ülkeyi uygar yapan devletlerin gereksinimleri doğrultusunda davranan örgütler ve kişiler değil, her koşulda yan tutmadan evrensel değerleri ayakta tutmaya çalışan örgütler ve kişilerdir. Türk Tabipleri Birliği hekimlere emir veren değil, çerçeve sunan bir örgüttür. Son olayda sunduğu çerçeve bu konuyla ilgili tek etik bildirgesi olan Malta Bildirgesinin çerçevesidir.' şeklinde belirtmiştir.

2012'de yine birçok cezaevinde yüzlerce kişinin katılımıyla açlık grevleri yapılmıştır (25).

En son 2017'de yüzlerce kişinin katıldığı açlık grevleri 19 Nisan'da sonlandırılmıştır. Tunceli'de bir kişi, oğlunun cenazesinin devlet tarafından kendisine teslim edilmesi için 90 gün açlık grevi yaptıktan sonra, taleplerinin kabul edilmesiyle 26.0.2017 tarihinde açlık grevine oğlunu defnederek son vermiştir (26). Ankara'da bir öğretim görevlisi ve bir öğretmen, Kanun Hükmünde Kararname ile hiçbir gerekçe gösterilmeden haksız ve hukuksuz ihraç edildiklerini belirterek 9 Mart 2017'de açık alanda açlık grevlerine başlamışlardır (27). 23 Mayıs günü tutuklanan iki açlık grevcisi eylemlerine cezaevinde devam etmektedir (28). Tutuklanan öğretmenin eşi ve annesi de tutuklamayı protesto için açlık grevine başlamış, anne daha sonrasında ciddi sağlık sorunları nedeniyle açlık grevini sonlandırmıştır. Öğretmenin eşi halen açlık grevine devam etmektedir. Bu tutuklamaları protesto için ayrıca bir aşçı da 25 Mayıs 2017 tarihinden itibaren aktif çalışma hayatına devam ederek açlık grevine başlamıştır (29).

### **Açlık Grevlerinde Hekim Sorumluluğu**

Tarihsel örnekler değerlendirildiğinde, açlık grevlerinin sağlık emekçileri açısından birçok etik, legal, medikal tartışmayı da beraberinde getirdiği görülmektedir. Bireyin yaşam hakkını her şeyin üzerinde gören ve onu yaşatmak için çalışan hekim, aynı zamanda ölümün sınırına gelmiş ve bilinci kapanmış hastasının, önceden bildirdiği isteğine yönelik olarak nasıl bir eylem içerisinde olmalıdır? Hastaya tıbbi müdahalede bulunmalı

mıdır? Hekimler, insani bir girişim olarak mahkumun yaşamını kurtarmak motivasyonu mu yoksa siyasi erkin iradesini mahkuma kabul ettirmek isteğiyle mi hareket etmektedir? Hekimin kararları etik açıdan nasıl değerlendirilebilir?

### **Sağlık Çalışanlarının Çifte Yükümlülüğü**

Sağlık emekçilerinin hasta yararını gözetme ve adaletin yerine getirilmesi şeklinde çifte yükümlülüğü bulunmaktadır (30). Açlık grevlerinde hekimler için yol gösterici olabilecek ve Türkiye'nin de imzacısı olduğu *İşkençe ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı Aşağılayıcı Muamele ya da Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kılavuzu (İstanbul Protokolü)* mevcuttur. İstanbul Protokolünde 'sağlık çalışanlarının çifte yükümlülüğü' başlığı açılmıştır (31). Çifte yükümlülükler sağlık emekçileri için bazı ikilemler de doğurmaktadır. Bu ikilemler hukuk kuralları –etik ilkeler arasında olduğu gibi, iki etik ilke arasında da olmaktadır. Çifte Yükümlülüğün Getirdiği İkilemler alt başlığında:

*'Etik ile hukukun çeliştiği durumlarda ikilemler ortaya çıkar. Sağlık çalışanlarının, etik yükümlülükleri nedeniyle belli bir yasaya, örneğin hasta hakkında gizli tıbbi bilgilerin açıklanması gibi bir yasal yükümlülüğe uymamalarını gerektiren durumlar olabilir. Ulusal ve uluslararası etik ilkeler açıklamalarında, hukuk da dahil olmak üzere diğer zorunluluklar nedeniyle sağlık çalışanlarının tıbbi etiğe ve vicdanlarına aykırı davranmaya zorlanamayacakları konusunda yaygın bir uzlaşma mevcuttur. Sağlık çalışanları bu tür durumlarda, temel etik kuralları tehlikeye atmaktan ya da hastaları ciddi tehlikeye maruz bırakmaktansa, hukuka ya da yasal düzenlemelere uymayı reddetmelidirler.'* (31). denmektedir. Protokol, sağlık emekçilerine; kişinin gizlilik hakkını ihlal etmeden, adalete hizmet eden çözüm yollarını araştırmayı; ulusal tıp birlikleri, sivil toplum kuruluşları gibi güvenilir kuruluşlardan konuyla ilgili tavsiyeler alınmasını önermektedir.

### **Etik Açısından Açlık Grevleri**

Etiği *'Değişik alanlarda ortaya çıkan değer sorunlarını kavramsal düzeyde inceleyen, diğer bir deyişle yeni ortaya çıkan değer sorunlarına ilişkin açık uçlu ve yanıt verilmemiş soruları saptayan ve bunlara yanıt arayan, eski değer sorunlarına karşı oluşturulmuş ve kural haline gelmiş yanıtları ise*

*çağdaş gelişmelere göre yeniden irdeleyen felsefe dalı'* olarak da tanımlayabiliriz (32).

Etiğin olgulara dört temel yaklaşımı olarak, erdem etiği, yararcılık etiği, ödev etiği ve haklar etiği ele alınabilir. Deontolojik kuramda, ödev etiği temel alınmaktadır ve Kant tarafından kuramsallaştırılan ödev etiğinin söylemleri aşağıdaki gibidir:

Eylemi yapmaya sürükleyen herhangi bir eğilim değil de ödevse, o eylemin ahlaksal değeri vardır Genel bir -(ahlak yasası)-yasa olmasını isteyebileceğin bir ilkeye göre eylemde bulun. İnsanlığı kendinde ve başkalarında hiç bir zaman bir araç olarak değil, hep bir amaç olarak göreceksin biçimde eylemde bulun. Her insanda, insan onuruna saygı göster. Özerklik idesine uygun davran.

Son iki maddeden hareketle, açlık grevi eylemcisinin özerk kararlarına saygılı davranması hekim için uygulanabilir görünmektedir. Ancak ödev etiğinin ilk iki maddesini hayata geçirmek ve empati kurmak isteyen bir hekim için, böyle bir durumda inisiyatif almak anlaşılabilir zorluklar taşıyabilir. Hekimler, bireyin gereçlerini geçerli sayarak, beslenmeyi ve tedaviyi ret kararına uyulmasını evrensel bir yasa olarak isteyebilmekte midirler?

*'İlkecilik, ahlak felsefesindeki içinden çıkılmaz tartışmalara karşı pratik bir cevaptır. Bu sayede problemlere yaklaşıırken en iyi ahlaklılığı nasıl anlarsınız konusunda anlaşılması güç felsefi tartışmalara girmemizi engeller.'* (33) Kötü davranmama, doğruluk, sözünde durma, gerçeği söyleme, sır saklama, eşitlik, gizliliğe saygı, sadakat, özgürlük... gibi birçok etik ilkeden bahsedilebileceği gibi, Tom L. Beauchamp ve James F. Childress, etik ilkelerin de birbirine üstünlüğünün olmaması ve daha yararlı kullanılması için; 'yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet' olarak dört temel ilke belirtmiş, olgulara ilk yaklaşımda bu dört ilkenin göz önünde bulundurulmasını önermişlerdir. Ancak bazen ilkeler de birbiriyle çatışabilir. İlkeciğe bir diğer eleştiri de şematik, mekanik, özgün durumlarda kullanışsız olabilesidir.

Ahlaki felsefenin akademik geleneği, Plato'dan Rawls'a kadar ağırlıklandırma ve dengeleme ile özellikle ilgilenmemiştir. Bunun yerine, tüm olası ahlak kurallarını daha önceden belirlenmiş bir çizgiye çekme ilkesi aramaya girişmiştir. Klasik sistemde ağırlıklandırma ve dengeleme;



sıralandırma ve anlam yüklemekten daha az önemli görülmüştür. Rawls; yararcılığın en yüksek standart bakımından, tek ilkeli düşünce olduğunu, teoride ağırlıkların düzenlenmesinin fayda ilkesi üzerine kurulduğunu söyler (34).

Biyoetik konusundaki son dönem yayınlara bakıldığında da, sürekli olarak dört ilkenin tekrarlandığı, etik ilke ve kuramların yansız bir biçimde açıklandığı, okuyucuya bunların hepsini mi seçmeleri, yoksa bunlardan birini mi seçmeleri konusunda bir açıklama yapmadıkları görülür (34).

Biyomedikal Etiğin İlkeleri isimli kitaplarında Beauchamps ve Childress, etik teorinin türlerini açıkladıktan sonra, öncelikli bir ağırlıklandırma ya da sıralama vermeden her bir temel ilkenin ağırlığı olmasına izin veren ve kendilerinin 'bileşik kuram-kompozit teori' olarak adlandırdıkları bir kuramı önermişlerdir. Karışıklık durumunda üstün gelen teori her zaman belirgin özellikleri olan belirli bir çerçeveye dayanır (33). Ancak, 'belirli bir çerçevenin özellikleri bir ilkenin ötekine ağır gelmesi için dengeyi nasıl bozar?' sorusunun yanıtı yine de yeterince açık değildir.

Açlık grevlerinde 'yararlılık' ile 'özerklik', hekimlerin doğru eylemi belirleme süreçlerinde çatışabilmektedir. Hekimlerin yaşadığı etik ikilemlerden birisi, *'hekimin öncelikli görevi hastaya yararlı olmak ise, neden hastanın özerkliğine saygı gerekçesiyle sağlıklı bireyin ölümüne yol açabilecek eyleme izin veriliyor?'* sorusuyla karşımıza çıkabilir. Bu sorudan hareketle tüm sağlık emekçilerine ve özellikle hekimlere özerklik kavramıyla ilgili yeni tanımlamalar gerekli/yararlı olabilir: Özerklik, özerk birey, özerk seçim, özerk eylem ve yeterlik.

Özerklik, *'bireyin özgür ve bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliğidir.'* (32). Yeterlik, *'kendisine verilen bilgileri, yapacağı seçimin anlamını anlayabilme ve bunu dile getirebilmedir'* (32). Özerk birey, *'kendi değer, inanç ve yaşam hedeflerini koruyarak, koşullara uygun biçimde, akılcı-özgür eylem ve seçimde bulunabilen bireydir'* (32). Özerk seçim, *'bireyin, kendi yeterlik ve özgür koşulları içinde akılcı karar ve eylemlerini belirlerken yapmış olduğu seçimdir'*. Özerk eylem ise *'özerk bireyin, özerk seçimde bulunarak ortaya koyduğu eylemdir'* (32).

Özerklik, bireyi toplum çıkarı gerekçesiyle devlet ve siyasi erk baskılarına karşı koruyan önemli bir etik ilkedir. Hekimin-önceliğinin özgür düşünen bireyin kararlarına saygı göstermek olduğu kaçınılmazdır. Yaşanmış deneyimler de göstermektedir ki, siyasi erkler bu ilkeyi zedeleyebilmenin yollarını, cezaevindeki bireylerin yeterliğini tartışarak aramıştır. Yeterliği sorgulanan açlık grevindeki mahpuslar:

*'Cezaevinde kalan ve sistemle daha az iletişimi olan birey mi, yoksa sistemin bütün mekanizmalarının içinde olan (iş, maaş, evlilik, para, bankacılık vb...) birey mi daha bağımsız kararlar verebilir'* karşı argümanını geliştirmektedir.

Ancak yine de özellikle üyesi olduğu siyasi grupların etkisinde olan ve bağımsız kararlar almasında bu siyasi grupların etkinliği olabileceği kaygısı var olmalıdır. Bu kaygı etik ilkelere de yansımıştır. Bireyin bağımsız karar verebileceği ortam ve koşulların sağlanması gerekliliği, açlık grevleri için belirlenen etik ilkelerde vurgulanmaktadır.

Nüremberg Kodları, 2. Dünya Savaşındaki insanlık dışı tıbbi araştırmalar ve uygulamalar sonrası oluşturulmuştur. Nüremberg Kodlarının ana teması olan aydınlatılmış onam, özerklik ilkesinin alt başlığıdır. Aydınlatılmış onam, hekim ve hasta ilişkisinde güvenin başlangıç ve dayanağıdır (35).

Aydınlatılmış onam bir süreç olarak tanımlanır ve bu süreç, bilginin hastaya açıklanması, bilginin hasta tarafından anlaşılması, rızanın gönüllü olması, hastanın rızayı vermeye yeterli olması ve onam vermesi şeklinde beş basamaktan oluşur. Aydınlatılmış onam süreci, hasta hekim ilişkisine dairdir ve bir hekim açlık grevcisinin bakımını üstlendiği andan itibaren, o kişi hekimin hastası (3) olur.

Diğer taraftan hekimin tek uğraşı hastaları mıdır? Bu süreçte ilk çaba bireyin sağlığını kaybetmemesi ya da eylemini sonlandırması durumunda hiç ya da en az sekelle kurtulmasının sağlanmasıdır. Ancak bu durum hekime bireyin kararına müdahale hakkı ve grev kırıcı tutumda olması hakkını da tanımaz. *'Hekim ya da diğer sağlık personeli açlık grevinin kırılması için herhangi bir baskı yapamaz. Tedavi ya da bakım bu amaçla kullanılamaz.'* (3).

## Yol Gösterici Olabilecek Metinler

Hekim antlarının günümüzdeki yansıması *Mesleki Bağlılık Yemini* alt başlığıyla yayınlanan **Cenevre Bildirgesi**'dir. Bu metin Dünya Hekimler Birliği (DTB) tarafından 2.Dünya Savaşı sırasında tıp alanında da yaşanmış olan hak ihlallerinden hareketle hazırlanmıştır. Cenevre bildirgesi insan hak ve bireysel özgürlüklerini vurgulayarak, hasta hekim ilişkisinde her türlü ayrımcılığın ve baskının kabul görmeyeceğini belirten etik ilkeleri ortaya koymuştur (3).

Hekimlere siyasi erklerden en çok eleştiri özellikle Hipokrat andı ve günümüze yansıması olan Cenevre bildirgesindeki 'zarar vermeme' ilkeleri üzerinden gelmektedir (3). Ancak Cenevre bildirgesinin revizyonlarında bireysel özgürlüklere saygı gösterileceği açık olarak belirtilmiştir (3).

Bir diğer eleştiri de, hekimin bireylerin özerkliklerine saygı duyacağını belirterek "eylemsizlik" yolunu seçerse bunun 'hekim yardımcı intihar' ve/veya ötanazi olacağı şeklindeki iddialardır. DTB günümüzde hekim yardımcı intihar ve ötanaziyi eleştiriliyor olsa da, bu kavram ve uygulamaları net bir şekilde özerkliğe saygı ve bu bağlamda açlık grevi eylemlerinden ayırmıştır. '*Hekim yardımcı intihar: ...hekim tarafından geliştirilmiş bir aracın kişiye kullanımının yine hekim tarafından öğretilmesi ile gerçekleşmektedir. Ötanazi gibi, hekim yardımcı intihar da etik değildir ve tıp mesleğinde olanlarca asla uygulanmamalıdır.*

*Ancak hastanın tedaviyi reddetmesi temel bir haktır ve hekimin hastanın bu arzusuna hürmet etmesi (ölümüne neden olsa bile) etik olmayan bir davranış sayılmaz.*' (3).

*'Bir hastanın yaşamının bilerek sonlandırılması eylemi olan ötanazi, hastanın kendisinin ya da yakın akrabalarının isteği ile gerçekleştirilse bile etik değildir. Bu durum, hekimin, hastanın doğal ölüm sürecine izin verilmesi, durumunun hastalığın terminal evresinde izlenmesi yönündeki isteğine saygı duymasına engel değildir.'* (3).

Yukarıdaki etik bildirelerdeki tanımlar ve yaklaşımlarla da açıkça belirtildiği gibi açlık grevi eylemi, ötanazi ve hekim yardımcı intiharla aynı değildir. Ötanazi ve hekim yardımcı intiharda hastanın halen var olan ve tıbben tedaviden fayda göremeyeceği bir durum nedeniyle ölüme giden ağırlı acılı süreci hızlandırması isteği ve hekimin de direk ya da dolaylı yardımı vardır.

Ancak açlık grevi eyleminde hekim, öncelikle sağlığın bozulmaması için çaba sarf eder, desteğini bu yönde sunar; ölümcül sonuçların doğabileceği anda, süreci bir bütün olarak değerlendirip, inisiyatif alması istenir (3). Ne eylemcinin ne de hekimin ilk amacı!

İnsan Hakları bildirelerine göre de birey nerde olursa olsun -cezaevlerinde olmak da dahil- özgürlüğünün kısıtlandığı durumlarda da kişi olarak sahip olduğu hakları korunmalıdır (36). Hiç kimseye aşağılayıcı muamele yapılamaz: Bu kapsama bireyin kararlarının, düşüncelerinin aşığılanması, keyfi reddedilmesi, zorla beslenmesi de rahatlıkla girecektir.

'Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi Tasarısı: **İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi**'nde aydınlatılmış onam önemli yer tutmaktadır: '*Consent/ muvafakat/ onam (Genel Kural): Sağlık alanında herhangi bir müdahale ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden/onam vermesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatını/onamını her zaman, serbestçe geri alabilir.*' Bireyin bilinci kapansa bile yeterlikle verdiği kararın değerli olduğu, 'önceden açıklanmış istek' başlığıyla vurgulanmıştır: '*Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınacaktır.*'

## Mesleki Özerklik ve Hekimin Özerkliği Sorunu ile ilgili Metinler

Hekimin özerkliğinde siyasi erkler, açlık grevi eylemcileri, açlık grevi eylemcilerinin aileleri ve (varsa) bağlı buldukları siyasi gruplar baskı unsuru olabilmektedir. Kendilerinin istediği gibi davranmadığında, hekimler bu tarafların bir kısmınca sürekli taciz edilebilmekte ve eleştiri alabilmektedir.

Dünya Tabipler Birliği **Mesleki Özerklik ve Klinik Bağımsızlık Bildirgesi** (Seoul Bildirgesi): '*Mesleki özerklik ve klinik bağımsızlığın merkezi ögesi, hekimin hastalarının bakım ve tedavisinde dış tarafların ya da kişilerin olumsuz bir etkisi olmaksızın kendi mesleki yargılarını kullanma özgürlüğünün güvence altına alınmasıdır.*' demektedir.

## Açlık Grevleri ve Hasta Hakları ile İlgili Metinler

*Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir. Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir'* maddesi açıkça göstermektedir ki birey, hangi koşul ve ortamda olursa olsun (acil durumlar hariç) özgürlüğü ve özgür karar alması şüpheli hekimi, reddedebilir ve başka hekim tarafından muayene talep edebilir.

Bir diğer hasta haklarına dair bildirge olan Amsterdam Bildirgesi'nde hasta-hekim ilişkisi işlenmiş ve tıbbi girişimi reddetme ve durdurma hakkı en doğal haklardan görülmüştür. (37)- Hasta hakları bağlamında değinebilecek son bildirge olarak Bali bildirgesi; bireyin tıbbi kararlarını özgürce verebilme hakkı, tanı ve tedaviye yönelik girişimleri reddetme hakkı, bilgilendirilme hakkı, yeterlik ve mantıklı karar verme durumlarında birey hakları, tıbbi müdahalelerde bireyin onuruna saygı gösterilmesi haklarına ayrıntılı olarak değinmektedir (38).

### Konu İle İlgili Esas Bildirgeler

Dünya Tabipler Birliği'nin İnsan Hakları Konusundaki Kararı (3). İnsan hakları bağlamında hekimlerin ve hekim örgütlerinin alacağı tutumla ilgili bilgi verir: *'Dünya Tabipler Birliği ve üyesi olan tabip birlikleri, herkes için insan haklarının geçerli olmasını bekler ve insan hakları ihlalleri görüldüğünde üzerine gider. Tıp meslekleri üyeleri, genellikle insan hakları ihlallerinin ilk tanıklarıdır. Dünya Tabipler Birliği bu nedenle üye tabip birliklerini; cezaevi sisteminde çalışan doktorları net etik doğrular konusunda bilgilendirmeye, hükümlülerin insani bir bakıma almalarını engelleyen durumları çeşitli yollarla protesto etmeye ve gereksiz tutuklu bulunanların acilen salıverilmeleri için çağrıda bulunmaya davet eder'*

Açlık grevleri özelinde DTB tarafından yayınlanmış, iki bildirgeyi değerlendirebiliriz. Bunlardan ilki Tokyo Bildirgesi: 29. DTB Genel Kurulu'nda (Ekim 1975) Tokyo'da kabul edilmiştir. *'Tutukluluk ve hapis sırasındaki işkence ve öteki zalimce, insanlık dışı ya da aşağılayıcı işlem ve cezalara ilişkin olarak tıp doktorları için kılavuz'* alt başlığıyla yayınlanmıştır.

Bu bildirge maddelerinde hekimin cezaevindeki bireylerle olan ilişkisini etik çerçevelerle belirlemeye; hekimin karar almasında yol gösterici

olmaya çalışmaktadır. Zorla beslenmeye değinmektedir. Açlık grevleriyle ilgili olan madde aşağıdaki gibidir:

*Bir hükümlü beslenmeyi reddettiğinde, eğer hekim, beslenmeyi gönüllü olarak reddetmenin yol açacağı sonuçlar üzerinde kişinin tam ve doğru bir yargıya varacak yetenekte olduğu kanısında ise, bu kişiyi damardan beslemeyecektir. Hükümlünün böyle bir yargıya varma yeteneği ile ilgili karar, en azından bir başka bağımsız hekimce onaylanmalıdır. Beslenmeyi reddetmenin yol açacağı sonuçların hekim tarafından hükümlüye anlatılması gerekir.'*

### Malta Bildirgesi

Açlık grevleri özelinde hazırlanmış ikinci ve en önemli bildirge Malta Bildirgesidir. Malta Bildirgesi Kasım 1991'de Malta'da toplanan 43. Dünya Tıp Kongresi tarafından kabul edilmiş; Eylül 1992'de İspanya'nın Marbella kentinde toplanan 44. Dünya Tıp Kongresi'nde düzeltilmiş; 2006' da Güney Afrika Pilanesberg DTB Genel Kurulunda revize edilmiştir. Malta Bildirgesi, DTB tarafından *'açlık grevcilerinin sağlığından sorumlu doktorlar için bir rehber niteliğindeki açlık grevcileri üzerine bildirge'* alt başlığıyla yayınlanmıştır.

Türk Tabipleri Birliği de 'Açlık Grevleri ve Hekimler (Klinik, Etik Yaklaşım ve Hukuksal Boyu Hekimler)' isimli kitapçığının girişinde *'açlık grevlerinde uyulacak etik ilkeler Dünya Tabipler Birliğinin 1975 Tokyo ve 1991 Malta Bildirgeleri ile şekillendirilmiştir. Hekimler, ulusal düzenlemelerden önce, uluslararası etik kurallara uymaları gerektiğini unutmamalıdır. Ulusal düzenlemelerin de bu uluslararası kabul görmüş metinlere uyması elbette beklenmelidir'* cümlesiyle tutum ve öncelikleri açıkça belirtmiştir. İki bildirgeyi vurgulamıştır.

Malta Bildirgesi, tamamıyla açlık grevcileri ve hekimler arasındaki ilişkiyi etik ilkelerle düzenlemeye çalışan, hem hekim hem de açlık grevcisinin özerkliğini, yararını sağlamaya çalışan bir metindir. 2006'daki son revizyonunda bildirge, 'giriş, ilkeler ve açlık grevlerinin yönetilmesinde kılavuz' olarak üç başlıkta toparlanmaya çalışılmıştır. İlkeler başlığı da kendi içinde, etik hareket etme görevi, özerkliğe saygı, yarar ve zarar, iki taraflı sadakati dengeleme, klinik bağımsızlık, gizlilik, güven kazanma alt başlıkları altında düzenlenmiştir.

Bildirgenin giriş kısmında, yaşamın kutsallığına saygı göstermek etik bir zorunluluk; hastanın kendi aldığı karara saygı ise görev olarak tanımlanmış ve bu iki durumun ortasındaki hekim, çelişkiyle karşı karşıya olarak tanımlanmıştır. Bildirge, açlık grevlerinde hekim-açlık grevcisi ilişkisini '*bir hekim açlık grevcisinin bakımını üstlendiği andan itibaren o kişi hekimin hastası olur. Bu durumda hasta-hekim ilişkisindeki tüm uygulama ve sorumluluklar, karşılıklı güven ve gizlilik de dahil olmak üzere geçerlidir.*' (3) şeklinde tanımlar.

Bildirge zorla tıbbi müdahale konusunda da '*Müdahale etmek ya da etmemek konusundaki son karar -temel çıkarları hastanın iyiliği olmayan- üçüncü tarafların müdahalesi olmaksızın hekimine bırakılmalıdır. Gerektiğinde hekim, hastaya açıkça, onun (hastanın) tedaviyi reddetme, koma durumunda, yapay beslenme ve ölüm riski gibi kararını kendisinin onaylayıp onaylamadığını belirtmelidir. Eğer hekim hastanın reddetme kararını onaylamıyorsa, onun başka bir hekim tarafından takip edilmesini sağlamalıdır.*' (3). demektedir.

Bildirgenin etik yaklaşımlar alt başlığında: ayrıntılı tıbbi öykü alınması; tam fizik muayene yapılması; tedavi ve bakımın grevi kırıcı baskı aracı olmaması; tıbbi sonuçların ve kişiye özel tehlikelerin net şekilde bireye iletilmesi; iletişimde sıkıntı varsa çevirmen kullanılması; açlık grevi eylemcisi istiyorsa başka bir hekim görüşü alınmasının sağlanması; her müdahalede bireyin rızasının mutlaka alınması; enfeksiyon gibi sorunlarda da hastanın tedaviyi reddetmesinin hekimde önyargı oluşturmaması; hekimin her gün hastasını ziyaret etmesi; ziyaretlerinde hastanın isteklerini, bilinç durumunu ve eylemine devam edip etmeme isteğini değerlendirmesi; bilinç kaybı durumunda hastanın isteklerinin belirlenmesi ve kayıt altına alınması gereklilikleri vurgulanır. Günlük tıbbi notların gizliliği ve korunmasından hekimin sorumlu olduğu belirtilir.

Yine Malta Bildirgesinde yapay beslenmenin hastanın isteği olmadığı sürece kesinlikle reddedilmesi gerektiği belirtilmiştir. Hastanın bilincinin kaybolması durumunda, açlık grevi sürecinde aldığı karar da göz önünde bulundurularak tedaviye devam edip etmeme kararı konusunda hekim özgür bırakılmıştır. Açlık grevi eylemcisinin özerk karar vermesinin

sağlanması için, '*açlık grevi yapan kişi baskı altında tutulabileceği ortamlardan korunmalıdır. Bu durum onun diğer açlık grevi yapanlardan ayrılmasını da gerektirebilir* (3).' maddesi konulmuştur.

2006 revizyonunun ilkeler kısmının 6. maddesi '*...açlık grevi eylemcilerinin baskıdan korunması gerekebilir. Hekimler, çoğunlukla baskıdan korumaya yardımcı olabilirler ve eylemcinin kendi gruplarından, otoritelerden ve aile gibi diğer gruplardan gelebilecek baskılara karşı farkında olmalıdır.*' şeklindedir. Giriş kısmına da '*hekimler özellikle kolektif açlık grevlerinde ya da durumlarda fark edilemeyen baskı faktörü olabileceğinden bireylerin gerçek niyetlerini sorgulamak zorundadır*' olarak düzenlenmiştir.

Malta Bildirgesinin 1992 versiyonunda '*hastanın ailesini bilgilendirmek hekimin sorumluluğundadır. Ailenin bilgilendirilmemesi ancak açlık grevcisinin talebiyle olur.*' (3) denilmektedir. 2006'daki revizyonunda ise '*eğer bireyler aynı fikirde olursa, onların akrabaları ve hukuksal danışmanları bilgilendirilir*' şeklinde düzenlenmiştir. Böylece ailenin bilgilendirilmemesi değil, bilgilendirilmesi açlık grevi eylemcisinin kararına bırakılmıştır.

Malta Bildirgesi Dünya Tabipler Birliği 206. Konsey Toplantısı'nda Türk Tabipleri Birliği'nin de katkılarıyla güncellenmiş ve 2019'da Türkiye'de yapılacak olan DTB Genel Kurul onayına iletilmiştir. Revizyon ile '*hekimlerin karar verme yeterliği olan açlık grevcilerini zorla beslememe, buna yardım etmeme ve önermeme yükümlülükleri olduğu, yeterliğini yitirmiş grevcilerin daha önceden verdikleri kararlara saygı gösterilmesi gerektiği bir kez daha ve açıkça vurgulanacağı*' belirtilmiştir (39).

### Sonuç ve Değerlendirme

'*Açlık bir iletişim çeşididir*' (5). Açlık grevcileri fiziksel zayıflıklarını güçleri olarak görürler, böylece iktidarla olan güç eşitsizliğini dengeleyeceklerine inanırlar; fiziksel güçlerinin zayıflaması, otoritenin de gücünü zayıflatacağı; güç dengesizliği dengeye gelecektir (5).

Birçok ülkede yaşanan acı deneyimler DTB'yi ve Türkiye'deki acı deneyimler de TTB'yi bu konuda tutum geliştirmeye yönlendirmiştir. Tarih boyunca birçok insanlık dışı uygulamanın ilk şahidi olan hekimler; açlık grevlerinde de ilk şahit, ilk müdahil ve ilk eleştirilenlerden olmaktadır.

Birçok dünya örneğinde de görülmüştür ki siyasi erkler, çoğunlukla kendilerine yönelik yapılan ve kamuoyunda yaygın ses ve duyarlılık getiren bu eylemleri görülmez- duyulmaz kılmak istemektedir. Toplumsal tepkiyi en aza indirmeye, bireylerin özerkliğine karşın bitirmeye çalışmaktadır (4). Açlık grevi eylemcileri ise hem hayata olan bağlılıklarını kamuoyuna anlatmaya çalışmakta, hem de sağlıklarının en az zarar görmesi için uğraşmaktadırlar. *'Kişinin kendisini ölüme götürecek bir süreci gönüllü olarak başlatması ve en nihayetinde bu sürecin ölüm ve/veya ciddi bedensel / ruhsal hasarlarla sonuçlanabileceği olması, açlık grevinin en temel özgeçisidir. Kişi, bu yöntemle kendisi açısından önemli olan bir konuya dair protestosunu ve/veya ifadesini toplum vicdanını sarsacak bir şekilde, ruhsal ve fiziksel sağlığını / yaşamını geriye öteleyerek yöneticilerin ve toplumun dikkatine sunar.'* (2). Hekimlerin alacağı her karar kritik olacak ve taraflardan birini memnun etmeyebilecektir.

Açlık grevlerinin hekimler için bir diğer tartışma konusu da açlık grevcisinin bilincinin kapanması durumunda yapılması / yapılmaması gerekenler ve tıbbi müdahale edilmemesi durumunda açlık grevcisinin ölecek olması halinde etik, hukuki sorumlulukların kime ait olduğudur. Hekim, yaşamını tehlikeye atan grevcinin durumu karşısında seyirci kalabilir mi? Müdahale etmeyip, hastası konumundaki grevcinin ölümüne seyirci mi kalacaktır? Yaşatmaya çalışırsa, grevcinin ikna olmadığı durumlarda zorla besleme yöntemlerine başvuracak, bu kez de hastanın kişilik haklarına tecavüz etmiş olmayacak mıdır?

Eylemin biçimi, niteliği, tarih boyunca kutsallık atfedilen bir değer olan insan yaşamını tehdit etmektedir. Sorunun odağında insan ve onun sahip olduğu en önemli ve temel değer olan 'yaşam' vardır. *'Doğal olarak, hiç kimse ve hiçbir tüze düzeni, insanın ana rahmine düştüğü andan itibaren sahip olduğu yaşamın sona erdirilmesi olasılığına kayıtsız kalamamıştır. Bu nedenle, intihar, ötanazi, açlık grevi gibi, insan yaşamının sona ermesi ya da erdirilmesi gibi konular toplumbilimin, tüze biliminin, tıbbın ilgi alanında olmuştur.'* (6)

Hekimlerin yaşayacağı bu ikilemlerde evrensel insan hakları değerleri ve tıp içerisinde özelleşmiş etik değerler yol gösterici olacaktır. Hastaların, hekimlerin yaşayabilecekleri sorunlarda koruyucu

olacak bu etik değerler taraflara ve topluma iyi anlatılmalı hekimler tarafından sahiplenilmesi sağlanmalıdır. Sağlık emekçileri ve hekimlerin etik değerleri içselleştirerek hareket etmesi, iç görü, ön görü, özsayı ve özgüveni de yanında getirecektir. Etik değerlerin yaptırımı insanların vicdanındadır ve bu değerler ancak yasalara yol gösterici olabilir. Etik değerlere sahip çıkmak ve etkili kılmak; sivil inisiyatiflere, demokratik kitle örgütlerine düşmektedir. Hekim örgütleri de tıp etiği değerlerini ve onu uygulayan hekimleri savunmak, bilinçlendirmek, farkındalık yaratmakla sorumludurlar. Gerek DTB gerekse TTB muhatabı oldukları açlık grevleri ile ilgili inisiyatif almışlar, çalışma yürütmüşler ve yürütmektedirler.

Ancak hekimler de unutmamalıdır ki açlık bir hastalık ve açlık grevi eylemcisi de hasta değildir. Açlık grevini ortadan kaldıracak şey de sağlık emekçilerinin tedavisi değildir. Hekimler açlık grevcisinin yaşam kalitesini yüksek tutmaya çalışırken, açlık grevinin beden üzerindeki yüküne ek hastalıklar gibi yükler eklenmesine engel olmaya çalışırlar. Açlık grevcisi eylemini sonlandırma kararı aldığıda sağlığına kavuşması için çaba sarf ederler. İktidarlar için bireylerin hasta olması her zaman aç olmaları yerine tercih edilir. *'Hastayım ifadesi onlar için açım ifadesinden daha tehlikesizdir.'* (5). *Scheper-Hughes: 'Aç bir vücut, içinde bulunduğu topluma karşı güçlü bir eleştirmendir. Hasta biri ise hiç kimseye karışmaz'* (5).

DTB'nin ve TTB'nin özerklik başlığında halen tartışması, tutum belirlemesi gereken durumlar vardır. Dünya Tabipler Birliği'nin, hastaların son dönemlerinde 'doğal ölüm' sürecine saygı gösterilmeli yaklaşımı açlık grevleri için muğlak kalmaktadır. Her gelen gün sorumluluk sahibi bireylere/hekimlere yeni görevler yüklemekte ve onlardan çağdaş/ uygulanabilir cevaplar beklemektedir. *'...çok mükemmel tanımlamalar/saptamalar içeren, sorunları çok iyi sıralayan öyle metinler yazılmaktadır ki. Ama bu metinler, yalnızca sorunları tanımlamakta, sorunlar arasındaki ilişkileri açıklamaktan ısrarla kaçınmaktadır. Yani parçaları dizmekte, bunları bütünlüyle ilişkilendirmemektedir; 'puzzle'ın bütün parçaları vardır, eksiksiz olarak, ama ortada anlamlı/sahici bir görüntü yoktur! Bir sorunu etkileyen faktörleri yan yana/alt alta sıralayıp, bunların birbirleri ile ilişkisi olmayan kendi içinde özerk yapılar olarak nitelemek; sorunlara*

yapılacak müdahaleleri, onları belirleyen güç ilişkileri ve yapılardan bağımsız olarak ele almak, ideolojik olarak tercih edilmektedir. Sağlık alanında da, doğum kontrolü, teknoloji transferi, globalleşme gibi yaklaşımların, az gelişmişliğe çare olacağını ifade etmek aynı anlama gelmektedir.' (40).

Genetik verilerin saklanması, gen ve mahremiyet ilişkisi, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği açısından LGBTİ+'ların sağlık hakları, dünyanın birçok yerinde yasal olarak kabul edilmiş ve uygulanmakta olan ötanazi, hekim yardımcı intihar, biyopolitikalar, sağlık politikaları, savaş/ toplumsal travmalarda hekim tutumu, açlık grevlerinde hekim tutumu gibi birçok konuda insanlık bize yeni görevler vermektedir. Böylesi birçok başlığı tartışmamızı, tartıştırmamızı istemekte ve bizden yol gösterici, pratik, uygulanabilir cevaplar beklemektedir. Bu amaç için hazırlanan DTB ve TTB Etik Bildirgeleri olması gerekeni tanımlamakta ve hekimlerin etik sorumluluklarına vurgu yapmaktadır, ancak bu metinlerin ifadesini bulduğu uygulamalar pratik yaşamda farklı ülke koşullarında karşılığını bulamayabilmektedir.

Hekimler ve sağlık çalışanları her gün etik kararlarla yüz yüze gelirler, bunların bir kısmı oldukça tanındıktır ve ilgili rehberler eşliğinde çözüme kavuşturulabilir, bir kısmı yenidir ve danışmanlığa gereksinim gösterir, bir kısmı da henüz çözümsüz olabilir...

Hekimler öncelikle, karşı karşıya oldukları tıbbi durumun gerçekten bir etik sorun oluşturup oluşturmadığını açıklığa kavuşturmalıdırlar. Mevcut durum idari ya da yönetsel bir sorun da olabilir ya da sorun çok boyutlu olup; sosyal, ekonomik, hukuki nitelikler de taşıyabilir.

Karar verme sürecinde "tıbbi belirleyenlerin" yanı sıra; "hastanın tercihleri ve aydınlatılmış onamı", "yaşam kalitesi" ve hukuki, sosyal, ekonomik, toplumsal "diğer belirleyenler" dikkate alınmak durumundadır. İster bireysel isterse kurumsal kararlar olsun verilen kararların ve uygulamaların etikolegal açıdan temellendirilmesi, haklı çıkarılabilmesi önemlidir. Bu hem sağlık çalışanı hem de kamu vicdanı açısından önemlidir.

*Günümüzün siyasi, etik, toplumsal ve felsefi sorunu, bireyi devletten ve devletin kurumlarından kurtarmaya çalışmak değil, kendimizi hem devletten hem de devletle ilintili*

*olan bireyselleştirme türünden kurtarmaktır. Yüzyıllardan beri dayatılmakta olan bu bireyselliği reddederek yeni öznellik biçimlerine geçerlilik kazandırmak zorundayız. Bugünkü hedef belki ne olduğumuzu keşfetmek değil, olduğumuz şeyi reddetmektir.'* (41).

**İletişim:** Dr. Onur Naci Karahancı

**E-posta:** onurnaci@gmail.com

### Kaynaklar

1. Oguz, N., Felsefi Yaklaşımların Işığında Klinik Etiğe Giriş. Klinik Etik. İstanbul: Nobel, 2001: p. 9-25.
2. Cengiz, S., Mahpusların Açlık Grevi Ve Zorla Besleme Parodoksu Işığında Hekim Sorumluluğu. TBB Dergisi, 2010. 88: p. 421-438.
3. Yayınları, TTB., Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. 2009, Ankara. 264.
4. Soyer, A., Açlık Grevleri/Ölüm Oruçları, TTB ve Son Tartışmalar. TOPLUM ve HEKİM, 2000. 15(6).
5. Russell, S.A., Açlık Doğal Olmayan Bir Tarih. 2014, İstanbul MAYA KİTAP. 314.
6. Sevinç, M., Bir İnsan Hakları Olarak: Açlık Grevi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 2002. 57(01).
7. Yayınları, T.T.B., Açlık Grevleri ve Hekimler Klinik, Etik Yaklaşım ve Hukuksal Boyut. Vol. 1. 2012, Ankara: Türk Tabipleri Birliği
8. Hennessey, T., Hunger Strike: Margaret Thatcher's Battle with the IRA, 1980-1981. 2013: Irish Academic Press.
9. Kalk, W. and Y. Veriava, Hospital management of voluntary total fasting among political prisoners. The Lancet, 1991. 337(8742): p. 660-662.
10. Dougherty, S.M., et al., Hunger strikers: Ethical and legal dimensions of medical complicity in torture at Guantanamo Bay. Prehospital and disaster medicine, 2013. 28(6): p. 616-624.
11. Prisoners on hunger strike in Kyrgyzstan sew up their mouths. 2012 (cited 2017 19.07.2017); Available from: <http://www.independent.co.uk/news/world/asia/prisoners-on-hunger-strike-in-kyrgyzstan-sew-up-their-mouths-6296125.html>.
12. Reiter, K., The Supermax Prison: A Blunt Means of Control, or a Subtle Form of Violence? Radical Philosophy Review, 2014. 17(2): p. 457-475.
13. Sri Lanka Tamil prisoners on hunger strike demand release. 2015 (cited 2017 19.07.2017); Available from: <http://www.bbc.com/news/world-asia-34509955>.
14. Filistinli mahkumlar Mervan Barguti liderliğinde toplu açlık grevinde. 2017 (cited 2017 19.07.2017); Available from: <http://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-39620458>.
15. Altunel, M., Sivil İtaatsizlik ve Mohandas K. Gandhi. 2011, TBB Dergisi (93).

16. Yılmaz, S., Demokratik Hukuk Devletinde Sivil İtaatsizlik Olgusu, Şiddet Döngüsünü Kırmada Hukukun Rolü. Hukukun Gençleri Sempozyumu, Ankara: Umut Vakfı Erişim Tarihi, 2011. 5.
17. Macit, M.H., Şiddet İçermeyen Bir Eylem: John Rawls'da Sivil İtaatsizlik/an action Which Does not Consist OF Violent: Civil Disobedience in John Rawls. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007(16).
18. Büken, N.Ö. Kamu Vicdanına Çağrı Yapan Bir Sivil İtaatsizlik Örneği Olarak Gezi Parkı Olayları. 2013 (cited 2017 21.07.2017); Available from: <http://www.sagliginsesi.com/kamu-vicdanina-cagri-yapan-bir-sivil-itaatsizlik-ornegi-olarak-gezi-parki-olaylari-4922h.htm>.
19. Açlık Grevinin 16. Günü Onbinlerce İnsan Vahşice İşlenen Bu Cinayeti Hükümete Haber Veriyor Nazımı Öldüremek İsteyenler Yargılanmalı, in Nazım Hikmet. 1950.
20. Nurettin Gülmez, S.A., Celal Bayar'ın Kayseri Cezaevi'nden Tahliyelerinin Basına Yansımaları. Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, 2014. 14(29): p. 249-282.
21. Bargu, B., Starve and Immolate: The Politics of Human Weapons. 2014: Columbia University Press.
22. Altun, G. and B.U. Altun, Açlık ve Açlık Grevlerinin Klinik, Etik ve Hukuki Açından Değerlendirilmesi.
23. Konseyi, T.T.B.M. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi 2000-2002 Çalışma Raporu. 2002; Available from: [https://www.ttb.org.tr/c\\_rapor/2000-2002/2000-2002\\_b.pdf](https://www.ttb.org.tr/c_rapor/2000-2002/2000-2002_b.pdf).
24. Hekimlik, Hekimliğin Bağımsız Mesleki Tutumu, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Yargılanıyor! 2001; Available from: [http://www.ttb.org.tr/eweb/BASIN/mayis01/18\\_0.html](http://www.ttb.org.tr/eweb/BASIN/mayis01/18_0.html).
25. Vakfı, T.İ.H., Türkiye İnsan Hakları Raporu 2012 2013, Ankara: BULUŞ Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic.
26. Kemal Gün oğlunu defnetti, açlık grevi sona erdi. 2017 (cited 2017 19.07.2017); Available from: <http://www.agos.com.tr/tr/yazi/18598/kemal-gun-oglu-defnetti-aclik-grevi-sona-erdi>.
27. 29-30 Nisan 2017 TİHV Dokümantasyon Merkezi Günlük İnsan Hakları Raporu. 2017 (cited 2017 19.07.2017); Available from: <http://tihv.org.tr/29-30-nisan-2017-tihv-dokumantasyon-merkezi-gunluk-insan-haklari-raporu/>.
28. Nuriye Gülmen ve Semih Özakça tutuklandı. 2017 (cited 2017 19.07.2017); Available from: <http://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-40006978>.
29. Aşçıdan Gülmen ve Özakça'ya destek: Herkesi doyuruyor kendi yemiyor. 2017 (cited 2017 19.07.2017); Available from: [http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/turkiye/752728/Ascidan\\_Gulmen\\_ve\\_Ozakca\\_ya\\_destek\\_Herkesi\\_doyuruyor\\_kendi\\_yemiyor.html](http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/turkiye/752728/Ascidan_Gulmen_ve_Ozakca_ya_destek_Herkesi_doyuruyor_kendi_yemiyor.html).
30. Vakfı, T.İ.H., Göz Yaşartıcı Kimyasallar ve Toplumsal Olaylarda Zor Kullanım Araçlarının Neden Olduğu Sağlık Sorunlarında Tıbbi Destek ve Belgeleme. Ankara: Türkiye İnsan Hakları Vakfı
31. İşkence ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kilavuzu, 'İstanbul Protokolü' 2003 (cited 2017 19.07.2017); Available from: [http://www.tihv.org.tr/wp-content/uploads/2015/06/Istanbul\\_Protokolu.pdf](http://www.tihv.org.tr/wp-content/uploads/2015/06/Istanbul_Protokolu.pdf).
32. Büken, N.Ö., Etik ve Bir Meslek Etiği Olarak Tıp Etiği.
33. Beauchamp, T.L. and J.F. Childress, Principles of biomedical ethics. 2001: Oxford University Press, USA.
34. Büken, N.Ö. Klinik Araştırma Özelinde Etik Analiz, Etik Değerler ve Yargılar. 2009; Available from: <http://www.sagliginsesi.com/klinik-arastirma-ozelinde-etik-analiz-etik-degerler-ve-yargilar-2019h.htm>.
35. Soyer, A., Tıp ve İnsan Hakları İlişkisinin Dinamikleri. Toplum ve Hekim, 1996. 11(75): p. 27-28.
36. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. 2005 (cited 2017 19.07.2017); Available from: [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=105:san-haklari-evrensel-bdges-&Itemid=36](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=105:san-haklari-evrensel-bdges-&Itemid=36).
37. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak Amsterdam Bildirgesi. 28-30 Mart 1994; Available from: <http://www.adanasm.gov.tr/uploads/subeler/sbs/files/Amsterdam%20Bildirgesi.pdf>.
38. Bali Bildirgesi. 1995; Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm>.
39. Dünya Tabipler Birliği 206. Konsey Toplantısı. 2017 (cited 2017 19.07.2017); Available from: <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/dtb-6663.html>.
40. Soyer, A., Dünya Sağlık Örgütü, Alma Ata Bildirgesi, İdeoloji vb. Üzerine. Toplum ve Hekim, 2002. 17(2).
41. Işık, S., Foucault'da İktidar, Özgürlük ve Direniş.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

#### Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, [www.ulakbim.gov.tr](http://www.ulakbim.gov.tr)). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirilmeye alınmayacaktır.

#### Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

##### 1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

**4. Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**7. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve geçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı

biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

#### Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

**Tipik dergi makalesi:** Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

**Kitap:** Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

**Kitap bölümü:** Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. *Family medicine: principles and practice*. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

**Web Sitesi:** Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

**9. Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak semboller: \*, †, ‡, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

**10. Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

#### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

**1. Sayfa numaraları:** Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

**2. Başlıklar:** Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

**3. Birimler:** Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

**4. Rakamlar:** Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

**5. İlaç adları:** Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

**6. Kısaltmalar:** Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

**7. Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

**8. Yazı tipi:** Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

**9. Çeviri:** Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

**Yazılar;** <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.

#### Yayın Hakkı Devir Formu

<http://www.ttb.org.tr/STED/index.php/yazar>