

SAĞLIK BİLİMLERİ VE YÖNETİMİ

Alanında Akademik Çalışmalar - I

Editör: Doç.Dr. Sonat Pınar KARA

Barış DEMİREL

Deniz Sıla ÖZDEMİR

Elif MALTAŞ

Enes KAYA

Emine KIZILKAYA

Hülya DEMİR

Muhammet GÜMÜŞ

Rauf YANARDAĞ

Muhammet GÜMÜŞ

Sibel ORHAN

Teoman AKPINAR



SAĞLIK BİLİMLERİ
VE YÖNETİMİ ALANINDA
AKADEMİK ÇALIŞMALAR -I

ARTİKEL AKADEMİ: 222
Sağlık Bilimleri Temel Alanı

Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Alanında Akademik Çalışmalar -I

Editör: Doç. Dr. Pınar Sonat KARA
Orcid No : 0000-0002-8018-4879

HAKEM KURULU:

Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN
Prof. Dr. Metin ATEŞ
Prof. Dr. Giuseppe T. CIRELLA
Prof. Dr. Mohammed SHARAF
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Selçuk ETİ

ISBN 978-625-8088-11-3
Birinci Basım: Mart - 2022

Baskı ve Cilt: Net Kırtasiye Tanıtım ve Matbaa San. Tic. Ltd. Şti.
Gümüşsuyu, İnönü Caddesi & Beytül Malcı Sokak 23/A,
34427 Beyoğlu/İstanbul
Matbaa Sertifika No: 47334

Artikel Akademi bir Karadeniz Kitap Ltd. Şti. markasıdır.

©Karadeniz Kitap - 2022

Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında
yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

KARADENİZ KİTAP LTD. ŞTİ.
Koşuyolu Mah. Mehmet Akfan Sok. No:67/3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0 216 428 06 54 // 0530 076 94 90

Yayıncı Sertifika No: 19708
mail: info@artikelakademi.com
www.artikelakademi.com

SAĞLIK BİLİMLERİ VE YÖNETİMİ ALANINDA AKADEMİK ÇALIŞMALAR - I

Editör: Doç.Dr. Pınar Sonat KARA

YAZARLAR

Barış DEMİREL
Deniz Sıla ÖZDEMİR
Elif MALTAŞ
Enes KAYA
Emine KIZILKAYA
Hülya DEMİR
Muhammet GÜMÜŞ
Rauf YANARDAĞ
Muhammet GÜMÜŞ
Sibel ORHAN
Teoman AKPINAR

İÇİNDEKİLER

1.Bölüm

ÇOCUKLARDA DENTAL ANKSİYETE VE DENTAL ANKSİYETİYİ DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ1

- *Deniz Sıla ÖZDEMİR*

2.Bölüm

BAKIM PARADOKSU: UZUN SÜRELİ BAKIMA ÇİNLİ BİR KONFÜÇYÜS PERSPEKTİFİNDEN BAKIŞ15

- *Elif MALTAŞ - Sibel ORHAN - Muhammet GÜMÜŞ - Emine KIZILKAYA*

3.Bölüm

ANOREKSİYA NERVOZA, BULİMİYA NERVOZA VE TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUKLARI.....37

- *Hülya DEMİR - Sezin SIRMACI*

4. Bölüm

REFAKATSİZ GÖÇ EDEN ÇOCUKLAR ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME .59

- *Rauf YANARDAĞ - Barış DEMİREL*

5. Bölüm

HASTANE AFET PLANI (HAP)'NİN HAZIRLANMASI VE HASTANE AFET YÖNETİM SİSTEMİ KURULUMU.....81

- *Volkan ÇEVİK - Teoman AKPINAR*

6. Bölüm

TÜRKİYE'DE ŞEHİR HASTANELERİ BAĞLAMINDA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ YERİ..... 113

- *Enes KAYA*

SUNUŐ

Günümüzde özellikle içinde bulunduğumuz COVID - 19 pandemisi sürecinde mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak adına sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumu ve yönetimi önem arz taşımaktadır.

Sağlık Hizmetleri Yönetimi ve sağlık alanındaki yenilikler, multidisipliner araştırmalar, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili çok çeşitli ve sürekli güncellenmesi gereken faaliyetleri içermektedir. Bölümler; konu hakkında detaylı güncel bilgiler içererek, yönetmelikler ve uygulamalar geniş bir yelpazede sunulmuştur. Kitabın öğrencilere, akademisyenlere, sağlık idarecilerine, sağlık çalışanlarına faydalı ve önemli bir kaynak olmasını dilerim.

- Doç.Dr. Sonat Pınar Kara

1. Bölüm

ÇOCUKLARDA DENTAL ANKSİYETE VE DENTAL ANKSİYETİYİ DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

*Deniz Sıla ÖZDEMİR**

Giriş

Hastanın dental durumuna özgü strese tepkisi olarak tanımlanan dental anksiyete, ağız sağlığı alanında dünya çapında bir zorluktur (Milgrom, Fiset, Melnick, & Weinstein, 1988; Newton & Buck, 2000) Yetişkin hastalarda daha yüksek dental anksiyete, kötüleşen yaşam kalitesi ve ağız sağlığı ve gelecekteki tedaviden kaçınma ile ilişkilidir. Anksiyete, korkudan farklı olarak, beklenen bir tehdide yanıt veren geleceğe yönelik bir durum, ani bir tehdide yanıt veren şimdiki zamana yönelik, duygusal bir durumdur (Keogh & Asmundson, 2004). Dental bağlamda, dental anksiyete; diş tedavisi ile ilişkili uyaranlara veya deneyimlere daha bilişsel olarak dahil olan duygusal bir yanıtır (McNeil & Randall, 2014). Dental anksiyete; ifade edilmesi zor, sübjektif bir bulgu olması ve her çocukta farklı düzeylerde hissedildiğinden özellikle çocuklarda ölçümü zor durumdur. Diş hekimlerinin, çocuk hastaların dental anksiyete seviyelerini etkili bir şekilde değerlendirebilmeleri, hastaların tedavi ihtiyacının ve tedavi planlamalarının yapılmasında önemli kolaylıklar sağlamakla beraber diş kliniklerinde geçen sürenin kısalsmasını sağlamaktadır. Bu amaçla klinik uygulamalarda ve çalışmalarda çocuk hastalarda dental anksiyetenin ölçümünde uygulama kolaylığı geniş yaş aralığında uygulanabilmesi nedeniyle skalalar kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı çocuk hastalarda dental anksiyetenin önemini ve dental anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan farklı yöntemleri ortaya koymaktır.

* Dr. Öğr. Üyesi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, denizsilaozdemir@gmail.com

1. Dental Anksiyete, Korku Ve Fobi Nedir?

Korku ve kaygının, evrimsel bir bağlamda hayatta kalmayı destekleyen durumlar olduğunu kabul etmek önemlidir (Craske, 2003). Tehlikeli bir durumda karşılaştığımızda çeşitli bilişsel, nörobiyolojik, duygusal ve davranışsal tepkiler tetiklenir ve bu tepkiler kendimizi korumamızı sağlar (Lang, 1968). Örneğin, dikkatimiz tehlikeye odaklanır ve vücudumuz kendisini ‘savaş’ veya ‘kaçmaya’ hazırlar (örneğin, gücü ve dayanıklılığı artırmak için adrenalin hormonu salgılanır, kalp ana kas gruplarına kan pompalamak için daha hızlı atar ve vücut kendini serin tutmak için terlemeye başlar). Bu “hayatta kalma tepkileri”, gerçek bir tehlikenin olduğu durumlarda (örneğin, bir kişinin biri tarafından saldırıya uğradığı) inanılmaz derecede uyarlanabilirken, gerçek bir tehditle karşılaşmadığı durumlarda, bu içgüdüsel korku tepkileri yardımcı olmaz ve çok rahatsız edici hissedebilir. Bu durumlarda, korku kaynaklı fizyolojik reaksiyonlar aslında sıkıntıyı artırmaya başlayabilir. Örneğin, çocuklar vücutlarına ne olduğunu anlamadıkları için daha endişeli olmaya başlayabilirler. Bu nedenle diş hekimlerinin endişeli hastalarını desteklemek için yapabilecekleri ilk şey, savaş-kaç korku tepkisini açıklamak ve kaygı duygularını normalleştirmektir.

Kaygı ve korku terimleri literatürde sıklıkla birbirinin yerine kullanılırken, korku, acil tehlike ve kaygıya tepki ve potansiyel tehlikeye tepki olarak tanımlanmıştır (Armfield, 2010). Korku tepkileri, otonom sinir sistemi uyarılma ve savunma eylemlerinin artmasıyla ilişkilidir (Campbell, 2017). Anksiyetenin çok daha karmaşık bir ruh hali olduğu ve bir çaresizlik durumu, yaklaşan durumları tahmin etme veya kontrol edememe algısı ve gelecekteki olası tehditlere karşı koymaya hazır olma durumu ile karakterize olduğu öne sürülmüştür (Barlow, Raffa, & Cohen, 2002). Anksiyete tepkileri, endişe, hipervijilans, bilişsel çarpıtmalar, otonom sinir sisteminin uyarılması ve kaçınma davranışları içerir (Barlow, 2000). Dental bağlamda, dental korku, tehdit edici olarak algılanan bir uyarana (örneğin dental aerotör) bir tepkiyi tanımlar ve dental anksiyete, diş hekimi ziyareti/tedavisine önceden meydana gelen endişe durumu (örneğin, korkunç bir şeyin olacağına dair düşünceler) olarak tanımlanır (Gunilla Klingberg & Broberg, 2007). Klinik durumlarda, dental anksiyete ve korku arasında ayırım yapmak zor olacaktır. Ayrıca, çocukların farklı kaygı ve korku tepkileri kombinasyonları yaşamaları muhtemeldir. Bu nedenle, “diş korkusu ve kaygısı” (DFA) terimi, diş ortamıyla ilişkili olumsuz duyguları tanımlamak için kullanılmıştır (Gunilla Klingberg & Broberg, 2007). DFA deneyimi, bir uçta düşük DFA deneyimi ve diğer uçta yüksek DFA deneyimi ile bir süreklilik üzerinde var olarak

kavramsallaştırılabilir (De Jongh, Oosterink, Kieffer, Hoogstraten, & Aartman, 2011). “Bu süreçte, dış fobisi DFA’nın şiddetli bir biçimini tanımlar ve en az 6 ay boyunca aşırı DFA’nın varlığı, dış bakımından aktif olarak kaçınılması veya yalnızca yoğun DFA ile dayanılması ile karakterize edilir. (Campbell, 2017).”

2. Anksiyete Ve Korku Belirtileri

Otonom sinir sistemi tarafından kontrol edilen kaçma veya savunma şeklindeki ani cevaplar, organizmayı tehdit eden ve dengesini bozmaya çalışan dış şartlar ortaya çıktığında devreye girer (Yahyaoğlu & Baygın, 2018). Anksiyeteye sahip olan kişilerde çeşitli somatik bulgular görülür ve duygularını çeşitli şekillerde gösterirler. Bunlar, bireyin daha önceki korkularına, olgunluğuna ve karakterine göre değişkenlik gösterir (Yahyaoğlu & Baygın, 2018). Çocukların anksiyete karşısında vereceği tepkiyi belirleyen faktörler; anksiyetenin derecesi, anksiyetenin üstesinden gelebilme yeteneği ve anksiyeteye baş etme motivasyonudur (Koch, 1991).

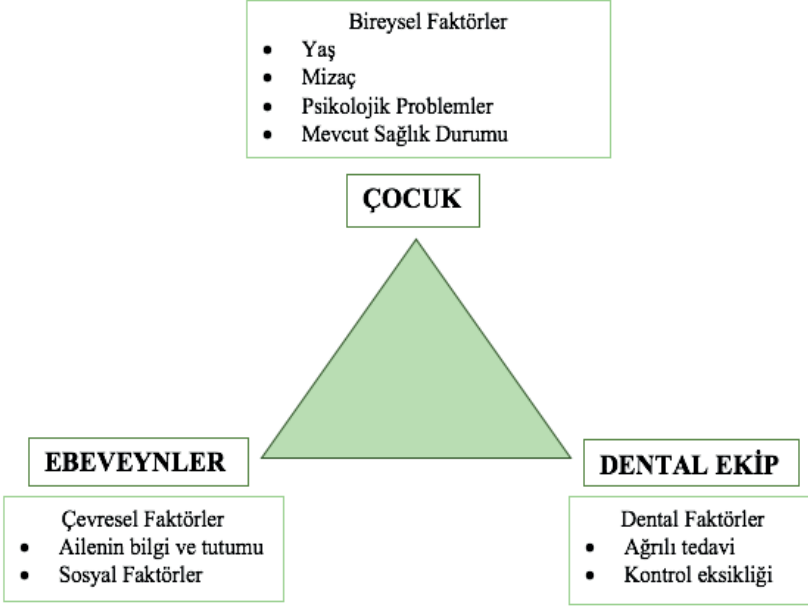
Tablo 1. Anksiyete mevcudiyetinde görülen somatik ve davranışsal değişiklikler

Anksiyetenin Somatik Bulguları	Anksiyete Durumunda Görülen Çeşitli Davranışlar
Nabızda artma, aritmi, ekstrasistol, kan damarlarında vazokonstriksiyon, sistolik kan basıncının yükselmesi	Hızlı göz hareketleri
Solunum sisteminde tıkanma ya da boğulma hissi, hiperventilasyon	Aşırı hareket ya da alışılmamış yorgunluk
Gastrointestinal sistemde damarların vazokonstriksiyonu sonucu oluşan mide spazmları, ağrılar, kusma ve diyare	Tırnak yemek, Dil ısırma
Böbreklerin aşırı çalışması sonucu sık tuvalet gereksinimleri	Çok hızlı ve yinelenen gereksiz konuşma
Pupillalarda büyüme	Sabırsızlık, Sinirlilik
Piloereksiyon	Gergin ve asık yüz ifadesi
Tükürük bezlerinin fonksiyonundaki azalmaya bağlı ağız kuruluğu	Çekingenlik, utanma
Kan şekerinde yükselme	Kayıtsızlık
Terleme	Agresif davranış
Tremor	Ağlama
Periferik damarlardaki dilatasyona bağlı hiperemi	Bağırarak ve yüksek sesle konuşma
Adrenal bezlerden epinefrin ve kortizol salgılanması	Konuşurken önüne bakmak, Kekeleye
Derinin elektriksel direncinde yükselme	Konsantrasyon bozukluğu

3. Dental Anksiyete Etyolojisi

Dental anksiyete ve dental korku, çocuk hastalarda yaygın olarak görülür. Dış hekiminin bu durumla başa çıkabilmesi için çocuklarda mevcut anksiyetenin

derecesi, etiyojisi ve çocuğun psikolojisi konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir (Önçağ, 2005). Çocuklarda davranış yönetimi veya dental anksiyete sorunları iç veya dış kökenli pek çok faktör ile ilişkilidir. Bu problemlerinin etiyojistik faktörleri; “bireysel faktörler, çevresel faktörler ve dental faktörler” olmak üzere 3 temel başlık altında incelenebilir (Koch, 1991).



Şekil 1. Dental anksiyete üzerinde etkili etyojistik faktörler

3.1. Bireysel Faktörler

Hastanın yaşı ve buna karşılık gelen bilişsel gelişimi, diş hekimliği prosedürleri sırasında çocuklarda farklı davranış şekilleri ortaya koymalarında önemli hususlardır (Krikken, Van Wijk, Ten Cate, & Veerkamp, 2012). Genel olarak hasta yaşının geniş sınıflandırmaları açısından, okul öncesi çocukların yıkıcı ve işbirliği yapmayan davranışlar sergileme olasılığı daha yüksek görünmektedir (Winer, 1982). İş birliği yapmayan davranışlar genellikle çocuklar büyüdükçe azalır; ancak travmatik epizodlar veya bu tür epizotlar dizisi bu davranışların dışavurumunu artırabilir. Bazı okul çağındaki çocuklar ve ergenler de diş hekimliği prosedürlerine katılma konusunda isteksiz olabilirler. Diş hekimliğinde herhangi bir sistematik biçimde belgelenmemiş olsa da, gençlerin bireylerin büyümesiyle beraber ve bilişsel gelişimi ile ilgili bir diğer önemli faktör, dil

edinimi ve onun anlaşılması ve kullanılmasıdır (Nikolopoulos & Vlastarakos, 2010). Prosedürel müdahaleleri anlamak için yeterli dil becerilerine sahip olmayan bebeklerin ve küçük çocukların sedasyonu, birçok tıbbi prosedür için iyi kabul edilen ve sık görülen bir yardımcıdır, bu nedenle bu çok küçük çocukların karakteristiği olan başa çıkma mekanizmalarının olgunlaşmamış durumunu gösterir. Çocuklar büyüdükçe ve kişilikleri gelişmeye başladıkça, bireyselleştirilmiş özellikler ve başkalarıyla etkileşim tarzları yetişkinlikte bile daha gözlemlenebilir ve tahmin edilebilir hale gelir. Bazı bireyler, potansiyel kaygı veya korku uyandıran durumlarla ilişkili genel ve özel türde özelliklere sahip olacaktır. Çocuklarda genel ve özel niteliklerin etkileşimi karmaşıktır ve her zaman sezgisel değildir. Kanıtlar, dental tedavilerle uyandırılan kaygının uygun müdahalelerle olumlu şekilde değiştirilebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, akıllı klinisyen, diş hekimliği prosedürleri sırasında ortaya çıkabilecek hasta endişelerini ve korkularını önceden tahmin etmede ebeveynlerden ve velilerden bilgi almak için çaba göstermelidir. Ayrıca, klinisyen, uygulanması bu duygusal yüklü durumları azaltabilecek bir müdahale repertuarına sahip olmalıdır.

Çocukların tıp alanındaki deneyimleri yaşamın çok erken dönemlerinde başlar. Bebekler bile aşırı çabuk öğrenir ve aşı beklentisiyle rutin doktor ziyaretleri sırasında ıstıraplarını ifade eder. Çocukların genel sağlık durumlarına ve maruz kalabilecekleri travmatik atak vakalarına bağlı olarak, bu deneyimler iyi tolere edilebilir veya muhtemelen tıbbi ve diş ihtiyaçlarından istenmeyen kaçınma davranışlarına yol açan ömür boyu sürecek bir damgalanmaya neden olabilir. Aile üyesinin, planlanmış prosedürlerle ilgili beklenen deneyimlerin desteği veya incitici tavırları (örneğin, alay edilmesi) da sonucu etkileyebilir ve çocuğun başa çıkma becerilerini içselleştirme süreçlerine katkıda bulunabilir. Örneğin, “sıradaki acı geliyor” gibi ebeveyn veya kardeş yorumları, bilinçli olarak istenmese bile bazen zararlı etkilere sahiptir. Her iki durumda da, bu açıklamalar, çocuğun, meydana geldiği anda derhal yıkıcı ve işbirliği yapmayan bir davranış patlamasına dönüşebilecek olan prosedüre ilişkin beklenti korku duygusunu yükseltir (Wilson, 2015).

3.2. Çevresel Faktörler

Ebeveynler genellikle çocuklarının dental prosedürler ve profesyonellerle etkileşimleri sırasında nasıl tepki verebilecekleri hakkında yararlı bir bilgi kaynağıdır. Genellikle ebeveynler çocuğun davranışlarını, sınırlarını, uyum becerilerini ve duygusal tepkilerini oldukça iyi bilirler. Ebeveynin bakış açısını anlamak için

zaman ayıran profesyoneller için bariz bir fayda sağlarlar; beklentileri, teknikleri, prosedürel süreçleri ve olası sonuçları açıklarken özenli ve profesyonel davranır ve çocuklarının durumunu yönetmede ebeveynlerin güvenini kazanır. Çocuğun tıbbi ve sosyal geçmişine ilişkin ebeveyn bilgisi ve birçok ortamda çocuklarının tipik tepkilerine ilişkin öngörüler paha biçilmezdir. Bazen, ebeveynler çocuklarına sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde sunulmasına engel olabilirler. Bazen ebeveynler, sağlık hizmeti sunucusununla uyuşmayan belirli terapötik bakım hakkında önyargılar ve tercihler geliştirebilirler. Bu tür kişisel tutumlar ve duruş, diğerlerinin yanı sıra, ebeveyn olduklarında kendi deneyimleri, diğer aile önyargıları, dini veya mezhep yanlılıkları ve daha da önemlisi, Dünya Çapında kolayca elde edilebilen bilgi zenginliği Web veya internet dahil olmak üzere birçok faktör tarafından geliştirilebilir ve etkilenebilir. Bu önyargılar, çocuklarına ne yapılması ve yapılmaması gerektiğini dikte etmek de dahil olmak üzere çeşitli davranışlarda kendini gösterebilir; diğerleri, istekleri ve istekleri ile klinisyenin çocuklarını yönetmesi arasında uyumsuzluk hissettiklerinde duygusal olarak peşışan ve hatta öfkelenirler. Uygulayıcının sabrı ve ebeveynin endişelerini anlama girişimleri her zaman yardımcı olur. Bazı kanıtlar, ebeveyn yetiştirme tarzlarının çocukların kaygısıyla ilişkili olduğu fikrini desteklemesine rağmen, çocukların davranışlarıyla ilişkili olarak ebeveyn yetiştirme stilleri konusu belirsizliğini koruyor (Rapee, 1997). Gelecekte, çocuklara diş bakımı sağlamanın birçok yönü ile ebeveynlik tarzlarını destekleyen daha güçlü bir kanıt ortaya çıkması muhtemeldir (Littlewood, 2009). Son kanıtlar, ebeveynlik tarzlarının son birkaç on yılda değiştiğini ve diş hekimliği ortamında daha yıkıcı davranışlara neden olduğunu göstermektedir. Ebeveynlik tarzlarındaki bu değişiklik, bazı eski hekimler için şok edici görünebilir; ancak, bu tür bir değişikliğin, ebeveynlerin nesilleri boyunca doğal bir süreç olarak zaten meydana gelmesi muhtemel görünmektedir. Ne olursa olsun, diş ortamındaki çocuk davranışı açısından sonuç mutlaka olumlu değildir. Bununla birlikte, günümüzde (yani profesyoneller tarafından) sıklıkla gözlemlenen ve rapor edilen ebeveynlik tarzlarındaki değişiklikler, giderek daha fazla ebeveynin çocuklarının davranışlarına daha az sınırlama getirmesi, aşırı korumacı olması ve çocuklarını mühendislik bilgisi ile gelişim aşamalarında hareket ettirmeye mecbur hissetmesidir.

Son yıllarda, “helikopter” veya “havada uçan” ebeveynler gibi tanımlayıcı terimler, çocuklara bakan profesyoneller arasında yaygın bir klişe haline geldi. Terim, stresli durumlarda çocuğa karşı son derece dikkatli olan, profesyonel-çocuk etkileşimleri sırasında fiziksel olarak çocuğa yakın kalan, profesyo-

nelin yorumlarını çocuğa hızlı yorumlayan ve “papağan gibi” söyleyen, çocuk üzüldüğünde ve bazen profesyonel personele karşı açıkça kavgacı olduğunda bir prosedürü durdurarak veya geciktirerek aracılık eden ebeveynleri tanımlar. Kanıtlar, bu tür ebeveyn davranışlarının aslında çocuğun sıkıntılı koşullara uyumunu engelleyebileceğini, hatta muhtemelen anormal veya sürekli olarak uygunsuz çocuk davranışlarına yol açabileceğini göstermektedir. Benzer davranışlar diğer ortamlarda da kaydedilmiştir (örneğin, okul sınıflarında) (Wilson, 2015).

3.3. Dental Faktörler

Dental ekip dostane, tehdit edici olmayan bir çevre ve kaliteli bakım sağlamada kilit bir unsurdur. Diş hekimliği ekibinin tüm üyelerini muayenehanenin felsefesine, bakımın kapsamına, politikalarına ve prosedürlerine ve klinik, finansal ve kişiler arası sorunların yönetimi ve çözümüne yönlendirmek için her türlü çaba gösterilmelidir. Diş hekimliği ekibinin aile ve yeni hasta ile ilk karşılaşması, ağız sağlığı bakımı ve sunumunun felsefesini belirlemelidir. Karşılaşma, topluluk tarafından duyulan kulaktan dolma bilgilerle dolaylı olabilir, ancak genellikle aile ile resepsiyon görevlileri, karşılama personeli ve bekleme alanının çevresi arasındaki doğrudan etkileşimi içerir. Diş hekimi asistanları, hijyenistler ve doktorlardan oluşan klinik bakım ekibi, hasta yakınlığı ve güvenini kazanmada çok önemli unsurlardır. Hastanın yaşı ve bilişsel durumu ile tutarlı davranış beklentilerine sahip samimi bir atmosfer çerçevesi, ebeveynlere ve çocuklara ifade edilen mükemmel bir açılış mesajıdır. Diş hekimliği personelinin uygun tepki vermesi, hoş, destekleyici tutumlarla birlikte mesajı güçlendirir. Diş hekiminin tepkilerinin hastanın korkuları ve duyguları üzerinde etkisi olabilir (Melamed et al., 1983). Uygun olumlu pekiştirme olmadan ikna etme, zorlama ve küçümseme yoluyla yapılan eleştiri, hastanın korkularını olumsuz yönde etkiler ve yıkıcı davranışları artırır. Öte yandan, olumlu pekiştirmenin uygun ve iyi zamanlanmış kullanımı, çocukların invaziv diş hekimliği prosedürlerini kabul etmelerine yardımcı olmada faydalıdır (Wilson, 2015).

4. Çocuk Hastalarda Diş Hekiminin Anksiyete Üzerindeki Etkisi

Çocuğun diş hekimi ile ilk karşılaşmasında gösterdiği davranışlarda birçok değişken faktör ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Çocuğun diş hekimini algılama şekli bu faktörlerden biridir. Algılama şeklinin olumlu ya da olumsuz özellikte olması, çocuğun diş hekimine karşı gösterdiği davranışlar üzerinde etkili olmak-

tedir. Diş hekiminin görünüşündeki sözlü olmayan iletişim hekim-çocuk ilişkisinde rol alan önemli faktörlerden bir diğeridir (Pinkham, 1982; Quirk, 1977).

Diş hekimiyle kurulan yakın ilişki, hastaların kaygı ve korkuya sebep olduğu bilinen lokal anestezi, aeretör sesi ve aeretör görüntüsü gibi spesifik uyaranlarla başa çıkmasını kolaylaştırır. Çocuğun ilk diş klinik ziyaretinde güçlü ve dostça bir ilişki kurmak, çocuğun kendini daha rahat ve tehlikede hissetmediği bir ortam yaratmaya yardımcı olur. Diş hekimiyle olumlu ve güçlü bir ilişki kurran çocuklarda korkunun gelişme olasılığı oldukça azdır ve çocuklar dental randevu sırasında daha az kaygı ve anksiyete gösterirler. Bu sonucunda yetişkinlik döneminde diş hekimini daha rahat ziyaret ederler ve daha iyi bir ağız hijyenine sahip olurlar (Kleinknecht, Klepac, & Alexander, 1973; Mathewson & Primosch, 1995).

Diş hekimleri; hastalarının algıları, tercihleri ve korkuları olabileceğinin farkında olmalı ve hastalarının kaygılarının azaltılmasına yardımcı olacak iyi kalitede sağlık hizmeti vermelidirler. Çocuk, diş hekimi ve çevreden hoşnut olduğu zaman, anksiyeteye neden olabilecek uyaranlarla baş etmesi o kadar kolaylaşır ve böylece etkili ve yeterli tedavi sağlanmış olur (Panda, Garg, & Bhobe, 2014). Hastanın yaşı ve cinsiyeti diş hekimine bakışını etkileyebilir. Yetişkin bireylerin hekimin yaş ve cinsiyet ile ilgili önemli bir tercihleri bulunmazken (Keenum, Wallace, & Stevens, 2003), diğer tarafta çocukların önemli bir şekilde cinsiyet tercihleri olabilmektedir (Mistry & Tahmassebi, 2009).

5. Dental Anksiyetenin Skalalarla Ölçülmesi

Diş hekimine başvuran bireylerin ve özellikle çocukların dental anksiyete mevcudiyeti ve bu durumun seviyesinin tedavi öncesi belirlenmesi, hekimin tedavi sırasında karşılaşılabileceği zorluklara karşı hazırlıklı olmasına yardımcı olurken hastanın anksiyete düzeyinin azaltılmasına ilişkin birtakım önlemlerin alınmasına da olanak sağlamaktadır (Milgrom et al., 1988; Önçağ, 2005). Diş hekiminin çocuğun anksiyetesini tüm boyutlarıyla ortaya çıkartarak doğru bir şekilde değerlendirmesi gerekmektedir. Bu nedenle diş hekiminin çocuğun anksiyetesini değerlendirilmesi için birçok yöntem geliştirilmiştir ve hala da geliştirilmektedir (Aartman, Hoogstraten, & Schuurs, 1998). Çocukların diş hekimi anksiyetesini belirlemek amacıyla günümüzde kullanılan yöntemler; davranışların puanlanması, psikometrik ölçümler, fizyolojik ve projektif teknikler olmak üzere sınıflandırılabilir (G Klingberg & Hwang, 1994).

5.1. Davranışların Puanlanması

Davranışların puanlanması yöntemi, sıkça başvurulan ve oldukça basit bir değerlendirme şeklidir. Birçok Davranış değerlendirme yöntemi farklı şekilleri ile günümüze kadar tanımlanmıştır. Bu yöntemlerden en sık kullanılanları “Frankl Davranış Derecelendirme Ölçeği” ve “Yale Preoperatif Kaygı Skalası” olarak tanımlanabilir. Bu yöntem, davranışların hekim tarafından gözle değerlendirilerek skorlanması esasına dayanmaktadır (Yahyaoglu & Baygın, 2018).

5.1.1. Frankl Davranış Derecelendirme Skalası

Diş hekimliğinde sıklıkla tercih edilen bir ölçek, öğrenme ve kullanım kolaylığı nedeniyle popüler olan Frankl Davranış Derecelendirme Ölçeğidir. Çocuk hastanın dört kategoriden birinde hızlı ve kolay bir şekilde sınıflandırılmasını sağlar; kesinlikle negatif (--), negatif (-), pozitif (+), kesinlikle pozitif (++) (Mathur, Diwanji, Sarvaiya, & Sharma, 2017). Kesinlikle negatif; tedaviyi reddeder çok korkar, ağlar ve son derece olumsuz davranışlar gösterir. Negatif; tedaviye karşı isteksizdir, uyumsuzluk ve küskünlük gibi bazı olumsuz davranışlar gösterir. Pozitif; tedaviyi kabul eder ama tedbirli davranır, diş hekimi ile uyumludur. Kesinlikle pozitif; tedaviyi kabul eder ve ilgili davranır, diş hekimi ile iyi ilişkide ve neşelidir (Uzun, 2011).

5.2. Fizyolojik Teknikler

Fizyolojik teknikler, özel bir ekipman yardımıyla tansiyon dorsal deri cevabı ve nabız gibi ölçümlerin yapıldığı, korku ve anksiyete hakkında indirekt bilgilerin elde edildiği yöntemleri içermektedir. Bu yöntemlerde kullanılan ekipmanlar, korku ve anksiyetesi olmayan çocukta bile dental anksiyeteye neden olabileceğinden yanıltıcı sonuçlara neden olabilmektedir (Bayrak, Şen, Eğilmez, & Tüloğlu, 2010).

5.3. Psikometrik Ölçümler

Psikometrik testler (Tablo 2), uygulaması oldukça kolay yöntemlerdir. Bu nedenle en çok tercih edilen testlerdir ve uygulanacak yaşa göre farklılık göstermektedir. Bu yöntemler, karşılıklı soru cevap şeklinde olmakta olup çocuğun kendini sözlü olarak ifade etme temeline dayanmaktadır. (Bayrak et al., 2010)

Tablo 2. Psikometrik ölçüm teknikleri ile dental anksiyetenin ölçümü

Psikometrik Ölçüm Teknikleri	Yazar, Yıl
1. Children's Fear Survey Schedule - Çocuk Korku Değerlendirme Skalası (CFSS)	Scherer ve Nakamura, 1968
2. Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale - Çocuk Korku Değerlendirme Skalası Dental Alt Ölçeği (CFSS-DS)	Cuthbert ve Melamed, 1982
3. Corah Dental Anxiety Scale - Corah'ın Dental Anksiyete Skalası (DAS)	Corah, 1969
4. Modified Child Dental Anxiety Scale – Modifiye Çocuk Dental Anksiyete Skalası (MCDAS)	Wong ve ark., 1998

5.4. Projektif Teknikler

Projektif teknikler (Tablo 3), amaçlı olarak çizilen bazı resimlerin hikaye ettirilerek veya korkunun objesi olabilecek nesne ya da canlıların resmedilerek korku ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (Bayrak et al., 2010).

Tablo 3. Projektif ölçüm teknikleri ile dental anksiyetenin ölçümü

Projektif Ölçüm Teknikleri	Yazar, Yıl
1. Venham Picture Test - Venham'ın Resim Skalası (VPT)	Venham, 1977
2. The Facial Image Scale - Yüz Şekil Skalası (Milgrom ve ark.,)	Buchanan, 2002
3. Children's Dental Fear Picture Test - Çocukların Diş Hekimi Korkusu Resmedilmesi Testi (CDFP)	Klingberg, 1994
4. Human Figure Drawings – İnsan Figürü Çizimleri (HFD)	Goodenough, 1926 Koppitz, 1968 DiLeo, 1970
5. Child Drawing: Hospital (CD:H) – Çocuk Hastane Çizimleri Skalası (ÇHÇS)	Clatworthy, 1999

SONUÇ

Dental anksiyete her yaş grubundaki bireyde görülebilen ve dental tedavilerin aksamasına neden olabilen bir durumdur. Özellikle çocuk hastalarda dental anksiyetenin varlığını ve seviyesini belirlemek oldukça güç olabilmektedir. Mevcut dental anksiyete değerlendirme yöntemleri ile çocuk hastalardaki ank-

siyete düzeylerinin ölçümü diş hekimlerine çocuk hastaların tedavileri sırasında oldukça faydalı olacaktır. Çocukların yaş grubuna göre birkaç farklı yöntemin beraber kullanımı tercih edilebilir. Toplumda geniş bir kitlede görülen ve dental tedavilerde bir engel olarak karşılaşılan dental anksiyetenin belirlenmesi ve baş edilmesinde diş hekimleri güncel ve yenilikçi yöntemlerin farkında olmalı, bu yöntemleri etkili bir şekilde uygulamalıdır.

KAYNAKÇA

- Aartman, I., Hoogstraten, J., & Schuur, A. (1998). Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC journal of dentistry for children*, 65(4), 252-258, 229-230.
- Armfield, J. M. (2010). How do we measure dental fear and what are we measuring anyway? *Oral health & preventive dentistry*, 8(2).
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American psychologist*, 55(11), 1247.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., & Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder.
- Bayrak, Ş., Şen, E., Eğilmez, D. T., & Tüloğlu, D. N. (2010). Ebeveyn dental kaygısı ve sosyodemografik faktörlerin çocukların dental kaygısı üzerine etkileri. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2010(3), 181-188.
- Campbell, C. (2017). *Dental fear and anxiety in pediatric patients: Practical strategies to help children cope*: Springer.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?*: Elsevier.
- De Jongh, A., Oosterink, F. M., Kieffer, J. M., Hoogstraten, J., & Aartman, I. H. (2011). The structure of common fears: comparing three different models. *The American Journal of Psychology*, 124(2), 141-149.
- Keenum, A. J., Wallace, L. S., & Stevens, A. R. B. (2003). Patients' attitudes regarding physical characteristics of family practice physicians. *Southern medical journal*, 96(12), 1190-1195.
- Keogh, E., & Asmundson, G. J. (2004). Negative affectivity, catastrophizing, and anxiety sensitivity. *Understanding and treating fear of pain*, 91, 115.
- Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., & Alexander, L. D. (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *The Journal of the American Dental Association*, 86(4), 842-848.
- Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International journal of paediatric dentistry*, 17(6),

391-406.

- Klingberg, G., & Hwang, C. (1994). Children's dental fear picture test (CDFP): a projective test for the assessment of child dental fear. *ASDC journal of dentistry for children*, 61(2), 89-96.
- Koch, G. (1991). *Pedodontics: a clinical approach*: Munksgaard.
- Krikken, J., Van Wijk, A., Ten Cate, J., & Veerkamp, J. (2012). Child dental anxiety, parental rearing style and referral status of children. *Community dental health*, 29(4), 289.
- Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. Paper presented at the Research in psychotherapy conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US.
- Littlewood, M. F. (2009). *Parenting styles and values: Mechanisms of intergenerational continuity and discontinuity*: Western Carolina University.
- Mathewson, R., & Primosch, R. (1995). Behavioral and Physical Assessment. *Fundamentals of Pediatric Dentistry*. Carol Stream, IL: Quintessence Books, 7-23.
- Mathur, J., Diwanji, A., Sarvaiya, B., & Sharma, D. (2017). Identifying dental anxiety in children's drawings and correlating it with frankl's behavior rating scale. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 10(1), 24.
- McNeil, D. W., & Randall, C. L. (2014). Conceptualizing and describing social anxiety and its disorders. In *Social Anxiety* (pp. 3-26): Elsevier.
- Melamed, B., Bennett, C., Jerrell, G., Ross, S., Bush, J., Hill, C., . . . Ronk, S. (1983). Dentists' behavior management as it affects compliance and fear in pediatric patients. *The Journal of the American Dental Association*, 106(3), 324-330.
- Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S., & Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *The Journal of the American Dental Association*, 116(6), 641-647.
- Mistry, D., & Tahmassebi, J. (2009). Children's and parents' attitudes towards dentists' attire. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 10(4), 237-240.
- Newton, J. T., & Buck, D. J. (2000). Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *The Journal of the American Dental Association*, 131(10), 1449-1457.
- Nikolopoulos, T. P., & Vlastarakos, P. V. (2010). Treating options for deaf children. *Early human development*, 86(11), 669-674.
- Panda, A., Garg, I., & Bhoje, A. P. (2014). Children's perspective on the dentist's attire. *International journal of paediatric dentistry*, 24(2), 98-103.
- Pinkham, J. (1982). The dentist and child-patient encounter: an Adlerian analysis. *ASDC journal of dentistry for children*, 49(4), 266.
- Quirk, M. (1977). Human relations with dental personnel. *ASDC journal of dentistry for children*, 44(3), 203-206.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of

- anxiety and depression. *Clinical psychology review*, 17(1), 47-67.
- Uzun, C. (2011). Çocuklarda dental anksiyetenin nonfarmakolojik giderilme yolları. *Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir*; (Danışman: Doç. Dr. Nazan Ersin).
- Wilson, S. (2015). *Oral sedation for dental procedures in children*: Springer.
- Winer, G. A. (1982). A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Development*, 1111-1133.
- Yahyaoglu, Ö., & Baygın, Ö. (2018). Çocuk Diş Hekimliğinde Diş Hekimi Kaygı ve Korkusunun Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 28(4), 599-609.
- Önçağ, Ö. (2005). Çoğulu D. *Ailenin sosyoekonomik durumu ve eğitim düzeyinin çocuklarda dental kaygı üzerine etkisi*. *Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2, 32.

2. Bölüm

BAKIM PARADOKSU: UZUN SÜRELİ BAKIMA ÇİNLİ BİR KONFÜÇYÜS PERSPEKTİFİNDEN BAKIŞ

Elif MALTAŞ¹

Sibel ORHAN²

Muhammet GÜMÜŞ³

Emine KIZILKAYA⁴

Giriş

Bu çalışma bakımın kurumsallaşmasından, araçsal bir mal olarak bakımın devalüasyonundan ve bakımın merkezi değeri olarak özerkliğe yapılan vurgudan bahsetmektedir. Uzun vadeli bakıma yönelik çağdaş sosyal politika yaklaşımındaki bakım paradoksunun eleştirel bir analiziyle kamu bakım hizmeti başlamaktaadır. Uzun süreli bakımın sağlanmasına rehberlik etmek için özerkliğin yüce değeri yerine, insan onuruna dayanan alternatif bir ahlaki çerçeve ön plana çıkarılmaya çalışılmıştır. Bağımlılık ve bakım vermenin ahlaki bir iyilik olarak yeniden şekillendirilmesini desteklemek ve uzun vadeli bakıma daha yeterli bir yanıt vermek için insan ihtiyacının ve sosyal yükümlülüğün doğasını yeniden

- 1 *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara/Türkiye, e-mail: elifmaltas@gmail.com, Orcid No: 0000-0002-7895-3181*
- 2 *Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ/Türkiye, e-mail: sibelorhan09@gmail.com, Orcid No:0000-0002-2892-3865*
- 3 *Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sivas/Türkiye, e-mail: muhammetgumus5208@gmail.com, Orcid No:0000-0003-1278-6234*
- 4 *Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ/Türkiye, e-mail:emine_kizil_37@hotmail.com, Orcid No:0000-0003-3678-0905*

kavramsallaştırmak adına Çinli Konfüçyüs ahlak geleneğinin entelektüel kaynaklarından yararlanmaktadır. Hong Kong’da bir vaka çalışması olarak kullanılan Konfüçyüs’çü bakım, insan onuru ve karşılıklılık kavramlarının son derece kozmopolit bir şekilde ele alınmasıyla ortaya çıkmıştır. Çinli Konfüçyüs’çü gelenek, aile temelli bakım verme yaklaşımının Batılı toplumlarda nasıl keskin bir karşıtlık oluşturduğunu gözlemlemiş ve bilimde bu konu ile ilgili gerekli araştırmaların yapılmasının önemini vurgulamıştır. Bu görüş ise, sosyal politikanın daha genel olarak haklar ve özerklik değerleri tarafından yönlendirilmesi gerektiği eş değerindedir.

1. Bakımın İlk Paradoksu: Bakım Ve Haysiyet

Yaşlıların insanlık onurunu korumak, kültürler ve toplumlar arasında uzun vadeli bakım politikalarının önemli bir hedefi olarak kabul edilmiştir. İnsan yaşamının son aşamasında bir haysiyet ölçüsü taahhüdü genel olarak hükümet politikası açıklamalarında, kamuoyu danışma belgelerinde, profesyonel uygulama kılavuzlarında ve uzun vadeli bakım politikasına ilişkin ilgili akademik tartışmalarda yerini almıştır.

Hong Kong’da 2002 Sosyal Refah Departmanı’nın Yaşlılara Yönelik Hizmetler Raporu’nda, “Yaşlılık hizmetlerinin misyonu; yaşlıların onurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak, onlara gerekli bütün desteği vermek ve manevi olarak yaşlılık duygularını geliştirmeye yardımcı olmaktır” şeklinde açıklanmıştır (Hong Kong Özel İdari Bölgesi Hükümeti, 2002a: 1). Birleşik Krallıkta, Mart 1999’da Kraliyet Komisyonu tarafından uzun süreli bakım reformu üzerine yayınlanan Yaşlılığa İlişkin Rapor’da uzun süreli bakım, haklar ve sorumluluklar reformunun amacının ‘maksimum seçim, saygınlık ve finansman sisteminde yeniliklere gidilerek kişisel bakımın ücretsiz hale getirilmesini sağlamak’ olduğu açıklanmıştır (Kraliyet Komisyonu, 1999). Bu açıklamaların yanında bakıma muhtaç olmanın, özellikle yaşamın son aşamasında insan onurunu zedeleyebileceği de düşünülmektedir. Bu durum, bakım alan kişilerin muhtaç ve kendi kendine yeterlilikten yoksun görünmesine de neden olabilecektir. Kamu bakımına hak kazanmak için, yardıma muhtaç kişinin çoğu zaman yıpranmışlık, işsizlik ölçütünü veya her ikisini birden karşılaması gerekmektedir. Hong Kong’da bir bakım ve ilgili ev birimine kabul edilmeye hak kazanabilmek için, başvuru sahibinin gerekli yardımı sağlayacak aile üyelerinden yoksun olması veya ailede büyük strese yol açması gerektiği belirtilmektedir (Hong Kong Hükümeti, 1994: 229). İlk ölçüt; bağımlılığın kendi kendine kabulünü ortaya koyarken, ikinci ölçüt ise;

kamuya açık bir işsizlik beyanı yapmayı ön görmektedir. Bakım muhtaçların, mazlumların ve kimsesizlerin ihtiyacı olduğuna göre, bakıma muhtaç olmamak, bir esenlik göstergesi ve bir haysiyet ölçüsüdür. Onurlu olmak demek, bakıma muhtaç olmamak anlamını taşımamaktadır. Bakımın maliyeti, uzun süreli bakımın alıcıları için daha da fazladır. Bu, bakımın ilk paradoksudur. Kişinin haysiyetini ve öz kimliğini zayıflatma potansiyeline sahip olduğu algısı nedeniyle kamu bakımı genellikle inkâr, reddedilme ve bakım korkusuna yol açmaktadır. Haysiyet, birçok modern toplumda uzun vadeli bakım politikası için temel yol gösterici değerlerden ve hedeflerden biridir. “İnsan onuru özen ister mi?” ya da “Verilen özen, insan onurunu inkâr mı eder?” soruları insan aklını kurcalamaya başlamaktadır.

2. Bakımın İkinci Paradoksu: Bakım Ve Özerklik

Özerklik, bakımın sağlanmasında bir diğer önemli yol gösterici ahlaki erdemdir. Son yıllarda sosyal politika, uzun vadeli bakım için kavramsal öncelik ve pratik alaka düzeyi olmaya başlamıştır. Bir yandan ahlaki failliğimizin temeli olduğu için özerklik kavramı, sosyal politikanın yerine getirmekle yükümlü olduğu evrensel bir insan ihtiyacı olarak görülmektedir (Doyal ve Gough, 1991). Özerklik kavramı öte yandan, hukukun ve kamu politikasının güvence altına almakla yükümlü olduğu bakımın sağlanması için ahlaki standart ve nihai amaç olarak kabul edilmektedir.

Popüler bir çağdaş özerklik anlayışı, kendi kaderini tayin ederek sesini duurmaya başlamıştır. Immanuel Kant (1959) ve John Stuart Mill (1972), bu özerklik nosyonunun meşrulaştırılması için sıklıkla felsefi kaynak olarak gösterilmektedir. Kant’ın, Ahlakın Metafiziğinin Temelleri’nde geliştirdiği özerkliğin ana fikri, kelimenin tam anlamıyla rasyonel “kendi kendini yasama” anlamına gelen “öz yönetim”dir ve zorunlu olarak ahlakla bağlantılıdır. Kant’ın ortaya attığı kavramdaki ana fikri iradenin özerkliği olsa da, çağdaş yorumlar özerklik iddiasını kendi kaderini tayin olarak haklı çıkarmak adına Kant’ın kendi kendini yasama kavramına daha dar bir şekilde odaklanma eğilimine girmiştir. Mill ise, bireylerin kendi bireyselliklerini korumak adına başkalarına zarar verme veya kendi özgür seçimlerini yapma yeteneğine zarar verme sınırları içinde hayatlarını şekillendirmede özgür olmaları gerektiğini iddia etmektedir. Kişinin yaşamını kontrol etme ve yönlendirme kapasitesi, kişilere saygı duymanın ahlaki gereğinin bir temelidir. Bu anlamda kendi kaderini tayin etme, kendi kendini kontrol etme ve kendi kendini yönetme ile de eş değer sayılmaktadır.

Özerklik kavramı, ayrıca rasyonaliteye yüksek bir prim vermektedir. Öne sürülen varsayım ise, tüm insanların rasyonel düşünme kapasitesine sahip olduğudur. Bir insanın dünyadaki diğer tüm canlılar üzerinde üstün bir güce sahip olmasını sağlayan bu rasyonel kapasitedir. Bir kişinin insanlığını tanımak, onun rasyonelliğini anlamak ve özerkliğini teşvik etmektir. Sosyal politika, rasyonelliğin veya amaçlı failliğin gerçekleştirilmesi için gerekli bir ön koşul olarak özerkliğin güçlendirilmesine kendini adanmıştır. Ortaya atılan argüman ise, özerklik ihtiyacı kendini geliştirmek için yeterli fırsat ve bozucu koşulların ortadan kaldırılması yoluyla karşılanmazsa, bu durum insani eylemleri veya yaşam planlarını gerçekleştirme yeteneğinin zarar göreceğini gösterecektir. Bu şekilde insan failliği, rasyonalite ve özerklik, kişilerin sağlam, bağımsız ve özgür olduğu bir vizyonu destekleyen ihtiyaç teorisi ile bağlantılı olacaktır.

Kendi kaderini tayin, seçim ve bağımsızlık gibi evrensel bir özerklik değerine yapılan bu vurgunun bir sonucu olarak, bakım gereksinimini yerine getirmeye yönelik paternalist müdahaleler, özerkliği baltalama potansiyelleri nedeniyle giderek daha fazla şüpheyle karşılanmaktadır. Uzun süreli bakım bu durumda, en başından itibaren paternalist müdahaleyi gerektirdiği gerçeğiyle daha da karmaşık bir hal almaktadır. Ayrıca, bakıma muhtaç kişinin ilerleyen yaşına bağlı olarak fiziksel ve zihinsel işlevleri bozulduğu için giderek artan derecede kişisel bakımına müdahale gerekecektir. Bu gerçek, kuşkusuz olası kötüye kullanım konusunda dikkatli olunması gerektiğini gösterirken, aynı zamanda özerklik hareketi ne kadar güçlüyse, bakım vermenin ve uzun süreli bakımın olumlu değerinin o kadar fazla şüphe ve güvensizlik içerisinde olacağına işaret edecektir. Özerklik, uzun süreli bakım bağlamında bakımın giderek değersizleştiğini göstermektedir. Bu, bakımın ikinci paradoksunu oluşturmaktadır. “Bakım özerkliği destekliyor mu?” ya da “Özerklik bakımı değersizleştirir mi?” soruları paradoksun temelinde yer almaktadır.

3. Bakımın Üçüncü Paradoksu: Bakım Ve Adalet

Modern refah devletinin tanımlayıcı bir özelliği, ahlaki bir adalet çerçevesi tarafından yönetilen bakımın kurumsallaşmasıdır. Kamu bakımının dağıtımına ve uygulanmasına rehberlik edecek ahlaki bir çerçeve olarak adalete yönelmek, bakım alanlarını paternalizmin tehditlerinden korumak için gerekli görülmektedir. İnsanlar ahlaki özerkliğe sahip oldukları için ahlaki olarak hakları vardır ve yasal olarak hayatlarını uygun gördükleri şekilde sürdürmeye sahiptirler. Adalet çerçevesi, bireyi devletin istilacılığından korumaktadır. Kişisel özerklik, gerekli

olan müdahale adına savunmaya yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda, başkalarının kişisel taleplerinden de bireyi korumaktadır. Ayrıca, adalet çerçevesi altında ahlaki özerklik hakkındaki iddialar zorunlu olmasa da kişisel özerklik ve kendi kendine yeterlilik hakkındaki savlara da yön verebilmektedir. Sonuç olarak bu özerklik ve özgürlük vizyonları, müdahale etmeyi destekler ve böylece bir kamusal değer olarak bakıma direnme şansı verir (White, 2000: 51).

Bakımın kurumsallaşmasının bir sonucu olarak, az ya da çok acil ihtiyaçları ayırt etmek için bir adalet teorisinin gerekli olduğu araştırmacılar tarafından ortaya konmuştur (Tronto, 1993: 138). Diğer bir çıkarım ise, bakımın giderek artan bir şekilde bir mal olarak algılanmaya başlandığı ve bakım talebinin “arzi” aşabileceği için adaletin bu malın dağıtılmasının aracı olduğudur. Adalet çerçevesinde uzun süreli bakıma, devlet tarafından tahsis edilecek bir mal gibi davranılmakta ve bakımın özelleştirilmesi yanında değersizleştirilmesi de gündeme getirilmektedir. Devlet bakımı bir süreç olarak görmek yerine, empati ve yardımseverliği ön plana çıkararak bakımın ilişkisel yönünü gözden kaçırmamalıdır. Uzun süreli bakım, işlevsel bağımsızlığı sürdürmek ve özerkliği korumak için teknoloji ve tıbbi yardımın uygulanmasıyla insanlar arasında giderek daha fazla eşit hale gelmektedir. Böyle bir bakım anlayışının gözden kaçırdığı husus, çoğu zaman yaşlılığa yönelik en korkulan tehdidin seçim, bağımsız eylem ve kendi kendine yeterlilik kaybından ziyade önemli ilişkilerin, sevgi dolu bağların ve kişisel bağlılıkların kaybı olacaktır.

Bakım giderek “ihtiyaç duyanlara” dağıtılan araçsal bir mal olarak yorumlanırken; yaşlılıkta bakım, dört gözle beklenen bir “iyi” değildir. Bakım almanın yüksek benlik saygısı kazandıran bir durum olmadığı görülmektedir. Özellikle yaşlılıkta bakıma ihtiyaç duymak, haysiyetini kaybetme ve kimliğin azalması korkusunu beraberinde getirmektedir. Bakım verme, bakım alıcısının muhtaç olduğu için gayri meşrulaştırıldığı paternalizm potansiyeli içerisinde, profesyonel bakıcılar tarafından şüphe duygusu uyandırmadan verilmesi gereken devletin zorunlu bir yükümlülüğü olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda bu durum, bakıcıların bakıcı rollerine ilişkin statik bir vizyona yol açmaktadır ve bakım sağlayanlar ile bakım alanlar arasında sabit bir iş bölümü ile sonuçlanmaktadır. Bakımın kurumsallaşmasının kendisi bir yasallaştırma kaynağı haline gelmektedir ve adalet bakımın değersizleşmesinin önüne geçmeye çalışmaktadır. Bu, bakımın üçüncü paradoksunu oluşturmaktadır. “Adalet özeni reddeder mi?” ya da “Bakım adalete karşı mı?” soruları ile bu öncülde karşılaşılmaktadır.

4. Yaşlılıkta Haysiyetsiz İnsan Onuru

Bakım paradoksu, genel olarak sosyal politika ve özel olarak uzun vadeli bakım için tanımlayıcı ahlaki değer olarak özerklik kavramının yeterliliğine olduğu kadar bakımın ahlaki temeline de ciddi bir meydan okuma durumundadır (Pullman, 1999; Agich, 1993; Callahan, 1984). Uzun süreli bakımda bağımlılık gerçekliği, özerk seçim ve eylem anlamında bağımsızlığı sürdürmenin en yüksek iyi ve en yüksek yarar olduğu şeklindeki içsel varsayımından dolayı, bir özerklik etiğinin pratik uygunluk testinde başarısız olmasının ana nedenlerinden biridir. Daniel Callahan'ın belirttiği gibi “Özerklik ahlaki bir saplantı değil, ahlaki bir iyilik olmalıdır. Bu bir değer değildir” (1984: 4). Özerklik etiği altında bakım verme amacı, özerk yaşamın sürdürülmesi doğrultusunda değerlidir. Bakım vermeyi yalnızca “kendi başına iyi” olarak düşünmek yerine, araçsal olarak kabul etmek de gerekmektedir. Bakım vermeyi araçsal bir mal olarak görmenin değeri, özgürlüğün ve bireysel sorumluluğun bulunduğu toplumlarda piyasa tarafından; eşitlik ve kolektif sorumluluğu vurgulayan toplumlarda devlet tarafından dağıtılmaktadır. Dezavantajı, bakımın giderek daha az ahlaki bir iyilik olarak görülmesi, yaşlılık ve bağımlılıkta “insan haysiyeti olmayan” insan onuru ile bağlantılı işlevsel eksiklikler için giderek daha fazla aşağılayıcı ve telafi edici destek olarak görülmesidir.

Uzun süreli bakımın sağlanmasında bu durum, merkezi bir yol gösterici kavram olarak özerkliğin değerini karalamak veya önemini inkâr etmek değildir. Ancak sorun şu ki, (1) yaşlılıkta hem bağımlılığı hem de bakıcılığı ahlaki bir iyilik olarak yeniden ele almak, (2) insan ihtiyacının doğasını ve sosyal yükümlülüğün rolünü yeniden kavramsallaştırmak ve (3) bir kişinin temel insanlık onurunu, kendisini özerk bir insan olarak yönetme kapasitesinden ayrı bir insan olduğu gerçeğine dayandırarak yeniden ele almaktır. Bu basit gerçek, bakıma temel bir değer bahşeder ve en dikkatli ahlaki değerlendirmenin yapılmasını talep eder, hatta öz bilincin tamamen kaybolmasında ve yansıtıcı farkındalığın yokluğunda temel özerklik olarak ortaya çıkar. Kişisel özerklik doktrininin yakalayamadığı unsur, temel insani değer doğasıdır.

Bu bölümün geri kalanında, Çinli Konfüçyüs'çü ahlak geleneğinin iç görülerinin, bağımlılık ve bakım verme arasındaki ilişkiyi yeniden şekillendirerek, doğayı yeniden tasavvur ederek ve uzun vadeli bakım paradoksu üzerine farklı bir bakış açısı kazandırarak nasıl katkıda bulunacağı üzerinde durulacaktır. İnsan ihtiyacı ve sosyal yükümlülüğün rolü, temel insani değere sahip bir kişinin temel

onurunu yeniden kazanmasını sağlar. Hong Kong vakası, son derece kozmopolit görünümüne ve gelişmişliğine rağmen, Çin toplumunda Konfüçyüs'çü ahlaki geleneğin yaşlılara bakım vermeyi nasıl şekillendirdiğine ışık tutmak için tartışılmaktadır. Yaşlıların bakımında Hong Kong örneği, bir yandan Batılı muadilleriyle keskin ve ilginç bir karşıtlık sağlarken, diğer yandan geleneksel kültürlerin sosyal politika üzerindeki ahlaki gücüne ışık tutabildiği için ilgi çekmektedir.

5. İnsan Onuru Ve Ahlaki Özerkliğin Konfüçyüs'çü Açıklaması

Çinliler için insan onuru idealinin önemi, iki temel soruya odaklanan Konfüçyüs'çü ahlak felsefesinin etkisiyle izlenebilmektedir:

- (1) İnsanlar hayvanlardan nasıl ayırt edilir?
- (2) İnsanlığa ulaşmak için ideal insan yaşam biçimi nedir?

Konfüçyüs, insanların hayvanlardan ayırt edilebilir olduğunu düşünmüştür. Çünkü; yalnızca insanların ahlaka sahip olduğuna inanmıştır ve bu öncülü ile savına başlamıştır. Ayrıca, ona göre bir hayvandan farklı ve insana yakışır bir hayat yaşamak, ahlaka uymaktır. Konfüçyüs'e göre yaşamın nihai noktası akılcılık ya da özerklik değil, insanlığın ya da insan onurunun ahlaki izleyerek gerçekleştirilmesidir. Konfüçyüs, insanların onları hayvanlardan veya vahşilerden ayıran bir haysiyete sahip olduğu iddiasını desteklemek için üç argüman sunmuştur. Bu argümanlar, aynı zamanda insan onurunun kaynağını ve ahlakla ilişkisini de açıklamaktadır.

Birincisi, Konfüçyüs'çü açıklama, insan onurunun kaynağının insanın ahlaki doğasında yattığını iddia etmektedir. İnsanları hayvanlardan ayıran, insan ilişkilerinde ahlakı takip etme kapasitesi açısından tanımlanan bu ahlaki doğadır. Daha da önemlisi insanlar, Konfüçyüs'çü bilgin olan Mencius'un şu şekilde açıkladığı ahlaki doğalarının bilincindedir: “İnsan ile vahşiler arasındaki fark çok azdır. Sıradan kişi bu ayırt edici özelliği kaybederken bey efendi (ahlaklı kişi) onu korumaktadır. Shun (eski bilge kral) ahlakın yollarını izlemiştir ve insan ilişkileri konusunda keskin bir kavrayışa sahiptir” (Mencius, 1970).

İnsanları hayvanlardan ayıran, insan ilişkileri kurma ve insan ilişkilerinin yürütülmesinde ahlakın gerekliliğini takip etme konusundaki potansiyel kapasitesine ilişkin öz farkındalık ve keskin bir iç görüdür. İnsanlığı gerçekleştirmenin

yolu, hem cinslerimizle ilişki kurarken ahlakın peşinden gitmektir. Ahlakın doğasını geliştirmek, mükemmel insan ilişkileri sergilemeyi ve böylece insanlığı gerçekleştirmeyi öngörür. Çünkü; Konfüçyüs'çü teze göre insan aynı ahlaki doğayla, herkesin eşit olarak sahip olduğu aynı erdem potansiyeliyle doğmaktadır. Üstadın dediği gibi 'Cennet bende olan erdemın yazarıdır' (Konfüçyüs, 1979). Çince'de 'Cennet' veya 'Tien' kelimesi, doğal düzenin başka bir adıdır. İnsanı hayvanlardan ve vahşilerden ayıran, insanın içsel değerinin kaynağıdır. Bu ortak insanlık nedeniyle, birey eşit saygıyı hak etmektedir.

İkincisi, Mencius'a göre "Sıradan insanlar bilge olmaya muktedir olmakla kalmayıp, temelde bilgeler gibidirler." Hepsi, doğuştan sahip oldukları dört uzuv gibi insanlığın dört "tohumuyla" (potansiyelleriyle) doğarlar. Uygulamada, hepsi başarılarında ve gelişmelerinde farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Dört tohum, 'hayırseverlik', 'doğruluk', 'uygunluk' ve 'bilgelik' tohumlarıdır (Mencius, 1970). İnsanlar, birbirleriyle olan etkileşimlerinde ve ilişkilerinde erdemleri takip ederek potansiyellerini geliştirme ve gerçekleştirme yükümlülüğüne sahiptir. Erdemli eylemler, insanlık topluluğunun üyeleri olarak herkesin doğasında bulunan temel onura karşılıklı saygıyı tanımayı ve ifade etmeyi sağlayan kurallar, ayinler, ritüeller veya normlar tarafından yönlendirilen eylemlerdir.

Üçüncüsü, Konfüçyüs'çü ahlaki teze göre insanlığı gerçekleştirmek için sadece insan ilişkileri değil, özellikle aile ilişkileri de önemlidir. Çünkü; insanlığın ilk öğrenildiği onur aile ilişkileri içinde öğrenilir ve ahlak bu sayede geliştirilir. Bir aile içindeki doğal ilişkiler, ahlakın kökleridir. Bilhassa insanların temel haysiyetlerine gereken saygıyla davranılmasına ilişkin ahlaki gerekliliğe dair iç görü kazanmayı en iyi şekilde sağlayan ebeveyn-çocuk ilişkisidir. Mencius, insan onuruna gereken saygıyı göstermenin ahlaki gerekliliği konusundaki öz bilinci şu şekilde açıklamıştır:

Muhtemelen eski zamanlarda insanların ebeveynlerini gömmediği durumlar olmuştur. Ebeveynler öldüğünde, oluklara atılmışlardır. Sonra bir gün oğulları oradan geçmiştir. Tilkiler tarafından yenen ve sinekler tarafından emilen cesetler görmüşlerdir. Kaşlarında bir ter belirmiştir ve bakmaya dayanmamışlardır. Terleme, başkalarının görmesi için yapılmamıştır. Bu onların en derindeki kalbinin dışa dönük bir ifadesidir. Sepetler ve maçalar için eve gitmişlerdir. Ebeveynlerinin kalıntılarını gömmeleri gerçekten doğruysa, tüm insanlığın aynısını yapması muhtemeldir

(Mencius, 1970).

Mencius'un hikâyesi, gömme ayinlerinin doğuşunu açıklamaktadır. Bu ayinler, bir toplumda yeni ölenler ve artık yaşamayanlar da dâhil olmak üzere, insanlara ahlaki olarak doğru muamele etmenin gerekliliğini açıklamaktadır. İnsanlar, ahlaki ilişkilerine karşılık olarak toplum içerisindeki belirli kurallara uymak zorundadırlar. Aynı zamanda, birey olarak insanda var olan temel haysiyetin farkındalığına ve öz bilincine sahip olma yeteneğine de sahiptirler. Öz farkındalık anı, paylaşılan temel insan onurunun öz bilincinin bir gerekliliğidir. Bu farkındalık, temel insan haysiyetine saygı göstererek yanıt vermenin ahlaki bir yükümlülüğü olduğu bilincini yanında getirir. Böyle bir ahlaki yükümlülük, kendiliğinden empoze edilir, zorlanmaz, koşulsuzdur ve doğası gereği sözleşmeye dayalı değildir. Ahlakın kaynağı dışsal değil, içseldir. Ahlak, insan onurunun öz farkındalığına dayanmaktadır ve insanın kendi kendine empoze ettiği ahlaki taleplerde bulunma potansiyelini ortaya çıkarmaktadır. Ölüleri buldukları yere gömmek, günümüzde yaygın olarak yabancılar ve akraba olmayanlar için bile geçerli olan ortak bir insani yükümlülük olarak kabul edilmektedir.

Konfüçyüs'çü insan onuru açıklaması, aile ilişkilerinde özellikle ebeveyn çocuk ilişkisinde, öncelikle başkalarına nasıl saygılı davranılması gerektiğini öğrenmeyi vurgular. Immanuel Kant'ın ahlak felsefesinde benzer bir insan onuru vurgusu olmasına rağmen, Konfüçyüs'çü anlayış, insanlığı desteklemede aile ve insan ilişkilerinin rolünü vurgulamaktadır. Bu nedenle Konfüçyüs, evlatlık bir oğul ya da kız çocuğunun yalnızca ana babaya iyi yemek, giysi ve barınak sunarak fiziksel ihtiyaçlarını karşılamakla kalmayıp, daha da önemlisi ana babaya gerçek bir saygıyla bakmakla da ahlaki bir görevi olduğunu savunmuştur. Günümüzde bir erkeğin evlatlık olması, anne ve babasına yiyecek sağlayabilmesinin ötesinde bir anlam taşımamaktadır. Köpekler ve atlar bile bir şekilde fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Bir erkek aileye saygı göstermiyorsa, arada hiçbir fark bulunmamaktadır (Konfüçyüs, 1979).

Ebeveynlere karşı gerçek bir saygı, ebeveyn çocuk ilişkisinin temel ahlaki şarttır. Ancak, saygı yalnızca kişinin ana babasına veya aile üyelerine değil, aynı zamanda kendisinden başka yaşlı ana babalara da hürmet ve ilgi göstermesi ile mümkündür. Ayrıca, bir yaşam biçimi ve bir eğilim haline gelene kadar etkileşimde bulunulan diğer kişilerle de ilişki kurmak şarttır. Konfüçyüs'ün bu şekilde ifade ettiği ideal başarı şudur: “Evinceyken kendinizi saygılı bir tavırla tutun; resmi olarak görev yaparken saygılı olun; başkalarıyla uğraşırken elinizden gelenin en iyisini yapın” (Konfüçyüs, 1979).

Uzun süreli bakıma ilişkin Hong Kong sosyal politikasının, bakımın tek kapsayıcı hedefi olarak insan onurunun desteklenmesini vurgulaması şaşırtıcı değildir. Misyona, daha önce belirtildiği gibi aidiyet, güvenlik ve değerlilik duygusu olarak tanımlanan yaşlıların onurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamaktır (Hong Kong Özel İdari Bölge Hükümeti, 2002a: 1). Uzun vadeli bakım için sosyal politikanın ideali olarak bu haysiyet anlayışıyla rasyonellik ve özerklik, insan onurunun unsurlarını oluşturmaya katkıda buldukları ölçüde içsel değere sahiptir. Böyle bir vurgu, Kraliyet Komisyonu tarafından hazırlanan Yaşlılığa Saygıyla Uzun Süreli Bakım Hakları ve Sorumlulukları Raporu'yla keskin bir tezat oluşturmaktadır. Bu rapor, 'bağımlılığa karşı bağımsızlığı' en önemli politika hedefi olarak benimsemektedir ve 'Uzun Süreli Bakım Hakları ve Sorumlulukları' maksimum seçim, saygınlık ve bağımsızlık uzun vadeli bakım politikasının önemli hedefleri olarak kabul edilmektedir (Kraliyet Komisyonu, 1999). Bu nedenle Birleşik Krallıkta "onur", uzun süreli bakımdaki üç önemli değerden yalnızca biri olarak kabul edilirken, Hong Kong'da onur, bakımın sağlanması için merkezi ve en önemli değer olarak görülmektedir. İtibara verilen öncelik, bakıma muhtaç olmanın ve haysiyet duygusuna sahip çıkmanın yaşlılık ve insan için bağımlılıkla uyumlu olduğu vizyonunu ifade etmektedir.

İnsan onuruna saygı gösterilmesi, genel olarak sosyal politikanın ve özel olarak uzun vadeli bakımın bir idealidir. İnsanlığın var oluşunun kabul edilmesi için, öz farkındalığa sahip olmak gerekmektedir.

6. Ahlaki Bir İyilik Olarak Bağımlılık ve Bakım Vermenin Konfüçyüs'cü Açıklaması

1930'da ünlü Çinli bilgin Lin Yutang, Çinli ve Batılı aile sistemlerinin yaşlılara muamelesi arasındaki karşıtlığın, Çinliler arasında "genel olarak verilen prim" nedeniyle yaşlanmaya ve yaşlı görünmeye yönelik genel bir arzunun ana açıklaması olduğunu araştırmalarında belirtmiştir (Lin Yutang, 1931: 48-49). Genç yetişkinler, yaşlı ebeveynlerine bakma konusunda güçlü bir yükümlülük duygusuna sahiptirler. Bu durum, ana babalarının yetişkinler için gençken yaptıkları birçok fedakârlık karşısında onların ebeveynlerine yalnızca minnettarlık duyduğunu göstermektedir. Böyle bir tutum, toplumdaki birçok bireyin bağımsızlık vurgusunu ve çocuklarına bağımlı olmanın utancını açıklayan bireyci değerlere karşı keskin bir tezat teşkil ettiğini ileri sürmektedir. Lin'e göre, Çinli yaşam anlayışı, ev içinde karşılıklı yardıma dayanır; bu nedenle, kişinin hayatının gün batımında çocukları tarafından hizmet edilmesi durumuna bağlı bir utanç

yoktur. Lin ayrıca, ‘Bir çocuğa bakabilecek ebeveynlere sahip olmanın iyi şans olarak kabul edildiğine’ dikkat çekmiştir. Lin’in gözlemlerinin günümüzde ne ölçüde doğru olduğu tartışmalı bir konudur.

Hong Kong Nüfus Sayımı ve İstatistik Dairesi (Hong Kong Özel İdari Bölge Hükümeti, 2002c: 15) tarafından yakın zamanda yayınlanan 2001 Nüfus Sayımı Tematik Raporu’nda, 2001 yılında 747.052 yaşlı (65 yaş ve üstü olarak tanımlanan) vardır. Bu da, Hong Kong nüfusunun %11’ini oluşturmaktadır. Ayrıca, ev içi hanelerde yaşayanların 487.319’unun (%71,8) yaşlı olmayan üyelerle birlikte yaşadığı, 191.778’inin (%28,2) yalnızca yaşlı hanelerden oluştuğu bildirilmiştir. 2001 yılında çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlıların toplam oranı %56,8 iken, 1991 yılında bu oran %57,2 olarak belirlenmiştir. İstatistikler ayrıca, yaşlı kişilerin yaş grubu ne kadar yüksekse, çocuk(lar) ile veya başka kişilerle birlikte yaşayan yaşlıların oranının da o kadar yüksek olduğunu göstermektedir. 85 yaş ve üzeri olanların bile %29,9’u tek başına çocuk(lar), %8,3’ü ise eş ve çocuk(-lar)la birlikte yaşamaktadır. Hong Kong’daki yaşlıların sadece %10,8’i yalnız yaşamaktadır. %9,1’i ise ev dışı hanelerde (yaşlıların evleri, hastaneler ve ceza infaz kurumları dâhil) yaşamını sürdürmektedir. Hong Kong’daki yaşlı nüfusun yaşam düzenlemelerine ilişkin bu istatistikler, yaşlılara yönelik aile desteğinin hala güçlü olduğunu ve hızlı toplumsal değişimlere rağmen son on yılda oldukça sabit kaldığını göstermektedir.

Hong Kong Sayım ve İstatistik Dairesi tarafından yayınlanan 11 No’lu Tematik Hane Halkı Anketi Raporu’nda (Hong Kong Özel İdari Bölge Hükümeti, 2003), Hong Kong’daki ebeveyn desteği kalıpları hakkında başka bir ilginç veri seti bulunmuştur. Rapora göre, 15 yaş ve üzeri yaklaşık 1.678.100 kişi son on iki ay içinde (yani 2001 yılında) ebeveynlerinin geçimini sağlamıştır, yarısından fazlası (%57,6) iki bağımlı ebeveynle yaşarken, %38,9’u bir bağımlı ebeveynle hayatını devam ettirmektedir. Diğer %3,5’i ise üç ve daha fazla bağımlı ebeveynle yaşamaktadır. Ebeveynlerinin geçimini sağlayanların yüzdesi erkeklerde (%34,8) kadınlara oranla (%25,6) daha yüksektir. Birlikte yaşadıkları ebeveynlerinin geçimini sağlayanlar için, bağımlı ebeveynleri desteklemek adına yıllık medyan harcama 2500 HK\$ iken, ebeveynlerinin ayrı yaşamasını destekleyenler için ortalama yıllık harcama 3000 HK\$’dir. 20-29 ve 30-39 yaş grubunda yer alanlar, son 12 ay içinde bağımlı ebeveynlerin geçimini destekleyenler arasında en yüksek orana sahiptir ve bu iki yaş grubundaki nüfusun yarısını aşmış durumdadır. Sayım sırasında 1.117.000 bağımlı ebeveyn olduğu belirlenmiştir. Ancak Singapur, Tayvan ve Anakara Çin’den farklı olarak, Hong Kong’da yetişkin

çocukların yaşlı ebeveynlerine destek ve bakım sağlamaktan sorumlu olmasını gerektiren yasalar yoktur. Başka bir deyişle, yetişkin çocukların Hong Kong'da ebeveynlerine sağladığı destek tamamen gönüllülük esasına göre yapılmaktadır.

Aile içindeki birçok ilişki arasında Çin felsefi söyleminin en çok ebeveynler ve çocuklar arasındaki ilişkiye odaklandığı doğrudur. Özellikle Çin Konfüçyüs'çülüğü, çocukların anne babalarına karşı ahlaki yükümlülüğüne ve özellikle yetişkin çocukların yaşlı anne babalarına karşı olan sorumluluklarına vurgu yapmaktadır. Birçok Batılı filozofun aksine evlatlık, ahlaki bir yükümlülük olarak görülmez.

Örneğin, “Yetişkin çocuklar ebeveynlerine ne borçludur?” sorusuna, çağdaş Amerikan filozofu Jane English (1979:351) tarafından “Hiçbir şey” yanıtı verilmiştir. Argümanları “rıza” ve “gönüllülük” ilkelerine dayanmaktadır. Ona göre, yetişkin çocukların yaşlı ebeveynlerini desteklemek için herhangi bir ahlaki yükümlülüğü yoktur. Çünkü, ebeveynlerin çocukları için yaptıkları iyilik değil gönüllü fedakârlıklardır, çocuklar ebeveynlerinin kendileri için yaptıklarını asla talep etmezler. Bu görüşe göre, kişiye yapılan bir iyilik, kişinin isteğine (rızasına) dayanırken, gönüllü bir fedakârlık, sadece kişinin öz bilinciyle yerine getirilmektedir. Bu tür fedakârlıklar, çocukların ebeveynlerinin karşılıklı bakımını üstlenmeleri için ahlaki bir yükümlülük değil, birbirlerinden gönüllü yardım almaları adına ebeveynler ve çocuklar arasında dostluk yaratmaktadır. Bunlar, borçlardan kaynaklanan yükümlülükler veya geri ödemede borçlu olunan zorunluluklar değildir. English'in görüşü, ebeveynlerin küçük çocuklarına bakma yükümlülüğünün kendi kendine empoze edilen bir görev olduğunu, çocukların ebeveynlerine bakma yükümlülüğünün ise kendi kendine dayatılmadığını ve bu nedenle de uygulanamayacağını savunan bir başka çağdaş Amerikan filozofu olan Norman Daniels (1988:29) tarafından tekrarlanmıştır.

Yetişkin çocukların ebeveynlerine karşı ahlaki bir yükümlülüğü olduğunu kabul eden 17. yüzyıl İngiliz filozofu John Locke'a göre bu sorumluluk, geçmiş hizmetler için bir takas veya borcun geri ödenmesi kavramına dayanmaktadır. Ebeveyn çocuk ilişkisi, bir değişim ilişkisi olarak düşünülmektedir. Ebeveynler ve çocuklar için karşılıklı kazanç ve fayda vardır. Görev sahibi ve hizmet lehtarı olmak için sırayla ilişki kurarlar. Locke'a göre, oğlunun babayı onurlandırması, baba tarafından sağlanan “eğitiminde gösterilen özen, maliyet ve nezaket” için bir ödeme ya da ödüldür (1690:266). Bu nedenle, oğlunun babaya borçlu olduğu yükümlülüğün derecesi, babanın oğlu üzerinde geçmişte yaptığı masraflara göre

belirlenir. Ebeveyn çocuk ilişkisi, farklı yaşam evrelerinde bireysel ihtiyaçları karşılamada en yüksek liberal değerler olan tam bağımsızlık ve özgürlüğe kavuşmak için hızlı gelişimi desteklemenin bir aracıdır.

Bazı toplumlarda birinin yaşlı ana babasına bakmasının, kendi çocuklarını istemek ve büyütme gibi kültürel olarak onaylanmaması şaşırtıcı değildir. Aslında, bazılarında yetişkin çocukların yaşlı ebeveynlerine karşı sahip oldukları yükümlülüklerle ilgili toplumsal bir ahlak yoktur. Kültürel tartışmanın ve kamusal onayın bu kıtlığı ya da toplumsal onay eksikliği nedeniyle, toplumda kişinin ana babasına “bakma” rolünü normatif olarak benimseme ve değer verme konusunda isteksizliği de var gibi görülmektedir. Dolayısıyla ‘bakım’, yaşlılıkta sabırsızlıkla beklenen bir ‘iyi’ değildir. Bakım alma, yüksek benlik saygısı kazandıran bir statü değildir. Bakıma muhtaçlık, itibar kaybı ve azalan kimlik korkusunu beraberinde getirmektedir.

Buna karşılık, yaşlılara yönelik aile desteğinin Çin’de asırlık kültürel kökleri vardır. Bu geleneksel kültür, Çin’deki yaşlılar için aile desteğinin eskiden beri süregelen “geri bildirim” biçiminin temelini oluşturmaktadır. Bu kültürel norm altında, ailenin ilk kuşağı ikinci kuşağı yetiştirir, bu da daha sonra birinci kuşağı yaşlılıklarında destekler ve aynı zamanda üçüncü bir kuşağı yetiştirmeyi amaçlar. Böylece birbirini izleyen her nesil, bir önceki nesle ‘geri beslenir’ ve yeni bir nesle destekler (Fei, 1996: 50–51). Buna karşılık, liberal değerlerin etkisi altında Batılı kültürel geleneklerin bir neslin diğerini yaşlılıkta geri bildirim almadan yetiştirdiği ‘doğrusal’ aile uygulamalarını desteklediği ileri sürülmektedir.

Aile desteğinin “geri bildirim” tarzının bu kültürel normu, Konfüçyüs’çü karşılıklılık nosyonuna dayanır, burada ahlaki bakım yükümlülüğü tek yönlü bir görevden ziyade iki yönlü bir yol olarak anlaşılmaktadır. Evlada dindarlığın ahlaki gücü, geçmiş hizmetler veya yaşam armağanı için ebeveynlere bir takas veya geri ödeme olarak haklı gösterilemez. Anne babaya saygı, “iyi”nin “iyi”ye karşılık verilmesi olarak değerlendirilir. Oğlunun veya kızının ilgi ve şefkati, ana babanın ilgi ve şefkatinin bir karşılığıdır. Bir insan failin iyiliksever doğasını geliştirmeyi öğrenmesi ve sonunda sosyal ilişkilerde güven ve karşılık için bir eğilim kazanması ebeveyn çocuk ilişkisi içindedir.

Bu anlamda Konfüçyüs’çü mütakabiliyet, ticaretten veya mal ve hizmetlerin bilinçli mübadelesinden farklıdır. Bir yandan, karşılık veya yükümlülük gözetmeksizin sorumluluk almayı içermektedir. Öte yandan, alıcının ‘iyilik için iyiliği iade etme’ adına doğrudan bir ahlaki yükümlülüğü almayı gerektirmek-

tedir. Becker'in "alıcı mal" olarak adlandırdığı husus budur (1986:3). Böyle bir karşılıklılık kavramı, sık sık alıntılanan Çin atasözlerinde ifade edilir: 'Önceki bir nesil, sonraki nesillerin gölgesinde barınak ve huzur bulduğu ağaçlar diker' ve 'Suyu içerken senin için kuyuyu açanları unutmamalısın'. Konfüçyüs'cü etik sisteminde, karşılıklılığın ahlaki temeli, sözleşme veya fayda değil, insanların birbirlerine olan bağımlılığı ve karşılıklı bağımsızlığıdır. Daha da önemlisi böyle bir müteakabiliyet nosyonu gönüllü olmayan yükümlülükleri, sosyal hayatın akışı içinde edinilen ancak davete, rızaya veya kabule bakılmaksızın alınılan sorumlulukları tanımayı sağlar. Yetişkin çocukların, ebeveynleri onlara ilk kez iyilik gösterdikleri için, ebeveynlerinin refahı her zaman ahlaki bir yükümlülük barındırmaktadır. Ebeveyn olarak ebeveynine bakma ve besleme arzusu, yetişkin çocuğun ebeveyne kendi kişisel "geri dönüşüdür". Böyle bir getiri, taşıt kredisi geri ödemesinde olduğu gibi belirtilmez. Bakımı anne ve babasına geri verememe, hayatın en büyük pişmanlıklarından birisidir. Lin Yutang'ın da belirttiği gibi, Çinli bir insanın sahip olabileceği en büyük pişmanlık, ana babasına hizmet etme fırsatını sonsuza kadar kaybetmiş olmasıdır. Bu pişmanlık, eve çok geç dönen ancak anne ve babasının çoktan öldüğünü öğrenen bir adam tarafından iki satırda ifade edilmektedir: "Ağaç dinlenmek ister, ama rüzgâr durmayacak; oğul hizmet etmek ister, ancak ebeveynleri çoktan gitmiştir" (Sommers ve Sommers, 1993:753).

Konfüçyüs'cü evlada dindarlık geleneği, iyi dengelenmiş bir karşılıklı bağımlılık hakkında fikir vermektedir. Bağımlılık ilişkisine ve nesiller arasındaki bakımın karşılıklılığına olumlu bir değer kazandırır. Yaşlı bir ebeveynin çocuklarına bağımlılığı, karşılıklı bir zincirin parçası gibidir. Evlada dindarlığın ahlaki değeri biçiminde kolektif bir hafıza tarafından verilen uzun döngülü bir alışveriş gibidir. Karşılıklı bağımlılık, insan varoluşunun fenomenolojik bir özelliği olarak kabul edilir. Odağı özerklikten haysiyete kaydırmak, belirli bir yaşam aşamasında kaybedilen görece özerklik ve kişisel bağımsızlığa değil, paylaşılan ortak haysiyete dayanmaktadır.

7. İnsan İhtiyacının Konfüçyüs'cü Açıklaması Ve Sosyal Tedarikin Rolü

1990'larda Keith ve arkadaşları Swarthmore (orta batıda varlıklı bir topluluk, ABD), Momence (Pennsylvania, ABD'de bir banliyö topluluğu) ve Hong Kong'daki üç toplulukta yaşlanmanın ne kadar başarılı algılandığını karşılaştırmak için bir dizi çalışma yürütmüşlerdir. Bulgular ister Hong Kong'da, ister

Pennsylvania’da ister ABD’nin orta batısında olsun, fiziksel durum, sağlık ve işlevselliğin, yaşlı bir kişinin iyi ya da kötü olarak görülmesinin önemli bir nedeni olduğunu göstermiştir. Ancak, ABD toplumundaki insanların fiziksel statüye verdiği göreceli önem, Hong Kong’dakinden daha fazla bulunmuştur. Bu durum, Hong Kong’da neyin daha önemli olduğu ve fiziksel statüye neden bu kadar öncelik verildiği hakkında ilginç soruları gündeme getirmektedir.

Keith ve arkadaşlarına göre Hong Kong’da, çalışma yeteneğini tehdit ettiği için kötü sağlık kısmen tehdit edici sayılmaktadır. Swarthmore’un daha varlıklı olan topluluğunda, kötü sağlıktan korkulmaktadır. Çünkü bu durum, geçim kaynaklarını değil, bağımsızlığı dolayısıyla onların hastalıktan ve beraberindeki bağımlılıktan korkmalarını ön plana çıkarmaktadır. Ayrıca, ABD’de insanların işlevselliğini değerlendirmek için kullandıkları birçok özelliğin merkezinde yalnız yaşama yeteneği olan “kendi kendine yeterlilik” olarak etiketlenen bir dizi kabiliyet dikkat çekmektedir. Hong Kong’da insanlar bu yeteneği değerlendirmenin anlamını bilmeden yaşamlarına devam etmektedirler: ‘Bir insan neden yalnız yaşamak istesin ki?’. Hong Kong’da insanlar, yaşlı bir kişinin iyi olmasının bir nedeni olarak bağımsızlıktan ziyade bağımlılığı tanımlamaya çok daha yatkındırlar. Keith ve arkadaşlarına göre; finansal, psikolojik ve fiziksel bağımlılık ihtiyaçları başta aile üyeleri olmak üzere başkalarının çabaları ile karşılanmaktadır (Keith vd., 1990: 256).

Momence’deki topluluğun yarısından fazlası zayıf fiziksel durumu, yaşlı bir kişinin başarısız olmasının bir nedeni olarak tanımlamaktadır. Hong Kong sakinleri için, fiziksel durumdan ziyade ‘kişisel özelliklerin’ yaşlılıkta iyi veya kötü bir durumu ortaya koymada çok daha fazla kullanılacağı aşikardır. Bu kategorideki Çince cevapların büyük bir kısmı, ‘hoşgörülü’, ‘kolay’ ve ‘dırdır değil’ gibi özelliklere atıfta bulunmaktadır. Perspektifteki bu karşıtlığın yaşlılıkta iyi olma nedenlerine farklı bir vurgu yapmasının yanı sıra, yaşlılıkta bağımlılık ve bağımsızlığın farklı bir değerlendirmesine işaret edeceği iddia edilmektedir. Amerikan bakış açısı, yaşlılıkta iyi olmanın önemli bir göstergesi olarak kendi kendine yeterlilik için ön koşulların varlığını vurgular ve bunlar arasında temel ihtiyaçların karşılanmasında kendi kendine yeterlilik, günlük faaliyetlerde bağımsızlık ve karar vermede özerklik kavramları yer alır. Hong Kong Çin perspektifi, yaşlı kişinin kişisel özelliklerini; yük olmama, düşünceli olma ve yardımseverlik olarak tanımlamaktadır.

Keith ve arkadaşlarına (1990:260) göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde aile, daha sonraki yaşamın sorunları içerisinde bir neden olarak daha az sıklıkla anılmaktadır. Çinliler, bazı yaşlıların yaşlılık döneminde daha iyi olmalarının sebebinin aile ilişkilerinden kaynaklı olduğunu belirtmektedirler. Bu farklılıkların bakıma muhtaç olma tutumları üzerinde önemli etkileri vardır. İki Amerikan toplumunda yaşlılar, bağımlı hale gelmekten endişe duyarken, Çinliler ise kendilerine bakacak uygun çocuklar yetiştirmeyi amaçlamaktadır.

Hong Kong toplumundaki insan ihtiyacının ve refah tercihlerinin Çin kültürel yorumunu araştırmak için bir araştırma yapılmıştır. Çalışma, 1998 yılında Hong Kong'da düşük gelirli, yüksek yoğunluklu bir bölgede yaşayan rastgele seçilmiş 100 katılımcının evlerini ziyaret ederek gerçekleştirilen odak grup toplantıları ve bireysel derinlemesine görüşmelere dayanmaktadır (Tao vd., 1996). Çalışmanın bulguları, Hong Kong toplumunda insan ihtiyacına ilişkin tek bir üniter söylemin olmadığını göstermektedir. Hong Kong Çin halkının insan ihtiyaçları ve refah tercihleri üzerine yaptığı tartışmada kelime dağarcığı, ifadeler ve dillerin bir karışımı vardır. Bu farklılıklara rağmen, Hong Kong toplumunda yerel halk arasında genel olarak paylaşılan temel insan ihtiyaçları ve ortak benlik anlayışlarını belirtmek için farklı söylemlerden ortaya çıkan görüşlerin yeterli tutarlılığı bulunmaktadır. Adlandırdıkları ve tanımladıkları temel ihtiyaçlar, iki ana kategori etrafında birleşmektedir. Bu ihtiyaçlar; hayatta kalma ve kimliktir. Hayatta kalma ihtiyaçları, bir insan etkeninin biyolojik yaşamının merkezinde yer alan sağlık ve geçimi içerir. Kimlik ihtiyaçları ise, bir yanda benlik saygısı ve özerkliği, diğer yanda ilgi ve ilişkiyi barındırır. Kimlik ihtiyaçları, bir insan failinin biyografik yaşamının merkezinde yer alır. Hiç şüphe yok ki benlik saygısı ve özerklik temel insan ihtiyaçları olarak kabul edilir, ancak birçok katılımcı tarafından bakım ve ilişki eşit derecede görülür ve bunlardan biri şu şekilde açıklanır: 'Adil kurumlar ve karşılıklı bakım sağlayıcılar olmalıdır, ancak uzun süreli bakımın nasıl sağlandığı önemlidir. Ayrıca dayanışma güçtür, bağlılık ve katılım olmadan kurumlar çökmeye mahkûmdur' (Tao vd., 1996; Tape 143 TXT; Text Units 117-117, 1996).

2000 ile 2001 yılları arasında Çin'in üç büyük şehrinde, Hong Kong, Taipei ve Pekin'de yürütülen bir Çin değerleri çalışmasında, toplam 300 kişiden görüş almak ve veri toplamak için üç şehrin her birinde 20 odak grup toplantısı düzenlenmiştir (Chan vd., 2002, 2001). Bulgular, bu üç şehirdeki Çinlilerin genel olarak temel insan ihtiyaçları, sosyal bakımın sağlanması, meritokrasinin önemi ve kolektif eylemin rolü kavramlarına yansıyan ortak bir değerler çekirdeğini

paylaştığını göstermektedir. Temel insani ihtiyaçlar açısından benlik saygısı en yüksek olarak derecelendirilirken, bunu her üç alanda da yanıtlayıcılar tarafından en önemli insani ihtiyaç olarak tanımlanan karşılıklı bakım, özerklik, kişisel özgürlük ve aile ilişkileri yakından takip etmektedir.

Bu araştırmalardaki bulgular, Hong Kong toplumunda yaşlılara saygılı bakım sağlanmasına yapılan vurguya rağmen, devletin yaşlılara uzun süreli bakım da dâhil olmak üzere bakım sağlamadaki rolünün yalnızca destekleyici ve tamamlayıcı olduğunu göstermektedir. Örneğin, uzun vadeli bakım reformu üzerine Kraliyet Komisyonu'nun 1999 Raporunda, 'Şimdi ve gelecekte tedarik sorumluluğu devlet ve bireyler arasında paylaşılmalıdır' (The Royal Komisyonu, 1999: 1) olarak ifade edilirken, Hong Kong Hükümeti'nin politikası 'aile temelli' yaşlı bakımı politikasıdır. Yaşlıların Bakımı Çalışma Grubu, reform önerisini duyururken, "yaşlıların onuru" kavramını yol gösterici ilke olarak benimsemiştir. Ancak, hükümetin bir aile bağlamında aile üyeleri tarafından yaşlıların bakımını teşvik etmek ve bakım verenlere desteği güçlendirmek olan yaşlı hizmetlerine ilişkin mevcut politikayı güçlendirmesi gerekmektedir (Hong Kong SAR Hükümeti, 2002a: 1). Aynı zamanda sorumluluk paylaşımı açısından devlet, aile ve birey olmak üzere üç ana politika aktörü arasında işbirliği çağrısında bulunmalıdır. Devletin birincil rolünün "ailelerin bakıcı rolünü üstlenmeye devam etmelerini sağlamak" olduğu çok açıktır. Gerekçe ise, 'aileler mümkün olduğu kadar ebeveynlerinin sevgisine karşılık vermeli ve yaşlandıklarında tanıdık çevrelerinde onlara bakılmalıdır'.

Sağlık ve Refah Bakanı 2001 Yaşlılara Bakım Politikası Hedefi ve Kilit Sonuç Alanları Raporunda şunları belirtmiştir:

Yaşlılar için finansal güvenliğin sağlanması temel politikamız olmaya devam etmektedir. Hong Kong, büyüklerimizin çoğunluğu için ailenin her zaman ana mali ve diğer destek kaynağı olması bakımından şanslıdır. Bu geleneksel değere sahip çıkmaya ve güçlendirmeye devam edeceğiz. İmkânları, aileleri ve diğer destekleri olmayan yaşlılar için, ihtiyaçlarını karşılamak adına gerekli mali ve diğer yardımları sağlamaya çalışacağız

(Hong Kong SAR Hükümeti, 2001).

Hong Kong'daki yetişkin çocukların ebeveyn desteğine ilişkin kanıtları ve yetişkin çocukların ailesiyle birlikte yaşayan yaşlı ebeveynlerinin yüksek oranı, hükümetin aile desteği için yaptığı çağrılarının boş sözler olmadığını doğruluyor gibi görünmektedir.

Ailenin geleneksel değerlerini aşırı idealize etmemek elbette önemlidir. Yaşlı insanların aile ilişkilerine ve yaşam düzenlerine yönelik tutumlarının, geleneksel politika araştırmaları tarafından tasarlananlardan çok daha karmaşık ve dinamik olduğu da tartışılmaktadır (Chan ve Lee, 1999). Günümüzde birçok yaşlı insanın bağımsız yaşamı kabul etmeye daha hazır olabileceği ve artık bunu bir tür isteksiz seçim olarak görmeyebileceği fikrine toplum olarak açık olunmalıdır. Görünen o ki, giderek daha fazla sayıda yaşlı insan, kendilerine özgü değeri nedeniyle bağımsız yaşamayı düşünüyor olabilir. Bu nedenle, fiziksel olarak mümkün olmadığı durumlar dışında genç kuşakla bağımlı yaşam, yaşlıların yaşamları için “en iyi” seçim olarak kabul edilmemelidir. Yaşlı insanların toplumla birlikte değiştiğini ve bu nedenle, temel insan onuruna yanıt verme konusunda seçeneklerinin bulunduğu akılda tutmak gerekmektedir. Hong Kong’daki yaşlılar, yakın akrabalar ve arkadaşlar tarafından sağlanan gayri resmi desteğe daha az sahiptirler ve azalan bir toplum bakımı ağıyla karşı karşıyadırlar. Sonuç olarak, yaşlıların kendi başlarına kalmaları daha olasıdır yahut aile bakımı için hüsrana uğramış ve stresli genç nesillere geri dönmekten başka seçenekleri kalmamıştır. 1994 yılında Yaşlıların Bakımı Üzerine Gözden Geçirme raporunda (Hong Kong Hükümeti, 1994) Hong Kong’un yeterli evde yardım hizmetleri, toplum hemşireliği bakımı ve yatılı bakımdan yoksun olduğu kabul edilmiştir. Ayrıca yayınlanan rapor kapsamında toplumdaki veya ailedeki bakım kavramının, bakıcılar için hizmet desteği sağlanmadan pratik kullanıma sokulamayacağı üzerinde de durulmuştur. Çünkü, böyle bir destek olmadan yaşlılar daha fazla mağdur olacaktır.

Geleneksel aile idealinin aşırı vurgulanmasıyla ilgili bir başka uyarı notu, uzun süreli karşılıklılık normunun hala iş başında görünmesine rağmen, dönünün son aşamasındaki genç nesilden gelen tatmin duygusunun her zaman tercüme edilebilir şekilde görünmediğidir. Birçok çalışmada işaret edildiği gibi kültürel, yapısal, ekonomik ve demografik değişiklikler, yaşlı ebeveynlere olan evlatlık neslin desteğini ve bakımını sağlayacak uzun döngülü sürecin bağlayıcı gücünü zayıflatmaktadır. Toplumda yaşlı anne-baba, çocukları söz konusu olduğunda ‘evlât merkezci’ kalırken, çocuklarına bağımlı kalma konusu gündeme geldiğinde bir sessizliğe büründükleri görülmektedir (Lebra, 1979: 351). Hong Kong’un yaşlı insanları arasındaki intihar oranının, dünyadaki en yüksek seviyede olduğu saptanmıştır. 1981’den 1995’e kadar olan 15 yılda, kaba yaşlı intihar hızı sabit kalmış ve bu oranın 100.000’de 31,1 olduğu rapor edilmiştir. Yaşlı intihar kurbanlarının çoğu, kronik rahatsızlıklardan muzdarip hastalardır (Hong Kong Özel İdari Bölge Hükümeti, 2002b: 17).

Yaşlı neslin bakımı medeni toplumlar için her zaman sosyal bir sorun olmuştur. Bu nedenle soru, yaşlılara bakılıp bakılmaması değil, onlara kimin bakması gerektiğidir. Daniels ve English, yetişkin bireylerin yaşlı ebeveynlerine bakmak konusunda sokaktaki herhangi bir yabancından daha fazla ahlaki bir yükümlülüğü olmadığını yahut böyle bir yükümlülüğün yalnızca gönüllü bir temele sahip olduğunu söylemektedir. Büyük olasılıkla ya bakım yükü tüm toplumun üzerinde olacak ya da dezavantajlı durumdaki yaşlılar zarar görecektir.

Konfüçyüs'çü bakış açısına göre aile, doğal bir kurum olarak bireyler ve toplum arasında arabulucu bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda Konfüçyüs'çü düşünce, karşılıklı bağımlılığı görmek ve sosyal politikaya yaklaşımı yeniden değerlendirmek için önemli bir kavramsal kaynak olarak görülebilir. Felsefi iç görüler toplumu, aktörler arasında karşılıklı güven oluşturmaya, bireysel ve toplumsal kimlik inşa etmeye, kişisel güvenliği sağlamaya ve karşılıklı bağımlılığı sürdürmeye yönelik sosyal politikada cevaplar aramaya itmektedir. Bu açıdan bakıldığında, ailenin bakıma dâhil edilmesi, yükün devletten aileye aktarılması anlamına gelmemektedir. Bireyleri ayrı bir varlık olarak sübvansetmekten, aileyi bir bütün olarak desteklemeye geçiş olarak da düşünülebilmektedir.

8. Bakımı Yeniden Çerçevelemek: Konfüçyüs'çü İnsan Onuru Ve Uzun Süreli Bakım Etiği

Konfüçyüs'çü etik düşünce, başkalarını önemseme ve saygı duyma kapasitesini insanlığın tanımlayıcı özellikleri olarak ele almaktadır. Bakım verme ve bakım alma, ortak temel haysiyetin ve insanlığın süregelen normlarıdır. İnsan onuru özen gerektirir ve bu nedenle, bakım ahlaki bir iyiliktir. İnsan onuru, özellikle yaşlılık ve aşırı bağımlılık sırasında hem kamu hem de aile bakımı bağlamında bakımı yönlendirmek ve kısıtlamak için ahlaki çerçevede olmalıdır.

Uzun süreli bakım, yalnızca sorumluluğu devlet ve bireyler arasında paylaşılacak araçsal bir mal olarak görülmemelidir. Konfüçyüs'çü ahlak geleneği, karşılıklılık erdemi altında nesiller arasında 'iyi'nin bir süreci olarak tanımlanan aile bakımının pozitif değerini vurgular. Karşılıklılık erdemine yapılan vurgu, kamu bakımı ve aile bakımı arasındaki sınırı bulanıklaştırır ve karşılıklı bakım zincirinde bakıcı ve bakım alan rolleri arasındaki keskin ayrımı dağıtır. Aile bakımı, kimliğin desteklenmesi ve aidiyetin sürdürülmesi için esastır; yaşlılık ve bağımlılıkta "bütünsel bakım" elde etmek adına işlevsel kapasiteleri geliştirmek ve maddi refahı iyileştirmek hususunda kamu bakımına ihtiyaç duyulur. Bu ne-

denle aile her zaman toplumda birincil bakıcı olmasına rağmen, bakım ailenin, bireyin ve devletin ortak sorumluluğundadır. Konfüçyüs'çü etik düşünce, aile bakımını kamu bakımıyla bütünleştiren, uzun süreli bakıma yönelik "aile temelli" bir yaklaşımı destekler. Bütüncül bakım çerçevesinde sosyal politikanın hedefi, iyi dengelenmiş bir karşılıklı bağımlılık için gündem oluşturabilmektir.

Bir topluluğun özen ve karşılıklılık konusundaki ahlaki eğilimi, sosyal politikanın gelişimini şekillendirmede haklar ve özerklik mücadelesi kadar önemlidir. İhtiyacın artan özelleştirilmesi, çıkarların bireyselleştirilmesi ve bakımın piyasalaştırılması tuzağından çıkılmasına yardımcı olmaktadır. Devlet ve birey arasında aracılık yapan aile temelli model, kendine güveni, toplumsal desteği ve nesiller arası karşılıklılığı daha iyi entegre edebilen duyarlı bir sosyal ve ekonomik uzun süreli bakım altyapısı yaratma vaadinde bulunmaktadır.

Konfüçyüs'çü anlatıma göre insanlar, yalnızca insanlıkları nedeniyle temel onura sahiptirler. Daha da önemlisi böyle bir bakış açısı, öz bilincin tamamen kaybolması ve yansıtıcı farkındalığın yokluğu karşısında bile insanların benliklerini korumasına yardımcı olur. Karşılıklı bağımlılığa daha fazla değer veren bir toplumda, kişisel haysiyetin değerinin ifade edilebileceği tek yol bağımsızlık değeridir. Bir bireyin kişisel haysiyet duygusu, topluluk üyelerinin birbirlerine gösterdikleri karşılıklı ilgi ve endişeye daha yakından bağlı olabilmektedir. Özerklik etiği, seçim ve kişisel özgürlüğe üstün bir değer verirken, haysiyet etiği karşılıklı bağımlılığımızı tanır. Ayrıca onur etiği, her özerk vatandaşın kendilerine bakamayacak durumda olan yaşlıların haysiyetini korumak ve geliştirmek için bazı paternalist sorumluluklar üstlenmesini gerektirmektedir (Pullman, 1999: 41). Hong Kong topluluğu için güvenliği sağlamak, aidiyeti ve özerkliği teşvik etmek, değerliliği teyit etmek, seçenekleri genişletmek ve kendi kaderini tayin etmek uzun vadeli bakımın önemli hedefleridir. Temel haysiyetimizin kaynağı olan insan topluluğuna bağlılığı ve üyeliği sürdürmek için güvenliği sağlamak, aidiyeti teşvik etmek ve değerliliği onaylamak esastır. İnsan onuru, temel ortak insanlığın bir koşulu sayılan tüm insanlara karşı zorunlu olan bir saygı ve toplumsal bir değerdir. Buna karşılık ise özerklik, seçim ve kendi kaderini tayin etme bireyci değerlerdir. Konfüçyüs'çü insan haysiyeti etiği özerk ve onurlu benlik görüşünden giderek uzaklaşsa bile, uzun vadeli bakım politikasında yaşlı üyelerle paylaşılan temel haysiyete güvenlik sağlayarak, aidiyeti teşvik ederek yanıt vermeye devam eder ve değerliliği onaylar.

KAYNAKÇA

- Agich, G. J. (1993). *Autonomy and Long-term Care*, New York: Oxford University Press.
- Becker, L. (1986). *Reciprocity*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Callahan, D. (1984). 'Autonomy: a moral good, not a moral obsession', *The Hastings Centre Report*, 14(5), 40–42.
- Chan, K. and Lee, K. (1999). 'Autonomy or dependence: housing the elderly in Hong Kong', *Occasional Paper Series No. 9*, May 1999, The Polytechnic University of Hong Kong.
- Confucius (1979). *The Analects*, D.C. Lau (trans.), London: Penguin.
- Daniels, N. (1988). *Am I My Parents' Keeper?* Oxford: Oxford University Press.
- Doyal, L. and Ian, G. (1991). *A Theory of Human Need*, London: Macmillan.
- English, J. (1979). 'What do grown children owe their parents?', in Onora O'Neill and William Ruddick (eds), *Having Children: Philosophical and Legal Reflections on Parenthood*, New York: Oxford University Press, pp. 351–356.
- Fei, X. (1996). 'Shehui diaocha zhibai' (Self-reflection on a social survey), in Xueshu zhishu yu fansi (A Probe into Sociology), Beijing: Sandian shudian, pp. 1–84.
- Kant, I. (1959). *Foundations of the Metaphysics of Morals*, L.W. Beck (trans.) Indianapolis: The Bobbs-Merrill Company, Inc.
- Keith, J., Christine, L. F. and Charlotte, I. (1990). 'Community as context for successful aging', in Jay Sokolovsky (ed.), *The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives*, New York: Bergin & Garvey Publishers, pp. 245–261.
- Lebra, T. S. (1979). 'Lemma and strategies of aging among contemporary Japanese women', *Ethnology*, vol. 18, 337–353.
- Lin, Y. (1931). 'On growing old in China', in Laurence Houlgate (ed.) (1999), *Morals, Marriage and Parenthood: An Introduction to Family Ethics*, Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, pp. 47–50.
- Locke, J. (1690). 'The perpetual obligation to honour one's parents', in Laurence Houlgate (ed.) (1999), *Morals, Marriage and Parenthood: An Introduction to Family Ethics*, Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, pp. 266–267.
- Mencius (1970). *Mencius*, D.C. Lau (trans.), New York: Penguin.
- Mill, J.S. (1972). 'On liberty', in *Three Essays*, Oxford: Oxford University Press.
- Pullman, D. (1999). 'The ethics of autonomy and dignity in long-term care', *Canadian Journal on Aging*, 18 (1), 26–45.
- Sommers, C. and Sommers, F. (eds) (1993). *Vice and Virtue in Everyday Life*, Fort Worth, TX: Harcourt.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries*, London: Routledge.
- White, J. A. (2000). *Democracy, Justice, and the Welfare State: Reconstructing Public*

Care, Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.

Resmi Belgeler, Devlet Raporları ve Araştırma Projeleri

Chan, H., Julia, T. and Anthony, F. (2001). Project No.7000982, ‘An Investigation on the Chinese Conception of Social Justice’, Strategic Research Grant, City University of Hong Kong, 2001, with Chan Ho-mun as PI and Julia Tao, Anthony Fung as CI.

Chan, H., Anthony, F. and Julia, T. (2002). Project Number RCPM 017, ‘An Investigation into the Conception of Social Justice in Taiwan – A Comparative Study’, with Chan Ho-mun as PI, and Anthony Fung, Julia Tao as CI.

Hong Kong Government (1994). Report of the Working Group on Care for the Elderly, August.

Hong Kong Special Administrative Region Government (1997–1999). Report of the Elderly Commission, 1997–1999, <http://www.hwfb.gov.hk/ch/committees/ec.htm>.

Hong Kong Special Administrative Region Government (2001). Care for Elders – Policy Objective and Key Result Areas in Policy Address 2001, Health and Welfare Bureau.

Hong Kong Special Administrative Region Government (2002a). Social Welfare Department Report on Services for the Elderly.

Hong Kong Special Administrative Region Government (2002b). A Multi-disciplinary Study on the Causes of Elderly Suicide in Hong Kong, Elderly Commission.

Hong Kong Special Administrative Region Government (2002c). Thematic Report – Older Persons Population Census 2001, Census and Statistics Department, November.

Hong Kong Special Administrative Region Government (2003). Thematic Household Survey Report No.11, Census and Statistics Department, January.

The Royal Commission on Reform of Long-term Care, UK (1999). With Respect to Old Age: Long Term Care – Rights and Responsibilities, March, <http://www.archive.officialdocuments.co.uk/document/cm41/4192/4192-gls.htm>.

Tao, J., Drover, G., Chau, K. and Wong, C.K. (1996). RGC Competitive Earmarked Research Grant (CERG) Project 9040246, ‘Needs and Welfare Choices in Hong Kong’, with Julia Tao as PI and G. Drover, K. Chau and C.K. Wong as CI.

3. Bölüm

ANOREKSİYA NERVOZA, BULİMİYA NERVOZA VE TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUKLARI

*Hülya DEMİR**

*Sezin SIRMACI***

Giriş

Yeme davranışı bebeklikten itibaren, anne babanın davranışları ve tutumları, çocuğun motor, duyuşsal ve emosyonel becerileri, bulunduğu sosyal çevre, ödüllendirme veya cezalandırma davranışları, kültürel ve dinsel öğeler gibi birden çok değişkenin kompozisyonuyla gelişmektedir.

Yeme bozuklukları, ruhsal ve bedensel sorunlarla karşılaşılan, adolesan dönemde daha sıkça görülen, ölümcül sonuçları sebebiyle ayrı bir önem taşmasıyla karakterize edilen yeme davranışı bozukluklarıdır (1). Yeme bozuklukları açısından en çok risk altında olan bireyler ergenler ve genç erişkin kızlardır. 14-18 yaşlarında görülme sıklığı daha fazladır, bu yaş aralığında yeme bozukluğu gelişme riskine karşı daha çok dikkat edilmelidir (2). Yeme bozuklukları, kompleks biyopsikososyal yönleri sebebiyle multidisipliner bir yaklaşım ile değerlendirilmeyi ve tedavi edilmeyi gerektiren psikiyatrik bozukluklardır. Genel olarak gıdalar ve vücut ağırlığı ve biçimi konusunda bilişsel bozulmalar, anormal yeme davranışları ile tanımlanır. Tıbbi komplikasyonlara, beslenme ve sağlık durumunda olumsuz sonuçlara sebep olur (1).

Günümüzde en sık rastlanan beslenme bozuklukları Anoreksiya Nevroza,

* Doç. Dr. Yeditepe Üniversitesi, hdemir40@gmail.com

** Yeditepe Üniversitesi, sezinsirmaci@gmail.com

Bulimiya Nevroza ve Tıkınırcasına Yeme bozukluklarıdır. Temel karakteristik özellikleri, bozulmuş beden algısı, olması gerekenden düşük ağırlıkta oldukları halde kendilerini şişman olarak algılamaları, kilo almaktan aşırı korkmaları ve daha da zayıf olmaya karşı obsesyona dönmüş bir arzuya sahip olmalarıdır (3). Az miktarda besin alımı, yeme davranışlarında değişik ritüeller, takıntılar, gizlice yemek yeme, sürekli tartılma, beden algısında bozukluk tüm yeme bozukluklarında farklı düzeylerde ve şiddetlerde görülebilen karakteristik özelliklerdir (4). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V'te (DSM V) Beslenme ve Yeme bozuklukları başlığı altında, anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan yiyecek alım bozukluğu yer almaktadır (5). Yeme bozukluklarının tanı kriterleri, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V'te (DSM V) tanımlanmıştır (3). Yeme bozukluklarının sıklığının artmasında incelik kavramının önemi, zayıflığın çekicilik için gerekli olduğu algısı ve estetik kaygıların artmasının payı oldukça fazladır. Çekici olmanın ince ve zarif olmaya bağlı olduğuna dair günümüzde iyice katılaştıran bu anlayış, medya tarafından da sürekli olarak göz önüne serilmektedir. Bu da özellikle genç kızları son derece etkilemektedir ve zayıf olmaya karşı şiddetli bir arzunun oluşmasına yol açmıştır (4).

Yapılmış 34 farklı araştırmanın analizinde atletlerin diğer bireylere göre yeme bozukluğu yaşanmasında daha yüksek risk altında oldukları belirtilmiştir, Atletlerin, balerinlerin veya baletlerin yaptıkları sporda zayıflığa verilen önem ve yapılan vurgular sebebiyle, bu kişilerin yeme bozukluğu geliştirme olasılıkları daha yüksektir (7). Yeme bozukluğuna sahip olan vakalar incelendiğinde bu kişilerde var olan, hissedilen açlığın çoğunlukla duygusal açlık sebebiyle olduğu ileri sürülmektedir. Diğer bireyler tarafından onaylanma ihtiyacı, düşük benlik saygısı, depresif duygular içerisinde olma ve anksiyete yeme bozukluklarının karakterize özelliklerindedir (5).

Yeme bozukluğu vakalarında sıkça madde kullanım bozukluklarıyla karşılaşılır. Özellikle iştah kesilmesine vesile olan merkezi sinir sistemi uyarıcıları, bu özellikleri sebebiyle en sık tercih edilen, kullanılan ajanlardandır. Bulimiya Nevroza ve Anoreksiya Nervozanın kısıtlı tipine sahip hastalarda alkol kullanım bozukluklarının daha sık olduğu gözlemlenmiştir (2). Yeme bozukluğu tanısı konulmuş hastaların yaklaşık %98'inde fonksiyonel sindirim bozuklukları yaşanmaktadır. Özellikle irritabl barsak sendromu ve fibromyalji gibi hastalıkların Bulimiya Nevroza vakalarında görülme sıklığı oldukça fazladır (2).

Yeme Bozuklukları'na genelde psikiyatrik bozukluklar da eşlik etmektedir. Yeme bozukluğu başladıktan hemen sonra çoğunlukla depresif belirtiler gözlemlenmeye başlar. Yeme bozukluğu başlamadan önce, yeme bozukluğu sırasında veya sonrasında anksiyete belirtileri gözlemlenebilir (2). Yeme bozukluğu olan 30 kişide yapılmış bir çalışmaya göre, hastaların %60'ında kaçınan kişilik özellikleri ve %7'sinde borderline kişilik özellikleri gözlemlenmiştir (8).

Yapılan araştırmalarda kadınların kilo konuşmaları yapmasının artmasıyla doğru orantılı olarak, yeme bozukluğu geliştirme olasılığının ve depresif belirtiler ve beden memnuniyetsizliğinin arttığı gözlemlenmiştir. Kilo konuşmalarının benlik kavramını negatif açıdan etkilediğini vurgulayan çalışmalar literatürde mevcuttur. Yapılan bir araştırmada, kilo konuşmalarının kilolu ve obez grupta, az kilolu veya normal kilolu gruba göre daha çok yapıldığı saptanmıştır, bunun kilolu ve obez kişilerin kiloları hakkında daha fazla endişe duymalarından ve daha fazla beden kıyaslaması yaptıklarından ötürü olduğu ileri sürülmüştür. Başka bir araştırmaya göre ise, beden ölçülerinin kadınlarda kilo konuşmaları üzerinde bir fark yaratmadığı, hatta zayıf veya sağlıklı kilodaki kadınların daha sıklıkla kilo konuşmaları yaptığı gözlemlenmiştir (9).

2015-2016 yılları boyunca yürütülmüş ergenlerde yeme bozukluğu sıklığı ve ruhsal semptomlarla ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya göre, bozulmuş yeme tutumu olan ergenlerin, bozulmuş yeme tutumu olmayan ergenlere göre Mental Sağlık Skoru ve Benlik Saygısı Skoru daha düşüktür. Ayrıca bozulmuş yeme tutumu olan ergenlerin, Anksiyete-Depresyon Skorunun, Depresyon Skorunun ve Anksiyete Skorunun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bozulmuş yeme tutumu sıklığının 16 yaş ve üzeri olan bireylerde, 15 yaş ve altı olan bireylere göre 2.23 kat, kızlarda ise erkeklere göre 3.21 kat daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (10). Yeme tutumu ve duygudurum bozukluğu ilişkisinin araştırıldığı bir araştırmada, yeme tutumlarında sorun yaşanması ve bu sorunların artmasının duygudurum bozukluğu ile pozitif olarak ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca anne ve babanın birlikte olup olmaması, anneye olan ilişkinin algısının, aileyle beraber yemek yemenin, diyet yapma alışkanlığının ve fast food/abur cubur tüketiminin üniversite öğrencisi kızlarda yeme tutumu üzerinde anlamlı etkileri olduğu gözlemlenmiştir (11).

Yaşıtlarının ve medyanın etkisinin, ergenlerin kilolarını daha fazla algılamalarına sebep olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada elde edilen verilere göre ergenlerin %51,7'si kilosunu, yağlı yiyecek tüketimini kısaltma ve fiziksel akti-

viteyi arttırma yollarıyla kontrol etme çabası içerisinde, kızların bu yöntemleri kilolarını kontrol etmek adına erkeklere göre daha fazla uyguladıkları tespit edilmiştir. Bu ergenlerin yarısının şu andaki ve gelecekteki kiloları hakkında endişeli oldukları belirtilmiştir (12).

Yeme Bozuklukları Etiyolojisi

Son yıllarda yapılan çalışmalar incelendiğinde yeme bozukluklarının etiolojisinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve ailesel durumların önemli etkisinin olduğu anlaşılmaktadır (13). Tüm yeme bozukluklarının psikopatolojisine bakıldığında, erken dönemde oluşan anne-bebek ilişkisinin, yeme bozuklukları için belirleyici olduğu ileri sürülmektedir. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramanın yeme bozuklukları için son derece önemli bir risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (1). Yapılan bir çalışmaya göre, yeme bozukluğu olan vakaların %30'unda çocukluk çağında cinsel istismar olduğu saptanmıştır (8). 2002 yılında 1996 çocukta yapılan bir çalışmaya göre, erkeklerde yeme bozukluğunun en önemli risk faktörleri ebeveyn tarafından aşırı derecede kontrol edilme ve geçmişte cinsel istismara uğrama olarak, kızlarda yeme bozukluğunun en önemli risk faktörü ise geçmişte cinsel istismara uğrama olarak bulunmuştur (13).

Yeme bozukluklarının epidemiyolojik risk faktörleri arasında cinsiyet, yaş, kültürel özellikler, ailedeki ruhsal bozukluklar, ailenin yaşam tarzı, kişilik rolü, sosyoekonomik durum, ergenlik yaşı, daha önceki veya şu anki psikolojik rahatsızlıklar, genetik, cinsel eğilim, meslek ve tıbbi eş tanı yer alır. Bu faktörler özellikle Anoreksiya Nervoza'nın nörolojik gelişiminde son derece etkilidir. Özellikle aile içindeki yaşantı, kişinin anne ve/veya babayla bağlanma ilişkisi, kişilik özellikleri ve aile içinde kiloyu belirleyen öğeler ve kiloya karşı yaklaşımlar da yeme bozukluklarının gelişmesinde risk faktörleri olarak etkili olurlar. Günümüzde, özellikle ergenler üzerinde rol modeli olan sanatçılar ve sporcular tarafından, medya üzerinden, zayıf bir bedene sahip olmak çekici bir husus gibi gösterilmekte ve özendirilmektedir. Bu bireyde zayıflama baskısı yaratarak, yeme bozukluklarının meydana gelmesi ve gelişmesine katkı da bulunmaktadır. Ailede yeme bozukluğu geçmişi olması, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar ve obezite de yeme bozukluğu gelişimine katkıda bulunan etkenlerdendir. Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında hiçbir faktör kesinlikle tek başına yeterli değildir. Yeme bozukluğunun oluşması ve gelişmesi, tetikleyici ve hızlandırıcı faktörlerin sayısı ve yoğunluklarıyla alakalıdır. Dışsal, sosyal pekiştiriciler ile içsel, fizyolojik veya psikolojik pekiştiricilerin bir arada olması

yeme bozukluklarının devam edişinde en çok etkisi olan durumdur (2).

Yeme bozukluklarına kızlarda erkeklere oranla 20 kat daha fazla rastlanılmaktadır. Diyet yapma ile Anoreksiya Nevroza ve Bulimiya Nevroza arasında benzer bilişsel örüntüler vardır. Kadınların daha fazla diyet yaptığı düşünölmektedir, bu da kadınlarda yeme bozukluğu görölməsi sıklığının daha fazla olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Ülkemizde 15-17 yaş grubu üzerinde yapılan bir çalışmada normal Beden Kütle İndeksi grubunda yer alan kızların %33,6'sı erkeklerin ise %6,3'ünün sıklıkla diyet yaptığı tespit edilmiştir. Ayrıca bu gruptaki kızların %43'ünün daha zayıf olmayı istediğı, erkekler de ise bu oranın %18,3 olduğı gözlemlenmiştir (13).

Özellikle Anoreksiya Nevroza vakalarının aileleri incelendiğinde, bu vakaların ailelerinde kilo sorunlarına ve yeme bozukluklarına normal bireylerin ailelerinde olduğundan daha sık rastlanıldığı gözlemlenmiştir. Yakın akrabalarında ise, alkolizme, duygudurum bozukluklarına, obsesif kompulsif bozuklukları daha sık görölmektedir.

Aile yapılarının kısıtlı olduğı, aile bireyleri tarafından hareket özgürlüğünün kişiye verilmeyişi, aile dinamikleri açısından yeterli doyum sağlanamayan ilişkiler içinde var olan kişi Anoreksiya Nevroza bozukluğuna daha yatkın durumdadır (13). Erkek vakalar incelendiğinde ebeveynleri tarafından ciddi derecede aşırı kontrol edilmeye maruz kalmış ve geçmişte cinsel istismara uğramış olmanın önemli bir risk faktörü olduğı belirlenirken, kızlarda tespit edilen en önemli risk faktörlerinden birinin çocukluk döneminde cinsel istismara uğramak olduğı gözlemlenmiştir (13). Çekici olmak ve zayıf olmak arasında kurulan bağla alakalı toplumsal baskılar, estetik-güzellik standartları, etnik kökenler, sosyoekonomik düzey, rahatsız edici duyguların hissedilmesiyle mücadele yolu olarak yemek yemenin tercih edilmesi, aile yapısı ve aile içi iletişimler (aşırı talepkar ve mükemmeliyetçi, baskıcı ebeveynler), cinsel istismar ve travmalar yeme bozukluklarının oluşumunda etkisi olan sosyokültürel etkenlerden bazılarıdır (5).

Tüm yeme bozukluklarının oluşumunda ve gelişiminde, genetik etkenler doğrudan ve dolaylı olarak önemli bir etkindir (1). Monozigot ikizlerde rastlanılan konkordans oranının yüksek olması hastalığın genetik alt yapısına dikkat çekmektedir (13). Yapılan ikiz araştırmaları, AN ve BN için ortalama %50-80 genetik yatkınlık olduğunu göstermektedir (2). Bu da AN ve BN etiolojisinde genetiğın önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Genetik olarak belirlenen kişilik özellikleri, duygudurum, anksiyete bozuklukları, hipotalamik disfonksiyon gibi durumlar yeme bozukluğu riskini arttırmaktadır (1).

Anoreksiya Nervoza bozukluğunun yaşanmasında boyun eğmeye müsait, utangaç, depresif, obsesif eğilimli, mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip olmak risk faktörleri olarak saptanmıştır. Ayrıca anne-bebek, anne-çocuk arasındaki sevgi bağının güvensiz olması ve çocuğun hayatında strese normal çocuklara göre daha çok maruz kalmasının da yeme bozukluklarında etken olduğu ileri sürülmektedir (7).

Yeme Bozukluklarında Özkıyım Davranışı

Yeme bozukluğu vakalarını, diğer psikiyatrik hastalıklardan ayıran en önemli özelliklerinden biri, hastalarının nerdeyse hepsinin beden sağlığının bozulmasının yanı sıra hastaların bir kısmının da özkıyım sonrası hayatlarını kaybetmesidir. Yeme bozukluğu, özkıyım girişimlerinin ve tamamlanmış özkıyımların görülme sıklığının en yüksek olduğu psikiyatrik hastalıklardandır. Anoreksiya Nervoza vakalarında özkıyım girişimlerinin sıklığının %3-20, Bulimiya Nervoza vakalarında ise %25-35 arasında olduğu tespit edilmiştir. 14-25 yaş aralığında Anoreksiya Nervoza'lı kadınlarda özkıyım girişimleri genel nüfusa kıyasla 8 kat daha yüksektir.

246 hastayla yapılan 8 yıl sürelik bir izlem çalışmasında elde edilen bulgulara göre hastaların %15'i özkıyım girişiminde bulunmuştur. Yine aynı araştırmaya göre, Anoreksiya Nervoza vakaları Bulimaya Nervoza vakalarına göre daha fazla özkıyım girişiminde bulunmaktadır. Yapılan başka bir araştırmaya göre ise Anoreksiya Nervoza hastalarının özkıyım girişimlerinde diğer yeme bozuklukları vakalarına kıyasla daha ölümcül olan yöntemler tercih ettikleri saptanmıştır.

Hem Anoreksiya Nervoza hem Bulimiya Nervoza için, alkol ve madde kullanımının ayrıyeten Bulimiya Nervoza için laksatif kullanımının, özkıyım davranışında bulunma vakayı daha yatkın bir hale getirdiği tespit edilmiştir. Yeme bozukluğu olan vakalarda sıkça rastlanan agresyon, mükemmeliyetçilik, kendini cezalandırma meyili, antisosyal davranışlar, provokatif hareketlerde bulunma sıklığı ve benzeri eylemleri özkıyım riskinin artmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Yapılan bir araştırmaya göre, ailelerinden aşırı korumacı tutum görmüş vakalarda özkıyım girişimleri daha yüksektir. Bulimiya Nervoza vakaları incelendiğinde ise, ailelerinde alkol kötüye kullanımının fazla olmasının özkıyım davranışıyla ilgisi olduğu saptanmıştır. Hem Anoreksiya Nervoza hem Bulimiya Nervoza hastaları tedavi süreci boyunca özkıyım riski açısından sürekli olarak dikkatlice değerlendirilmeli ve izlenmelidir (4).

Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri

Yapılan bir araştırmaya göre, Anoreksiya Nevroza vakalarında mükemmeliyetçilik, utangaçlık, uysallık, Bulimiya Nevroza vakalarında ise duygulanımlarda dalgalanımlar, sosyal anlamda daha açık olma, histriyonik durumlar sıkça karşılaşılan kişilik özellikleridir. Yeme bozukluğu semptomlarının beş faktör modelinde var olan yüksek düzeyde nörotisizm ve deneyime açıklık, düşük düzeyde özdisiplin ve uyumluluk boyutlarıyla ilişkili olduğu tespit edilen araştırmalar mevcuttur (5).

Anoreksiya Nevroza vakalarında, Bulimiya Nevroza ve diğer Yeme Bozukluğu vakalarına kıyasla, duygusal olarak daha kaçınan olma, dürüst olma ve özdisiplinli olma daha sık gözlemlenmiştir. Anoreksiya Nevroza'nın kısıtlayıcı tipinde, kişilik özellikleri olarak ısrarcılık ve zorlayıcılık, yeniliğe karşı daha kapalı tutum sergilendiği görülmüştür (14).

1. Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip olan bireyler, çoğunlukla, gerçekdışı standartları olan ve bu belirledikleri standartlara körü körüne bağlı, kendilerini bu standartlara ulaşamadıkça değerli görmeyen kişilerdir. Ulaşılması zor bu yüksek standartlara sahip olmak kişinin yetersizlik endişesine sahip olmasına sebep olabilmektedir. Mükemmeliyetçilik kategorilere göre farklı değerlendirilmektedir. Normal mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler, aynı nörotik mükemmeliyetçiler gibi yüksek standartlara sahiptirler ve bu standartlara ulaşıldığında haz duyarlar. Ancak nörotik mükemmeliyetçiler, asla memnuniyet hissetmezler. Yeme bozukluklarında, nörotik mükemmeliyetçi kişilik özelliği üzerine yoğunlaşmıştır.

Mükemmeliyetçiliğin, talepkar ve mükemmeliyetçi anne ve babaların çeşitli dinamiğiyle oluştuğu konusunda birçok araştırmacı hemfikirdir. Mükemmeliyetçi kişilik özelliklerinin bireyde oluşmasında rol oynayan erken deneyimlerin dört tipi tanımlanmıştır; aşırı derecede talepkar ve eleştirel ebeveynler, ebeveynlerin taleplerinin, beklentilerinin çok yüksek olması ve eleştirilerinin do laylı olması, ebeveynlerin onaylamasının tutarsız veya koşullu olması veya hiç onaylamaması, ebeveynlerin mükemmeliyetçiliğinin çocuklarına örnek olması şeklindedir. Yapılan çoğu araştırmaya göre, mükemmeliyetçilik ve anne-kız arasında daha yüksek korelasyon yakalanmıştır. Psikodinamik kurama bağlı araştırmacılara göre, annenin kıza karşı eleştirel ve katı bir tutum sergilemesi yeme

bozukluğunun oluşmasında etkilidir. Mükemmeliyetçilik ve beden biçimi, kilo, aşırı diyet yapmak arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Anoreksiya Nevroza hastaları genellikle “mükemmeliyetçi, yalnız ve itaatkar” olarak ifade edilir. Bulimiya Nevroza erkek vakalarının kadın vakalara oranla daha fazla mükemmeliyetçi kişilik özelliği gösterdiği ve diğer bireylere karşı daha güvensiz olduğu bilinmektedir. Özellikle Anoreksiya Nevroza için mükemmeliyetçi kişilik özelliği ayırt edici ve sıklıkla karşılaşılan bir özelliktir.

Bazı araştırmacıların iddia ettiğine göre, mükemmeliyetçi olan ergen ve gençler, bu yüksek standartları karşılamaya çalışırken tecrübe ettikleri başarısızlıklar sebebiyle yaşadıkları depresyon ve kaygıyla mücadele edebilmek adına tıkanırcasına yeme bozukluğu yaşayabilirler. Mükemmeliyetçilik, obsesyon sahibi olma gibi özellikler, diyet yapma ya da kilo vermeye yönelik başka davranışların geliştirilmesine ve sürdürülmesine etki edebilmektedir (5).

2. Öfke

Tolerans düzeyinin düşük olması ve saldırgan davranış göstermesi yeme bozukluğu olan kişilerde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Yapılan bazı araştırmalara göre, kendine yönelik yüksek düzeyde öfke ve saldırganlık hissini ifade etmede zorluk yaşamamanın yeme bozukluklarıyla ilişkilidir. Yeme bozukluklarındaki dürtüsel davranışların, öfkeyi ifade etmede zorlanma yaşamayla ilgili olduğu iddia edilmektedir. Yapılmış çalışmalarda Bulimiya Nevroza vakalarının, normal gruplara ve Anoreksiya Nevroza vakalarına oranla daha yüksek düzeyde öfke gösterdikleri sonucuna varılmıştır. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu gösteren hastalarda, normal gruba oranla daha fazla saldırgan davranış gösterme eğilimi, eleştirel olma, aşırı öfke ve depresif belirtiler gözlemlenmiştir.

3. Diğer Kişilik Özellikleri

2004 yılında yapılan bir çalışmaya göre, Bulimiya Nevroza vakalarının Anoreksiya Nevroza vakalarına göre daha savurgan ve dürtüsel olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kendi kendini yönetme becerilerinin daha az olduğu gözlemlenmiştir. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu vakalarının karakterlerinin ve mizaçlarının gözlemlendiği bir araştırmada, TYB vakalarının daha yüksek düzeyde güvensizlik, sinirlilik ve pasiflik gösterdiği, kendi kendini yönetme becerilerinin daha düşük olduğu incelenmiştir. Duyguları tanımlayabilme ve ayırt etmede zorluk yaşamamanın yeme bozukluklarının temelini meydana getirdiği düşünülmektedir (5).

Anoreksiya Nervoz (An)

Anoreksiya Nervoz, psikolojik nedenler temelli, yaşamı tehdit edecek sonuçlar doğurabilecek, beden imajı algısında bozukluğun eşlik ettiği, besin alımının aşırı düzeyde kısıtlanmış olduğu ve aşırı derece zayıflıkla karakterize edilen, hastaların tedaviye karşı son derece dirençli olduğu bir yeme bozukluğudur (1). Bir psikiyatrik hastalık olarak var olsa da besin alımındaki aşırı kısıtlama kaynaklı son derece ciddi tıbbi komplikasyonlara da sebep olmaktadır. Bu sebeple uygun değerlendirme, tedavi ve takibin sağlanabilmesi için, psikiyatr, diyetisyen ve tıbbi profesyonellerden oluşan bir ekip tarafından ele alınmalıdır. Hastaya sağlanacak tıbbi beslenme tedavisi, yeme bozuklukları konusunda deneyimli bir diyetisyen tarafından verilmelidir. Tıbbi Beslenme Tedavisi, yeme bozuklukları tedavisi ve yönetimi için son derece önemlidir (3). Özkıyım hastaların %2-5'inde rastlanılan bir ölüm sebebidir, hastalığın biyolojik komplikasyonları sebebiyle ölüm ise hastaların %6-9'unda görülmektedir (4). AN vakaları yemeden durabilmeyi ve kilo vermeyi özgüvenlerini arttırmak için bir yol olarak görülürken, kilo aldıklarında ise, kendilerini başarısız, yetersiz ve güçsüz hissederler. Adolesan dönemdeki kızlar için AN prevalansı %0.48-1.7'dir (14).

Anoreksiya Nervoz prevalansının günümüzde adolesan ve yetişkenlerde %4 olduğu bilinmektedir. Alt eşik AN (tam-oluşmuş sendromun kesin bir kriterinin eksik olması) toplumda daha sık görülür. Hastalığın başlangıcına en çok rastlanan yaşlar, 15 ila 19 yaşlardır. Erkeklerle oranla kızlarda 20 kat daha fazla görülmektedir. En belirgin özelliği kilo almaya karşı aşırı bir korkunun varoluşudur. Hasta, sağlığını tehdit edecek derecede zayıf olsa dahi, kendini fazla kilolu görmekte ve kilo vermeye çalışmaktadır (13). AN hastaları tedaviye karşı direnç göstermektedir (2). Tedavinin başarılı olabilmesi için, bireyle kalıcı ve etkili işbirliği sağlanabilmesi son derece önem taşımaktadır (31). AN hastalarının benlik değerlendirmesi, fiziki görünüşlerine bağlı olduğu için diğer kişilere göre benlik değerleri daha düşüktür. Toplumsal değerlere uygun olmayan dış görünüme sahip olduklarını düşündüklerinde kişi kendisini değersizleşmiş hisseder ve kilo vermesinin değerinin artmasını sağlayacağına inanır (12). AN vakalarında sosyal biliş fonksiyonlarının incelendiği araştırmalar, genellikle vakalarda sosyal ve emosyonel bozulmalar gözlemlendiği sonucuna varılmasına katkı sağlamıştır (15).

Hastalığın başlangıcında, hasta, kilo almaktan korkan herhangi bir adolestandan farkı olmaksızın diyet yapmaktadır. İlk başta yüksek kalorili gıdaları çı-

karır, tatlı ve hamur işleri gibi, karbonhidrat alımını kısıtlar, sonrasında ise kilo almaya karşı duyulan bu aşırı korku hastayı yediği her besinin kalorisini hesaplamaya iter. Sadece kalori hesaplamakla kalmaz, ayrıca uyguladığı katı diyetle ek olarak diüretik ve laksatifler kullanmaya başlar. Hastalık hissettirmeden ilerlemektedir, bu davranışlardaki aşırılık etrafındakiler tarafından fark edilmedikçe ilerlemeye devam eder. Hasta kilo vermeye devam ettikçe zayıf olma düşüncesi bir obsesyona dönüşür (13). AN hastaları hastalıklarını kabul etmez ve oluşan komplikasyonların ciddiyetini anlamazlar, tedaviyi reddederler (1). Bu yüzden bütün tedavi ekibinin bir arada çalışıyor olması bu hastaların tedavisinde son derece kritik bir noktadır (5).

AN hastalarının vücut ağırlığı ve biçimleriyle alakalı zihinsel uğraşları aşırı derecededir, bu yüzden sürekli olarak vücut ağırlıklarının artmasını önlemek amacıyla katı diyetler uygulamakta ve aşırı egzersizler yapmaktadır. Sık sık tartılırlar ve aynada kendilerini incelerler (1). Normal birine göre son derece az yemek yedikleri halde, yemek hazırlama ve pişirme aşamalarıyla obsesif bir şekilde uğraşmaktadırlar, bir tören edasıyla yemek yemektedirler (8). Yemek yerken, tabaktaki yemekleri küçük parçalara böler, adeta yemekle uğraşırlar, bu etrafındakiler tarafından sanki yemeği yiyormuş gibi algılanmalarını sağlayabilir ve hastalığın etrafındakiler tarafından fark edilmesi sürecini uzatabilir.

Anoreksiya Nervoza, mükemmelliyetçi, depresif, obsesif eğilimli ve daha utangaç kişilik özelliklerine sahip ergenlik dönemindeki kızlarda daha sık ortaya çıkmaktadır. Anoreksiya Nervoza'nın sıklıkla kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olmakta zorlanan kişilerde görüldüğü gözlemlenmiştir. Kişi hayatında kontrol sahibi olamadığını düşündüğünde kontrol edebileceği bir alan olarak bedenini, kilosunu kontrol etmeyi tercih eder. Bu kontrol edebilme duygusu kişiyi başlarda son derece tatmin eder, kilo kaybı sağlandıkça tatmin duygusu artar ancak zaman geçtikçe 'kilo verme' bir amaca dönüşebilir (7). Yapılan araştırmalara göre AN'nin genellikle hayat boyu ailelerinden, ebeveynlerinden takdir beklemiş ve ebeveynlerini memnun etmeye çalışmış, özellikle okul başarıları daha yüksek kızlarda görüldüğü tespit edilmiştir. Stresli ortamda büyümüş çocuklarda, normal çocuklara göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Ayrıca anne-çocuk arası bağın yeterince kuvvetli olmaması durumu da yeme bozukluklarının meydana gelmesinde bir risk faktörü olarak sayılmaktadır (13).

Anoreksiya Nervoza hastalarında ısrarcılık, başarısızlığa karşı gösterilen aşırı duygusal hassasiyet, inatçılık ve benzeri obsesif kompulsif kişilik özellik-

leri sıklıkla karşılaşılan özelliklerdir (2). Az yemek yemeye dair çabalarından ötürü yeme atağı yaşayan hastalarda, kleptomanin görülme olasılığı son derece yüksektir (8). AN vakaları incelendiğinde en dikkat çekici kişilik özellikleri mükemmelliyetçi ve obsesif olmalarıdır. Ayrıca gergin ve anksiyetili, değersiz olduklarına dair hisleri yoğun, içe dönük ve zarardan kaçınan kişilik özelliklerine sahiptirler (2). Eşlik eden ruhsal bozukluklar arasında depresyon en sıklıkla karşılaşılandır. Ancak depresyon dışında obsesif kompulsif kişilik bozukluk, anksiyete, hipokondriyazis, histrionik özellikler de çoğu hastaya eşlik eden ruhsal bozukluklardandır (16).

Yapılan çalışmalara göre, AN tanısı konmuş kadınlarda, duygusal durumları tanımlama, başka bireylerle ilişkileri ve iletişimlerini yorumlama kapasitesinde AN tanısı konmamış sağlıklı bireylere kıyasla belirgin eksiklik vardır. Bu AN vakalarının sosyal problemleri çözebilme konusunda daha başarısız oldukları ve daha az empati yapabildikleri ve sosyal fobileri oldukları belirtilmiştir. AN vakalarının hastalık öncesi, süreci ve sonrasında sosyal zorluklar yaşadığına dair sonuçlar elde edilen araştırmalar vardır. Çalışmalara göre, sosyal biliş kapasitelerinde bozukluk olmasının yeme bozukluklarının oluşması ve gelişmesi üzerinde etkileri vardır. Sosyal becerilerin geliştirilmesinin tedavi sürecine faydalı olabileceği ileri sürülmektedir (15).

Anoreksiya Nervosa tanısı koymak dış görünüşleri belirgin olduğu için Bulimiya Nervosa tanısı koymaktan daha kolaydır, AN hastaları kaşektik bir görünüme sahiptirler. AN hastası beden ağırlığının %20-30'unu kaybetmiştir, daha ilerlemiş vakalarda bu oran daha da fazla olabilir (1). Sekonder cinsiyet karakterlerinin gelişimi durduğu için akranlarına göre daha çocuksu bir görünüme sahiptirler ayrıca tenleri daha solgun görünür ve saçları normale göre azalmıştır, ayrıca oldukça kuru bir deriye sahiptirler(1). AN tanısı konmuş bireylerde, uykusuzluk, düşük benlik saygısı, sinirli olma durumu, “ya hep ya hiç” inancı, içe dönüklük, duygusal dalgalanmalar, karşı cinsle iletişim kurmaya çekinme, ilişki kurmaktan kaçınma gibi durumlar dikkat çekmektedir (13).

Anoreksiya Nervosa vakalarında laboratuvar bulgularında tipik bir değişiklik görülmemektedir. Ancak hipokalemi, hiponatremi, karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği, leptin, T3, FSH, LH ve östrojen düzeylerinin beklenenden düşük olması, ghrelin, pankreatik polipeptid, TNF- α ve kortizol düzeylerinde yükselme gözlemlenmektedir (2).

Yapılan bir olgu sunumuna göre, AN vakalarında yaşanan osteoporoz ve osteopeni muhtemel geri dönüşsüz ve son derece önemli tıbbi komplikasyonlardandır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre vücut ağırlığının tekrardan kazanılması ile kemikte kısmi iyileşmenin sağlanabildiği ancak kemik yoğunluğunun tam olarak normale dönmesinin vücut ağırlığının normalleştirilmesinden ancak 11 yıl sonra açıkça gözlenebileceği tespit edilmiştir.

AN'nın karakteristik özelliklerinden biri düşük T3 sendromudur, beslenmenin sağlıklı ve düzenli hale getirilmesiyle bu durum normale döner. Bu vakada gözlemlendiğine göre, beslenme durumunun düzeltilmesine bağlı olarak tedavinin altıncı ayında yapılan ölçümlerde hastanın hem kan proteinleri ve kan sayımında hem de tiroid fonksiyonlarında da iyileşme sağlanmıştır. Vakanın karaciğer enzimlerindeki yükseliş ve vakada saptanmış hepatomegali ve karaciğer yağlanması kişinin uzun süre malnutrisyon yaşamasından kaynaklı olduğu öne sürülmüş ve aynı şekilde beslenmenin düzenlenmesiyle karaciğer enzimleri de olması gereken düzeylere dönmüştür (11). AN patogeneğinde birçok etken rol alabilir, bu etkenler psikogelişimsel, sosyokültürel, genetik ve nöropsikiyatrik etkenler olabilir. Obstetrik sorunlar, çocukluk çağı beslenme ve uyku sorunları, aşırı kaygılı ebeveynler, obsesif-kompulsif kişilik özellikleri, mükemmeliyetçilik AN için tetikleyici faktörlerdir (1). Psikanalistlerin görüşüne göre cinselliği kabul edememe sebebinden ötürü hasta gebe kalmayı reddederek kendi kendini aç bırakmaktadır, anne-çocuk ilişkisine göre yorumlayanlara göre ise ayrışma ve bireyselleşme süreciyle ilintili yaşanan çatışmalarla baş etmede başarılı olunamadığı için Anoreksiya Nervoza oluşmaktadır (17).

AN'nin 2 alt tipi vardır, kısıtlayıcı tip ve tıkınırcasına yeme/arınma olarak sınıflandırılır. Kısıtlayıcı alt tipte, AN hastaları AN epizodu sırasında tıkınırcasına yeme davranışı veya bu davranışı telafi etmek amacıyla arınma davranışı göstermezler, gıdalardan aldıkları kaloriyi aşırı derecede kısıtlayarak kilo vermektedirler. AN hastalarının yaklaşık olarak yarısında kısıtlayıcı alt tip görülür, gıda alımı oldukça kısıtlı olduğu gibi fiziksel olarak aşırı aktiftirler (2). İkinci tip ise, Tıkınırcasına yeme/arınma tipidir. Bu tip AN hastaları, AN epizodu sırasında tıkınırcasına yeme davranışı veya arınma davranışı göstermektedirler (13). Hastalar diyet yapmaya çalışırlarken, tıkınırcasına yeme atağı ve/veya arınma dönemi yaşarlar (2).

Hastaların %40'ı tamamen, %30'u kısmi iyileşmekte, kalan %30'u ise kronik bir hale gelmektedir (17). AN tedavisinin amacı sadece kilo alımını sağlamak

ve biyolojik komplikasyonların yarattığı sorunları düzeltmeye çalışmak değildir. Beslenme alışkanlıkları düzenlenmeli ve psikoterapinin devamıyla bilişsel şemalar sağlıklı hale getirilmeli ayrıca relapsların engellenmesi son derece önemlidir (13). Tedavinin birinci amacı, vücut ağırlığının normale döndürülmesi, ikinci amacı ise kişinin zayıflamayla alakalı obsesyon davranışlarının azaltılması, öz saygı ve özgüvenin sağlanması bireyselliğin kazanılmasıdır.

Diğer amaçları ise fiziksel komplikasyonların ve eş tanıli psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmesi ve relapsların engellenmesidir. Tedavide başarılı olunabilmesi için, hastanın tedavi ekibine güvenmesi sağlanmalı ve hasta ekibin, hastanın alması gereken kilodan daha fazla almasına müsaade etmeyeceklerine ikna olmuş olmalıdır. Hastanın kontrolü kaybetmeye dair korkusu törpülenmeli, yemek yemesi gereken zamanlarda hasta yemek yemeye karşı cesaretlendirilmeli, aşırı kilo kazanımına karşı duyduğu endişe ve korku hakkında konuşulmalıdır (17).

Bulimiya Nervoza (Bn)

Bulimiya Nervoza tıpkı Anoreksiya Nervoza gibi, beden ağırlığını kontrol etmek amacıyla yapılan davranışların belirleyici olduğu bir yeme bozukluğudur. Fakat AN hastalarından farklı olarak BN hastalarında beden ağırlığı normal hatta normalin üstündedir. Hastanın engelleyemediği tıknıma atakları vardır, tıknıma atağı süresince kişi kısa sürede çok yüksek kalorili besinler tüketir (1). Atakların sıklığı ve süresi kişiden kişiye değişmektedir, tıknıma atakları günde birkaç kez de olabilir, haftada bir de olabilir, kısa süreli de olabilir saatler de sürebilir (13). Ataklar kişi kendini endişeli ve sıkıntılı hissettiğinde olabilir. Başlangıçta bu ataklar kişiye rahatlama yaşatır, ancak sonrasında gelen suçluluk duygusu ve pişmanlık hissi, kilo almaya dair korku kişiyi aldığı kalorilerden kurtulmak adına kendini kusturma veya laksatif kullanma gibi davranışlara iter (1). Yaygınlığı %1'dir, kızlarda erkeklere oranla 10 kat daha fazladır (13).

Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza arasındaki en belirgin ayrımlardan biri bulimik bireylerin bazı şeylerin yanlış olduğunu fark ediyor olmalarıdır, anoreksik bireyler davranışlarının normal dışı olduğunu kabul etmemektedirler. Bir başka önemli fark ise AN vakalarının aldıkları kalori miktarını ve kilolarını kontrol etmekten haz duyması ve bu kontrolü sağlayabilmekten durur duymalarına karşın BN vakalarının yaptıkları davranıştan utanıyor olmalarıdır (7).

Genel fiziksel özelliklerine bakıldığında dikkat çeken yönleri, tükürük bezlerinin şişmesinden kaynaklı yüzlerinde şişlik olması ve kendini kusturma

davranışı sebebiyle ağızda yaralar ve dişlerde çürükler, el parmaklarında deride sertleşme, kalınlaşma ve yaralar olmasıdır (1). Bulimikler anoreksiklerden farklı olarak, kendilerine karşı acımasız, cezalandırıcı, disiplini olmaktan çok daha dürtüsel, anlık, sorumsuz davranışlar sergilemektedirler. Bulimiya Nevroza hastalarının nerdeyse yarısında dürtü kontrol bozuklukları ve kişilik bozuklukları da mevcuttur. Dürtüsel olarak alkol veya madde kullanımı, çalma, özkıyım girişimleri olabilir. (13).

Bulimiya Nervozanın iki tipi vardır. Birinci tip, çıkartma olan tiptir, tıknama atağı sırasında kişi kendi kendine kusar veya laksatifler ve diüretikler kullanır. Çıkartma olmayan tipte ise, tıknama atağı sonrasında aşırı egzersiz yapar veya hiç yemek yememek gibi katı diyetler uygular. BN hastalarının %30'u, kognitif davranışçı terapi ve psikoeğitimsel yaklaşım tedavisinden olumlu gelişmeler yaşamaktadır, fakat ek olarak kişilik bozukluğuna sahip kişilerde olumlu sonuç alınabilmesi için tedavi uzun dönem sürmeli ve destekleyici olmalıdır (13).

Bulimia Nervoz en iyi biyopsikososyal modelde anlaşılır. Diyete başlayan ve / veya tıknama ve arınma davranışlarını denemeye, tecrübe etmeye başlayan Bulimia Nervoz riski taşıyan bireyler bozukluğun gelişmesine karşı daha açıktır. Potansiyel risk faktörleri arasında olumsuz öz değerlendirme, kilo ile ilgili yorumlar, ebeveyn obezitesi, çocuklukta obezite, başa çıkmak amaçlı kaçış-kaçınma davranışının çok kullanımı ve düşük algılanan sosyal destek gibi ebeveyn etkileri bulunmaktadır. Fizyolojik ve psikolojik etkileşimler, şekil, yemek ve ağırlık konusundaki bilişleri çarpıtabilir ve birinin hayatını kontrol altına almak için baskıcı bir ihtiyacı tetikleyebilir. Birey için, diyet, özellikle zayıflığa odaklanan bir toplumda, bu kontrolü elde etmek için bir olanak sunmaktadır. Hangi yiyeceklerin "iyi" ve "kötü" olduğuna dair diyet kısıtlamaları ve katı kurallar, ulaşılamaz bir diyet sistemi oluşturur. İronik olarak, kişinin hayatında kontrolü ele geçirmeye çalışırken, Bulimia Nervosa'lı bireyin kontrol eksikliği hissi vardır. Tıkınırmasına yeme, belki de ruh halini yükselterek duygusal bir kaçış sağlar. Odak gıdada görünse de, tıknama / arınma davranışı genellikle kişinin duyguları düzenlemesi ve yönetmesi ve stres gibi olumsuz etkilerle baş etmesi için bir araçtır. Bununla birlikte, yemek yemek bir tıknamadan sonra olumsuz duygular uyandırır ve telafi edici davranışlar hem enerjiyi hem de suçu temizlemenin bir yolu olarak yürütülür.

Bu bireyler, karakteristik dürtüsellik ile birlikte yemek yeme konusunda "hepsi ya da hiçbiri" bilişe sahip olma eğilimindedir. Diyet kısıtlaması sayısız

diyet kuralları ile çevrilidir ve bu kurallar çiğnendiğinde, kendi kendini tahrip edici tıknırcasına yeme davranışına yol açabilir. Mide doluluğunun herhangi bir sübjektif veya nesnel hissi kişiyi arınma davranışında bulunmaya karşı tetikleyebilir. Yaygın arınma yöntemleri, ipecac gibi kusturucuların kullanımı ya da kullanılmasıyla kusma, laksatifler, diüretikler, lavmanlar, açlık ve aşırı egzersiz yapma gibi davranışlardan oluşur.

Vakalar arınma davranışında bulduklarından dolayı, elektrolit dengesini ileri düzeyde bozabilir ve bu elektrolit dengesizliği kalp durmasına sebep olabilir, bu yüzden elektrolitler takip edilmelidir. Kusmaya bağlı olarak Mallory-Weiss yırtıkları meydana gelebilir ve özefajitler oluşabilir. Aşırı laksatif kullanımı sebebiyle bağırsak motilitesi bozulur ve bu intermittent konstipasyon ve ishal ataklarının görülmesine sebep olur. Tıknıma atakları sırasında akut pankreatit oluşabilir. Hasta kendini kusturmaya çalıştığı için, bu zorlanmadan kaynaklı intratorasik basıncın artması gözde konjoktival kanamalara yol açabilir (13). Bulimiya Nevroza hastalarının yaklaşık %15'inde dürtü denetim sorunları görülmektedir. Bu dürtü denetim sorunlarına örnek olarak madde bağımlılığı, kontrolsüzce para harcama, bir şeyler çalma ve rastgele cinsel ilişki kurma gibi davranışlar sayılabilir. Bu davranışlar bulimiya nevroza vakalarında sıkça karşılaşılan durumlardandır. Bu vakalarda genellikle, başta borderline kişilik bozuklukları olmak üzere diğer karma kişilik bozuklukları hatta bipolar bozukluğun tanı kriterleri mevcut olabilir (2).

Diyet yapmak, çocukluk çağı obezitesi, ailede obezite varlığı, alkolizm, erken ergenlik, eleştirilere hassasiyet, cinsellik ve menstruasyon döneminden öğrenme, yer değişikliği, cinsel istismar, aile içi uyumsuzluklar Bulimia Nervosa için tetikleyici faktörlerdir.

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (Tyb)

Tıknırcasına yeme bozukluğu, bir bireyin belirli bir zaman diliminde yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yemeği çok daha kısa süre içinde tükettiği, bu davranışı kontrol edemediği ve bu aşırı yemek yeme davranışının tekrarlandığı bir yeme bozukluğu tablosudur. TYB'nin en karakteristik özelliği, bu aşırı yeme davranışlarını tanımında içeren BN'den ayıran özelliği, Bulimiya Nevroza vakalarının aksine TYB vakalarının bu tıknıma davranışını telafi etmek adına aşırı egzersiz, kendini kusturma, diüretik veya laksatif kullanma, sonrasında katı diyete girme, kalori kısıtlama gibi arınma davranışlarında bulunmamalarıdır (18).

TYB erişkin bireylerde en sık rastlanılan yeme bozukluğudur. Yapılan epidemiyolojik araştırmalara göre nüfus içindeki yaygınlığı %0.67-%6.6 ve hayat boyu yaygınlığı %3'tür. Kadınların bu yeme bozukluğuna sahip olma olasılıkları erkeklere göre daha yüksektir. Genel olarak başlangıcının en sık görüldüğü yaşlar 20'li yaşların başıdır. Ülkemizde ergenler üzerinde yapılan bir yeme bozukluğu yaygınlığını saptama çalışmasına göre, AN yaygınlığı %0.034 ve BN yaygınlığı %0.79 iken en yüksek oranla TYB yaygınlığının %0.99 olduğu bulunmuştur. AN ve BN'de olduğu gibi TYB de kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlanılmaktadır. Ancak AN ve BN'den farklı olarak, erkeklerde diğer yeme bozukluklarına göre daha sık görülmektedir, fakat yine de kadınlarda erkeklere göre 1.75 kat daha sık karşılaşılmır (18).

TYB'nin obez bireylerde daha sık görülmektedir, bu oranın ise %8 olduğu varsayılmaktadır. Kilo vermek amacıyla danışan kişilerin %25-30'unda TYB olduğu ve bariatrik cerrahi hastalarının %50'sinde TYB'ye rastlanıldığı ileri sürülmektedir (18).

Yapılan ikiz çalışmalarına göre tıkanırcasına yeme davranışının %41 oranında genetikle alakalı olduğu saptanmıştır. Leu72Met ghrelin gen varyantının Tıkanırcasına Yeme Bozukluğuna yatkınlığa neden olabileceğini belirten bir araştırma yapılmıştır. Yapılan başka bir gen araştırmasında elde edilen sonuçlara baktığımızda ise serotonin transporter gen polimorfizminin (5HTTLPR) TYB için yatkınlığa sebep olabileceği ileri sürülmektedir. Ayrıca TYB'nin meydana gelişinde rol oynayan biyolojik etkenler araştırıldığında bulunan verilere göre beyinde ödülle ilgili kısımlarda, asetilkolin, dopamin ya da opioid sistemlerinde oluşmuş farklılaşmaların tıkanırcasına yeme davranışını arttırdığı sonucuna varılmıştır (18).

TYB olan kişilerde sıkça dürtüsellik ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerine rastlanıldığı tespit edilmiştir (19). Çocukluk çağında veya aile bireylerinde yaşanan obezite, depresyon, beden ve fiziksel görünüşe dair negatif yorumlara maruz kalma ve özgüven eksikliği gibi öykülerin var olmasının, TYB oluşumunda rol alan önemli etkenler oldukları saptanmıştır (20).

Bulimia Nervoza veya tıkanırcasına yeme bozukluğu olan kişiler, kilolarını kontrol etmek için genellikle çeşitli diyet davranışlarında bulunurlar. Bununla birlikte, tıkanırcasına yeme bozukluğu, kusma, demografi, obezite ile birleşme, yeme kontrolü eksikliği ve gelişimsel risk faktörleri gibi aşırı kilo kontrolü telafi edici uygulamaların bulunmaması nedeniyle Bulimia Nervoza'dan ayırt edilir (20).

TYB'nda da BN'da olduğu gibi tıknırcasına yeme atağı sırasındaki duygu durumunun normal yemek yeme sırasındaki duygu duruma kıyasla daha sıkıntılı ve sorunlu olduğu tespit edilmiştir. Tıknırcasına yeme davranışında bulunan kişilerin, normal kilolu ve aşırı kilolu kişilere göre daha fazla duygusal olarak sorun yaşayan kişiler olduğu ileri sürülmektedir. Çocuklarda artmış dürtüselliğin ve depresyonun tıknırcasına yeme davranışıyla ilgili olduğu düşünülmektedir (21). TYB'ye sahip kişiler hiçbir koşulda yemek yemeyi önleyemeyeceklerini hissetmektedirler; yemek yemeyi durdurmalarına sebep olacak bir sınır yoktur, öz denetleme yapamazlar ve yerken ne yediklerini ne kadar yediklerini ne sürede yediklerini kavrayamaz, düşünmezler (23). Aşırı yeme davranışında bulunmaktan utandığı için insan içinde yemek yemekten çekinirler ve genelde sıkıntılı bir ruh hali içerisindeyler. Yeme davranışlarından ve kilolarından memnun olmama bu sebeplerle kendilerinden nefret etme, tikslenme, fiziksel görünüşlerinden hoşnut olmama, kişisel ilişkiler kurmak ve sürdürmekte zorlanma gibi sorunlar yaşayabilirler. Kişinin yeme davranışı veya kilosu, insan ilişkilerini ve iş hayatını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (24).

TYB vakalarının hayatları negatif olarak birçok açıdan etkilenebilir, yaşam kalitesinin düşmesi, kişinin toplumsal hayata, iş yaşantısına uyum sağlamakta zorluk yaşaması gibi gündelik hayat kısıtlamalarının yanı sıra, obeziteye bağlı tıbbi komplikasyonlardan olan ve sıklıkla görülen kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet gibi birçok rahatsızlıkla karşılaşılabilir (25).

Gece Yeme Bozukluğu(Gyb)

Diğer bir beslenme bozukluğu şekli, obezite ile ilişkisi nedeniyle klinik olarak önemli olan gece yeme bozukluğudur. Gece yeme bozukluğu, akşam 7'den sonra tüketilen kalorik alımın % 50'si ile karakterize edilir; uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşama, sabah anoreksi, gece uyanmaları (gece başına bir veya daha fazla epizot), tam uyanıklık ve sık sık atıştırmalıklar ile birlikte; 3 ay süre ile semptomların varlığı; ve bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu olmaması (26).

Gece yeme bozukluğu DSM-V'te 'Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları' başlığı altında incelenmektedir. Tıknırcasına Yeme Bozukluğundan farkları üzerine araştırma yapıldığında en belirgin farklardan biri olarak GYB olan vakaların TYB vakalarına göre geceleri daha sık uykudan uyandıkları ve ataklar sırasında aldıkları kalorinin daha az olduğu bulunmuştur. TYB vakala-

rında tıkınırcasına yeme atakları sadece geceleri değil gün içerisinde yaşanmaktadır. GYB vakalarında diyet yapma ve kalori kısıtlamaya eğilim TYB vakalarına göre daha az rastlanılır, fiziksel görünüşlerine dair düşünceler geliştirmeleri daha azdır. Kişiyeye GYB tanısı konması için, sabahları iştahsızlık hissi ve geceleri uyuyamama yorgun uyanma durumlarının kişi tarafından tecrübe ediliyor olması gerekmektedir. Bu uykusuzluk ve sabahları iştahsız uyanmaların sebepleri, kişinin tıkınma ataklarını gece yaşıyor olmasıdır (23).

Yemek Bozukluklarında Tıbbi Sonuçlar Ve Müdahale

Yeme Bozuklukları psikiyatrik tanı kategorisine girmesine rağmen, bir dizi beslenme ve tıbbi sorunlara ve problemlere sebep olduğu için diyetisyenlerin uzmanlığını gerektirmektedir.

Beslenme faktörleri ve diyet davranışları, yeme bozukluklarının gelişimini ve seyrini etkileyebilir. Anoreksiya Nervoza patogeneğinde, yemek seçimlerindeki diyet veya diğer amaçlı değişiklikler, hastalığı devam ettiren ve iyileşmeye karşı ilerlemeyi engelleyen açlığın fizyolojik ve psikolojik sonuçları nedeniyle hastalığın seyrine büyük ölçüde etkili olabilir. Sporcular ve Diabetes Mellitus hastaları gibi spesifik gruplar arasında yaygınlık oranlarının daha yüksek olması, diyet kısıtlamasının veya vücut ağırlığının kontrolünün büyük önem taşıdığı koşullarda yeme bozukluğu riskin arttığına dair inancı desteklemektedir. Bununla birlikte, diyet yapan veya kısıtlayan bireylerin sadece küçük bir kısmında bir yeme bozukluğu geliştirir. Birçok durumda, bir kişinin yeme bozukluğunu geliştirmesi için fiziksel, duygusal ve toplumsal baskılarla birlikte psikolojik ve kültürel baskılar mevcut olmalıdır, yeme bozukluğu tek bir faktörün varlığından ziyade birden fazla faktörün meydana getirdiği bir tablodur (26).

Yeme bozukluklarında kanıta dayalı tedavi uygulamaları, hastalığın yoğunluğuna, şiddetine uygun olan gerekli tıbbi müdahale ve multidisipliner bir yaklaşım tedavinin kilit noktasıdır. Hekim, beslenme ve psikiyatri uzmanlarını içeren bir ekip çalışması yeme bozukluğu vakalarında gerekli tedavi için son derece önemlidir. Hekim, yeme bozukluğu olan vakanın kilo alımının izlenmesi ve beslenme durumunun takip edilmesi, tıbbi komplikasyonların değerlendirilmesi ve ekip üyelerinin katılımını ve koordine bir şekilde çalışmasını sağlamakla görevlidir. Beslenme uzmanı sağlıklı diyet programı geliştirilmesi ve öğün planlamasının yapılması açısından destek vermektedir. Ayrıca vakaya özel olması uygun olan vücut kütlesi hedeflerinin belirlenmesinde rolü son derece büyüktür, hekime

eşlik ederek vakanın kilo alımını izlemede ve beslenme durumunun takip edilmesinde rol oynar. Psikiyatri uzmanlarından ise, davranışçı terapi, farmakoterapi ve aile terapisi uygulamalarında, yeme bozukluğuna eşlik eden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıkla mücadelede destek alınabilir (2).

Yeme bozuklukları tedavisinin amacı, hastayı normal sayılan sağlıklı sabit bir vücut kilosuna ulaştırmak, anormal yeme davranışı alışkanlıklarını tespit edip kontrol altına almak, bilişsel algıda meydana gelmiş bozuklukları, bilişsel olarak hasarlı şemaları düzelterek, hastayı daha dengeli bir bilişsel ve duygusal durum sağlamak, eş tanılı hastalıkları tedavi etmek ve relapsları önlemektir.

Yeme bozuklukları karmaşık hastalıklardır. Bu hastalıklardan muzdarip bireyleri tedavi etmede etkili olmak için, birçok disiplinde profesyoneller arasındaki uzman etkileşimi gereklidir. Diyetisyen tedavi ekibinin ayrılmaz bir üyesidir ve yeme bozukluğu olan hastalar için tıbbi beslenme tedavisi sağlamak için yeri bir başka biri tarafından doldurulamayacak bir niteliktedir. Bu kişilerle çalışan diyetisyen, karmaşıklıkları ve uzun vadeli bağlılığı anlamalıdır. Giriş seviyesi diyetetik, değerlendirme ve beslenme danışmanlığının temellerini sağlar, ancak bu kişilerle çalışmak, kendi kendine çalışma, sürekli eğitim programları ve deneyimli başka bir diyetisyen ve / veya bir yeme bozukluğu terapisti tarafından denetlenmenin kombinasyonundan elde edilen ileri seviye eğitim gerektirir. Bilgi ve motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı terapi kullanarak uygulama yapılması, bu kişilere verilecek danışmanlığın etkinliğini artıracaktır. Amerikan Diyetetik Derneği'nin Sports, Cardiovascular and Wellness Nutrition (SCAN) ve Pediatric Nutrition Providing Group (PNPG) ve Yemek Bozuklukları Akademisi ve Uluslararası Yeme Bozuklukları Derneği gibi diğer beslenme bozukluğu organizasyonları gibi uygulama grupları diyetisyen için yararlı olan çalıştaylar, bültenler ve konferanslar sağlar (26).

Şimdiye kadar, yeme bozukluklarının birincil önleme modelleri için en iyi uygulama modelleri konusunda bir kesinlik yoktur. Yüksek riskli gruplara yönelik teoriye dayalı, hedefli yaklaşımlar (seçici önleme), evrensel veya birincil önleme yaklaşımlarına karşı en vaat edici yaklaşımlar olarak görünmektedir. Yeme bozukluklarını önlemek için, beslenme mesajlarına ağırlık merkezli bir perspektiften ziyade sağlık merkezli bir yaklaşımla yaklaşılmalı ve ebeveynleri de içermelidir. Genel araştırmalar, diyet ve sağlıksız kilo kontrol yöntemlerinin kilo problemlerinin ve yeme bozukluklarının belirleyicileri olabileceğini göstermektedir. Sadece obezite tedavileriyle değil aynı zamanda sağlığın teşvikiyle de

her boyutta bir paradigmada sağlığa geçiş, gelecek için bir yönlendirir.

Özellikle, tıkınırcasına yeme, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan bireylerin yaklaşık yarısında diyetten önce meydana gelir ve obezitenin gelişmesinde önayak olabilir. Aşırı kilolu olmayan bireylerde, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan bireyler için erken tıkinma davranışını hedefleyen müdahaleler, uygun olmayan ağırlık artışını önlerken, daha ağır obezite prevalansını da azaltabilir. Ek olarak, Bulimia Nervoza vakalarında, önce diyet yapan veya ilk önce tıkinma davranışında bulunan kişiler arasındaki farklar için tedavi uygulamaları vardır. Zaten yeme bozukluğu riski taşıyan bireyleri hedef alan müdahaleleri içeren ikincil korunma, bu grupların her ikisine de Bulimia Nervoza gelişimi ve başlangıcında bir başlangıç mekanizması olarak odaklanabilir.

Relapslar, yüksek tedavi programı yıpranma oranları ve terapide öğrenilen davranışların sürdürülmesi yeme bozukluğu alanında üzerinde çalışılmaya devam eden konulardır. Kendi kendine yardım ve rehberli kendi kendine yardım gibi alternatif müdahaleler, Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için basamaklı bakım tedavisinin bir parçası olarak incelenmektedir. Her ne kadar davranışsal zayıflama programları, hem tıkinma krizini azaltan hem de bireyler için kilo kaybını teşvik etmede bir miktar başarılı gibi görünse de, bu müdahalelerin etkileri sadece kısa vadede en belirgindir (25).

SONUÇ

Yeme Bozuklukları, meydana getirdiği tıbbi komplikasyonlar sebebiyle insan sağlığını yüksek derecede tehdit eden son derece ciddi psikiyatrik hastalıklardır. Özellikle ergenlik dönemindeki kızlarda daha sık görünmektedir. Birçok faktörün meydana getirdiği bir kombinasyonla yeme bozuklukları oluşmakta ve ilerlemektedir. Diyetisyen, tedavi ekibinin ayrılmaz bir üyesidir ve gıda ile ilgili davranışlara ve tıbbi sorunlara özen gösterme konusunda benzersizdir. Yeme bozukluklarının oluşumundan önce önlenmesi, oluştuğunda tedavi edilebilmesi ve relapsların engellenebilmesi hayati önem taşımaktadır. Yeme bozukluklarına daha çok önem verilmeli ve etiolojisinin anlaşılabilmesi adına daha çok araştırmalar ve çalışmalar yürütülmelidir. Diyetisyenlere yeme bozukluğu vakalarına tıbbi beslenme tedavisi uygulayabilmeleri adına, bilgili ve tecrübeli kişiler tarafından eğitimler verilmelidir. Yeme bozuklukları en çok ölüm oranına sahip

psikiyatrik bozukluklar olduğundan ihmal edilmemeli, toplum ve sağlık sağlayıcılar daha çok bilinçlendirilmelidir. Özellikle ergenlik döneminde sıklığının daha çok arttığı bilinmektedir, bu sebeple okullarla da çalışmalar yürütülmesi faydalı olabilir.

KAYNAKÇA

1. Gönenir E. L., Seçkin, Y., (2016) Yeme Bozuklukları. Güncel Gastroenteroloji, 20(4), 473-477.
2. Öyekçin, D.G., Şahin, E. M., (2011) Yeme bozukluklarına yaklaşım. Türk Aile Hek Derg, 15(1), 29-35.
3. Özenoğlu, A., Özdemir, A., Tecer, Ö., Balcı, H., Uğurlu, S., Tüzün, Ş., Uğur, M. (2008) Anoreksiya Nervoza Tedavisine Ekip Yaklaşımı. Göztepe Tıp Dergisi, 23(2), 66-69.
4. Öncü, B., Sakarya, D., (2013) Yeme Bozukluklarında Özkıyım Davranışı. Current Approaches in Psychiatry, 5(1), 48-59.
5. Varlık Özsoy, E. (2017). Yeme bozukluklarında kişilik özellikleri. International Journal of Social Sciences and Education Research, 3(1), 254-264.
6. Toker, D. E., Hocoğlu, Ç., (2009) Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam, 22(1-4), 36-42.
7. Siyez, D. M. (2006) Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar Ve Ergenler Etiyolojisi İle İlgili Çalışmalar Müdahale Değerlendirme Ve Tedavi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 20, 21-27.
8. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: a review. Int J Eat Disord 1993; 13:1-11
9. Baykara, B., Karaköse, T. (2017) Kilo konuşmalarının psikolojik faktörler üzerindeki etkisi: Pilot çalışma. Türk Aile Hek Derg, 21(1), 26-33.
10. Çam, H. H. (2017). Ergenlerde yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ruhsal semptomlarla ilişkisi. Turk J Public Health, 15(2), 96-105
11. Deveci, E., Güvendeğer Doksat, N., Yektaş, Ç., Doksat, K. (2016) Üniversite Öğrencisi Kızların Yeme Bozukluğu Tutumlarının Duygudurum Bozukluğu İle İlişkisi. Anadolu Kliniği, 21(2),129-134.
12. Karadamar, M., Yiğit, R., Sungur, M. A. (2015) Ergenlerin kiloları ile ilgili algıları ve kilo kontrolüne yönelik davranışlarının incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 17(1), 51-61.
13. Arıca, S. G., Arıca, V., Arı, M., Özer, C., (2011) Adolesanda Yeme Bozuklukları.
14. Önal Sönmez, A. (2017) Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. Current Approa-

- ches in Psychiatry, 9(3), 301-316.
15. Perçinel, İ., Yazıcı, K. U., Bilaç, Ö., Köse, S., Özbaran, B. (2015) Anoreksiya Nervozalı Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Biliş. *Current Approaches in Psychiatry*, 7(2), 178-189.
 16. Norman K. Eating Disorders. In:Goldman HH, ed. *Review of general psychiatry*. California: Appleton & Lange, 1992:327-38.
 17. Kaya, N., Çilli, A. S. (1997) Anoreksiya Nervoza. *Genel Tıp Derg*, 7(2), 107-10.
 18. Herzog DB, Eddy KT (2007) Diagnosis, epidemiology and clinical course of eating disorders. In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Powers):1-31. Arlington, American Psychiatric Publishing.
 19. Gürdal Küey A (2013) Psikanalitik kuram ve yeme bozuklukları. In *Yeme Bozuklukları ve Obezite* (Eds B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar):59-65. Ankara, Türk Psikiyatri Derneği.
 20. Herzog DB, Eddy KT (2007) Diagnosis, epidemiology and clinical course of eating disorders. In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Powers):1-31. Arlington, American Psychiatric Publishing.
 21. Deveci, E., Güvendeğer Doksat, N., Yektaş, Ç., Doksat, K. (2016) Üniversite Öğrencisi Kızların Yeme Bozukluğu Tutumlarının Duygudurum Bozukluğu İle İlişkisi. *Anadolu Kliniği*, 21(2),129-134.
 22. Topçuoğlu V (2013) Tıkınrcasına Yeme Bozukluğu ve Tedavisi. . In *Yeme Bozuklukları ve Obezite* (Eds B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar): 261-272. Ankara, Türk Psikiyatri Derneği.
 23. APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
 24. Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ (2005) A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 37:234-240.
 25. ADA Reports (2006) Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders. *J Am Diet Assoc.*, 106,2073-2082.
 26. ADA Reports (2001) Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc.*, 101:7,810-819.

REFAKATSIZ GÖÇ EDEN ÇOCUKLAR ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

SHU Dr. Rauf YANARDAĞ¹ &

Öğr. Gör. Dr. Barış DEMİREL²

Giriş

Toplumsal değişimin en temel kaynaklarından biri olarak karşımıza çıkan göç, dünya genelinde yaygın bir şekilde artarak devam etmektedir (Kartal, 2018). Küreselleşmenin dünyayı etkisi altına almasıyla ülkeler arasında siyasal, sosyal ve ekonomik ilişkilerin ve anlaşmazlıkların artması insan hareketliliklerine hız kazandırmıştır. Dünya tarihinde her dönemde yeni gelişmeler oluşmakta ve buna bağlı olarak farklı karakteristiklere sahip göç hareketleri olmaktadır. 2016 yılı verilerine göre; ağır insan hakları ihlalleri, çatışma, küreselleşme, savaşlar, neoliberal politikalar, zulüm ve iklim değişikliği kaynaklı çevre sorunlarına bağlı olarak 65,6 milyon insanın yaşamını başka bir yerde devam ettirmek veya yaşadığı yeri terk etmek zorunda kaldığı anlaşılmaktadır (Sirkeci, 2017). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 2015 yılı verilerine göre dünya nüfusunun %3,3'ü kendi ülkelerinin dışında yaşamaktadır. Dünya'da yaklaşık 244 milyon insana karşılık gelen bu oran içindeki bireylerin bir kısmı daha iyi ekonomik, sosyal fırsatlar ve daha iyi yaşam koşulları arayışıyla göç etmekte iken; ülkelerinde yaşanan politik ve sosyo-ekonomik krizlerden dolayı zorunlu olarak göç edenler de bulunmaktadır. Ülkeler bağlamında iç göçün de artış gösterdiği BM Nüfus fonu tarafından ifade edilmektedir (<https://www.unfpa.org/migration#>).

-
- 1 Niğde İl Sağlık Müdürlüğü, shu.raufyanardag@gmail.com ORCID No: 0000-0002-5783-2137
 - 2 Kırıkkale Üniversitesi, Delice MYO Sosyal Hizmetler Programı, barisdemirel@kku.edu.tr ORCID No: 0000-0001-5916-4999

Göç, dünya genelinde etkili olmaya devam ederken Türkiye’de de ciddi etkileri ve sonuçları olan bir süreç ve olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Son yıllarda ülkemize yönelen göç hareketlerine dair verilere bakıldığında TÜİK tarafından yapılan Uluslararası göç istatistiklerine göre Türkiye’ye göç edenlerin sayısı 677 bin 42 kişi artarak 2018 yılına göre 2019’da %17,2 oranında yükselmiştir. Göç edenlerin yarısından fazlasını (%54,4) erkekler oluştururken, %45,6’sı ise kadındır (TÜİK, 2020). Bunun yanı sıra Türkiye’ye sığınma talebiyle yaşanan göçlerde de ciddi bir artışın olduğu ifade edilebilir. Çünkü BM Mülteci Örgütü tarafından 31 Ekim 2018 tarihini kapsayan şekilde yayınlanan Türkiye istatistiklerinde 3,5 milyon Suriyelinin, 170 bin Afganistanlının, 142 bin Iraklının, 39 bin İranlının, 5700 Somalilinin ve 11700 diğer milletlere mensup bireylerin Türkiye’ye iltica ettikleri belirtilmiştir (<http://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>).

Nedenleri ve sonuçları bağlamında oldukça detaylı ve çok yönlü bir süreç olan göç; fiziksel, sosyal, kültürel, çevresel ve ekonomik bağlamlarda da etkili olan bir olgudur. Çünkü göç olgusu, yalnızca göç eden ya da göç sürecinde olan bireyleri etkilememekte, bunun yanı sıra göç edilen bölgede yaşayan bireyleri de etkilemektedir. Her iki tarafın da güçlükleri, yaşam standartları değişimleri, gereksinimleri göç gerçekleştikten sonra değişmeye başlamaktadır. Dolayısıyla göç ile birlikte toplumsal değişme sürecinin yaşanması kaçınılmaz olmaktadır.

Bireylerin ya da ailelerin bir arada yaşadığı göç süreci; iç göç dahi olsa insanlar üzerinde uyum sorunlarını doğuran bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Gönüllü göçlerde dahi birçok çocuğun süreçten psikolojik açıdan olumsuz etkilendiği ve olayı bir travmatik süreç olarak değerlendirdikleri belirtilmektedir. Buradan hareketle dış göç süreci, zorunlu göç süreci ve yerinden edilen bireylerin yaşadığı travmatik sürecin çok daha fazla güçlükleri içinde barındırdığı düşünülmektedir. Dolayısıyla göç hareketlerinin çok yönlü doğası gereği farklı disiplinler açısından değerlendirilmesi gerektiği görüşü hakim olmaktadır (Bade, 2004). Bu bağlamda göç olgusuyla ilgilenen ve bireyi biyo-psiko-sosyal açıdan bir bütün olarak ele alan bir önemli disiplinin de sosyal hizmettir. Sosyal hizmet mesleği çerçevesinden özellikle refakatsiz göç sürecine dair bir değerlendirme yapıldığında; süreçten etkilenen çocuğu değerlendirmek, çocuğun psiko-sosyal ihtiyaçlarına yönelik bir projeksiyon sunmak ve yapılabilecekler konusunda önerilerde bulunmak adına bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

1. Göç

İnsanlık tarihi boyunca önemli bir toplumsal olgu olarak öne çıkan göç; ekonomik, politik, sosyal ve kültürel yaşamı doğrudan etkileyen temel öğelerden biridir. Böyle bir durumun var olması ve insanların yaşam biçimini ve koşullarını etkilemesi gerekçesiyle günümüzde de göç, tüm dünyada önemli bir sosyal konu olarak var olmaktadır (Güvenç, 1996; Kızılcıkel,1996). Göç, birey ya da daha büyük insan topluluklarının kendi iradeleriyle yaşanabileceği gibi birey ya da insan topluluklarının iradesi dışında çeşitli güçlerin etkisiyle de yaşanabilmektedir. İnsanların iradesi doğrultusunda isteyerek yapılan göç; daha iyi yaşam koşulları, çeşitli iş ve sosyal olanaklara erişmek için bireylerin beklentilerine bağlı olarak gelişmekte ve istemli göç olarak ifade edilmektedir. Bireylerin veya toplulukların istekleri olmaksızın baskı ve zorlamaya dayalı olarak gerçekleşen göç ise zorunlu göç denmektedir (Gün, 2002). Bu kapsamda insan yaşamının önemli bir bağlamını oluşturan göç olgusu, etkileri ve sonuçları bakımının tüm toplumu etkileme özelliğine sahip bir yapıdır. Ulusal ve uluslararası boyutlarının olduğunu da söylemek gerekir. Gerçekleşme sürecine ilişkin olarak ise gönüllü ve zorunlu şekillerde göç süreci deneyimlenebilir. Göçün zorunlu olarak gerçekleşmesi halinde ise travmatik etki yaratması, birey ve diğer aile üyeleri üzerinde olumsuzluklara neden olması olası görülmektedir.

Göç, bireylerin bulunduğu ikametgahtan başka bir ikametgaha hareket etmeleri ve gittikleri yerde belli bir süre kalıcı olmalarını ifade eder. Uluslararası göç örgütünün tanımına göre göç: *“Uluslararası bir sınırı geçerek veya bir devlet içinde yer değiştirmektir. Süresi, yapısı ve nedeni ne olursa olsun insanların yer değiştirdiği nüfus hareketleridir. Buna mülteciler, yerinden edilmiş kişiler, yerinden çıkarılmış kişiler ve ekonomik göçmenler dahildir.”* şeklinde tarif edilmektedir (Göç Terimler Sözlüğü: 22). Marshall’a göre ise *“Göç, bireylerin ya da grupların sembolik veya siyasal sınırların ötesine, yeni yerleşim alanlarına ve toplumlara doğru kalıcı hareketini içerir.”* (Marshall, 2005). BM açısından bir yer değiştirme hareketinin göç olarak değerlendirilmesi için yeni gidilen yerde asgari bir yıl kalınması gibi bir zaman kriterine yer verilmektedir. Bir yıldan kısa süreli yer değiştirme hareketlilikleri göç olarak nitelendirilmemektedir. Göç, günümüzde daha çok gelişmiş ülkelere doğru yapılmakla birlikte ülkemizi de kayda değer ölçüde etkileyen bir konu haline gelmiştir. Osmanlı devletinden beri farklı göç hareketleri ile karşılaşan Türkiye, milyonlarca insana ev sahipliği yapan bir ülke konumunda yer almaktadır (Tazefidan, 2021). Bu genel girişin ardından göç türlerini ele alalım. Göç türlerine bakıldığında oluşumuna göre

göçler, süresine göre göçler ve mesafesine göre göçler olmak üzere üç ana başlığa ayrılmaktadır:

Oluşumuna Göre Göçler, gönüllü ve zorunlu göç olarak ikiye ayrılmaktadır. Uluslararası Göç Örgütü'nün tanımlamasına göre; *zorunlu göç baskı ve zorunluluk yaratan unsurlar nedeniyle gerçekleşen tüm göç hareketleri* olarak tanımlanır (IOM). Bireylerin yaşamlarına ve geçimlerine yönelik tehlikelerle doğal ve insan kaynaklı afetleri kapsayan durumlar baskı unsurları olarak nitelendirilir. Göç hareketleri ve ülke içinde zorla yerinden edilmelerin dışında afetler, kimyasal ve nükleer saldırılar, salgın hastalıklar, kıtlık, susuzluk vb. olaylar sonucunda gerçekleşen göçler zorunlu göçe örneklendirilebilir. Gönüllü göç kavramı ise göç eden bireylerin kendi isteklerinin ön planda tutulduğu ve iradeleri çerçevesinde göç etmelerini ifade etmektedir. Bu kavramın temelinde isteğe bağlılık söz konusu iken yerinden edilme durumunun nedenleriyle bir olmasa da bireylerin yaşadığı; sosyal, ekonomik, kültürel ve eğitim odaklı kaygılarının gönüllü göçe neden olduğu ifade edilebilir.

Süresine Göre Göçler, kalıcı ve geçici göç olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kalıcı göç, geri dönmek üzere sürekli yerleşmeyi hedefleyen göç türüdür. Türkiye'den Almanya'ya yıllar önce ve yıllar boyunca gerçekleştirilen göç hareketleri kalıcılık sağlamıştır. Göç eden bireyler sonrasında en az iki kuşağın göç edilen bölgede dünyaya gelmesi ve yaşamlarını orada devam ettirmeleri kalıcı göçün sonucu olarak değerlendirilebilir. Geçici göç ise kalıcı göçün aksini ortaya koyan göç türüdür. Yani belli süreliğine, daha kısa süreli bir amaç üzere gerçekleştirilen göç türüdür. Bu süreç genellikle eğitim alma, geçici işlerde çalışma, mesleki alanda uzmanlaşma gibi durumlarda karşımıza çıkmaktadır.

Mesafesine Göre Göçler ise, iç göç ve dış göç olarak ikiye ayrılmaktadır. İç göç, vatandaşı olunan ülkenin şehirleri arasında yaşanan göçü ifade etmektedir. Bireyin ülke sınırları içinde bireysel veya ailesiyle birlikte yaşamını başka bir şehre taşıma isteğinin sonucu olarak görülebilir. İç göç süreci, zorunlu ve/veya gönüllü olarak gerçekleştirilebilir. Dış göç ise vatandaşı olunan ülke dışında başka bir ülkeye hareket etmeyi, orada yaşamayı ifade eden bir süreçtir. Aynı şekilde süreç, zorunlu ve/veya gönüllü olarak sürdürülebilir.

Gönüllü göç olarak gerçekleştirilen ve bireyin özgür iradesiyle ilerleyen göç süreçlerinde bireylerin olumsuz etkilenme durumlarının asgari düzeyde olduğu söylenebilirken; göç sürecinin zorunluluk nedeniyle gerçekleşmesi halinde sürecin travmatik yanlarının daha baskın olduğunu söylemek yanlış

olmayacaktır. Çünkü özellikle kırılğan grupların gerçekleştirdiği zorunlu göçün, bir de dış göç boyutuyla gerçekleşmesi halinde travmatik sürecin etkilerinin yanı sıra dil bilmeme, sosyal uyumsuzluk, eğitimsizlik, barınma, sağlık sorunları, statü elde edememe gibi ciddi sorunları da beraberinde getirdiği söylenebilir (Hart, 2009). Göçle beraber artış gösteren sorunlar bireylerin yaşamlarını daha da travmatik bir noktaya taşımaktadır.

Göç, dünyanın pek çok bölgesinde önemli ve çözümü karmaşık olan konulardan birisidir. Kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması, ulaşım imkanlarının gelişmesi ve bazı yerleşim alanlarında devam eden yoksulluk ve çatışma gibi göçe iten faktörler her yıl birçok insanı göç etmeye zorunlu kılmaktadır. Ancak bu göç hareketliliği göç edenlerin yanı sıra göç edilen bölgelerde de politik, kültürel, sosyal, dinsel ve etnik temelde pek çok başka soruna neden olabilmektedir. En önemli noktalardan biri de hiç şüphesiz göç edenlerin göç ettikleri yerleşim alanlarında hemen kabul görmemeleridir. Sosyal kabulün kolay olmaması göç sonucu bölgeye yerleşen bireylerin ya da grupların neden olabileceği toplumsal değişimlerdir. Gıda, konut, istihdam, sosyal yaşam ve kültür üzerinde göçün olası etkileri eskiden beri o bölgede yaşayan insanların kabullerini güçleştirmektedir (Tazefidan, 2020).

2. Göçün Travmatik Boyutu

Göçün; bir savaş, saldırı, yaşanan salgın hastalık olayları vb. gibi nedenlerle gerçekleşmesi halinde travmatik sonuçlarının olması çok daha muhtemeldir. Çünkü bireylerin yaşadığı göç süreci, kişilerin inisiyatifi dışında ve koşulların göçe sürüklenmesinden kaynaklı olarak ilerlemektedir. Bu tür süreçlerde yaşlıların, kadınların ve çocukların daha olumsuz etkilere ve risklere açık olduğu/olacağı söylenebilir. Göçü deneyimleyen bireyin daha önce bilmediği bir yaşam tarzı ve kültür ile karşı karşıya kalması; göç edilen bölgede sosyal güvence, istihdam ve barınma gibi temel sorunlarla karşılaşması, göç edilen ikamet bölgesinde sahip olunan sosyal destek ağından yoksun olması, yeni toplumun kuralları ve rolleri konusunda belirsizlik yaşaması ile fiziki ve sosyal çevre değişimi sonucunda ortaya çıkan problemlerde başa çıkmada yetersizlik hissi, fiziksel ve duygusal olumsuzluklara neden olabilmektedir (Balcıoğlu ve Samuk, 2002). Yapılan akademik çalışmaların birçoğu da bu durumu destekler niteliktedir. Ayrıca göçü deneyimleyen aileler ve bireylerde pek çok psikiyatrik temelli sorunun geliştiği; depresif bozukluklar, anksiyete, samotoform bozukluklar ve uyum bozukluklarının sık görüldüğü de araştırmalarda ön plana çıkan bulgulardır

(Steel ve ark., 2004; Warfa ve ark., 2005). Bireylerin göç sürecinde ve sonrasında travma yaşaması bu bilgilerle uyusmaktadır.

Hassas/Kırılgan grupların risklere daha açık bir hale geldiği zorunlu göç olgusu bağlamında travma kavramını açıklamak yararlı olacaktır. Bu çalışma içinde travma kavramı psikolojik travma kavramıyla eş değer olarak kullanılmaktadır. Bu bağlamda; psikolojik travma fiziksel ve psikolojik tehdit içeren bir olgu olarak ele alınmakta ve oluşum durumuna göre iki alt başlıkta değerlendirilmektedir (Mum, 2011):

- *Deprem, sel, vb. doğal yollarla oluşan travmalar*
- *İnsan eliyle oluşan travmalar*

Bireylerin gündelik yaşantısını değiştiren, yerleşik düzenleri dışında radikal değişimlerin yaşandığı bir sürece girilmesi kriz ile sonuçlanabilen bir aşamadır. Bu sürecin üzerinde yaşanan bir deprem (Örneğin: 1999 Marmara Depremi) ciddi bir şekilde göçü beraberinde getirebilir. Yaşanan doğal afet süreci travmatik bir etkiye neden olurken travma sürecini artırıcı bir başka etki ise bireylerin alışık oldukları ve aidiyet besledikleri yaşam alanlarından kopmaları şeklinde göç aracılığıyla yaşanmaktadır. Diğer doğal afetler de bireyler üzerinde doğal travmalar oluşturabilir. Bununla birlikte insan eliyle de travmaların oluşması söz konusu olabilmektedir. Trafik, uçak, tren kazaları ve nükleer kazalar gibi kaza yoluyla oluşan travmalar ve savaşlar, soykırımlar, katliamlar, taciz, tecavüz, işkence ve terör olayları gibi bilerek ve amaçlı olarak yaşatılan travmalar insan eliyle gerçekleşen travmalardır (Mum, 2011).

2.1. Refakatsiz Göçü Deneyimleyen Çocuk

Refakatsiz çocuklarla ilgili 29.03.2015 tarih ve 29310 sayılı resmi gazetede Çocuk Destek Merkezleri yönetmeliği içinde çeşitli başlıklara yer verilmiştir. Yönetmelik kapsamında; *refakatsiz çocuk, sorumlu bir kişinin etkin bakımına alınmadığı sürece, kanunen ya da örf ve adet gereği kendisinden sorumlu bir yetişkinin refakati bulunmaksızın Türkiye'ye gelen veya Türkiye'ye giriş yaptıktan sonra refakatsiz kalan çocuğu* ifade etmektedir (madde 4/p). Bir başka açıklamaya göre ise yanında bir yetişkin olmayan, ebeveynlerinde ayrı tek başına göç eden çocuklar refakatsiz çocuklar olarak tanımlanmakta ve bu grup göç sürecinin en hassas durumda olan grubunu oluşturmaktadır (HYD, 2010).

Birleşmiş Millet Mülteciler Yüksek Komiserliğinin (BMMYK) amaçları doğrultusunda refakatsiz bir çocuk “anne ve babasından ayrılmış olan ve hukuk veya geleneğe göre kendisinden birinci derecede sorumlu olacak birinin bulunmadığı” kişi olarak tarif edilmektedir (<https://www.unhcr.org/tr/?s=refakatsiz%20%çocuk>). Refakatsiz ve ailesinden ayrı düşmüş çocuklara ilişkin kurumlar arası rehber ilkeler (2014) kitapçığında ise, “bir silahlı çatışma veya afet meydana geldiğinde çok sayıda çocuk, ailelerinden ya da onlara bakan kimselerden ayrı düşebilir. Bu çocukların durumu hemen belirlenemediği için bunlara yetimden ziyade “ailesinden ayrı düşmüş” ya da “refakatsiz çocuklar” denilir, ifadesine yer verilmektedir.

Bu süreç, çocuğun o an yaşadığı güçlüklerle ön plana çıkarken aynı zamanda çocuğu diğer risklere karşı da açık hale getirmektedir. Örneğin refakatsiz göç sürecinde bir çocuk açlık, hastalık, şiddet (fiziksel, cinsel vb.) gibi olaylara çok daha fazla maruz kalabilmektedir. Bu durumla aynı doğrultuda bir bilgi UNICEF tarafından 2017 yılında ortaya konulmuş ve şu ifadelere yer verilmiştir. *Ülkelerindeki savaştan kaçıp gelen Suriyeli çocuklar, yaşadıkları psikolojik travmanın yanı sıra toplumdaki dışlanma, ayrımcılığa uğrama, ekonomik ve cinsel açıdan sömürülme ve çocuk yaşta evliliklere zorlanma olmak üzere çeşitli risklerle karşı karşıyadırlar ve ciddi biçimde savunmasız durumdadırlar* (UNICEF, 2017). Daha detaylı olarak güçlükler ve risklere aşağıda yer verilmektedir.

2.1.1. Refakatsiz Göçün Güçlükleri ve Muhtemel Riskleri

Yaygın şiddet, silahlı çatışma veya insan hakları ihlalleri nedeniyle kendi ülkeleri içinde yerinden edilmenin veya başka bir ülkeye göç etmenin insan üzerinde çok boyutlu ve yıkıcı etkileri söz konusudur. Bu yıkımdan etkilenen en kırılgan gruplardan biri de kuşkusuz çocuklardır. Çocuklar bu süreci kimi zaman aileleri veya yakınlarıyla birlikte deneyimlerken, bazen de aile ve yakınlarının refakati olmaksızın yaşamak zorunda kalmaktadır. Aile veya yakınları olmadan bu sürece maruz kalmaları onların yaşamlarını daha da zorlaştırmakta ve olası risklerle karşı karşıya kalma ihtimalini daha da artırmaktadır. Refakatsiz çocukların karşılaştıkları başlıca güçlükler (Yakmaz, 2014):

- *Refakatsiz çocuk olarak tanımlanabilmeleri sorunu,*
- *Çocuklara bireysel vasi atanmaması,*
- *Yetişkinlerle birlikte geri gönderme merkezlerine kapatılıp sınır dışı edilmeleri,*

- *Yerleştirildikleri kurumlarda tercümanların bulunmaması ve kaldıkları kurum ve kuruluşlardan 18 yaşından sonra ayrılmak durumunda olmalarının kaygı başta olmak üzere psikolojik etkiler yaratması,*
- *Kamu hizmetlerine erişim konusunda engellere maruz kalmaları oluşturmaktadır.*

Refakatsiz çocuklar, aile veya yakınlarından mahrum bırakılma, göç sürecinde ihmal ve istismara maruz kalma, hedef ülkede toplum tarafından damgalanma ve baskı altında kalma, göç sonrası ise travma riski, idari gözetim altına alınma, göç sürecinde koordineli ve aktif çocuk koruma sistemlerinin olmaması, statü belirsizliği, eğitim hizmetlerine ulaşmada engeller, sömürü ve istismara uğrama, insan ticareti mağdurluğu, hedef ülkede yasal temsile ve vesayete erişim konularında sıkıntılar yaşama gibi durumlarda daha fazla mağduriyet yaşayabilmektedirler (Karataş ve Barut, 2021).

Göç eden çocuklar, yaşadıkları psikolojik travmanın yanı sıra toplumdan dışlanma, ayrımcılığa uğrama, ekonomik ve cinsel açıdan sömürülme ve çocuk yaşta evliliklere zorlanma olmak üzere çeşitli risklerle karşı karşıyadırlar ve ciddi biçimde savunmasız durumdadırlar (UNICEF, 2017). En savunmasız çocuklar için uygun barınak yerlerinin olmaması da önemli bir sorundur. Bazı ülkelerde barınma imkanı sağlansa bile, yetişkin nüfusla birlikte kamplarda ve gözaltı merkezlerinde yaşamlarını sürdürmektedirler. Ayrıca kayıt dışı çalışma ve ağır sanayide çalışma, yasadışı olaylara karışma, sağlık sorunları gibi risklerle de karşı karşıya kalabilmektedirler. BM Çocuklara Yardım Fonu da (UNICEF), son yayınladığı raporda “*Suriye’de 5,5 milyon çocuğun savaş mağduru olduğuna, 10 bin çocuğun da savaşta öldüğüne*” dikkat çekmektedir (<https://www.hurriyet.com.tr/dunya/kivilcimi-duvar-yazisi-tetiklemisti-26010729>) . Yani çocukların bu süreçten en fazla olumsuz etkilenen kesim olduğunu gösterir nitelikteki bu bilgiyle ortaya konmaktadır. Yaşanan güçlükler ve karşılaşılan riskler en ağır şekilde çocukları etkilemektedir.

Göç eden çocuklar için bir diğer önemli risk, eğitimden geri kalma durumudur. 2015’ten beri toplanan veriler yıllar içinde okul çağındaki mülteci çocukların ve gençlerin yaklaşık yarısının okula gitmediğini göstermektedir. 2019 verileri, mülteci çocukların yüzde 77’sinin ilkokula kayıtlı olduğunu gösterirken; ancak üçte birinden daha azı ortaokula devam ettiğini ve mülteci kız çocuklarının oranının erkeklere kıyasla daha düşük olduğunu göstermiştir. Mülteci gençlerin yalnızca yüzde 3’ü aynı yıl yükseköğretime erişebilmiştir

(UNICEF, 2020). Durumun bu şekilde gelişiyor olması, çocukların çocuk işçiliğine maruz kalma riskini arttırabilir. Oysa eğitime erişim göç eden çocuklar için bir gelecek anahtarı özelliği taşımakta, bir umut ve istikrar kaynağı olarak değerlendirilmektedir (Dryden-Peterson, 2011). Yine beş yaşın altındaki her dört çocuktan biri, yani toplamda yaklaşık 166 milyon çocuk kayıt dışı durumdadır (UNHRC, 2020). Çünkü göçmenlerden doğan çocukların kayıt altına alınması bir karmaşık olarak ilerlemektedir. UNHCR, 2018 ve 2020 yılları arasında neredeyse bir milyon çocuğun mülteci olarak doğduğunu ve bu sayının yılda ortalama 290.000 ile 340.000 arasında değiştiğini paylaşmaktadır. Bu durum her çocuğun doğumunun nüfus kütüğüne kaydedilmemesi, varlığının tanınmaması, dolayısıyla yasal kimliğin kanıtını, hakları kullanma ve hizmetlere erişim olanağını ortadan kaldırmaktadır.

Çocuklar, uzun yıllar devam eden yerinden edilme süreçlerine maruz kalmakta, yerinden edilme krizlerinden özellikle etkilenmektedir. Bu çocuklardan birçoğu, önümüzdeki yıllarda, bir kısmı ise yaşamlarının geri kalanında vatanlarından uzakta ve sürgünde kalma riskiyle karşı karşıya kalabilir. Bu nedenle refakatsiz veya ailelerinden ayrı düşmüş çocuklar da dahil olmak üzere risk altındaki çocukların yüksek yararını sağlamak oldukça zordur. Refakatsiz veya ailesinden ayrı düşmüş 21.000 çocuk, bir yıl önceki veri olan 25.000 (% 1) ile karşılaştırıldığında, 2020'de (yüzde 2) yeni sığınma başvurusunda bulunulmuştur. 2020'de yeni iltica başvurularının Covid-19 nedeniyle bir milyon kişi azaldığı düşünüldüğünde, bu rakamın aksi bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir (UNICEF, 2020).

Bütün dünyayı etkisi altına alan Covid -19 salgını; her gruptan, her yaştan bireyi belli ölçüde kısıtlamıştır. Bu salgın dünyada üretimin durduğu, nüfusun yüzde ellisine yakınının kısmen ya da tamamen yaşam alanlarında kapalı kaldığı, toplumsal ilişkilerin asgari düzeyde sürdürüldüğü küresel bir karantina halinin tecrübe edilmesine neden olmuştur. Yalnızca sağlık ve ekonomi bakımından değil, aynı zamanda siyasal, kültürel ve insani varoluş açısından bir bunalıma sebep olmuştur (Tazefidan, 2021). Covid-19 toplumun yaşadığı olumsuzlukları daha üst seviyelere çıkarmış olarak görünmektedir. Tabi ki bu süreçte krizi yaşayan en önemli kesimlerden biri de refakatsiz çocuklar olagelmıştır.

Covid-19 salgın sürecinde, gıda krizlerinin artması, uzayan çatışmalar, olumsuz hava koşulları ve dünya çapında milyonlarca insanın ölmesi daha ileri boyutlara ulaşmış ve yaşanan riskleri artırmıştır. Ayrıca refakatsiz çocukların

yüksek yoksulluk düzeyi, savaş ve uzun süreli yerinden edilmeden kaynaklanan kalıcı travmaya maruz kalmaları, dil engeli, sağlık hizmetlerine erişememe, psiko-sosyal ve hukuki destek alamam ve sosyal içerme eksikliği gibi nedenlerle aşılması gereken zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Özellikle göç sürecinde Türkiye'nin geçiş ülkesi olarak değerlendirildiği ve düzensiz göç sürecin işlediği durumlarda Türkiye üzerinden Avrupa'ya ulaşma çabasıyla, ölüm riskini içeren bir deniz yolculuğu göze alınmaktadır (UNICEF, 2020). Düzensiz göç sürecinde çocuk göçmenler ve refakatsiz çocukların karşı karşıya olduğu başlıca riskler ise (UNHCR, 2015):

- *Göçmen kaçakçılığına maruz kalma,*
- *İnsan ticareti,*
- *Çocuk işçiliği şeklinde sıralanmaktadır.*

Türkiye'de ise; eğitime erişim, dil öğrenimi desteği, beslenme, sağlık hizmetlerine erişim, psiko-sosyal destek ve hukuksal temelli gereksinimler ön plana çıkmaktadır (Atasü-Topçuoğlu, 2014).

2.1.2. Temel Bazı İstatistiksel Veriler

Göçmenlerle ilgili net bir veri ortaya konulmazken, UNHRC'ye göre 2021 ortalarında yaklaşık 84 milyon insanın zorla yerinden edilmiştir. Bunlardan 48 milyonunun ülkesi içerisinde yerinden edildiğini, 26,6 milyonunun mülteci olduğunu, 4,4 milyonunun sığınmacı olduğu ve 3,9 milyonunun da yurt dışında yerinden edilen Venezüellalıları olduğu belirtilmektedir. 186.800 mülteci, 952.300 sığınmacı ve yurt dışında yerinden edilmiş 3,9 milyon Venezüellalı dahil olmak üzere toplam 5,1 milyon Venezüellalı 2021 yılının ortalarından itibaren ülkelerini terk etmiş durumdadır (UNHRC, 2020).

Dünya çapındaki mülteci sayısı yaklaşık çeyrek milyon artarak 2020 yılında 20,4 milyondan 20,7 milyona yükselerek her geçen gün artan mülteci sayısının devamlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Dünya çapında 2020'nin sonunda, zorla yerinden edilenlerin toplam sayısının bir önceki yıla göre artarak 82,4 milyona ulaştığı paylaşılmaktadır. Çatışma ve şiddet gerekçeleriyle ülkeler içinde yerinden edilme birçok yerde artmış, afetler ve iklim değişikliğinin olumsuz etkilerinin yanı sıra Covid-19 salgını da yerinden edilme durumu üzerinde etkili olmuştur (UNHRC, 2020). Bu veriler ışığında yerinden edilen nüfusun Türkiye, Almanya gibi ülkelerin nüfusuna ulaştığı ve giderek de arttığı anlaşılmaktadır.

Bu bağlamda çatışmaların önlenmesi ve göçe zorlanan bireylerin problemlerine acil çözümler üretilmesi ihtiyacı ön plana çıkmaktadır.

Gelişmekte olan ülkeler, mültecilerin yüzde 86'sına ev sahipliği yaparken en az gelişmiş ülkeler, toplam mültecilerin yüzde 27'sine sığınma olanağı sağlamaktadır. Türkiye ise, yaklaşık 3,7 milyon mülteciye ev sahipliği yaparak neredeyse dünyada en fazla göçmen misafir eden ülke konumundadır. Göçmen başvurularına bakıldığında ise, ABD dünyanın en büyük bireysel başvuru alıcısı (250.800) olurken, onu Almanya (102.600), İspanya (88.800), Fransa (87.700) ve Peru (52.600) takip etmektedir. Yani göç sürecindeki bireyler sırasıyla bu ülkelerde yaşama isteklerini ortaya koymaktadırlar. Bunun yanı sıra 3,2 milyon yerinden edilmiş göçmen ve 251.000 mülteci, 2020 yılında kendi bölgelerine veya menşei ülkelerine geri dönmüşlerdir (UNHRC, 2020). Geri dönüşlerin yaşanması koşulların daha iyi noktalara ulaşması halinde desteklenmesi gereken bir diğer önemli konu olarak değerlendirilmektedir.

Şiddet ve çatışmalar sebebiyle 2018 yılında ülkeleri içinde göçe zorlanan, 17 milyonu çocuk yaklaşık 41 milyon göçmen varken; 2019 yılında bu sayı ciddi bir artışla 33 milyonu çocuk olmak üzere 272 milyona ulaşmıştır. Dünya'da zorla yerinden edilen yaklaşık 84 milyon kişinin yaklaşık 35 milyonunun (%42) 18 yaşın altındaki çocuklar olduğu 2020 yılı sonu itibariyle ortaya konmuştur. 2018 ile 2020 yılları arasında, yıllık tahminen 290.000 ile 340.000 çocuk mültecinin doğduğu bilgisine yer verilmiştir (UNICEF, 2020). Çocuklar, dünya nüfusunun yüzde 30'unu oluşturmaktayken, zorla yerinden edilen insanların içindeki payları %30'un oldukça üzerinde yüzde 42 seviyesindedir (UNHRC, 2020). Türkiye'de ise geçici koruma statüsünde barındırılan 3,6 milyon Suriyeli mülteci 1,6 milyonunu 18 yaşın altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Öte yandan, başka ülkelerden Türkiye'ye gelen 400.000'e yakın kayıtlı mülteci ve sığınmacı bulunmaktadır. Bu sayının neredeyse üçte biri çocuklardan oluşmaktadır (UNICEF, 2020). Türkiye 1,2 milyondan fazla mülteci çocuğa ev sahipliği yaparak dünyada bu kapsamda ilk sıradaki ülke konumundadır (UNICEF, 2017). Bu durum, göç süreçlerinde en fazla etkilenen grubun çocuklar olduğunu ortaya koymaktadır. Ailesi veya yakınlarıyla birlikte göç eden çocuklar düşünüldüğünde refakatsiz göçü deneyimleyen çocukların daha fazla sorunla karşılaştığı değerlendirilmektedir. UNICEF'e göre, refakatsiz göç eden çocukların sayısı 2010 yılından bu yana beş kat artış göstermiştir (2017). UNICEF, refakatsiz göç eden çocukların sayısının 2010 ve 2011 yılları arasında 66 bin olarak ortaya koyarken, 2015 ve 2016 yıllarında bu sayınının 300 bine ulaştığını belirtmiştir

(2017). 2005-2012 yılları arasında sığınma talebinde bulunan refakatsiz göç eden çocukların; birçoğunun Somali, İran ve Afganistan'dan gelmiş oldukları ve bunların 342'si erkek olmak üzere 352 çocuktan oluştuğu belirtilmiştir.

2007-2011 yılları arasında Suriyeli göçmen çocuklar hariç olmak üzere 24.569 çocuk, kaçak göçmen olarak yakalanırken; 2018 yılında ise Suriye'deki göç dalgasıyla Türkiye'ye gelip geçici koruma statüsü kapsamında kamplarda kalan 18 yaş altı kız çocukların sayısı 796.896, erkek çocukların sayısı ise 877.175 olarak paylaşılmıştır (Atasü-Topçuoğlu, 2012). Türkiye'deki veriler üzerinden bakıldığında bu sayının ne kadarının refakatsiz çocuk olduğu ortaya konulamamaktadır. Karataş ve Barut (2021), göç raporlarına atıfta bulunarak elde edilen veriler ışığında çocuk göçlerinin genellikle aile veya yakınlarıyla birlikte gerçekleştiği varsayılmasına rağmen azımsanmayacak düzeyde çocuğun bağımsız göç hareketinde bulduklarını ileri sürmüşlerdir. Ancak Türkiye'de ve dünyada refakatsiz göçmen çocuklara ilişkin istatistiksel verilerin yetersizliği sorunu tam olarak tüm boyutlarıyla değerlendirmeyi mümkün kılmamaktadır. Düzel ve Alış (2018), Türkiye ve dünyada refakatsiz göç eden çocuklara yönelik sayısal verilerin hem paylaşılan yıllarda hem de günümüzde çok daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Sadece bu resmi veriler bile zorla yerinden edilmeye refakatsiz göç eden çocukların ne kadar önemli bir kitle olduğunu ortaya koymaya yetmektedir.

3. Refakatsiz Göç Eden Çocuklara Yönelik Sosyal Hizmet Müdahalesi

Dünyanın dört bir yanındaki yerinden edilmiş çocukların haklarını savunmak, ihtiyaçlarını gidermek ve mümkün olan en iyi şekilde umutla geleceğe bakmalarını sağlamak, dayanışma ve sorumluluk paylaşımını yerine getirmek için birçok mesleki çalışmaya gereksinim vardır. Bu çalışmalardan biri de sosyal hizmet mesleği tarafından ortaya konulacak profesyonel müdahaledir. Refakatsiz göçü deneyimleyen çocuk ile sosyal hizmet mesleki müdahale sürecinde kullanılabilecek temel sosyal hizmet yaklaşımları olan güçlendirme, ekolojik ve sistem yaklaşımlarıdır. Etkili bir müdahale için bu yaklaşımlara/kuramlara hakim bir meslek elamanı olunması gerekmektedir. Bu kısım detaylandırılmayacak olup gerekli kuramsal temel ve bilgiler aracılığıyla refakatsiz göçü deneyimleyen çocuğa yönelik genel bir müdahale süreci planlanabilir. Paylaşılan bilgiler genel bir çerçevede ortaya koyarken müracaatçının biricikliği ilkesi mesleki çalışma yapılan her bir birey için yeniden değerlendirilmelidir. Genel olarak planlı müdahale süreci nasıl ilerletilebilir?

1. Tanışma/Karşılaşma: Refakatsiz göç sürecinde karşılaşılan çocuk ile ilk tanışmanın gerçekleştirilmesi ve çocuğa güven telkin ederek mesleki müdahale sürecinin ilk aşamasının sağlanması oldukça önemlidir. Refakatsiz göç sürecine dahil olan çocuğun Türk dili bilmemesi ihtimaline karşı bir tercüman aracılığıyla destek alınarak bu aşama gerçekleştirilebilir. Temel olarak çocuğun bu aşamada sorununu tanımlaması beklenirken refakatsiz çocuk olması nedeniyle koruma ve bakım modelleri bağlamında neler yapılacağı üzerinde sosyal hizmet uzmanının bir ön görüşünün oluşması beklenir. Bu aşamadaki en önemli kazanım, refakatsiz göçü deneyimleyen çocuğun artık yalnız olmadığını düşünmesi ve profesyonel bir destek sağlayıcı olarak size güvenmesi olacaktır.

2. Ön Değerlendirme: Görüşmeye konu olan refakatsiz göç eden çocukla ilgili mesleki çalışmanın devam ettirilip ettirilmeyeceğine karar verilmesini içerir. Bu aşamada çocuğun sorunlarının sosyal hizmet mesleki müdahalesinin genel uygulamaları çerçevesinde çözülebileceği ön görülürse planlama aşamasına geçilebilir. Bundan sonra izlenecek yol, yöntem ve alternatifler müracaatçı ile eşgüdüm çerçevesinde değerlendirilmelidir.

3. Planlama: Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı, refakatsiz göç eden çocukla ilgili çalışma takvimini ortaya koymalıdır. Çalışma takvimi ve etkinlikler planlanırken mutlaka müracaatçının talepleri ve uygunluğu azami seviyede planlamaya yansıtılmalıdır. Bu şekilde olması müracaatçı kendi yaşamı üzerinde söz sahibi olduğu düşüncesine dair bir inanç geliştirebilir. Sürecin sosyal hizmet uzmanı tarafından nasıl sürdürüleceği, hangi sıklıkla görüşmelerin sağlanacağı, çocuğun korunma ve bakım gereksinime dair neler yapılabileceği bu aşamada belirlenmelidir. Ayrıca göçmen çocuklarla ilgili çalışma yapan diğer kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşlarından da alınabilecek muhtemel destekler bu aşamada net bir şekilde ortaya konulmalıdır.

4. Uygulama: Yapılan planlamanın hayata geçirildiği ve çocukla mesleki temasın üst düzeye ulaştığı aşamayı ifade etmektedir. Bu aşamada çocuğun yaşadığı travmatik göç sürecinin etkilerinin anlaşılması, olumsuz etkilerinin giderilmesi adına çocuğun güçlen(diril)mesi, iyilik halinin artırılması, çocuğun barınma ve statü sorununun çözülmüş olması beklenmektedir. Uygulama aşamasının tüm boyutlarında meslek elemanının otoriter bir tutumdan uzak durması ve kendisini kolaylaştırıcı olarak konumlandırması gerekir. Müracaatçı için kendi yaşamının nesnesi değil öznesi olduğuna dair bir anlayışın gelişmesi hedeflenir.

5. Son Değerlendirme: Yapılan uygulamaların yeniden gözden geçirildiği, refakatsiz göç eden çocukla birlikte sürecin analizinin gerçekleştirildiği aşamadır. Sürecin verimliliği çocukla birlikte sorgulanırken yapılan uygulamalar ve eksik kalan uygulamalar üzerinde bir değerlendirmeye gidilmesi gerekir. Çocuğun düşüncelerinin alınması, sürece yönelik değerlendirilmeleri doğrultusunda ne yapılacağına karar verilmesi gerekir. Bu aşama mesleki çalışma süreci için “tamam mı, devam mı” aşaması olarak da değerlendirilebilir. Bu aşama sonrasında süreç bitirilebilir, devam edilebilir ya da bir başka meslek elemanı veya akademik disipline müracaatının sevki sağlanabilir.

6. Sonlandırma: Yapılan mesleki müdahalenin yeterli olduğu kanaatine varılmasından sonra sürecin sonlandırılması uygun görülmektedir. Çocukla bir vedalaşma ve karşılıklı teşekkür etme süreci gerçekleştirilir. Sosyal hizmet uzmanı tarafından çocuğu yöreklendirici nitelikte geri dönüşler yapılır ve çocuğun ne zaman ihtiyacı olsa ona yardımcı olunacağı mutlaka kendisine ifade edilmelidir. Elbette temel beklenti yaşanan güçlükler karşısında kendini daha iyi hisseden ve self-determinasyon becerisi yükselmiş bir müracaatçıdır.

7. İzleme: Sonlandırma sonrasında refakatsiz göçü deneyimleyen çocuğun kişisel iyilik halinin nasıl seyrettiği ve uyum sürecinin nasıl ilerlediği sosyal hizmet uzmanı tarafından takip edilmelidir. Etkili bir müdahalenin en önemli aşamalarından birisi olan izleme aşaması yapılan uygulamalarının ne kadar etkili olduğunun çıktılarını size sağlayacaktır. Profesyonel bir elin müdahalesi olmaksızın çocuğun kendi kendine yetebilir bir duruma gelip gelmediğini bu aşamada belirleyebilirsiniz.

Refakatsiz göçü deneyimleyen çocuğa yönelik bu şekilde genel bir çerçeve ortaya konulabilirken, refakatsiz göç eden çocuklara yönelik sosyal hizmet müdahalelerinde kapsayıcı bir yaklaşım son derece önemlidir. Koruyucu-önleyici, tedavi edici ve iyileştirici müdahaleler sosyal hizmet alanının göç sorununa çok boyutlu yaklaşmasını ve sorunları çözebilmesini sağlamaktadır. Göç eden refakatsiz çocuklar için koruma, müdahaleye yönelik eylemler, iyileştirici çalışmalar, sosyal ve yasal çerçevenin oluşturulması ve genel koruma çerçevesi bu konuda sosyal hizmet müdahalelerinin özünü oluşturmaktadır. Sosyal hizmet kapsamında göç eden refakatsiz çocuklara yapılan müdahaleler şu şekilde sıralanabilir (ICRC ve IRC, 2014):

- Refakatsiz göç eden çocuğa isim verilmesi ve yasal doğum hakları ile ilgili süreçleri takip etme,
- Çocuklara fiziksel ve yasal korunma hakkının sağlanmasına öncülük etme,
- Çocuğun ebeveynlerinden ayrılmama hakkına sahip olduğunun bilincine varma ve çocuğun ailesi varsa ailenin birleşmesine katkı sunma,
- Çocuğun temel insani ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine yardım etme,
- Çocuğun yaşı ve gelişimsel durumlarını takip etme, bu alanda profesyonel meslek elemanları ile işbirliğinde olma ve çocuğun bakımının sağlanmasına yardım sunma,
- Çocuğun geleceği ile ilgili haklarına saygı duyma ve bunlara yapabilmesine imkan sağlama,
- Aile birliğinin korunmasını sağlama, ailelerinin ayrılma ve parçalanmalarının önüne geçmeye çalışma,
- Çocukların başka yerlere geçme durumunda tahliye işlemlerinde yardımcı olma,
- Ailenin takibinin yapılması ve yeniden birleşimi sağlamaya yönelik çalışmalar
- Acil durumlarda bakım ve destek hizmetlerini koordine etme, onlar için toplum temelli bakım hizmetlerini sağlamaya yönelik çalışmalar,
- Çocuğa uygun koruyucu aile hizmetlerinden onları yararlandırma,
- Çocuklar için yatılı bakım hizmetlerini sağlama,
- Çocuğun yaşadığı psiko-sosyal sorunların çözümüne katkı sağlama,
- Çocuklar için kalıcı düzenlemeler söz konusu ise uzun vadeli yerleştirme hizmetlerini sunma,
- Ülke içinde ya da dışında evlat edinme hizmetleri konusunda çalışmalar yapma,
- Çocuğun hakları kapsamında savunuculuk yapma ve onlara ilişkin programları koordine etme.

Yukarıda sayılan mesleki uygulamalar ve yapılan çalışmalar refakatsiz göç

eden çocuklara sunulan sosyal hizmetlerin temelini oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı için uygulama açısından genel bir çerçeve ortaya koymaktadır.

4. LİTERATÜRE BAKIŞ

Göç sürecini deneyimleyen çocuklar hakkındaki literatür incelendiğinde çalışmaların; göç süreci, çocuk işçiliği, karşılaşılan sorunlar, riskler ve çocuklara yönelik kamusal politika ve uygulamaların neler olduğu konularında yoğunlaştığı görülmektedir. Bu kapsamda ele alınan ve ortaya konulan bazı araştırmalar süreci aşağıdaki gibi ortaya koymaktadır.

Gürle (2012), yaptığı akademik çalışmada İstanbul'daki refakatsiz çocukların yaşadığı sorunlar ve onlara yönelik uygulamaları değerlendirmiştir. Refakatsiz çocukların göç eden nüfus içerisinde en incinebilir grup olduğunu bildirmektedir. Refakatsiz çocukların devlet koruması altına alınmasıyla kendilerine ilgi gösterilmeye başlandığını da eklemektedir. Refakatsiz çocukların barınma, sağlık, eğitim, bakım, korunma ve devlet korumasından çıkarılma gibi sorunlar yaşadığını ortaya koymaktadır. Devlet ve sivil toplumun konuya ilişkin çözümler getirdiğini, sürece yönelik çalışma yaptıklarını belirtmektedir.

Yılmaz (2014), Türkiye'deki uluslararası göçmen çocukların durumunu Van ili odağında değerlendirmiştir. Türkiye'de çocuk göçmenleri iki grupta incelemiştir. Birincisi, geçici sığınma statüsünde olan ve aileleriyle birlikte uydu kentlerde yaşayan çocuklardır. İkincisi de refakatsiz göç nedeniyle korunma altına alınmış olan çocuklardır. Türkiye'deki göçmen çocukların çoğunluğunu Afganistan'daki savaş durumu nedeniyle gelen çocuklar ve İran'da ekonomik durumlarının kötü olması nedeniyle Türkiye'ye gelen Afgan çocuklar olduğu sonucunu paylaşmaktadır.

Akıllı ve Dirikoç (2015), Nevşehir'deki göç sürecini deneyimleyen çocukları değerlendirmişlerdir. Zorunlu göçe maruz kalan çocukların kendi ülkesi, kültürü ve ailelerinden uzakta oldukları, ekonomik ve yoksunluk gibi sorunlar nedeniyle de zor bir dönem geçirmek zorunda kaldıklarını paylaşmaktadırlar. Bu kapsamda, kamu yönetiminin sorumlulukları olduğu ve bu sorumlulukların yerine getirilmesi yönünde öneride bulunmuşlardır.

Demir, Atasü Topçuoğlu ve Akyüz (2015) ise göçmen çocuklarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmişlerdir. Göçmen çocukların çalıştırıldığı, savaştırıldığı ve çeşitli şekillerde istismar edildiğini belirtmektedirler. Türkiye'deki çocuk ticaretinde çalıştırılma, fuhuş yaptırılma ve evlendirme amaçlı çocuk ticareti

yanıldığını ortaya koymaktadırlar. Bunun yanında bu çocukların satılma, pazarlanma, çalışmaya zorlanma ve zorla evlendirilme gibi risklere sahip oldukları da vurgulanmaktadır.

Harunoğulları (2016), Suriyeli sığınmacı çocuk işçiler ve sorunlarını Kilis ili odağında değerlendirmiştir. Araştırmada, Kilis'teki Suriyeli sığınmacı-çocuk işçilerin kalacakları yer ve sosyo-ekonomik durumları ele alınmaktadır. Bu çocukların eğitim, sağlık ve serbest zaman haklarının tehlikeye girdiği araştırma sonuçlarında yer almaktadır. Çocukların yaşadıkları sorunları ise; yoksulluk, ebeveynlerinin işsiz olması, ailenin kalabalık olması ve aileye maddi katkı sunmaları gerektiği şeklinde belirtilmektedir. Çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarla mücadele ettikleri ve bu süreci yalnız sürdürdükleri sonucuna varılmıştır.

Ihlamur-Öner (2018) "Suriyeli çocukların Eğitim Hakkı" konusunda yaptığı çalışmada, Türkiye'de koruma altında olmasına rağmen erken yaşta evlendirilen, eğitime erişemeyen, çalışmak zorunda kalan, savaşa katılmak için Suriye'ye geri dönme veya radikalleşme gibi risklerle karşı karşıya kalan çok sayıda çocuk bulunduğunu ortaya koymuştur.

Düznel ve Alış (2018), Suriyeli refakatsiz çocukların durumu ve risklerini incelemiştir. Çocuklar için göçün travmatik bir süreç olduğunu ve yüksek risk gurubu olduklarını belirlemişlerdir. Psikolojik açıdan da çocukların durumlarının zayıf olduğunu bildirmektedirler. Çocukların, haklarından bilgi sahibi olmadıkları da eklenmektedir. Kayıt altına alınan çocukların eğitim, sağlık ve sosyal hizmetlerden yararlandığı yönünde bulgulara ulaşılırken; refakatsiz çocukların gereksinimlerini odak alan geçiş yerlerinde uzmanlaşmış merkezlerin kurulması gerektiği paylaşılmaktadır.

Digidiki ve Bhabha (2018) insani krizler sırasında çocukların cinsel istismarı ve sömürüsüne ilişkin olarak yaptıkları çalışmada, göçmen çocukların transit geçiş sırasında cinsel istismara ve sömürüye karşı savunmasızlığını artıran karmaşık ve çok yönlü risk faktörlerinin altını çizmektedirler. Çalışmalarında, refakatsiz çocukları rutin olarak cinsel istismar ve sömürüye maruz bırakan bir dizi kurumsal, yasal ve bireysel faktörü ortaya koymaktadırlar. Güvenli ve yasal göç yollarının olmaması, evlerine geri dönmenin imkansızlığı ve göçmen tesislerindeki olumsuz muamale ve insanlık dışı yaşam koşullarına maruz kalma gibi gerekçeler refakatsiz çocukları cinsel sömürüye iten ana faktörler olarak belirlenmiştir.

Son olarak Silav (2022), tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise kuruluş bakımında kalan refakatsiz çocukların geleceklerinden endişe duydukları, özellikle de yasal statüleri, eğitim ve sağlık durumları ile çalışma izni konularındaki endişelerinin ön plana çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yukarıda kronolojik olarak belirtilen akademik çalışmaların tamamında refakatsiz göç sürecinin güçlükleri içinde barındırdığı ve özellikle çocuklar için olumsuzlukları olduğu paylaşılmaktadır. Bu kapsamda gelecekleri hakkında da kaygı düzeyi yüksek olan refakatsiz çocuklara ilişkin kapsamlı ve detaylı politikalara gereksinim olduğu öne çıkmaktadır.

SONUÇ

Refakatsiz göç eden çocuklar olgusunun giderek yaygınlaşması ile toplumsal bir gerçeklik olarak insan yaşamının bir parçası haline gelmeye başlamıştır. Bu süreci yaşayan çocukların travmatik bir öyküye sahip oldukları ve refakatsiz göçle birlikte travmatik etkilerin daha fazla artış gösterdiği ortaya konulmaktadır. Yapılan akademik açıklamalar, diğer çalışmalar ve literatür ışığında refakatsiz göç eden çocuklarla ilgili aşağıdaki sonuçlara yer verilmektedir:

Refakatsiz çocuklar; savaş, çatışma, açlık, kayıplar, yerinden edilme ve zorunlu göç sürecinde biyo-psiko-sosyal açıdan ciddi travmatik etkiler altında kalmaktadırlar. Bununla birlikte taciz, ekonomik ve cinsel sömürü, toplumdan dışlanma, tecavüz, cinayet, ayrımcılık, çatışma, ağır koşullarda çok düşük ücretlere uzun saatler boyunca çalışma, çocuk yaşta evlilikler gibi problemler söz konusu olmaktadır.

Göç sürecinin tamamlanması sonrasında barınma, bakım, dil, eğitim, yoksulluk, uyum, sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği ve sağlık alanlarında sorunlar yaygınlaşmaktadır. Örselenmiş, travma yaşamış, güveni zedelenmiş çocuklar olarak gerekli mesleki müdahale sürecine tabi tutulmamaları, sosyal destek mekanizmalarının sağlanmaması, temel ihtiyaçlarının karşılanmaması halinde yaşamlarının ileriki dönemlerinde biyo-psiko-sosyal iyilik hallerinin kötüye gitmesi ve topluma zararlı bireyler olmaları riski doğmaktadır.

Refakatsiz çocuklara yönelik; bireysel, grup ve toplum düzeyinde bir müdahale süreci gerçekleştirilmesi mevcut sorunların asgari düzeye indirilmesi ve olası sorunlara karşı koruyucu-önleyici bir boyutun inşası için son derece

önemli olarak görülmektedir. Bu bağlamda;

Çocukluk dönemi özellikleri, göç, travma ve uyum konularına dair bilgi düzeyi ve mesleki uygulama temeli bulunan meslek elemanlarının sayısının artırılması; özel hizmet içi eğitim programlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu alanda çalışma ihtimali bulunan meslek elemanlarının yetiştirilmesi noktasında, üniversitelerde; insani yardım, göç ve travma, mülteci hakları, kültürler arası etkileşim, uluslararası koruma ve sosyal uyum gibi konuları ele alan derslerin okutulması son derece önemlidir.

Göç konusu başlığında, ülkemizin aldığı dış göçler ışığında özellikle Arapça bilen meslek elemanlarının sayısı artırılması gerekmektedir. Refakatsiz çocukların bakım ve barınma sorununa ilişkin mevcut durumda faaliyet gösteren kuruluşların sayısı artırılmalıdır. Aynı zamanda bu kuruluşlarda tercümanların istihdam edilmesi gerekmektedir. Çocuklara hizmet veren kuruluşlarda idari, temizlik, bakım gibi hizmetler üreten personele çocuk ve göç konusunda eğitimlerin verilmesinin çocukların yüksek yararına olacağı öngörülmektedir.

Refakatsiz göçlerin önüne geçilebilmek adına uluslararası örgütler tarafından azami gayret ortaya konulmalıdır. Bu destek sadece yasalar düzeyinde kalmayıp, yasal düzenlemelerin etkili olabilmesi adına uygulamaya da en etkin biçimde yansıtılmalıdır. Yalnızca refakatsiz çocuklar açısından değil; göç, iltica ve mültecilik alanında bir bütün olarak Ulusal düzeyde daha kapsamlı ve uzun soluklu politikalar oluşturulması önem taşımaktadır. Bu politikaların hak temelli bir yaklaşımla, farklılıklara saygılı, sosyal adalet ilkesi çerçevesinde belirlenmesi ve uygulanması önemlidir.

Refakatsiz göç eden çocuklarla ilgili daha fazla veriye ve araştırmaya ihtiyaç bulunmakta, birebir veri toplama yoluyla geniş kapsamlı çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akıllı, H. ve Dirikoç, A. (2015). "Uydu Kent Nevşehir'de Göç Çocukları". *İdeal Kent*, 6 (17) s. 252-269.
- Atasü Topçuoğlu, R. (2012). *Türkiye'de Göçmen Çocukların Profili, Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Önerileri*. Ankara: Uluslararası Göç Örgütü Yayını.
- Atasü Topçuoğlu, R. (2014). "Hayatı değiştirmek için yola çıkanlar-yola çıkınca değişen

- hayatlar: Bir müracaatçı grubu olarak göçmen çocuklar”. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 25(1) s. 89-108.
- Bade, K.J. (2004). *Sozialhistorische Migrationsforschung*. Studien zur Historischen Migrationsforschung Bd. 13 (Der). Bommers M. & Oltmer J., V&R unipress GmbH Göttingen mit Universitätsverlag Osnabrück. Erişim Tarihi: 06.02.2022.
- Balcıoğlu, İ. ve Samuk F. (2002). *Göç ve Ruh Sağlığımız, Medikal ve Psikososyal Açından Göç Olgusu*. İstanbul: Alfabe Basım Yayın.
- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu-UNFPA, Erişim Adresi: <https://www.unfpa.org/migration#> Erişim Tarihi: 14.01.2022.
- Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü-UNHCR (2018). <https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri> Erişim Tarihi: 14.11.2021.
- Demir, O.Ö., Atasü Topçuoğlu, R. ve Akgül, A. (2015). *Küreselleşen Dünyada “Satılık Göçmen Çocuklar”*. Ankara: Global Politika ve Strateji Yayınları.
- Digidiki, V. ve Bhabha, J. (2018). “Sexual abuse and exploitation of unaccompanied migrant children in Greece: Identifying risk factors and gaps in services during the European migration crisis”. *Children and Youth Services Review*, 92, s. 114-121.
- Dryden-Peterson, S. (2011). “Refugee education”. *A Global Review*. Geneva: UNHCR.
- Düzel, B. ve Alış, B. (2018). “Düzensiz Göçle Gelen Mülteci Çocuklar Bağlamında Türkiye’de Refakatsiz Göçmen Çocukların Durumu ve Başlıca Risklerin Değerlendirilmesi”. *Asia Minor Studies*, 6, s. 258-274.
- Gün, Z. (2002). *Çocuk ve göç*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Gürle, N.Ş. (2012). *İstanbul’da Refakatsiz Sığınmacı ve Mülteci Çocukların Karşılaştıkları Sorunlar ve Uygulamalar*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güvenç, B. (1996). “Göç olgusu ve Türk toplumu”. *II. Ulusal Sosyoloji Kongresi: Toplum ve Göç, Mersin: Sosyoloji Derneği Yayınları*, 21.
- Hart, R. (2009). “Child refugees, trauma and education: interactionist considerations on social and emotional needs and development”. *Educational Psychology in Practice*, 25(4) s. 351-368.
- Harunoğulları, M. (2016). “Suriyeli Sığınmacı Çocuk İşçiler ve Sorunları”. *Göç Dergisi*, 3 (1) s. 29-63.
- Hürriyet İnternet Gazetesi, Erişim Adresi: <https://www.hurriyet.com.tr/dunya/kivilci-mi-duvar-yazisi-tetiklemisti-26010729> Erişim Tarihi: 10.02.2022.
- HYD Yurttaşlık Derneği, Erişim Adresi: <https://hyd.org.tr/tr/> Erişim Tarihi: 15.12.2020.
- ICRC ve IRC, (2014). *Refakatsiz ve Ailesinden Ayrı Düşmüş Çocuklara İlişkin Kurumlararası Rehber İlkeler*. Uluslararası Kızılhaç Komitesi Merkezi Takip Kurumu ve Koruma Birimi, İsviçre.
- Ihlamur-Öner, S.G. (2018). *Suriyeli Çocukların Eğitim Hakkı ve Eğitime Erişimi*. B. Kartal & U.Manço (Der.) *Beklenmeyen Misafirler: Suriyeli Sığınmacılar Penceresinden Türkiye Toplumunun Geleceği* (1.Baskı) içinde. (ss. 221-251). London:

Transnational Press.

Karataş, M. ve Barut, B. (2021). “Sosyal Hizmet Perspektifinden Göç ve Savunmasız Gruplar: IOM Raporları Üzerine Bir Araştırma”. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1) s. 86-109.

Kartal, B. (2018). *Türkiye’ye Yönelik Suriyeli Göçünün Çok Yönlü Doğasına Giriş*. B. Kartal & U.Manço (Der.) *Beklenmeyen Misafirler: Suriyeli Sığınmacılar Penceresinden Türkiye Toplumunun Geleceği* (1.Baskı) içinde. (ss. 1-18). London: Transnational Press.

Kızılçelik, S. (1996). “Mersin’e göç etmiş insanların sağlık koşulları üzerine bir çalışma”. *Ulusal Sosyoloji Kongresi*, 20-22.

Marshall, G. (2005). *Sosyoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

Migration Data Portal (2020). Erişim Adresi: <https://migrationdataportal.org/themes/human-trafficking> Erişim Tarihi: 08.02.2022.

Mum, N. (2011). *Çocuk ve genç tutuklularda psikolojik travma deneyimlerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.

Sargın, N. ve Akdan, M. F. (2016). Sonsuz acı: Psikolojik travma. İçinde, N. Sargın, S. Avşaroğlu & A. Ünal(Ed.), *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar*, (ss.5-16), Konya: Çizgi Kitabevi.

Silav, Ö. (2022). *Refakatsiz Çocukların İyilik Hallerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Sirkeci, İ (2017). “Turkey’s Refugees, Syrians and Refugees from Turkey: a Country of Insecurity”. *Migration Letters*, 14 (1) s. 127-144.

Steel Z., Silove D., Chey T., Bauman A. ve Phan T. (2004). “Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population”. *Acta Psychiatr Scand*. 111, s. 300-309.

Tazefidan, K.(2020), “Geçici Koruma Altındaki Sığınmacıların Sosyo-Kültürel Durumunun Değerlendirilmesi: Şanlıurfa Örneği” *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (KÜSBD)*, s. 505-518.

Tazefidan, K.(2021), “Sosyolojik Açından Güvenlik Kavramını Yeniden Okumak: Küreselleşme, Göç, Covid-19 ve Farklılaşan Güvenlik Algısı” *Şehir ve İrfan Araştırmaları Dergisi, Harran Üniversitesi*, 6, s. 73-98.

Türkiye İstatistik Kurumu, Uluslararası Göç İstatistikleri, Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Uluslararası-Goc-Istatistikleri-2019-33709> Erişim Tarihi: 06.02.2022.

Uluslararası Çalışma Örgütü-ILO, (2020). *Covid-19 And Child Labour: A Time Of Crisis, A Time To Act*. Erişim Adresi: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ipecc/documents/publication/wcms_747421.pdf Erişim Tarihi:26.01.2021.

UNHCR (2020). *Coming Together For Refugee Education*. Education Report 2020. Erişim Adresi: <https://www.unhcr.org/publications/education/5f4f9a2b4/co->

ming-together-refugee-education-education-report-2020.html Erişim Tarihi: 15.01.2022.

UNCHR, Erişim Adresi: <https://www.unhcr.org/tr/?s=refakatsiz%20%çocuk> Erişim Tarihi: 05.02.2022.

UNICEF 2019 Yıllık Faaliyet Raporu, Erişim Adresi: <https://www.unicef.org/turkey/media/10451/file/UNICEF%202019%20Y%C4%B1ll%C4%B1k%20Faaliyet%20Raporu.pdf> Erişim Tarihi: 04.02.2022.

Warfa N., Bhui T., Craig T., Curtis S., Mohamud S., Stansfeld S. (2005). et al. “Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: A qualitative study”. *Health Place*. 12, s. 503-515.

Volkan, V.D. (2017). *Göçmenler ve Mülteciler: Travma, Sürekli Yas, Önyargı ve Sınır Psikolojisi*. Ankara. Pusula Yayınevi.

Yakmaz, E. (2014). *Statü Belirleme Sürecinde Türkiye’de Bulunan Refakatsiz Sığınmacı Çocukların Durumu Raporu*. Uluslararası Ortadoğu Barış Araştırma Merkezi.

Yılmaz, A. (2014). “The State of International Migrant Children in Turkey: The Case of Van”. *Mediterranean Journal of Humanities*, 2, 349-372.

5. Bölüm

HASTANE AFET PLANI (HAP)'NİN HAZIRLANMASI VE HASTANE AFET YÖNETİM SİSTEMİ KURULUMU¹

Dr. Volkan ÇEVİK²

Doç. Dr. Teoman AKPINAR³

Giriş:

Afetler yapılan iş ve işlemlerin süreçlerin ve insanların yanlışlarını hatalarını çıkarmakta oldukça başarılı olan olaylardır. Bu grubu hastaneleri de dahil etmek gerekir. Hastanelerde meydana gelen deprem, sel, biyolojik afetler, hastanenin çökmesi, yangın gibi örnekler ve pandemi içinde yaşanan etkenler afet ve acil durum yönetimi konusunda planlamalar yapılmasını gerekli kılmaktadır. Afet yönetimi, süreçlerin doğru işleyişine dayanan ve afetlerle baş etmek için kullanılan sistemlerin bütünü olarak ifade edilebilir. Afetlerin önemli ölçüde can kayıpları ve yaralanmalara yol açmaması için önceden riskleri en aza indirecek şekilde önlem alınması ve afet yönetim sistemini hastanelerde de etkin hale getirilmesi gerekmektedir. Afetler çok çeşitli türlerde olup insan kaynaklı afetler, doğal afetler yanında pandemi gibi son yıllarda yaşadığımız önemli afetler ve patojenlerin kazara serbest bırakılması ya da kasıtlı olarak yayılması gibi şekillerde kendini göstermekte, toplumu büyük oranda etkilemekte ve toplumsal sonuçları çok ağır olabilmektedir. Hastane afet yönetiminin kurulması ve kriz

-
- 1 Bu çalışma Dr. Volkan Çevik'in, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yapmış olduğu, " Acil Durum ve Afet Yönetimi Temel Kavramlar ve Ülkemizdeki Durumu İle Hastane Afet Planı (HAP) Hazırlanmasının Önemi ve Dikkat Edilecek Hususlar" isimli Tezsiz Yüksek Lisans Projesi'nden türetilmiştir.
 - 2 Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi, Başhekim Yardımcısı, volkancevik@windowslive.com, ORCID:0000-0001-6544-3054
 - 3 Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Çorlu MYO, takpinar@nku.edu.tr, ORCID: 0000-0002-2205-1584

anlarında acilen kullanılabilir hale getirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada afet yönetimi kavramı ele alınarak hastanelerde afet yönetimi için gerekli tedbirleri nasıl alınacağı ve afet planlarının nasıl yapılacağı açıklanmaya çalışılmıştır.

1. Afet Kavramı Ve Afet Yönetiminin Kapsamı

1.1. Afet Kavramı

Afet kelimesi dilimize Arapçadan girmiştir. Yıkım anlamı taşıdığı kadar güzellik ifadesi olarak kullanılan enteresan bir kelimedir. Bunun yanında doğa olaylarını da anlatabilen bu kelimenin yanlış olarak kullanılmasına da çok sık rastlanmaktadır. Örnek vermek gerekirse; mal ve can kaybına sebep olan olaylarda, hemen afet olarak toplumsal algı oluşmaktadır. Başka bir deyişle, afet; toplumun normal yaşam düzenini bozan, büyük miktarlarda can ve mal kaybına neden olan, müdahale ve uyum kapasitesini aşan ve dışarıdan yardım gerektirebilecek olaylardır (Yüksel, 2010:7).

“Afet, insanlığın sosyo-kültürel sosyoekonomik etkinliklerini sekteye uğratmasıyla ciddi mal ve can kayıpları yaşanmasına neden olan, onarım için uzun zaman gereken oldukça büyük yıkım ve hatta daha da kötüsü yok oluşlara sebep olabilen ve genellikle hızlı gelişen olaylardır (Koç vd., 2005).” Bu konuda şu örneği verebiliriz: Deprem bilinenin aksine bir doğal afetten ziyade bir doğa olayıdır. Yağmur sonrası sel olduğunda, bunun neticesinde can ve mal kayıpları meydana geldiğinde bu bir afet değildir. Depremden can ve mal konusundaki kaybın oluşması da afet olarak tanımlanamaz. Bir şehirde elektriğin bir gün boyunca kesilmesi sonucunda kentte yaşamın alışlagelmişin dışında bir şekilde sekteye uğraması ise afet olarak tanımlanabilir. Afet kavramı açıklamak için başka bir örnek verecek olursak. Kış mevsiminde kar kalınlığının ölçümünde bir metreyi aşan Kars ilimizde bu kadar fazla bir şekilde kar yağmasına rağmen yaşam zorda olsa bir şekilde devam etmekte ve kendi imkânlarını kullanmaya çalışarak bu doğa olayı ile başa çıkabilmektedir. Buna ters olan bir durum da ise İstanbul’da meydana gelen 3 - 5 cm’lik kar kalınlığının tüm kentte birkaç gün süre ile yaşamı olumsuz etkilemesidir. İstanbul kenti kendi olanakları ile bu olayla başa çıkmakta yetersiz kalmaktadır. Bir afet haline gelmektedir. Olanakların yetersiz kalıp aşıldığı durumlar “afet” olarak adlandırılır.

Kavram olarak, Türk Dil Kurumu kaynakları incelendiğinde ‘Afet’; sebebinin çeşitli doğa olaylarını olduğu yıkım olarak tanımlanır. Bir olayın afet

olarak değerlendirilebilmesi için “Maddi bir değer üzerinde yadımlama veya harabiyet” ve “belli bir sayının üzerinde ölüm ve yaralanma” olması gerektiği noktasında genel kabul edilmiş bir olgudur. Maddi bir değer üzerinde ile kast edilen nedir? Sorusu karşımıza çıkmaktadır. Bu maddi değer ne kadardır?, kaçtır?. Bunlara ek olarak ne kadar bir ölümden bahsedilebilir? Bu açıdan afet değerlendirilebilmesi için kavramların altı çizili şekilde tanımlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Çoğunlukla kavram kargaşası yaşanan olgunun başkaca kavramların yerine kullanıldığı ve literatür birliğinin olmadığı dikkat çekmektedir (Ertürkmen, 2006:139).

Afet; Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının 2014 Kasım ayı içerisinde paylaşmış olduğu ‘Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri’ isimli yayında afet: “Toplumun Tümünü veya belli bir kısımları için fiziki olarak, ekonomik olarak ve sosyal kayıplara sebep olan, rutin hayatı ve insan aktivitelerini durduran veya kesintiye uğramasına sebep olan, etki altındaki toplumun baş etme potansiyelinin yetmediği doğayla ilgili, teknolojiyle ilgili veya insan kaynaklı olay” olarak tanımlanmıştır.

18. Aralık. 2013 Tarihli ve 28855 No’lu Resmi Gazete’de yayınlanan Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliğinin 4 üncü Maddesi “ç” Bendinde benzer bir tanımla: “Afet: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insani faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğal, teknolojik veya insan sebebiyle olaylar” şeklinde ifade edilmektedir.

Afet için kullanılacak ve kapsayıcılığı anlamında genel bir tanım yapılacak olursa “ İnsan kayıpları ve yaşadıkları çevreyi maddi ve fiziki kayıplara uğratan, alışlagelmiş yaşamı ve insan aktivitelerini tamamen veya kısmen etkileyen doğal, teknolojik veya insan kaynaklı vakalara ” afet denilmektedir. Afet ile ilgili yapılan açıklamalardan çıkan sonuçlar şu şekildedir:

- Afet bir olayın sonucudur,
- Afet ani bir şekilde ortaya çıkan bir olaydır,
- Afet olmayan zamanlarda umursanmayan olağan akışında yürüyormuş izlenimi verilen hizmetler ile lojistik anlamda farkında olunamayan maddesel oluşumlar afet meydana geldiğinde en önemli konular halinde karşımıza çıkar,
- Afetler sadece doğal kaynaklı olmayıp, teknolojik ve insan kaynaklı da olabilmektedir (Altun, 2018:2; Erkal ve Değerliyurt, 2009:149-150).

1.2. Afet Yönetimi

17.Ağustos.1999 Tarihinde meydana gelen “Kocaeli Gölcük Depremi” Türkiye’de afet yönetimi açısından dönüm noktasıdır. Büyük çaplı hasarın yanında birçok can kaybının yaşandığı doğal bir yıkım olduğu kadar insan kaynaklı olarak uygun yapıların olmayışı gerek maddi gerek manevi bir çok kayba neden olmuştur. Gerek bölgesel imkânların gerek ülke imkânların (arama kurtarma ekipleri vb.) yetersiz kaldığı geniş çaplı hasara neden olan bu deprem, Türkiye için acı bir tecrübe olmuştur. Bu acı tecrübe, afet yönetimi konusunun ciddi bir şekilde ele alınması noktasında adeta milat olmuştur. Kurumların birbiriyle uyum ve koordinasyon içinde çalışması gerektiği, yetki ve sorumluluğun çok sesli değil de tek elde toplandığı bir oluşuma ihtiyaç olduğunun bir gerçek olarak karşımızda durduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, afetlerle ilgili olarak görev yapan İçişleri Bakanlığı’na bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü, Bayındırlık ve İskân Bakanlığı’na bağlı Afet İşleri Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık’a bağlı Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü kapatılarak, 2009 yılında çıkarılan 5902 Sayılı Yasa ile Başbakanlık’a bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kurularak yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmıştır. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile ilgili yapılan düzenlemeler kapsamında, 15 Temmuz 2018 tarihinde yayınlanan 4 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı İçişleri Bakanlığına bağlanmıştır. AFAD oluşumunun ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile gündemimize giren ‘TEHLİKE’ ‘RİSK’ ‘RİSK ANALİZİ’ gibi kavramlarla birlikte; Türkiye’de yeni bir afet yönetim modeli uygulamaya başlanmış ve yapılan bu düzenlemeler ile “Kriz Yönetiminin” yerine “Risk Yönetiminden” bahsedilmeye başlanmıştır (AFAD, 2022; Gülner, 2016: 36; Aktel, 2010:6; Bilici, 2019: 27,32; Bulat, 2014:17).

“Bütüncül bir halde Afet Yönetimi Sistemi” olarak adlandırılan ve günümüzde de geçerli olan bu model; afetin neden olduğu zararların önlenmesi ve en aza indirilmesi için tehlike ve risk koşullarının önceden tespit edilerek, afet meydana gelmeden önce önlem almayı, meydana gelebilecek zararları önleme veya en aza indirme özelliğine sahip olmasıyla; etkin mücadele, müdahale durumunun ve koordinasyonun sağlanmasıyla ve afet oluşunda ve sonrasında iyi hale getirme ve önleme çalışmalarının bir bütün olarak yürütülmesini hedeflemektedir.

Afet Yönetimi kavramını kısaca tanımlayacak olursak; “Afetlerin meydana gelmeden önce önlemesi, zararın en aza indirgenebilmesi amacıyla, afete hazırlıklı olma süreçleri içerisinde, zarar azaltma, hazırlıklı olma, olaya müdahale ve iyileştirme evrelerinde, yapılması gereken faaliyetlerin ivedilikle planlanması ve uygulanabilmesi için, etkilenecek toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla ve kaynaklarının, afetin etkisini en aza indirmek amacı noktasında kullanılmasını gerektiren çok kapsamlı bir yönetim şeklidir” denilebilir. ‘Afet yönetimi’ tanımı genellikle ‘afet’ kavramı ile karıştırılmaktadır, bu nedenle bu kavramların kullanılmasına dikkat edilmelidir. Yerel yöneticilerin ve idari amirlerin tanımlar üzerindeki hassasiyeti, oluşabilecek bir afet karşısında ortak dilin kullanılması ve anlaşılabilmesi açısından ciddi bir önem arz etmekte ve topluma karşı sorumluluğun gerekliliklerinin uygulanması noktasında oldukça önemli bir ölçüdür (Ergünay, 1996).

Belirtmek gerekir ki, Afet yönetimi, afet olayının çeşitli aşamalarında çeşitli kaynak türleri gerektirir. Hiç bir topluluk, her tür afet için tüm kaynaklara sahip olamaz. Devlet, özel sektör, sivil toplum kesimini içeren kaynak envanterleri, gönüllü kuruluşlar ve genel halk büyük önem taşımaktadır (HDM, 2018:8).

Yukarıda belirtildiği üzere, 2009 yılında kurulan Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile tek bir çatı altında toplanan afet yönetimi günümüzde, yurdun her köşesinde afet planlarını kontrol eden bir mekanizma oluşumu sağlayarak, sorunların anında tespit edebilen, çözümleri uygulamaya koyabilen modern bir afet yönetimi organizasyonu ve örgütlenmesi haline gelmiştir (Bulat 2014: 60, 67, 148).

2. Afet Yönetimi Safhaları

Uygun şekilde uygulandığında, afet yönetimi döngüsü bir felaket olayının etkisini azaltabilir. Ayrıca, tam ve hızlandırılmış bir iyileşme için gereken politikaları ve acil durum müdahalelerini de içerebilir. Döngü aşağıdaki beş aşamadan oluşur;

2.1. Oluşmadan Önleme

Bir felaketi ele almanın en iyi yolu potansiyel tehlikeleri belirlemek ve etkilerini azaltmak için önlemler tasarlamak olup buna proaktif yaklaşım adı verilir. Döngüdeki bu aşama, afet riskini en aza indirmeye yardımcı olabilecek kalıcı önlemlerin alınmasını içerirse de, afetlerin her zaman önlenemeyeceğinin kabul

edilmesi önemlidir.

Önleme, aşağıdaki gibi senaryoları içerir:

- Bir okulda bir tahliye planı uygulamak, örneğin öğretmenlere bir hortum/fırtına veya yangın durumunda öğrencileri nasıl güvenli bir yere götüreceklerini göstermek
- Bir şehri sel riskini en aza indirecek şekilde planlamak ve tasarlamak, örneğin taşkın yaratabilecek suyu kalabalık alanlardan uzaklaştırmak için kilitler, barajlar veya kanallar kullanmak.

2.2. Zarar Azaltma

Zarar azaltma, bir afetten kaynaklanacak insan yaşamının kaybını en aza indirmeyi amaçlar. Hem yapısal hem de yapısal olmayan önlemler alınabilir. Yapısal bir önlem, bir afetin etkilerini azaltmak için bir binanın veya çevrenin fiziksel özelliklerinin değiştirilmesi anlamına gelir. Örneğin, ağaçları bir evden uzaklaştırmak, tehlikeli fırtınaların ağaçları devirmemesini ve onları evlere ve kamu binalarına çarpmasını sağlayabilir. Aşağıdaki bölümlerde bahsettiğimiz “yapısal olmayan önlemler”, gelecekteki tüm bina inşaatları için güvenliği optimize etmek için bina yönetmeliklerinin kabul edilmesini veya değiştirilmesini içerir.

Özellikle, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık altyapıları, başka bir deyişle hastane binaları doğal afetlerden zarar görmekte ve sonuç olarak, sağlık hizmeti sunumu önemli ölçüde tehlikeye girebilmektedir (Mojtahedi vd., 2021: 1).

2.3. Hazırlık Aşaması

Bu aşama; arama - kurtarma faaliyetinin geliştirilmesi ve hazır tutulması için gerekenlerin yapıldığı, afet sonrasında acil sağlık, barınma ve tüketim konularındaki gereksinimler için stok oluşturma ve dağıtım hizmetlerinin yapılmasına ilişkin ilkelerin belirlendiği ve insan canı ve malı ile milli servetleri afetlerin yıkıcı etkilerinden koruyacak faaliyetlerin yürütüldüğü aşamadır (Gökçe ve Tetik, 2012:30). Hazırlıklı olma, bireylerin, toplulukların, işletmelerin ve kuruluşların bir afet durumunda ne yapacaklarını planlayıp eğitebilecekleri, devam eden bir süreçtir. Hazırlık, sürekli eğitim, değerlendirme ve düzeltici eylemlerle tanımlanır ve en üst düzeyde hazır olma sağlanır. Yangın tatbikatları ve tahliye provalarının tümü, hazırlık aşamasının iyi örnekleridir (Ergünay, 1996: 7). Yan-

gün konusunun önemi hakkında bir örnek vermek gerekirse; Almanya’da yapılan bir şirket araştırmasında 1998-2001 yıllarında hastanelerde ve bakım evlerinde çıkan yangınlar analiz edilmiş ve ortalama olarak bazı hastanelerde 18 günde bir ve bakım evlerinde ise 8 günde bir çeşitli sebeplerden yangın çıktığı tespit edilmiştir (Pfenninger & Güzelel, 2017: 436).

2.4. Yeniden İnşa

Müdahale, afet meydana geldikten sonra yapılanlardır. Hem kısa hem de uzun vadeli tepkileri içerir. İdeal olarak, afet yönetimi lideri, kişisel ve çevresel güvenliğin yeniden sağlanmasına yardımcı olmak ve ayrıca herhangi bir ek maddi hasar riskini en aza indirmek için kaynakların (personel, malzeme ve donanım dahil) kullanımını koordine edecektir. Müdahale aşamasında, devam eden tehlikeler alandan uzaklaştırılır; örneğin, bir orman yangını sonrasında, devam eden yangınlar söndürülecek ve yangınlık riski yüksek olan alanlar stabilize edilecektir (Ergünay, 1996: 9).

2.5. Kurtarma ve İlk Yardım

Felaket yönetimi döngüsünün beşinci aşaması kurtarmadır. Bu uzun zaman alabilir, bazen yıllar veya on yıllar alabilir. Örneğin, New Orleans’taki bazı bölgeler 2005’teki Katrina Kasırgası’ndan henüz tam olarak kurtulamamıştır. Bu, bölgenin istikrara kavuşturulmasını ve tüm temel toplumsal işlevlerin geri yüklenmesini içermektedir. Bu bağlamda; iyileşme, önceliklendirme gerektirir: İlk olarak, gıda, temiz su, kamu hizmetleri, ulaşım ve sağlık hizmetleri gibi temel hizmetler, daha sonra daha az temel hizmetlere öncelik verilerek restore edilmesi ile olabilmektedir. Nihayetinde bu aşama, afetin etkisine bağlı olarak bireylerin, toplulukların, işletmelerin ve kuruluşların normale dönmesine veya “yeni normale” dönmesine yardımcı olmakla ilgilidir.

Belirtmek gerekir ki, afet risklerinin ve zararlarının azaltılmasına yönelik politikaların belirlenmesi, kurumsal yapının oluşturulması, program ve projelerin hazırlanmasında kuşkusuz temel sorumluluk hükümetlere aittir. Ancak, afet riski ve zarar azaltma faaliyetlerinin başarısı, tüm toplumun katılımına bağlıdır. Bu nedenle hükümetler, kamu kurumları, yerel yönetimler, özel sektör, bilim çevreleri ve gönüllüler gibi ilgili tüm kesimleri içine alan etkili bir yönetim modeli oluşturmalıdır (Coşkun ve Karabeyli, 2012: 104).

3. Hap (Hastane Afet Planı) Hazırlanması

Hastane afet planının hedefi, mortalite morbiditeyi en aza indirmek için hızlı ve etkili tıbbi bakım hizmetlerini en üst düzeye çıkarmaktır. Bu amaçla oluşturulan afet planları, kolay hatırlanabilir veya öngörülebilir bir komut yapısına sahip olmalı ve bu komuta yapısında yer alan görevli kişilerin yetki ve sorumlulukları açıkça belirtilmelidir (Hakoğlu, 2013: 12-13).

Hastaneler sağlık altyapısında kritik bir rol oynayan kuruluşlardır. Hastanelerin birincil sorumluluğu 7/24 acil sağlık ve bakım hizmeti sağlamaktır ve bu nedenle halk, onu yaşam için hayati bir kaynak ve ilk başvurulacak yer olarak algılar. Hem fiziksel hem de psikolojik bakım için tanı, tedavi ve takip hizmeti sunulur. Hastaneler vatandaşların birincil hizmet alacakları merkez konumdadır. Dolayısıyla, bir afet oluşumunda insanların ilk koşacakları yerler hastaneler ve acil servislerdir. Bir hastane veya sağlık kuruluşu, büyük bir olay sonrası topluma hizmet sağlamak zorunda olduğu bir durum ile karşı karşıya kalırsa, sınırlı sürede, normal kapasitesini kat kat aşan hasta sayısı, söz konusu hastane için baş etmek zorunda olduğu bir felakettir. Başka bir deyişle hastanelerin kaynakları (altyapı, yetişmiş insan gücü ve organizasyon) normal kapasitesinin ötesine geçmek ve olayı kontrol etmek için ek beklenmedik durumlara karşı önlem almayı gerekli kılmaktadır. Bu sebeple hastanelerin bir afet planına ihtiyaçları vardır. Bu plan, olağan dışındaki durumlar için organizasyonun nasıl, kimler tarafından ve ne zaman işler hale geleceği gibi çeşitli sorulara cevap verebilir nitelikte olmalıdır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı Uygulama Yönetmeliği 2015 yılında yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. “Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu hazırlanarak tüm ülkede aynı dilin konuşulması için önemli bir adım atılmıştır. 2012 Tarihli ve 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında hazırlanmış olan İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Hizmetleri Yönetmeliği ve İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, işyerleri için afete hazırlık anlamında önemli olsa da hastanelerin durumu, yönetmeliklerin kapsamını aşan daha karmaşık çözümler içermektedir.

Anılan Yönetmeliklere ilave olarak hastaneleri diğer birçok iş yerlerinden ayıran önemli özellikler şunlardır:

- Hastaneleri kullananların tek tip değil de birbirinden farklı insanlar olması: Hastanelerde bilindiği üzere yatarak tedavisi olan hastalar olduğu gibi polikliniklerde ayaktan tedavisi olan hastalarda bulunmaktadır. Has-

talardan ziyade personel, hasta yakınları vb. bulunmaktadır.

- Karmaşık yapıya sahiptir: Hastanelerin içerisinde bulunan çeşitli bölümler farklı birer iş yeri özelliği taşımaktadır örneğin, ofis, laboratuvar, eczane, ameliyathane, depo gibi.
- Hastanelerin amacına uygun kullanılması: Hastaneler 7/24 hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır. Yoğun bakımda tedavi gören hastalar, gebeler ve çocuklar vb. de yararlanmaktadır. Kullanılan gereçler ve malzemeler düşünüldüğünde hastaneler yoğun ve ağır bir yük taşımaktadır.
- Hayati öneme sahip hastane alt yapı hizmetleri: Özellikle su ve aynı zamanda enerji kaynakları yeterli olmayan hastaneler işlevsiz kalacaktır.
- Kimyasal Biyolojik ve Radyoaktif sayılabilecek Tehlikeli maddeler: Hastane dahilinde, çeşitli kimyasallar, gazlar ve maddelerden kaynaklanabilecek ikincil olaylara maruz kalılabilmektedir.
- Dışsal etkenler: Afet durumlarında yollarda oluşabilecek hasar, yıkım gibi veya insan yoğunluğundan kaynaklı hastaneye ulaşım problemi ortaya çıkabilir. Etkiler dikkatlice incelendiğinde, hastanelerin ayrıca kendilerine özgü afet planlarını hazırlama gerekliliği ortaya çıkmıştır (ÇOMÜ – HAP, 2020: 114-115; ŞİŞLİ ETFAL – HAP, 2019: 19,60-61).

3.1. HAP'ın Amacı

HAP'ın amacı, hastanelerin yapısal olarak zarar görmesini azaltarak personel ve hastaların can güvenliğinin yanı sıra gelen ziyaretçi ve refakatçilerin can güvenliğini koruyarak, hizmetlerin devamı için gerekli ekipman ve teçhizatın kullanılabilirliğini sürdürmektir.

Afete hazır olma döneminde ise:

- Afet durumunda 72 saat boyunca herhangi bir desteğe ihtiyaç duymadan hizmeti sürdürebilmek,

- Afetlerde süreci yönetmek üzere komuta kontrol mekanizmasının açık anlaşılır şekilde işleyişi ve kuralları belirlemek,

-Afet öncesinde afete hazırlık çalışmaları çerçevesinde hazırlanan planlar doğrultusunda protokolü gerçekleştirilmiş veya ihtiyaç duyulan diğer kurum ve kuruluşlarının görev ve sorumluluğunu tanımlamak,

- Afete hazır olmak için personel eğitimlerinin ve personelin aktif katılacağı

tatbikatların yapılması ve farkındalık düzeyinin artırılmasıdır.

Afet anında yapılması gerekenler:

- Rutin gerekli hizmetlerin aksamadan yapılması, önemli olan hizmetlerin kesintisiz bir şekilde sürdürülmesini sağlamak,
- Uygun ve etkili müdahaleyi hızlı bir şekilde gerçekleştirmek,
- Kapasitenin artırılması için gerekli hazırlıkların yapılmasını sağlamak,
- Etkin bir kaynak kullanımını planlamak gerekmektedir.

3.2. Toplum HAP Konusunda Bilgilendirmenin Önemi

HAP olarak kısalttığımız Hastane Afet Planı (HAP)'nin varlığı ile ilgili toplum ve çalışanlara plan kapsamında görev ve sorumlulukları hakkında bilgi verilmelidir. Planın sağlıklı bir şekilde işlemesi ve geliştirilmesi açısından bu bilgilendirme büyük bir önem taşımaktadır. Örnekle açıklayacak olursak olası bir tahliye durumunda hastaların bakımlarının devam edebileceği alternatif alanlar belirlenerek bu alanların herkesçe biliniyor olması kargaşa ve karşı mukavemeti engelleyebileceği gibi sürecin hızlı bir şekilde gerçekleşmesi için beklenmedik yardımcı ve itici bir güç haline gelebilir. Ancak, toplumla paylaşılmaması gereken bilgilerinde plan içerisinde kaydının nasıl yapılacağı silsile ile nasıl aktarılacağı ve toplumsal infiale neden olmayacak şekilde nasıl duyurulacağı belirtilmelidir. Bu açıdan haberleşme kanallarının nasıl ve hangi şekilde yürütülmesi gerektiği büyük bir öneme sahiptir. Plan hakkında bilgilerin verileceği tarih ve mevsimler duyarlılığın yüksekte olduğu dönemlerde yapılmalıdır.

3.3. HAP Tatbikatların Yapılış Biçimi

Plan basit kolayca üstesinden gelebilecek sorunların çözümü ile başlayıp yıllar içerisinde daha karmaşık sorunların çözümü şeklinde devam eden yılda en az bir masa başı ve bir uygulama olacak şekilde yapılarak tatbikatlar gerek yazılı gerek resimler ve videolar ile kayıt altına alınmalı ve her defasında farklı senaryolar işlenmelidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:31).

3.4. Mevcut Olan Durum Analizi

Hastanenin hali hazırda mevcut durumunun iyi bilinmesi olağan dışı bir durumda kapasitesini ne kadar arttırabileceğinin kestirilmesi, olacak olan bir afet

karşısında karar vericilerin süreci planlama ve yönetmesi hakkında en önemli veri havuzudur. Bu kapsamda aşağıdaki hususlar dikkatlice irdelenmelidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:32).

• **Fiziki özellikleri:** Bina olarak hastanenin fiziki özelliklerinin biliniyor olması; hastaların gelecek olan veya tahliye olacak hasta sayısı üzerinden nasıl bir trafik yaşanacağı, bir kargaşa ortamının nasıl yaşanmayacağı, hangi ulaşım kanallarının ve nasıl ve ne şekilde kullanılacağı belirlenmesinde önemli rol oynar. Örnek verecek olursak, tahliyenin ve hasta naklinin bina dışına mı yoksa bina içerisinde başka bir blok ve servise yatay veya dikey tahliyemi yapılacağı, hastaların ambulansla mı yoksa helikopter ile mi tahliye edilmesi gerektiği (yol ve helikopter pistinin durumu), yine bina içerisinde asansörlerin ve yangın merdivenlerinin durumu ve sayısının bilinmesi çok önemlidir. Sıralamaya çalıştığımız şekilde, binanın fiziki özelliklerinin ayrıntılı bir şekilde bilinmesi gerekir (Yılmaz vd., 2016: 250; HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:32).

• **Hastanenin hizmet verdiği alanlar:**

Hastaneler, 24 saat boyunca hizmet verdiklerinden nöbetçi bir memur (idari şef), nöbetçi ve icapçı hekimlerin olduğu, kesintisiz hizmet için gün içerisinde bulunan personelin yedekleri bulunan, gece ve hafta sonları olarak nöbet listeleri ile belirlenmiş işleyen bir sürece sahiptir. Plan dahilinde görev alacak olan unvanların ve bu unvanlara denk gelen personelin yedekleri ile beraber planda yer alması iletişim bilgilerinin bulunması iletişim kurulamayacak olması halinde görevlendirilmenin nasıl olacağı plandan ayrıntılı bir şekilde belirtilmelidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 74,77).

Bir diğer konu ise;

• **Günlük ortalama vaka sayıları ve personel durumu:** Hastaneye günlük yapılan poliklinik başvuru sayısı ile acil servis günlük başvuru sayısı ve bu başvurulara cevap verebilen uzman hekim pratisyen hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli sayılarının biliniyor olması planın sağlıklı bir şekilde düzenlenmesi için önemlidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 33).

• **Hastanenin ekipman ve sarf kaynakları:** Hastanenin oksijen depolama kapasitesi başta olmak üzere hayati önemdeki destek sistemlerinin; jeneratör kapasitesi ve tam kullanımda ne kadar süre ile idare edebileceği yine buna ek olarak UPS (Uninterruptible Power Supply) güç sistemlerinin tam yükte ne kadar idare edebileceği, yangın sistemlerinin hangilerinin olduğu ve faal olup

olmadığı, yangın tüplerinin yerleri ve sayıları gibi destek ünitelerinin yanı sıra klinik destek üniteleri olarak ayrabileceğimiz; BT, MR, ultrasonografi, ventilatör cihazı, hemodiyaliz ünite sayıları olası bir afet sonucu kapasitenin üstüne çıkılması gerektiğinde hayati önem taşıyan sistemlerdir. Yine zamanın en verimli şekilde kullanılmasını ve olası iş kazaları ile hataların önüne geçmek için önemli olabilecek tekerlekli sandalye, sedye vb. yardımcı gereçlerin sayısının bilinmesi ve planda yer alması önemlidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:33). Ayrıca, ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeleri hastanelerin önemli maddi kaynaklarını oluşturmaktadır. Kullanıldığında tamamen tükenen, şeklini değiştiren, kalitesini yitiren veya başka bir malzemeye katılarak bir bütün olarak kullanılan malzemeler sarf malzemelerdir. Örneğin, kırtasiye, temizlik malzemeleri ve ilaçlar gibi (Yıldırım, 2015: 9,23).

• **Paydaşlar ile Protokoller:** Hastanenin kapasitesinin zorlanacağı afet durumlarında bir takım lojistik sorunların oluşmaması için ilgili kurum ve kuruluşlarla yapılacak olan protokollerin HAP içerisinde yer alması, temin edilecek ihtiyaçların bir an önce yerine konması için yol göstericidir. Örneğin, jeneratör yakıtı, içme ve kullanım suyu, oksijen takviyesi, yiyecek takviyesi, tıbbi sarf malzeme ve ilaç gibi lojistik olarak yetersizliğini ortadan kaldıracak protokollere ek olarak, yakın çevrede bulunan ek yatak kapasitesini veya tahliye anında kullanılacak uygun kamu ve özel binalar ile ilgili protokoller de planda yer almalıdır (Karatop, 2015: 88,123).

3.5. Hastanelerde Risk Analizi

Türkiye'de 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile birlikte günlük hayatımızda çok sık kullanmaya başladığımız risk analizi, ülke içerisinde faaliyet gösteren iş yerlerinin 'az tehlikeli' olan, 'tehlikeli' olan ve 'çok tehlikeli' olan şeklinde sınıflanması gerektiği görüşündedir. Hastaneler bu sınıflamaya göre çok tehlikeli olan sınıfta yer alan işletmelerdir. Diğer işletmelerden çok daha farklı multifonksiyonel iş dallarını ve risklerini içinde barındırdığı gibi, ek olarak, tahmini zorlaştıran çok çeşitlilik gösteren insanların içerisinde ve hareket halinde oluşu risk analizinin yapılmasında karşılaşılan en önemli zorluktur. Risk analizinin önemi, olası bir afet esnasında yaşanabilecek güvenlik sorunlarını belirlemek ve alınabilecek önlemleri en yüksek seviyede tutulmasından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple temel güvenlik kontrol hedefleri belirlenmelidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015:25-26; HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:23).

Bu hedefleri şöyle sıralayabiliriz;

1. Hastane içerisinde bulunan tüm insanların can güvenliğinin sağlanması,
2. Hastaneye ait tüm teçhizat, donanım ve yatırımın güvenliğinin sağlanması,
3. Sürdürülen faaliyetin kesintisiz sürdürülmesinin güvence altına alınmasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınlamış olduğu 'Uluslararası Güvenli Hastane' yaklaşımı çerçevesi dikkate alınarak hastanelerde risk değerlendirmesinin şu konu başlıklarından oluşmasını beklemektedir:

1. Sosyal, fiziksel, coğrafi ve çevresel faktörler göz önünde bulundurularak tehlike hallerinin belirlenmesi,
2. Hastane, çevresel ve yapısal durumdaki elemanların güvenliği,
3. Diğer yapısal durumda olmayan elemanların güvenliği,
4. Hastane fonksiyonel kapasitesinin afet karşısında iş sürekliliğinin sağlanmasıdır.

Geniş tabanlı risk değerlendirme sürecinde risk analizinin amacı, riskin daha iyi anlaşılmasını sağlamak ve önlem almaktır. Sağlık hizmetlerinde risk analizi, risk kaynaklarının, bunların sonuçlarının, hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunmaya dahil olan kişiler, kuruluşun kendisi ile ilgili olarak ortaya çıkma olasılığı ve kabul edilebilir küçük klinik riskleri kabul edilemez büyük risklerden ayırma çabası baz alınarak topluca değerlendirilmesini içerir. Riskler ve risklerin sonraki değerlendirme ve tedavisine yardımcı olacak veriler sağlamak hedeflenmelidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015:25-26).

3.6. Risk Matrisi Yöntemi

Karar matrisi risk değerlendirme (DMRA) tekniği olarak da adlandırılan risk matrisi yöntemi, risk düzeyini belirlemek ve sıralamak, farklı riskleri karşılaştırmak ve öncelikle hangi tehditlerin kontrol edilmesi gerektiğini tanımlamak için kullanılan sistematik bir yaklaşımdır (Şekil 1).

L- TİPİ (5x5) RISK DEĞERLENDİRME MATRİSİ

R = OLASILIK x ŞİDDET			ŞİDDET				
			Çok Ciddi İz Saati-İlk Yardım	Ciddi İz Günü-İlk Yardım	Orta Hafif Yara-Tedavi	Hafif Ölüm-Ciddi Yar-MH	Çok Hafif >1 Ölüm-SİG
			5	4	3	2	1
OLASILIK	Çok Yüksek «Günde Bir»	5	25	20	15	10	5
	Yüksek «Haftada Bir»	4	20	16	12	8	4
	Orta «Ayda Bir»	3	15	12	9	6	3
	Küçük «3 Ayda Bir»	2	10	8	6	4	2
	Çok Küçük «Yılda Bir»	1	5	4	3	2	1
Düşük Risk		Acil Tedbir Gerektirmeyebilir					
Orta Risk		Bu Risklere Olabildiğince Çabuk Müdahale Edilmeli					
Yüksek Risk		Bu Risklerle İlgili Hemen Çalışma Yapılmalı					

Şekil 1: L- Tipi (5x5) Risk Değerlendirme Matrisi

Kaynak: Yılmaz, A.E ve Kılıç (2016),

<https://slidetodoc.com/stanbul-nverstes-salii-ve-gvenl-koordinatl-salii-ve/>,

Erişim Tarihi: 25.01.2022.

3.7. Risk Derecelendirme Tahmini

Risk derecelendirme tahminine en uygun metodolojik yaklaşımın seçimi, risk analizinde ilk kurumsal karardır. Kuruluşlar nicel, nitel ve yarı nicel yöntemler arasından seçim yapabilir. Nicel yaklaşım, risk değerlendirmesinden sonra ortaya çıkan her bir bileşenle ilişkili sayısal değerleri hesaplar (Şekil 1).

3.8. Yapısal Risklerin Azaltılması

Yapısal riskler iki yönde tespit edilmelidir:

1) Geçmiş olaylardan kaynaklı yapısal hasarların izlerini belirlemek,

2) Yürürlük tarihi 2007 olan Deprem yönetmeliğinde binaların yapım aşamasında ne gibi kurallara uyacağı ilgili mevzuat ile belirlenmiştir. Ayrıca Ulusal Deprem Stratejisi Eylem Planı'nda (UDSEP, 2012- 2023), afet sırası ve sonrasında hayati önemde olan hastanelerin gerek yeni inşasında mevzuata uygun halde yapılması, gerekse var olan hastane binalarının güçlendirilmesi, elden geçirilmesi gibi konular belirtilmiştir (UDSEP, 2013:38,40).

Deprem riski ile başa çıkabilmek için Bölgesel ve yerel tehlike haritalarına

veya diğer tehlike bilgilerine bakılması ve jeoteknik zemin analizleri açısından hastanenin konumu (çalışma alanı dahil) yönünden, deprem tehlikesi düzeyini değerlendirilmesi gerekir. Hastanenin deprem nedeniyle bir acil duruma veya afete yanıt vermeye hazır olup olmadığının belirlenmesi önem taşımaktadır (WHO, 2015).

3.9. Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

Birçok hastane, tehlikelerin oluşumu dikkate alınmadan inşa edilmektedir. Ayrıca, ne zaman bakıma alınacağı tam belli değildir, hastanenin işleyişi için kritik olan sistemler zamanla bozulur. Bununla birlikte, sağlık tesislerinin savunmasız oluşu, sürdürülebilir politik ve finansal destekten yoksun olması birçok ülkede karşılaşılan bir sorundur. Yeni güvenli hastaneler tasarlanırken veya mevcut hastanelerin güvenliğini artıracak önlemler alınırken, dikkat edilmesi gereken dört husus vardır;

- Acil olan durumlarda ve afetler sırasında ve olayın sonrasında sağlık hizmetleri açısından hastanelerin çalışmaya devam etmesini ve uygun ve sürdürülebilir bir düzeyde sağlamak,
- Hastane personeli, hastalar ve hasta yakınları ile ziyaretçilerinin güvenliğini sağlamak,
- Hastanelerin halihazırdaki risklerinin yanı sıra gelecekte karşılaşılabilecekleri risklere karşı da önlem alınması noktasında hareket edilmelidir. Örnek olarak, iklimsel değişikliğin etkileri verilebilir.

Yapısal olmayan risklerin kapsamına baktığımızda bina taşıyıcı sistemlerinin (kolon, kiriş, duvar, döşeme vb.) dışında kalan elemanlar olarak değerlendiriliriz.

- Yapısal durumda olmayan risklerin engellenebilmesi ve azaltılması hastanenin inşa edilmesi sırasında başlamalıdır.

Yeni malzeme alımı dahil olmak üzere yapılacak olan yapısal değişiklikleri de içine alacak biçimde alınacak olan mal ve hizmet alımlarında teknik şartname içerisine mutlaka risk önleme ve azaltma işlemlerinin neler olabileceği sıralı şekilde yazılmalıdır.

Teknik personele uygulama eğitimlerinin verilmesinin yanı sıra tüm personele de farkındalık eğitimlerinin verilmesi ve bu eğitimlerin sıklıklarının belirlenerek bunların kayıt altında olması sağlanır.

Yapısal olmayan ekipmanların afetlerde risk-zarar azaltma, koruyucu önlemler konusunda yapılması gerekenler şunlardır:

1. hastane çalışanlarının günlük gelen güncel bilgi dahilinde gerçekleştirebileceği basit hayata geçirilebilir önlemler (hayat üçgeni gibi),
2. Teknik personelin afet öncesinde de biliyor olabileceği mesleklerine yönelik mevzuatla ve kılavuzlarla belirlenmiş olan bilgi ve beceri gerektiren önlemler,
3. Uzmanlık, mühendislik bilgisi gerektiren önlemlerdir.

Hastanelerde yapısal olmayan tehlike ve risklere karşı, hastane içerisinde kalite yönetim sistemi kapsamında her bölüm için 'bölüm kalite sorumlusu' belirlenmelidir. Bu bölüm kalite sorumluları ile kapsamlı yapılacak olan hastane turlarında elde edilen eksiklikler ilgili formlara işlenerek, belirli periyotlarda yapılacak olan tesis güvenliği komitesinde, böyle bir komite yok ise, iş sağlığı ve güvenliği kurul toplantılarında gündem içerisine alınarak alınacak önlemlerle ilgili termin ve görevlilerin belirlenerek takip edilmeleri gerekmektedir. Ayrıca, tüm işlemler kayıt altına alınmalıdır (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:35-36).

4. Acil Müdahale Planı (Amp)

Acil durum eylemlerine rehberlik eden, kurtarma çalışmalarını kolaylaştıran ve bir olumsuz durumun etkisini azaltan, bir dizi yazılı prosedürler olarak kısaca tanımlanan plan, acil müdahale planıdır. Acil Müdahale Planı (AMP), HAP'ın önemli olan bir parçasıdır (Şekil 2). Hastanede AMP, afet olayları ve acil durumlarda afet yönetim sisteminin ihtiyaç duyduğu araç ve gereçlerin yazılı olduğu kaynaktır (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:37).



Şekil 2: HAP ve AMP

Kaynak: HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:37.

5. Afet Ve Acil Durum Yönetim Sistemi

Afet ve acil durum yönetim sistemi aşağıdaki sorumluların yönetiminde faaliyet gösterir:

1. **HAP BAŞKANI:** Hastanedeki kurulmuş olan Olay Yönetim Merkezi'nin organizasyonu ve yönetiminden sorumludur. Operasyonların onayını verir. Hastane içinde olayın yönetiminden sorumludur, tüm faaliyetleri yönetir, operasyonel dönemler ve bu hedeflere yönelik stratejiler ve öncelikleri tasarlar (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:39).

2. **HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU:** HAP başkanının onaylamış olduğu bilgileri, hastanede bulunan çalışanlar ile yatan hastalar ve yakınları ile yanlış ve yanıltıcı bilginin çoğalmasını engellemek için, basınla paylaşılır (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015:31,62,137).

3. **KURUMLARARASI İLETİŞİM OYE:** Afet sırasında ve sonrasında normal zamanlarda kullanılan iletişim kanalları çeşitli nedenlerle kullanılamaz hale

gelebilir. Bu sebepler, sistemde fiziksel hasar, aşırı kullanım olabilir ve sistem donanımı fiziksel faktörlerden zarar görebilir. Bu donanım, kullanıcının temas ettiği donanım olabileceği gibi sistemin baz istasyonlarında da bulunabilir (Hakoğlu, 2013:18). Bu sorunu aşabilmek için Olay Yönetim Merkezi (OYE) kapsamında hastane içerisinde, herkesçe bilinen tüm iletişim araçlarının mevcut olması gerekir (TV, Radyo, Telsiz, Sabit telefon, Faks vb). Ayrıca, bu iletişim araçları kullanılarak, tüm paydaşların (İl SAKOM, Kaymakamlık, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü vb.) bilgilendirilmeleri gerekir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015: 46,74,84).

4. İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI: İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nda yer verildiği şekliyle, çalışma ortamlarının tehlikelerden arındırılmış potansiyel risklerin en düşük olabilmesi için gerekli çalışmaları yürüten; iş hijyeninden ve kişisel koruyucu ekipmanlardan kullanımı ve kontrolünden sorumludur (Doğu, 2019: 9,14,24).

5. HAP SEKRETERYASI: HAP ofisinde bulunan personel tarafından HAP'ın aktive edilmesi ve OYM'nin aktif hale getirilmesi ile Olay Yönetim Ekibi tarafından talep edilen dataların kayıt altına alınarak toplanmasını sağlamakla yükümlüdür (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015: 32).

6. OPERASYON ŞEFİ: HAP Başkanı tarafından belirlenen hedeflerin yerine getirilmesi için uygulamalar ve denetlemeler gerçekleştirir. Organizasyonu sağlar, tıbbi bakımla ilgili, altyapı ile ilgili, güvenlik ile ilgili, tehlikeli maddeler gibi konularda lojistik takibi ve psikososyal destek gerektiren konularla ilgili görevlendirmeleri yapar (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015: 32).

7. PLANLAMA ŞEFİ: Taktik operasyonlar için alternatifler geliştirerek Afet durumunda kaynak yönetimi ile ilgili verilerin toplanmasını sağlar ve analiz ederek ihtiyaçların belirlenmesi sevk ve idarenin sağlanmasını ve kayıt altına alınmasını, olay eylem planı hazırlanmasını sağlar (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015: 35).

8. LOJİSTİK ŞEFİ: iş sağlığı ve güvenliği ve çevre önlemleri ile kalite sistemleri çerçevesinde; gerekli hizmetlerin sunulması noktasındaki, insan gücü ihtiyacı, araç-gereç ihtiyaçları, gıda gereklilikleri, su ihtiyacı, yakıt ihtiyacı, tıbbi malzeme ihtiyacı ve diğer gerekli olan malzemeleri, hastanenin afet ve acil durumunda cevap verme faaliyetleri içinde sağlanmasını organize eder ve yönetir (MYK, 2014:6; HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015: 35).

6. Hastanelerde Olay Yönetim Sisteminin İşlevselliği

6.1. Diğer sektörler ile Sağlık Sektörünün Olay Yönetim Sistemi ile Bütünleşmesi

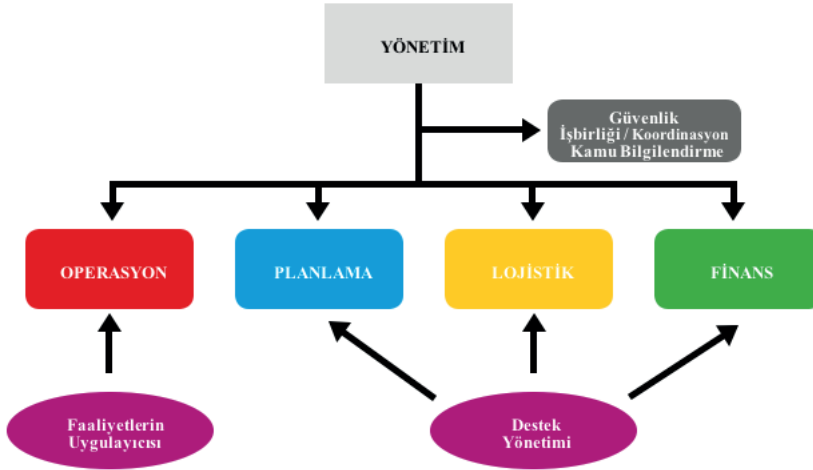
Hastanelerin dış veya iç afetlerde organizasyon yapısı afet planında (HAP) tanımlanır. Ancak, organizasyon yapısı tek tip değildir. Hastane dışı afet müdahalelerinin organizasyonu için kurulan olay yönetim sistemi (OYS) hastanelerde afet yönetiminde kullanılarak hayata geçirilmelidir. Hastane Olay Yönetim Sisteminin (HOYS) benimsenmesi, yalnızca tüm hastane acil müdahaleleri için olmayıp çevresel faktörlere karşı kurumların güçlü kalmasını sağlayacaktır. Ayrıca Acil Müdahale Planında afet durumunda genel yönetim konusundaki sistemin tam olarak nasıl bir şekilde planlanıp organize edildiği ve değişik türlerdeki servis ve birimlerin ve teknik servis konusundaki sorumluların görevlerinin neler olduğu da belirtilmelidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015: 39).

6.2. Olay Yönetim Sistemi (OYS)

OYS'nin etkili olması için, neyin yönetildiği konusunda netlik ve tutarlılık olması ve olayın resmi olarak tanımlanması gerekir. Bu, en iyi şekilde, müdahale amaç ve hedeflerinin tanımlanması yoluyla olay yanıtını tanımlayarak ve olay eylem planlama süreci tarafından üretilen birincil belgeler olan Olay Eylem Planı (OEP) aracılığıyla yanıt parametrelerini açıklayarak gerçekleştirilebilir. Bir olay müdahale sistemi üzerinde talepler oluştuğunda, ilk olarak ele alınan konular genellikle tehlikenin kendisi tarafından yaratılan taleplerdir. Örneğin, oldukça bulaşıcı bir hastalık salgınında, tehlike kaynaklı talepler, hastalığın yayılmasını kontrol ederken, mağdurları değerlendirme ve tedavi etme ihtiyacını içermektedir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 46-48).

Standart Operasyon Prosedürü (SOP): Hastane olay yönetimi araçlarından biridir ve belirli bir işin yapılmasını sağlamak için kurulmuş bir organizasyonun işlevini, bu işlevi etkin, uyumlu bir şekilde nasıl yürüteceğini önceden ve bu amaçla kimin, nerede, ne zaman ve ne yapılması gerektiğini ayrıntılı olarak belirten yazılı kurallardır. Ayrıca, bilgilerin nasıl paylaşılacağını, nelerin kaydedilmesi gerektiğini ve nasıl, kime ve ne zaman rapor edileceğini de içerir. Bu kapsamda, faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlanması için bir zaman çizelgesi de hazırlanır (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:51).

Olay Yönetim Sistemi konusundaki temel prosesleri işaret eden örnek plan aşağıda verilmiştir (Bkz. Şekil 3):



Şekil 3: Hastane Olay Yönetim Sistemi

Kaynak: HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:47.

6.3. Yönetim

OYS, genel lider olarak Olay Yönetim Merkezi (OYM) ile bir komuta zinciri kurar. Her Hastane Olay Yönetim Ekibi (OYE) pozisyonu, belirlenmiş bir OYS organizasyon yapısı içinde birimlerden sorumlu olan süpervizörler (operasyon sorumlusu) atanabilir, OYS ataması süresince herhangi bir pozisyon için yalnızca tek bir OYE üyesine rapor verirler (Şekil 3). Süpervizörlerden ek olarak normal iş görevlerini aynı anda yerine getirmeleri beklenmemelidir. OYS içerisindeki görevleri normal konumlarıyla ilişkili görevler olmalıdır. Yönetim sorumlulukları şunlardır: OYM’de, görevli olanların görevlendirilmesi; olay dahilindeki operasyonlar ya da diğer ilgili servis veya birimler tarafından meydana getirilen olaya özel planın onaylanması; OYM (Olay Yönetim Merkezi)’nin kurulması; ikincil olay durumunun belirlenmesi ve yönetilmesi (örneğin, biyolojik madde sızıntısı); dış paydaşlarla işbirliği yapılması; OYE personeli ile ilgili toplantıların gerçekleştirilmesi; OYE çalışanları ve diğer kritik bölümlerde çalışanlar arasındaki görev dağılımının yapılması; güvenlik sıkıntılarının belirlenmesi ve tartışılması; durum raporlarının değerlendirilerek çözüm yollarının belirlenmesidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 48).

6.4. Lojistik

Lojistik, insanların ihtiyaçlarını karşılamak için her türlü ürün, hizmet ve bilgi akışının çıkış noktasından varış noktasına taşınmasının etkin ve verimli bir şekilde planlanması ve uygulanmasıdır (Gülay, 2019: 25; Hakoğlu, 2013:25). Lojistik Bölümü, olayın tüm destek ihtiyaçlarını karşılar. Bölümün genel olarak görevleri; iç ve dış kaynaklardan kaynak elde etmeyi, standart ve acil durum edinme prosedürleri ile diğer hastanelere yapılan talepler, kurumsal ortaklar ve yerel acil durum operasyon merkezleri veya hastane koordinasyon merkezinin yeri gibi değerlendirmeleri içerir. Bir alandan gelen kaynak talebi, hastane sipariş prosedürleri kullanılarak Lojistik Bölümüne bildirilmelidir. Kaynak talep ederken dış kaynaklar ve hastane ihtiyacının ne olduğunu tam olarak belirlenmeli ve tanımlamaya çalışmalıdır. Bu ihtiyacın nasıl karşılanabileceği hakkında bilgi sahibi olunmalıdır (Örneğin, elektronik olarak, faks, telefon vb.). Lojistiğin sorumlulukları şunlardır: HAP Başkanından bilgilendirme alır; personele görev dağılımı yapar; malzeme taleplerin karşılanmasını sağlar; ihtiyaç duyulan uygun alanlarının kurulması ve yönetilmesini sağlar (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 49).

6.5. Finans

Sağlık işletmelerinde finansman fonksiyonu; sağlık hizmetlerini üretmek için ihtiyaç duydukları fonların verimli, etkin ve ekonomik kullanılması çerçevesinde uygun koşullarda satın alınmasına ilişkin karar ve işlemlerden oluşmaktadır (Akça vd., 2018: 134). Finans bölümü, protokol ve sözleşmeleri başlatır ve ilave olarak, personelle ilgili ödemeleri düzenler, kayıt altına alır. Mutemetlik ve ihtiyaçların satın alma maliyetlerinin belirlemesi ve faturaların ödenmesi finans bölümünün yürüttüğü işlemlerdir. Finans bölümünün sorumlulukları: Gelir ve giderlerin izlenmesi; maliyet analizlerinin yapılarak, maliyet kayıtlarının tutulması; ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi; kısa ve uzun dönemli vadede yaşanabilecek finansal sıkıntıların tespiti; ek olarak yapılacak ödemelerin usule uygun olarak yapılması; görevli personelin hak edişlerinin hesaplanarak ödemelerinin yapılması; öncelikle protokolleri yapılmış firma ve kuruluşlarla ilgili tespit edilen ihtiyaçların alım sürecinin takip edilmesi; tahsili yapılamayacak zorunlu ödemelerin hesaplanması ve bunların raporlanması; tüm muhasebe formlarının kayıt altına alınarak arşivlenmesidir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 49-50).

7. Olay Bildiriminin Ve Gerekli Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonu

7.1. Hastanedeki Olay Seviyeleri

Seviye 1

- Hastane, kendi kaynakları ile sorunun üstesinden gelebilir. İlgili olan sağlık kurumu (İL-SAKOM- 112 AÇM, KKM- Komuta Kontrol Merkezi vb.) bilgilendirilmesi yapılır. Bu tarz olaylara küçük çaplı olaylar denir.

Seviye 2

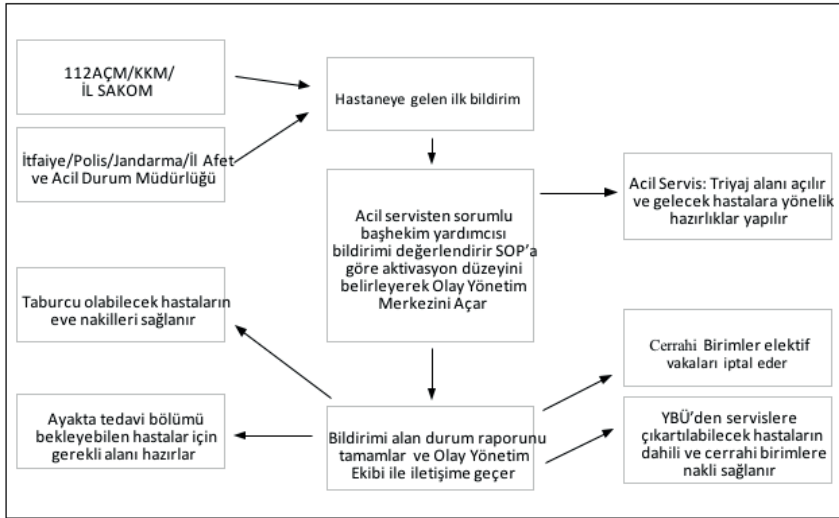
- Birçok hastane olay karşısında etkilendiği durumlardır,
- İlgili sağlık yöneticileri bilgilendirilir.

Seviye 2 olarak adlandırılan bu olaylara orta çaplı olaylar denir.

Seviye 3

- Bölgede bulunun tüm hastaneler ve ülke genelindeki tüm Sağlık hizmet sunucularının tamamen dahil olduğu durumlar.
- Tüm hastanelerin etkin işbirliği ve koordinasyonuna ihtiyaç duyulması,

Seviye 3 olarak adlandırılan bu tip olaylar büyük çaplı etkiye sahip olan olaylar olarak adlandırılır.



Şekil 4: Olay Bildirim Akış Şeması

Kaynak: HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021:59.

Seviye 4

- Afetin olduğu bölgedeki afet ile başa çıkma kaynaklarının da etkilendiği, ülke genelinde ki kaynakların yetersiz kaldığı ve afet ile başa çıkmada uluslararası desteğe ihtiyaç duyulan olaylar olup; çok büyük etkiye sahip olaylar olarak adlandırılır (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 58-59).

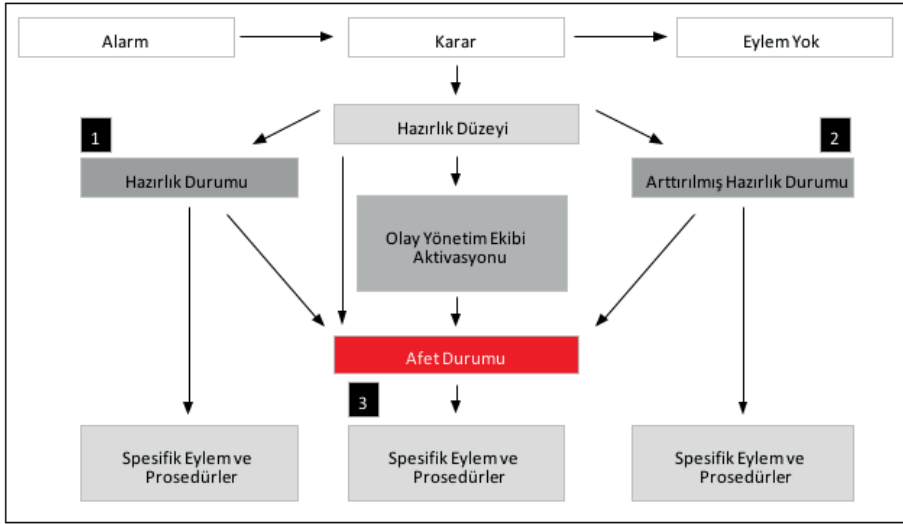
Bildirimi alan Acil Servis Personeli (Doktor, Hemşire vb.) --> Acil Servis Sorumlu Hekimi --> Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısıdır. Olay bildirimi Acil Servisten sorumlu Başhekim Yardımcısı veya yardımcıları/Acil Servis Sorumlusu tarafından doğrulanır. Bildirim akışında Standart Operasyon Prosedürü, formlar ve kayıtlar kullanılır:

- Olay Bildirim Prosedürü (Standart Operasyon Prosedürü),
- Acil olarak bilgilendirilmesi gereken kilit personele (özellikle Olay Yönetim Ekibi üyeleri) bildirim formları,
- Olay Yönetim Ekibi etkinleştirilene kadar, Acil Servis Sorumlusu Hekimi tarafından Kullanılacak formlar ve kayıtların da önceden belirlenmesi gerekir (Şekil: 4) (HAP – ORDU, 2019: 34).

Şekil: 4’ te yer alan Müdahale/ Standart Operasyon Prosedürü (SOP), belirli bir işin yapılmasını sağlamak için kurulmuş bir organizasyonun işlevini, bu işlevi etkin ve uyumlu bir şekilde nasıl gerçekleştireceğini önceden ve ayrıntılı olarak belirten yazılı kurallardır. Bu kurallarda kimin, nerede, ne zaman ve ne yapması gerektiği önceden belirlenmiş olmaktadır. İlave olarak prosedürler; bilgilerin nasıl paylaşılacağını, neyin nasıl kaydedileceğini, kime ve ne zaman rapor edileceğini de kapsamaktadır. Afet durumlarına hazırlıklı olmak için tüm prosedürlerin bunları uygulayacak olan görevlilere eğitim, bilgilendirme ve tatbikatlar ile özümsetilmesi gerekmektedir (İstanbul Tıp Fakültesi - HAP, 2019 :28).

7.2. Acil Müdahale Planının Aktivasyonu ve Seviyeleri

Afet meydana gelmeden önce hastane afet planını aktive edecek (devreye sokacak) ve afet durumunda ekibi harekete geçirecek kişi ve bu kişilerin yetkilerinin belirlenmesi gerekir. Ayrıca, hastane için hangi boyutta afetlerin afet olarak değerlendirilebileceğinin ve hastane afet planının aktif hale getirilmesi gerektiğinin önceden saptanması gerekmektedir (Lök, 2009: 36).



Şekil: 5 Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyeleri

Kaynak: HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 60.

Basit anlaşılabilir bir tablo yardımı ile aktivasyon düzeyleri ile alarm seviyelerinin nasıl bir bağlantı içinde olduğu gösterilebilir.

AMP'de aktivasyon seviyeleri:

- Alarm ve Hazır olma
- Hazırlıklı olma durumunun arttırılması,
- Afet durumundaki cevaptır.

Ayrıca, zamanlamadan bağımsız olarak üçüncü düzey seviyeye yükselmek her zaman imkân dahilindedir (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 58-59).

Acil Müdahale Planı (AMP) Aktivasyon Seviyelerini şöyle açıklayabiliriz:

Seviye I: Hazır Olma veya buna bağlı Alarm Durumu

- Acil tıbbi ihtiyaçların kapasiteyi aşabileceği durumda kullanılır,
- Acil durum hali son buluncaya kadar tüm ileri elektif vakalar askıya alınır,
- İkinci bir talimat oluncaya kadar tüm personel izinleri iptal edilerek çalışmaya aktif bir şekilde devam edilir,
- Ek personel ihtiyacı olabilir,

- OYM aktif bir hale getirilir (Şekil: 5).

Seviye II: Hazırlık Durumunun arttırılması

- Acil durumda ihtiyaçların mevcut pozisyonadaki kapasiteyi aşacağı anlaşıldığı olaylarda kullanılır,
- İhtiyaç halinde ek alanların açılması düşünülebilir (morg, otopark, yataklı servis vb.) (Şekil: 5).

Seviye III: Afet durumunun gerçekleşmesi

- Acil hallerdeki İhtiyaçların mevcut pozisyonadaki kapasiteyi aştığı zamanlarda hayata geçirilir.
- Birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Her birim kendi için hazırlanmış İş Akış Talimatları ile operasyonlara özel prosedürleri kullanırlar. Hazırda bulunan bu ve benzer formlara ihtiyaç duyulan malzeme, ekipman ve sarf malzeme cins ve miktarları yazılı olarak talep edilir.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından uygun görülen hastalar hızlıca taburcu edilir.
- Birimlerde lüzum halinde olmayan faaliyetler durdurulur.
- Birimler geri bildirimde bulunur (Şekil: 5) (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2015: 49-50).

Alarm Durumu Yönetimi Seviyeleri ise şu şekildedir:

Seviye I:

“Alarm durumunun yönetilmesinde” görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi veya Mesul Müdür/Başhekim Yardımcısı tarafından etkinleştirilir. Bu her zaman Olay Yönetim Ekibi’nin seferber edilmesi anlamına gelir (Şekil: 6).

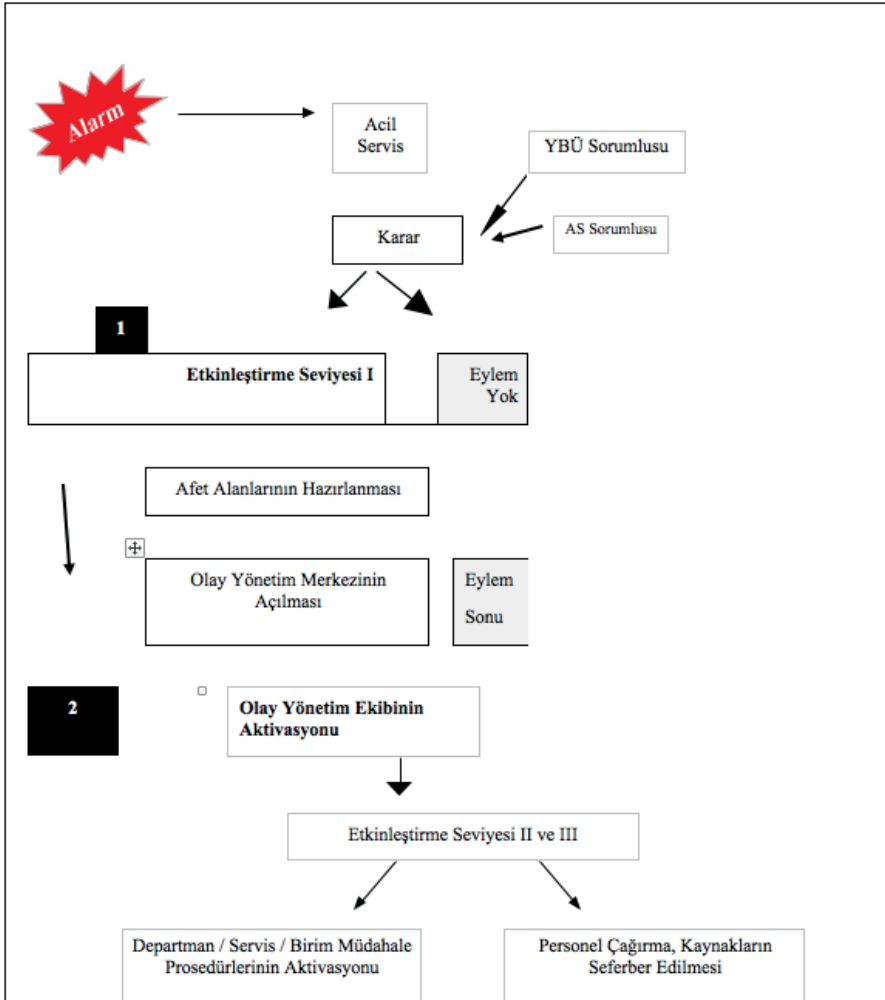
Seviye II ve III:

Seviye II ve III için sadece Olay Yönetim Ekibi tarafından karar verilebilir. Olay Yönetim Ekibi’nin devreye sokulması ile ilgili prosedür ve iş akış talimatları uygulanır (Şekil: 6).

Olay Yönetim Ekibi personelin ne zaman bilgilendirileceğine karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve/veya görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür uygulanır. Dâhili acil durumlara yönelik renk kodlama-

sının, hoparlörlerin ya da kısa kodlu cep telefonlarının kullanılması uygulamaları hastanenin tüm personelinin bilgilendirilmesini kolaylaştırmaktadır (Şekil: 6) (İstanbul Tıp Fakültesi- HAP, 2019: 35).

Alarm planlarının kalitesi, ortaya çıkan risklerin kontrolü üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Planlama kalitesinin düşmesiyle “kabul edilemez risk” katlanarak artmaktadır.



Şekil: 6 Alarm Durumu Yönetimi

Kaynak: HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 62.

7.3. Acil Renk Kodları

Acil renk kodu sisteminin amacı, personele kesin acil durum bildirimini sağlamak ve bunu hemen ardından koordineli bir yanıt vermektir. Kullanılan kodlar, çağrı cihazında veya mobil mesajda görüntülenen bir sayı veya renk adı olabilir (Kurien & Choudhary, 2019: 2).

MAVİ	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/ Hayati Risk
GRI	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma
TURUNCU	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılmaması
PEMBE	Bebek/Çocuk Kaçırma
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
KIRMIZI	Yangın
BEYAZ	Çalışana Saldırı
SARI	Tahliye
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
SİYAH	Bomba Tehdidi

Şekil 7: Acil Renk Kodu Sistemi

Kaynak: HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 64.

Hastanelerde, dahili acil durumlar için renkli kodlama, hoparlör veya çağrı cihazlarının kullanılması, hastanenin tüm personelinin bilgilendirilmesini kolaylaştırır. Hastane, Olaya Özel Planlar için renk kodlaması kullanacak ise ayrıca belirtilmesi gerekmektedir. Örneğin:

- Hastane içindeki yangınla ilgili olaya özel plan: renk kodu kırmızı,
- Hastanede tahliye gerektiren durumlar için olaya özel plan: renk kodu sarı, vb. (Şekil:7) (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 64).

Acil Renk Kodu Sisteminde amaç, renk kodu mesajı ile olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak bir anlayış sağlanmasıdır. Personelin acil durumlarda kurum içinde ve kurumlar arasında uygun şekilde müdahale etmesini sağlayarak, hem personelin kendi güvenliğini hem de hasta ve ziyaretçilerin güvenliğini sağlamış olmaktadır (HAP Hazırlama Kılavuzu, 2021: 64).

SONUÇ

Hastanelerin afet yönetiminin ne gibi bir hiyerarşi içerisinde olması gerektiği, toplumun tüm kesimlerinin etkilenme potansiyeli olması sebebiyle, sürecin çok dikkatli yürütülmesi gerekmektedir. Hastanelerin, insan sağlığını veya hasta bakımını etkileyebilecek çok çeşitli olaylara karşı, acil durumları planlaması ve bunlara yanıt vermesi gerekir. Bunlar, deprem, sel, yangın, büyük kazalar, olumsuz hava koşulları, bulaşıcı hastalık salgını gibi insanların sebep olduğu veya doğada kendiliğinden gelişen pek çok olay olabilir.

Olaya Özel Planlar hazırlanarak her yıl bu planlar ile ilgili hem masa başı, hem de uygulama tatbikatları yapılarak eksiklikler gözlemlenmeli ve giderilmesi için çalışmalar başlatılmalıdır. Proaktif yaklaşıma sahip HAP dahilinde çalışmalar sürekli tekrarlanmalıdır.

Afet yönetiminde hastanelerin yeri doldurulamaz çünkü sağlık hizmetleri ve afet gibi acil durumlar verilen hizmetler bir ölüm kalım meselesidir. Bu nedenle sağlık hizmetleri afet sırasında ve sonrasında güvenli, erişilebilir ve optimum kapasitede işleyen tesisler olmak zorundadır. Bu nedenle, hastanelerin afete hazırlık durumunu değerlendirmek ve geliştirmek çok önemlidir.

Afet yönetim sistemlerini ve bu sistemlerin hastanelerde nasıl uygulanması gerektiğini anlamak için, afetlere hazırlıklı olmanın sadece bir kesim kurumların işi olarak görülmemesi aksine, toplumun tüm kesimlerinin farkındalığını artıracak bir yapıda algılanması gerekmektedir.

Geçmişten günümüze yaşanan afetlerin tüm Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de toplumsal ve ekonomik olarak yıkıcı etkilerinin olduğu gerçeğine karşı koyabilmek için çalışmamızda değinilen Planlar/önlemler ile hastanelerin hazırlıklı olması gerekmektedir. Biyolojik kaynaklı afetlerin ne kadar sık karşılaşıldığı ve kasıtlı olarak ortaya çıkmamaları durumunda büyük bir çoğunluğunun

eğitimlerle önlenebileceği de bu çalışmada vurgulanan noktalardan birisidir.

Sağlığı ilgilendiren yasalar, hastane içi prosedür ve talimatların etkinliği; kaynakların, ekipmanın doğru kullanımı; eğitimin ve tıbbi önlemlerin uygun şekilde verilmesi; acil durumları ve afetleri benzer şekilde yönetmek ve böylece hayat kurtarmak için sistematik yaklaşımlar oluşturmak hastane afet yönetiminin kilit faktörleridir. Afet sırasında komuta, iletişim, koordinasyon ve işbirliği, olağanüstü durumlarla başa çıkmak için her geçen gün önem kazanmaktadır.

KAYNAKÇA

- AFAD, (2022). *AFAD ve Tarihiçesi*, <https://www.afad.gov.tr/afad-hakkinda>, Erişim Tarihi: 31.01.2022.
- Akça, N.; Sönmez, S. ; Gür, Ş. ; Yılmaz, A. ve Eren, T. (2018). *Kamu Hastanelerinde Analitik Ağ Süreci Yöntemi ile Finans Yöneticisi Seçimi*, *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(2), 133-146.
- Aktel, M. (2010). “5902 Sayılı Yasa İle Türkiye’de Afet Yönetiminde Oluşan Değişim” Dumlupınar Üniversitesi, *Sosyal Bilimler Dergisi*, No: 27, Kütahya.
- Altun, F. (2018). “ Afetlerin Ekonomik ve Sosyal Etkileri: Türkiye Örneği Üzerinden Bir Değerlendirme”, *Sosyal Çalışma Dergisi*, Cilt: 2, Sayı: 1, ss. 1-15.
- Bilici, G. (2019). *Afetle Mücadelede Kriz Yönetimi: Konya İli Örneği*, T.C. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Bulat, Y. (2014). *Afet ve Olağandışı Durumlara Yönelik Mevcut Sağlık Hizmetleri Yönetim Politikasının Değerlendirilmesi ve Bir Model Önerisi*, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Coşkun, A. ve Karabeyli, L. (2012). “*Afet Risklerini Azaltmak- Sayıştayların Rolü*”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 87, Ankara.
- ÇOMÜ – HAP (2020). Afet ve Acil Durum Planı, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Türkiye Cumhuriyeti Çanakkale 18 Mart Üniversitesi.
- Doğu, D. C. (2019). *6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Kapsamında İşçinin Çalışmaktan Kaçınma Hakkı*, T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ergünay, O. (1996). *Afet Yönetimi: Genel İlkeler, Tanımlar, Kavramlar*, https://www.academia.edu/1983074/Afet_Y%C3%B6netimi_Nedir, Erişim Tarihi:

28.01.2022.

- Erkal, T. ve Değerliyurt, M. (2009). “ Türkiye’de Afet Yönetim i”, *Doğu Coğrafya Der-gisi*, Cilt: 14,Sayı: 22, 147 – 164.
- Ertürkmen, C. (2006). *Afet Yönetimi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Gökçe, O. ve Tetik, Ç. (2012). *Teoride ve Pratikte Afet Sonrası İyileştirme Çalışmaları*, <https://docplayer.biz.tr/27458141-Teoride-ve-pratikte-afet-sonrasi-iyilestirme-calisma-lari.html> , Erişim Tarihi: 31.01.2022.
- Gülay, S. (2019). *Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sistemi ve Lojistik Hizmet Sağlayan İş-letmeler Üzerine*
- Bir Uygulama: Tekirdağ İli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.
- Gülner, B. (2016). *Afet Lojistiği Yönetim Sürecinde Lojistik Merkezlerin Teşkili ve Yer Seçimi İçin Örnek*
- Uygulama*, T.C. İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Tedarik Zin-ciri ve Lojistik Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Hakoğlu, O. (2013). *Hastane Afet Planı Bilgi ve İletişim Sistemlerinin Karşılaştırılması: Afet Durumunda Hastane Personeli İle İletişim Sağlama Sistemlerinin Geliştiril-mesi ve Hastanenin Lojistik İhtiyaçlarının Duyurulması*, Uzmanlık Tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Ankara.
- HAP Hazırlama Kılavuzu. (2021). *Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu (Sürüm 2)*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1195, Ankara.
- HAP – ORDU (2019). *Hastane Afet ve Acil Durum Planı*, Özel Ordu Sevgi Hastanesi.
- HDM, (2018). Hospital Disaster Management Guidelines, Directorate Of Health Services, Kerala, https://dhs.kerala.gov.in/wp-content/uploads/2020/08/hdmg_18082018.pdf, Erişim Tarihi: 31.01.2022.
- İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, *Hastane Afet ve Acil Durum Planı*, 2019.
- Karatop, B. (2015). Afetlerde Lojistik Yönetimi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Lisans Tamamlama Programı, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, İstan-bul.
- Kurien, N. & Choudhary, M. (2019). “ Hospital Emergency Color Codes: A Way to Dis-seminate Unexpected ”, *International Journal of Emergency and Trauma Nursing*, Vol. 5, Issue: 2,
- Lök, U. (2009). Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hastane Afet Planı, T.C. Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ga-ziantep.
- Mojtahedi, M.; Sunindijo, R.Y.; Lestari, F.; Suparni. & Wijaya, O. (2021). “ Developing Hospital Emergency and Disaster Management Index Using TOPSIS Method ”, *Sustainability*,13

(9), 5213.

MYK, (2014). Mesleki Yeterlilik Kurumu, *Ulusal Meslek Standardı*, Lojistik Operasyon Yöneticisi

Seviye 6, Referans Kodu / 14ums0440-6 Resmi Gazete Tarih-Sayı: 14.08.2014, 29088 (Mükerrer).

Pfenninger, E ve Güzelel, H. (2017).“ *Folgen einer unzureichenden*

KrankenhausKatastrophenplanung Betrachtung anhand eines Risikomodells ”, Der Anaesthetist, Germany.

ŞİŞLİ ETFAL – HAP (2019). *Acil Durum ve Afet Planı*, , Şişli Hamidiye Etfal Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

UDSEP (2013). *Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı 2012-2023*, TC. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Ankara.

WHO, (2015). World Health Organisation, Safe Hospitals Initiative, Hospital safety index: guide for evaluators – 2nd ed.

Yıldırım, K. (2015). *Hastanelerde Malzeme Yönetimi: Kamu Hastanesi Örneği*, T.C. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.

Yılmaz, A.E. ve Kılıç, N. (2016). *İş Sağlığı ve Güvenliğinde Risk Yönetimi ve Değerlendirmesi*, İstanbul Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğü, İstanbul.

Yılmaz, İ.; Güngör, Y.; Hanilçi, N. ve Aysa, N. (2016). *Acil Durum ve Afet Yönetimi Pratikleri*, Acil Durum ve Afet Yönetimi Uzaktan Eğitim Ön lisans Programı, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, İstanbul.

Yüksel, A.E. (2010). *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hastane Afet Planı Modeli*, T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

TÜRKİYE’DE ŞEHİR HASTANELERİ BAĞLAMINDA KAMU ÖZEL ORTAKLIĞININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ YERİ

Enes KAYA¹

Giriş

Hastalıkların değişen epidemiyolojisi nedeniyle, hastalıkların daha iyi teşhis ve tedavisini sağlamak için iyi gelişmiş altyapıya ve ileri teknolojiye artan bir şekilde ihtiyaç duyulmuştur. Sağlık maliyetlerindeki sürekli artış, herhangi bir kuruluşun diğer kuruluşlarla ortaklık kurmadan bağımsız olarak kaliteli ve uygun fiyatlı hizmetler sunmasını neredeyse imkansız hale getirmiştir. Bu da sağlık sektörünün kamu ve özel sektörlerinin (KÖO) birbirleriyle işbirliği yapması için büyük bir alan sağlamıştır. Bu nedenle, son yirmi yılda kamu ve özel sektör birlikte ülkenin sağlık ihtiyaçlarını ele almakta ve halka adil erişim ve kaliteli hizmet sunmaya çalışmaktadır (Ganapathy ve Reddy, 2021; liedu.com).

KÖO modeli, risk paylaşımı ve fayda paylaşımını, kamu hizmetleri veya ürünleri sağlamak için sözleşmelerin imzalanması şeklinde, hükümet ve sosyal sermaye tarafları arasındaki işbirliği ilişkisini ifade eder (Yu ve Xu, 2022). Kamu-özel sektör ortaklıkları, azaltılmış bütçelerin baskısı ve kamu sektöründeki deneyim eksikliği nedeniyle dünyanın birçok ülkesinde benimsenmiştir (Yong ve Thuc, 2021). KÖO’ların ortak bir amacı, mevcut sınırlı kaynaklar göz önüne alındığında nüfus faydalarını maksimize etmektir. Ancak, hizmetlerin kalitesini ve/veya kapsamını iyileştirmek için en iyi şekilde çalışan özel sektörle ilişki kurma mekanizmalarına ilişkin bilgi ve anlayış çerçevesinde gerçekleştirilebilir (Whyle ve Olivier, 2016). Araştırmalar sağlık sektörünün en çok Kamu Özel Ortaklıklarına sahip sektörlerden biri olduğunu gösterdiğinden sağlık sektörüne

1 Doktora Öğrencisi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, eneskaya1989@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-7844-6799

özel bir odaklanma vardır(Greve vd., 2021).

Sağlık alanında gelişen ve değişen bir yapıda olan Türkiye, halka hizmet amaçlı ve diğer dünya ülkelerine ayak uydurmak için KÖO ile Şehir Hastanelerinin kurulması konusunu gündeme getirmiştir. Hakkında çok şey bilinmesine rağmen sağlık alanında KÖO yeni bir uygulama alanı olarak karşımıza çıkmaktadır Ancak bilinmelidir ki bu kavram, 1980’li yıllardan bugüne kadar yapılan “Yap-İşlet-Devret” modelinin daha kapsayıcı ve genel adı olmaktan başka bir şey değildir. Bu model ile birçok sektörde yüzlerce iş yapılmasına karşın sağlık alanında bu uygulama KÖO modeli olarak ilk defa gerçekleştirilmekte olduğundan birçok avantaj ve dezavantajı da içerisinde barındırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda Türkiye için yeni bir model olan “Yap-İşlet-Devret Modeli” Dünya’da birçok ülkede tercih edilen işletme modelleri arasında yer almaktadır. Bu model, devlet ile özel kesimin aralarında gerçekleştirdiği sözleşme dahilinde gelişmiş teknoloji ve yüksek maliyetli projelerin uygulanmasında kullanılmak amacıyla geliştirilen finansman modelinin uygulaması olup, yapının özel iştiraklerin finansörlüğü ile gerçekleştiği, gereken durumlara göre dizayn edildiği, sınırları çizilerek belirtilen dönemde idareye kiralandığı, bu yapıların üzerinde belirlenen üretimlerin yapımcı tarafından gerçekleştirilebildiği ve yapının mülkiyet devrinin kira dönemi bittiğinde sözleşmede düzenlenmiş olması şartıyla devlete geçtiği modeldir (Kerman vd., 2012: 10).

Günümüz kamu hizmetlerinde eski dönemlere nazaran birtakım değişiklikler görülmektedir. Kamu hizmet ortaya koyup bunu fiilen bizzati olarak uygulama anlayışından vazgeçerek hizmetlerin sunumlarını ve işleyişlerini özel sektörlerle yaptırıp, ilgi odağını denetim, politika ve düzenleme alanlarına vermiştir. Yani hem hizmet ortaya koyup hem de hizmeti uygulayan bir anlayıştan, kontrol edip denetlemek isteyen bir anlayışa doğru bir geçiş olmuştur. Bu durumda kamu düzeninde yeni bir paradigmaya geçiş olduğu görülmektedir. Diğer yandan sosyal devlet olmanın bir gereği olan hizmet sunumu sürecinde kamu kaynaklarının yetersiz kalmasıyla, devlet özel sektör kuruluşlarını bu sürece dâhil etmek durumunda kalmıştır. Daha önceden özelleşme adı altında olan bu dâhil ediliş, bugünlerde kamu özel işbirliği modeliyle karşımıza çıkmaktadır (Gökkaya, 2021: 74).

1. Kamu-Özel Ortaklığı

KÖO Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hak-

ında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair 5683 sayılı Kanunun 09 Haziran 2007 tarih ve 26547 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmesi ile 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 17/C Maddesinin (k) bendine göre Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı adı altında müstakil Daire Başkanlığı olarak kurulmuştur (Fil, 2017: 24).

Kamu-özel ortaklıkları, katılım sağlayanların ortak bir amaç doğrultusunda veya belirlenen görevi yerine getirebilmek için birlikte çalışmayı ve riskleri ve sorumlulukları, kaynakları ve faydaları paylaşmayı kabul ettiği iki veya daha fazla kamu ve özel sektör arasındaki gönüllü işbirliği düzenlemeleridir (Joudyian vd., 2021). KÖO, görünür sınırlamaları aşarak belirli ortak hedeflerin yerine getirilmesini sağlayan kamu ve özel sektör arasındaki işbirliğidir (Thadani, 2014). Bir başka tanımlama ile, KÖO Modeli, devlet ve özel sektör ortaklığında gerçekleştirilen uzun vadeli projelerde kamu altyapı hizmetleri kapsamında projelerin uygulanabilmesi için sözleşme temeline dayanan, finansmanının devlet ve özel sektör arasında belirli oranlarda dağılım gösterdiği bir işletme modeli olarak ifade edilmektedir (Tan, 1995: 309).

KÖO ile ilgili farklı tanımlamalar mevcuttur. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Kamu Özel Ortaklığını, “ Bir ya da birden fazla ortağın devlet ile işbirliğinde, devletin hizmet amaçlı özel sektörün ise kar amacıyla sözleşme doğrultusunda uzlaşmanın sağlandığı, riskin iki taraflı olarak dağıtıldığı bir anlaşma modeli” olarak tanımlamaktadır. Devlet Planlama Teşkilatına göre ise “ Sözleşmeye dayalı olarak yatırım ve hizmet maliyetlerinin bir proje ile belirlenerek kamu ortaklığı çerçevesinde sözleşmeye dayandırılarak risk ve getirisinin iki sektör arasında dağılması” şeklinde tanımlamaktadır (Organ ve Tekin, 2017: 258).

Artan dünya nüfusu sağlık sektörünün genişlemesini zorunlu kılmaktadır. Bu genişlemenin tek yönlü olarak devlet tarafından karşılanması mümkün değildir. Ayrıca böyle bir genişleme Serbest Piyasa Ekonomisini benimsemiş birçok ülke içinde kabul edilemez bir durum teşkil etmektedir. Bu bağlamda ortaya çıkan KÖO ile ülke insanların daha iyi şartlarda sağlık hizmeti almalarını ve devletin özel sektör ile birlikte hareket ederek fırsat ve tehditlerin değerlendirilerek sektörün daha dinamik hale getirilmesini mümkün kılmıştır.

KÖO’ların, artan sağlık sistemi verimliliği ve erişimi, azalan maliyetler ve artan yenilik veya yaratıcılık açısından, sosyal değeri olduğu veya olması gerektiği veya savunmasız nüfusların sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunduğu

genel olarak kabul edilmektedir (Strasser, 2021). KÖÖ’ların esnek yapısı, projeye göre ihtiyaçlarını karşılamak için var olan yapıların geliştirilmesi ve uyarlanması için imkan sağlar (Joudyian vd., 2021);

- KÖÖ’ların hedefleri arasında sürdürülebilir bir finansal sistemin kurulması
- Kamu ve özel sektörde kapasite geliştirme ve yönetim reformları
- Sağlık alanında özel sektörün büyümesinde istenmeyen sonuçların önlenmesi
- Maliyet kontrolü ve toplum sağlığının iyileştirilmesi
- Sosyo-Ekonomik kalkınmayı kolaylaştırmak
- Temel sağlık hizmetlerinin kapsamını, kalitesini ve altyapısını iyileştirmek
- Artan sağlık hizmetlerine olan talebin karşılanmasını sağlamak

Temel sağlık hizmetlerinin yalnızca kamu sektörü sağlayıcıları aracılığıyla sağlanmasının sınırlı olduğunu ve özellikle uzak ve kırsal alanlarda rekabet eksikliği nedeniyle; insan kaynakları sıkıntısı, verimsiz kurumsal çerçeveler, yetersiz kalite ve verimlilik gibi bazı potansiyel sorunların iyi belgelendiğini göstermiştir. Bu zorluklara yanıt olarak, bazıları kamu-özel sektör ortaklıkları girişimlerinin, temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasını daha etkili ve verimli hale getirmeye yardımcı olabileceğini öne sürmüştür (Joudyian vd., 2021). Etkili bir özel sağlık sektörü, kamu sektörünün üzerindeki yükü hafifletebilir ve toplumun çok yoksul ve savunmasız kesimlerine daha fazla kaynak harcanmasına izin verebilir. Bununla birlikte, kontrolsüz bırakıldığında, sağlık hizmetlerinin özel olarak sağlanması maliyetleri artırabilir, satın alınabilirliği azaltabilir, hizmet kalitesinde (her iki sektörde de) bozulmaya yol açabilir, hizmetlere erişimde eşitsizliği artırabilir ve nihayetinde nüfus sağlığı ve sosyal adalet hedeflerini baltalayabilir (Whyle ve Olivier, 2016).

Bu model ile hem kamunun otoritesini korunmakta, hem de özel kesimin rekabetçi ve dinamik anlayışı sisteme dahil edilmektedir. Böylece kamu hizmetlerindeki hantal yapının ortadan kaldırılması ve kalitenin yükseltilmesi mümkün olurken, aynı zamanda da özel sektörün büyümesi teşvik edilmektedir (NAO, 2011: 13).

Sağlık sektöründe KÖO finansman yönteminin uygulanması ile (Fil, 2017: 25);

- Özel sektöre alt olan finans kaynakları değerlendirilerek kamu yatırımlarının artırılması,
- Özel sektörün dinamik yapısı ile karar alma sürecinin hızlandırılması,
- Kamu ve özel sektör arasında riskin paylaşılması ve risklerin fırsata dönüştürülme yetisinin geliştirilmesi,
- Her kesimin sektöre yönelik tecrübelerini ortaya koyarak daha sağlam alt yapının oluşturulması,
- Faaliyete tamamen geçene kadar kamunun maliyet üstlenmemesi,
- Kamu ödeneklerinin kısıtlı olması nedeniyle uzun sürede tamamlanan binaların hızlı bir şekilde tesisinin mümkün olması,
- Yatırım maliyetinin kirasının uzun vadelere bölünmesi,
- Tıbbi hizmet kapsamı dışında kalan kısımların özel sektör aracılığıyla yapılması ile avantaj sağlanması hedeflenmiştir.

Bu yöntemin en önemli avantajlarından birisi yetersiz finansmana sahip kamunun sadece arsayı temin etmesi, sağlık tesisinin ise kısa sürede özel sektör tarafından tamamlanmasıdır. Diğer bir ifade ile yatırımın tamamlanmasına kadar kamu bütçesinde yer almaması, tesisin tamamlanmasının ardından ise sadece kira bedeli ödeyerek ihtiyaç duyulan hizmetin verilmesi imkânının sağlanmasıdır. Kira süresine yönelik süre mevduatta 49 yıl olarak ifade edilse de uygulamaya bakıldığında genelde 5 yıl yatırımın inşaat dönemi, 25 yılı ise işletme dönemi olmak üzere toplam 30 yıl olarak belirlendiği görülmektedir. Kamunun kira ödemesi sadece işletme dönemi ile sınırlıdır (Atasever,2018: 30). Kısacası, KÖO dünya genelinde sağlık sektöründe sık sık yararlanılan sağlık ve refah hizmetlerinin daha geniş bir yelpazedeki sağlık sorunlarına yönelik bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır (Torchia vd., 2015:4).

2. Dünyada Sağlık Alanında KÖO'nun Tarihçesi

Günümüzde bazı ülkeler sağlık hizmetlerinde KÖO modelinin kullanımı konusunda genel eğilimin dışında kalırken, çoğu ülke KÖO modelini sağlık hizmetleri sunumunda önemli araç olarak kabul etmekte ve kamu hizmeti kalitesini arttırması konusunda özel sektörün sermaye, uzmanlık ve yenilikçi yaklaşımın-

dan önemli ölçüde yararlanmaktadır. KÖO modelinin sağlık hizmetlerinin daha modern koşullarda sunumunu kolaylaştırması altyapı projelerinin daha kısa sürede bitmesini sağlaması ve daha çok bütçe karlılığı sağlaması gibi nedenlerden dolayı İspanya, Kanada ve İngiltere gibi gelişmiş ülkeler önemli derecede bu modelden yararlanmaktadır (Sekhri vd., 2011: 1498). Hemen hemen her ülkede sağlık hizmeti sunumu, bir tür kamu-özel ortaklığı içerir. Bakımın esas olarak kamu sistemi aracılığıyla sunulduğu ülkelerde, ilaç ve destek hizmetleri gibi birçok girdi özel sektör aracılığıyla sağlanmaktadır. Ağırlıklı olarak özel sektöre ait tesislere sahip ülkelerde, devletler düzenlemeler ve mali teşvikler yoluyla bu tesislerin konfigürasyonunu etkiler. Hastanelerde, bu tür kurumlar tarafından sağlanan birçok işlev nedeniyle durum daha da karmaşıktır (McKee vd., 2006).

Finansman yetersizliğine çözüm olarak ortaya konulan bu model başta İngiltere olmak üzere, İrlanda, ABD, Portekiz ve İspanya gibi birçok ülkede finansman yöntemi olarak kullanılmıştır (Eker, 2007: 60). 1990 yılından 2009 yılına uzanan dönemde KÖO projelerinin üçte ikisinin İngiltere tarafından gerçekleştirildiği ve İngiltere’nin ardından İspanya’nın yer aldığı saptanmıştır. Toplam projelerin % 10’u İspanya tarafından gerçekleştirilirken, toplam projelerin % 2-5’ini de Fransa, Almanya, İtalya ve Portekiz’in gerçekleştirdiği görülmektedir (Kappeler ve Nemoz, 2010: 8).

İngiltere’de yeni hastane inşâsı, yaşlı bakım evleri, personel konaklama yerleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları gibi sağlık sektörünün değişik alanlarında KÖO modelinin kullanıldığı görülmektedir. Ulusal Sağlık Hizmeti (USH) (National Health Service [NSH]), 1997 yılından itibaren toplam “126 KÖO Hastane Projesi” başlatmıştır. Bunların toplam ekonomik değeri ise yaklaşık 15 milyar Euro’yu bulmuştur. USH, 2000’li yılların başından 2012 yılına kadar KÖO modeli ile toplamda 100 hastane projesi gerçekleştirmiştir (Songur ve Top, 2018: 161).

İngiltere de KÖO modeli ile yapılan hastanelerin en önemli artılarından biri denetleme mekanizmasının sisteme dâhil olması olmasıdır. KÖO öncesinde ne özel hastaneler ne de kamu hastaneleri denetlenmemiş ve bu durum sistemde aksaklıklara yol açmıştır. Ama KÖO modeli ile yapılan hastaneler denetimler ile güçlendirilerek daha iyi bir hizmet sunulmasını sağlamıştır. İngiltere’de KÖO modelinden önce hastane birlikleri tarafından yapılan resmi bir hizmet izlemesi bulunmamaktadır ve birlik yöneticileri bütçe dâhilinde hizmetlerin sunulmasından sorumludur. Bu koşullarda kullanıcılardan gelen bir sorun ya da şikâyet olduğunda ilgili yönetici tarafından doğrudan müdahale

leyle sorun çözülebilirken, KÖO ile bu tür durumlarda problemin çözümü daha uzun bir zincir gerektirmektedir. KÖO’nda sorunla ilgili yönetici ile irtibata geçilmesini sorumlu hizmet sağlayıcıdan isteme zorunluluğu ortaya çıkmıştır (Spiering ve Dewulf, 2006: 36).

Günümüz dünyasında sağlık hizmetlerinin yerine getirilebilmesi için KÖO modelinin yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Bu modele yönelik ülke örneklerine bakıldığında; (inovaturk.com, 2018)

- 2010 yılında Stockholm’da açılan ve dünyanın en büyük KÖO hastanesi olduğu ifade edilen 700 yataklı Solna Üniversite Hastanesi dâhil olmak üzere dünyada farklı ülkelerde birçok KÖO kapsamında açılan hastaneler bulunmaktadır.
- Yine 2010 yılında Avrupa’da KÖO modeli ile 4 milyar dolarlık bir hastane açılmıştır. Bu modelin en yüksek maliyetli hastanesi 700 yatak kapasitesine sahip olan maliyeti yaklaşık 1,5 milyar Euro olan İsveç’teki Karolinska Hastanesidir. Bu hastane son zamanlarda KÖO ile kurulan en geniş kapasiteli hastanelerden biridir.
- 375 milyon Euro ile yatırımı tamamlanması öngörülen 1465 yatak kapasitesine sahip KÖO örnek olan bir diğer hastane ise İspanya’da kurulan Vigo hastanesidir.
- Kanada’da son 5 yıl içerisinde Ontario, Ouabec ve British Colombia eyaletlerinde yaklaşık 10 milyar dolar kadar sağlık hizmetleri KÖO modeli kapsamında gerçekleştirilmiştir.
- Avusturalya da 1997 ile 1999 yılları arasında gerçekleştirilen sağlık alanında kamu özel ortaklığında ilk olarak 2 hastanede KÖO projesinin, kamu tarafından özel sektöre yaptırılıp belirlenen süre zarfı geçtikten sonrada işletmesinin özel sektörde kaldığı model kullanılmıştır (Bkz Tablo 1 (BOO modeli)). Fakat bu yöntem başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bunun üzerine Avusturalya yetkilileri hastanenin tüm varlığını ve yönetimini geri almıştır. Daha sonra Türkiye’nin mevcut sistemi olan belirlenen süreden sonra kamuya devredilen KÖO modeli ile sistem değiştirilmiş ve ardından 4 hastane daha yapılmıştır (Tekin, 2017: 12).

Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinde KÖÖ, dünya genelinde yaşlanan nüfusa, tıbbi teknolojik gelişmelere ve politika değişikliklerine bağlı olarak sağlık hizmeti sunumundaki hızlı değişim, hükümetlerin sağlık hizmeti maliyetlerini

arttırma ve devlet bütçelerini azaltma gibi sorunlarla başa çıkması anlamına gelmektedir.

Tablo 1. Hastane Hizmetinde Kamu-Özel Ortaklığı Modelleri

Modelin Türü	Modelin İçeriği
Franchising	Kamu otoritesi, mevcut hastaneyi yönetmek için özel bir şirketle sözleşme yapar
DBFO (tasarım, inşa, finans, işletme)	Özel konsorsiyum, kamu otoritesinin belirlediği gereksinimlere göre tesisler tasarlar, tesisi inşa eder, sermaye maliyetini finanse eder ve tesislerini işletir.
BOO (inşa et, sahip ol, işlet)	Kamu otoritesi belirli bir süre için (örneğin 30 yıl) hizmet satın alır ve bunun ardından mülkiyet özel sağlayıcıda kalır.
BOOT (inşa et, sahip ol, işlet, devret)	Kamu otoritesi, mülkiyetin kamu otoritesine geçtiği belirli bir süre için hizmet satın alır.
BOLB (satın al, sahip ol, geri kirala)	Özel müteahhitin hastaneyi inşa etmesiyle başlayan süreç, tesisin geri kiralınmasıyla kamu otoritesi tarafından yönetilir.
Alzira modeli	Özel yüklenici, belirli bir nüfusa bakım sağlamak için sözleşmeli hastane inşa eder ve işletir.

Kaynak: McKee vd., 2006

Yukarıda Tablo 1’de gösterilen modellerin dünyadaki örnekleri McKee vd. (2006) tarafından şu şekilde özetlenmiştir; Avustralya, çeşitli eyaletlerde farklı versiyonları olan en çeşitli model yelpazesine sahiptir. Birleşik Krallık’taki Özel Finans Girişimi (PFI), bir tasarım, inşa, finans ve işletme (DBFO) modelidir. İngiliz modelinde, genellikle inşaat sektöründeki bir şirket, bir hastane inşa etmek ve klinik dışı hizmetler sağlamak için bir sağlık otoritesi ile sözleşme yapmak için “özel amaçlı bir araç” oluşturacaktır. Müteahhit, biri banka ile (projenin finansmanını sağlamak amacıyla); biri inşaat firmasıyla (hastanenin inşaa edilmesi süreci) ; ve bir tanesi, sözleşmenin ömrü boyunca, tipik olarak 30 yıl boyunca yönetmek için bir tesis yönetim şirketi ile olmak üzere üç tür taşeron sözleşmesi imzalamaktadır. Sözleşme süresince, verilen hizmet karşılığında gelirin bir kısmını ödemeyi, hastanenin yapısını işler bir şekilde tutmayı ve (anlaşma şartlarına bağlı kalarak) tesislerin yönetimini üstlenmeyi kabul eder. İspanya, Kanada ve Portekiz gibi ülkelerde de benzer modellerin uygulandığı görülmüştür. İrlanda’da da uygulanmaya başlamıştır ve henüz hastaneleri finanse etmek için kullanılmasa da Yunanistan’da da diğer altyapıların tedariki için kullanılmıştır.

Ülkemizde ise bu modelin tanımı yapılmamasına karşın literatür bilgisi ışığında, (tasarım, inşa, finans ve işletme) DBFO modeli ve BOOT (inşa et, sahip ol, işlet, devret) modeline kısmen benzerlik gösterdiği söylenebilir. DBFO modeli ile benzerliği birleşik krallıkta olduğu gibi belirli bir süre sonra hastanenin kamuya devredilmesidir fakat DBFO’da geçen tasarım kısmı ülkemizde özel sektörün kendi inisiyatifiyle gerçekleşmektedir. BOOT modelinin uymayan kısmı ise özel şirket kesinlikle kiraladığı süre boyunca bile hastanenin sahibi olmamasıdır, bir nevi işletmecisidir ve hizmeti karşılığında sözleşmede belirlenen tutarda ücretini alır. Her iki modelde de sağlık yatırımı yapılmış olup sağlık harcamaları kamu gider kalemine ve bütçeye yansımayacaktır.

Sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeyinin farklı olması nedeniyle değişiklikler gösterebilmektedir. Türkiye’de 2000’li yıllar öncesinde sağlık uygulamaların ciddi problemler yaşanmıştır. Bu problemler birçok ulusal platformda masaya yatırılmış nihai olarak 2002 yılında sağlık sektöründe önemli reformlar gerçekleştirilmiştir. 2003 yılında Türkiye’de uygulanmaya başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” ile sağlık hizmetlerinin daha etkin, verimli, çağdaş ve kaliteli olabilmesi amacıyla ilk adım atılmıştır (Atasever, 2018: 25).

Türkiye’de KÖO ortaklığına yönelik ilk uygulamaların Osmanlı Devleti’ne kadar uzandığı görülmektedir. Bu dönemde finansman yetersizliklerini gidermesi için, kamu hizmet alt yapısının kurulması için özel sektörün desteği alınmıştır. Günümüzde uygulanmakta olan (yap-kirala, yap-işlet, yap-işlet- devret ve işletme hakkı devri gibi) gibi farklı kavramlarla ifade edilen modeller aslında kamu özel ortaklığı uygulamalarının benzer örneklerinden biridir.

Günümüzde sağlık hizmeti veren kuruluşların kimi kamu kimi ise özel hukuk karakterlidir. Kamu sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunmakta olup yeniden yapılanma süreci içinde Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde ağırlığı özel sektöre devretmektedir. İlk adımını 6 Ocak 2005 tarihinde atılmış ve Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun ile diğer resmi kuruluşlarda bulunan sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı bünyesine alınmıştır (Sözer, 2014: 218). Ardından 03.07.2005 tarihli 5396 nolu kanun ile “Yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama

karşılığı yaptırılabilir” (resmigazete.gov.tr).

Kanunu ile devam eden bu süreç, son olarak da 21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca “Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” çıkarılmıştır (mevzuat.gov.tr). Bu da Kamu Özel İşbirliği (KÖİ)’nin başka bir deyişle Kamu Özel Ortaklığının (KÖO) yasal dayanağı olmuştur.

Son yıllarda Türkiye’deki bazı şehirlerde bulunan devlet hastaneleri “Entegre Sağlık Kampüsleri”, “Sağlık Kentleri”, “Bölge Hastaneleri” ya da daha sıkça kullanılan “Şehir Hastaneleri” adı altında tek bir komplekste birleştirilerek KÖO modeli aracılığıyla finanse edilmesi, kurulumunun yapılması ve işletme uygulaması ile oluşturulmuştur. Bundan sonra kamu kurumları olan devlet hastaneleri yarı özerk hale getirilerek, özel şirketle ortak hizmet vermeye devam edecektir. Bu durum göstermektedir ki, sağlık hizmetleri daha fazla piyasayı merkez alan bir yapı oluşturulacaktır (Gökkaya vd., 2018: 137).

Türkiye sağlık sektörüne KÖO modelinin uygulamasıyla; özel sektörün finansman kaynaklarını kamu yatırımlarına kullanmak, özel sektörün hızlı karar verebilme ve yaratıcılığını projeye entegre edebilme, riski paylaşabilme, böyle bir altyapının oluşturulması; her iki tarafın da en iyi bildiği ve yetkin olduğu işleri yapması, sağlık tesisi hizmete girinceye kadar kamu tarafından herhangi bir ücret almamak, fon sağlama nedeniyle 8-10 yıl süren binanın inşaat süresini kısaltması, sınırlı kamu kaynağı sorununu aşmak, finansal kiralama sayesinde yıllar içinde yayılan yatırım yükünü artırarak tıbbi olanlar hariç hizmet alma ve özel sektör tarafından yapılan alanların çalıştırılması amaçlanmıştır (Öztürk vd., 2018:29). Türkiye de şehir hastaneleri kurulurken birtakım bürokratik aşamalardan geçmektedir. İnce eleyip sık dokunan modelde Sağlık Bakanlığı etkin bir şekilde işleyişin içerisinde bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, KÖO sözleşmelerinin geliştirilmesi, ihalesi ve icra edilmesinde kilit bir role sahiptir. Bakanlığın, sözleşmeyi ihaleye çıkarmadan önce, ön fizibilite raporunu Yüksek Planlama Kurulu’nun (YPK) onayına sunması gerekmektedir. YPK’nın sekretaryası olarak görev yapan Kalkınma Bakanlığı, Kurul’un karar sürecinde gerekli teknik çalışmaları organize ve koordine etmektedir. Kalkınma Bakanlığı, garantiler açısından Hazine Müsteşarlığının ve kamu finansmanı açısından da Maliye Bakanlığının görüşlerini almaktadır. Oluştur-

duğu görüşünü, projenin ihaleye çıkarılması konusunda ön izin verecek olan YPK'ya sunmaktadır. Bu denetim kurumları teknik hazırlıkları yetersiz bulurlarsa, gerekli değişikliklerin yapılmasını isteyebilmektedir. Ön izin süreci tamamlandıktan sonra, Bakanlık ihale sürecini başlatmakta ve kazanan teklif sahibiyle sözleşmeyi müzakere etmekte ve imzalamaktadır. Finansman sürecinde de finansal kurumlarla "Doğrudan Anlaşma" (direct agreement) yapmaktadır. Doğrudan anlaşmalar, görevli şirketin başarısızlığında, finansman kurumlarının sürece hızla müdahale ederek, farklı bir şirketi görevlendirmesine ve böylece hem kendi haklarının korunmasına hem de kamu hizmetinin sunumunun aksamamasına yardımcı olmaktadır (Emek, 2017: 151).

Ülkemizde bölgelere ayrılan hastaneler insanlara daha iyi şartlarda hizmet edip en son teknolojik alet ve ekipmanlar ile donatılmıştır. Hasta yakınlarının yüksek standartlarda konaklaması ve yatak kapasitesinin yükseltilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca ileri teknoloji düzeyine sahip laboratuvarlarının ve araştırma merkezlerinin sektörde önemli bir ilerlemeye neden olacağı düşünülmektedir. Bunların yanı sıra hasta ve yakınlarının yararlanabileceği fonksiyonel sosyal tesisler, medikal otellerde konaklama olanakları, alışveriş merkezi gibi yapılar da mevcut bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti göz önünde bulundurularak otopark ve peyzaj alanları, merkezi acil ve yoğun bakım üniteleri, merkezi eczaneler, kreşler yapılmıştır (Yılmaz ve Karakaş, 2011; 44).

Türkiye de projelerinin büyüklüğü nedeni ile en göze çarpan şehir hastaneleri Ankara Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleridir. Ankara Etlik Şehir Hastanesi 890 milyon Euro tahmini maliyeti ile Dünyadaki en büyük Kamu Özel Ortaklığı hastanesidir. Hastane 1.313.358 m² içerisinde 3810 hastane yatağı, 131 ameliyathane, 904 poliklinik odasından oluşmaktadır. Ankara Etlik Şehir hastanesinin ise 2019 yılında 3577 hastane yatağı, 125 ameliyathane ve 797 poliklinik odasıyla açılması planlanmaktadır. Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri için hastane yatakları başına düşen kapalı alan 300 m²'nin üzerinde olup ABD'nin 198m² ortalamasına göre oldukça üzerinde olduğu görülmektedir (Öztürk, 2018: 8). Türkiye'de faaliyete geçen Şehir hastaneleri Tablo-2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Türkiye’de Faaliyete Geçen Şehir Hastaneleri

Şehir Hastaneleri	İller	Yatak Kapasitesi	Toplam Oda Sayısı	Kaç Yılında Faaliyete Geçti
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Adana	1595	12913	15/09/2017
Eskişehir Şehir Hastanesi	Eskişehir	1235	6869	30/10/2018
Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi	Elazığ	1038	8980	01/08/2018
Isparta Şehir Hastanesi	Isparta	800	471	24/03/2017
Kayseri Şehir Hastanesi	Kayseri	1607	1031	05/05/2018
Manisa Şehir Hastanesi	Manisa	558	3535	27/10/2018
Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Mersin	1330	8800	03/02/2017
Yozgat Şehir Hastanesi	Yozgat	475	3470	12/01/2017
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Ankara	3704	3830	14/03/2019
Ankara Etlük Şehir Hastanesi	Ankara	3577	26700	Yapımı devam etmektedir.
Konya Şehir Hastanesi	Konya	1250	12913	05/08/2020
Bursa Şehir Hastanesi	Bursa	1355	10200	16/07/2019
Gaziantep Şehir Hastanesi	Gaziantep	1875	1458	Yapımı devam etmektedir.
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	İstanbul	2682	26000	20/04/2020
Kocaeli Şehir Hastanesi	Kocaeli	1207	10201	Yapımı devam etmektedir.
İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	İzmir	2060	15618	Yapımı devam etmektedir.
Kütahya Şehir Hastanesi	Kütahya	610	408	Yapımı devam etmektedir.
Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cümaloğlu Şehir Hastanesi	Tekirdağ	605	576	13/12/2020

Kaynak: a) khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr ; b) khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr

SONUÇ

Dünyada Kamu özel sektör işbirliği ile birçok sektörde hizmet verilmektedir. Sağlık alanında KÖO modeli yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde de yaklaşık olarak son 6-7 yıldır çoğunun yapımı tamamlanan şehir hastanelerinin mantığı bu şekilde oluşturulmuştur. Tablo 2 de belirtildiği gibi şehir hastanelerinin her bölgeye yayılarak hizmet vermesi olası sağlık vakalarına karşı bir güç niteliğindedir. Nitekim Covid-19 hastalığının tüm dünyada yayılarak bir pandemiye dönüşmesi sonucu, birçok ülkenin sağlık sistemi çökmüş ve hastaların yoğun bakım ihtiyacını karşılayacak ekipmanlar ve sağlık kuruluşları yetersiz kalmıştır. Ancak ülkemizde bu noktada şehir hastanelerinin varlığı yoğun bakım ünitelerinin fazla olması ve entegre kampüslerin getirmiş olduğu avantajlar neticesinde hiçbir zaman yoğun bakım üniteleri tam doluluk yaşamamış ve ülkedeki insanlar sağlık hizmetlerine erişebilmişlerdir.

Şehir hastanelerinin yüksek teknolojik yapıları ve poliklinik sayılarının fazla olması Avrupa’da en büyük ve en donanımlı hastanelerin (Bilkent Ankara Şehir Hastanesi) ülkemizde bulunması sağlık turizmi açısından da ülkemize katma değer sağlamıştır. Yine şehir hastanelerinin büyüklüğü sebebi ile destek ve yardımcı personelin fazla olması, hastanenin bulunduğu ilin ekonomisine katkı sağlayarak, iş ve istihdam imkanlarının artmasına neden olmuştur. KÖO modeli ile yapılan şehir hastanelerinin sağlık harcamalarına yansımayaarak ülkemizin kamu bütçesine yansımaması, ekonomik olarak refaha ve sağlık olarak da tam teşekküllü sağlık hizmetlerinden insanların faydalanmasına vesile olmuştur.

Şehir hastanelerinin kurulması ile birlikte illerde bulunan devlet hastaneleri boşaltılmış bu binalar birçok ilde atıl durumda kalmıştır, bunların topluma kazandırılması bir işletme, okul, avm vb. gibi binalara dönüştürülmesi topluma ve ekonomiye fayda getireceği düşünülmektedir. Yine şehir hastanelerinin yapım maliyeti ve kamunun kar ve zarar durumunun şeffaf bir şekilde paylaşılması, kamuoyu bilgi kirliliğinin önüne geçileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Atasever, M. (2018). Şehir Hastaneleri Araştırması. Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Bult-Spiering, M., and Dewulf, G. (2008). Strategic issues in public-private partners-

- hips: An international perspective. John Wiley & Sons.
- Eker, H., H. (2007), Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri. Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları, Ankara.
- Emek, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi, 7 (1) , 139-168.
- Fil, İ. (2017). Türkiye’de Hastanelerin Temel Göstergelerinin İncelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ganapathy, K. and Reddy, S. (2021). Technology Enabled Remote Healthcare in Public Private Partnership Mode: a Story From India. In Telemedicine, Telehealth And Telepresence, 197-233.
- Gökkaya, D. (2021). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi , (31) , 73-96.
- Gökkaya, D., İzgüden, D. ve Erdem, R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi , 9 (20), 136-148.
- Greve, C., Christensen, L. T., Tvarnø, C., Nielsen, S. N., and Denta, S. M. (2021). Public-Private Partnerships in The Healthcare Sector: Limited Policy Guidelines, but Active Project Development in Denmark. Journal Of Economic Policy Reform, 1-15.
- Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., Tabrizi, J. S. and Gordeev, V. S. (2021). Public-Private Partnerships in Primary Health Care: a Scoping Review. BMC Health Services Research, 21(1), 1-18.
- Kappeler, A. and Nemoz, M. (2010). Public-Private Partnerships in Europe-before and during the recent financial crisis. Economic and Financial Report, 2010/04, 1-30.
- Kerman, U., Altan, Y., Aktel M. ve Eke, E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,17(3), 1-23.
- McKee, M., Edwards, N. and Atun, R. (2006). Public-Private Partnerships for Hospitals. Bulletin of the World Health Organization, 84, 890-896.
- National Audit Office (2011). Lessons from PFI and other Projects. Report by the Comptroller and Audit General, UK.
- Organ, A ve Tekin, B.(2017). Şehir Hastanesi Kuruluş Yeri Seçimi İçin Entropi Ve Gri İlişkisel Analiz Yaklaşımı: Denizli İli Örneği. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(3),s.256-278.
- Öztürk, Y., Kırac, R. ve Banaz, M. (2018). The Place Of Public - Private Partnership In Turkish Health Services, 4. International Journal of Health Administration and Education Congress, pp.27-34.
- Sehri, N., Feachem, R. and Ni, A. (2011). Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential to Improve Health Care Access, Quality, and Efficiency. Health Affairs, 30(8), 1498-1507.
- Songur, C. ve Top, M.(2018).Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Paydaş Görüşlerine Dayalı Bir Alan Araştırması, Sosyal Güvenlik Dergisi, 8(1), 159-186.
- Sözer, N. (2013). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şe-

- hir Hastahaneleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 15, 215-254.
- Strasser, S., Stauber, C., Shrivastava, R., Riley, P. and O'Quin, K. (2021). Collective Insights of Public-Private Partnership Impacts and Sustainability: a Qualitative Analysis. Plos One, 16(7), e0254495.
- Tan, Turgut (1995). İdari Sözleşme Kuramına İlişkin Gözlemler. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 50 (3), 291-309.
- Tekin, P. Ş. (2017). Küresel Kamu Özel Ortaklığı Uygulamaları ve Türkiye Sağlık Sektörü Açısından Bir Değerlendirme. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 16(2), 5-20.
- Tekin, P. Ş. ve Çelik, Y. (2010). Analysing Public-Private Partnership Policy as a Financing Method in Turkey Health Sector With Political Mapping. [Bildiri], 7th Biennial Conference in Organisational Behaviour in Health Care, Mind the Gap: Policy and Practice in the Reform of Health Care, University of Birmingham, Birmingham, UK.
- Thadani, K. B. (2014). Public Private Partnership in the Health Sector: Boon or Bane. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 157, 307-316.
- Torchia, M., Calabrò, A., and Morner, M. (2015). Public-Private Partnerships in The Health Care Sector: a Systematic Review of The Literature. Public Management Review, 17(2), 236-261.
- Whyte, E. B. and Olivier, J. (2016). Models of Public-Private Engagement for Health Services Delivery and Financing in Southern Africa: a Systematic Review. Health Policy And Planning, 31(10), 1515-1529.
- Yılmaz, F.Y., ve Karakaş, D.G. (2011). Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı'nın Yapısal/Konjonktürel ve Türkiye'ye Özgü Nedenleri, Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu, 6-7 Mayıs 2011.
- Yong K.S. and Thuc, L. D. (2021). Life Cycle Performance Measurement in Public-Private Partnership Infrastructure Projects. Journal of Infrastructure Systems, 27(4), 06021001.
- Yu, P., and Xu, Y. (2022). Public-Private Partnership for Healthcare in China: The Effectiveness on the Regional Cities of Healthcare Service. In Handbook of Research on Current Trends in Asian Economics, Business, and Administration, 328-348.
- <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-2.htm>, erişim tarihi 15.01.2022
- <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20146282.pdf> erişim tarihi 17.01.2022
- a)<https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-43796/sehir-hastanelerimiz.html#> erişim tarihi 25.01.2022
- b)<https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-43920/yapimi-devam-eden-sehir-hastanelerimiz.html> erişim tarihi 25.01.2022
- <http://inovaturk.com.tr/2016/10/14/ulkemizdeki-sehir-hastanelerinin-dayandigi-model-kamu-ozel-ortakligi/> erişildi, 14.01.2022
- <https://www.jliedu.com/blog/public-private-partnerships-in-health-promotion/> erişim: 28.01.2022

Günümüzde özellikle içinde bulunduğumuz COVID - 19 pandemisi sürecinde mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak adına sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumu ve yönetimi önem arz taşımaktadır.

Sağlık Hizmetleri Yönetimi ve sağlık alanındaki yenilikler, multidisipliner araştırmalar, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili çok çeşitli ve sürekli güncellenmesi gereken faaliyetleri içermektedir. Bölümler; konu hakkında detaylı güncel bilgiler içererek, yönetmelikler ve uygulamalar geniş bir yelpazede sunulmuştur. Kitabın öğrencilere, akademisyenlere, sağlık idarecilerine, sağlık çalışanlarına faydalı ve önemli bir kaynak olmasını dilerim.

