

5. Tıp Hukuku Günleri

SAVAŞ, MÜLTECİLİK ve FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİ



“Prof. Dr. Hüseyin Cahit ÖZEN anısına”

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Sermet KOÇ
Yrd.Doç.Dr. Muhammet CAN
Prof. Dr. Nadir ARICAN



SAVAŞ, MÜLTECİLİK ve FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİ

“Prof. Dr. Hüseyin Cahit ÖZEN anısına”



23-24 Ekim 2015
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Oditoryumu

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Sermet KOÇ
Yrd.Doç.Dr. Muhammet CAN
Prof. Dr. Nadir ARICAN



ADLİ TIP
UZMANLARI
DERNEĞİ



İSTANBUL
ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL
TIP FAKÜLTESİ



İSTANBUL
BAROSU



İSTANBUL
TİP ODASI



HAS KÖR
HASTAHANELERİ
DERNEĞİ



MÜLTECİLERLE
DAYANIŞMA
DERNEĞİ



ADLİ TIP UZMANLARI
DERNEĞİ

5. TIP HUKUKU GÜNLERİ: SAVAŞ, MÜLTECİLİK VE
FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİ
PROF. DR. HÜSEYİN CAHİT ÖZEN ANISINA

BİRİNCİ BASKI
NİSAN 2016, İSTANBUL

ISBN: 978-605-66686-0-9

GRAFİK - TASARIM
www.eyluldizayn.org

BASIM YERİ
Ege Reklam ve Basım Sanatları San. Tic. Ltd. Şt.
Esatpaşa Mh. Ziyapaşa Cd. No:4/1 347047 Ataşehir - İSTANBUL
Tel: 0.216 470 44 70 www.egebasim.com.tr

ADLİ TIP UZMANLARI DERNEĞİ (ATUD) YAYINIDIR.

İSTANBUL BAROSUNUN KATKILARIYLA

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ	1
ÖZGEÇMİŞ	2
TOPLANTI PROGRAMI	5
AÇILIŞ VE ANMA KONUŞMALARI	
Prof.Dr. Nadir Arıcan	8
Prof.Dr. Sermet Koç	9
Prof.Dr. Şebnem Korur Fincancı	14
Günesen Pars	16
Uz.Dr. Can Özen	17
KONFESRANS	
Devletlerin Katılan Sınırları ve Mültecilik / Prof. Dr. H.Neşe Özgen	22
PANEL-1 SAVAŞ, GÖÇ VE SAĞLIK	
Mülteciler ve Sağlık Hakkı / Uz.Dr.F. Deniz Mardin	28
Halk Sağlığı Sorunu Olarak Göç / Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan	34
Göç ve Edirne Deneyimi / Dr. Mehmet Kaya	49
PANEL-2 MÜLTECİLİK VE RUH SAĞLIĞI	
Türkiye'de Mülteci Sorunu ve Ruh Sağlığına Yansımaları / Uzm. Psk. Esra Işık	52
Suriyeli Mülteciler ve Ruh Sağlığı / Yrd. Doç. Dr. Ceren Acartürk	61
İstanbul'daki Suriyeli Mültecilerde Din, Kültür ve Sağlık / Önver Çetrez, Valerie DeMarinis and Timuçin Aktan	63
“Yerinden Olmak”, “Kimliğinden Olmak” mı?: Göçün Kimlik Üzerine Etkileri, “Nesilden Nesle İntikal” ve Mülteciler Hukuku Üzerine / Prof. Dr. Gökhan Oral, Sema Sözer Dabanlıoğlu, Yrd. Doç. Dr. Tunç Demircan	83
PANEL-3 GÖÇ VE HUKUK	
Göç ve Adli Tıp Alanına Yansımalar / Uz. Dr. Lale Tırtıl	94
Mülteciler ve Çalışma Hayatı / Prof.Dr. Kuvvet Lordoğlu	105
Mültecilere Hukuksal Destek: İstanbul Barosu'nun Tutumu ve Çalışmaları/ Av. Bedia Ayşegül Tansen	114

KURS: FELAKET MAĞDURLARINDA KİMLİKLENDİRME VE BİLİRKİŞİLİK

Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi (F2K) / Cihangir Erdemir.....	124
Toplu Ölümelerde Adli Tıp Uzmanının Rolü / Doç.Dr.Safa Çelik.....	130
Felaket Kurbanlarının Kimliklendirmesi ve Adli Biyoloji/ Uz. Dr. Ömer Müslümanoğlu.....	136
Toplu Ölüm Olgularında Travma Analizi / Uz. Dr. M. Feyzi Şahin.....	143
Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesinde Adli Antropoloji / Yrd. Doç. Dr. Özge Ünlütürk.....	147
Kitleseel Ölüm Olgularında Dişlerden Kimlik Tespiti / Dr. PhD Hüseyin Afşin.....	156
Felaketlerde Ölüm Nedenleri ve Mekanizmaları / Prof.Dr. Sermet Koç.....	179
Psikolojik İlk Yardım / Prof.Dr. A.Ufuk Sezgin.....	187
İnsani Yardım Gerektiren Durumlarda Mülteci ve Sığınmacıların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı / Doç. Dr. Gürkan Sert.....	194
Gönüllü Sağlıkçıların ve Arama Kurtarma Ekiplerinin,Afet Kurbanlarının Adli Kimliklendirmesi ve Defin İşlemleri Konularında Bilmesi Gereken Bazı Hukuki Durumlar / Yrd.Doç.Dr. Mustafa Ferudun Çelikmen.....	199
FOTOĞRAFLARLA PROF. DR. HÜSEYİN CAHİT ÖZEN.....	211

SUNUŞ

5. Tıp Hukuku Günleri İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı ve Adli Tıp Kurumu eski başkanlarından Prof. Dr. Hüseyin Cahit ÖZEN'in anısına 23-24 Ekim 2015 tarihlerinde yapıldı. Adli Tıp Uzmanları Derneği (ATUD) tarafından düzenlenen ve İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul Tabip Odası, İstanbul Barosu, Mülteciler Derneği, Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği, Adli Ostoloji, Odontoloji ve Kimliklendirme Derneği tarafından desteklenen 5.Tıp Hukuku Günleri'nin ana teması “Savaş ve Mültecilik” olarak belirlenmişti. Toplantımızın birinci gününde, Prof. Dr. Hüseyin Cahit ÖZEN'i anma konuşmaları ve ailesine plaket verilmesini takiben, “Savaş ve Mültecilik” konusu konferans ve panellerle değişik açılardan ele alındı. Toplantımızın ikinci gününde ise, ana konumuz ile yakından ilişkili olmak üzere, “Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi ve Bilirkişilik” konusu ilgili katılımcılara kurs şeklinde sunuldu. Daha önceki Tıp Hukuku Günlerinden sonra olduğu gibi, toplantı konuşmalarını sizlere bir kitap halinde sunuyoruz. Son yıllarda maalesef “Savaş”, “Mültecilik” ve “Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi” konuları tüm toplumun gündeminde çok yer tuttu ve korkarız ki önümüzdeki dönemde de yer tutmaya devam edecek. Bu konularla karşılaşmak her ne kadar bizleri çok üzmemekte ise de, adli bilimleri çok yakından ilgilendiren bu konuları ustalarının anlatımıyla gündemize taşımaktan ve yayımlamaktan memnuniyet duyuyoruz. Tüm konuşmacılara, katılımcılara ve ayrıca toplantı sürecindeki özel katkılarından ötürü İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu'na, toplantı kitabının yayımlanmasına katkılarından ötürü İstanbul Barosu Yönetim Kurulu'na çok teşekkür ediyoruz. Değerli adli bilimciler, bundan sonraki yıllarda da adli bilimlerin önemli isimlerinin anısına bir saygı ifadesi olarak Tıp Hukuku Günleri'nin sürdürülmesi ve sizlerin bu toplantılara katılımı en önemli beklentimizdir. Saygılarımızla.

Editörler

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Şebnem Korur FİNCANCI (*Düzenleme Kurulu Bşk*), Prof. Dr. Nadir ARICAN, Prof. Dr. Sermet KOÇ, Prof. Dr. Ümit BİÇER, Uz. Dr. Lale TIRTIL, Doç. Dr. Gökhan ERSOY, Doç. Dr. Gürkan SERT, Yrd. Doç. Dr. Muhammet CAN, Doç. Dr. Ümit ÜNÜVAR, Uz. Dr. Oğuzhan EKİZOĞLU, Av. Ümit ERDEM.

PROF. DR. HÜSEYİN CAHİT ÖZEN (1914- 2001)



Hüseyin Cahit ÖZEN Bursa, Orhangazi İlçesi Gemiç Köyünde doğmuştur. Babası Ahmet Özen Beyefendi, annesi Emine Penbe Hanımdır. 1927 yılında Gemlik İlkokulundan, 1934 yılında Bursa Lisesinden, 1940 yılında İstanbul Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. 1940-1942 yılları arasında Çatalca'da tabip teğmen olarak askerlik görevini yapmıştır. 1942-1947 yılları arasında Ankara Numune Hastanesinde önce patolojik anatomi daha sonra da sinir ve akıl hastalıkları asistanlığı yapmış, her iki tıp dalında uzman olmuş, Ankara Numune Hastanesinde Patoloji Anatomi Laboratuvarında

çalışmıştır. 1947 yılında Adli Tıp doçenti olmuş, 1948 yılında Ankara Tıp Fakültesi Adli Tıp doçentliğine atanmıştır. 1950 yılında Ankara Tıp Fakültesi tarafından altı ay süre ile Londra Tıp Fakültesi Adli Tıp Enstitüsüne gönderilmiş, önce Londra Guy's Hospital'da daha sonra Edinburgh Tıp Fakültesi Adli Tıp Enstitüsünde çalışmıştır. Dönüşte iki ay süre ile Paris Tıp Fakültesi Adli Tıp Enstitüsüne devam etmiştir. Ankara Hukuk Fakültesinde Adli Tıp dersleri de vermiştir. 1954 yılında Adli Tıp Profesörlüğüne yükseltilmiştir. 1955 yılında Adalet Bakanlığı Adli Tıp Müessesesi ve Meclis Başkanlığına tayin olunarak 1969 yılına kadar bu görevde kalmıştır. 1969 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Kürsü Profesörlüğüne seçilmiştir. 1971 yılında itibaren uzun süre İstanbul Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesinde de adli tıp dersleri, 1976-1978 yılları arasında Bursa Tıp Fakültesinde Adli Tıp dersleri vermiştir. 1977 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsü Başkanlığına vekaleten tayin olunmuş ve Adli Tıp Kürsüsü Başkanlığı ile birlikte iki yıl süre ile bu ek görevi de sürdürmüştür. 1983 yılında emekli olduktan sonra sözleşmeli personel statüsü ile Adli Tıp Kurumunda 1. İhtisas Meclisi Başkanlığı yapmıştır. Adli Tıp alanında dört ders kitabı ve çok sayıda makalesi bulunmaktadır. Prof. Dr. Cahit Özen 3 Ocak 2001 tarihinde hayata gözlerini kapamıştır.

ESERLERİ :

Asistan ve Doçent iken yayınlanan makaleleri

1. **Corpus Callosum Agenesiası Vak'ası** münasebetiyle yayınlanan makale (Prof. Dr. Kamile Mutlu ile birlikte, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası Yıl:7 sayı:3, 1944)
2. **Sıtmanın sinir isitemi üzerinde yaptığı anatomi-histolojik değişmeler** (Anadolu Kliniği Mecmuası, Ekim 1955, Ankara)
3. **Şuurlu delilikler ve cezai sorumluluk** (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt:3, sayı:1-2 , 1949)

4. **Muhiti sinir felçlerinde maluliyet derecesinin takdiri**
(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt: 4,sayı:1-2, 1950)
5. **İngiltere'de sağlık hizmetleri**
(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt:5, sayı:1-2, 1951)
6. **Rigor Mortis**
(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt:5, sayı:3-4, 1951)
7. **Adalet ve Tıp**
(Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, cilt:8, sayı:1-2, 1951)
8. **Adli Tıp ve Sosyal Tıp bakımından Türk Medeni Kanununun bazı maddelerinin tetkiki**
(Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, cilt:8, sayı:3-4, 1951)
9. **İrsen intikal eden vücut hususiyetleriyle hüviyet tespiti**
(Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, cilt:9, sayı:1-2, 1952)
10. **Objektif metodlarla yaş tayini**
(Adalet Dergisi, Prof.Dr. Behçet Kamay ile birlikte. sayı:6, sahife:719-730, 1954)
11. **Adli Tıp bakımından vücut organlarındaki hususiyetlerden cinsiyet tayini**
(Prof. Dr. Behçet Kamay ile birlikte,Adalet dergisi, sayı:7, sahife:842-848, 1954)

1954 Yılında Profesörlüğe seçildikten sonraki yayınları

1. **Asılıp Kurtulanlarda Görülen Ruhi ve Bedeni Değişmeler**
(Adli Tıbbi Ekspertiz Mecmuası, sayı:1, 1955)
2. **Kıllarla Hüvviyet Tespiti**
(Adli Tıbbi Ekspertiz Mecmuası, sayı:2, 1955)
3. **Toksik Psikozlarda Cezai ve Hukuki Mesuliyet**
(Adli Tıbbi Ekspertiz Mecmuası, sayı:37, 1955)
4. **Hürriyeti Tehdit Eden Cezaların İnfazında Tıbbi Kontr Endükasyonlar**
(Adli Tıbbi Ekspertiz Mecmuası, sayı:7, 1955)
5. **Kriminogenesis'in Organik ve Biolojik Esasları**
(Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası, sayı:3, 1957)
6. **Esrara Karşı Alışkanlık ve İptila Meselesi**
(Adli Tıp Ekspertiz, sayı:33,1958)
7. **Kemikleşme Mihraklarının Tetkiki İle Yaş Tayini**
(Adli Tıp Ekspertiz, sayı:52,1959)
8. **Epilepsi ve Adli Tıp Meseleleri**
(Adli Tıp Ekspertiz, sayı:65-66-67,1960)
9. **Travmalardan Sonra İş ve Güçten Geri Kalma Müddetinin Tayini**
(Adli Tıp Ekspertiz, Eylül 1964)
10. **Adli Tıp Bakımından Erkeklerde Cinsel İktidarsızlık**
(Adli Tıp Ekspertiz, Mayıs, Haziran, Temmuz sayısı ,1965)
11. **Trafik Suçları ve Adli Tıp Meseleleri**
(İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü Yayınlarından no:14 sahife:54-70 İstanbul,1967)
12. **Kanuni Ehliyet**
(Nöro Psikiyatri Arşivi Özel Kongre İlavesi,125-130, 1967)
13. **Adli Tıpta Gelişmeler**
(Dirlik Aylık Dergisi sayı:1-2, sahife:16-20, 1968)
14. **Türkiye ve Doğu Ülkelerinde Esrar Problemi Üzerinde Çalışmalar**
(İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,sayı: 32 sahife: 543-562,1969)
Doç.Dr.Hayri Sözen ile beraber

15. Hürriyeti Bağlayıcı Cezalarda, İnfazın Ertelenmesini Gerektiren Hastalıklar

(İ.Ü. Tıp Fakültesi, Mecmuası sayı:33 sahife: 314-328,1970)

16. Uyuşturucu Maddelere Karşı Mücadele

(Hastürk Yayınları sayı:1 sahife:123-134, 1972)

17. Alışkanlık Yapan İlaçların Organizmada Yaptığı Patolojik Değişiklikler

(Patoloji Bülteni, cilt:1, sayı:1, sahife:101-104, 1974 - Ankara)

18. İlaç Alışkanlığı ve Adli Tıp Sorunları

(İ.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt:38, sayı:1, sahife:141-151, 1975)

Cahit Özen, Erdem Akkaya

19. Yüz Yaraları Komplikasyonları ve Adli Tıp Sorunları

(İ.Ü. Hukuk Fakültesi Mecmuası, cilt:XLI, sayı: 1-2, sahife:15-24, 1975)

Cahit Özen, Erdem Akkaya

20. Traffic Accidents and Forensic Medicine

(28 May-1 June 1975)

Cahit Özen, Erdem Akkaya

21. Genel Anestezi Komplikasyonlarında Patolojik Bulgular

(Ankara Patoloji Derneği Mecmuası, cilt:2, sayı:1-2, sahife:3-9, 1975)

Cahit Özen, Mehmet Aykaç

Üyesi olduğu yerli-yabancı dernekler

Türk Nöro-Psikiyatri Cemiyeti

Türk Patoloji Cemiyeti

Londra Forensic Science

**PROF DR CAHİT ÖZEN'İN ARDINDAN (Adli Tıp Bülteni; 2001, 6/ 1: 32.)
Şebnem Korur Fincancı**

Sizsiz bir eksikliğiz Hocam...!

Bu yılın hemen başında eksildik. Gittiniz, bizleri sizden yoksun bırakarak, eksilterek. İçimizde kocaman bir boşluk bıraktı, gidişiniz.

Öğretmenliği sizden öğrendik, öğretmenle öğrenci arasındaki farkın yalnız bir gece olduğunu da. Okumaya aşık beyniniz, okuyamayan gözleriniz için göz olmak onurlandırdı bizleri. Okumayı yeniden öğrendik.

Özdemir Asaf "sevmek ölümü yenmektir" diyor ya, biz de ölümü yendik sevginizle. Aklın egemen olduğu bilim dünyasında, sevgiyi eksik etmemeyi öğrettiniz bize.

O öğrettiklerinizle şimdi sizin ölümünüzü de yeniyoruz.

Hergün adınızın önünden geçiyorum, öğrencilerimle buluşmaya. Hep aynı heyecanla, sizin beni izlediğiniz o dersliğe giriyorum. Yirmi çift gözle izliyor, yirmi çift kulakla dinliyorsunuz biliyorum. Her gece öğrenci başlayıp, öğretmen bitiriyorum günü.

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı kurucusu, Adli Tıp Kurumu önceki Başkanlarından, Hocam Prof. Dr. Hüseyin Cahit Özen'i öğrencisi olmaktan duyduğum onurla ve sevgiyle anıyorum.

Her zaman öğrenciniz,

Şebnem Korur Fincancı

Toplantı Programı

23 EKİM 2015 CUMA

- 09.00-10.00:** AÇILIŞ ve ANMA - Prof. Dr. Cahit ÖZEN
10.00-10.45: KONFERANS
 Prof. Dr. Neşe ÖZGEN
 Sınır
- 10.45-11.00:** ARA
- 11.00-13.00:** PANEL
 SAVAŞ, GÖÇ VE SAĞLIK
Kolaylaştırıcı: Prof. Dr. Şebnem KORUR FİNCANCI,
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp AD
- Mültecilik ve Sağlık Hakkı**
 Dr. Deniz MARDİN
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
- Halk Sağlığı Sorunu Olarak Göç**
 Prof. Dr. Zeki KILIÇASLAN
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
- Göç ve Edirne Deneyimi**
 Dr. Mehmet KAYA
Helsinki Yurttaşlar Derneği Gönüllüsü
- 13.00-14.00:** ARA
14.00-16.00: PANEL
 MÜLTECİLİK VE RUH SAĞLIĞI
Kolaylaştırıcı: Prof. Dr. Tamer AKER
KOU Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
- Türkiye'de Mülteci Sorunu ve Ruh Sağlığına Yansımaları**
 Psik. Esra IŞIK, *KOU Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları – Ruhsal Travma Birimi*
- Kilis Mülteci Kampı Çalışmaları ve Değerlendirmeler**
 Psik. Ceren ACARTÜRK,
Şehir Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı
- İstanbul'daki Suriye'li Mültecilerde ve Din, Kültür ve Sağlık**
 Önver ÇETREZ
Psychology of Religion and Cultural Psychology, Uppsala University, Sweden
- Yerinden Olmak mı Kimliğinden Olmak mı? Göç ve Travmanın Nesiller Boyu Etkisi.**
 Prof. Dr. Gökhan ORAL
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
- 16.00-16.15:** ARA
16.15-17.45: PANEL
 GÖÇ VE HUKUK
Kolaylaştırıcı: Prof. Dr. Ümit BİÇER
KOU Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
- Göç ve Adli Tıp Alanına Yansımalar**
 Uzm. Dr. Lale TIRTIL
Adli Tıp Kurumu
- Çalışma Hakkı ve Mülteciler**
 Prof. Dr. Kuvvet LORDOĞLU
KOU Çalışma Ekonomisi Anabilim Dalı

Mültecilere Hukuksal Destek; İstanbul Barosunun Tutumu ve Çalışmaları
Av. Bedia Ayşegül TANSEN
İstanbul Barosu İnsan Hakları Merkezi

24 EKİM 2015 CUMARTESİ

KURS: FELAKET MAĞDURLARINDA KİMLİKLENDİRME VE BİLİRKİŞİLİK

08.30-10.30: 1. OTURUM

Kolaylaştırıcı: Prof. Dr. Sermet KOÇ/ Doç. Dr. Gökhan ERSOY
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Adli Tıp AD & Adli Tıp Kurumu Morg İ.D./ İ. Ü. Adli Tıp Enstitüsü

FELAKET MAĞDURLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİNDE;
Olay Yeri İncelemesi, Polis Kriminal Dairesi Başkanlığı

Adli Tıp Uzmanlarının Rolü, Soma Maden Kazası ve Diğer Örnekler
Doç. Dr. Safa ÇELİK, *Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi*

Adli Biyoloji
Uz. Dr. Ömer MÜSLÜMANOĞLU, *Adli Tıp Kurumu Biyoloji İhtisas Dairesi*

Travma Analizi
Uz. Dr. Feyzi ŞAHİN, *Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi*

Adli Antropoloji
Yrd. Doç. Dr. Özge ÜNLÜTÜRK, *Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi*

Adli Diş Hekimliği
Dr. Ph. D. Hüseyin AFŞİN, *Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi*

10.30-10.45: ARA

10.45-12.15: 2. OTURUM

Kolaylaştırıcı: Prof. Dr. Nadir ARICAN/ Yard. Doç. Dr. Ümit ÜNÜVAR
İstanbul Üniversitesi Tıp Fak. Adli Tıp AD/ Maltepe Üniversitesi Tıp Fak. Adli Tıp AD

Felaketlerde Ölüm Nedenleri ve Mekanizmaları
Prof. Dr. Sermet KOÇ, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Adli Tıp AD & Adli Tıp Kurumu Morg İ.D.*

Felaket Mağdurları ve Yakınlarına Psikososyal Destek
Prof. Dr. Ufuk SEZGİN, *İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp AD*

Felaket Mağdurlarının Karşılaştıkları Sorunlara Hukuksal Etik Yaklaşım: Mağdurlarda ve göçmenlerde üreme sağlığı sorunları
Doç. Dr. Gürkan SERT, *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Tıp AD, HAYAD*

Sivil Arama Kurtarma Ekibi ve Gönüllü Sağlıkçıların Çalışmaları, Acil Tıp Uygulamaları
Yrd. Doç. Dr. Feridun ÇELİKMEN, *Yeditepe Ün. Tıp Fakültesi Acil Tıp AD*

12.15-12.30: DEĞERLENDİRME

**AÇILIŞ VE
ANMA
KONUŞMALARI**

Prof.Dr.Nadir ARICAN'ın konuşması

Hocamızın değerli yakınları, sevgili katılımcılar hoş geldiniz. Gelenekselleşen etkinliğimiz, alanımıza katkı sağlamış değerli hocalar anısına **“Tıp Hukuku Günleri”** adı altında düzenleniyor. Bu sene de Cahit Özen hocamız için bir araya geldik. Tüm adli tıp camiasının yakından tanıdığı, benim de görev yaptığım İstanbul Tıp Fakültesinin hocası olan Cahit hocamızla benim çalışma şansım olmasa da, asistanlığa başladığım ilk günlerde tanışma şansım oldu. Elime tutuşturulan ilk kitaplardandı hocamızın kitabı. Halen kütüphanemde durur, zaman zaman da kaynak olarak başvururum. Bu anlamda hocamıza alanımıza yaptığı katkılarından dolayı çok çok teşekkür ediyorum.

Bu toplantının düzenlenmesinde katkısı bulunan başta düzenleme kurulu olmak üzere, değerli konuşmacılara ve destekleyen kurumlara teşekkür ediyorum. Çıktılarıyla önemli bir toplantı olacak, gündemi yakalayan bir konu “savaş ve mültecilik”. Bu bilimsel toplantının ardından sunulan bildirilerin de derlenerek kitapçık haline getirilmesinin alana büyük katkısı olacağına inanıyorum. Cahit hocanın eserleri de bu şekilde devam etmiş olacak. Saygılarımı sunuyorum.



Prof. Dr. Sermet KOÇ'un barkovizyon ile konuşması:

Değerli katılımcılar, Cahit hocamızın saygı değer ailesi, bu toplantılar ile ilgili birkaç cümle söyledikten sonra hocamız ile ilgili sunumda bulunmak istiyorum. Bu toplantılar 4 yıl önce adli tıp alanında emeği geçmiş, kaybettiğimiz, değerli hocalarımızın anısına başlatılmıştır. Bu toplantılar ilk olarak hem hukukçu kimliği ile avukat, hem de adli tıp uzmanı olan *Av. Dr. Hasan Çankaya* anısına düzenlenmiştir. “Tıp Hukuku Günleri” tıp ve hukuku ilgilendiren güncel ortak konularda; özellikle adli bilimler alanında yaşanan sorunları gün ışığına çıkarmak, bir çözüm getirmek için planlanmıştır ve hala da devam etmektedir.

Cahit hocamızı, ilk kez asistanlığa başladığım 1987 yılında Adli Tıp Kurumunda kurul başkanırken tanıdım. Kendisini daha önce bizzat tanımasam da, kitaplarından dolayı biliyor ve çok saygı duyuyordum, bu saygım kişiliğini görüp izlememle daha da arttı. Son derece sıcak ve sevecen üslubuyla Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulu'ndaki toplantılarda bizlere çok önemli bilgiler ve tecrübeler aktardı. O dönemki hocalar arasında mizaç olarak kendi tarzıma en yakın hoca olarak gördüm. Uzun zamandır, hocamızın adli tıp alanına yaptığı katkıları bir anma toplantısıyla paylaşmak istiyorduk. İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalının değerli hocaları bizleri destekledi. Hocamızın torunu ve meslektaşımız *Dr. Can Özen*'in (kendisi bir ara Adli Tıp Kurumunda da asistan olarak görevde bulunmuştu, şimdi artık Acil Tıp uzmanlığını aldı) katkılarıyla ben bu sunumu hazırladım. Ona ve emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Cahit hocamız 1914 yılında, Bursa'nın Orhangazi ilçesi Gemiç Köyü'nde doğuyor. Babası *Ahmet Efendi* tarım işleri ve zeytincilikle uğraşıyor. Annesi *Emine Pembe Hanım*. Hocamızın o günleri ile ilgili bilgilerimiz oldukça sınırlıdır. 1927 yılında Gemlik İlkokulu'ndan, 1934 yılında Bursa Lisesi'nden mezun oluyor. Çok başarılı bir öğrenci olduğunu biliyoruz ve İstanbul Tıp Fakültesi'ne girerek Türk Talebe Yurdu'nda kalıyor. O dönemin İstanbul koşullarını bilmiyoruz. Ancak büyük bir gayret gösterdiğini tahmin ediyoruz. Bu resimde hocamızı çocukluğu ve gençliğinin geçtiği Orhangazi Gemiç Köyü'ndeki o eski tipik köy evlerinin önünde görüyoruz (**Resim1**). İstanbul Tıp Fakültesindeki öğrencilik yıllarından kesitler: Bu resimde önünde durdukları bina Çapa ya da Cerrahpaşa olabilir (**Resim 2**). O dönemdeki tek tıp fakültesi olan İstanbul Tıp Fakültesi'nin öğrencilerinin eğitimlerini hem Çapa, hem Cerrahpaşa, hem de Haseki'deki hastanelerde olmak üzere sürdürdüklerini biliyoruz. Bu resimde ise, Cerrahpaşa'daki hastane bahçesinde arkadaşlarıyla beraber, soldan üçüncü sıradaki kişi Cahit hocamız, diğer iki kişinin ise kim olduğunu bilmiyoruz (**Resim 3**). Tıp fakültesi öğrencilik yıllarında Ankara gezisinde Ulus'ta çekilmiş bir resim (**Resim 4**). Tıp fakültesinden mezun olduktan

sonra 1940-1942 yılları arasında Çatalca'da tabip teğmen olarak askerlik görevini yapıyor, o dönem 2. Dünya Savaşı koşullarında tekrar askere alınıyor, 1945 yılında teğmen olarak terhis ediliyor (**Resim 5**). Askerlik döneminden sonra 1942-47 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi'nde patolojik anatomi asistanlığı, daha sonra da ruh ve sinir hastalıkları asistanlığını yapıyor ve iki dalda peş peşe uzman oluyor. Bu resim o yıllarda arkadaşıyla Ulus'ta yürürken çekilmiş (**Resim 6, 7**). Ankara Numune Hastanesi'nde patoloji-anatomi laboratuvarında uzman yardımcısı ve aynı zamanda ek görevle Ankara Belediye Hastanesi Sağlık Kurulu'nda uzman üyesi olarak görev yapıyor, o yıllardan bir resim görüyoruz (**Resim 8**). Ankara'daki döneminin son yıllarında olsa gerek. O dönemki mevzuata göre, bir bilim dalı ile ilgili eserleri olan kişilerin doçent olması mümkün; hocamız çalışmaları, eserleri yeterli ve iyi olduğu için 1948 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin açtığı sınava başvuruyor ve adli tıp doçenti olmayı hak kazanıyor (**Resim 9**). Böylece hocamız nöro-psikiyatri (nöroloji, psikiyatri), patolojik anatomi ve adli tıp olmak üzere 4 alanda uzmanlığı olan birisidir. Bu alanlarda çok sayıda makalesi bulunmaktadır.

Hocamız, 1950 yılında Ankara'da Tıp Fakültesi tarafından 8 ay süreyle Londra Tıp Fakültesi Adli Tıp Enstitüsü'ne gönderiliyor. Sonra, 2 ay da Paris Adli Tıp Enstitüsü'nde çalışıyor, yurtdışı deneyim kazanıyor (**Resim 10**). Ülkemize dönüşte Hukuk Fakültesi'nde adli tıp dersleri veriyor. İlk adli tıp kitaplarını da bu dönem içerisinde yazıyor.

Bu resim Adli tıp açısından tarihi önemde bir resimdir (**Resim 11**). Adli tıbbın önemli isimlerinden *Prof. Dr. Ethem Akif Battalgazi* yaşamının son döneminde evinde ziyaret ediliyor: ortada *Prof. Dr. Ethem Akif Battalgazi*, sağında yine çok önemli bir isimimiz *Ankara Tıp Fakültesi Adli Tıp hocalarından Prof. Dr. Behçet Kamay*, solunda *Doç. Dr. Cahit Özen* hocamız, ayakta sağdan sola: *Prof. Dr. Ethem Akif Battalgazi*'nin kızı *Neriman Kara*, *Doç. Dr. Haluka Menteş*, *Doç. Dr. Cahit Ardalı*. Haluka Menteş hocamız *Ankara Tıp Fakültesi*'nden *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi*'ne geçerek Adli Tıp Kürsüsünü kuran ve aynı zamanda ilk adli kadın adli tıp uzmanı olan hocamızdır, maalesef kendisini çok genç yaşta kaybetmişiz.

Atatürk'ün naaşının 10 Kasım 1953 öncesinde İstanbul'dan Ankara'ya Anıtkabir'e taşınması olayında (**Resim 12**), Cahit Özen hocamız *Prof. Dr. Kamile Mutlu* (Türkiye'nin ilk kadın patolog ve ilk kadın profesörü) ile birlikte adli tıp uzmanı olarak önemli bir görev üstleniyor. Hocamız 1954 yılında *Ankara Tıp Fakültesi*'nde profesörlüğe yükseltiliyor. Hemen sonrasında Adalet Bakanlığı tarafından kendisine bir teklif ile merkezi İstanbul'da bulunan Adli Tıp Müessesesi'nin başkanlığına getiriliyor ve böylece 14 yıl başkanlığını yürütüyor (**Resim 13**). Daha sonra 1969 yılında Adli Tıp Müessesesi başkanlığından ayrılarak İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki adli tıp profesörlüğüne atanıyor. Kendisinden sonra Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden *Prof. Dr. Şemsi Gök* hocamız Adli Tıp Müessesesi başkanlığına getiriliyor.

Benim asistanlığında gözlemlediğim bir birinden çok farklı bu iki ismin (Şemsi Gök-

Cahit Özen) son dönemlerinde aralarındaki sıcak bir ilişkiye tanık olmuştumdur. Buradan da çıkarılacak önemli dersler olduğunu düşünüyorum. Adli Tıbbın bu iki önemli ismi, mizaçları çok farklı olmakla birlikte, etrafa aralarında iyi bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Cahit Özen hocamız 1983 yılında yaş haddinden üniversiteden emekli olduktan sonra da, sözleşmeli personel statüsüyle Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Meclisi Başkanlığı yapmıştır. Hocamız 1970'li yıllardan itibaren İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nde adli tıp dersleri vermiştir. 1976-78 yılları arasında yeni kurulan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde adli tıp dersleri vermiştir. 1972 yılında bir toplantıda çekilen bu resimde Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin kurucu isimleri *Prof. Dr. Osman Barlas* ve *Prof. Dr. Hikmet Altuğ* ile birlikte görülmektedir (**Resim 13**). Bu resim de İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki öğretim üyeliği döneminden (**Resim 15**). 1950-52 yıllarına ait bu resimde Prof. Dr. Cahit Özen'in oğlu *Güneş Özen*, kızı *Günesen Pars*, ve eşi *Kıymet Özen* görülüyor (**Resim 16**). Bu resimde ise, pasaportunda eşi *Kıymet Özen* ve oğlu *Sadi Özen*'in fotoğrafları yer alıyor (**Resim 17**). Cahit Özen hocamızın eşi *Kıymet Özen* ile oğlu *Güneş Özen*'i de yakın zamanda yitirdiğimizi öğrendik. Bugün hocamızın kızı *Günesen Pars* ile torunu Dr. Can Özen (*Güneş Özen*'in oğlu) aramızda... Hocamızın 4 torunu bulunmaktadır. Hocamızı soğuk kış günü; 3 Ocak 2001 tarihinde kaybettiğimizi öğrendik. Kendisini rahmetle anıyoruz. Hocamızı tanıyan artık az sayıda tanık kaldı. Adli Tıp Kurumu ve İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki son döneminde onu yakından tanıyan *Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı* hocamız birazdan onu bize anlatacak (**Resim 18, 19**).

Hocamızın eserlerine gelince, 4 dalda uzman olan hocamızın 4 kitabı bulunmaktadır. Adli Tıp ve Adli Tıp Bilimlerinin tarihi ile ilgili kitapları bulunmaktadır. İlk kitabı 1952 yılında Hukuk Fakültesi öğrencileri için hazırladığı adli tıp ders kitabı. Bu kitap, daha sonra geliştirerek hacmi artarak tekrar yayınlanıyor. İkincisi; 1971 yılında *Prof. Dr. Hayri Sözen* ile birlikte (*Şevki* hocamızın babası) yazdığı “*Adli Tıp ve Toksikoloji*” kitabı. Bu kitap halen adli tıpçıların kaynak kitapları arasındadır. Benimde asistanlık ve sonraki dönemlerde faydalandığım önemli bir eserdir. Yine hocamız tıp tarihine de yol gösterici olmuştur. Üçüncü eseri *Prof. Dr. Bedi N. Şehsuvaroğlu* ile birlikte hazırlamış olduğu “*Dünyada ve Yurdumuzda Adli Tıbbın Tarihçesi ve Gelişmesi*” İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası'nda 36/60 cilt sayısı ile basılmıştır. Bu kitapçık, adli tıp tarihçesi ile ilgili son derece güzel bilgiler içeren ve halen bu bilgilerin ana kaynağına ulaşma şansımız olmayan bir eserdir. Prof. Dr. Cahit Özen'in yine çok önemli bir eseri, *Prof. Dr. Şemsi Gök* ve *Dr. Nihat Erölçer* ile beraber hazırladıkları “*Adli Tıpta Yaş Tayini*” kitabıdır (Adli Tıp Müessesesi'nin 1 no'lu yayını). Yaş tayini konusunda bizdeki ilk kitaptır. Bizim için yıllarca temel başvuru kaynağı olmuştur. 1976 yılında yine “*Acil Durumlarda Adli Tıp Sorunları*” adlı bir kitap bölümü de hazırlamıştır. 1976 yılında Adli Tıp Ders Kitabı tekrar kısaltılarak tekrar yayımlanmıştır. Resimde oğlu *Güneş Özen*'in adına imzalanarak armağan edilmiş kitaplarının iç kapağı görülmektedir (**Resim 20, 21**).

Makalelerine gelince, ilk makalesi *Prof. Dr. Kamile Mutlu* ile birlikte hazırladıkları, 1944'de İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası'nda yayımlanan “*Corpus Callosum Agenesiası Vak'ası*” olup, bunu diğerleri izlemiştir. Hem psikiyatriyi hem de adli tıbbi birleştiren çok sayıda makalesi bulunduğu dikkati çekmektedir (Bakınız: Özgeçmiş ve Eserleri).

Hocamızın önce öğrencisi olan sonra asistanı olan *Dr. Suphi Ayvaz* (kendisi maalesef yurt dışında olduğu için bu toplantımıza katılamamıştır) tarafından kaleme alınmış kitapçıkta (*Sevgi ve Dostluk Bahçemden 2002'ye Merhaba*) hocamızla ilgili anıları, izlenimleri “**Adli Tıp Derslerinin Melek Kalpli Hocası**” başlığı ile anlatılmış. Bu kitapçıktan bir-iki paragraf okuyorum: “*Adli hekimlik, tıbbın tüm olanaklarından yararlanarak bilimsel yöntemlerle adalete hizmet veren, bazan küçük bir kanıtla esrarengiz bir olayın düğümünü çözen ilginç bir uzmanlık alanıdır. Adli hekimlikte konular kavga, intihar, cinayet ekseninde toplanır, başlangıçta önemsiz gibi görünen bir ipucuyla nice cinayetlerin, kazaların aydınlanması sağlanabilir. Patolojik anatomi, nöro-psikiyatri ve adli tıp uzmanlıklarına sahip Prof. Dr. Cahit Özen yalnız benim değil, tüm tıbbiye tarafından bir baba ölçüsünde sayılan, dünyanın en hoşgörülü hocalarından birisiydi. Adli tıbbın 2000'ler başlarındaki kadar medyanın gündemine girmediği öğrencilik dönemimizde, Cahit hocanın dersleri izlemek, nefes almadan polisiye roman okumakla eşdeğerdi. En soğukkanlı arkadaşlarımızın bile zorlandığı otopsilere, hocamızın yumuşacık, sevecen ses tonu sayesinde dayanabildiğimizi yıllar sonra fark ediyorum. Derslerimizde tam bir keyif ve sevi ortamında geçiyordu*” şeklinde devam ediyor (**Resim 22**).

Hocamızın torunu Dr. Can Özen'den aldığım not defterini (ajanda) inceledim. Bizlere, asistanlara, öğrencilere bu defterden aktaracağım notlar, alınacak dersler var. Örneğin, Aksaray'da meydana gelen bir cinayetle ilgili olarak notlarından kısa bahsedeyim. 8 yaşında bir çocuğun cinsel saldırıya uğrayıp daha sonra boğularak öldürülüp bir bodrum katına atılması olayında, aynı apartmanda oturan dört üniversite öğrencisini polis şüpheli olarak gözaltına alıyor. Çocuklar ne yaşadığını bilemiyoruz ama, daha sonra adli tıpta o dönem hocamızın başkanlığında yapılan çalışmalarda o günün koşulları çerçevesinde kan grup, subgruplardan yola çıkarak konu aydınlatılıyor. Sonuçta, aynı apartmanda oturan başka bir şahsın katil olduğu anlaşılıyor. Bir başka örnek: Diatomlar konusu defterde bir tarafta Latin, bir tarafta Arap alfabesiyle ele alınmış. Konu her iki alfabe ile yazılmış çok sayıda kaynaktan notlar çıkarılarak özetlenmiş. Araştırma şeklini göstermek açısından gösterdim (**Resim 23**). Üçüncü örnek, Adli tıp tarihçesini hazırladığı kitapta Adli Tıbbın önemli bir ismi; ilk Adli Tıp kitabını çıkaran *Dr. Agop Handanyan*'la ilgili notları var. Bunun için bir yandan 1951'de yayımlanan “*Ermeni Hekimler*” isimli kaynaktan faydalıyor, onunla da yetinmiyor, telefonla Kumkapı'daki Patrikhane'den bir kişi ile konunun görüşülmüş olduğunu anlıyoruz. Dördüncü örnek, yine aynı şekilde Prof. Dr. Ethem Akif Battalgazi ile ilgili kısmı hazırlarken de, Ethem Akif Battalgazi'nin damadı ile görüşülmüş ve kitap bu bilgilerin ışığında kaleme alınmış. Ne kadar özenle, emek vererek hazırladığını göstermek açısından buradaki genç arkadaşlar görsün diye aktardım. Not defterinde alıntı olarak yer

alan bir söz dikkat çekiyor: **“Ahlak, kurallarının aynen uygulanması değildir, Ahlakın anlamı düşüncededir”** (Resim 24).

10 Kasım 1953 yılında Atatürk'ün naaşının İstanbul'dan Ankara'ya Anıtkabir'e taşınmasında patolog *Prof. Dr. Kamile Mutlu* ile birlikte adli tıp uzmanı görev almıştır. Hocamızla ilgili olarak, *Can Dünder*'in *Milliyet Gazetesi*'nde 10 Kasım 2003'de yayımlanan “Kefen sıyrıldı ve...” başlıklı yazısında şöyle denilmektedir:

Tabuta konulacak mektup

Salondaki herkes Atatürk'ü tek tek gördükten sonra naaş, tekrar solüsyonla ıslatıldı. Ata'nın başı pamuklarla örtüldü ve vücudu beyaz kefenle sarıldı. Bu sırada bir komiser, orada görevli adli tıp doçenti Dr. Cahit Özen'in yanına yaklaşıp avucunda taşıdığı bir kâğıdı gösterdi ve şöyle dedi: Bu kâğıdı, Atatürk'ün hemşiresi Makbule Hanım gönderdi. Kefenin içine Atatürk'ün göğsü üstüne konmasını istiyor. "Doç. Özen, kâğıda bir göz attı. Eski Türkçe bir şeyler yazılıydı. Böyle bir kâğıdı Atatürk kabul etmez. Bize kızar, darılır" dedi. Komiser kâğıdı katlayıp cebine koydu gözden uzaklaştı. Bir önceki sözde ifade edildiği gibi... O törende dini vecibeler yine yerine getiriliyor, bununla beraber Cahit hocamızın dinle bilim ilişkisine olan yaklaşımını da bize gösteriyor.

Adli tıp ve adli bilimlere imzasını güçlü bir şekilde atan bu büyük ismimizi saygı ile anıyoruz (Resim 25).

NOT: Resimler kitabın sonunda yer almaktadır.



Prof. Dr. Şebnem KORUR FİNCANCI'nın konuşması

Kurumumuzun en eski dönemlerinden hocamızı tanıyanlardan biri de benim. Adli tıbbın artık en kıdemli, en yaşlı hocası olarak ortak pek çok anımız var. Cahit hoca ile ilk tanışmam 30 yıl önce idi. Hocamızı ne yazık ki 2001 yılında yitirdik. Doçentlik sınavımda olmasını çok isterdim; ancak olamamıştı. Ben sınavı geçer geçmez Adli Tıp Kurumu'na geçtim. Koşarak, doğru Cahit hocama sarılıp fotoğraf çekti miştim. Benim akademisyen olmamda Cahit hocamızın çok emeği vardır. Adli tıp ülkemizde Fransız ekolüyle gelişmiştir, Osmanlıdan itibaren... Cahit hocam da bu alana Anglosakson ekolünü getirmiş insanlardan birisi olarak başka bir soluk katmıştır. Bu ülkede şu anda farklı farklı, değişik ekollerle yaşıyoruz. Türkiye ekolüyle yetişmemiz mümkün olmuyor. Ben de Cahit hocamın ekolüyle yetiştiğimden onun dilini anlamak daha kolay geliyor. Hayatımı adli tıp alanında şekillendiren iki hocam vardır. Birisi Şemsi Gök hocam, diğeri de Cahit Özen hocamdır. Belki onun için biraz ilginç bir tablo var ortada. Sevgili Sermet'in de söylediği gibi; Şemsi hocamın öfkelerini, Cahit hocamın da sabrını bilince, korumaya ve hepsini bir arada yaşamaya çalışınca, bazen çok öfkeli bazen de çok sabırlı oluyorsunuz. Belki de bu iki hocamın etkileriyle yetiştiğimizdendir. Şimdi bakın bu fotoğrafta sevgili Rafet, sevgili Muazzez hanım var (**Resim 18**). Aslında slaytları seçerken, acaba ne kullansam diye çok düşündüm. Çünkü okumayı inanılmaz seven araştırmayı çok seven biri olan Cahit hocamdan akademisyenliği öğrendim. Cahit hocam akademisyen kimliğini oluşturmamda çok etkili olmuştur (**Resim 19**). Nasıl bir akademisyen olunması gerektiğini gösterdi bize kendi kişiliği ile. Bugün geriye dönüp baktığımda, gerçekten hayranlık duyuyorum Cahit hocaya. Ne yazık ki birlikte çalıştığımızda görmesiyle ilgili gittikçe ağırlaşan sorunları vardı. Görememenin, okumayı bu kadar seven insan için verilecek en büyük cezalardan biri olduğunu söylerdi her zaman. Okuyamamak onu çok üzerdi, ama okumaktan uzak kalmadı hiç. Bir araya geldiğimizde düzenli olarak abonesi olduğu yurt dışından gelen dergileri, Türkçe yayınlanan dergileri okuturdu bana. Sonunda da sürekli “sen bu dönem benim gözüm oldun” derdi. Onun gözü olmak benim için çok önemliydi. Onun gözü gibi davranırken bir yandan da ben öğrenirdim. Literatür takip etmeyi ondan öğrendim. Aslında bu düzeyde literatür takip etmek güncel araştırmaları merak etme yaklaşımı ve davranışı çok yeterli değildi bu alanda. Adli tıp, uluslararası çalışmalarla uluslararası düzeye ulaşma anlamında Türkiye'de, Cahit hocama çok şey borçludur. O nedenle burada gerçekten bizim onu özlemle anıyor olmamız, bizim alanımızdaki çalışmalarının katkısını biliyor olması genç arkadaşlarım için önemlidir. Elbette, son dönemlerinde İstanbul Tıp Fakültesine geçişimde de Cahit hocamın çok büyük katkısı oldu. Adli Tıp Kurumunda çalışırken, adli tıbbın yapılanması ve bilirkişiliğin bilimsel boyutu yönünden İstanbul Tıp Fakültesine geçişimin daha uygun olacağını söylemiş, üniversiteye geçiş sürecimde çok

destek olmuştur. Sevgili Sermet Koç'a bu organizasyonun oluşumuna katkısından dolayı çok teşekkür ederim. Ayrıca, böyle bir düzenleme yaptıkları için Cerrahpaşa Tıp Fakültesine çok teşekkür ederim.

Bu fotoğrafın içinde Cahit hocamız da var. Bizim adli tıbbın ilk dergilerinden, Adli Ekspertiz dergisinde kıllar ile ilgili çalışma yapmış. Kimliklendirmede işe yarayabilir mi diye üzerinde durmuş. Sevgili Sermet de gösterdi, ben de bu fotoğrafı beğeniyorum.

Yalnızca bilim insanı kimliği değil aynı zamanda sosyal ilişkileri ve gerçekten beyefendi tavrı da hepimiz için yol gösterici olmuştur. Sevgili ailesi hoca için her zaman çok değerliydi.. O ailesini aile bireyleriyle de sınırlı tutmaz, aileyi genişletecek şekilde davranırdı. Sevgili eşi Kıymet hanımefendiyle de sık sık bir araya gelirdik, evlerine davet ederlerdi, birlikte sohbetler ederdik, o sohbetler benim için çok değerliydi. Son dönemlerde görme sorunu daha da arttığı için zorlukla yürüyordu. Ona rağmen Çapa'ya bizi ziyarete gelirdi. İstanbul Tıp Fakültesi'nde ölümünden önce tedavi görmekteyken en azından elini tutabilmişim, hocamın yanaklarını öpebildim. Ayrılmadan önce ona teşekkür edebildim, çünkü üzerimde çok emeği vardı. Sadece benim değil, zincirleme bir reaksiyonla sonrasında bizim temas ettiklerimizde de emeği olmuştur. Şu an yanımızda olmayabilir ama o sevgiyi, onurlu anısını hep yüreğimizde taşıyoruz. 2001 yılında Adli Tıp Bülteninde bir veda yazısı yazmışım hocama. Onun öğrencisi olmaktan hep gurur duydum. Onu sevgiyle, özlemle bir kez daha anıyorum. Bu toplantı için de, özellikle böyle bir toplantılar dizisi başlattığı için kendi mezun olduğum fakültem, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ve özellikle Adli Tıp Anabilim Dalının öğretim üyelerine ve çalışanlarına bir kez daha şükranlarımı sunuyorum.



Günesen PARS'ın konuşması

Öncelikle bana bu günü yaşatan, bu toplantıyı düzenleyenlere, emeği geçenlere çok çok teşekkür ederim. Prof. Dr. Cahit Özen benim en iyi arkadaşımdı. Bana o kadar değerler kattı ki...O benim sevgili babam, sevgili arkadaşım, benim için bir babadan da öteye geçmiş, bana yön veren, bana doğruluğu, dürüstlüğü, her şeyin en iyisini öğreten çok önemli bir insandı. Allah bana böyle bir baba verdiği için, her zaman şükretmişimdir. Tabi çok anılarım var. Ben 3 yaşındayken İngiltere'ye, Belçika'ya, Bürüksel'e gitmişti. O kadar iyi hatırlıyorum ki, her gece anneme ağlamışım, ben babamı istiyorum, diye. Aramızda bambaşka bir sevgi ve saygı vardı. Bu gerçekten beni duygulandıran hakikaten çok çok güzel bir toplantı oldu. Bir ufak anımı anlatacağım. Ben İstanbul Eczacılık Fakültesi'nde iken tabi o zamanlar cep telefonu yoktu. Sabahleyin babamla sözleşirdik. Öğlen buluşalım, bir yerde yemek yiyelim diye. İstanbul Üniversitesi'nin girişindeki lokantada buluşuyorduk. Onunla yemek yemeyi, arkadaşlarıyla sohbetlerini hiç unutamam. Buradan bu güzel toplantıyı düzenleyen, emeği geçenlere sizlere tekrar teşekkür ederim.

Saygılarımla.



Dr. Can ÖZEN'in konuşması

Sayın hocalarım ve değerli katılımcılar, ben de başta Adli Tıp Uzmanları Derneği olmak üzere sevgili Sermet Hocam'a bu imkanları verdiği ve bu güzel toplantıyı düzenlediği için teşekkür ederim. Ben dedem Cahit Özen'in hayatının son dönemlerine tanık oldum. Bu benim için hem büyük şans oldu, hem de tabii ki üzücü oldu. Onunla daha fazla birlikte olamadığım için üzgünüm. Kendisi hep ailede başka bir tıp doktoru daha olmasını isterdi ancak o yıllarda torunlarının hepsi meslek tercihi yapmamış, yapanlar da tıbbi seçmemişti. Ben de onunla vakit geçirdiğim yıllarda henüz kariyer tercihi yapmamıştım. 15-16 yaşlarındaydım. Şebnem Hoca'nın ifade ettiği gibi gözleri çok iyi görmediğinden ne zaman yanına ziyarete gitsem beni yanına oturtur güncel gazetelerden haberleri bana okutur, dünyadaki gelişmeleri mutlaka radyo ve televizyondan da takip eder, güncel olayları benimle tartışırdı. Bu yıllarda kendisiyle yaptığım tartışmalar bana çok şeyler kattı. Dünya görüşünü, kariyerini, dünyanın genel haliyle ilgili fikirlerini her zaman büyük bir sükûnetle ve sakinlikle benimle paylaşırdı. Bu paylaşımlar benim de kariyer seçimimi ve yaşama bakışımı şekillendirmiştir. Onun ışığında tıp kariyerini seçtiğimi ve doktor olduğumu söylemek fırsatını kaçırmış olmak beni hep üzmüştür. Aile toplantılarımızda o kendine has mizacıyla yaptığı şakalar hepimizi gülmekten kırıp geçirirdi. O bir köşede sakinliğini sürdürüp bu hoş vaktin keyfine varırdı. Kendisi ile son yıllarda oturduğu ev olan Cağaloğlu'ndaki evinde küçük yürüyüşlere çıkardık.



Burada da yapmaktan en çok keyif aldığı şeylerden biri kelimelerin anlamlarını tartışmaktı. Birkaç dili konuşabilirdi. Bu dillere ne kadar hakim olduğunu bilmiyorum ama Arapça'dan, Farsça'dan, Fransızca'dan, İngilizce'den, eski Türkçe'den kelimelerin anlamını paylaşırdı benimle. Bu kelimelerin nereden türediğini söylerdi. Değişik anlamlarının olduğunu söylerdi. Bu sohbetler benim en çok keyif aldığım ve onu en canlı hatırladığım anılardandır. Kendisinin hayata soğukkanlı ve sakin bakışı ile ilgili son bir şey daha paylaşmak isterim. Kendisini kaybettiğimiz günlerde babamdan dinlediğim bir anıdır bu: Hastalığında babam başında beklerdi. Hekimlik birikiminin verdiği soğukkanlılıkla babama devamlı gaita rengini sorarmış, tansiyon ve nabzını takip edermiş, babama bakımı ile ilgili çeşitli önerilerde bulunurmuş. Kendisini kaybetmemizden yarım saat kadar önce tansiyonunu ölçtürmüş, nabzını saydırmış. Değerleri duyunca bundan sonra yapılacak bir şey yok, beni bırakın, demiş ve ebediyete intikal etmiş. Soğukkanlılığını, sakinlikle karşıladığı hastalığını ve vefatını çok kez babamdan dinlemişimdir. Tekrar bu onuru bize yaşattığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımı sunarım.



Prof.Dr. Cahit ÖZEN'in ailesine plaket takdimi

KONFERANS



H. Neşe Özgen

DEVLETLERİN KATILAŞAN SINIRLARI VE MÜLTECİLİK

H. Neşe Özgen¹

Bu konuşmada Ankara, Suruç, Reyhanlı, Roboski, Silvan, Lice ve Cizre'deki ölümleri birlikte anacağım². Zira, yeni bir vatandaş tipi yaratmak için, vatanın sınırlarının yeniden tesisi için şiddetle harekete geçmiş bir iktidar aygıtının karşısına *barış* diyerek, *özgürlükçü ve demokratik bir toplum* diyerek çıkanlara, büyük bir gaddarlıkla saldırdılar. Bu memleket sadece en iyi, en cesur, en güzel seslenen yürekleri kaybetmekle kalmadı; iktidar önce ölenleri itibarsızlaştırarak, sonra da o gaddar ve pervasız şiddetin her anını servis ederek toplumu da terbiye etmeye çalıştı.

Türkiye yeniden sınırlandırılıyor. Ve ülkemiz bu kez bütünüyle sınırlandırılıyor. Roboski, Yüksekova gibi daha evvel var olmayan sınırları şimdi tesis etmeye çalışılıyor, Reyhanlı'da Yayladağ'da sınırın ötesindeki #İŞİD'e açılan kapı, Ankara'da kan akıtıyor. Sınır yeniden tesis edilirken, bu vatanın içindeki vatandaş tipi de yenileniyor, yeniden oluşturuluyor.

Türkiye, Bir Tampon Bölge Olarak: Memleket

Türkiye'de son üç yıldır olan bitenin Türkiye'nin sınırlandırılması ve ülkenin bütünüyle sınır içine alınması meselesi olduğunu anlamak zor değil: Türkiye'nin gerek haritalamış sınırları gerek siyasi uçları dikkate alındığında; bu şiddetin başlangıcının DAES'in ülke sınırları içine alınması ve merkezi iktidarın önce parçalı/kısmi sonra daha bütünsel olarak Suriye'deki şiddet örgütlerine desteğinin kısmi ilanı ile ilgili olduğunu hemen görebiliriz. Benim bu yazıda tartışmak istediğim: Türkiye'nin güney sınırının son üç yıldır bulanıklaştırılmasının, tekinsizliğinin ve şiddetin tüm göstergeleriyle sınırda cisimleşmesinin; ülkeyi bütünüyle *sınır içi alan* (no-Man'sLand- TamponArazi) haline getirdiği ve böylece sınır yeniden tesis edilirken yeni bir vatandaş tipinin de, bu vatanın içindeki vatandaş tipinin de yenilenerek, itaat-çıkar-korku temelli bir vatandaşlığın tesisine zorlanmakta olduğu.

Ulus-devlet aşamasında tesis edilen vatanların haritaları, uluslararası sınırı; karşıyla ve yerelle ve hatta daha ötesi uluslararası ve ulusaşırı birtakım çapraşık, geçişli ve süregelen pazarlıklarla belirlenmeden meşruluğunu sağlayamaz. Türkiye'nin sınırları 1890-1932 arasındaki dönemde büyük bir şiddet sarmalının içinde belirlenmişti. Geçtiğimiz yy. başındaki büyük göçler, büyük kıyımlar, büyük yıkımlar, bunların hepsinin üzerini örten ideolojik ve retorik çerçeve ve yerelin zaman zaman müdahil olabildiği kimi informal pazarlıklarla çizilmiş bu sınırların son üç yıl içinde geçişsizleşmesi, belirsizleşmesi, geçişlerin ve izinlerin bulanıklaşması ve bu yeni sınırın tekinsizleşmesinin sonuçlarını

¹Prof. Dr. Sosyolog. MSGSÜ. Ozgen.nese@gmail.com, yayınlar için: www.neseozgen.net

²Devletin şiddet sahnesinde katlettiği tüm canlara rahmet ve hürmetle.

yaşıyoruz. Dahası bu tekinsizleşmenin temelinde asıl olarak iktidar tarafının pazarlık mekanizmalarının hemen hiç bir uluslararası ve ulus-içi veya yerel mutabakat olmamasının sonuçlarını da yaşıyoruz.

Türkiye yeniden sınırlılandırılıyor: teller ve mayınlar yerini duvarlara bırakır, geçişlerin yerel ve ulusal pazarlık mekanizmaları şiddetle susturulurken; Türkiye'nin içinde yeni sınır bölgeleri de inşa ediliyor: Mülteci kampları, özel güvenli bölge, bir açıp-bir kapatılan ilçe-mahalle sınırları... Türkiye'nin mekanları parça parça sınırlaştırılıyor: Girilmesi yasak ilçeler (Suruç vb.) ve pasaport kontrolünün daha kentin girişinde yer aldığı ve böylece tamamen “Tampon Bölge” ilan edilmiş kentler (Edirne- Erzurum/Akçakale, Tunceli, Lice vb.).

Türkiye'nin sınırları artık bedenlerle ve mutlaka ölü bedenlerle yeniden ve yeniden tesis ediliyor: Bu yeni sınırlara uyum sağlayamayacak olanlar, kendisine verilen haddi aşanlar olarak bize düşen de ya *Mülteci* ya da *Terörist* olmaya razı olmak. Yüzyılın başında şiddet ve pazarlıklarla çizilen sınırlar, şimdi kana-cana bürünmüş ve metaforlaşmış iki imgeyle simgelenmeye başladılar. Uzunca bir süredir bizlere materyalleştirilmiş iki sınır simgesi gösteriyor: Mülteciler ve *Sınırdan geçmeye çalışanlar*.

Mültecilerin mutlak yalnız ve mutlaka çaresiz ve mutlaka kendi vatanlarından ve mutlaka zorla sürülmüş olduklarını sürekli imleyen, bu nedenle mülteciyi anonim bir sınıf-dışı'lığa; oradan da giderek anonim bir kayba eşitleyerek, bir sayıya veya sadece ölü bir çocuk bedenine indirgeyen yeni bir algı geliştiriliyor: Mülteciler-özellikle şefkati hak etmeleri için ya bebek, ya etnik, ya dindaş, ya kadın vb. ama mutlaka ölü olmak ve mutlaka ölürlen de MASUM olmak zorunda bırakılıyorlar.

Bu yolla yani vatanından kaçmak zorunda bırakılanların ya masum ya da şeytan olduğu algısı, bizi kendi vatandaşlığımızın yeniden kurgusuyla başbaşa bırakır: Vatan vazgeçilemeyecek ve etrafı güvenliklerce korunmuş, dört bir yanı düşman tehdidiyle sarılı ve çok şükür ki bunların içeri girmemesi için sınırları ve duvarları olan “bir Cennet,” dışarıya ise “bir Cehennem” olarak yeniden kurgulanıyor.

Böylece yeniden sınırları yükseltilen yeniden sınırlandırılan bu vatanın içindeki insan-vatandaş tiplemesi de ahlakçı bir yargıyla yeniden tesis ediliyor: Ya bizdensin ya onlardan!

Sınırın Vatandaş Burcu: Sınırlaştırılmak veya Sınırın Vatandaşı Olmak³.

Gerçekten öyle midir? Gerçekten vatanımız Misak-i Milli'de çizilmiş olan sınırlarını bir santim değiştirmemiş midir? Gerçekten sınırlar yüksek güvenlikle mi korunmak zorundadır? Ya da tersine: Gerçekten sınırlar kaldırılabilse dünya daha yaşanılır bir yer mi olur? Bu onyılların başında önce Irak'ta sonra Suriye'de patlayan kanlı şiddet, en çok mültecilerin ve aşılın ya da durduran sınırların görüntüleri ve öyküleriyle hayatımıza girdi: Oysa bundan onlarca yıl öncesinde de sınır oradaydı ve genellikle böyleydi. Bir farkla ki: sınırın farkında olanlar sadece sınır insanlarıydı.

³Sınır üzerine literatur ve kaynaklar için bkz. <http://neseozgen.net/sinir-uzerine-yazilar/>

Sınırlar, uçlar, devletin irrasyonel meşruluğunun en iyi görüleceği yerlerdir: O ülkede ne oluyorsa sınırdan da o olur, ama ek olarak sınırdan o ülkede hiç olmayan şeyler de olur: Devletin yasaklanmış aktiviteleri ne kadar beceriyle yasallaştırdığını, kendi sınırlarını meşruluk alanlarını ve geçişe uygun bulduğu arazileri sabit ve değişen politikalarla nasıl çizmekte olduğunu en iyi gösteren 'yer'dir sınırlar. Devlet kendi karşılığını da bir yandan yasallaştırır ve meşrulaştırır ve böylece sınır bu tekinsizliğin, oynaklığın ve keyfiliğin en benzersiz biçimde somutlandığı 'yer'ler haline gelir.

Devlet, suçun soruşturulmasından ziyade suçun yeniden üretiminin pratiklerini en iyi sınır'da dener. Tekinsiz, bulanık ve yarı geçiş halindeki sınırlar öncelikle vatanın ve devletin ve sonra buna uygun vatandaş tipinin en iyi gözlemleneceği yerlerdir. Dahası: Sınır, devletin olduğu kadar vatandaş için de üzerinde pazarlık edebileceği bir irrasyonel olma özelliğini bize en iyi anlatan mekan ve uzamdır.

İktidar sahipleri bunu iki şekilde yaparlar: Sınır ve vatani metaforlaştırarak, gerçek imgeleri bazı materyallerle bezeyerek (mülteci gibi), bu metaforları yeniden üretilen vatandaş kimliğinin ve tabii vatanın bir parçası olarak meşrulaştırarak. Dolayısıyla, bir yer ve mekan olarak sınır, aynı zamanda devletin geçmiş mekan üzerinden yeniden haritalanmasıdır.

Sınırlar birer siyasi alan olmakla kalmayıp aynı zamanda birer sosyal alanlardır. Sosyal olarak geçişli alanlar olabildikleri gibi, birer havuz olarak da görev görebilirler. Ancak bu durumda da, her sınırın geçişli ya da her sınırın birikimli olduğu söylenemez. Her bir sınırın kendi kültürel dinamikleri, onun içerdiği sınıflar itibarıyla merkezi devletle ilişkilerini, merkezin iktisadi ve siyasi dönüşüm dönemlerine tabi kılar. Farkı yaratan ise sınırın biriktirdiği iktisadi artıktır: iktisadi birikime el koyma, sınırdan faydalanma ve sınırdan engellenme biçimleri, her sınır için miktar, organizasyon ve nitelik açısından onu biricik yapar. İktidarın uzunca bir süredir, sınırın yarattığı neredeyse tüm iktisadi artıklara el koyma biçimleri, yeni dönemin kitlesel katliamlarını hazırlayan unsurlardan birisi sayılabilir (Irak petrolleri ve Irak'a mal satma/ yatırım girişimleri, pazarlıkları, Beyrut/Deyr-ül Zor üzerinden gelen petrolün rafinerisi, Kıbrıs doğal gazı, insan ve mal kaçığının geçiş güzergahlarının önce belirsizleştirilmesi ve duvarların yükseltilerek pazarlığın artırılması, mülteci geçişlerinde insan kaçakçılarının cezasızlıkla değerlendirilmesi, mültecilerin AB girmesinin engellenmesi karşılığı alınan rüşvet, vb.).

Öte yandan: sınır, ondan faydalanan ve etkilenenlerin oluşturduğu bir ara bölgeyi de kapsar. Bu sanıldığının aksine bir geçiş bölgesi değil, aksine sınırdan etkilenen iktisadi/coğrafi bölgeyle tanımlanan bir dizi iktisadi ve politik antropolojik ağıdır.

Ve bu üç öge birbiriyle dönemsel olmayan ve özcü de olmayan bir bağ geliştirir....ki bu bağ sadece iktisaden açıklanabilecek bir ilişkisellik değildir: aksine bu aşamadan itibaren sınır artık politik bir kültür olmaya başlar. (Edirne'deki Sinagog'un tamiri- Akdamar adasının ihyası vb.) Sınırlar, ulusal kimliğin hem göstergeleri hem de failleridir. Bu kimliklerin de

sosyal, iktisadi ve siyasal ilişkilerin dinamik alanları olarak, uçların yaratılmasında merkezi bir yeri vardır. Böylece de uçlar birer süreç haline gelir: Sınır iktisadi ve siyasi olarak ne kadar 'kârlı' hale gelir ve tekinsizleşirse, uçlar da o kadar tekinsizleşir.

Devletin bu tekinsizliği tutabilmesinin sonuçlarını, *pazarlıkçı sınır yönetiminden çatışmacı sınır yönetimine* döndüğünde, yani sınırda yaşayanların bu pazarlıklar için güçleri elinden alındığında ve sınır belirsizleştirilerek tekinsizliği kalınlaştırıldığında (duvarlar vb.) görürüz: uçlar (içeri) de tekinsizleştiğinde bütün vatanın sınırlılaştırılmış olur, bütün vatan bir *tampon bölge* olur. Örneğin 6-8 Ekim Olaylarını ele alalım: Sınırı kaldırdığımızı düşündük, ama ülkenin her yeri bir anda sınırın içi, mayınlı alan, ölmenin/öldürmenin meşrulaştığı alan oluverdi. Keza Edirne mülteciler geçişini, Cizre, Suruç ve Ankara katliamları gibi süreçleri böyle okumalıyız. Bütün vatan büyük bir güvenlik' şantajına zorlanır ve devletin şiddeti böylece vatanın her anı sınırlılaştırılarak; vatandaşın yeniden otoriteye boyun eğmesini sağlamaya çalışır ve bunu tüm vatani tekinsizleştirerek yapar. Sınırı imleyen Reyhanlı, Roboski, Suruç, Lice ve Silvan'dan sonra Ankara Katliamının gelişi; uçların artık devletin ta kalbinde yer aldığını gösteren bir süreçtir.

Yüreğiniz sınırsız kalsın

Bilimsel çalışmalar sadece bir durumun saptanmasıyla yetinemez; ötesinde bununla nasıl baş edebileceğimizin yollarını da önermek zorundadır. Graeber: “Entelektüelin rolü, herhangi bir öncülük iddiasının her türlü belirtisini bilinçle reddetmektir. Entelektüelin rolü, çok açık bir şekilde, doğru stratejik analizlere ulaşp, sonra da kitlelere önderlik edebilecek bir seçkinler sınıfı oluşturmak değildir. Aksine: Uygulanabilir seçenekler yaratanlara bakarak, onların halihazırda yapmakta olduklarının daha geniş kapsamlı imalarının neler olabileceğini anlamaya çalışp, sonra da bu fikirleri reçeteler olarak değil katkılar, imkanlar ve armağanlar olarak tekrar onlara sunmaktır”⁴ diyor. Sınır ve mülteciler üzerine bu tartışmayı, bu çıkmazdan nasıl kurtulabileceğimizi, imkanlarımızı ve olasılıkları tartışarak bitireceğim.

Basitçe sınırların kaldırılmasını istemek bir boş gösterendir: Birbiriyle eşitsiz yaşamların olduğu iki mekanın arasındaki sınırların kalkması, ancak birinin diğerini sömürmesiyle sonuçlanır.

Sınırları kaldırmanın yolu, onları basitçe inkar etmekle değil; aksine devletin ve vatanın yerine başka varoluş biçimlerini koyabilmekten ve bunları kanıtlayabilmekten ve bunu da yaşamıyla kanıtlayabilmekten geçiyor. Ankara'ya #Barış demeye #Özgürlük demeye #Demokrasi demeye gidenlerin yaptığı da budur.

Sınırın her iki tarafındaki yeni yaşamların alternatiflerinin neler olacağını özgürlükçü ve demokratik talepleri kararlı bir istemle bulanıklaştırmadan hayata geçirebilirsek; zihinlerdeki ve kalplerdeki sınırları kaldırabiliriz. Vatanın yeniden tasvirine karşı

⁴D. Graeber: 2014. *Anarşist Bir Antropoloji 'den Parçalar*. Boğaziçi Üni. Yay. 2014: 16.

özgürlükçü mekan ve hafızaları birlikte kurabilirsek ancak kalplerdeki ve zihinlerdeki sınırların gerçekten kalkabileceğini anlayabiliriz.

Hep söylediğimiz üzere: Devletler ancak haritaları yapabilirler. Sınırları kabul eden, onları pazarlık konusu yapan, sınırın çift taraflı kullanımında tali de olsa rol oynayanlar ise insanlardır.

Yüreğiniz sınırsız kalsın.

PANEL-1

SAVAŞ, GÖÇ VE SAĞLIK



MÜLTECİLER VE SAĞLIK HAKKI

Uz.Dr. F. Deniz Mardin*

Son yıllarda Türkiye’de artan göçmen sayısı, bu kişilerin yaşadığı hukuki, sosyal ve ekonomik sorunların ele alınmasını zorunlu kılmıştır. Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi, bu sorunlar arasında önemli bir yere sahiptir.

Göçmen terimi altında çok farklı başlıklar yer almaktadır. Bu yazıda ele alınacak alt başlıklar mülteciler ve sığınmacılardır. 1951 yılında imzalanan Cenevre Sözleşmesi’ne göre mülteci “ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak istemeyen; yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen her şahıs” olarak tanımlanmıştır. Türkiye 1951 sözleşmesine imzacı olmakla birlikte, 1967 yılında Newyork Protokolü’nde bu tanım tekrardan gözden geçirildiğinde protokole “coğrafi çekince” ile imzacı olmuştur. Bunun anlamı Türkiye aynı şartlara sahip kişiler arasından “Avrupa’dan gelenleri” mülteci, “Avrupa dışından” gelenleri sığınmacı olarak kabul etmektedir.

Devam eden göçmen akımları ve sayıların artışı ile Türkiye’de hali hazırda bulunan mevzuatın, mülteci ve sığınmacıların şartlarını düzenlemeye ve gereksinimlerini karşılamaya yetmediği daha görünür hale gelmiş ve bu nedenle İçişleri Bakanlığı tarafından yeni hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerin başında 4 Nisan 2013 tarihinde kabul edilen “Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” (YUKK) gelmektedir. Bu kanunun 61. ve 62. maddesinde sırası ile mülteci ve şartlı mülteci tanımları yapılmıştır.

Madde 61-Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında mülteci statüsü verilir.

MADDE 62 - Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet

*Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında şartlı mülteci statüsü verilir. Üçüncü ülkeye yerleştirilinceye kadar, şartlı mültecinin Türkiye 'de kalmasına izin verilir.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) verilerine göre 2014 sonu itibari ile dünyada 59,5 milyon insan yerinden edilmiş olup, bu kişilerin 14,4 milyonu mülteci ve 1,8 milyonu sığınmacıdır (UNCHR, 2014, s.8). 2013 yılı sonunda 11,7 milyon mülteci olduğu göz önünde bulundurulduğunda, son yıllarda görülen en hızlı artış gözlenmiştir.

BMMYK verileri temel alındığında Türkiye'de 2015 Eylül itibari ile 218.652 mülteci ve sığınmacı bulunmaktadır. Suriyeli mülteciler geçici koruma kapsamında değerlendirilmekte olup bu sayıların dışında tutulmaktadırlar. Geçici koruma altına alınacak kişiler YUKK'un 91. maddesinde “Ülkesinden ayrılmaya zorlanmış, ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen, acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara geçici koruma sağlanabilir” şeklinde belirtilmiştir. BMMYK verilerine göre Türkiye'de bulunan Suriyeli göçmenlerin sayısı 2,5 milyona varmıştır. Türkiye'de bulunan Suriyeli mültecilerin günlük insani ihtiyaçları ve sağlık hizmetlerine erişimleri, uluslararası koruma altındakilerden farklı olarak Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı (AFAD) tarafından düzenlenmektedir.

Sağlık Hakkı

Göçmenlerin sağlık hakkı ele alındığında Türkiye'nin imzacı olduğu bir çok uluslararası sözleşme bu konuda önemli bir yere sahiptir. Bunların başında Türkiye'nin 1949 yılında kabul ettiği İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi gelmektedir. Beyannamenin 25. maddesinde, sağlık hakkı, “tıbbi bakım” şeklinde ele alınmış olup “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır” şeklinde belirtilmektedir. Bunun yanında 3. maddede “Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır” şeklinde belirtilen “yaşam hakkı” uluslararası mahkemelerde kişinin sağlık hizmetlerine erişimi, sağlıklı olmak, yaşayabilmek ve yaşam hakkı zinciri içerisinde birbirleri ile bağlantılı olarak ele alınmakta olup, sağlık hizmetlerine erişim 3. maddenin sağlanmasına ön koşul olarak gösterilmiştir. Bu duruma örnek Uluslararası İnsan Hakları Mahkemesi'nde 1997 yılında “D. v. The United Kingdom” olgusudur. Bu olguda HIV pozitif bir kişinin kendi ülkesinde gerekli tedaviye ulaşamayacaksa geri gönderme işlemine tabii tutulamayacağı 3. madde gerekçe gösterilerek kabul edilmiştir. Sonraki yıllarda benzer durumlarda farklı şekilde sonuçlanan davalar olmuşsa da “D. v. The United Kingdom” olgusu örnek gösterilmeye devam eden bir karara sahiptir.

Ulusal mevzuatta sağlık hakkı ele alındığında öncelikli olarak 1982 Anayasasının 56. maddesi “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” gelir. Sağlıklı bir yaşam hakkı doğuştan kazanılmış en temel bireysel ve toplumsal bir haktır. Sağlık hakkı

sadece kişi hasta olduktan sonra ele alınmaz; kişinin hasta olmasından önceki süreçte de sağlığının korunmasına yönelik çalışmaların yapılması ve bireylere nitelikli, hakkaniyetli bir tıbbi bakıma ve tedaviye ulaşabilme olanaklarının sağlanması anlamına gelmektedir.

Anayasada sağlık hakkı vatandaşlık üzerinden tanımlanmamış olsa da, sağlık hizmetlerini düzenleyen yasalar konuyu vatandaşlık ekseninde ele almaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim şartlarını düzenleyen kanun 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'dur. Bu Kanunun 60. maddesi uyarınca İçişleri Bakanlığı'nın Sığınmacı ve Vatansız olarak tanıdığı kişiler genel sağlık sigortası kapsamında sayılmakta idi. 4 Nisan 2013 tarihinde kabul edilen 6458 no'lu YUKK ile birlikte 2006 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60. maddesinin (c) bendine “genel sağlık sigortalı sayılmaktadırlar” ibaresine sadece uluslararası statü sahipleri değil, başvuru sahipleri de dahil edilmiştir. Bu durum, şartlı mülteci başvurusu olanları, şartlı mültecileri ve mültecileri kapsamaktadır. Bu düzenlemeler sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek kişi kapsamını genişletmiştir.

Şu andaki sağlık sistemimizde, herhangi bir kişinin sağlık sigortalı sayılması için o kişinin prim ödemesi ve belirli hizmetler karşılığında da katılım payı ödemesi gerekmektedir. 5510 sayılı kanunun 80. maddesinde; “Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanlar bakımından prime esas aylık kazancın tespitinde; 60. maddenin birinci fıkrasının (d) bendinde sayılan kişiler için 82. maddeye göre belirlenen prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı, 60. maddenin birinci fıkrasının (c) bendinde belirtilen kişiler için asgari ücret, 60. maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen kişiler için ise prime esas asgari kazanç tutarı esas alınır” şeklinde belirtilmektedir. Uluslararası koruma başvurusu olanlar ve statü sahiplerinin ne kadar prim ödeyeceği YUKK'un 89. Maddesinin 3. bendinin (a) şikkında; “ Herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayanlar, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine tabidir. Genel sağlık sigortasından faydalanacak kişilerin primlerinin ödenmesi için Genel Müdürlük bütçesine ödenek konulur.

Primleri Genel Müdürlük tarafından ödenenlerden ödeme güçlerine göre primin tamamı veya belli bir oranı talep edilir” şeklinde belirtilmektedir.

Katılım payı açısından düzenlemelere baktığımızda mülteci ve sığınmacıların yararlanabilecekleri maddeler arasında 5510 sayılı kanunun 68. Maddesi yer almaktadır. Bu maddede şu ifade yer almaktadır: “60.ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir”. Burada ifadede sağlık sigortalı sayılan kişilerin, katılım payına tabii tutulan hizmetlerde yaptıkları harcamaları belgelendirmeleri durumunda Başbakanlığa bağlı, T.C. Merkez Bankası nezdinde Sosyal Yardımlaşma ve

Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan geri talep edebilecekleri belirtilmektedir. Katılım payı alınmayacak kişiler ve sağlık hizmetleri ise 69. maddede sıralanmıştır.

Sağlık hizmetlerine erişimde acil hizmetler ele alındığında 2010 yılında kabul edilen “Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu” başlıklı genelgede “hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul edecek ve gerekli tıbbi müdahaleyi kayıtsız şartsız ve gecikmeksizin yapacaktır” şeklinde belirtilmektedir. “Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu” başlıklı 2008 ve 2010 genelgeleri ile acil hizmetlerde hizmete erişim kişinin hukuki statüsüne bakılmaksızın önce müdahale edilmesi koşulu öngörülerek düzenlenmiştir.

Suriyeli mülteciler ele alındığında sağlık hizmetlerine erişimleri AFAD tarafından yayınlanan farklı genelgeler ile düzenlenmiştir. İlk genelge 2013 yılında sınır bölgesinde bulunan 11 şehirde sağlık hizmetlerine erişim için düzenlenmiştir. Ardından yerleşimin büyük şehirlere kayması ile 2013 yılının Eylül ayında ve ardından 2014 ve 2015 yılında toplam 3 genelge yayınlanmıştır. Sonuncusu 12 Kasım 2015 tarihinde kabul edilen 2015/8 “Geçici Koruma Altındaki Yabancılar İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi hk genelge”dir. Bu genelgede Suriyeli mültecilerin “Yabancı Kimlik Kartı”na ve 99 ile başlayan yabancı kimlik numarasına ile birinci basamak sağlık hizmetlerine ve hastanelere erişebilecekleri belirtilmektedir.

Yürürlükte bulunan mevzuat doğrultusunda ele alındığında sağlık hizmetlerin erişimin her basamakta nasıl gerçekleştiği ve yaşanan sorunlar sırasıyla ele alınacaktır. Birinci basamak olarak adlandırılan Aile Hekimliği hizmetlerinden kişinin yabancı kimlik numarasına sahip olması durumunda yararlanabileceği belirtilmektedir. Kişi sağlık sigortası olmasa da birinci basamak hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Birinci basamak hizmetlerine erişimdeki sorunların başında kişinin bu hizmetten yararlanma hakkına sahip olduğunu ve katkı payı ödemediği hangi hizmetlerden yararlanabileceğini bilmemesi gelmektedir. Sadece acilde sağlık hizmeti olanağı düşünüldüğünden bu durum akabinde kişilerin acil başvurularında artışlara neden olmaktadır. Gebelik sürecinin birinci basamakta takip edilememesi, riskli gebeliklerin hastaneye geç başvurularına ve kişinin gebelik durumunun hayati risk teşkil eder hale gelmesine neden olmaktadır.

Sığınmacı başvurusu olan ve yabancı kimlik numarasına sahip kişiler bir Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) başvurduklarında Aile Hekimi'ne kayıtlı olmamaları durumunda acil durumlar dışında reddedilme durumu ile karşılaşmaktadırlar. Bunun nedeni ASM'de çalışan bir Aile Hekimi, kendine kayıtlı olmayan bir kişiyi “misafir hasta” olarak kayıt altına alıp muayene edebilmektedir ancak kendisine kayıtlı hastaların yoğun başvurusu olan bir günde ve tercümanlık hizmetlerinin olmaması nedeni ile muayene konusunda zorluk yaşadığını belirterek misafir hastayı geri çevirme hakkına sahiptir.

Hastanede sağlık hizmetine erişim ele alındığında, en önemli sorunlar acillerde yaşanmaktadır. Şimdiye kadar belirtildiği gibi kişi sahip olduğu olanakları bilmemesi

nedeniyle bir sağlık problemi yaşadığında acil sağlık hizmetlerine başvurmaktadır. Hastanelerin acil bölümlerinde müdahale öncesi belirli ödemelerin istenmesi kişinin sonraki başvurularında ödeme yapamayacak durumda olduğunda başvuruyu geciktirmesine ya da hastanede gerekli müdahale yapılmadan ayrılmasına neden olmaktadır.

Acil başvurularda en önemli sorunlardan bir diğeri doğum için başvuranlarda yaşanmaktadır. Hastaların doğum anından önce başvurması durumunda muayene sonrası sağlık çalışanları tarafından tekrardan bir kaç saat sonra gelmesi belirtilmekte ve bu durum başvuran tarafından reddedilme şeklinde algılanmakta olup, sağlıklı koşullarda doğum yapmalarına neden olmaktadır. Bu gibi durumlar hem annenin, hem de bebeğin hayatını riske atmaktadır.

Her kademedede yaşanan sorunların başında ise dil/iletişim sorunu gelmektedir. Göçmenlerle çalışan Sivil Toplum Kuruluşlarının sağladığı çevirmenlik hizmetleri ya da göçmenin Türkçe konuşan bir tanıdığının olmaması durumunda hastanelerde iletişim sorunu yaşanmakta ve bu durum hem sağlık çalışanını hem de hasta olarak başvuran kişiyi zor durumda bırakmaktadır.

Bu süreçte göçmenlerin durumu göz önünde bulundurularak, hizmete erişimde yaşanan sorunlara bir çözüm olarak Halk Sağlığı Müdürlükleri tarafından göçmen poliklinikleri açılmıştır. Bu polikliniklerde bütün göçmenlere birinci basamak hizmetleri verilmesi öngörülmekte olup, İstanbul'da 13 ilçede aktif olarak çalışmaktadırlar.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 14. maddesi gereği “Herkes zulüm karşısında başka ülkelere sığınma talebinde bulunma sığınma olanağından yararlanmak hakkına sahiptir. ” Uluslararası hukuka göre, mülteciler, sığınmacılar da diğer bireyler gibi “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkından” yararlanmalıdır.

Bu hak, kişilerin içinde bulundukları ev sahibi toplumların yararlandığı hizmetlerden ayrımcılığa uğramadan faydalanabilmeyi de kapsamaktadır.

Türkiye'ye zulümden kaçarak sığınmış olan kişilerin insanca yaşaması ve Anayasal bir hak olan sağlık hakkına erişimlerinin etkin bir şekilde sağlanması son derece aciliyet arz eden bir konudur. Bu nedenle toplumun değişen yapısına cevap veren hizmetler planlanmalıdır. Bu konuda örnek olarak Avrupa Birliği'nde “Göçmen Dostu Hastane” gibi olgular tartışılmaktadır. Türkiye'de toplumun her kesimine yönelik sağlık hizmeti organizasyonu bir seçenek değil, zorunluluktur.

Şimdiye kadar sığınma başvurusu olanların, sığınmacıların ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim şartları ve bu konu hakkındaki mevzuat ele alınmıştır. Ancak sağlık sadece sağlık hizmetlerine erişim ile kısıtlanamaz. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü'nde yer alan

“Sağlık” terimi, “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” olarak tanımlanmıştır. Bir bireyin sağlıklı olması, sağlık hizmetlerine erişimi ve buna bağlı olarak fiziksel refah ile kısıtlanamaz. Kişinin kendini sosyal, kültürel, politik ve ekonomik açıdan gerçekleştirebileceği olanaklara sahip olamaması, kişinin sağlıksızlaştırılmasına neden olacaktır.

Sonuç olarak, Türkiye’de yaşamaya devam etmekte olan ya da bundan sonra herhangi bir nedenle Türkiye’ye göç etme durumunda kalacak kişilerin, en temel insan hakkı olarak temel sağlık hizmetlerine erişebilmesi için kapsamlı bir politikaya ve uygulamaya acilen ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar

1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu konulu 2010/16 sayılı 10.09.2010 tarihli Genelge <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/08/20100810-12.pdf> (Erişim Tarihi: 22.09.2013)
2. Belirsizlik: Türkiye’deki Suriyeli Mültecilerin Durumunu En İyi Anlatan Kelime, EMHRN Yayınları, Ekim 2011.
3. Bozkurt, Enver “İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı” Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara 2007
4. D. v. The United Kingdom (146/1996/767/964) 2 May 1997 <http://www.hrcr.org/safrica/freedomsecurity/duuk.html> (Erişim Tarihi: 25.01.2016)
5. Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşme (Cenevre Sözleşmesi 1951) <http://www.goc.gov.tr/files/files/multec%C4%B1ler%C4%B1nhukuk%C4%B1statusune%C4%B1l%C4%B1sk%C4%B1nsozlesme.pdf> (Erişim Tarihi: 16.01.2016)
6. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilatı ve Görevleri hakkında kanun hükmünde kararname <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (Erişim Tarihi: 22.09.2015)
7. Sağlık Turizmi Genelgesi <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-13898/201141-genelge-ve-aciklamalari.html> (Erişim Tarihi: 23.08.2015j)
8. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
9. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.55510.pdf> (Erişim Tarihi: 23.09.2015)
10. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46929/h/2119.pdf> (Erişim Tarihi: 23.09.2015)
11. Suriyeli Misafirlerin Sağlık Hizmetleri Hakkında Konulu Genelge
12. <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/1456,18012013suriyeli-misafirlerin-saglik-hizmetleriafad-gen-.pdf?0> (Erişim Tarihi: 23.08.2015)
13. Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge <https://www.afad.gov.tr/TR/IcerikDetay.aspx?ID=44> (Erişim Tarihi: 09.02.2015)
14. Syria Regional Refugee Response, Inter-agency Information Sharing Portal <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=224> (Erişim Tarihi: 20.01.2016)
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü”, 2011.
16. Uluslararası Af Örgütü, “İki Arada Bir Derede: Türkiye’deki Mültecilere Koruma Sağlanmıyor”, 2009.
17. UNCHR Statistical Year Book, 14th Edition, 2014 Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu
18. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130411-2.htm> (Erişim Tarihi:23.08.2015)
19. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M, “Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making”, PLoS Med 8(5),2011

HALK SAĞLIĞI SORUNU OLARAK GÖÇ

Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D.

SAĞLIK VE GÖÇ

Sağlık ve göç kavramı, geleneksel olarak özellikle bulaşıcı bazı hastalıklara odaklı gelişmiş durumları ifade etmek için kullanılmaktadır. Örneğin bir tüberküloz araştırması veya belli bir yerdeki risk altındaki gruplarda tüberküloz taraması buna en iyi örnekleri oluşturabilir.

Tüberküloz taraması ve yapılan araştırmasındaki en iyi neden, bir coğrafyada oluşan risk, aynı zamanda diğer bölgeler için de tehlikeli bir durum yaratır. Yine benzer şekilde, 2009 yılında görülen A(H1N1) Pandemisi buna iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Öncelikle belirtmek gerekir ki, göç ve onun yarattığı sağlık gereksinimleri açısından bakıldığında, “*Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri*” kişilerin haysiyet, insan hakları ve temel özgürlüklerini kısıtlayacak nitelikte olamaz. Son dönemlerdeki çalışmalarda görülüyor ki, kronik hastalıklar da dikkate alınmaya başlanmıştır. Yine tam sağlık sigortası sağlayan ülkelerde maliyet açısından sıkıntılar yaşanmaktadır.

GÖÇ EVRELERİ VE SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ NELERDİR?

Yola çıkmadan önce nelerle karşı karşıyayız?

- Yaşanan travmalar var
- Savaş hali
- İnsan hakları ihlalleri
- İşkence, cinsel saldırılar
- Önceki ülkesinde sağlık inanis ve davranışlarında farklılıklar var
- Epidemiyolojik durum
- Önleyici ve tedavi edici sağlık sistemi var.

Seyahat esnasında neler var?

- Koşullar ve bu koşulların yarattığı yeni durumlar
- Temel sağlık ihtiyaçlarının yokluğu
- Ne kadar zaman süreceği
- Bu süre içinde yaşanan travmatik olaylar, saldırılar
- Yalnız veya kitlesel olarak seyahat ederken yaşananlar

GÖÇMEN SAĞLIĞI

Göç nedeniyle başlayan süreçte göçmen sağlığını etkileyen, tetikleyen veya sağlıksız koşullarda bu süreci yaşamak zorunda kalmasına sebep olan pek çok etmen bulunmaktadır. Bunlar şu başlıkları içermektedir.

Hükümetlerin göç politikaları
Kabul ve dışlama
Yasal durum ve hizmete ulaşma
Dil ve kültürel değerler

Göçmen sağlığında dönüş süreci etkileri ise, ülkedeki sağlık altyapısı, geride kalan toplumsal bağlar, sağlık davranışları daha belirleyici olmaktadır.

Göçmenler için kesitsel bir görünüm sunarsak eğer; onların içinde bulundukları bu durumu, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik koşulları ve en genel anlamda genetik faktörleri de belirliyor diyebiliriz.

GÖÇ VE SAĞLIK–GENEL RİSK GRUPLARI

Göç sırasında karşılaşılan en temel sorunların başında, bazı göçmenler daha fazla sağlık riskine sahip olduğu gerçeğidir.

Bunlar;

- Yoksul bölgelerden göç edenler
- Savaş bölgelerinden, doğal felaket bölgelerinden gelenler
- Yakını olmayan çocuklar
- Yaşlılar
- Düzensiz göçmenler (kötü yaşam ve çalışma koşulları, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşım problemi olanlar)
- Sağlığa ulaşmakta eşitsizlikler- sağlığın sosyal belirleyicileri olarak karşımıza çıkmaktadır.

GÖÇMENLERE ZORUNLU MEDİKAL TARAMALAR

Göçmenler bir bölgeden başka bir bölgeye geçerken çeşitli sağlık taramaları ile karşı karşıya kalmaktadırlar.

Bunlar;

Göçmenlerin sınırda geçişte zorunlu sağlık taramalarının yapılması: Bu durum insan hakları açısından tartışabilir. Çünkü özellikle bulaşıcı olabilecek bazı sesiz hastalıklar bu taramalarının savunulmasında gerekçe olabilmektedir. Bazı tarama pratikleri ise kişilerin insan haklarını sınırlayıcı etkiye sahiptir.

Geçici kadın Göçmen işçilerin hamilelik taramasından geçirilmesi, aile ilişkilerinin ortaya konulması için DNA testi gibi başlıklar sayılabilir.

GÖÇMENLERE ÜLKEYE GİRİŞTE SAĞLIK TARAMASI

Yine göçmenlere, kabul edilen ülkelere geçişte de bazı sağlık taramaları yapılmaktadır. Ancak bu taramalardan, HIV tarama testleri göçmen işçiler ve iş arayan işçiler için zorunlu olamaz. İşçiler, göçmen işçiler, iş arayanlar, işe başvuranlar HIV ile ilgili bilgileri

vermek zorunda değillerdir. Ancak bu çok özel durumlar ile sınırlanmış bir uygulamadır.

Benzer şekilde, göçmen işçiler veya iş aramak için göçenler, kendi ülkesi, geçici ülke veya hedeflenen ülke otoriteleri tarafından HIV durumuna göre ayrımcılığa tabi tutulamaz. ILO recommendation no. 200 on hiv/aids, 2010 (in particular, paragraphs 25, 27 and 28 (1).

Avrupa insan hakları mahkemesinin Mart-2011'de, Kiyutin vakasında Rusya'yı yargılamış ve HIV (+) olan kişiye bu nedenle yerleşme izninin verilmemesini insan haklarına aykırı bulmuştur.

GÖÇYOLCULUĞU

Yolculuklar esnasında özellikle düzensiz göçmenlerin yolculuklarının başlı başına büyük sağlık riskleri taşıması kaçınılmazdır. Bunları sırasıyla açıklarsak;

- Fizik ve çevre tehlikeleri
- Açlık
- Temel ihtiyaçlarının karşılanamaması
- Saldırıları
- Travmalar
- Çocuklar
- Kadınlar
- Yoksullar

GÖÇMEN KARANTİNA UYGULAMALARI

Göçmen karantina uygulamaları, özgürlüklerin kısıtlanması, uzun süreler sağlık haklarının kısıtlanması, düşük standartlar içinde yaşama zorunluluğu, ekonomik-sosyal-kültürel gereksinimlerin giderilememesi ve yiyecek-ıçecek-su-sanitasyon gibi sorunlara yol açmaktadır.

GÖÇMENLERİN YAŞAM KOŞULLARI-İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

Göçmenlerin yaşam koşulları, genelde yüksek riskli işlerde çalışmayı da beraberinde getirmektedir. Bunlar maden, tarım ve İnşaat sektörleridir. Bu işler uzun saatler boyunca fiziksel zorluk taşıyan işler ve mesleki sağlık risklerinin fazla olduğu işlerdir (2).

Avusturya'da yapılan bir çalışmada, göçmen işçilerin % 30, yerlilerin ise % 13 iş yerinde tehlikeli kaza ve yaralanmaya uğradığı tespit edilmiştir (3).

Sonuç olarak, düzensiz işçiler daha kötü iş koşullarında çalışıyor.

SAĞLIK HAKLARI VE HİZMETLERİ HAKKINDA FARKINDALIK VE BİLGİ EKSİKLİĞİ

Bir ülkede sağlık hakları tam sağlanmış bile olsa göçmenlerin ve sağlık çalışanlarının bu konuda farkındalık ve bilgi eksikliği varsa sorunlar devam edebilmektedir. Batı Avrupa ülkelerinde göçmen işçilerde anneliğe bağlı hastalık ve ölüm göçmen kadınlar içinde yerli

halka göre fazla olduğu tespit edilmiştir (4). Başka bir örnek verirsek, Portekiz'de birinci basamak sağlık hizmetleri herkese ücretsiz olarak sunulmaktadır. Yapılan araştırmada göçmenlerde anne ve çocuk sağlığı konusunda yüksek hastalanma oranlarını tespit edilmiştir. Bu konuda daha fazla acil başvuru olduğu görülmüştür (5).

SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞMAKTA YASAL ENGELLER

Sağlık hizmetlerine ulaşmaktaki en büyük engellerden birisi hiç kuşku yokki o ülkede varolan yasal mevzuat ve yasal durum en önemli belirleyici özelliktir. Bu konuda AB ülkelerinin çağrısı ise, temel sağlık hakkı herkese sunulmaktadır tarzında olmasına ragmen, her ülkenin kendi yasal engelleri bulunmaktadır. Benzer şekilde dil ve kültürel sorunları çözen bir yaklaşım da olması gerekmektedir (6). Bu ne yazıkki, bir çok ülkede düzensizlik göstermektedir. Sonuçta göçmenler sağlık hakkına sahip değiller. Göçmenler, ya kendi kendine tedavi olmak için care arıyorlar, yada düşük kalitede hizmet almaya mahkum edilmektedir.

Tüm yukarıda açıklamaya çalıştığımız sebeplerden ötürü, göçmenler kötü durumda sağlık hizmeti almaya zorlanmalarından dolayı, çok kötü sağlık durumları ile hastane acillerine başvurdıkları tespit edilmiştir (7).

Sağlık hizmetlerine ulaşmakta yasal engellerden biri de, düzensiz göçmenleri sağlık hizmetine ulaştırmaktan alıkoyan durumlardan biri yine, sağlık sunucularının göç otoriteleri ile ilişkisidir (8).

Bazı ülkelerde örneğin İtalya'da özel yasa ile, hekimler bildirim konusunda İtalyanlara uygulanan şartlar dışında göçmenler için özel bir işlem yapmaya zorlanamaz (9).

Benzer şekilde, örneğin Kore'de Mart 2012 yılında düzensiz göçmenlere de hastaneler dahil sağlık hakkı tanındı. Buradaki temel mantık şudur: Bu göçmenlerin Kore ekonomisine katkıları önemli boyutlardadır (10).

SAĞLIĞA ULAŞMAKTA DİL ENGELİ

Sağlığa ulaşmakta dil engeli de önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bunlar;

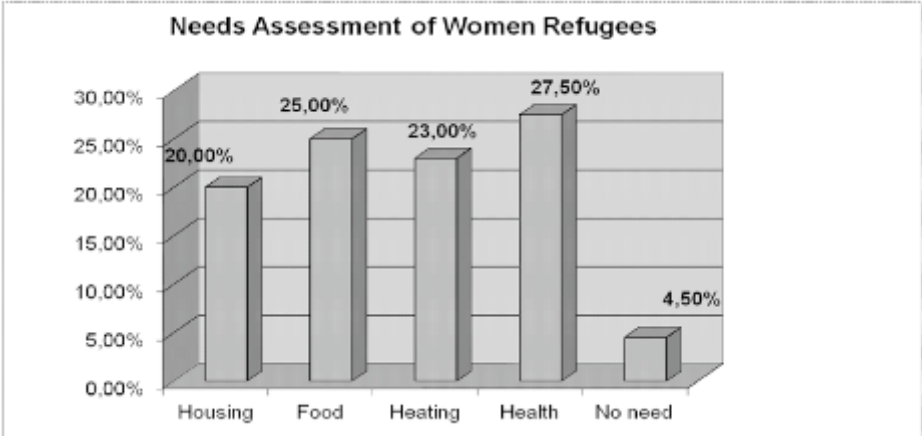
- Yanlış anlaşılma
- Yanlış tanı
- Gecikmiş tanı
- Klinik hata
- Gereksiz işlem
- Ölüm

SAĞLIĞA ULAŞMAKTA KÜLTÜR ENGELİ

Sağlığa ulaşmakta dilin yanı sıra kültür engeli de önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar, sağlık, sosyal, kültürel, dini ve cinsiyet konularında göçmen

kültürlerinin tanıma ve tanınmasını da beraberinde getirmektedir. Bu durumu, “Kültürel duyarlı sağlık hizmeti” olarak açıklayabiliriz (11).

GÖÇMENLERİN SAĞLIĞA ULAŞIMI



Source: "Determination of Psycho-social Status of Temporary Asylum Seeking Women and Children and Proposals for Amelioration of Their Living Conditions", Mazlum-Der, 2005, Ankara.

AVRUPA ÜLKELERİ VE TÜRKİYE- SAĞLIĞA ULAŞIM

MAP OF THE SITES SURVEYED IN 2014



NUMBER OF PATIENTS AND CONSULTATIONS BY COUNTRY

COUNTRY	NO. OF PATIENTS	%	NO. OF VISITS	%
DE ^a	2.366	15.	6.665	21.4
CH	395	2.5	1200	3.8
DE	538	3.4	1292	4.1
EL ^a	0.154 / 762	4.9	12.976 / 1.636	5.2
ES ^a	293	1.7	295	0.9
FR	8.839	56.5	17185	55.0
NL ^a	123	0.8	123	0.4
SE	98	0.6	98	0.3
TR	859	5.6	1.266	4.2
UK	1.395	8.9	1.454	4.7
TOTAL (23 CITIES)	23.040/75.648	100	42.534/31.794	100

GÖÇ NEDENLERİ

REASONS FOR MIGRATION BY COUNTRY (%)

	CH	DE	EL	ES	NL	SE	UK	WGP	CAP	FR
ECONOMIC REASONS (UNABLE TO EARN A LIVING IN HOME COUNTRY)	18.7	66.7	72.7	70.5	38.18	52.16	18.16	51.6	50.2	68.1
POLITICAL, RELIGIOUS, ETHNIC, SEXUAL ORIENTATION	45.2	5.4	13.3	8.5	26.3	26.3	23.4	27.2	18.3	28.1
TO ESCAPE FROM WAR	58.0	5.4	14.4	3.1	3.5	0.0	4.5	12.7	8.9	13.3
TO JOIN OR FOLLOW SOMEONE	14.6	26.9	5.7	13.2	14.9	5.3	12.8	13.3	14.6	3.3
FAMILY CONFLICTS	5.1	3.5	2.7	6.6	12.3	5.3	10.8	6.6	7.0	2.2
TO ENSURE YOUR CHILDREN'S FUTURE	0.6	6.4	4.2	4.3	0.9	7.0	3.3	3.8	3.8	0.0
PERSONAL HEALTH REASONS	0.6	3.5	1.9	5.8	7.0	0.0	2.6	3.1	3.0	0.9
TO STUDY	0.0	3.1	0.4	1.9	0.9	3.5	6.1	2.3	3.8	2.0
OTHER	4.5	11.1	9.8	4.7	6.1	10.5	17.9	9.2	12.9	2.9
TOTAL	148.3	173	125.1	118.6	108.7	110.5	127.1	123.6	124.3	127.8
MISSING DATA (%)	60.3	18.8	60.8	7.5	7.3	67.8	16.7	29.6	21.8	7.8

A Middle response where possible. In France the questionnaire not asked and in Belgium the response rate was too low.

YASAL DURUMLARI

ADMINISTRATIVE STATUS BY COUNTRY (%)

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	WGP	CAP	TR
CITIZEN OF NON-EU COUNTRY WITHOUT PERMISSION TO RESIDE	70.5	15.4	9.0	14.3	54.9	59.1	94.2	76.4	57.5	44.6	56.7	61.2
EU CITIZEN WITH NO PERMISSION TO RESIDE	13.4	1.4	29.1	2.7	8.5	8.8	0.0	20.9	0.5	5.5	9.3	2.0
TOTAL WITHOUT PERMISSION TO RESIDE	83.9	16.8	38.1	17.0	63.5	67.9	94.2	47.3	58.0	54.1	66.0	63.2
NO RESIDENCE PERMIT REQUIREMENT (NATIONALS) ¹	1.8	0.6	17.7	32.4	0.8	5.0	0.0	7.7	1.0	7.3	4.7	1.8
ASYLUM SEEKER (APPLICATION OR APPEAL ONGOING)	3.9	77.5	3.2	11.0	2.4	13.4	2.5	3.3	75.3	14.1	12.7	18.0
VALID RESIDENCE PERMIT	1.8	6.1	4.4	20.9	25.9	3.9	2.5	1.1	1.1	7.5	4.0	2.6
EU NATIONAL STAYING FOR LESS THAN THREE MONTHS (NO RESIDENCE PERMIT REQUIRED) ¹	7.4	3.1	18.7	3.8	1.7	2.1	0.0	34.2	1.3	6.3	3.0	10.6
VISAS OF ALL TYPES ²	1.4	0.6	7.6	0.5	2.8	2.8	0.0	2.2	11.8	3.3	3.5	1.3
EU NATIONAL WITH PERMISSION TO RESIDE ³	7.8	0.3	5.0	2.7	2	1.5	0.0	2.7	0.3	1.9	1.7	8.1
RESIDENCE PERMIT FROM ANOTHER EU COUNTRY	1.0	0.3	3.4	1.8	0.4	1.4	0.0	14.3	0.4	2.5	1.4	8.1
SPECIFIC SITUATION CONFERRING RIGHT TO REMAIN	0.4	0.6	1.8	0.5	1.2	2.0	0.0	0.0	3.3	1.1	1.7	0.7
TOTAL WITH PERMISSION TO RESIDE	15.5	83.1	60.8	82.0	36.7	32.1	5.0	49.5	34.5	47.9	34.0	33.2
DON'T KNOW	0.5	0.3	1.2	4.4	0.0	0.0	0.0	3.3	7.6	2.0	1.2	3.5
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MISSING DATA (%)	21	9.8	4.8	73.8	2.7	32.6	1.6	21	8.8	16.3	23.6	4.3

SAĞLIK SİGORTASI

COVERAGE OF HEALTHCARE CHARGES

Two thirds (62.9%) of patients seen in the MdM European Centres had no healthcare coverage when they first came to MdM programmes.

COVERAGE OF HEALTHCARE CHARGES BY COUNTRY (%)

	BE	CH	DE	EL	ES	FR	NL	SE	UK	WAP	CAP	TR
NO COVERAGE / ALL CHARGES MUST BE PAID	91.9	15.9	73.6	85.1	62.0	92.3	14.0	40.7	82.7	62.9	65.5	98.7
FULL HEALTHCARE COVERAGE	5.1	74.9	4.7	5.0	33.7	4.1	3.5	5	4.7	15.7	26	0.1
PARTIAL HEALTHCARE COVERAGE	0.3	0.9	1.1	0.1	1.1	7.7	0.25	20.7	0.0	15.7	1.7	0.0
HEALTHCARE RIGHTS IN ANOTHER EU COUNTRY	1.5	1.3	15.5	0.7	0.0	1.4	0.0	15.0	0.0	3.9	1.9	0.0
ACCESS ON A CASE-BY-CASE BASIS	1.1	0.0	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.6	0.4	0.0
FREE ACCESS TO GP SERVICES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.0	1.1	1.0	0.4
CHARGEABLE ACCESS TO SECONDARY HEALTHCARE	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	3.8	0.6	0.4	0.0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MISSING DATA	6.3	3.3	1.9	36.2	2.7	33.6	7.3	18.4	12.0	16.3	23.1	9.5

HAMİLE KADINLARIN SAĞLIK SİGORTASI

HEALTH CARE COVERAGE FOR PREGNANT WOMEN

	% IN EUROPE (N=110)	% IN ISRAEL (N=60)
NO COVERAGE / ALL CHARGES MUST BE PAID	58.4	95.1
ACCESS TO EMERGENCY SERVICES ONLY	22.7	0.0
FULL HEALTHCARE COVERAGE	6.3	0.0
OPEN RIGHTS IN ANOTHER EUROPEAN COUNTRY	5.9	0.0
ACCESS TO GP WITH FEES	7.4	0.0
PARTIAL HEALTHCARE COVERAGE	2.1	0.0
FREE ACCESS TO GENERAL MEDICINE	1.1	1.9
ACCESS ON A CASE-BY-CASE BASIS	1.0	0.0

Among the pregnant women in the nine European countries, 58.2% had not had access to antenatal care when they came to MdM's free health centres- and, of those, 58.2% received care too late - that is after the 12th week of pregnancy.

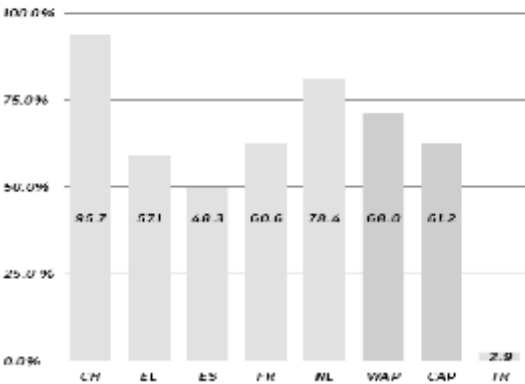
Jane is from Nigeria and came to the UK four years prior to her pregnancy. She presented to the clinic at 23 weeks gestation. She had become temporarily registered with her GP and was referred to her local hospital for antenatal care but was too scared to go, as she was worried about being found by the LRAA (Home Office).

She was referred to the Accident and Emergency services by the MdM clinician who assessed her, due to concerns about her health. She was admitted to a nearby hospital and then discharged after a few days but sadly went into premature labour and lost her baby girl in the early neonatal period. She received a bill for €3,620.

MdM UK - London - 2016

ÇOCUKLARIN NEREDE AŞI OLABİLECEĞİNİ BİLİYOR MU?

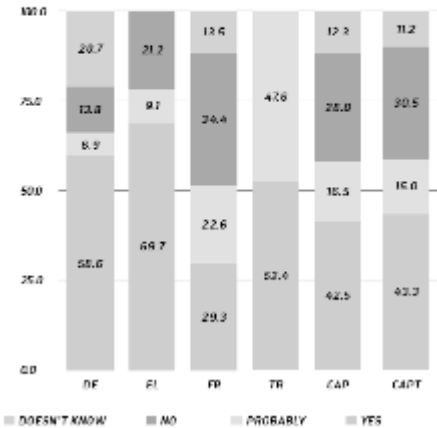
KNOWLEDGE OF WHERE TO GO FOR VACCINATIONS (FOR MINDS, %)



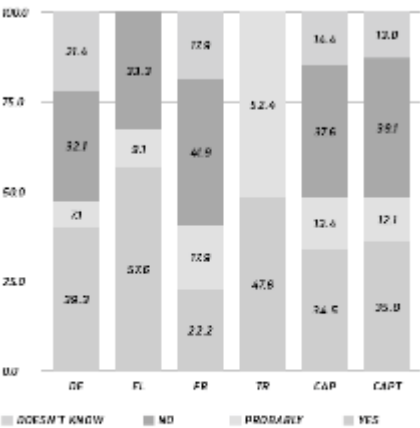
AŞI ORANLARI

In Europe*, only 42.5% of minors who responded had been vaccinated against tetanus. In France, only 29.3% of minors had definitely been vaccinated; in Istanbul, this applied to 52.4%.

TETANUS VACCINATION COVERAGE AMONG MINORS (%)

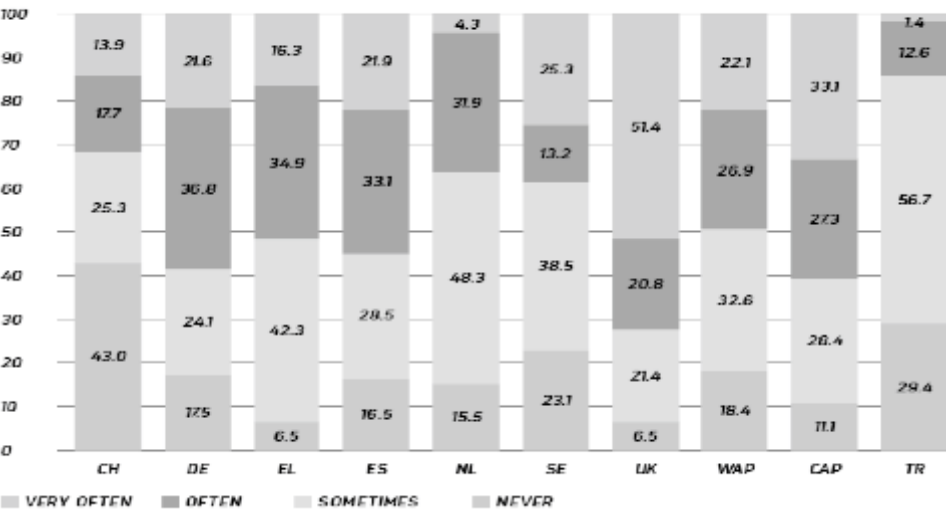


MMR VACCINATION COVERAGE AMONG CHILDREN (%)



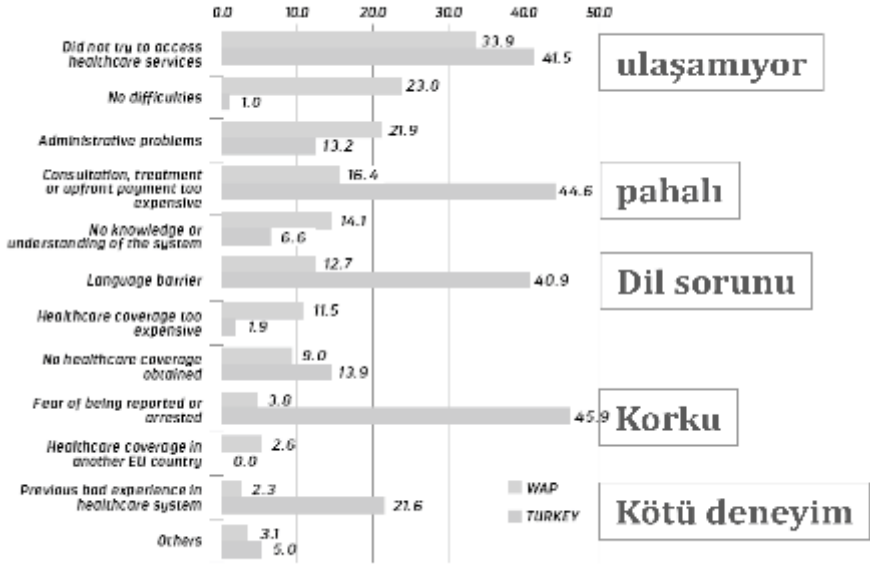
GEREKTİĞİ ZAMAN SOSYAL DESTEK ALABİLİYOR MU?

AVAILABILITY OF SUPPORT WHEN NEEDED BY COUNTRY (%)



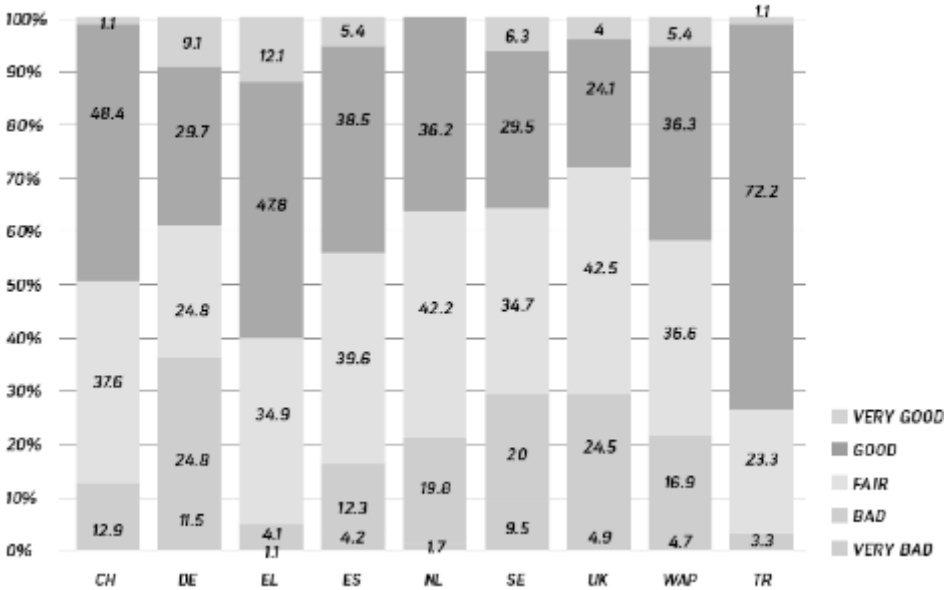
SAĞLIĞA ULAŞMAKTA ENGELLER- 7 AVRUPA ÜLKESİ VE TÜRKİYE

BARRIERS TO ACCESS HEALTHCARE IN SEVEN EUROPEAN COUNTRIES AND IN TURKEY (%)



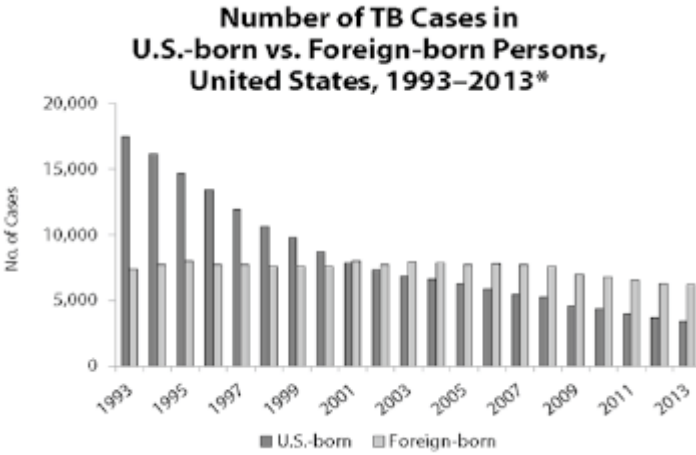
KENDİ SAĞLIK DURUMUNU NASIL DEĞERLENDİRİYOR?

SELF-PERCEIVED HEALTH STATUS BY COUNTRY (%)



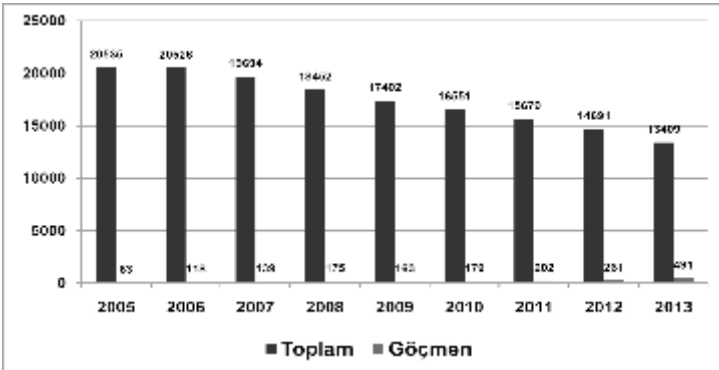
GÖÇMENLERDE TÜBERKÜLOZ

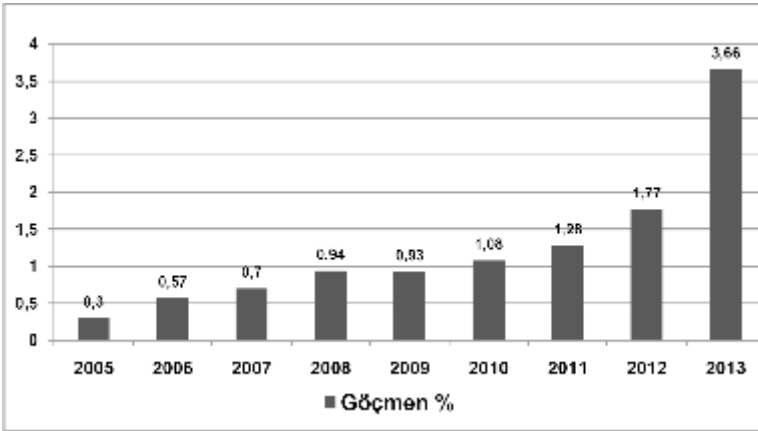
ABD - Tüberküloz ve Yabancı Ülke Doğumlular



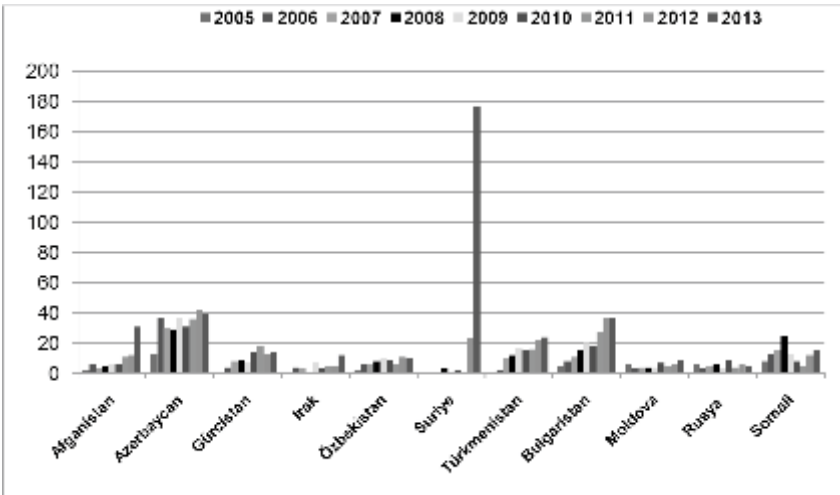
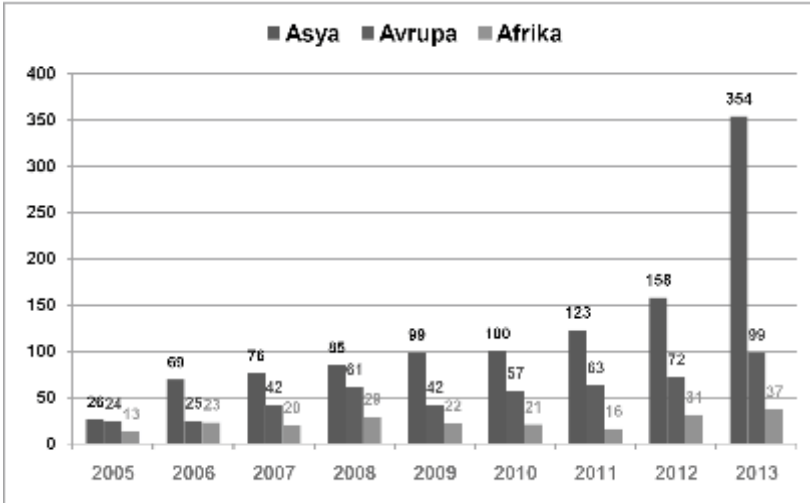
AVRUPA'DA TÜBERKÜLOZ OLGULARI İÇİNDE YABANCILAR

Türkiye' de TB Olguları İçinde Göçmenler

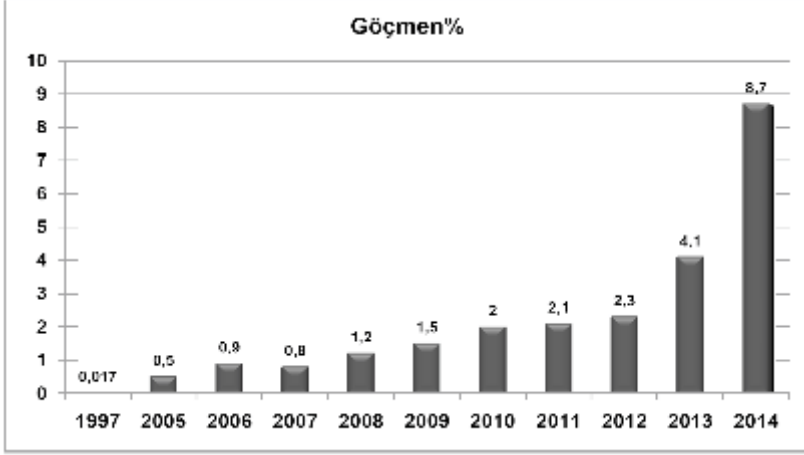




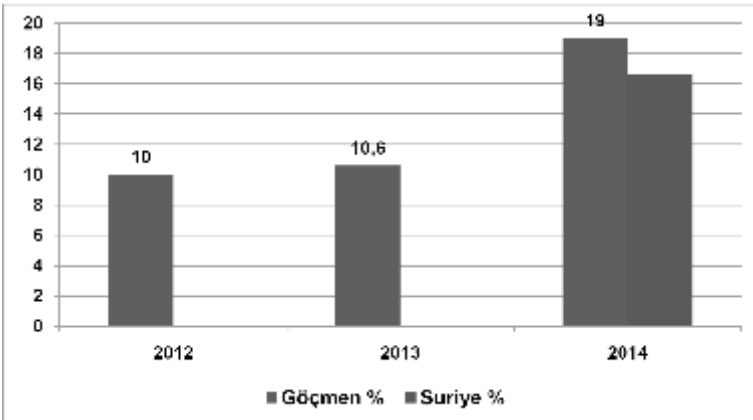
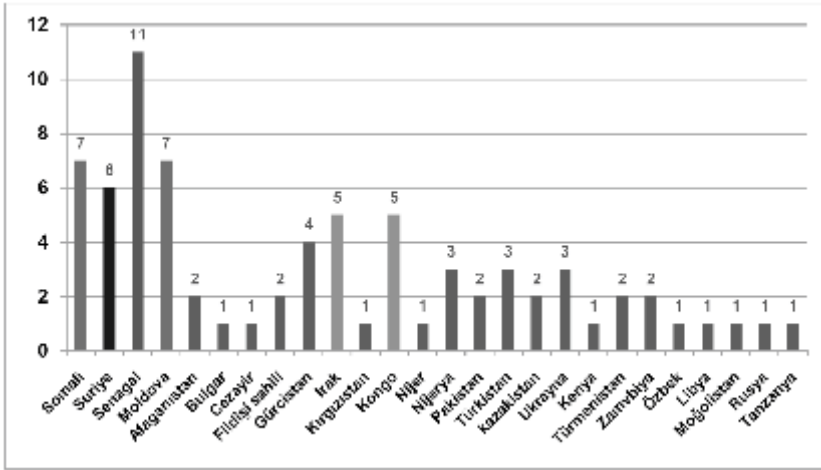
Türkiye' de Göçmen Tüberküloz Hastalarının Yıllara Göre Kıtasal Dağılımı(n)



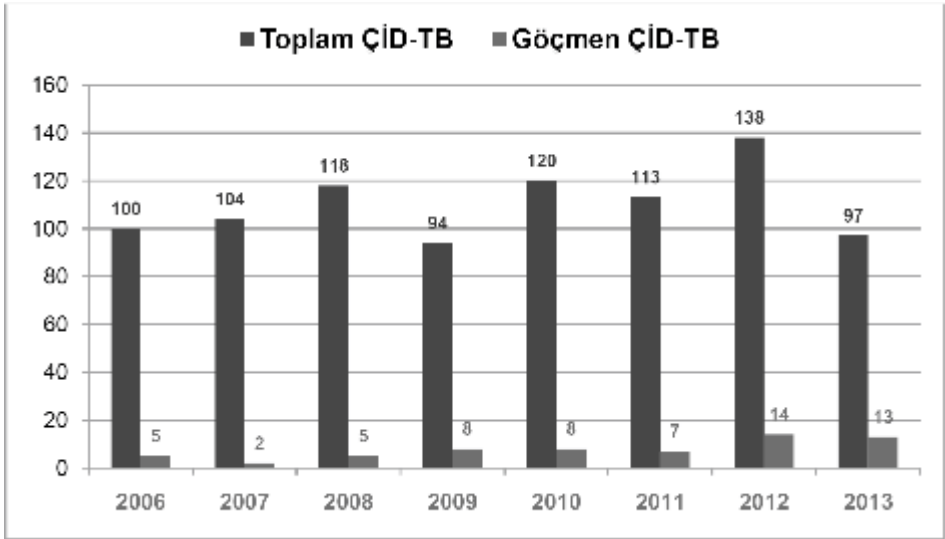
İSTANBUL'DA TB OLGULARI İÇİNDE GÖÇMENLER, %



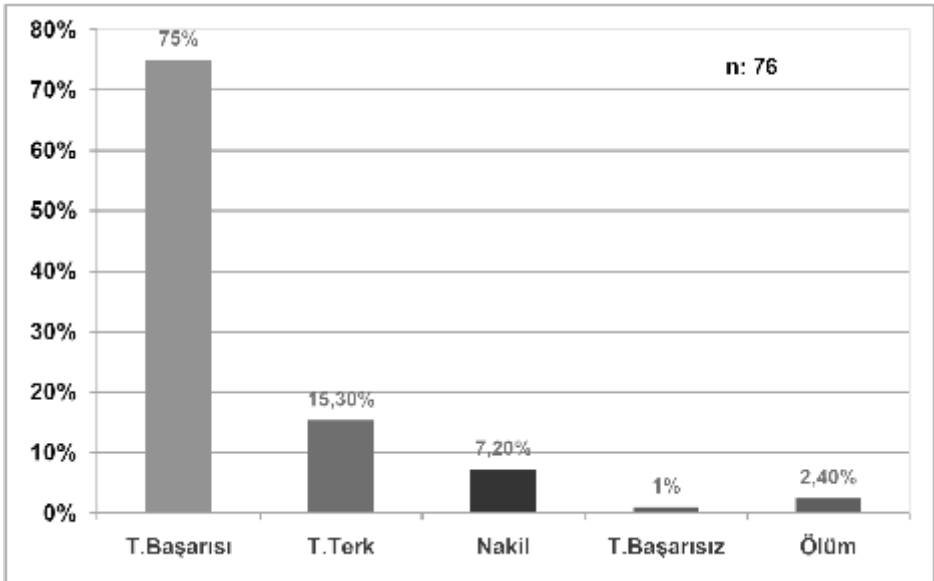
İstanbul,Şehremini VSD (Tarihi yarımada) TB Olguları içinde Ülkelere Göre Göçmenlerin Dağılımı



İSTANBUL' DA TOPLAM VE GÖÇMEN TB OLGULARI İÇİNDE ÇİD-TB, N



Göçmen TB hastalarında Tedavi sonuçları, İstanbul 1997-2010, n:497



Sosyal Dışlanmanın Önlenmesi

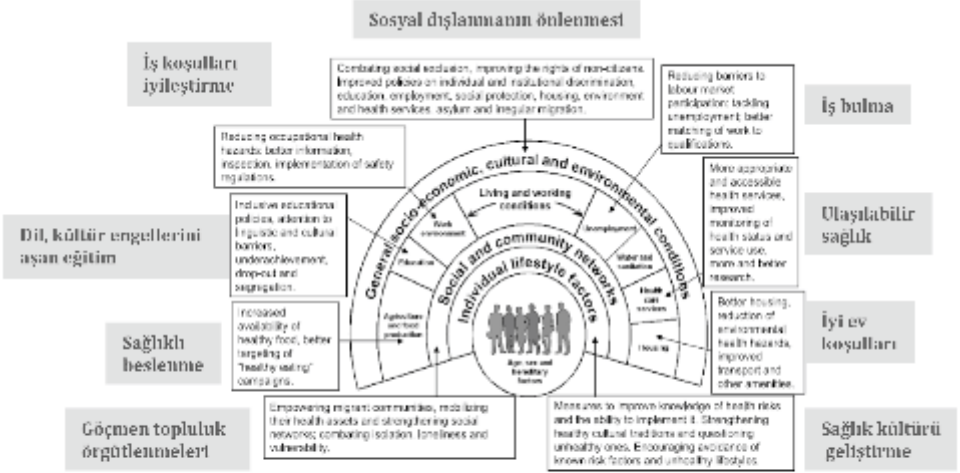


Figure 1.1 Policy measures tackling the determinants of health for migrants

Source: Adapted from WHO Regional Office for Europe (2010)

Göçmenlerin sağlık belirleyicileri konusunda iyileştirici politikalar

GÖÇMENLERE DUYARLI SAĞLIK PROFESYONELLERİ

PROGRAM UYGULAMALARI İÇİN KILAVUZ

Sağlık çalışanları;

Diğer kültürler ve gelenekler hakkında yeterince bilgili, dil ve iletişim becerilerine sahip, inançlara ve hastanın kültürüne saygı ile mesleki uygulama yapabilmeli, Göçmenlerin sağlık belirleyicilerini anlamak ve sağlıktaki eşitsizliklerin sosyal nedenlerini azaltmaya katkı yapabilmeli, Göçmenlerin hastalık profillerini ve epidemiyolojisini tanımalı, Farklı etnik ve toplumsal gruplarda hastalıkların klinik belirtilerini bilmekte yetkin olmalı

Sağlık hizmetleri konusunda göçmenlerin haklarını bilmeli,

Sağlık hizmetlerinin nasıl erişilebileceği ve neler beklenebileceği konusunda göçmenlere tavsiyede bulunabilmeli.

Kaynaklar

1. Ban Ki-Moon, *UN Secretary General, United Nations High Level Meeting on AIDS, June 2008.*
2. M. Flyvholm, Results from a Danish intervention project on immigrants in the cleaning trade, *Barents Newsletter on Occupational Health and Safety*, 14(2):46-47 (Helsinki, 2011). Available from www.ttl.fi/en/publications

3. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions (Eurofond), *Employment and Working Conditions of Migrant Workers* (Dublin, 2007).
4. M. Ackerhans and F. Staugard F. (eds.), *Health issues of minority women living in Europe, Report from meeting in Göteborg, Sweden, 11-12 November 1999*, (Brussels, European Commission, 2000)
5. Machado M et al. Equal or different? Provision of maternal and child health care to an immigrant population. Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisbon, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, 2009.
6. *European Parliament resolution of 8 March 2011 on Reducing Health Inequalities in the EU, 2010/2089(INI) paras. 4-6 (emphasis added).*135
7. PICUM (2007) *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, available at: http://picum.org/picum.org/uploads/file_/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf.
8. Wolff H. & Epiney M. (2008) Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8:93.
9. See Article 35 of the Decree- Law No. 286 of 25 July 1998 (Decreto Legislativo n. 286, 25 Luglio 1998, Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 – Supplemento Ordinario n. 139).
10. Lee Woo-Young, “Medical support for undocumented migrants”, *The Korea Herald*, 7 March 2012. Available from www.koreaherald.com/national/Detail.jsp?newsMLId=20120307001296
11. College of Nurses of Ontario (2004) *Practice guideline: Culturally Sensitive Care, Ontario*. www.nipissingu.ca/faculty/arohap/aphome/NURS3036/Resources/41040_CulturallySens.pdf.

GÖÇ VE EDİRNE DENEYİMİ

Dr. Mehmet Kaya

Helsinki Yurttaşlar Derneği Gönüllüsü

19-23 Eylül 2015 tarihinde Helsinki Yurttaşlar Derneği olarak Suriyeli göçmenlere birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla Edirne'ye gittik. "Türkiye'nin çeşitli illerinden Edirne'ye gelip Avrupa'ya gitmek isteyen Suriyeli göçmenlerin" kısa bir durum değerlendirmesinden bahsedeceğim. 2015 yılının Eylül ayında bir kısım Suriyeli göçmen yeni yaşam kurma umuduyla Türkiye'deki şehirlerden Avrupa ülkelerinin yollarına düştü. Bir kısım göçmen Edirne şehir merkezindeki parklarda, bir kısmı da tarihi Kırkpınar güreşlerinin yapıldığı stada bulunmaktaydı. Şehre yeni gelen bir kesim ise şehir girişinde bekletilmekte ve geri gönderilmekteydi. Edirne'de bulunan toplam göçmen sayısı 2 bin civarındaydı. Şehir merkezindeki parkta bulunan göçmenler park içinde açıkta kalarak, birkaç battaniye ve yere serdikleri kilimler üzerinde yatıyorlardı. Kırkpınar güreşlerinin yapıldığı alanda bulunanlar da yine açık havada çimlerin üzerinde veya stad içinde yine ellerinde bulunan malzemeler ile buldukları boş yerlere birer geçici yaşam alanı kurmuşlardı. Orda bulunduğumuz günler içinde göçmenlerin tamamı Kırkpınar güreşlerinin yapıldığı stada getirildi.

Havaların soğumaya başladığı dönem olması ve göçmenlerin açık alanda ikamet etmek zorunda kalmaları nedeniyle üst solunum yolu enfeksiyonları ve böcek ısırgısı gibi hastalıklar görülmekteydi. Bizim oraya gitme nedenimiz göçmenlere birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amaçlıydı. Resmi kurumlarla görüştük fakat bizim sağlık hizmeti sunmamıza gerek yok denildi. Acil durumlar için stat çevresinde 112 acil ambulansı bulunmaktaydı ama göçmenlerin birinci basamak sağlık hizmeti ihtiyaçlarının eksik kaldığını gördük. Biz de göçmenlerin yaşam koşullarına yönelik genel bir değerlendirme yaptık. Örneğin stat çevresinde yeterli sayıda tuvalet ve temel kişisel hijyenlerini sağlayacak banyo ve lavabo bulunmamaktaydı. Temizlik malzemesi olarak sabun, diş fırçası, şampuan vb. talepleri oldu sivil toplum derneklerinden. Bu ihtiyaca yönelik bizim girişimimiz ile temizlik malzemeleri temin edip dağıtımını yaptık. Günde 2 öğün yemek dağıtımı yapılmaktaydı. Göçmenlerin bir kısmı satın aldıkları malzemeler ile kendilerine yemek yapmaktaydı. Fakat stat çevresindeki bazı market ve seyyar satıcıların göçmenlere normal fiyatın üzerinde satış yaptığına şahit olduk. Göçmenler stad içinde ve etrafında buldukları boş bölmelere yanlarında getirdikleri az sayıda eşyalarını koyarak barınak yapmışlardı. Dış ortamdan yeterince korunamıyorlardı ve özellikle çocuk yaş grubu için riskli teşkil ediyordu.

Göçmenler içinde genç nüfus oranı ağırlıklıydı. Onlarla görüşmelerimizde bize bazı aktarımlarda bulundular. Temel hayalleri Avrupa'ya varabilmektir. Bunun için yetkililerden sınır kapılarını açmalarını istiyorlardı. "Türkiye'yi seviyoruz aslında, komşumuz ve bizim toprağımız gibi burası. Ama burada hakkımızı alamıyoruz.

Çalıştığımız yerler yarı fiyatına, üçte bir fiyatına köle gibi çalıştırıyor bizi. Bazen hiç paramızı vermiyorlar. Böyle yaşamak olmaz. Avrupa'ya gidersek en azından hakkımızı verirler bize. Orada hak yenilmiyor. Çalıştığımızın hakkını alırsınız orda. Bize kapılar açılacak dendi. O yüzden bekliyoruz burda. Gidene kadar buradayız. Geri dönmek istemiyoruz kesinlikle." Kendi ifadeleri ile Türkiye'den sonra bir göç yoluna daha girmelerini böyle açıkladılar bize. Yağmurun şiddetli bir şekilde yağdığı bir gün Kırkpınar güreşlerinin yapıldığı stadın etrafı su gölüne döndü. O şiddetli yağmurun ve soğuyan havanın altında bir kısım genç yaştaki göçmen yağmur altında seslerini duyurabilmek için "yağmurdan korkmuyoruz" diye haykırdılar bazı televizyonların kameralarına. Duyurmasına duyuruyorlar seslerini aslında ama galiba sorun duymak istemeyenlerde. Bildiğiniz gibi birkaç gün sonra çoğu geldikleri şehirlere geri gönderildiler. Göçmenler açısından, bir umutları daha yoldayken tükendi.

PANEL-2

MÜLTECİLİK VE RUH SAĞLIĞI

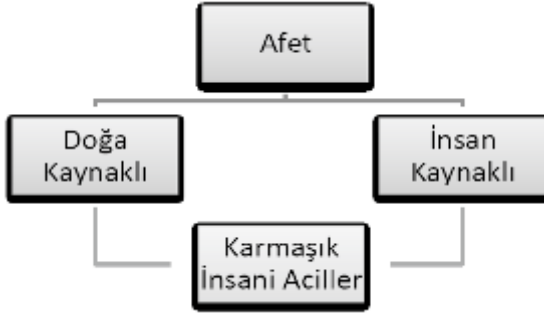


TÜRKİYE'DE MÜLTECİ SORUNU ve RUH SAĞLIĞINA YANSIMALARI

Uz. Psk. Esra Işık*

AKIŞ

- Kavramsal Çerçeve
- Suriye İç Savaşı
- Türkiye'deki Suriyeli Mülteciler
- Mültecilik ve Ruh Sağlığı



Karmaşık İnsani Aciller

Politik, askeri, ekonomik ve/veya çok büyük boyutta doğa olaylarını kapsayan olağandışı durum olarak tanımlanmaktadır.

- Kökenlerini geleneksel, etnik, kabilesel veya dinsel düşmanlıklar gibi sivil karmaşalardan alırlar.
- Merkezi otoritenin bozulması ve kamu hizmetlerinin ortadan kalkması ile politik kontrol gücü bölgesel/yerel ve hatta geleneksel otorite figürlerinin eline geçer.
- Çatışmalardan kaçma veya yiyecek bulabilmek gibi amaçlarla ülke içinde kitlesel insan hareketlerinin oluşması kaçınılmazdır ve bu durum halk sağlığı acillerini önceler.
- Ekonomide hiperenflasyon, ülkenin para birimindeki çöküş, büyük yerli işletmelerin üretimlerinde yavaşlama, satışlardaki hızlı düşüş gibi kuraldışı gelişmeler olur.

Güvenli koşullarda yiyecek sağlanamaması sonucu yaygın açlık ve beslenme bozuklukları görülür.

ZORLA YERİNDEN EDİLME

Zorla ya da mecbur kalarak evlerinden veya sürekli yaşamakta oldukları yerlerden, özellikle silahlı çatışmaların etkilerinden, genel olarak şiddet içeren durumlardan, insan hakları ihlallerinden veya doğal ya da insan kaynaklı felaketlerden korunmak için, uluslararası kabul görmüş devlet sınırlarını geçmeksizin kaçan ya da bu yerleri terk eden

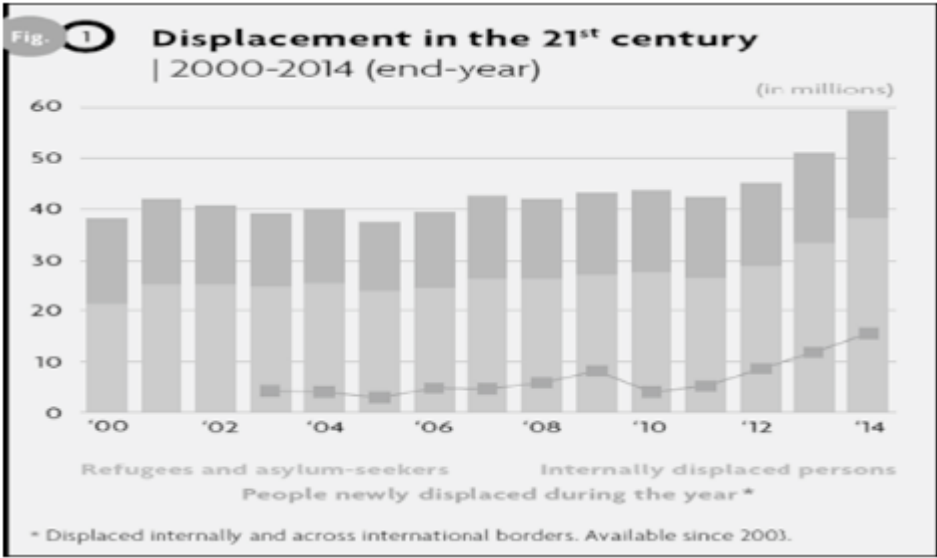
*Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruhsal Travma ve Afet Çalışmaları Birimi

kişilere **ülke içinde yerinden edilmiş kişiler** denir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Kendi ülkesini terk eden ve sığınma talebi gidilen ülke tarafından değerlendirme aşamasında olan kişilere **sığınmacı** denir.

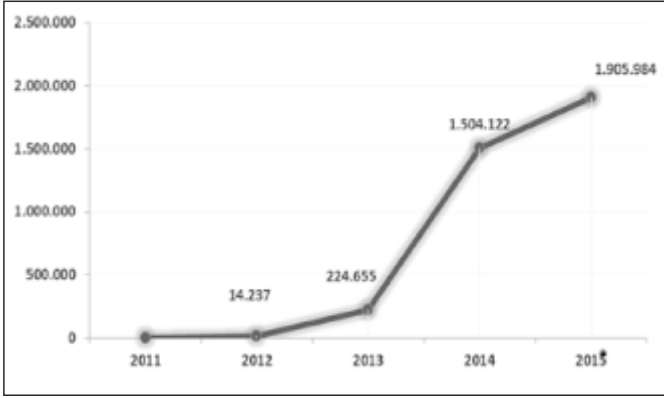
İrki, dini, milliyeti, belli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri nedeniyle zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan ve bu yüzden ülkesinden ayrılan ve korkusu nedeniyle geri dönmeyen veya dönmek istemeyen kişilere mülteci denmektedir. Mültecilik ve sığınmacılığın farkı ise sığınma talebinin kabul durumudur. Gidilen ülkeye



SURİYE İÇ SAVAŞI

Suriye'de 18 Mart 2011 tarihinde başlayan çatışmalar bugün itibari ile beşinci yılına girmiş bulunmaktadır. Suriye iç savaşı 200.000'den fazla insanın ölümüne ve dokuz milyon insanın yerinden edilmesine neden olmuştur. Savaştan kaçan Suriyeliler başta Türkiye ve Lübnan olmak üzere komşu ülkelere sığınmışlardır.

İlk olarak Nisan 2011'de 250 Suriyeli savaştan kaçarak Hatay sınırından Türkiye'ye giriş yapmıştır. O tarihten itibaren Türkiye, çatışmalardan kaçan Suriye vatandaşları için "Açık Kapı Politikası" uygulayacağını ilan ederek gelen hiç kimseyi geri göndermemiştir. Türkiye'deki Suriyeli mülteci sayısı çok hızlı bir şekilde artarak günümüz rakamlarına ulaşmıştır.



Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği (BMMYK)'nın Ekim 2015 tarihli verilerine göre dünya üzerinde dört milyon kayıtlı Suriyeli mülteci bulunmaktadır. 1.9 milyonu Türkiye'de, geri kalanları ise başta Mısır ve Lübnan gibi Arap ülkeleri başta olmak üzere dünyanın çeşitli bölgelerine dağılmışlardır. 2014 yılı itibari ile Suriye'den gelen yoğun göç dalgasının etkisiyle Türkiye ilk defa dünya üzerinde en çok mülteciye ve sığınmacıya ev sahipliği yapan ülke olmuştur. Kayıt dışı mültecilerle birlikte Türkiye'de yaklaşık **2.5 milyon** Suriyeli mülteci yaşadığı tahmin edilmektedir.

SURİYE'LİLERİN TÜRKİYE'DEKİ STATÜSÜ

Türkiye, 1951 tarihli Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Cenevre Sözleşmesi'ne taraf ülkelerden biridir ve 1967 tarihli Ek Protokol'e “coğrafi sınırlama” ile taraf olmuştur. Buna göre, Türkiye sadece Avrupa ülkelerinden gelen ve ırkı, dini, milliyeti, belirli bir toplumsal gruba üyeliği veya siyasi düşünceleri nedeniyle takibata uğrayacağı korkusu ile iltica talebinde bulunanlara mülteci statüsü vermektedir. Avrupa dışından gelenlerin başvurularını ise BMMYK ile birlikte değerlendirmekte ve mülteci statüsü verilmesi kararlaştırılanları, BMMYK aracılığıyla üçüncü ülkelere yerleştirmektedir. Türkiye, bu çerçevede, Suriyeli sığınmacılara mülteci statüsü vermemiş ve onları “misafir” olarak tanımlamıştır.

Türkiye, Ekim 2011'den itibaren, Suriyeli “misafirlerini” İçişleri Bakanlığı 1994 Yönetmeliği'nin 10. maddesi gereğince “**geçici koruma rejimi**”ne aldığını ilan etmiştir. Asgari uluslararası standartlarla uyumlu olan bu rejim, açık kapı politikası, geri dönmeye zorlamama, bireysel statü belirlemenin yapılmaması, kamplarda barınma ve diğer temel hizmetlerin sunulması gibi ilkeleri içermektedir. BMMYK'nın Suriyeli mültecilere yönelik uyguladığı bireysel kayıt ve statü belirleme sürecini durdurmasıyla Türkiye'de kamplarının kurulması ve koordinasyonunu Afet ve Acil Durum Koordinasyon Başkanlığı (AFAD) ve Kızılay üstlenmiştir. Sığınmacıların kayıt işlemleri ve kimlik dağıtımı ise polis tarafından koordine edilmektedir.

SURİYELİ MÜLTECİLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

- Çoğunlukla yetişkin (19 – 54 yaş arası)
- %40 erkek, %60 kadın
- %30 bekar
- Bir evdeki ortalama kişi sayısı 8.6
- Yarisından fazlasının Suriye'ye döndüklerinde yaşayabilecekleri evleri artık yok.

NERELERDE YAŞIYORLAR?

Türkiye'ye gelen Suriyeli mültecilerin yaklaşık yüzde 36'sı Türkiye'deki 10 kentte bulunan 25 mülteci kampına yerleştirilmiştir. Yüzde 64'ü ise kampların bulunduğu kentler de dâhil olmak üzere çeşitli kentlerde kamp dışında hayatlarını sürdürmektedirler. Suriyeli mülteciler çoğunlukla İstanbul ve güney ve güneydoğu da, Suriye-Türkiye sınırına yakın illerde yaşamaktadırlar.

İL	GEÇİCİ BARINMA MERKEZİ	BARINMA TİPİ	GBM MEVCUDU	TOPLAM MEVCUT
HATAY	Altınöz 1 Çadırkenti	263 bölme	1.390 Suriyeli	15.017
	Altınöz 2 Çadırkenti	622 çadır	2.790 Suriyeli	
	Yayladağı 1 Çadırkenti	236 çadır 310 bölme	2.816 Suriyeli	
	Yayladağı 2 Çadırkenti	510 çadır	3.058 Suriyeli	
	Apaydın Konteynerkenti	1.181 konteyner	4.963 Suriyeli	
GAZİANTEP	İslahiye 1 Çadırkenti	1.898 çadır	9.342 Suriyeli	51.145
	İslahiye 2 Çadırkenti	2.364 bölme	9.630 Suriyeli	
			9.286 Iraklı	
	Karkamış Çadırkenti	1.686 çadır	7.188 Suriyeli	
	Nizip 1 Çadırkenti	1.858 çadır	10.639 Suriyeli	
ŞANLIURFA	Nizip 2 Konteynerkenti	938 konteyner	5.060 Suriyeli	101.928
	Ceylanpınar Çadırkenti	4.771 çadır	18.646 Suriyeli	
	Akçakale Çadırkenti	5.000 çadır	27.797 Suriyeli	
	Harran Konteynerkenti	2.000 konteyner	14.032 Suriyeli	
	Viranşehir	4.100 çadır	17.474 Suriyeli	

	Çadırkenti			
	Suruç Çadırkenti	7.000 çadır	23.979 Suriyeli	
KİLİS	Öncüpınar Konteynerkenti	2.063 konteyner	12.457 Suriyeli	36.350
	Elbeyli Beşiriye Konteynerkenti	3.592 konteyner	23.893 Suriyeli	
MARDİN	Midyat Çadırkenti	1.300 çadır	2.993 Suriyeli	15.078
			2.520 Iraklı	
	Nusaybin Çadırkenti	3.270 bölme	3.715 Iraklı	
	Derik Çadırkenti	2.100 bölme	5.850 Suriyeli	
KAHRAMANMARAŞ	Merkez Çadırkenti	3.347 çadır	17.105 Suriyeli	17.105
OSMANIYE	Cevdetiye Çadırkenti	2.012 çadır	9.171 Suriyeli	9.171
ADİYAMAN	Merkez Çadırkenti	2.292 çadır	9.825 Suriyeli	9.825
ADANA	Sarıçam Çadırkenti	2.162 çadır	11.298 Suriyeli	11.298
MALATYA	Beydağı Konteynerkenti	2.083 konteyner	7.682 Suriyeli	7.682



ŞEHİR	SURİYELİ SAYISI
İstanbul	330.000
Gaziantep	220.000
Hatay	190.000
Şanlıurfa	170.000
Mardin	70.000
Adana	50.000
Kilis	49.000
Mersin	45.000
Konya	45.000
Kahramanmaraş	44.000
Ankara	30.000
Bursa	20.000
Batman	20.000
Şırnak	19.000
Kocaeli	15.000
İzmir	13.000
Osmaniye	12.000
Antalya	10.000
Kayseri	9.500
Diyarbakır	5.000
Adıyaman	2.500
Samsun	1.230
Niğde	1.100
Aydın	1.000

AVRUPA'YAGEÇİŞ KÖPRÜSÜ OLARAK TÜRKİYE

Türkiye'ye gelen birçok göçmenin amacı Avrupa'ya geçmektir. Fakat Avrupa ülkeleri Suriyelilerin sınırlarından geçmelerine izin vermemektedir. Bu durum ise mültecilerin illegal ve tehlikeli yollarla Avrupa'ya gitmeye çalışmasına ve kıyılarımızda, kara sularımızda büyük facialar yaşanmasına sebep olmaktadır. Bugüne kadar Akdeniz ve Ege Denizi'nde yüzlerce göçmen hayatlarını kaybetmiştir.

Bugüne kadar Türkiye, ülkelerindeki savaştan kaçarak ülkemize sığınan Suriye vatandaşları için **7,6 milyar ABD dolarını** aşkın tutarında bir kaynak kullanmıştır.

Uluslararası camia ise ülkemizde bulunan Suriyeliler için yalnızca **418 milyon ABD doları** katkıda bulunmuştur.

MİSAFİR?

Bu trajik tablonun daha uzun süre devam edeceği öngörülmektedir. Suriye'de iç savaşın giderek şiddetlenmesi, kentlerin neredeyse tamamen tahrip olması ve bazı bölgelerde illegal örgütlerin özyönetim ilan etmelerinden dolayı mültecilerin ülkelerine dönme ihtimalleri giderek azalmaktadır. Dolayısıyla mültecilerin hayat şartlarını iyileştirmeye yönelik çalışmalar vakit kaybetmeden hayata geçirilmelidir.

SAVAŞ, MÜLTECİLİK ve RUH SAĞLIĞI

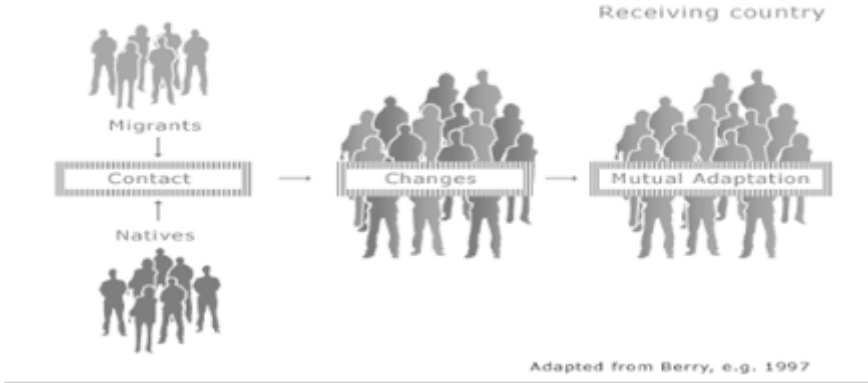
Mülteci/sığınmacı olmak ruh sağlığı ve beden sağlığı problemlerine yatkınlaştıran önemli bir risk etkenidir.

PSİKOLOJİK ETKİLER

- Kaygı ve panik
- Korku
- Öfke
- Tekrarlayan sıkıntı verici düşünceler
- Çökkün duygu durum
- Uyku problemleri
- Güçsüz ve çaresiz hissetme
- Psikosomatik belirtiler
- Kaygı ve panik
- Korku
- Öfke
- Tekrarlayan sıkıntı verici düşünceler
- Çökkün duygu durum
- Uyku problemleri
- Güçsüz ve çaresiz hissetme
- Psikosomatik belirtiler

SOSYAL ETKİLER

- Kültürel uyum sorunları
- Etnik ve/veya kültürel ayrımcılık, Dışlanma, Stigmatizasyon



Türkiye'deki Suriyeli mültecilere psikososyal destek Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Fakat alanda çalışan ruh sağlığı uzmanlarının yaşadığı bir çok sorun vardır. Bunlar;

- Yeterli sayıda ruh sağlığı uzmanının olmaması
- Çalışan uzmanların savaş travması ve göç psikolojisi konularında bilgi ve beceri eksiklerinin olması
- Dil bariyeri
- Kültürel farklılıklar
- Hizmetin hedeflediği kitlenin çok büyük olması

MODEL

- Psikososyal müdahalelerin 3 boyutu olmalıdır;
 - İyileştirici ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri
 - Kültürel uyum
 - Kapasite geliştirme

Psikososyal hizmetlerin yapısı çok disiplinli olmalıdır. Ruh sağlığı uzmanlarının yanı sıra farklı disiplinlerden uzmanlar (örn öğretmenler, kamu görevlileri vs) psikososyal hizmetlerin birer parçası olmalıdırlar.

- Gönüllülük esas alınmalıdır.
- Zorunlu göçün sosyal ve politik unsurlarının ruh sağlığı üzerindeki etkileri de göz önüne alınmalı ve değerlendirilmelidir.
- Ruh sağlığı hizmetleri kültürel kodları içermelidir.
- Ruh sağlığı uzmanlarında ve diğer çalışanlarda ortaya çıkabilecek olan ikincil travmatizasyona karşı önlemler alınmalıdır.
- Bütün bu hizmetler **sürdürülebilir** ve **kalıcı** olmalıdır.

Kaynaklar

1. AFAD (2015). Afet Raporu: Suriye, AFAD.
2. American Psychological Association (2012). Crossroads: The Psychology of Immigration in the New Century. APA Presidential Task Force on Immigration. Washington, DC: Author.
3. Kılıc, M. (2008). Afetlerde Psikososyal Hizmetlerin Etkililiği: Türk Kızılayı ve 2005 Pakistan Depremi. Unpublished master's thesis). Kocaeli University, Kocaeli, Turkey.
4. Kurban, D., Yüksek D., Celik, A. B., Unalan T., & Aker, A.T. (2007). Coming to Terms with Forced Migration: Post-Displacement Restitution of Citizenship Rights in Turkey. TESEV Publications: İstanbul, Turkey.
5. United Nations High Commissioner for Refugees, website. *Note on Accession to International Instruments and the Detention of Refugees and Asylum-Seekers*, <http://www.unhcr.org/refworld/docid/3ae68cce18.html>
6. UNHCR (2014). UNHCR Global Report 2014 – Engaging with IDPs, UNHCR. UNHCR (2015) Global Trends 2014, UNHCR

SURİYELİ MÜLTECİLER VE RUH SAĞLIĞI

Yrd. Doç. Dr. Ceren Acartürk

Şehir Üniversitesi Psikoloji A.D.

Bugün insanlık tarihinin en büyük trajedilerinden birine şahit oluyoruz. Milyonlarca Suriyeli ülkelerini terk ediyor ve sığınacak yer arıyorlar. Mart 2011'den bugüne 9 milyondan fazla Suriyeli evinden ayrıldı. Suriyeliler, Türkiye başta olmak üzere (yaklaşık 3 milyon), Ürdün ve Lübnan'a sığındılar. Batı ülkelerinden ise en çok Suriyeli mülteciyi Almanya kabul ederken tüm mültecilerin yaklaşık olarak yarısını çocuklar oluşturmaktadır.

Literatür belirtiyor ki mülteciler çok sayıda ciddi travmatik olaya maruz kalıyorlar. Özellikle savaş travmasına maruz kalanlar insanlığın korkunç zulmünü görüyorlar: hayati tehlike, ciddi yaralanmalar, bunlara tanıklık, işkence, tecavüz ve aile üyelerinin ortadan kaybolması gibi. Tüm bu travma ve göç sonrası yaşanan zorluklarla ilişkili olarak mültecilerde, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu genel popülasyona oranla daha çok görülmektedir.

2012 yılının sonunda başladığımız çalışmalarda ilk olarak Kilis Öncüpinar mülteci kampına gelen Suriyeli mültecilerde ruh sağlığı taraması yaptık. Rastgele yöntemle seçilen 1000 konteynirdaki yaşı en büyük olan kişiyi çalışmamıza davet ettik. Çalışmaya katılan 782 kişinin yaş ortalaması 35, % 61'i kadın, % 86'sı evliydi. Eğitim yılı ortalama 6 yılken, kampta kalış ortalaması 14 aydı. Mülteciler arasında, travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini Olay Etkisi Ölçeği ile, depresyon semptomlarını ise Beck Depresyon Envanteri ile inceledik.

Sonuçlara göre kamptaki Suriyeli mültecilerin %83'ü travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, %37 si depresyon belirtileri gösteriyor. Bu yüksek yaygınlık oranları literatürle uyumludur. Daha önceki çalışmalar da ülkesine daha yakın kamplarda/bölgelerde kalan mültecilerde daha uzaktakilere oranla daha çok ruh sağlığı sorununa işaret etmektedir. Kamp alanında travmayla ilişkili çok sayıda tetikleyici ve hatırlatıcı var. Ayrıca, kamp sınırda olduğundan dolayı, yeni gelenler yeni işkence ve bombalama haberlerini de getiriyorlardı. Tüm bu yeni bilgiler, duyulan uçak ve bomba sesleriyle aslında travmatik olayın bitmediği, devam ettiği de söylenebilir. Öte yandan, bu yüksek TSSB ve depresyon oranını açıklarken yaşanan travmalara da bakılabilir. Çalışmaya katılanların % 88'i kendisi, %81'inin yakınları savaş nedeniyle hayati tehlike atlatmıştır. Kampa gelmeden önce yakınına kaybedenlerin oranı da %63'dür. Ayrıca katılımcıların %57'sinin yakınları işkence ya da kaçırılma yaşamıştır. Depresyonu yordayan faktörlere baktığımızda kadınların erkeklere oranla 5 kat daha fazla risk taşıdığı, daha önceden ruhsal bir hastalığı olanların ve sevdiği biri işkenceye maruz kalanların da depresyona yakalanma ihtimalinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kamp şartlarından memnun olanların ise depresyona yakalanma ihtimallerinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Travma

sonrası stres semptomları açısından da kadın cinsiyeti risk faktörü olarak belirirken, daha önce ruhsal hastalık yaşamak, hayati tehlike atlatmak ve sevilen birinin yaralanması da risk faktörü olarak belirmiştir. Öte yandan, savaş bitince Suriye'ye dönme isteğinin de TSSB semptomları olmayanlarda ortaya çıktığı bulunmuştur.

Tarama çalışmasından sonra, tedavi çalışması dizayn edilmiş ve bölgede çalışan 5 terapist İstanbul'a gelerek EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme) tedavisi eğitimi almışlardır. Biliyoruz ki, Suriye'de ruh sağlığı hizmeti kullanımı çok az ve psikolog ya da psikiyatriste gitmek Suriye'de bir tabu. Bu nedenle biz de çalışmamızda kültürel olarak duyarlı olmaya çalıştık. İlk olarak önyargıları azaltmak için kanaat önderlerine (muhtarlar, imamlar, öğretmenler) yönelik psikoeğitim toplantısı düzenledik. Tüm görüşmeleri ve tedavileri yerli dil olan Arapça ile gerçekleştirdik. Katılımcıları tabulardan korumak için anaokulunun yanındaki binada terapi seanslarını yaptık. Böylece danışanlar istedikleri takdirde komşularına terapistle gitmek yerine okula gittiğini söyleyebildi. Son olarak danışanın ve terapistin cinsiyetini eşleştirdik, bu mümkün değilse danışan ile çevirmeni cinsiyetlerine göre eşleştirdik.

Tedaviyi kabul edenler (N=29) randomize olarak 2 gruba ayrıldı (EMDR vs. Kontrol Grubu). Kontrol ve tedavi grubundaki vakaların travmatik olayları benzeşiyordu. Eşin savaşta olması, savaşta çocuk kaybı, çatışma ortasında kalmak, ölümlere tanık olmak, ev ve mal kaybı, tutuklanmalar, aile fertlerini defnedememe. Tedavi grubu bireysel olarak tercüman eşliğinde seanslara girdi. Ölçümler tedavi öncesi ve sonrasında yapıldı. Tedavi grubunun hem travma hem de depresyon skorları EMDR tedavisi sonunda düşmüştü. Bu düşüş yapılan 1 aylık takip değerlendirmesinde de kendisini gösterdi. Bu çalışmayı daha büyük bir örneklem ile tekrarladığımızda da TSSB ve depresyon skorlarının düştüğünü ve 1 aylık takip süresinde de bu iyilik halinin korunduğunu tespit ettik.

Başta da belirttiğim gibi mültecilerin yaklaşık yarısı çocuklardan oluşmaktadır. Çocukluk çağı travmalarının tüm hayata etkisi düşünüldüğünde önleyici tedavi yaklaşımları oldukça önem kazanmaktadır. Bu sebeple, İstanbul/ Sultanbeyli'de yaşayan Suriyeli çocuklara ulaştık. Sultanbeyli'de yaşayan 63 Suriyeli çocukla yaptığımız bir taramada çocukların %31'inde kaygı, %24'ünde tssb, ve %18'de depresyon tespit edilmiştir. Bu çocuklara daha sonra ABD Ulusal Çocuk Travma ve Stres Ağı tarafından onaylanan Psikolojik İyileşme Becerilerini içeren 3 modüllü (görsel sanat, müzik ve hareket) 5 günlük bir program verilmiştir.

TSSB ve depresyon başta olmak üzere, mülteciler birçok ruh sağlığı sorunuyla karşı karşıyadır. Savaşa bağlı travmatik yaşantıların yanı sıra, göç sonrası karşılaşılan zorluklar (ekonomik, uyum, dil) göçmenlerin ruh sağlığını dolayısıyla uyumlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu duruma müdahale etmek için göçmenlere yönelik ruh sağlığı politikaları geliştirmek, hem travma odaklı hem de psikososyal programlar sunmak önemlidir.

A PSYCHOSOCIAL STUDY AMONG ASSYRIAN - SYRIAN REFUGEES IN ISTANBUL

İSTANBUL'DAKİ SURİYELİ MÜLTECİLERDE DİN, KÜLTÜR VE SAĞLIK

Önver Çetrez (1), Valerie DeMarinis (1), and Timuçin Aktan (2)¹

Keywords: Assyrian-Syrian refugees, physical health, psychological health, religious coping, trauma

Abstract

This study, the central focus of the chapter, aimed at describing the general health situation among Assyrian-Syrian refugees (n = 171, 70.2% males, mean age 31.08) in Istanbul, at two time periods. Measures included The Patient Health Questionnaire (PHQ), The Brief R-COPE, The General Self-Efficacy Scale (GSE), The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), The Primary Care Post Traumatic Disorder Scale (PC-PTSD), together with some additional health items. Results showed that 52.4% have experienced some kind of trauma, among which 23.4% met the criteria for PTSD. Ratings of own physical health (< .001), own psychological health (< .05), and PHQ were statistically significant with PTSD. Females rated their own physical health (< .01) and own psychological health (< .01) worse than men. A paired-samples t-test showed a significant increase from Time 1 to Time 2 for Positive R-COPE (< .08), a decrease for Negative R-COPE (< .05), and an increase for GSE (< .05). A paired-samples t-test showed a significant gender difference for PHQ (< .01) and GSE (< .01).

Background

Forced migration places people in terrible situations, often with severe consequences that are felt over several generations. One of the current countries experiencing a devastating war, internal displacement, and forced migration is Syria. To date almost 4,4 million individuals have left Syria (50,3% females), mainly to the neighbouring countries, Turkey, Lebanon, Jordan, Iraq, and Egypt (UNHCR, 2015). Another 7,6 million people are internally displaced (IDPs) within the country. The unemployment in Syria is estimated at 54,3% and the consumer price index has increased by 179% since the beginning of the crisis in 2011 (UNRWA & UNDP, 2014).

Turkey, the main receiving country focused upon in this article, has officially received almost 2,3 million Syrian refugees. A limited number of these refugees, 300,000 (13%) are living in the established camps, in total 25 camps (UNHCR, 2015). The majority of the refugees live in south and southeast Turkey, but a substantial number also live in urban areas like Istanbul, Ankara, Mersin, Konya as well as villages around the country. Based on Article 91 of the new asylum law of Turkey, the Law on Foreigners and International

¹(1) Uppsala University, (2) Toros University. For contact about this study, email Önver A. Çetrez: cetrez@teol.uu.se. Çetrez has been the project leader, gathered the project data, worked with the overall article. DeMarinis is the project's psychological consultant, has gathered the project data. Aktan has been responsible for the quantitative data analysis. A longer version of this paper has been accepted for publication in *Transactions*, published by the Swedish Research Institute in Istanbul.

Protection, adopted in April 2013 and enforced one year later, Turkey officially uses “persons under temporary protection” when referring to Syrian refugees (Ahmadzadeh, et al., 2014).

Turkey has signed the 1951 Refugee Convention as well as Protocol 1967, however, with a geographical limitation, refugee status being granted only to individuals from Europe. Thus, Syrians are considered as guests in Turkey and not refugees, which has led to a lack of administrative clarity and a poorly developed integration policy (Ahmadzadeh, et al., 2014). At the same time, reliable statistical information about the Syrian refugees in Turkey is lacking, mainly due to problems in registration and data processing. This is the case more so for non-camp refugees than for those registered in camps. (Ahmadzadeh, et al., 2014). AFAD (the Prime Ministry Disaster and Emergency Management Presidency of Turkey) coordinates all relief efforts in camps. According to the new Temporary Protection regulation from 2014, the Syrians have a right to receive care, education, seek work, and social support, if they register. However, as their own resources decrease, the negative coping methods have increased, such as begging, child labour, child marriage, and survival prostitution. Furthermore, the tensions between Turks and Syrians has also increased.

The health concerns for the Syrians within the country are large, due to the collapse of internal production, increased needs, and security instability (UNRWA, 2014). The health situation of the Syrian refugees in Turkey, in particular, is a multi-level area of concern, together with their educational needs, work needs, and settlement needs in the countries of migration. According to a report by UNICEF, the Regional, Refugee and Resilience Plan for 2015-2016 (2015), the Syrian refugees in Turkish camps have free access to all health-care, while refugees outside the camps have access to primary care, and non-registered refugees can receive acute care, but have to register if they want to continue receiving care. The same report highlights that their mental health and psychosocial issues require increasing attention in view of the fact that these services were already insufficient for the host populations. For the public health some of the main challenges are gender-based violence, maternal and newborn morbidity, unwanted pregnancies, unprevented or not treated sexually transmitted diseases, malnutrition among newly arriving refugees, weak mental health and psychological problems, among others.

Another major concern for the refugees relates to work conditions, according to the Regional, Refugee and Resilience Plan for 2015-2016 (UNICEF, 2015). Southeastern Turkey has been for a long time an economically deprived area, and with the new Syrian refugees, a competitive situation has arisen concerning low-paid jobs. Syrians are forced into bad working conditions, without any formal labour rights, earning very low salaries often way below the national minimum wage. It is common that salaries are a fifth of what they should be while living costs have doubled. Even child labour exists. Salaries as low as 2,5 USD per day or 250 USD per month are paid to the Syrian refugees; if and when they receive remuneration at all.

Lack of education is of great concern. Today, more than 576,000 Syrian children (age 6-17) need to attend school. Only 30% of these children have access to some sort of education. (UNICEF, 2015). With this background to the refugee situation in Turkey, we will now move on to the aims of this study.

Aims

The primary aim of this study was to understand the physical and mental health situation of Assyrian-Syrian refugees in Istanbul, at two time periods. The time periods were pre- and post participation, generally two months, in a refugee activity centre. The study was not hypothesis testing, but rather descriptive in nature, as there was and is very limited research with Syrian refugees in Turkey in general, and non-existent with respect to the specific sub-population studied here. The study also aimed to problematize some of the ethical and methodological challenges in conducting this kind of study with such a vulnerable population

Previous research

Aziz, Hutchinson and Malby (2014) studied perceived quality of life of Syrian refugees ($n = 270$) who reside in the Kurdistan Region of Iraq, using the WHOQOL-BREF, which measures Quality of Life within four dimensions: physical, psychological, social relationships, and environment. A comparison between the Syrian refugees and overall norm data for the WHOQOL-BREF, where the former scored significantly lower on physical health ($M = 13.26$ against $M = 16.2$), psychological ($M = 12.62$ against $M = 15.0$), and environment ($M = 11.66$ against $M = 13.5$), but significantly higher on social relationships ($M = 15.23$ against $M = 14.7$).

Alpak et al. (2015) studied the prevalence of PTSD and its relation with various socioeconomic variables among Syrian refugees ($n = 352$, 49,1% females, Mean age 37,58, time period in asylum 6,52 months, married 86,4%, high school and university education 18,2%), who have sought asylum in a tent city in Gaziantep, Turkey. Among the participants 33,5% were diagnosed with PTSD. There were statistically significant correlations between a PTSD diagnosis and gender (46,2% females and 21,2% males), as well as occupation (housewife), being diagnosed with psychiatric disorder in the past, having a family history of psychiatric disorder, and number of traumatic events experienced. However, there were no statistically significant correlations between a PTSD diagnosis and education level, asylum, or time period.

For the psychological well-being of Syrian refugees in Lebanon, El Chammy, Kheir and Alaouie (2014) refer to a report by WHO-UNHCR Assessment Schedule of Serious Symptoms in Humanitarian Settings, where 58% had feelings of fear, 56% were hopeless, 62% were uninterested in things, and 65% were unable to perform essential activities for daily living. El Chammy et al., also refer to another study, by IMC, 2011, showing that

refugees report anxiety, feelings of depression, lethargy, eating and sleeping problems, anger, and fatigue, which affect relationships within families, daily functioning and health. They also expressed positive coping mechanisms, such as going out, exercising, and playing with one's children.

A study by Tufan, Alkin and Bosgelmez (2013) focused on post-traumatic stress disorder among a mixed asylum and refugee population (though not Syrians), receiving psychiatric and psychological support from a refugee support program in Istanbul, between 2005-2007. Results revealed that 55,2% had PTSD. The authors concluded that uncertainty about the future, periods of detention, extended periods of waiting for processing of their refugee application, and hopelessness increased the psychopathology among refugees.

An overview analysis of articles on religious coping, during 2005-2010, by Pargament, Feuille and Burdzy (2011), showed that among the 30 studies reviewed, no studies have been conducted with refugees. The results of one of these studies, conducted by Bradley, Schwartz, and Kaslow (2005), among 134 African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviours, showed that self-esteem was positively associated with positive religious coping ($r = .21^*$). Another study, by Cole (2005) among 16 people diagnosed with cancer, showed that physical well-being was positively associated with religious coping ($r = .56^*$).

One important remark concerning studies cited here is that very little attention has been paid to the methodological aspects among refugees, whether ethical issues, research participation and responsibility, difficulties, nor challenges. This is also one of the aims in this chapter, and one means of contributing to the topic of this book on how we approach and work with cases involving migrants and refugees.

Population

Modern Syria emerged from foreign rule, passing from Ottoman to French rule after World War I and then gaining independence from France in 1946. After a period of political infighting, Hafez al-Assad gained power in 1971. He was succeeded by his son Bashar al-Assad in 2000. The country consists of many ethnic and religious groups, the main ones being Sunnis, Alawites, Kurds, Assyrians, and Druze. Anti-government protests began in March 2011, and with a violent response by the army the first refugees began fleeing Syria soon after. Today, many parties are involved in the civil war, including government forces, external countries, Kurdish forces, IS (Islamic State), and other secular and Islamist rebel groups. (Sirin & Rogers-Sirin, 2015; Thomas Reuters Foundations, 2014)

The Assyrians, who are the study population in focus here, including all the linguistic and denominational branches, comprise an indigenous population of north Mesopotamia, around the Euphrates and the Tigris rivers, scattered between southeast Turkey, Syria, Iraq, and Iran. Today they use the Modern Assyrian (Neo-Syriac) language, with dialectal

differences in the countries where they live. While Ashurism was the old religion, the Assyrians adopted Christianity early on, today consisting of the Syriac-Orthodox Church, Church of the East, Chaldean Church, Syriac Catholic, and Syriac Protestant. During the latter centuries the Assyrians have witnessed several atrocities, the most severe being 1915, during the fall of the Ottoman Empire. From the 19th century, but mainly in the mid 20th century, a massive emigration by Assyrians to most continents of the world had taken place. The population finds itself in a struggle for survival, facing challenges of denominationalism, fragmentation, Arabization, the threat of Islamic fundamentalism, all of which consolidate in a mass migration to the West, and assimilation. Today, more Assyrians live in the diaspora than in their native area. The majority Assyrian population is found in Iraq, followed by Syria, United States, Sweden, Lebanon, Germany, Russia, and Iran. Assyrian culture is characterized by a collectivistic and patriarchal family structure, even though this is changing rapidly through encounters with Western societies. Endogamy, religious and linguistic identification, entrepreneurship, and holding a high value on education are among the characteristics of Assyrians. (Countries and their Cultures, 2015; BetBasoo, 2013; Cetrez, 2005).

Christian Syrian refugees have an infected historical relation to Turkey

Even though the refugee camps in southeast Turkey are open for people of different religious backgrounds and despite the fact that a specific part of the camp in Midyat was designated for Christian refugees, the Christian refugees prefer to live outside the camps. The majority of the Christian refugees prefer not to be registered, which limits their possibilities for support in different ways. Two reasons for not registering appear through our interview contacts. First, they have an infected historical relation to Turkey, where their grandparents fled the 1915 atrocities and the consequences of this. The stories of the past and the feeling of distrust and fear are today still vivid among the Christians from Syria. Second, the Christian refugees have their mind set on Europe or some other western countries, with no vision of returning to Syria, and therefore see Turkey only as a transit country. Many have relatives in Europe and thereby feel a connection to Europeans, whom they identify as also having a Christian cultural background. The number of Christian refugees in Turkey is difficult to calculate, as they do not register and are very transitory.

Method

During 2013 and 2014 we conducted a mixed-methods multi-stage design, incorporating qualitative and quantitative techniques, thus increasing the validity and generalizability of the results. Stage 1 included 20 individual (equally divided by gender, age ranging from 18 to 70 years) and three focus group semi-structured interviews, biographical network maps, and closed ended instruments. Additionally we had one interview with a key person who was giving practical support to the refugees. Based on the selection in Stage 1 the instruments for Stage 2 were decided and a survey was conducted. In Stage 2 a convenience

sample was used among participants at the centre, totally 171 persons. The survey was distributed among participants at the centre once before they started activities and once after a two-month period. The instruments incorporated are validated and have been used in earlier migration research projects. All interviews were conducted at the centre and in Arabic, Syriac, Turkish or English, depending on the preference of the participants. The research team managed the relevant languages, thus a translator was not needed. It took on average 30 minutes to complete the survey. The participants lived either in one of the two collective houses for the male youth or in the apartments for the families and females. In this chapter only the quantitative results are being presented. Results from the semi-structured interviewed were analysed deductively and through a software program, while the survey study was analysed via SPSS.

Ethical approval and concerns with refugee populations

Ethical approval was granted by the Uppsala regional board, in Sweden. In research where human beings are involved ethical considerations are important, and perhaps even more so when the population is a refugee group, with experiences of war trauma. The researchers involved in this study have had previous experiences working with similar groups, where we had used the instruments among other refugee populations in Sweden. However, what was new for all of us was the location, where refugees lived in a transitional space. This challenge required finding a safe environment where the research participants were feeling unthreatened and comfortable. Another challenge was access to psychosocial counselling support in Arabic when needed. The documentation of material and how it is safely kept were two specific aspects challenges in this kind of context. Information about the study and consent were also important aspects before starting the study. As researchers we needed to be aware of possible risks that the participants might be or were being exposed to, either psychological or physical, both short and long term.

As in other studies with refugees, we formed a written information letter, both in Arabic and English that we shared with each participant before an interview was conducted. This was also read aloud for them before the interview. They were informed about the purpose of the study, how the interview was being structured, the benefits and possible risks of the study, and that the participant could at any moment withdraw from the study, without any questioning or hindrance. The participants were also informed about the level of confidentiality of the study and how the data material was kept, who had access to the material, and how it would be analysed and presented. In many studies written consent is taken and preserved. However, as we did not want to keep a name list of the participants, we only asked for an oral consent, which was tape recorded before starting the interview.

In many studies it is standard to create a coding list with a name and number that is kept in a special repository. However, in this study the research participants did not want a code list to be constructed and kept by the research team and out of their own environment, as they did not feel comfortable with this. Instead, a coding list was kept with the refugee centre

coordinator, who was the only person they felt that they could trust. Thus, as researchers we had to rely on the coordinator to keep the code list when we had to contact the participants anew. The interviews were tape-recorded and later on transcribed by researchers within the team and kept in a lockable memory stick.

The possible risks we identified in this study were the fact that our interview questions may awaken difficult memories among the participants. It could be memories of the war or memories of fleeing Syria, which they had tried to forget. With our questions of trauma experiences in the past and challenges during their present vulnerable conditions, we might expose them to short term risks. Though we tried to decrease our questions about previous difficulties, we needed to have questions such as experience of trauma, physical and psychological conditions of themselves and of their children. In order to meet the need of the participants, one of the local researchers identified a psychiatrist, whom the participants could consult after the interview. An interpreter was available for them if needed. Though none of the participants consulted the psychiatrist, it was a service provided without any cost. There were also anticipated benefits for the research participants. Among these was the knowledge gained from the results, which could be shared among the participants as well as used to form specific group and cultural support activities at the refugee centre. These activities helped the participants to cope with their daily life as refugees.

Instruments and information in relation to application in this study

For the purpose of this study five validated questionnaires were used to measure the health conditions among the Syrian refugees. These different instruments, The Patient Health Questionnaire (PHQ-15), The Brief Religious Coping Instrument (R-COPE), The General Self-Efficacy Scale (GSE), The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and The Primary Care Post Traumatic Stress Disorder Scale (PC-PTSD) were included in one complete survey that the respondents completed.

PHQ-15 is a 15-item scale (the item d only for females, thus 14 items for males), ranging from 0: Not bothered at all, 1: Bothered a little, to 2: Bothered a lot, providing a 0 to 30 total severity score. The PHQ-15 is used to assess somatic symptom severity and the potential presence of somatization and somatoform disorder. Two of the items assess depression (sleep and tired). Cutpoints 5, 10, and 15 represent mild, moderate, and severe levels of somatic symptoms. Cronbach's α , i.e. a well-known statistic of internal consistency for especially Likert type rating scales, was calculated to investigate the reliability of PHQ-15. Alpha higher than .70 is a desired level of reliability, which is regarded as an indicator of to what extent the items in the scale measures the same construct (Kaplan & Saccuzzo, 2009). For calculation of Cronbach's α , in this study, item d was discarded for males. Thus, α was calculated separately for males (14 items) and females (15 items). The internal consistency of PHQ-15 in this study was acceptable for both gender groups ($\alpha = .87$ for females ($n=41$) and $\alpha = .85$ for males ($n=98$), respectively).

The Brief R-COPE instrument consists of seven items, comprising two subscales that measure two patterns of religious coping methods, positive and negative coping. Additionally one item measures general religious coping. There is empirical evidence that religious/spiritual methods of coping can affect people's psychological, social, physical and spiritual adjustment to crisis positively or negatively (Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group, 2003). The same report indicates that in times of crisis people translate their general religious orientation into specific methods of religious/spiritual coping. The items in the Brief R-COPE range from 1: A great deal, 2: Quite a bit, 3: Somewhat, to 4: Not at all. Pargament, Feuille and Burdzy (2011) describe positive religious coping methods as reflecting a secure relationship with a transcendent force, a sense of spiritual connectedness with others, and a benevolent understanding and dealing with life stressors. They describe negative religious coping methods as reflecting underlying spiritual tensions and struggles within oneself, with others, and with the divine. In this study, the three items of Positive R-COPE scale reflected an acceptable level of internal consistency ($\alpha=.85$, $n=143$) For the three item-Negative R-COPE scale, Cronbach's α was much lower than the accepted level of $.70$ ($\alpha=.30$, $n=143$). The correlations among the items in Negative R-COPE ranged between $-.044$ and $.337$, most probably because many participants showed a quite strong disagreement with the statements in the Negative R-COPE (4 Not at all).

The GSE instrument assesses a general sense of perceived self-efficacy, with the aim to predict coping with daily hassles as well as adaptation after experiencing all kinds of stressful life events. GSE has 10 items and responses are given on a 4-point scale (from 1: Not at all true to 4: Exactly true), and with a final score from 10 to 40. The construct of Perceived Self-Efficacy reflects an optimistic self-belief; i.e., one can perform a difficult task or cope with adversity in various life situations. Perceived self-efficacy facilitates goal-setting, effort investment, persistence in face of barriers and recovery from setbacks (<http://userpage.fu-berlin.de/~health/engscal.htm>). The internal consistency of the GSE in this study was quite high ($\alpha=.90$, $n=143$), showing that the scale quite reliably measures GSE.

The CD-RISC 2 item version, each item scored from 0: Not true at all to 4: True nearly all the time, the total score ranging from 0-8. The scale measures the ability to “bounce back” and adaptability. Since the scale has only two items, Cronbach's α was not an appropriate measure of reliability. One way to assess the reliability is to calculate Pearson's r . This approach is akin to split-half reliability technique. However, this technique underestimates the “true” reliability of the scale, which requires a well-know correction, i.e. Spearman Brown (S-B) correction (Kaplan & Saccuzzo, 2009). For that reason, both Pearson's r and split half reliability with S-B correction was calculated². Findings indicated that the correlation between two items were quite high ($r(141)=.55$, $p<.001$) and its internal reliability was acceptable (S-B= $.71$).

²See Eisinga, Grotenhuis, and Pelzer (2013) for comparison of various internal consistency coefficients for two-item scales.

The PC-PTSD is a four item screen, designed for use in primary care setting. Items are scored dichotomously (yes or no). Each item links one symptom factor, underlining the construct of PTSD. The items ask about symptoms experienced in the past month that were related to a traumatic event occurring anytime in ones life event. The PC-PTSD was adapted by the Unit for Transcultural Psychiatry, Uppsala Academic Hospital, starting with one additional item about the experience of a very difficult situation. A response to PTSD is considered positive only if the participant answers yes to the first item and yes to three of any of the additional four items.

Additionally, participants were asked to respond to two questions on how they viewed their children's physical and psychological health and two questions on how they viewed their own physical and psychological health. The scale ranged from 1: Excellent to 5: Poor. One item asked if they felt safe in their neighbourhood, answering from 1: Not at all to 4: Much. One item asked what option best described their daily physical activities. One item asked what option helps them in Turkey to cope with the day-by-day living.

Results

The results of this study are presented in tables, using different forms of analyses, frequency, percentages, correlations, t-tests, and regression analyses.

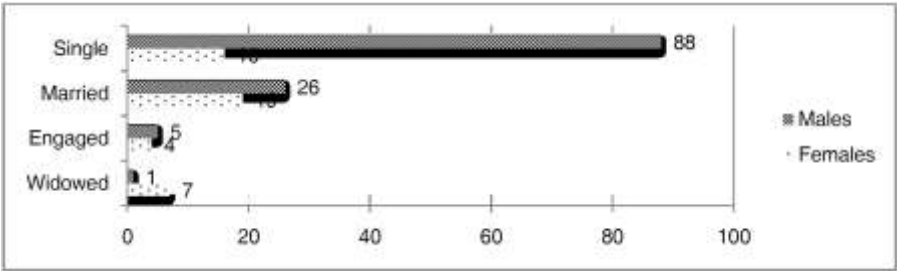
Descriptive analyses

Table 1. *Gender, age, and residence time in Turkey*

Variables	n (%)	Mean (SD)	p
Gender			
Female	47 (27.5)		
Male	120 (70.2)		
Age		31.08 (12.99)	<.01
Female		37.21 (16.55)	
Male		28.67 (10.58)	
Residence time in Turkey (months)		3.9 (4.34)	>.05
Female		3.39 (3.62)	
Male		4.10 (4.59)	

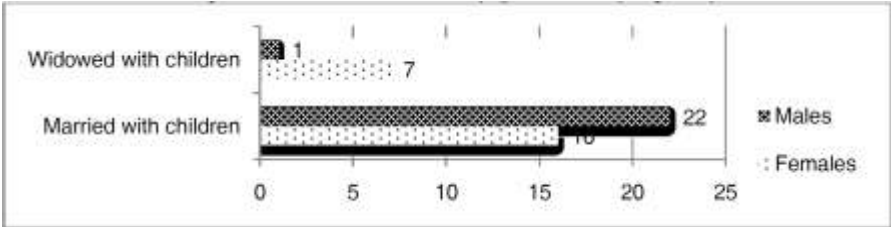
The sample of the study was composed of 171 participants (120 males (70.2%) and 47 females (27.5%). Only four individuals did not report their gender (2.3 %). Age distribution of the sample indicated that females ($\bar{X}$ = 37.21, SD =16.55) were significantly older than males ($\bar{X}$ = 28.67, SD =10.58; U =3613, z =2.93, p <.01, r =.23). The mean residence of the participants in Turkey was 3.9 months (SD =4.34), and males ($\bar{X}$ = 4.10, SD =4.59) and females ($\bar{X}$ = 3.39, SD =3.62) were quite similar in terms of their residence time in Turkey (U =2655, z =-.836, p >.05, r =.06).

Table 2. Relationship status by gender and frequency



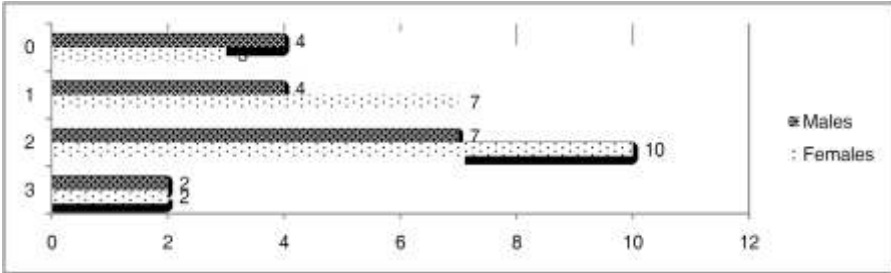
Distribution of relationship status revealed that most of the participants (62.7%) were single. Married was the second most frequent category (27.1), followed by engaged (5.4%), and widowed (4.8%).

Table 3. Relationship status, children status, by gender and frequency



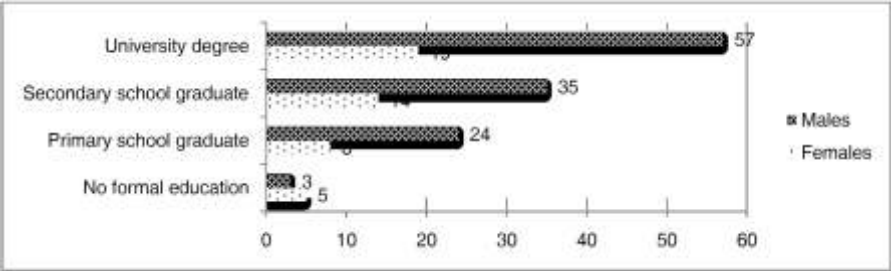
Most of the married participants reported having children (86.4%). All widowed participants reported having children.

Table 4. Number of accompanying children, by gender and frequency



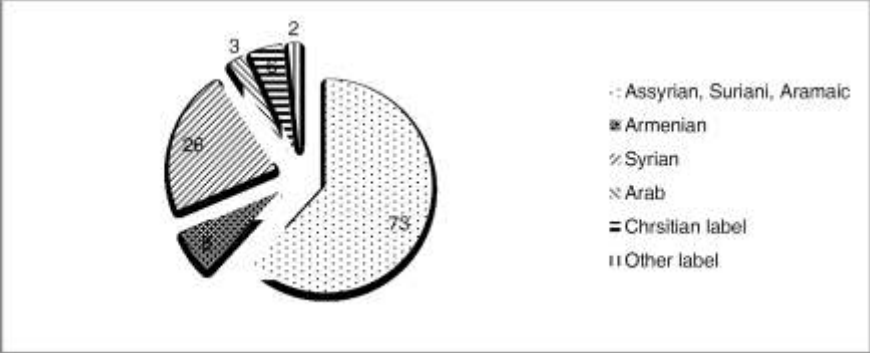
Of the participants who reported having children, 17.1% stated that none of their children is with them, 26.8% were with one child, 41.5% were with two children, 9.8% were with three children, 4.9% were with four children. More importantly, only 39% of participants reported that they do not have any children living somewhere else. Thus, most of the participants (60.9%; 62% females and 60.9% males) stated that at least one of their children was separated from them.

Table 5. *Level of education and country, by gender and frequency*



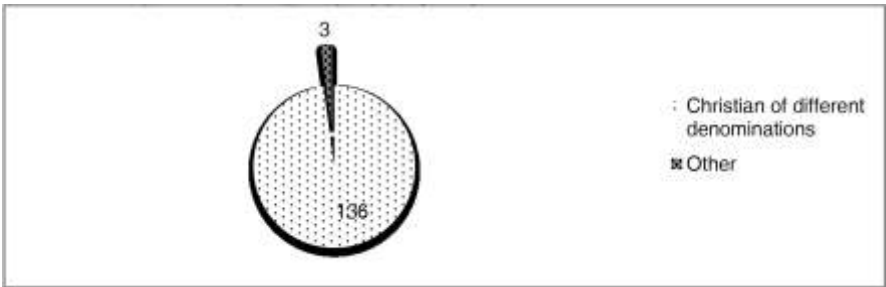
The distribution of education revealed that most of participants had a university degree (46.1%). The second most frequent group was secondary school graduates (29.7), followed by primary school graduates (19.4). Only 4.3% of participants had no formal education. A big majority completed their education in Syria (98.1%; females 100% and males 97.3%).

Table 6. *Classification of ethnicity, by frequency*



Distribution of ethnicity revealed that the label used was predominantly Assyrian (61.9%, including the closely linked labels) and Syrian (22%). It is most probable to think that the two do not necessarily reflect two different identities, but rather different way of expressing one's identity.

Table 7. *Classification of religiosity, by frequency*



Almost all participants (98%) answered they had a Christian belonging.

Table 8. *Daily Physical Activities and Coping (n = 171)*

Variables	N (%)	Mean	p
Daily physical activities			
No job or other work and mainly sleep and stay close to where I live	67 (40.1)	4.65	< .05
Female	25 (53.2)		
Male	42 (35.0)		
No job or other work, but I try to keep fit by walking or other physical activity	65 (38.9)	6.65	< .05
Female	11 (23.4)		
Male	54 (45.0)		
I have responsibility for others	28 (16.8)	3.60	.07
Female	12 (25.5)		
Male	16 (13.3)		
I work or volunteer my time and this keeps me busy	21 (12.6)	3.60	.07
Female	3 (6.4)		
Male	18 (15.0)		
What helps in Turkey to cope with the day by day living			
Hope	113 (67.7)		> .10
Female	31 (66.0)		
Male	82 (68.3)		
Social activities	39 (23.4)		> .10
Female	9 (19.1)		
Male	30 (25.0)		
Religious activities	24 (14.4)		> .10
Female	7 (14.9)		
Male	17 (14.2)		
Physical activities	19 (11.4)		> .10
Female	2 (4.3)		
Male	17 (14.2)		

The responses regarding daily activities showed that 40.1% of the participants reported not having any job or other work, and that they mainly slept and stayed close to where they live. Chi square statistics showed that gender and staying home as unemployed are significantly correlated ($\chi^2(1)=4.65$, $p<.05$), and odd ratios revealed that the number of females staying home as unemployed was 2.11 times higher than their male counterparts. Similarly, 38.9% of the participants stated that they do not have any job or other work, but they try to keep fit by walking or other physical activity. Gender and physical activities were also significantly correlated ($\chi^2(1)=6.65$, $p<.05$), but this time the number of unemployed males who engaged in physical activities was 2.68 times higher than their female counterparts. Only 16.8% of the participants confirmed that they have responsibility for others (children, elderly or sick relatives, friends) so they kept busy with these activities. However, gender and responsibilities for others were not significantly correlated ($\chi^2(1)=3.60$, $p=.07$), showing that males and females were similar in terms of their responsibility to others. Finally, 12.6% of the participants reported that they worked or volunteered their time and thus kept themselves busy, with no gender correlation here.

Participants' responses regarding questions about the activities or thoughts that helped them cope with daily life in Turkey revealed that hope for the future was the most frequently reported way of coping (67.7%). It was followed by social activities (23.4%), religious activities (14.4%), and physical activities (11.4%). A Chi square test revealed that none of these responses were correlated with gender ($\chi^2 < 3.29, p > .10$).

Table 9. Trauma Experience, in percentage (n = 171)

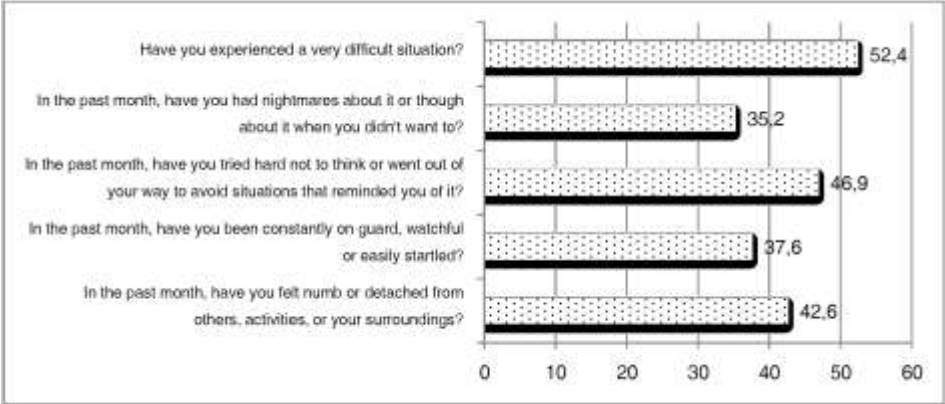


Table 9. PTSD by gender, rating of own and children's physical and mental health (n = 171)

Variables	N (%)	Mean (SD)	χ^2	p
PTSD by Gender			2.28	=.097
PTSD: Yes				
Female	15 (9.0)			
Male	25 (15.0)			
PTSD: No				
Female	32 (19.2)			
Male	95 (56.9)			
Rating of children's physical health				>.05
PTSD: Yes	10 (20.8)	3.20 (.92)		
PTSD: No	38 (79.2)	3.60 (.95)		
Rating of children's psychological health				>.05
PTSD: Yes	10 (21.7)	2.40 (1.35)		
PTSD: No	36 (78.3)	3.14 (1.17)		
Rating of own physical health				<.001
PTSD: Yes	40 (23.4)	2.77 (.95)		
PTSD: No	131 (76.6)	3.45 (1.07)		
Rating of own psychological health				<.05
PTSD: Yes	40 (23.4)	1.85 (.80)		
PTSD: No	131 (76.6)	2.94 (1.27)		
PHQ-15				
PTSD: Yes	34 (23.8)	10.2 (5.85)		<.001
PTSD: No	109 (76.2)	5.25 (4.8)		

Forty participants (23.4%) met the criterion for PTSD. To analyze whether the number of females in the PTSD group differed significantly from the number of males in the same group, a Chi square test was conducted. Thus, it was calculated whether frequencies of females and males in each PTSD group differed from expected (chance). The Chi square test statistics revealed a marginally significant relation between PTSD and gender ($\chi^2(1)=2.28, p=.097$). To investigate the source of the effect, odd ratios was calculated. Odd ratios is a proportion of the ratio of females with PTSD (to without PTSD), to ratio of males with PTSD (to without PTSD). Odd ratios indicated that the risk for females to develop PTSD was 1.81 times higher than for males.

Independent sample comparisons, in which mean scores of two different groups are compared, was conducted to investigate the relations between Participants' health ratings and their PTSD state. Participants' health ratings toward their child(ren) were not related to their PTSD state ($t(46) = -1.21, p>.05$ and $t(44) = -1.70, p>.05$ for physical and psychological health respectively (two-tailed). However, their PTSD state had a significant impact on their ratings of own-physical health ($M=2.77, SD=.95$ and $M=3.45, SD=1.07$ for participants with and without PTSD, respectively) and own-psychological health ($M=1.85, SD=.80$ and $M=2.94, SD=1.27$ for participants with and without PTSD, respectively). Overall findings showed that the participants with PTSD rated their own health, but not their child(ren)'s health, worse than those without PTSD ($t(169) = -3.57, p<.001, r=.26$ and $U=3500, z=-2.16, p<.05, r=.16$ for own-physical and own-psychological health, respectively). A similar pattern was observed in participants' PHQ-15 levels. Findings showed that participants with PTSD ($M=10.2, SD=5.85$) showed more symptoms than those without PTSD ($M=5.25, SD=4.8; t(141)=4.90, p<.001, r=.38$).

Participants were asked to rate physical and psychological health for themselves and their children, on a 5-point Likert type scale (1: Poor; 3: Good; 5: Excellent). Similarly, they rated to what extent they feel secure in the neighbourhood on a 4 point Likert type scale (1: Not at all, 4: Much). Findings indicated that males and females were similar in terms of their ratings of their children's physical and psychological health, and their feeling of security ($U<2687, z<1.35, p>.05, r<.20$). When they rated their own health, however, females rated their physical ($\bar{X}=3.08, SD=1.00$) and psychological ($\bar{X}=3.85, SD=1.02$) health worse than males ($\bar{X}=2.58, SD=1.09$ and $\bar{X}=3.12, SD=1.28; U=3535, z=2.64, p<.01, r=.20$ and $U=3728, z=3.32, p<.001, r=.26$, respectively).

To probe participants' self-evaluations, their responses were re-coded in two categories (1: Excellent, Very good and Good, and 2: Fair and Poor). Frequencies indicated that the majority of participants tended to rate their children's physical and psychological health in a positive way (87.2%; 87.5% of males and 87.0% of females for physical health, and 68.9%; 75.0% of males and 61.9% of females for psychological health). When they rated their own physical health, the majority of participants stated that they are good or better (76.0%; 78.3% of males and 70.2 of females). However, when they rated their psychological state,

Table 10. Crosstabulation by gender for children's and own physical and mental health as well as feeling of security in neighbourhood

	Man				Woman				Total			
	n	%	M	SD	n	%	M	SD	n	%	M	SD
Would you say your children's physical health is?	24		2.29	1.00	23		2.65	.88	47		2.47	.95
Good – Excellent	21	87.5			20	87.0			41	87.2		
Fair - Poor	3	12.5			3	13.0			6	12.8		
Would you say your children's psychological health is?	24		2.92	1.25	21		3.10	1.26	45		3.00	1.24
Good – Excellent	18	75.0			13	61.9			31	68.9		
Fair - Poor	6	25.0			8	38.1			14	31.1		
Would you say your physical health is?	120		2.57	1.09	47		3.09	1.00	167		2.72	1.09
Good – Excellent	94	78.3			33	70.2			127	76.0		
Fair - Poor	26	21.7			14	29.8			40	24.0		
Would you say your psychological health is?	120		3.12	1.28	47		3.85	1.02	167		3.32	1.25
Good – Excellent	69	57.5			17	36.2			86	51.5		
Fair - Poor	51	42.5			30	63.8			81	48.5		
Do you feel safe and secure in your neighbourhood?	120		2.81	.83	47		2.74	.71	167		2.79	.80
Somewhat - Much	83	69.2			34	72.3			117	70.1		
Not at all - Little	37	30.8			13	27.7			50	29.9		

only half of the participants rated themselves as good or better (51.5%; 57.5% of males and 36.7% of females). A similar analysis was run by re-categorizing the security ratings into two categories (1: not at all or little, and 2: somewhat or much). Frequencies indicated that the majority of the participants felt safe in the neighbourhood (70.1%; 69.2% of males and 72.3% of females).

Correlation analysis

Correlations Between Pre-Test Variables

To examine the relations between study variables, Pearson's r was calculated for the correlations among age, residence in Turkey, evaluations regarding health status of the participant and his/her child(ren), PHQ-15, feeling of security in the neighbourhood, positive and negative R-COPE, a general evaluation of religious coping strategies, GSE, and CD-RISC. Scoring of the health questions ranged from 1: Poor to 5: Excellent. For R-COPE subscales and the general evaluation of religious coping, decrease in these scores reflected a stronger tendency to use religious coping strategies.

Table 11. Pearson Correlation

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Age	-	.00	.11	-.14	-.14	-.27***	-.04	-.02	-.16	-.01	-.31***	.11
2. Safety in neighbourhood		-	-.07	-.17*	.09	-.04	.03	.01	.29	.31*	.10	.28***
3. PHQ-15			-	-.16	-.02	.03	-.24**	-.11	-.47***	-.40**	-.44***	-.58***
4. Positive R-COPE				-	-.06	.49***	-.16	-.11	-.23	.06	-.07	-.26***
5. Negative R-COPE					-	-.09	-.05	-.03	-.02	-.01	-.04	.10
6. R-COPE general						-	-.04	-.10	-.09	.01	-.05	-.11
7. GSE							-	.64***	.40**	.29	.31***	.24**
8. CD-RISC								-	.37*	.18	.35***	.26**
9. Children's physical health									-	.60***	.53***	.58***
10. Children's psy. health										-	.37*	.54***
11. Own physical health											-	.51***
12. Own psy. health												-

Note: *.<0.05; **.<0.01; ***.<0.001.

Findings related to age indicated that as participants get older, the tendency increased for rating their physical health in a negative way ($r(142) = -.31, p < .001$). Age was also related with the general evaluation of religious coping ($r(142) = -.27, p < .001$), showing that as participants get older, they tended to use religious coping strategies more. Evaluations regarding children's physical health was strongly correlated with children's psychological health ($r(42) = .60, p < .001$), personal physical health ($r(44) = .53, p < .001$), personal psychological health ($r(44) = .58, p < .001$), and more importantly with PHQ15 ($r(44) = -.47, p < .001$). All these correlations indicated that participants tended to rate their children's and their own health in the same direction. Moreover, ratings toward children's physical health were positively correlated with GSE ($r(42) = .40, p < .01$) and CD-RISC ($r(43) = .37, p < .05$), indicating that as they evaluated their child's(ren's) physical health in a negative way, they also rated their own psychological and physical health in a similar way. There was also a positive trend between children's physical health and feeling of security, but the correlation did not reach significance ($r(44) = .29, p = .059$).

Evaluations regarding children's psychological health reflected a similar pattern, showing that it was positively correlated with own-health ratings ($r(42) = .37, p < .05$ for physical health, $r(142) = .54, p < .001$ for psychological health, and $r(142) = -.40, p < .01$ for PHQ15). However, children's psychological health was not significantly correlated with participants' evaluations toward self (i.e. GSE and CD-RISC). Finally, the rating of children's psychological health was positively correlated with feeling of security ($r(42) = -.31, p < .05$).

Participants' rating of their own physical health was positively and strongly correlated with their own psychological health rating ($r(143) = .51, p < .001$) and negatively correlated with PHQ15 ($r(143) = -.44, p < .001$), showing that as their rating toward own physical health got higher, they rated their own psychological health as better and reported less symptoms. Similarly, own-physical health rating was positively correlated with GSE ($r(141) = .31, p < .001$) and CD-RISC ($r(141) = .35, p < .001$), showing that as their feeling of own physical health got better, their self-esteem and resilience also got better. Rating of own-psychological health was negatively and strongly correlated with PHQ-15 ($r(143) = -.58, p < .001$) and positively correlated with GSE ($r(141) = -.24, p < .01$) and CD-RISC ($r(141) = -.26, p < .01$), showing that as their rating of own psychological health got better, they reported less symptoms, and a higher level of self-esteem and resilience. More interestingly, own-psychological health was positively correlated with feeling of security ($r(141) = -.28, p < .001$), and negatively correlated with positive-RCOPE ($r(141) = -.22, p < .01$). These findings indicate that feeling of security and own-psychological health gets lower (or higher) together and positive R-COPE might be a protective factor for own-psychological health. Partly supporting the present argument, ratings of security were negatively correlated with positive-R-COPE ($r(143) = -.17, p < .05$), showing that as participants tended to use positive religious strategies, their feeling of security got higher (or vice versa).

Rating of PHQ-15 was negatively correlated with GSE ($r(141) = -.24, p < .01$), indicating that as somatization increased, self-esteem decreased (or vice versa). The relation between PHQ-15 and positive-R-COPE reflected a positive trend, but the correlation did not reach significance level ($r(141) = .16, p = .057$). Positive-R-COPE was not correlated with Negative-R-COPE and CD-RISC ($r_s < -.11, p > .209$), but showed a negative tendency with GSE, indicating that positive-R-COPE contributed to participants' self-esteem, but the correlation did not reach significance level ($r(141) = -.26, p = .062$). Positive R-COPE was also correlated with the general evaluations of religious coping strategies ($r(143) = .49, p < .001$). Differing from Positive-R-COPE, Negative-R-COPE was not correlated with any of the study variables. Finally, GSE was positively and strongly correlated with CD-RISC ($r(139) = .64, p < .001$), indicating that participants' ratings toward self were in the same direction.

Overall correlations between the study variables seemed to reflect one important pattern: positive religious coping strategies might be more strongly related to psychological functioning, but not physical functioning.

T-test

Table 12. *T-test for intervention from Time 1 to Time 2*

	Time 1		Time 2		n	t	p
	M	SD	M	SD			
PHQ-15	.42	.30	.51	.30	31	-66	< .55
Positive R-COPE	1.99	1.01	2.17	1.01	32	-1.83	< .08
Negative R-COPE	3.29	.54	3.11	.63	32	-2.02	< .05
GSE	2.72	.68	2.94	.65	31	-2.05	< .05
CD-RISC	2.87	.85	2.65	1.02	31	1.12	< .27

A paired-samples t-test was conducted to evaluate the change of psychosocial health from Time1 to Time 2, on participants' PHQ-15, Positive R-COPE, Negative R-COPE, GSE, and CD-RISC following participation of two months activities at a centre. Paired sample t-test is a statistical procedure to test the hypothesis about the difference between two related sample means (in the case of the present study pre and post test means), in terms of whether the apparent difference between sample means can be explained by chance. We were hoping that the centre activities would contribute to participants psychological functioning, such that the difference between the means of pre and post tests would be significant (not stem from a chance factor). This was confirmed on all psychosocial levels, except for one dimension.

There was a statistically significant increase in Positive R-COPE from Time 1 ($M = 1.99, SD = 1.01$) to Time 2 ($M = 2.17, SD = 1.01$), $t(32) = -1.83, p < .08$ (two-tailed). The mean increase in Positive R-COPE scores was -.18 with a 95% confidence interval ranging from -.38 to -.02, showing that if the study replicated for one hundred times, 95 of the studies would find a mean difference ranging from -.38 to .02 The eta squared statistics (.01), i.e. a

measure of how strong the impact of the treatment is, indicated a small effect size.

There was a statistically significant decrease in Negative R-COPE from Time 1 ($M = 3.29$, $SD = .54$) to Time 2 ($M = 3.11$, $SD = .63$), $t(32) = -2.02$, $p < .05$ (two-tailed). The mean decrease in Negative R-COPE scores was $-.18$ with a 95% confidence interval ranging from $-.001$ to $.36$. The eta squared statistics (.12) indicated a large effect size.

There was a statistically significant increase in GSE from Time 1 ($M = 2.72$, $SD = .68$) to Time 2 ($M = 2.94$, $SD = .65$), $t(31) = -2.05$, $p < .05$ (two-tailed). The mean decrease in GSE scores was $-.22$ with a 95% confidence interval ranging from $-.44$ to $-.001$. The eta squared statistics (.13) indicated a large effect size.

An independent-samples t-test was conducted to evaluate whether there was a gender difference for the total scores on participants' General R-COPE, PHQ-15, Positive R-COPE, Negative R-COPE, GSE, and CD-RISC.

There was a statistically significant difference in PHQ-15 between men ($M = .42$, $SD = .33$) and females ($M = .57$, $SD = .38$), $t(165) = -2.65$, $p < .01$ (two-tailed), where females scored higher. The mean difference in PHQ-15 scores was $-.16$ with a 95% confidence interval ranging from $-.28$ to $-.41$. The eta squared statistics (.20) indicated a small effect size.

There was a statistically significant difference in GSE between men ($M = 3.04$, $SD = .52$) and females ($M = 2.68$, $SD = .64$), $t(161) = 3.62$, $p < .01$ (two-tailed), where males scored higher. The mean difference in GSE scores was 3.51 with a 95% confidence interval ranging from $.16$ to $.54$. The eta squared statistics (.27) indicated a medium effect size.

Discussion

Compared to the overview analysis on religious coping (Pargament, Feuille & Burdzy, 2011) our study also showed a positive association between self-esteem, physical well-being and positive religious coping, however, not strong, nor statistically significant.

The CD-RISC in its different versions (25, 10, and 2-items) has been used with different populations, however, limited with refugee populations. The 25-item was used with adolescent refugees residing in Australia, with an origin in Bosnia, Serbia, Iran, Iraq, Afghanistan, and Liberia (Ziaian, et al., 2012), with Chinese refugees in Hong Kong (Yu, et al., 2013). CD-RISC 2 hasn't been used with a refugee population, but in other samples the results reveal a mean from 4,53 to 6,91, the lower range found among PTSD subjects exposed to severe trauma and the highest range found in a national random sample (CD-RISC, User Guide). In our study the result comparatively point at the mid level ($M = 5.74$).

The findings in this study have shown that the Assyrian-Syrian refugees living in transit in Istanbul are in a very delicate situation. They have lost much and for various reasons they are in a very vulnerable situation in Turkey. They had very little meaningful activities when coming to Istanbul. Many have experienced traumas before leaving Syria as well as score

for PTSD. However, they rate their and their children's health in general in a positive way. Own psychological health seems to be shaping their physical health most strongly and we also see that gender has an important impact. The activities at a centre and which were evaluated after two months showed to have some important impact on the health of the participants, though a control group has not been used in order to conclude whether this could have been due to other factors as well. Their positive and negative religious coping, as well as general self-efficiency improved during this two months period, while neither physical health nor resiliency deteriorated significantly during the same period.

Conclusions

Our conclusions are mainly referring to the methodological aspect of refugee studies, specifically the ethical aspects. Conducting research with a very vulnerable group as refugees, we want to highly stress the need for researchers to clarify for themselves and for the population being studied, how their research can benefit the refugees themselves. In this respect, we recommend that researchers also get involved in improving the social and living conditions for the refugees. Knowing about the culture and history of the participants, knowing their language, and participating in their community life are important factors before involving in refugee work. Our responsibility as researcher goes beyond the research study. In order not to leave the participants left on their own once the research study was finalized, we have been active in finding continuous psychological support.

Acknowledgement

We want to direct our gratitude to all the Syrian participants and volunteers at *Qmushyo*, the refugee activity centre in Istanbul, where we conducted our study. The research of Öner Cetrez and Valerie DeMarinis has been financed by a grant from The Impact of Religion research program, Well-being and Health research area at Uppsala University.

References

1. Ahmadzadeh, H., Corabatur, M., Hussein, J. A., Hashem, L., & Wahby, S. (2014). *Ensuring quality education for young refugees from Syria (12-25 years). A mapping exercise. Research report*. Refugee Studies Centre. Oxford Department of International Development. University of Oxford.
2. Alpak, G., et al., (2015). Post-traumatic Stress Disorder among Syrian Refugees in Turkey: A Cross-sectional Study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 19, no. 1. 2015, pp-45-50.
3. Aziz, I. A., Hutchinson, C. V., & Maltby, J. (2014). Quality of Life of Syrian Refugees Living in Camps in the Kurdistan Region of Iraq. *PeerJ* 2. 2014, e670.
4. Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research – Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
5. CD-RISC, Connor-Davidson Resilience Scale (2015). User Guide. Webpage, www.cd-risc.com/user-guide.php, Downloaded, 2015-10-29.

6. Eisinga, R., Grotenhuis, M. t. & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *Int J Public Health*, 58, 637–642.
7. El Chammy, R., & Ammar, W. (2014). Syrian Crisis and Mental Health System Reform in Lebanon. *The Lancet* 384, no. 9942, 2014, 494.
8. El Chammy, R., Kheir, W., & Alaouie, H. (2013). Assessment of Mental Health and Psychosocial Support Services for Syrian refugees in Lebanon (Beirut: UNHCR, 2013), <https://data.unhcr.org>, <https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=4575>, Access date 2015-12-12.
9. Fetzer Institute, National Institute on Aging Working Group (2003). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group*. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute.
10. Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2009). *Psychological Testing: Principles, Applications, and Issues*. Belmont: Wadsworth.
11. Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current Psychometric Status of a Short Measure of Religious Coping. *Religions*, 2011, 2, 51-76.
12. Sirin, S. R. & Rogers-Sirin, L. (2015). *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children*. Migration Policy Institute, www.migrationpolicy.org, <http://www.migrationpolicy.org/research/educational-and-mental-health-needs-syrian-refugee-children>, Access date 2015-12-12.
13. Thomas Reuters Foundations, “Syria's Civil War,” <http://www.trust.org/spotlight/Syrias-civil-war/?tab=briefing>, last updated September 24, 2014.
14. Tufan, A. E., Alkin, M., & Bosgelmez, S. (2013). Post-traumatic stress disorder among asylum seekers and refugees in Istanbul may be predicted by torture and loss due to violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67:3, 219-224.
15. UNHCR (2015). Syrian Regional Refugee Response, <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>, Access date 2015-12-12.
16. UNICEF. (2015). *Regional, Refugee & Resilience Plan for 2015-2016. In Response to the Syria Crisis. Turkey*. <http://www.3rpsyriacrisis.org/>, <http://www.3rpsyriacrisis.org/wp-content/uploads/2015/01/3RP-Report-Overview.pdf>, Access date 2015-12-12.
17. UNRWA & UNDP. (2014). *Squandering Humanity: Socioeconomic monitoring report on Syria*. Syrian Center for Policy Research. <http://www.unrwa.org/>, http://www.unrwa.org/sites/default/files/scpr_report_q3-q4_2013_270514final_3.pdf, Access date 2015-12-12.

“YERİNDEN OLMAK”, “KİMLİĞİNDEN OLMAK” MI? GÖÇÜN KİMLİK ÜZERİNE ETKİLERİ, “NESİLDEN NESLE İNTİKAL” VE MÜLTECİLER HUKUKU ÜZERİNE

Prof. Dr. Gökhan Oral^{*}, Sema Sözer Dabanlıoğlu^{**}, Yrd. Doç. Dr. Tunç Demircan^{***}

Giriş ve Özet:

Yaşadığı yerden, coğrafyadan zorlayıcı sebeplerle ayrılmak kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşamında önemli etkiler oluşturur. Savaş, bölgesel çatışma, salgınlar, büyük doğal afetler gibi durumlar büyük miktarda nüfusun göç etmek zorunda kalmasına yol açan zorlayıcı sebeplerdir. Bununla beraber, kişinin hayatını sürdürmesinde ciddi güçlükler yaratan daha kişisel kabul edilen ekonomik, siyasal ve diğer sosyal sebeplerin zorlayıcı sebepler arasında sayılıp sayılmayacağı hususu mülteci hukuku ve tanımlarında önemli tartışmalar doğurmaktadır. Kişinin veya topluluğun göç etmek zorunda hissettiği sebepler masif, ciddi ve kümülatif travmalardan oluşuyorsa tartışma görece daha azdır ancak göç eden ya da etmek zorunda kalanın geldiği ülkede nasıl karşılanacağı, yaralarının nasıl sarılacağı, eski kimliğinin üstüne eklenen yeni kimliği ile nasıl entegre olacağı konusu hukuki çerçeve net ve kavrayıcı-koruyucu bir şekilde çizilmediği takdirde, insan hakları açısından önemli ihlallerle sonuçlanabilir. Bu yazıda öncelikli olarak göçün bireyler üzerindeki ruhsal etkileri kısaca özetlenecek daha sonra da göç edilen ülkede bireyin yaşadığı-yaşayabileceği ruhsal sorunlara değinilerek karşılanma koşulları ve bunun hukuksal-yasal özellikleri üzerinde durulmaya çalışılacaktır.

Göçün Ruhsal Dünyaya Etkileri

Bir ülkeden diğerine göç etmek, kişinin kimliğinde kalıcı etkiler bırakabilecek oldukça karmaşık ve çok yönlü psikososyal bir süreçtir (Akhtar, 1995). Göç neticesinde yaşanan farklı bir kültürle karşılaşma, göçün doğasında var olan kayıplar için yaşanan yas süreci ile göç öncesi, sırası ve sonrasının getirdiği travmatik yaşantılar, sadece kişinin ruhsal yapısında ve kimliğinde değil sonraki nesillerde de birtakım köklü değişikliklere neden olur.

Göç neticesinde “beklenen ortalama çevrenin” (Hartmann, 1950) yerini yabancı ve beklenmedik bir çevreye bırakmasıyla bir “kültür şoku” (Garza-Guerrero, 1974) yaşanır. Böyle bir kültürel yüzleşmenin, yoğunluğu, biçimi ve içeriği türlü faktörlere bağlı olmakla birlikte önemli psikolojik dışavurumları olacaktır. Göçle gelen beklenmedik durumun kişide neden olduğu kaygı, ruhsal organizasyonu için aşılması gereken önemli bir zorluk

^{*} İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

^{**} İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Doktora Programı

^{***} İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı

olarak karşısına çıkar. Kişinin psikik organizasyonunun dengesini ve sürekliliğini tehdit ederek (Akhtar, 2010), kimliğinin de sürekliliğini destekleyecek sabit ortamın ortadan kalkmasına neden olur.

Kimliğe yönelik bu tehditler, göçün neden olduğu kayıplarla gelen yas sürecinin şiddetiyle paraleldir. Kültür şoku ile kayıpların ardından başlayan yas sürecinin bir araya gelmesi, kişinin kimliğinde ciddi bir sarsıntı meydana getirir (Akhtar, 1995). Kaybedilen sevgi nesnelerine duyulan özlem ve bundan kaynaklanan acı, kimliğe yönelik tehditlerin daha şiddetli bir kırılma yaratmasına neden olabilir. (Garza-Guerrero, 1974).

Bir ülkeden diğerine göç eden kişinin ülkesini ardında bırakması, bir çok kaybı beraberinde getirir. Tanıdık yerlerin, insanların, tatların, sorgulanmamış geleneklerin ve hatta ana dilin geride bırakılması, en azından belirli (çoğu zaman da bilinmeyen) bir süre boyunca yitirmeleri anlamına gelir. Bu noktada insanın yas tutma becerisi ve kapasitesi önem kazanır. Volkan'a (1993) göre kişinin kayıplarını kabul etmek konusundaki başarısı, yeni yaşamına adaptasyonu için belirleyici olacaktır. Fakat yas tutma sürecini karmaşıklaştıran ve kişinin bu konudaki becerisini kullanmasını engelleyebilecek çok kuvvetli bir etken bu süreçte eşlik eder; travmatik yaşantılar.

Zorunlu göç neticesinde yaşanan travmatik olaylar, çoğu zaman etnik duygularla bağlantılı olan ve geniş grup kimliğiyle ilgili meseleleri de tetikleyen ortak travma şemsiyesi altında değerlendirilmektedir (Volkan, 2007). Toplumun üyelerinin grup bilincinde silinmez izler bırakan, hafızalarına sonsuza kadar kazınan ve kimliklerinin geleceğini temelinden sarsan zorunlu göç gibi korkunç bir olay aynı zamanda kültürel bir travma da meydana getirir (Alexander, 2004).

Kişinin kimliğine olan etkisi bakımından ele alındığında ise, göç ile ilgili en önemli ortak nokta; bu sürecin ne olursa olsun travmatik bir etkisi olduğudur. Göçün travmatik etkisini belirleyen; göçün koşulları ve nedenleri, göç etme yaşı, göç öncesindeki kişilik özellikleri, terk edilen ülkenin yapısı, kültürel farkların büyüklüğü, ev sahibi toplum tarafından kabul edilme gibi birçok faktör (Akhtar, 2010) olmasına rağmen yaşanan travmanın kişinin kimliğinde önemli miktarda hırpalayıcı, değiştirici ve dönüştürücü bir etki yaratması neredeyse kaçınılmaz olmaktadır.

Travma, tipik yas sürecini karmaşıklaştıran, kendi çevrelerini terk etmek zorunda bırakılmış göçmenleri yitirilenlerin yasını tutamayacak kadar çaresiz ve öfkeli hissettirebilir. Eğer böyle bir travma tanınmaz ve açık bir şekilde baş edilemezse, etkileri, halledilmemiş yas ile birlikte sonraki nesillere bir ödev gibi aktarılır (Volkan, Ast ve Greer, 2002; Volkan, 2008).

Böylesine büyük travmaların ardından kimlikte meydana gelen değişim ve dönüşümün izleri, halledilmemiş travma ve yasin sonraki nesillere aktarılması yoluyla bu yaşantıları doğrudan deneyimlememiş ikinci ve hatta üçüncü neslin kimliğinde dahi gözlenebilir (Berger, 2010; Perlstein ve Roberta, 2012; Schwab, 2009). Bu aktarım kişilerin

bilinçaltında gerçekleşen bir sürecin ürünüdür (Lev-Wiesel, 2007; Volkan, Ast ve Greer, 2002). Dolayısıyla, görünürde insanların sessiz durması, bu travmanın içeride çalışmadığını veya bir sonucu olmadığını göstermez. Aksine, bu da bir çeşit çalışmadır ve benlik strüktürlerinin oluşmasına katkı sağlar. Buradaki görünüşteki sessizlik travmanın etkilerinin nesilden nesle aktarıldığı bir momentumal intikaldir. “Newton'un beşiği” gibi çelik bilyedeki hareket bir sonraki bilyeye aktarılırken görünüşte belli belirsiz olan, son bilyede hareketin aynısının tekrar etmesiyle sonuçlanır (Oral, Adli Tıp ve Psikanaliz Ders Notları, 2015). Travmanın nesilden nesle intikalinin (transmission) toplumsal uyarı işlevi göz ardı edilmemelidir. Üzerinde yeterince onarıcı bir çalışmanın yapılamadığı kuşakların sonraki nesillerinde çocuk istismarı, cinsel suçlar, çocuk kaçırma veya terk etme gibi suçlarda bir artışın gözlenmesi Newton beşiğindeki son bilyeyi gözleyenler için anlaşılabilir.

Hatta sessizlik bazen çok şey ifade edebilir. Zorunlu göç gibi büyük sıkıntılar sonrası kaybolmuş diller, kaybolmuş kültürler vardır. Tümüyle yok olduklarını söylemek güçtür; çünkü aslında dönüştürerek başka bir şekilde varlıklarını sürdürür, yok olmazlar.

Diğer bir deyişle, ontolojik olarak göç, göçle gelen yas ve travmanın bir yığın karışıklık yaratmasına rağmen insanın kimliğini yok ettiğini söylemek mümkün görünmemektedir. Kimlik üzerinde yarattığı türlü etkiler, göçü deneyimleyen neslin baş etme becerilerine göre ya halledilebilir ya da türlü şekillerde sonraki nesillere aktarılır.

Göç açısından bakıldığında da buradaki mesele aslında, yerinden edilmenin yarattığı derin etkilerdir. Ulusların neredeyse yok edilmeye karşı karşıya kaldığı büyük zorunlu göçlerde ne kimlik ne de kültür yok olmadığı gibi; bir sonraki neslin kimliğine taşınarak, üzerinde çalışılmaya nesiller boyunca devam edildiği görülmektedir (Kellerman, 2001; Volkan, Ast ve Greer, 2002; Wiseman, Barber, Raz, Yam, Carol ve Livne-Snir, 2002).

Bireysel olarak yapılan klinik çalışmalar, birkaç nesil önceki travmaların izlerini sürebilmektedir (Braga, Mello ve Fiks, 2012; Lemberg, 2006; Shevlin & McGuigan, 2003; Volkan, 2014; Volkan, Ast ve Greer, 2002). Toplamlar da bireylerden oluştuğuna göre, geniş grup hareketlerinde bireylerdeki psikolojik süreçlerin türevlerini görmenin mümkün olabileceği (Volkan, 2007) varsayılabilir. Bu durumda, geniş bir grubun yaşadığı, göç gibi ortak bir travmanın bireylerin kimliğindeki izlerine paralel olarak, geniş grup kimliğinde ve bunun yansıması olarak da grubun kültüründe söz konusu izler gözlenebilir.

Bu durum zorunlu olmayan göçlerde dahi görülebilir. Göç neticesinde canını kurtarıp da kendini yeni bulduğu yerde, kişinin yaptığı çalışmalardan biri de kendi kimliğiyle alakalıdır. Geldiği yeri hatırlamak, hiç unutmamak, unutturmamak bu çalışmalardan bir kısmını oluşturur. Bu yolla aslında orada yaşarken farkında bile olmadığı bir kimliğin tekrar tanımlanması gerekir. Örneğin, Almanya'ya göç etmiş bir Orta Anadolu ailesi farkına bile varmadan daha muhafazakar, dine daha bağlı olur ve kendi milliyetiyle ilgili bazı tanımları daha fazla yapar. Bu konuyla ilgili çalışmayı çocuklarına da devretmesi çok

rastlanılan bir durumdur. Diğer yandan, ortaya çıkan kimlik ister istemez göç edilen yerdeki süreçlerden etkilenmekte ve kendine has melez bir hale dönüşmektedir. Fakat bu dönüşümün daha az üretken olduğunu söylemek zordur. Bugün Almanya'da kendine kuvvetle Türk diyen, hatta kendini Türk milliyetçisi olarak tanımlayan birçok gencin ne yaşam tarzları, ne Türk kültürüyle alakaları bunu söyleyecek özellikte değildir. Aslında bir taraftan bunun da farkındadırlar ve bu bir senteze doğru kaçınılmaz olarak ilerler.

Daha evrensel örneklerle bakılacak olursa, köle ticaretiyle Afrika'dan kaçırılan birçok Afikalının yeni bir kimlikle, kısmi bir Batılılaşmayla, “*creole*” kültürünü, içinde Fransız, İngiliz, Amerikan kültürü, yörenin yerli kültürü, Hristiyan kültürü gibi şeyleri birbirine katarak, iç savaştan ganimet kalmış enstrümanları içselleştirerek, çok acıklı fakat bir o kadar da derin Blues ve Caz müziğini yarattığı görülebilir. Anıtsal bir şekilde hiçbir tarihi kayda gereksinim olmadan, olayları doğrudan deneyimleyen neslin travma ve yasının varlığını, kimliğini bunun içinde sürdürdüğü söylenebilir.

Göçün kimlikte yarattığı dönüşüm ve değişim bir şekilde ifade alanında kendini ortaya koymaktadır. Ataları Nazi soykırımına maruz kalmış üçüncü nesil çocukların soykırımla ilgili verdikleri edebi eserlerle ilgili araştırmalar, bu eserlerde üçüncü nesilden kişilerin hiç tanımadıkları Holokost mağduru atalarının yasını yaşadıklarını, eserlerinin adeta travmatik mirasları üzerine psişik bir çalışma olduğunu ve Holokost'un sarsıcı gölgesinin kimliklerinin üzerindeki büyük etkisini göstermektedir (Berger, 2010).

Görüldüğü üzere, göçün yarattığı travma ve kimlikte bıraktığı izler türlü şekillerde bir anıt gibi zamana karşı koymaktadır. Newton'un Beşiği (Oral, 2015) gibi nesilden nesle aktarılmakta içinde yaşadığı toplumun sunduğu kişisel ve sosyal olanaklar ve aynı zamanda eski kimliğine gösterilen saygı bu yas tutabilme sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlamasına olanak sağlayabilmektedir. İnsanlık tarihiyle yaşıt sayılabilecek göç deneyiminin, yerinden edilen kişilerin karşılaştıkları bu zorlukları azaltmak ve hem gelen hem de karşılayan toplumların ruhsal süreçlerini kolaylaştırmak üzere uluslararası alanda birtakım hukuki düzenlemeler olması beklenir. Kimlik açısından bakıldığında göçmenlerin yeni kimliklerinin, eski kimliklerinin devamı olarak, psikolojik olarak önemli ötekiler tarafından “doğrulanmasının” çok büyük önem taşıdığı bilinmektedir (Volkan, 2007). Bu bakımdan göçmenlerin gidilen yerde, ulusal ve uluslararası hukuk düzleminde uygun yasal bir çerçeveye karşılanması, hem kültür şoku yaşayan kişinin yeni ve beklenmedik çevreye karşı uyum sağlamasında, hem de yukarıda belirtilen tehditlerle karşı karşıya kalan kimliğin sürekliliğini kaybetmeyerek psişik organizasyonun korunması açısından kritik bir role sahiptir.

Bu bakımdan, hem insanlığın göç meselesiyle baş etme yöntemlerinden biri olarak önem kazanan hukuk yoluyla göçe nasıl tepki verildiğini anlamak, hem de son yıllarda ülkemizde yaşanan zorunlu kitlesel göç olayları karşısında, özellikle de kimlikle ilgili neler beklenebileceğini daha iyi görebilmek açısından ulusal ve uluslararası mülteci hukukunun gelişimini ve güncel halini incelemek yerinde olacaktır.

Ulusal ve Uluslararası Mülteci Hukuku

Mülteci hukukunun gelişimine bakıldığında, bu konudaki ilk çalışmaların 1920'lere kadar uzandığı görülmekle beraber, uluslararası hukuk kapsamında somut olarak en belirgin adımın atılmasının 1950'lerde gerçekleştiği görülmektedir.

1920'li yıllarda, iki ya da daha fazla devletin taraf olduğu, Milletler Cemiyeti (MC) çerçevesinde yapılan mültecilerin hukuki statüsünü tanımlamaya yönelik bazı sözleşmeler bulunmaktadır (Ergüven & Özturanlı, 2013). 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde sığınma hakkının diğer insan hakları ile birlikte düzenlenmesiyle (m. 14), sığınma hakkı evrensel bir nitelik kazanmıştır (Eroğlu & Taşkıran, 2002). Bunun ardından, uluslararası hukukta mültecilere ilişkin düzenlemelerin anayasası olarak bilinen veya bazı kesimlere göre mülteci hukukunun Magna Carta'sı sayılan Birleşmiş Milletler Mültecilerin Statüsüne İlişkin Cenevre Sözleşmesi, 1951 yılında imzalanmıştır (Barkın, 2014).

1951 Sözleşmesi'nin mülteci olarak tanımlanacak kişiler için “1 Ocak 1951'den önce Avrupa'da meydana gelen olaylar” şeklinde getirdiği zaman ve yer kısıtlaması, ilerleyen dönemlerde ortaya çıkan mülteci sorunları karşısında yetersiz kalmasına neden olmuş ve ilgili maddede düzenleme yapmak üzere Cenevre Sözleşmesi'ne Ek Protokol olarak hazırlanan, Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1967 Protokolü ile söz konusu kısıtlamalar kaldırılmıştır. Böylece, “ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden, zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan, ya da söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak istemeyen; yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen” her şahıs mülteci olarak tanınmaktadır.

İç hukuk açısından bakıldığında ise, güncel düzenlemelerin öncülü sayılabilecek gelişme 2001 yılında, Avrupa Birliği'ne (AB) katılım sürecinde imzalanan Katılım Ortaklığı Belgesi'dir (Barkın, 2014). Bununla birlikte Türkiye iltica ve göç işlemlerini AB müktesebatına uyumlu hale getirmek amacıyla bazı adımlar atmıştır. Ulusal Eylem Planı hazırlanması (2005), 2644 Sayılı Tapu Kanunu, 5543 Sayılı İskan Kanunu, 4817 Sayılı Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun, 5901 Sayılı Türk Vatandaşlığı Kanunu, 5682 Sayılı Pasaport Kanunu, 5683 Sayılı Yabancıların Türkiye'de İkamet ve Seyahatleri Hakkında Kanun gibi birtakım düzenlemeler bu kapsamda gerçekleştirilmiştir (Ergüven & Özturanlı, 2013).

Türkiye 1951 sözleşmesi ve 1967 Protokolü'ne coğrafi sınırlama getirerek, sadece Avrupa'dan gelen sığınmacılara mülteci statüsü vereceğini belirtmiştir. İlgili Sözleşme ve Protokol'ün uygulanması için yapılan iç hukuk düzenlemesi, 11.04.2013 tarihinde resmi gazetede yayınlanarak, bu tarihten bir yıl sonra yürürlüğe giren 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'dur (YUKK).

Türlü nedenlerle bir ülkeden diğetine göç eden kişilerin geldikleri ülkelerde alabilecekleri “mülteci” veya “sığınmacı/şartlı mülteci” gibi hukuki statüler, “uluslararası koruma” kapsamında verilen statülerdir. Esas olarak tüm sığınma arayanların hedefinin uluslararası koruma statülerinin birinden yararlanmak olduğu söylenebilir. Türkiye, buna ilişkin hukuki düzenlemelerine 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nda yer vermektedir. Buna göre, uluslararası koruma kapsamında üç statü belirlenmiştir: (1) mültecilik, (2) şartlı mültecilik, (3) ikincil koruma. Mülteci; “Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle; ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncelerinden dolayı zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancıya veya bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen vatansız kişi” olarak tanımlanmıştır (YUKK, m.61). Bu maddedeki şartları taşıyarak Avrupa dışından gelen ve sığınma isteyen yabancılara Kanun gereği “şartlı mülteci” statüsü verilmektedir (YUKK, m.62). Bu iki maddedeki koşulları karşılamayan fakat YUKK m.63'te belirtilen tehditler nedeniyle ülkesine dönemeyen kişiler ise “ikincil koruma” statüsü altında değerlendirilmektedir.

Uluslararası koruma statüsü seçeneklerinin tamamı bireysel başvuru ve detaylı inceleme gerektirdiğinden kitlesel göç durumlarında bu tanımların ve süreçlerin yetersiz kaldığı görülmüştür. Bu nedenle son yıllarda ülkemizde yaşanan kitlesel göçlerden dolayı YUKK'nin 91. maddesine istinaden, *uluslararası koruma talebi bireysel olarak değerlendirmeye alınmayanlara sağlanabilecek geçici koruma işlemleri* ile ilgili olarak 22.10.2014 tarihli 6883 sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği kabul edilmiştir. Kitlesel göç neticesinde bu Yönetmelik kapsamında değerlendirilen kişiler, uluslararası koruma için başvurabilir ve gerekli işlemlerin yapılmasının ardından geçici korumadan uluslararası korumaya geçiş yapabilirler (Çelikel & Gelgel, 2015).

Mülteci hukukunun gerek ulusal gerek uluslararası düzenlemelerinde bir terim karmaşası göze çarpmaktadır. Göçmenler, göçme nedenlerine, nereden, ne zaman göçtüklerine, geri dönme koşullarına ve dönerse başlarına gelebileceklerinin türlerine göre farklı hukuki statüler altında değerlendirilmektedir. Farklı hukuki statüler demek, gidilen yerlerde farklı hakları kullanabilmek veya kullanamamak anlamına gelir. Örneğin, ülkemizde hukuki olarak mülteci statüsü verilen bir kişiye yabancı kimlik numarasını içeren “uluslararası koruma statüsü sahibi kimlik belgesi” düzenlenir (YUKK, m. 83/1) ve bu kimlik belgesi ikamet izni yerine geçer (YUKK, m. 83/3). Fakat kitlesel bir göçle gelen ve geçici koruma statüsü altında tanınan bir kişiye verilen “geçici koruma kimlik belgesi”, sadece Türkiye'de kalış hakkı sağlar; YUKK'de düzenlenen ikamet izni hakkını vermediği gibi, ikamet izni yerine geçen belgelerin sağladığı diğer koşulları da sağlamaz (Çelikel & Gelgel, 2015).

Yönetmeliğin “Geçici 1. Maddesi”nde yer alan; “(1) 28.04.2011 tarihinden itibaren Suriye Arap Cumhuriyeti'nde meydana gelen olaylar sebebiyle geçici koruma amacıyla Suriye

Arap Cumhuriyeti'nden kitlesel veya bireysel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen Suriye Arap Cumhuriyeti vatandaşları ile vatansızlar ve mülteciler, uluslararası koruma başvurusunda bulunmuş olsalar dahi geçici koruma altına alınırlar. Geçici korumanın uygulandığı süre içinde, bireysel uluslararası koruma başvuruları işleme konulmaz. (2) Birinci fıkrada belirtilen yabancılardan 28/4/2011 tarihinden önce uluslararası koruma başvurusunda bulunanlar, talepleri halinde geçici koruma altına alınırlar.” şeklindeki düzenleme gereğince geçici korumadan, Suriye Arap Cumhuriyeti'nde meydana gelen olaylar sebebiyle, sadece Suriye Arap Cumhuriyeti vatandaşları ve vatansızlar yararlanacaktır. Yönetmelikte geçici korumanın süresine ilişkin bir düzenleme bulunmamakla beraber 12. Maddede; Geçici korunanların, a) Kendi isteğiyle Türkiye'den ayrılması, b) Üçüncü bir ülkenin korumasından faydalanması, c) Üçüncü bir ülkeye insani nedenler veya yeniden yerleştirme kapsamında kabul edilmesi ya da üçüncü bir ülkeye çıkış yapması, ç) Ölmesi hallerinde geçici korumanın bireysel olarak sona ereceği düzenlenmiştir.

Hukuki statüdeki farklılıklar sadece ikamet gibi barınma hakkında değil, sağlık, eğitim, seyahat gibi temel insan haklarının giderilip giderilmeyeceğine, giderilecekse ne kadar süreyle, hangi koşullar altında ve kim tarafından giderileceği gibi birçok konuya dair de farklı düzenlemeleri beraberinde getirir. Bu durum göçmenlerin kimlik sürekliliğine karşı önemli bir tehdit arz eder. Kimlik dengesi ve sürekliliği sarsılan bir kişinin, bir de hukuki olarak belirsizliklerle karşılaşması, geldiği ülkede kim olarak tanındığının, nerede, hangi koşullarda, ne kadar süre yaşayacağını bilmeden büyük bir belirsizliğin içinde, göçün travmatik etkisi katlanacaktır.

Ne yazık ki insanlığın, neredeyse var olduğu süre boyunca hayatının çok önemli bir parçası olan göç meselesi ve göçmenlerin hukuki statüsü ile ilgili gerekli adımları atmakta oldukça geç kaldığı; bugün geldiği noktada da göçmenler için gidilen yerdeki belirsizliği azaltmak ve kimlik bütünlüğüne yönelik koruyucu bir faktör olmaktan çok uzak olduğu görülmektedir.

Sonuç

Göçün neden olduğu yerinden olma hali, kimliğinden olmayı gerektirmemekle beraber, kimlikte ciddi bir değişim ve dönüşümün kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Göçe eşlik eden kayıplar, kayıplarla gelen yas ve sürecin getirdiği travmatik yaşantılar göçmenlerin sadece kendilerinde değil, kendilerinden sonraki nesillere de aktararak geleceğe taşınmaktadır.

Gelinen yerde insanların nasıl karşılandığı, psikolojik olarak önemli ötekiler tarafından, bıraktıkları ve yeni edinecekleri kimlikleri arasındaki entegrasyonun sağlanması bu sürecin yıpratıcılığını önemli ölçüde azaltabilecek bir güce sahiptir.

Türkiye gibi sürekli göç almış ve almaya devam eden, ya da transit olarak kullanılan bir ülkede gelenlerin nasıl karşılandıkları ve bunlara hukuki olarak ne tür bir çerçeve çizildiği,

gelecek yaşamlarında hangi haklara hangi sürede sahip olabilecekleri, kültürel ve kişisel entegrasyonun nasıl sağlanacağı gibi konulardaki eksikliklerin tamamlanması tüm bu nedenlerle çok büyük önem taşımaktadır. Öyle görünüyor ki insanlık, ancak bu tür kriz durumlarını karşılamadaki becerisini arttırması ile mümkün olacaktır. Yani aslında insanlık, herkese sadece yaşadığı yerde, yurdundaki hayatında saygı göstermekle değil, şu ya da bu sebeple yerinden yurdundan edilmek zorunda kaldığında da nasıl karşılanıp, yaralarının sarılıp sarılmayacağıyla da çok alakalıdır. Aksi halde, karşılıklı düşmanlık, hem gelen hem de orada bulunan arasındaki temel çatışma hali yeni travmaların, kimlik çözümlerinin zeminini hazırlar ve nesilden nesle aktararak varlığını gelecekte de sürdürür.

Kaynaklar

1. Akhtar, S. (1995). A third individuation: Immigration, identity, and the psychoanalytic process. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 43, 1051-1084.
2. Akhtar, S. (2010). *Göç ve Kimlik: Kargaşa, Sağaltım ve Dönüşüm*. (A. A. Köşkdere, Ed., M. Alkan, S. Uyanık, & A. A. Köşkdere, Trans.) İzmir: Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri.
3. Alexander, J. C. (2004). Toward a theory of cultural trauma. İçinde, J. C. Alexander, R. Eyerman, B. Giesen, N. J. Smelser, & P. Sztompka, *Cultural Trauma and Collective Identity* (pp. 1-30). London: University of California Press.
4. Barkın, E. (2014). 1951 tarihli Mülteciliğin Önlenmesi Sözleşmesi. *Ankara Barosu Dergisi*, 1, 331-360.
5. Berger, A. L. (2010). Unclaimed experience: Trauma and identity in third generation writing about the Holocaust. *An Interdisciplinary Journal of Jewish Studies*, 28 (3), 149-158.
6. Braga, L. L., Mello, M. F. ve Fiks, J. P. (2012). Transgenerational transmission of trauma and resilience: A qualitative study with Brazilian offspring of Holocaust survivors. *BMC Psychiatry*, 12, 134.
7. Çelikel, A. ve Gelgel, G. (2015). *Yabancılar Hukuku*. İstanbul: Beta Basım.
8. Ergüven, N. S. ve Özturanlı, B. (2013). Uluslararası mülteci hukuku ve Türkiye. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 62 (4), 1007-1061.
9. Eroğlu, E. C. ve Taşkıran, R. (2002). Sığınma hakkı ve mültecilerin durumu. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 1, 105-128.
10. Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia*, "Standard Edition", Strachery, J. (Ed.), Volume 14, Hogarth Press: London.
11. Garza-Guerrero, A. C. (1974). Culture shock: Its mourning and the vicissitudes of identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 408-429.
12. Hartmann, H. (1950). Comments on the psychoanalytic theory of the ego. *Psychoanalytic Study of the Child*, 5, 74-96.
13. Kellerman, N. P. (2001). Psychopathology in children of Holocaust survivors: A review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38 (1), 36-46.
14. Lemberg, J. (2006). Transmitted trauma and "absent memory" in James Welch's *The Death of Jim Loney*. *Studies in American Indian Literature*, 18 (3), 67.
15. Lev-Wiesel, R. (2007). Intergenerational transmission of trauma across three generations: A preliminary study. *Qualitative Social Work*, 6 (1), 75-94.
16. Oral, G. (2015). *Adli Tıp ve Psikanaliz Ders Notları*, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı (basılmamış ders notları).

17. Perlstein, P. ve Roberta, W. M. (2012). An investigation of potential Holocaust-related secondary trauma in the third generation. *Traumatology*, 19(2), 95-106.
18. Schwab, G. (2009). Replacement children: The transgenerational transmission of traumatic loss. *American Imago*, 66(3), 277-310.
19. Shevlin, M. ve McGuigan, K. (2003). The long-term psychological impact of Bloody Sunday on families of the victims as measured by The Revised Impact of Event Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 427-432.
20. Volkan, V. D. (2014). *Hayvan Katili*. (C. Germaner, Trans.) İstanbul: Okyan Us.
21. Volkan, V. D. (1993). Immigrants and refugees: A psychodynamic perspective. *Mind and Human Interaction*, 4, 63-69.
22. Volkan, V. D. (2007). *Kimlik Adına Öldürmek: Kanlı Çatışmalar Üzerine Bir İnceleme*. (M. B. Büyükkal, Trans.) İstanbul: Everest Yayınları.
23. Volkan, V. D. (2007). *Kimlik Adına Öldürmek: Kanlı Çatışmalar Üzerine Bir İnceleme*. (M. B. Büyükkal, Trans.) İstanbul: Everest Yayınları.
24. Volkan, V. D. (2008). Trauma, identity, and search for a solution in Cyprus. *Insight Turkey*, 10(4), 95-110.
25. Volkan, V. D., Ast, G. ve Greer, W. F. (2002). *The Third Reich in the Unconscious: Transgenerational Transmission and Its Consequences*. New York: Brunner-Routledge.
26. Wiseman, H., Barber, J. P., Raz, A., Yam, I., Carol, F. ve Livne-Snir, S. (2002). Parental communication of Holocaust experiences and interpersonal patterns in offspring of Holocaust survivors. *Intergenerational Journal of Behavioral Development*, 26(4), 371-381.

PANEL-3

GÖÇ VE HUKUK



GÖÇ VE ADLİ TIP ALANINA YANSIMALAR

Uz. Dr. Lale Tırtıl

Adli Tıp Kurumu

Dünyada ve son Suriye iç savaşı ile birlikte ülkemizde, göç ve göçe bağlı olarak ortaya çıkan pek çok tablo ile karşılaşmaktayız. Göç ve göçe bağlı ortaya çıkan bu sorunların biz adli bilimciler açısından, adli ve tıbbi yansımalarını değerlendirmekte bir o kadar önemlidir. Bunları başlıklar halinde ele aldığımızda sözcükler ve sözcüklerden oluşan pek çok kavramla karşılaşmaktayız. Olay sosyal bilimler açısından salt bir terminolojik tanımlama değil, aynı zamanda içinde yaşadığımız dünyayı, siyasal, ekonomik, sosyal ve sınıfsal olarak derinden etkilemektedir.

Bunlar;

Yabancılar

Göçmen(immigrant)

Sığınmacı(asylumseeker)

Mülteci (refugee)

Misafir/ geçici koruma

Vatansız (Haymatlos)

Kaçak, kaçak göçmen, yasadışı göçmen, kaçak mülteci, yasadışı mülteci tanımları kişileri haksız yere kriminalize ettiği için kullanılması önerilmemektedir.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin ilgili maddeleri;

- Yaşama hakkı
- İnsan hakları, insan onurunun korunması temel ilkesi
- Ayrımcılık yasağı: ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet ayrımcılığının önlenmesi
- Kölelik, işkence ve insanlık dışı muamelenin yasaklanması
- Hareket Özgürlüğü
- Zulüm altında başka ülkelere sığınma hakkı gibi pek çok maddeyi kapsamaktadır.

Benzer şekilde, yine *UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği)* Genel Kurul'un, 3 Aralık 1949 günü 319 A (IV) numaralı kararı ile kurulmuştur.

Yukarıdaki tanımlar, hukuki ve evrensel bazı kavramlar dikkate alındığında, 2.Dünya Savaşı sonrası oluşturulan bu kavramların günümüzdeki işlerliği ve aciliyetinin de sürdüğü ortadadır.

Tablo 1: Aralık 2012 Türkiye İstatistikleri

Aralık 2012 itibarıyla UNHCR Türkiye İstatistikleri***31 Aralık 2012 itibarıyla Mülteci ve Sığınmacıların Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere göre dağılımı**

ÜLKE	0-4		5-11		12-17		18-59		60 +		TOPLAM
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	
AFGANİSTAN	346	352	666	804	600	1087	1860	2501	57	84	8357
İRAN	154	145	244	301	211	287	2077	3070	104	108	6701
İRAK	576	648	916	1003	628	788	3260	4485	284	317	12905
SOMALİ	74	89	149	155	158	189	601	623	14	5	2057
DİĞERLERİ	124	155	148	152	109	148	721	1069	15	11	2652
TOPLAM K/E	1274	1389	2123	2415	1706	2499	8519	11748	474	525	-
GENEL TOPLAM	2663		4538		4205		20267		999		32672

Tablo 1'de görüldüğü üzere, Aralık 2012 Türkiye istatistiklerine baktığımızda, ülkemize en fazla göçmenin 12905 kişi ile Irak, yine 8357 kişi ile ikinci sırada Afganistan'ın olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Aralık 2014 Türkiye İstatistikleri

Aralık 2014 İtibarıyla UNHCR Türkiye İstatistikleri***31.12.2014 İtibarıyla Kayıtlı Mülteci ve Sığınmacıların Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı**

ÜLKE	0-4		5-11		12-17		18-59		60 +		TOTAL
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	
AFGANİSTAN	271	271	740	806	653	1043	2227	3845	80	116	10052
İRAN	238	244	381	443	275	367	3008	4718	85	80	9836
İRAK	1007	1059	1750	1926	1230	1625	5266	7270	410	404	21947
SOMALİ	82	106	179	190	195	238	878	772	21	22	2683
DİĞERLERİ	569	675	804	919	644	751	3031	3354	137	144	11028
TOPLAM K/E	2162	2357	3854	4284	2997	4024	14410	19959	733	766	
GENEL TOPLAM	4519		8138		7021		34369		1499		55546

Tablo 2'de ise, Aralık 2014 itibarıyla, yine birinci sırada 21947 kişi ile Irak olduğu ve ikinci sırada da Afganistan'ın olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Ağustos 2015 Türkiye İstatistikleri

Ağustos 2015 İtibarıyla UNHCR Türkiye İstatistikleri***31.08.2015 İtibarıyla Kayıtlı Mülteci ve Sığınmacıların Yaş, Cinsiyet ve Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı**

ÜLKE	0-4		5-11		12-17		18-59		60 +		TOPLAM
	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	
AFGANİSTAN	2087	2248	3525	4085	2322	3834	10082	27617	304	430	56534
İRAN	469	484	789	895	483	735	6228	11106	156	161	21506
İRAK	5806	6120	8632	9628	5393	6631	24912	38538	1856	1710	109226
SOMALİ	111	140	234	250	251	262	1378	1512	33	36	4207
DİĞERLERİ	266	271	319	396	203	253	2962	5866	81	106	10723
TOPLAM K/E	8739	9263	13499	15254	8652	11715	45562	84639	2430	2443	
GENEL TOPLAM	18002		28753		20367		130261		4873		202196

Tablo 3'de görüldüğü üzere, Ağustos 2015 itibarıyla ise, bu oranlar katlanarak artmakta ve 109226 kişi ile Irak birinci sırada ve 56534 kişi ile Afganistan ikinci sıradaki yerini korumaktadır.

Bugün, UNHCR'ye (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği) kayıtlı 4180631 kayıtlı mültecinin 2.1 milyonu Mısır, Ürdün, Lübnan ve Irak'ta iken, 1.9 milyon mülteci Türkiye'de, 26700 mülteci ise Kuzey Afrika'dadır.

SURİYE VATANDAŞLARI

(Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı-AFAD 2014-2015)

AFAD (17 Nisan 2015) raporuna göre; 1 milyon 700 binden fazla Suriye vatandaşının ülkelerinde ayrılarak Türkiye'ye giriş yaptığı tespit edilmiştir.

- Kamplarda; 258.537 kişisi 10 ilde kurulan 25 barınma merkezinde yaşamaktadır.
- Kamp dışı; 1 milyon 500 bin kişi Türkiye'nin çeşitli illerinde kendi imkanları ile (%80) hayatlarını sürdürmek zorundadırlar.
- Suriye sınırının sıfır noktasında oluşturulan tampon bölgelerde kurulan geçici yerleşim merkezlerinde yaklaşık 150 bin kişi, zor şartlar altında yaşamlarını sürdürmektedirler.

AFAD (17 Temmuz 2014) raporuna göre; yerleşim yerleri açısından toplam 27 çadır kent kurulduğu tespit edilmiştir.

- **Çadır kentler (16)**
 - Hatay; Altınözü (2) ve Yayladağı (2)
 - Şanlıurfa; Ceylanpınar, Akçakale ve Viranşehir (1)
 - Gaziantep; İslahiye, Karkamış ve Nizip (1)
 - Kahramanmaraş Merkez (1)
 - Osmaniye; Cevdetiye (1)
 - Adıyaman (1)
 - Mardin; Midyat ve Nusaybin (1)
 - Adana; Sarıçam (1)

AFAD'ın yine aynı tarihli raporuna göre; toplam 9 adet konteynir kent kurulduğu bildirilmiştir. Ayrıca, bir adet geçici kabul merkezi olduğu kayıtlıdır.

- **Konteynir kent (6)**
 - Kilis (2), Hatay Apaydın, Şanlıurfa Harran, Malatya Beydağı ve Gaziantep Nizip (1)
- **Geçici kabul merkezi**
 - Reyhanlı

ADALETE ERİŞİM

2010-2014 Stratejik Plan Yargı Reformunda Adalete Erişim

- Adli yardımın etkinleştirilmesi
 - Adalete erişimin gerçekleşmediği kapsamında, ülkemize, AİHM adli yardımdan yararlanmadığı için 40000 Euro ceza verdiği unutulmamalıdır.
 - Festus Okey 2007
- Adli süreçlere ilişkin bilgiye erişimin kolaylaştırılması
- Mahkemelerde tercüme hizmetinin kolaylaştırılması (bilirkişi listesi)

Adli Süreçler

Soruşturma ve mahkemelerde karşılaşılan sorunlar genellikle şu şekilde sıralanabilir.

- Tercümanın yetkinliği, güvenilirliği sorunu,
- Kişilere erişim kaygısı ile usul dışı gözaltı ve tutuklama olayları,
- Müdafî bulunmaması,
- Adli tıp uygulamalarına yansıyan iletişim güçlüğü sıklıkla yaşanmaktadır.

Tablo 4: Adalet Bakanlığı İstatistikleri 2012 Suç türü ve uyuşuna göre hükümlüler

SUÇ TÜRÜ	T. C. – T. R.		Yabancı(Foreigner)	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Toplam - Total	111 233	3 844	386	42
Öldürme - Homicide	6237	171	25	1
Yaralama - Assault	15035	267	3	-
Cinsel Suçlar – Sexual Assault	2223	33	2	-
Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	879	23	2	-
Hakaret - Defamation	1597	70	-	-
Hırsızlık - Theft	11291	630	29	8
Yağma - Robbery	3534	108	24	1
Çek kanunlarına muhalefet	667	39	1	-
Dolandırıcılık - Swindling	1832	93	1	-
Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti	5724	146	267	25
Uyuşturucu ve ya Uyarıcı madde kullanma, Satın Alma	1766	42	4	-
Sahtecilik - Forgery	3717	126	10	1
Kötü muamele - Bad treatment	60	6	-	-
Zimmet - Embezzlement	223	6	-	-
Rüşvet - Bribery	52	4	-	-
Kaçakçılık - Smuggling	1126	7	2	1

Tablo 4'de görüldüğü üzere, suç türü açısından, toplamda, yaralama birinci sırada yer alırken, hırsızlık, uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticaretinin kullanımları bunu takip etmektedir.

Tablo 5'de ise, 2013 yılındaki suç istatistikleri birlikte değerlendirildiğinde, sırasıyla, yaralama, hırsızlık, uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticaretinin yanı sıra, öldürme ve cinsel suçlarında arttığı gözlenmektedir.

Her iki tabloda da görüldüğü üzere, cinsiyetler mukayese edildiğinde ise, 2012 yılında erkekler 111233 iken, kadınlar 3844 düzeyinde kalmıştır. Yine 2013 yılında ise, erkeklerin 155672 iken, kadınların ise 5481 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5: Adalet Bakanlığı İstatistikleri 2013 Suç türü ve uyruğuna göre hükümlüler

SUÇ TÜRÜ	T. C. – T. R.		Yabancı(Foreigner)	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Toplam - Total	155672	5481	512	46
Öldürme - Homicide	6267	151	15	1
Yaralama - Assault	29177	638	3	-
Cinsel Suçlar – Sexual Assault	4075	65	3	-
Kişiyi hürriyetinden yoksun kılma	3515	161	-	-
Hakaret - Defamation	1597	70	-	-
Hırsızlık - Theft	20833	1459	43	8
Yağma - Robbery	4707	143	27	-
Dolandırıcılık - Swindling	2326	135	2	-
Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti	8484	305	365	23
Uyuşturucu ve ya Uyarıcı madde kullanma, Satın Alma	2627	45	2	-
Sahtecilik - Forgery	6273	212	7	-
Kötü muamele - Bad treatment	90	8	-	-
Zimmet - Embezzlement	399	17	-	-
Rüşvet - Bribery	242	8	1	-
Kaçakçılık - Smuggling	2998	23	3	3
Trafik suçları - Traffic crimes	1155	6	-	-
Orman suçları - Forestry crimes	782	32	-	-
Ateşli silahlar ve bıçaklar ile ilgili suçlar - Crimes related with firearm weapons and knives	8909	50	4	-

ÖLÜME SOLUKSUZ YOLCULUK

“gelme diyenler
yerimiz yok diyenler
her şeyimize el koyanlar
bilmiyorlar ki
yaşamak için, umut için, çocuklarım için
su beni çağırıyor;
beni çağırıyor ege'nin tuzu...”

Ege denizinde batan botlar ve boğulan canlar. Gün geçmiyor ki, Ortadoğu'dan Türkiye'ye ve oradan da Avrupa'ya geçmek için Ege denizinde insanlar boğulmasın, hayatta kalanlar ise sahil güvenlik tarafından yakalanmasın.

Denizdeki kaçak yolculuğun bedeli çok ağır olmaktadır. Bunlar çoğunlukla karşımıza şöyle çıkmaktadır;

- Suda boğulma
- Havasız yerde kapalı kalma
- CO zehirlenmesi (yangın)

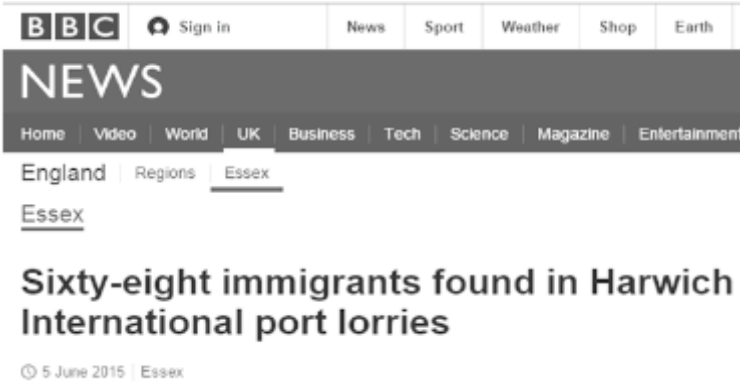
- İş kazası (Göçük altında kalma, yüksekten düşme, elektrik vd)
- Diğer
 - Ateşli silah yaralanması
 - Kesici delici alet yaralanması
 - İntihar
 - Yeni doğan enfeksiyonları

Göç ve göçe bağlı yer değiştirmede, denizden yapılan bu yolculukların büyük çoğunluğu ülkemiz üzerinden gerçekleşmektedir. On yıllardır tatil beldeleri olarak bilinen ege kıyıları ve akdeniz kıyıları, ne yazık ki artık kadın, erkek, çocuk ve bebeklerin cansız bedenlerinin toplandığı kıyılara dönüşmüş durumdadır.

İşte bazı gazete, internet ve TV haber başlıkları;



Resim 1: Van'dan bir TIR içinde yola çıkan Pakistan ve Burma vatandaşı 80 kişiden 13 kişinin cansız bedeni araziye bırakılmış halde bulundu.



Resim 2: Temmuz 2015'de İngiltere'de, TIR'da 68 kişi canlı bulundu.

Ölüm kamyonu için üç gözaltı



Avusturya'da dün kamyon kasasında bulunan 71 göçmen cesedin kimlik tespitleri yapıldı, tamamına yakını Suriyeli. Facia ile ilgili olarak üç Bulgar gözaltına alındı

Resim 3: Ağustos 2015'de Avusturya'da 59 erkek, 8 kadın, en küçüğü 2 yaşında 4 çocuk, toplam 71 kişi kamyonunda ölü bulundu.



Resim 4: Ağustos 2015'de Libya açıklarında daha az para ödeyen ve teknenin iç kısmına yerleştirilen 40 göçmen teknenin bu iç kısmında ölü bulundu.



Resim 5: Ağustos 2015'de Kuzey Afrika'da İspanya toprağı Melila'dan hareket eden bir feribotla kardeşine ait aracın bagajındaki bir bavul içinde İspanya'nın Almeria kentine giden çocuk bulundu.

Yapılan değerli organizasyonlar sayesinde bu çalışmalarda değerli veriler elde edilmiştir. Şöyle ki, liste, 27 Ağustos 2015 gecesinden itibaren 31 gün boyunca İstanbul Tepebaşı'nda The Marmara Pera Otel'i'nin çatısındaki YAMA ekranı aracılığı ile şehre yayılacak. Son güncellenmesi 14 Haziran 2015 tarihinde yapılan Liste, 1 Ocak 1993 - 14 Haziran 2015 tarihleri arasında Avrupa yolunda ve Avrupa sınırları içinde ölümleri belgelenmiş 22 bin 342 göçmen, sığınmacı ve mültecinin kaydını tutmaya çalışıyor. Her gün, gün batımından gün doğumuna kadar yaklaşık 12 saat boyunca, 2.5 saniye aralıklarla listenin tümünü tekrar yapmadan kelime kelime şehre yayacak olan dokümanın toplam süresi 360 saat.*

Kaynak: UNITED İngilizce Liste, 2014 01.01.1993 - 12.12.2014

<http://www.themigrantsfiles.com> 12.12.2014-14.06.2015

Işıl Su Erdoğan, Cansu Akarsu, Ayça Akarsu, Bengi Gündoğan, Özgür Atılgan, Gonca Ceylan, Merve Kılıçer, Dot, Rodeo Galeri, Yasemin Nur, Özge Ersoy, Aybike Haydaroglu, Süha Bilal, Deha Boduroğlu, Umut Yıldırım, Özge Açıkkol, Elif İnce, Philippine Hoegen ve YAMA ekibi olmadan bu işi yapamazdık.

GÖÇMEN ÇOCUKLARIN KARŞILAŞTIĞI RİSKLER

(ULUSLARARASI GÖÇ ÖRGÜTÜ IOM-2012)

Neresinden bakarsanız bakın göç ve ona bağlı ortaya çıkan sorunlar ne yazık ki, riskli grupları daha yıkıcı sonuçlarla etkilemektedir. Bu grubun en iyi bilinen üyesi de ne yazık ki çocuklardır. Bu süreci birkaç başlık altında toplayabiliriz.

1. Göç öncesi süreç;

- Şiddet, silahlı çatışma, yoğun toplumsal baskı
- Yoğun ekonomik sıkıntılar
- Yaşam hakkının tehlikeye girmesi
- Temel ihtiyaçlara erişim engeli
- Kötü beslenme

2. Yolculuk sırasında karşılan riskler;

- İnsan ticaretine maruz kalma
- Çocuk işçiliği ve en kötü koşullarda çocuk işçiliğine maruz kalma
- Kötü beslenme
- Hijyenik olmayan halk sağlığına aykırı koşullarda barınma
- Eğitimin sekteye uğraması
- İhtiyaç anında tıbbi yardım alamama
- Ebeveyn kaybı, yalnız kalma
- Cinsel taciz, istismar, şiddet

3. Geçiş bölgelerinde ve varış noktasında karşılaşılan riskler;

- Kötü beslenme

- Hijyenik olmayan halk sağlığına aykırı koşullarda barınma
- Eğitimin sekteye uğraması
- İhtiyaç anında tıbbi yardım alamama
- Geçiş bölgesinde psikolojik sorunlar
- Dil bilmeme
- Sosyal ve kültürel uyumsuzluk
- Sorunları çözmek için gerekli mercilere ulaşamama (bilgi eksikliği ve dil sorunundan dolayı)

BİRLEŞMİŞ MİLLETLER MÜLTECİLER YÜKSEK KOMİSERLİĞİ'NİN TOPLUMSAL CİNSİYETE DAYALI ŞİDDET KATEGORİLERİ

BM Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin göç ve ortaya çıkan sorunlar konusunda yaptığı çalışmalarda görüldü ki, cinsiyete dayalı şiddetin bu süreçte çok daha yaygın hale geldiğini göstermektedir.

Bunlar;

1. Çatışma sırasında, kaçıştan önce yaşananlar;

- İktidarda bulunan kişiler tarafından taciz edilme
- Kadınların cinsel olarak işkence görmesi
- "Askerler" tarafından cinsel şiddet uygulanması
- Toplu tecavüz ve hamile bırakılma
- Çatışma halindeki tarafların silahlı mensupları tarafından kaçırılma

2. Kaçış sırasında;

- Sınır muhafızları tarafından cinsel saldırı
- İnsan tacirleri, köle ticareti yapanlar tarafından yakalanma

3. Sığınma ülkesinde;

- Otorite sahibi kişiler tarafından cinsel saldırı,
- Ailelerinden ayrı düşmüş kız çocuklara, bakıcı aile yanındayken cinsel taciz
- Aile içi şiddet
- Hayatta kalabilmek için cinsel ilişkiye zorlanmak/ zorla fuhuş Sığınma ülkesinde yasal bir statü beklerken ya da yardım ve kaynaklara erişmeyi beklerken cinsel taciz

4. Geri dönüş sırasında;

- Kadınlara yönelik zararlı geleneksel uygulamaların tekrar başlatılması
- Ailelerinden ayrı düşmüş kadın ve çocuklara yönelik cinsel taciz
- İktidarda bulunan kişiler tarafından cinsel istismar
- Sınır muhafızları tarafından cinsel saldırı, geri dönüşe zorlanma

5. Yeniden entegrasyon sürecinde;

- Geri dönenlere bir çeşit ceza olarak cinsel tacizde bulunmak
- Yasal statüyü düzene sokmak için cinsel zorbalık
- Kadınların karar alma süreçlerinin dışında bırakılması

Tablo 6: Kamplarda yaşayan sığınmacı kadınlar

KAMPLARDA YAŞAYAN KADIN SIGINMACILARIN YAŞA GÖRE DAĞILIMI					
0 – 4 YAŞ	5 – 11 YAŞ	12 – 17 YAŞ	18 – 54 YAŞ	60+ YAŞ	TOPLAM
18958	21765	15710	46663	4072	107168
KAMPLARDA YAŞAYAN TOPLAM SIGINMACI SAYISI					217324
Kaynak: AFAD					

6. Kaynaklara erişiminin engellenmesi;

- Sağlığa erişim sorunları
- Göç sürecinde yüklenilen sorumluluklar
- Barınma ve öz bakım sorunları
- Cinsiyetçi şiddet
 - Karar süreçlerinden dışlanma
 - Cinsel taciz, saldırı
 - Zorla evlendirilme, erkek yaşıta, çok eşli evlilikler
 - Seks işçiliğine zorlanma, cinsel kölelik
 - Emek sömürüsü

7. Emek sömürüsü;

- Ucuz iş gücü
- Uzun çalışma süreleri/ beslenme eksikliği
- İş güvenliği önlemlerinde umursamazlık (iş kazası riskinde artış?)
- Çalışma ve barınma ortamının ortaklaşması



Resim 6: Tüm dünyada çok ses getiren ege kıyısına vuran bebek cesedi görüntüsü.

TTB-İTO-TOHAV-TİHV-GÖÇDER-İHD-EŞİT HAKLAR DERNEĞİ-MAZLUMDER-
IMKANDER (Humanity Defense and Brotherhood Association)



Resim 7: Göçmen bölgelerinde yer alan duvar yazıları.

MÜLTECİLER VE ÇALIŞMA HAYATI

Kuvvet Lordoğlu*

Günümüzde dışardan gelen göçmenlerin geldikleri ülke içinde kalıcı hale gelmelerinin temel argümanlarından biri de onların çalışma hayatına katılmaları ile sağlanmaktadır. Çeşitli ülke örneklerinde görüleceği gibi her ülke farklı nedenlerle çalışma hayatına ülke dışından katılmaları sınırlandırmak amacı ile ülkeye giriş koşullarını daha ağır hale getirmektedirler.(Vize vb.)

Bu noktada ki temel gerekçenin ifade biçimi değişse benzer özellikler taşımaktadır. Bu noktada temel argüman ülke vatandaşlarının iş piyasasına katılmalarında gelen göçmenlere göre daha fazla öncelik taşıması ve yerli işgücünün işsizliğinin artmaması gerekçelerine dayalı olmaktadır. Burada öne sürülen argümanın geçerliliği tartışmalı olsa bile sonuç olarak nihai olarak emeğin hareket yeteneği sınırlandırılmasıdır.

Malların ve hizmetlerin özgürce hareket etmesini sağlayıcı bir dizi uluslararası antlaşma özellikle küresel bir ekonominin gereği olarak , neo liberal iktisat anlayışı sonucu olarak çok geniş bir coğrafya içinde kabul görmektedir.

Göçmenlerin ise gittikleri ülkelerin çok azında çalışma hayatına katılmalarının hukuksal zemini çok sınırlı ölçüde bulunmaktadır. Bu anlamda temel alınan ölçüt göç alan ülkenin iş piyasasının korunması dışında bu piyasalar üzerindeki denetimin devamının sağlanması içindir. Öte yandan çalışma hakkı gibi uluslararası sözleşmelerle tanınan ve korunan hakların göçmenlere yönelik tarafının belirgin çelişkiler ifade etmesi dikkat çekmektedir.

Bütün bu gelişmelere rağmen İnsan Hakları Evrensel bildirgesi 23. Maddesi, Anayasamızın 49/1 maddesi “çalışma herkesin hakkı ve ödevi olduğu” hükmünü getirmiştir. Buradaki “herkes” kavramının yabancıları da kapsamı gerekirken, çalışma hakkından çoğunlukla o ülke vatandaşlarının yararlandığı anlaşılmaktadır. 18. Yüzyılda Fransız kurucu meclisi yabancıların da diledikleri alanda Fransızlarla eşit biçimde çalışabileceğini hüküm altına almasına rağmen, devrim sonrası bu hüküm geçersiz hale gelmiştir.

Çalışma hayatı açısından göçmen ,mülteci, vatansız ,sığınmacı kavramları farklı statüleri ifade etmesine rağmen çoğu kez bu kavramlar aynı anlama gelebilecek biçimde kullanılmaktadır.

Mültecilik esasen bir hukuksal durumu ifade eder. Bu durum aynı zamanda mülteciye iltica ettiği ülkeye bir zorunluluk nedeni ile geldiğini göstermektedir. Ekonomik

*Kocaeli Üniversitesi Öğretim Üyesi klordoglu@gmail.com

'Burada söz edilen sınırlama göçmen veya ülke vatandaşı olmayanların çalışma hayatına katılmalarında "çalışma süresi, çalıştığı alan, sosyal güvenlik ", vbg. bir çok konuda birbirinden farklı ve değişen rejimlerin bulunmasıdır. Örnek olarak bir yabancı öğrencinin çalışma hakkı süre açısından sınırlılığı , ev hizmetlerinde çalışan bir göçmen işçi için sınırsız hale gelebilmektedir.

nedenlerle başka bir ülkeye gidenlere çoğunlukla göçmen denmektedir.

Türkiye 1951 Cenevre sözleşmesi esaslarına göre coğrafi çekince koyması nedeni ile sadece Avrupa ülkelerinden gelenleri mülteci olarak kabul etmektedir. 1994 yılında çıkarılan bir yönetmelik ile mülteci konumu içinde bulunamayanların benzer bir statüde “ sığınmacı “ olarak kabul edilmesi mümkün olmuştur. 2011 yılından itibaren Suriye'den gelenleri tanımlamak içinde “ Geçici Koruma yönetmeliğine “ tabi olanlar olarak adlandırılmışlardır.

İşgücü piyasalarına giriş açısından bu sınıflamalar arasında çok belirgin bir ayırım bulunmamaktadır. Hemen hemen bütün kategoriler içinde çalışma ve ikamet izni olanların işgücü piyasalarında kayıtlı olarak bulunduklarını , bunun dışındakilerin ise kayıtsız olduğu biliyoruz.

Kayıtlı ve çalışma iznine sahip yabancıların 2014 itibari ile toplam sayıları 52 bin kişi olarak belirtilmektedir. Bu verinin Türkiye'de bulunan oturma izni bulunan yabancıların yüzde 10'unu , Türkiye'de bulunan Suriyeli göçmenlerin ise sadece yüzde 2'sini oluşturmaktadır.

Bununla beraber izinli göçmenlerin bir bölümü önce düzensiz göçmen olarak gelip, daha sonra izin için başvuruları da kapsamaktadır. Düzensiz göçmen olarak gelenlerin bir bölümü 2012 yılında değiştirilen bir yasadan yararlanarak izinli olarak çalışmaya başladılar. Çalışma izni almak için başvurmak için önce altı aylık oturma izinleri Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM) tarafından verilmeye başlandı. Bu süre içinde altı aylık ikamet iznine sahip olan düzensiz göçmenlerin bir bölümü ÇSGB'na çalışma izni almak için başvurular. Bunlar çoğunlukla ev hizmetlerinde ve kayıtdışı alanlarda çalışan düzensiz göçmenlerden oluşmaktadır.

Çalışma Hayatına Katılan İzinli Göçmenler;

Türkiye, 90'lı yıllardan itibaren artan oranda düzensiz göçmen kabul etmesi ve, bu göçmenlerin işgücü piyasalarına katılmalarını bir ölçüde düzenlemek amacı ile 2003 yılında Yabancıların Çalışma İzinleri hakkındaki 4817 sayılı yasayı yürürlüğe soktu. Yasa bu konuda yapılan ilk düzenlemeydi. Yasa çerçevesinde vasıflı göçmen işgücünün formel iş piyasasına izinli olarak katılması sağlanmıştır. Bu yasa ile üst düzey yöneticiler ve daha çok formel piyasalarda çalışmak için gelen vasıflı göçmen işçilerin izinlerini düzenlemektedir.

Genel olarak Türkiye'de çalışan yabancıların izin alma durumlarına göre iki grup içinde toplamak mümkündür. Sonuçta her iki grupta toplananlar da işgücü piyasası katılmakta ve bu piyasası değişik yönlerden etkilemektedir. Öncelikle yasal çalışma iznine sahip olanlarla olmayanlar arasında çalıştıkları işyeri sektörleri açısından belirgin farklar göze çarpmaktadır.

Türk işgücü piyasasına katılan yabancı ne anlama gelmektedir? 2003 yılında yürürlüğe giren 4817 sayılı “Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkındaki “ kanun ile Türk vatandaşı sayılmayan kişileri yabancı kabul etmiştir. Ancak bu yabancı kavramının çalışma hakkı açısından iki önemli istisnası bulunmaktadır. Bunlardan biri doğumla Türk vatandaşlığı kazanmış ancak sonradan izin alarak Türk vatandaşlığından ayrılan kişilerin sahip olduğu çalışma hakkıdır. Yasa koyucu bu istisna ile çalışma hakkının kullanılmasında eski Türk vatandaşları ile yabancılar arasında bir ayırım oluşturarak eski vatandaşları lehine bir koruma getirmiştir. Bu noktada TC vatandaşlığını kaybedenlerin çalışma izinleri istisnai olarak verilmektedir. (YÇİHK uygulama yönetmeliği m:47). Diğeri ise 1981 tarihli ve 2527 sayılı “Türk Soylu yabancıların Türkiye’de Meslek ve sanatlarını serbestçe yapabilmelerine , kamu ve özel kuruluş ve işyerlerinde çalıştırılabilmelerine ilişkin” kanundur. Yasa koyucu bu istisna ile çalışma hakkının kullanılmasında “Türk soylu” kavramı ile istisna yaratmıştır. Burada Türkiye’ye yakın ülkelerdeki etnik gruplardan kendilerini Türk kabul edenlerin konumlarının ve soylarının ispatının ülkeye girdikten sonra ciddi sorunlar yarattığı yapılan görüşmelerde aktarılmaktadır. Bu istisnalar dışında kalanlar tamamen yabancı olarak kabul edilip, çalışmaları izne tabidir. Bir yabancınn çalışabilmesi için öncelikle çalışma izni alması gerekmektedir.

Bununla beraber izinli göçmenlerin bir bölümü önce düzensiz göçmen olarak gelip, daha sonra izin için başvuranları da kapsamaktadır. Düzensiz göçmen olarak gelenlerin bir bölümü 2012 yılında değiştirilen bir yasadan yararlanarak izinli olarak çalışmaya başladılar. Çalışma izni almak için başvurmak için önce altı aylık oturma izinleri EGM tarafından vermeye başlandı. Bu süre içinde altı aylık ikamet iznine sahip olan düzensiz göçmenlerin bir bölümü ÇSGB na çalışma izni almak için başvurdular. Bunlar çoğunlukla ev hizmetlerinde ve kayıtdışı alanlarda çalışan düzensiz göçmenlerden oluşmaktadır. Nitekim çalışma izni alanların sayısında 2011 yılı sonrası, artış bu durumu açıklamaktadır. 2011 yılı sonrası çalışma izinlerindeki artışın kaynağı kayıtdışı olarak ev hizmetlerinde çalışanlara getirilen af sayesinde oldu. Bu sayede vize ve ikamet izni almadan çalışan göçmenler altı aya kadar oturma izni alabilmişler ve çalışma izni için başvuruda bulunmuşlardır (EGM 7.6.2012 tarihli genelge ve 5683 sayılı yasa ile yapılan değişiklik) 2011 yılı sonrası çalışma izinlerine sahip olanların cinsiyetlerine göre dağılımlarında da kadınların oranı erkeklerin üzerine çıkmıştır (ÇSGB Yabancılar İstatistikleri 2013);

Çizelge 1. Yıllara ve Cinsiyeye göre verilen Çalışma İzinleri

Yıllar	Kadın	%	Erkek	%	Toplam
2004	3.013	41	4.289	58	7.302
2009	5.058	36	8.965	63	14.023
2010	5.704	40	8.467	59	14.201
2011	8.396	48	9.071	52	17.467
2012	19.550	60	12.127	39	32.277
2013	28.408	62	17.426	38	45.834
2014	31.303	59	21.001	40	52.304

Kaynak: <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/istatistikler/Yabancı-İzinleri-2014>

Çalışma Hayatında Mülteciler ve Sığınmacılar

Çalışma hayatına katılma konusunda izinli çalışan göçmenlerden daha büyük bir sayısal büyüklüğe sahip olanlar düzensiz göçmenlerdir. Bu konuda sayısal verinin bulunmasını engelleyen en önemli unsur düzensiz göçün niteliğinden kaynaklanmaktadır. Bu göçmenlerin bir bölümü Türkiye'ye çalışma amacı ile bir bölümü sadece başka bir ülkeye gitmek amacı ile geçiş amacı ile giriş yapmaktadır. Ancak Türkiye'ye giriş ve çıkış yapan ülke vatandaşları arasında turistik olmayan ve çalışma amaçlı göç veren ülkelerden giriş yapanların sayısında son yıllarda önemli artışlar olmuştur. Özellikle bu ülkelerden gelen 30 veya 90 günlük vize muafiyetleri çalışma amaçlı döngüsel göçü arttırdığına kesin gözü ile bakılabilir (Toksöz ve diğerleri, 2012: 46).

Öte yandan sınırdışı edilme, sığınma iltica başvuruları ve yakalanan göçmen sayıları kısmen de olsa düzensiz göçmen sayısına ilişkin bir ölçü oluşturabilmektedir. EGM (2015) ve Göç idaresi verilerine göre yakalanan toplam düzensiz göçmen sayısı 2005 yılına göre yaklaşık altı kat artarak 2013 yılında 438 bine ulaşmıştır (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2013: 56). Uyruklarına göre ilk sırayı Suriye vatandaşları ikinci sırayı da Afgan göçmenler almaktadır.

Son dönemde yaşanan siyasi gelişmeler ve Suriye'de 2011 yılından itibaren devam eden iç savaş nedeniyle bu ülkeden çok sayıda sığınmacı, *geçici koruma statüsünde* Türkiye'ye geldi. BMMYK (2015) verilerine göre Suriyeli sığınmacıların sayısı Kasım 2015 itibarı ile 2.181 bine ulaştı. Bu kadar yüksek sayıda sığınmacının ve göçmenin ülkede bulunuşu iş piyasalarını ve çalışma hayatını farklı yönlerden etkilemektedir.

Türkiye'de özellikle Güneydoğu Anadolu bölgesi gibi istihdam olanaklarının sınırlı olduğu bölgelerde yeni gelenlerin işsizlik oranlarında bir artışa neden olacağı beklenir. Nitekim bu bölge içindeki illerde ortalama işsizlik oranı TÜİK verilerine göre yüzde 12,7

düzeyinde (TÜİK 2013). Bu oran Türkiye işsizlik oranının üzerindedir. Diğer yandan AFAD (2014) raporuna göre kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacıların dörtte üçü iş aramaktadır. Yine bu bağlamda çalışma iznine sahip olan Suriyelilerin sayısı ancak 1.659 kişi ile sınırlıdır (Erdem, 2014: 48).

Yeni gelen sığınmacılar ve göçmenlerin iş piyasalarında yarattığı ilk etkilerden biri ücret düşüklüğü ve bu ücretten çalışmayı kabul edecek çok sayıda göçmenin bulunmasıdır. Ücretleri aşağı çeken unsur iş talep edilen alanların kayıtdışı ve geçiciliğinden kaynaklanan bir biçimde oluşudur.

Bunun ötesinde gelen göçmenlerin niteliklerine uygun işlerde istihdam edilmeleri de söz konusu olmamaktadır. Talep edilen işler çoğunlukla inşaat, tarım, küçük sanayi imalatın da yoğunlaşmaktadır.

İş piyasasına katılma eğilimi taşıyan düzensiz göçmen stoku hakkında kesin bir bilgi bulunmamasına rağmen Türkiye'de yaşayan göçmenlerden oturma ve çalışma izni alanların sayısal büyüklükleri göçmenler hakkında genel bir bakış sağlamakta. Aşağıdaki Çizelge (2) yasal yollardan Türkiye'ye giren ve ikamet izni alan yabancıların 2005-2013 yılları arasındaki dağılımını göstermekte. Özellikle 2010 sonrası Türkiye'de ikamet etmek için izin alanların sayısında artış olduğunu, bu artışın bir bölümünün işgücü piyasasına dâhil olduğunu anlamaktayız. Bir yabancıнын çalışma izni alabilmesi öncelikle ikamet izni almasına bağlı olduğu için bu ilişki önemlidir.

Çizelge 2. Yasal Yollardan Türkiye'ye Giren ve İkamet İzni Alan Yabancıların İkamet Nedenleri ve yıllara göre dağılımı ;

Türkiye'de İkamet Nedenleri									
	Aile Birleşimi	Araştırma	Çalışma	Diğer	Öğrenim/ Eğitim	İltica Sığınma	Kısa Süreli	Uzun Süreli	Toplam
2005	24.518	988	14.079	7.096	21.357	3.309	26.241	21.206	118.794
2006	28.728	1.095	12.704	7.636	23.314	3.383	26.706	34.898	138.464
2007	34.659	1.128	15.215	3.84	24.116	4.23	28.943	39.289	151.42
2008	43.122	1.222	19.093	3.767	27.327	8.623	29.495	33.555	166.204
2009	47.794	1.461	24.06	3.389	29.597	9.356	29.781	37.059	182.497
2010	52.186	1.437	26.616	3.709	34.418	9.049	21.243	33.52	182.178
2011	62.463	1.39	29.861	3.409	44.288	15.805	36.089	41.102	234.407
2012	61.963	1.553	42.238	14.381	57.567	20.89	80.442	43.18	322.214
2013	76.185	613	44.307	2.584	50.682	11.754	70.939	59.174	313.692

Kaynak: <http://www.csgeb.gov.tr/csgebPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgeb/dosyalar/istatistikler/Yabanci-Izinleri-2014>

Mülteci ve sığınmacıların Türkiye'deki çalışma hayatlarının bazı sonuçları;

Çalışma hayatına katılma arzusu gösteren mülteci ve sığınmacıların uygun bir talep ile karşılaşması gerekmektedir. Bu talebin kaynağı özellikle büyük kentlerde artan ev hizmetlerine olan talebin genişlemesi etkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu talebin artışında artan kentleşme olgusuna bağlı olarak kentli kadınların daha fazla oranda iş piyasalarına katılmaları, ev içi hizmetlerin, yaşlı ve çocuk bakımının ev kadınları dışında yapabilecek göçmen kadınlara olan talebi genişletmektedir. Ev içi kadın emeğine duyulan ihtiyaç ve yeni bir işgücü kaynağı olarak ortaya çıkarmıştır. Sayıları giderek artan orta üst sınıf kadınların büyüyen işgücü talebini karşılamak bakımından göçmen kadınları yeni bir işgücü kaynağı olarak ortaya çıkarmıştır (Erdoğan ve Toksöz, 2013: 11).

Diğer yandan kayıt dışı ekonominin Türkiye için yüksek oranda bulunuşu da mülteci ve sığınmacılar açısından onların iş piyasalarına girişlerinde kolaylaştırıcı bir unsur olmaktadır. Türkiye'de Hizmet sektörü başta olmak üzere yaygın bir kayıtdışılığın bulunuşu düzensiz göçmenlerin ve transit göçmenlerin ve 2011 sonrası gelen geçici sığınma statüsünde olan Suriye ve Irak vatandaşlarının iş bulma ve çalışmalarını için çeşitli olanaklar sağlamaktadır. Genel işsizlik oranının, genç işsizlik oranının yüksekliği, işgücü katılma oranlarının ve istihdam oranlarının düşüklüğü gibi göstergelerin olumsuzluklarına rağmen gelen göçmenlerin iş piyasalarında iş bulmaları önemli ölçüde kayıtdışı istihdamın genişliği sayesinde.

Ev hizmetleri kayıtlılık durumu TÜİK (2011) verilerine göre sadece yüzde 6 oranındadır. Kayıtdışılık 2000 yılından bu yana azalma eğilimi göstermesine rağmen yüzde 36,7 düzeyindedir. Bu oran tarımdışı sektörlerdeki kayıtdışı istihdam açısından yüzde 22,7 düzeyindedir (TÜİK, 2014). Bu oranın yüksek oluşu düzensiz göçmenleri iş piyasasının en alt ücret tabanına yerleştirmektedir. Özellikle önce gelen göçmenlerin yeni göçmenlere oranla daha yüksek ücret almaları, iş piyasası koşullarını öğrenmeleri, dil öğrenmeleri ile bağlantılı olmaktadır.

Diğer yandan büyük kentlerde mülteci ve sığınmacıların ücretleri küçük kentlere göre daha yüksek oluşu kayıtdışılığın daha yaygın olmasından kaynaklanmaktadır. Emek yoğun olan sektörler genel olarak ortalama ücret düzeyleri düşük seyreden sektörlerdir. Bu sektörlerin ücretleri üzerinde baskı yaratan diğer bir unsur da yedek işgücü olarak gelen göçmenlerin kullanılmasıdır. Göçmenlerin sınır dışı edilme korkuları onların iş piyasasının olumsuz koşullarına rıza göstermelerine yol açmaktadır. Eklenmesi gereken bir diğer nokta göçmenlerin iş piyasası içinde düşük ücret almaları mutlak anlamda değil nispi olarak anlaşılmalıdır. Çalışma koşullarının kötülüğü, eğitim düzeylerinin yerli işgücüne göre yüksek olması, güvencesiz çalışmaları ve uzun süreli çalışmaları alınan ücret düzeyini daha fazla düşürmektedir. Kayıtdışı istihdamın yüksek bir oranda seyretmesi düzensiz göçmenlerin iş piyasası koşulları katılımları için tehdit oluşturmaktadır. Bu tehdit kadın ve çocukların yani göçmenler içindeki en zayıf halkanın son dönemde daha fazla oranda iş piyasalarına dâhil olmalarını getirmiştir. Özellikle

Suriye ve Iraktan gelen geçici koruma statüsündeki kişilerin beklendiği gibi yakın bir dönemde ülkelerine geri dönmeyecekleri anlaşılmıştır. Bu nedenle son gelen göçmen nüfusun ülkede kalıp ekonomik hayata işgücü, işveren veya kendi hesabına çalışan biçiminde dâhil olacaklarını düşünmek ve iş piyasasının bu değişikliklere göre yeniden düzenlenmesini düşünmek gerekmektedir.

Mülteci ve sığınmacıların iş piyasalarına dâhil olmaları onları homojen bir grup olduklarını göstermemektedir. Aksine iş piyasalarının her ücret ve istihdam düzeyinde iş arama kapasiteleri bulunmaktadır. Ancak sahip oldukları formasyona uygun işlerde istihdam edilmeleri güç olmaktadır.

Genel olarak incelendiğinde mülteci ve sığınmacıların iş piyasalarına katılımları kentsel alanlar için vasıf düzeylerinin altında gerçekleşmektedir. Bütün bu grupları benzer bir kategori içine sokmak son derece güçtür. Kırsal kökenli ve vasıf düzeyi düşük sığınmacılar olduğu kadar kent kökenli ve belirli vasıflara sahip yüksek eğitilmiş olan sığınmacılar da bulunmaktadır. Köken ülkelere göre mülteci ve sığınmacıların eğitim ve vasıf düzeyleri değişebilmektedir.

Göçmen ve sığınmacıların Türkiye'ye düzensiz giriş ve çıkışlarından kaynaklı herhangi bir hak ve güvenceye sahip olamayışları özetle korunmasız olmaları onları başta inşaat ve tarım sektörlerinde ucuz işgücü kaynağı haline getirmektedir. Bu alanların dışındaki sektörlerde ise ücret düzeyi yerli işçi ile benzer olsa bile uzun çalışma saatleri, iş güvenliklerinin bulunmayışı ve sahip oldukları nitelik açısından nisbi bir ücret düşüklüğü söz konusudur.

Türkiye'ye gelen mülteci ve sığınmacıların barınma yerleri ev hizmetleri için işverenin bulunduğu alan içinde kalmakta, bunun dışında iş alanlarında barınma imkânı göçmenin kendisi tarafından karşılanmaktadır.

Mülteci ve sığınmacıların bulundukları illerin birbirlerinden farklı sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyleri bulunmaktadır. Genel olarak büyük ve metropol kentlerin kayıtdışı iş alanlarının yaygınlığı nedeni ile göçmenlerin bu alanlarda iş piyasalarına katıldıkları, buralarda diğer kentlere göre nispi olarak daha yüksek ücret aldıklarını öğrenmekteyiz.

Göçmen ve sığınmacıların iş piyasalarına katılımları bağımsız olarak da gerçekleşebilmektedir. Özellikle gelen son dönemde gelen Suriyeli sığınmacıların bir bölümü Türk vatandaşları ile ortak ve ortak olmadan ticari faaliyet içine girmişlerdir. Bu kurulan şirketlerin bir bölümünde Suriyeli göçmenler de istihdam edilmektedir.

Ülkeye gelen Suriyeli göçmen ve sığınmacıların önemli oranda kadın ve çocuklardan oluşması iş piyasaları açısından ciddi bir kırılganlık noktasıdır. Bu korunmaya muhtaç olan sığınmacı ve göçmenlerin iş piyasalarına en kötü biçimde katılmalarını ve istismarına yol açmaktadır. Ayrıca gelen kadınların bir bölümünün ikinci eş olarak imam nikâhı ile evlendirilmelerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Türkiye'de dünyaya gelen çocukların hukuk sistemi içinde vatandaşlık almaları mümkün olmadığı için giderek artan bir “vatansız” göçmen ile ilgili yeni sorun alanları ortaya çıkabilmektedir

Sonuç olarak, Türkiye'ye gelmek zorunda kalan mülteci ve sığınmacı gruplar ekonomik ve toplumsal ve siyasi nedenlerle ülkelerini terk etme durumunda kalmışlardır. Bu grupların iş piyasalarına dâhil olmaları onların Türkiye ile uyumu ve ülkede yaşayanların da bu gruplarla bütünleşmesi için zorunluluktur. Bu göçmenlerin iş piyasalarına katılmalarının ortaya koyacağı başta gelir ve sosyal güvenlik ve insanca yaşam gibi hakların, merhamet cömertlik ve diğer insani gerekçelerin dışında tutulması gereklidir. Bu nedenle yapılacak düzenlemelerin eşitlik ve hak temelli olması onların Türkiye'de çalışan diğer gruplarla muhtemel çatışma alanlarını azaltması için gerekli olacaktır.

Kaynaklar

1. AFAD (2014). Suriye raporları. https://www.afad.gov.tr/Dokuman/TR/60-2013123015491-syrian-refugees-in-turkey-2013_baski_30.12.2013_tr.pdf/ 11.11.2014
2. Aktaş, T. M. (2015). Ücret odaklı uluslararası işgücü hareketliliğinin işgücü piyasalarına etkileri. *Tesam Akademi Dergisi*, 2 (2), 197-219.
3. Baklacioğlu, N.Ö. (2010). Dış Politika ve Göç. İstanbul: Derin yayınları
4. Biçerli, M.K. (2009). Çalışma Ekonomisi. İstanbul: Beta
5. BMMYK (2015). Suriyeli sığınmacılar. <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>/ 16.11.2015
6. ÇSGB (2004). Kayıtdışı istihdam ve yabancı kaçak işçi çalıştırılmasının önlenmesi değerlendirme raporu. Ankara: ÇSGB
7. DESTATIS (2015). **Migration**. <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html>/ 10.09.2015
8. EGM (2015). **İkamet izni verilen yabancıların yıllara göre dağılımı**. <http://www.egm.gov.tr/Documents/istatistik.rar/01.11.2015>
9. Elliot, F.R (1997). **Karşılaştırmalı çalışma ekonomisi**. Ankara: A.Ü yayınları no: 210
10. Erdem, A. (2014). Suriye Uyruklu Yabancıların Çalışma Hayatına Katılması. **İşveren Dergisi**, Ekim, ss:49-51
11. Erder S (2007). Yabancısız Kurgulanan Ülkenin Yabancıları. **Türkiye'de Yabancı İşçiler**, Der: A. Arı (s.1-80). İstanbul: Derin Yayınları
12. Ehrenberg, R.G.; Smith, R.S. (1991). **Modern labor economics, theory and public policy**. Harper Collins Publishing
13. Erdoğan, S; Toksöz, G. (2013). **Türkiye'de ev işçileri**. ILO yayını 42
14. Etiler N; Lordoglu K. (2010). **Göçmenlerin sağlık sorunları: Ev hizmetlerinde bir alan araştırması**. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Bildiri Kitabı, 93- 118.
15. Ghose A.K; Majid N.; Ernst C. (2010) **Küresel İstihdam Raporu**. Çeviri Ed: Ö. F. Çolak. (The Global Employment Challenge, ILO 2008). Ankara: Efil Yayınevi
16. Genç, D. (2014). Türkiye'nin yabancılarının hareketliliğine ilişkin Sınır Politikası. **Sınır ve Sınırdışı**. Der: D.Danış-İ. Soysüren. (ss: 41-66). İstanbul: Nota Bene
17. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2013). **Göç Raporu**. Ankara: İçişleri Bakanlığı
18. Helsinki Yurttaşlar Derneği (2007). **Rapor: İstenmeyen Misafirler**. Jandarma Genel Komutanlığı, 2003, Hizmete Özel Yayın 8. Bölüm, Ankara
19. İçduygu, A. (2004). **Türkiye'de Kaçak Göç**. İstanbul Ticaret Odası Yayını 65
20. İstanbul Ticaret Odası (2006). **Ekonomik Göstergeler**. Yayın no: 2006-20, İstanbul
21. Kaşka, S. (2005). Ev içi hizmetlerin küreselleşmesi ve Türkiye'deki göçmen kadınlar. **Tes-İş Dergisi**, Ekim, 49-54
22. Lordoğlu, K. (2005). Türkiye'de Yabancıların Kaçak Çalışması. **Toplum ve Bilim**, 102, 103-127

23. Öztürk, M.Y. (2010). Kapitalist gelişme ve kriz sürecinde kadın emeği: Asya deneyiminden çıkarılacak dersler. **Çalışma ve Toplum**, 24, 105-132
24. Rea, A (2002). Le travail des sans papiers et la citoyenneté domestique. Periaudi, M. **La fin des Morias? Reseaux Migrants dans les economies**, Marchandes en Mediteranne, Paris, pp.459-478
25. Südaş İ, Mutluer M. (2008). **Migration Europeen vers les Lieux touristique Turcs: Effets economiques**. in Tourismes et Diversités. Eds. M. Sarlet ve A. Manço (pp:71-81), Paris: L'harmattan
26. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2015). **Çalışma Hayatı İstatistikleri**. Ankara: ÇSGB
27. Toksöz, G ve diğerleri (2012). **Türkiye'ye düzensiz emek göçü ve göçmenlerin işgücü piyasasındaki durumları**, Ankara: IOM
28. TÜİK (2011, 2014). **Hanehalkı işgücü anketi sonuçları**. Ankara: TÜİK
29. Türkiye Araştırmaları Merkezi Vakfı (2002). **Kısa Raporlar**, Essen: TAMV
30. UN Department of Economics and Social Affairs, Population Division (2005). **Trends in Total migrant stock: The 2005 revisions**. UN
31. Ünlütürk U. Ç; Kalfa, A. (2009) Göçün kadınlaşması ve göçmen kadınların örgütlenme deneyimleri, **KASUM, Feminist Eleştiri**, 1(2), 13-28
32. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanun Tasarısı. 2012. Madde:59
33. Zlotnik H. (2003). Data Insight: The Global Dimensions of Female Migration. Migration Information in **United Nations, International Migration Report: 2002**. No. E.03.XIII.4, New York: United Nations

MÜLTECİLERE HUKUKSAL DESTEK: İstanbul Barosu'nun Tutumu ve Çalışmaları

Av. Bedia Ayşegül Tansen

İstanbul Barosu İnsan Hakları Merkezi

Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) Çerçevesinde Adli Yardım Hizmetinden Kimler Yararlanabilir?

Mülteci: Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (YUKK) m. 61-

1. Irkı
2. Dini
3. Tabiiyeti
4. Belli bir gruba mensubiyeti
5. Siyasi görüş nedeni ile zulme uğrayacağından dolayı

AVRUPA'dan Türkiye'ye gelen kişiler.

Bu sebeplerden bir ya da daha fazlası ile birlikte kişinin zulme uğrayacağından haklı bir sebeple korkması “well-founded fear of persecution” gerekmektedir.

Mülteci; menşei ülkesinden koruma alamayan ya da haklı olarak almak istemeyen kişidir.

Sonuç: Türk Hukukunda “Coğrafi sınırlama” mevcuttur: Sadece Avrupa devletlerinden gelenler mülteci statüsüne sahip olabilir. Ülkede ikametleri kalıcıdır.

Şartlı Mülteci; YUKK m. 62-

Avrupa ülkeleri dışında meydana gelen olaylar sebebiyle; ırkı, dini, milliyeti, belirli bir toplumsal gruba üyeliği veya siyasi düşünceleri nedeniyle takibata uğrayacağından haklı olarak korktuğu için, vatandaşı olduğu ülke dışında bulunan ve vatandaşı olduğu ülkenin himayesinden istifade edemeyen veya korkudan dolayı istifade etmek istemeyen ya da uyruğu yoksa ve önceden ikamet ettiği ülke dışında bulunuyorsa oraya dönmeyen veya korkusundan dolayı dönmek istemeyen yabancı.

Sonuç: “Şartlı Mülteci”, Mülteci tanımındaki şartları taşımakla beraber, Avrupa dışında bir ülkeden gelen, güvenli bir üçüncü ülke bulunana kadar, Türkiye'de geçici ikamet etmesine izin verilen kişidir. (Eski düzenlemede “Sığınmacı'ya karşılık gelir)

İkincil korumadan faydalanan yabancı veya vatansız:

YUKK m. 63-

Mülteci veya şartlı mülteci olarak nitelendirilemeyen, ancak menşe ülkesine veya ikamet ülkesine geri gönderildiği takdirde;

a) Ölüm cezasına mahkum olacak veya ölüm cezası infaz edilecek,

- b) İşkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya muameleye maruz kalacak,
- c) Uluslararası veya ülke genelindeki silahlı çatışma durumlarında, ayırım gözetmeyen şiddet hareketleri nedeniyle şahsına yönelik ciddi tehditle karşılaşacak,

olması nedeniyle menşe ülkesinin veya ikamet ülkesinin korumasından yararlanamayan veya söz konusu tehdit nedeniyle yararlanmak istemeyen yabancı ya da vatansız kişiye, statü belirleme işlemleri sonrasında ikincil koruma statüsü verilir.

YUKK, uluslararası koruma başvurusunun şartları ve prosedürleri, başvuru sahiplerine sağlanan barınma imkanları, idari gözetim, koruma başvurularının incelenme kriterleri, incelemede dikkat edilecek usuller, mülakat, karar ve itiraz aşamaları gibi bir uluslararası korumanın olağan aşamalarını kurala bağlamıştır.

Yasanın “Genel Gerekçesi'nde, uluslararası korumadan faydalanan başvuru sahiplerinin durumları ve takip edebilecekleri idari ve hukuki yollar hakkında her aşamada bilgilendirilmesinin esas alındığını belirtilerek, başvuru sürecinde hiçbir mağduriyetin yaşanmamasının hedeflendiği ifade edilmiştir.

Ancak Yasada, “*Mülteci, sığınmacı, vatansızlar veya diğer yabancılar ile istismar veya ayrımcılığa uğrama riski bulunan kişiler de adli yardımdan yararlanı*” yönünde tüm yabancıları kapsar bir düzenleme Yasada yer almamaktadır.

HUKUKİ YARDIM / ADLİ YARDIM

I- Tanımı ve Kapsamı

* 1136 sayılı Avukatlık Kanunu:

Adli Yardım, 19/3/1969 tarih ve 1136 sayılı Avukatlık Kanunu'nun (Av.K) 176'ıncı maddesi çerçevesinde “Avukatlık ücretlerini ve diğer yargılama giderlerini karşılama olanağı bulunmayanlara Avukatlık Kanunu'nda yazılı avukatlık hizmetlerinin sağlanması.”dır. Adli yardım; bireyin hak arama özgürlüğü ile adil yargılanma hakkının bir gereğidir.

Avukatlık Hizmetleri: (AvK m.2)

“Her türlü hukuki sorunun ve anlaşmazlıkların adalet ve hakkaniyete uygun olarak çözümlenmesini ve hukuk kurallarının tam olarak uygulanmasını her derecede yargı organları, hakemler, resmi ve özel kişi, kurul ve kurumlar nezdinde sağlama” amacı taşıyan hizmetlerdir.

Özetle Adli Yardım Hizmeti;

Ceza soruşturması ve ceza davaları dışında adli yargı ve idari yargıda görülebilecek iş ve işlemler için geçerlidir.

Bu hizmet;

Dava takibi ve Hukuki Danışmanlık Hizmetlerini kapsamaktadır.

YUKK:

Madde 81 – Avukatlık hizmetleri ve danışmanlık

(1) Başvuru sahibi ile uluslararası koruma statüsü sahibi kişiler, bu Kısımda yazılı iş ve işlemlerle ilgili olarak, ücretleri kendilerince karşılanması kaydıyla avukat tarafından temsil edilebilir.

(2) Avukatlık ücretlerini karşılama imkanı bulunmayan başvuru sahibi ve uluslararası koruma statüsü sahibi kişiye, bu Kısım kapsamındaki iş ve işlemlerle ilgili olarak yargı önündeki başvurularında 1136 sayılı Kanunun adli yardım hükümlerine göre avukatlık hizmeti sağlanır.

(3) Başvuru sahibi ve uluslararası koruma statüsü sahibi kişi, sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanan danışmanlık hizmetlerinden faydalanabilir.

II. Başvuru Sahibi Adli Yardım İstemini Nasıl Yapar?

* 1136 sayılı Avukatlık Kanunu:

Madde 178-

(1) Adli yardım istemi, adli yardım bürosuna veya temsilcilerine yapılır. İstek sahibi, isteminde haklı olduğunu gösterdiği delillerle kanıtlamak zorundadır.

(2) Yardım isteminin reddi halinde, ilgisi yazı veya sözle baro başkanına başvurabilir. Baro başkanının vereceği karar kesindir.

* Türkiye Barolar Birliği Adli Yardım Yönetmeliği

Madde 5 -

Adli yardım istemi, hizmetin görüleceği yer adli yardım bürosuna ve temsilciliklerine yapılır. Başvurularda, adli yardım başvuru formu doldurulur ve adli yardım esas defterine kaydedilir. Adli yardım bürosu ve temsilcilikleri, istem sahibinden gerekli bilgi ve belgeleri ister, istemin haklılığı konusunda uygun bulacağı araştırmayı yapar, gerektiğinde karar verir. Bu araştırmada, kamu ve özel kurum ve kuruluşları, adli yardım bürosuna ve temsilciliklerine yardımcı olurlar.

İstanbul Barosu Adli Yardım Yönetmeliği

Madde 5-

(1) Adli yardım istemi, hizmetin görüleceği yer adli yardım bürosuna ve temsilciliklerine yapılır. Başvurularda, adli yardım başvuru formu doldurulur ve adli yardım esas defterine kaydedilir. Adli yardım bürosu ve temsilcilikleri, istem sahibinden gerekli bilgi ve belgeleri ister, istemin haklılığı konusunda uygun bulacağı araştırmayı yapar, gerektiğinde karar verir. Bu araştırmada, kamu ve özel kurum ve kuruluşları, adli yardım bürosuna ve temsilciliklerine yardımcı olurlar.

YUKK:

Adli Yardım istemi, kural olarak istem sahibinin, hizmetin görüleceği yer adli yardım bürosuna veya temsilciliklerine başvurması ile başlar.

Ancak istem sahibi hakkında YUKK m. 54 uyarınca sınırdışı kararı alınmış olması halinde, kişinin Geri Gönderme Merkezinde tutulması mümkündür (İDARİ GÖZETİM YUKK m. 57).

Bu durumda kişi, adli yardım talebini, bulunduğu geri gönderme merkezinden Baro Adli Yardım Ofisini telefonla arayarak bildirecektir.

III. Adli Yardımın Yapılışı*** 1136 sayılı Avukatlık Kanunu**

Madde 179 – (Değişik: 2/5/2001 - 4667/87 md.)

(1) Adli yardım isteminin kabulü halinde; büro gerekli işlemleri yapmak üzere bir veya birkaç avukatı görevlendirir. Görevlendirilen avukat, görev yazısının kendine ulaşmasıyla, avukatlık hizmetlerini yerine getirmek yükümlülüğü altına girer.

(2) Bu yükümlülük, ilgilinin gerekli belge ve bilgileri isteğe rağmen vermemesi veya vekaletname vermekten kaçınmasıyla sona erer.

(3) Ayrıca görevlendirilen avukat da bu işi yapmaktan çekinmek isterse görevin kendisine bildirildiği tarihten itibaren onbeş gün içinde, o işin tarifede belirlenen ücretini baroya ödemek zorundadır.

İstanbul Barosu Adli Yardım Yönetmeliği**Madde 6-**

a. Adli yardım isteminin kabulü halinde, durum bir tutanakla tespit edilir. İstem sahibinden, işin sonunda maddi bir yarar elde etmesi halinde, avukata ödenen para ile elde edilecek maddi yararın %5'ini baroya ödeyeceğine; adli yardım isteminin haksız olduğunun sonradan anlaşılması halinde, görevlendirilen avukata ödenen ücretin iki katı ve yapılmış masrafları yasal faizleri ile geri vereceğine ilişkin taahhütname alınır.

Vekaletname masrafı adli yardım faslından ödenebilir.

Yargılama giderlerini karşılayamayacaklar için 18/6/ 1927 tarihli ve 1086 sayılı Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununun 465-472'nci maddeleri gereğince adli müzaheret talebinde bulunulur. Bu talebin reddi halinde ilgilisi, avukatlık ücreti dışındaki diğer yargılama giderlerini karşılamak durumundadır. Aksi halde, adli yardım istemi reddedilebilir.

Ancak, yargılama giderlerinin karşılanamayacağının açıkça anlaşılması ve adli yardım talebinde bulunanın haklılığı açısından kesin veya kuvvetli bir kanı oluşması halinde, adli

yardım bürosunun veya adli yardım temsilcisinin önerisi üzerine baro yönetim kurulu kararıyla adli yardım fonundan karşılanır.

Bütçe Sorunu: Barolara başvuruları karşılar ölçüde fon ayrılmamaktadır.

b. Adli yardım isteminin kabulüyle, gerekli iş ve işlemleri yapmak ve yürütmek üzere bir veya birkaç avukat görevlendirilir. Görev yazısının bir örneği de istem sahibine verilir ve gerekli bilgi, belge ve vekaletname ile birlikte görevlendirilen avukata başvurusu istenir.

Görevlendirilen avukat, görevlendirme yazısının, işe ve ilgiliye ait bilgi, belge ve vekaletnamenin, adli müzaheret istemi reddedilmiş ise iş için zorunlu masraf avansının kendisine ulaşması ile avukatlık hizmetlerini yerine getirmek yükümlülüğü altına girer.

Görevlendirilen avukatın yükümlülüğü, istek sahibinin hizmetin görülebilmesi için gerekli belge ve bilgiler ile avukatlık ücreti dışındaki zorunlu yargılama giderlerini vermemesi veya vekaletname vermektan kaçınması ile sona erer. Görevlendirilen avukat, bu durumu gecikmeden, kendisini görevlendiren adli yardım bürosuna ya da temsilciliğine bildirir.

Vekaletname Sorunu:

Noterlik Kanunu

“Hukuki İşlemler ve İlgilileri”

Madde 72 –

(...)

(3) Noter, iş yaptıracak kimselerin kimlik, adres ve yeteneğini ve gerçek isteklerini tamamen öğrenmekle yükümlüdür.

Noterlik Kanunu Yönetmeliği

“Kimlik tespitinde izlenecek yol”:

Madde 90 -

(1) Noter, belgelendirme isteminde bulunan ilgili ile işleme katılan kimselerin kimliğini tespit edebilmek için nüfus hüviyet cüzdanı, buna dayalı olarak resmi mercilerden verilmiş pasaport, ehliyet, fotoğrafı kimlik kartı vesaire kimlik belirten belgeleri aramak zorundadır.

(2) Bu belgelerin gösterilmemesi veya noterin gerekli görmesi halinde, tanık dinlemek yoluyla da kimlik tespit olunabilir.

B- YUKK Çerçevesinde:

Gerekli bilgi ve belgeler nelerdir?

Adli Yardım isteminde bulunan kişinin uluslararası koruma veya ikincil korumadan

faydalanmak üzere sunacağı, iddiasını ispatlayan her türlü belge ve sözlü bilgidir.

Bir başka anlatımla, kişinin ülkesini terk etmesine neden olan olaylar ve ülkesine dönmekten korku duyma sebepleri hakkındaki beyanları ile bilgi ve belgelerdir.

Vekaletname Sorunu:

Noterlik Kanunu ile Noterlik Kanunu Yönetmeliği, vekaletname tanzimi için kişinin nüfus hüviyet cüzdanı, buna dayalı olarak resmi mercilerden verilmiş pasaport, ehliyet, fotoğrafı kimlik kartı vesaire kimlik belirten belgeleri sunmasını talep etmektedir.

Ancak başta uluslararası koruma ve ikincil koruma talebinde bulunacaklar olmak üzere, yabancıların bu belgelere sahip olması mümkün olmayabilir.

Çözüm:

Hukuk Muhakemeleri Kanunu: m. 77/1

Vekaletnamesiz dava açılması ve işlem yapılması

(1) Vekaletnamesinin aslını veya onaylı örneğini vermeyen avukat, dava açamaz ve yargılamayla ilgili hiçbir işlem yapamaz. Şu kadar ki, gecikmesinde zarar doğabilecek hallerde mahkeme, vereceği kesin süre içinde vekaletnamesini getirmek koşuluyla avukatın dava açmasına veya usul işlemlerini yapmasına izin verebilir. Bu süre içinde vekaletname verilmez veya asıl taraf yapılan işlemleri kabul ettiğini dilekçeyle mahkemeye bildirmez ise dava açılmamış veya gerçekleştirilen işlemler yapılmamış sayılır.

Çeşitli Notlar

ULUSLARARASI HUKUK

Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair 51 Cenevre Sözleşmesi

Madde 16-

1. Her mülteci, bütün Taraf Devletlerin toprakları üzerindeki hukuk mahkemelerine serbestçe ve kolayca başvurabilecektir.

2. Her mülteci, sürekli ikametgahının bulunduğu Taraf Devlette, adli yardım ve teminat akçesinden muafiyet dahil, mahkemelere müracaat bakımından vatandaş gibi muamele görecektir.

3. Her mülteci, sürekli ikametgahının bulunduğu ülkenin dışındaki Taraf Devletlerde, o ülkelerin vatandaşlarına 2 inci fıkra bahsedilen konular hakkında yapılan muamelenin aynından istifade edecektir.

Madde 31-

Taraf Devletler, hayatlarının veya özgürlüklerinin, tehdit altında bulunduğu bir ülkeden

doğruca gelerek izinsizce kendi topraklarına giren veya bu topraklarda bulunan mültecilere, gecikmeden yetkili makamlara başvurarak yasadışı girişlerinin veya bulunuşlarının geçerli nedenlerini göstermeleri koşuluyla, yasadışı yollardan girişleri veya bulunuşlarından dolayı ceza vermeyeceklerdir.

Madde 32-

1. Taraf Devletler, ülkelerinde yasal olarak bulunan bir mülteciyi, ulusal güvenlik veya kamu düzeni ile ilgili sebepler dışında sınır dışı edemeyeceklerdir.

2. Böyle bir mültecinin sınır dışı edilmesi, ancak ilgili yasal sürece göre alınmış bir karara uygun olabilir. Zorunlu ulusal güvenlik nedenlerinin, aksine bir uygulamayı gerekli kıldığı haller dışında, mültecinin, durumunu açıklaması için delil sunmasına, temyiz etmesine, bu amaçla yetkili bir makamın ya da, yetkili makamın özel olarak atayacağı bir kişinin veya kişilerin önünde temsil edilmesine izin verilecektir.

CMK Sistemi

Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)

Madde 149 -

(1) Şüpheli veya sanık, soruşturma ve kovuşturmanın her aşamasında bir veya birden fazla müdafinin yardımından yararlanabilir; kanuni temsilcisi varsa, o da şüpheliye veya sanığa müdafî seçebilir.

(2) Soruşturma evresinde, ifade almada en çok üç avukat hazır bulunabilir.

(3) Soruşturma ve kovuşturma evrelerinin her aşamasında avukatın, şüpheli veya sanıkla görüşme, ifade alma veya sorgu süresince yanında olma ve hukuki yardımda bulunma hakkı engellenemez, kısıtlanamaz.

Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)

MÜDAFİNİN GÖREVLENDİRİLMESİ

Madde 150 - (Değişik madde: 06/12/2006 - 5560 S.K.21.md)

(1) Şüpheli veya sanıktan kendisine bir müdafî seçmesi istenir. Şüpheli veya sanık, müdafî seçebilecek durumda olmadığını beyan ederse, istemi halinde bir müdafî görevlendirilir.

(2) Müdafî bulunmayan şüpheli veya sanık; çocuk, kendisini savunamayacak derecede malul veya sağır ve dilsiz ise, istemi aranmaksızın bir müdafî görevlendirilir.

(...)

(4) Zorunlu müdafilikle ilgili diğer hususlar, Türkiye Barolar Birliğinin görüşü alınarak çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.

Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK)

Madde 239 -

(1) (Değişik fıkra: 24.07.2008-5793 S.K./41.mad) Mağdur veya suçtan zarar gören davaya katıldığında, cinsel saldırı suçu ile alt sınırı beş yıldan fazla hapis cezasını gerektiren suçlarda, baro tarafından kendisine avukat görevlendirilmesini isteyebilir.

(2) Mağdur veya suçtan zarar görenin çocuk, sağır ve dilsiz veya kendisini savunamayacak derecede akıl hastası olması halinde avukat görevlendirilmesi için istem aranmaz.

İlgili maddeye, “insan ticareti veya göçmen kaçakçılığı mağduru olma” ve “Türkçe bilmeme” hallerinin de eklenmesi gerekmektedir.

CMK MÜDAFİ VE VEKİLLERİN GÖREVLENDİRİLMELERİNE İLİŞKİN YÖNETMELİK (R.G.: 2/3/2007)

Madde 5 -

(2) Şüpheli veya sanık; çocuk, kendisini savunamayacak derecede malûl veya sağır ve dilsiz ise ya da hakkında alt sınırı beş yıldan fazla hapis cezasını gerektiren bir suçtan dolayı soruşturma ya da kovuşturma yapılıyorsa istemi aranmaksızın barodan bir müdafî görevlendirmesi istenir. Ancak bunun için şüpheli veya sanığın müdafinin olmaması şarttır.

İlgili Madde, “Herhangi bir nedenden ötürü idari bir kararla kolluk güçleri tarafından alıkonan yabancı uyruklu kişiler için istemi aranmaksızın Barodan bir müdafî görevlendirilmelidir” hükmü eklenmelidir.

Konu ile İlgili İstanbul Barosu İletişim Bilgileri:

Adli Yardım Merkez Bürosu

Tel : (0212) 251 90 40 (dahili 131 - 132 – 133 – 134 – 135 – 136 – 137 – 138)

Faks : (0212) 245 83 67

İnsan Hakları Merkezi

insanhaklari@istanbulbarosu.org.tr

KURS:

**FELAKET MAĞDURLARINDA
KİMLİKLENDİRME ve
BİLİRKİŞİLİK**



FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİ (F2K)

Cihangir Erdemir

Başkomiser, İstanbul Olay Yeri İnceleme Birimi

FELAKET NEDİR?

Genel kabul gören anlayışa göre üç ya da üçten fazla kişinin hayatını kaybettiği olaylar; toplu ölüm, çok kişinin hayatını kaybettiği olay, ya da diğer bir ifadeyle “felaket” olarak tanımlanmaktadır.

Doğal Felaketler (Kasırgalar, Şiddetli fırtınalar, Seller, Çığ, Depremler, Yanardağ, Büyük Yangınlar, Kıtık)

Büyük Kazalar (Uçak, tren, metro, otobüs)

Savaş-Terör Saldırıları

Toplu İntiharlar. v.b.

FELAKETLERİN SINIFLANDIRILMASI

Felaketler genel anlamda iki başlık altında sınıflandırılır;

Tabii felaketler:

Felaketler açık (Tsunami, deprem vb.) ve kapalı felaketler (uçak kazası, tren kazası vb.) olarak gruplandırılabilir. Açık felaketlerde (deprem) yolcuların listesi belli değilken, kapalı felaketlerde genellikle kimlerin ölmüş olabileceği bellidir.

İnsan kaynaklı felaketler ise kendi arasında iki gruba ayrılır.

Kaza sebepli felaketler

Kriminal sebepli felaketler ya da terörist saldırılar

Kaza sebepli felaketler hava, deniz ve kara taşıtlarıyla meydana gelen toplu ölümler ve fabrika, konut vs. yerlerde meydana gelen yangın, patlama vb. sebeplerden dolayı oluşan yıkımlardır. Kriminal sebepli felaketler ya da terörist saldırılar ise İstanbul HSBS bankasına ve Neve Şalom Sinegogu meydana gelen terörist saldırılarda olduğu gibi.

F2K NEDİR?

Meydana gelen felaketlerde yaşamlarını yitiren insanların kimliklerinin tespit edilmesi ile ilgili gereken tüm çalışmalar olarak tanımlanabilir. Şiddeti ve etkileri değişiklik gösteren insan ve doğa kaynaklı felaketlerde, kurbanların kimliklerinin tespit edilmesi için yapılan tüm çalışmaları içerir.

Bu çalışmalar, sınırların kalktığı, ulaşımın kolaylaştığı günümüzde uluslararası önem kazanmıştır. Felaketlerden sonra kurbanların kimlik tespitinin yapılması bir insanlık hakkı olduğu gibi yasal, dini, kültürel boyutlar da taşır.

Bu tür çalışmalara gereksinim duyulan durumlar şunlardır:

Felaket sonrası kurbanların kimliklerinin belirlenmesi çalışmaları; toplu ölümlerin gerçekleştiği olaylarda kimlik tespiti için gereken alanlarda uzmanlaşmış kişiler tarafından yapılması gereken tüm çalışmalar olarak tanımlanabilir. Bu çalışmalara gerek duyulan olayların başlıcaları şunlardır:

- Doğal felaketler (Deprem, Sel, Yanardağ Patlaması),
- Büyük patlamalar (LPG, Grizu, Benzin Deposu)
- İşyan, ayaklanma gibi toplum düzeninin bozulduğu durumlar,
- Hava, deniz, kara taşıtlarının kazaları,
- Terör olayları,
- Toplu insan öldürme eylemleri (cinayet, soykırım)
- Toplu mezarlar

Anı gelişen, sosyal, ekonomik, çevresel hasarı ve etkileri uzun süren bu olaylarda genellikle çok sayıda insan ölmekte ve cesetlerin kimlik tespitinde yerel kaynaklar yetersiz kalmaktadırlar. Bu nedenle çeşitli birimlerin desteği ve organize çalışmaları gerekmektedir. Büyük felaketlerde ölen insan sayısının fazla olması ve cesetlerdeki bozulma nedeniyle kimlik tespit işlemleri zorlaştığından multidisipliner çalışma gerekmektedir. Bu ekiplerin kendi içinde oluşturulan grupların çalışmaları sonucunda toplanan ante-mortem (AM) ve post-mortem (PM) bilgilerin bir araya getirilmesi ile tüm cesetlerin kimliğinin tespiti mümkündür.

Ante-mortem bilgiler: Kayıtlardan ve akrabalarından, olayda yaralanmayanlardan, ölenlerle ilgili kayıtlarına başvurulacak hekimlerden ve dış hekimlerinden elde edilebilecek bilgilerdir. Bu bilgilerin toplanması ve Interpol' un formlarına işlenmesi ekipteki güvenlik elemanları tarafından yapılır.

Post-mortem bilgiler: Kimliklendirme için yeterli bilgiyi sağlayacak materyallerdir. Bu çalışmaları yapacak olanlar sayıları olayın büyüklüğüne göre değişen Olay Yeri İnceleme uzmanları, adli patoloji, adli odontoloji, adli tıp, DNA, radyoloji ve teknik görüntüleme uzmanlarıdır.

TÜRKİYEDE F2K

Türkiye, deprem başta olmak üzere doğal felaketlerin sık yaşandığı bir ülkedir. Terör olayları da gündemimizde hep var olmuş ve maalesef gerçekleştirilen bombalama eylemleri sırasında yine çok sayıda insan yaşamını yitirmiştir.

1932 yılından beri Interpol üyesi olan ülkemizde bir Avrupa standardı halini almış F2K timinin kurulması büyük önem taşımaktadır. Interpol Genel Sekreterliği de üye ülkelerden

F2K ekibinin temsilcileri olarak F2K prosedürleri konusunu bilen bir polisin, bir adli patoloji uzmanının, bir adli diş hekiminin, bir adli biyoloji uzmanının ismini bildirmelerini istemektedir. Özellikle son yıllarda eğitime verilen önem, teknolojik gelişmelerin yakından izlenmesi ve Adli Bilimler eğitimi veren ulusal ve uluslararası kurumlarla yakın işbirliği kolluk kuvvetlerimizin başarılı olay yeri incelemesi ve kimlik tespiti çalışmaları yapmalarını sağlamıştır.

F2K Çalışması Ne Zaman Yapılır?

Felaketler açık (Tsunami, deprem vb.) ve kapalı felaketler (uçak kazası, tren kazası vb.) olarak gruplandırılabilir. Açık felaketlerde(deprem) yolcuların listesi belli değilken, kapalı felaketlerde genellikle kimlerin ölmüş olabileceği bellidir.

F2K çalışmalarının felaket öncesi ve felaket sonrası olarak sınıflandırılması; F2K çalışmalarının uzun süredir uygulanmakta olduğu gelişmiş ülkelerde, F2K kimliklendirme çalışmalarının teknik ve yürütülen işlemlerin işlevselliği açısından felaket öncesi ve felaket sonrası elde edilecek veriler olarak iki ayrı bölümde yürütülür.

Ante-mortem Bilgiler

Daha önceden alınmışsa parmak izi, DNA profili, röntgen filmleri gibi kayıtlardan, kurbanın olayla ilgisi olmayan sağ yakınlarından, hekimlerden ve diş hekimlerinden elde edilecek bilgilerdir. Bu sistemin iki ana bilgi kaynağı bulunmaktadır. Bu bilgiler kurban ile ilgili olabilecek her türlü bilgilerdir. Genellikle aileler ve kurbanı son olarak gören kişilerden elde edilir. Kurbanın diş hekimlerinden elde edilebilecek bilgileri, ailesinin diş yapısı hakkındaki bilgileri, ne giydiği ve şahsi eşyaları ayrıca bilinen fiziksel yapısı hakkındaki bilgiler derlenerek AM bilgileri veri tabanı oluşturulur.

Bir kurbanın sigara kullanıyor olması yapılacak otopsi sonuçları için belirleyici bir faktör olabilir veya felaketten önce vücudundaki herhangi bir kemiğin kırılmış olması ya da ameliyat geçirmiş olması, boy ve kilo gibi faktörler, belirleyici unsurlar arasında yer almaktadır.

Post-mortem Bilgiler:

Ceset üzerinde yapılan tüm inceleme ve araştırma neticesi elde edilecek bilgilerdir. Yani cesetle ilgili bilgileri içerir. Ceset üzerinde yapılan fiziki inceleme, yara, çizik, kırık gibi vücut üzerinde patolojik bulgular, otopsi incelemeleri, DNA analizi gibi tüm cesetle ilgili yapılan inceleme ve araştırma sonuçlarını içerir. Ölüm Sonrası Bilgiler (Post Mortem Bilgiler=PM): Bu bilgiler ise ceset üzerinde yapılan dış görünüm incelemeleri, otopsi inceleme sonuçları, adli diş hekimleri tarafından yapılan diş incelemeleri, bulunan giysilerin ve diğer kişisel eşyaların tanımlanması olarak belirtilebilir.

FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİ NEDEN ÖNEMLİDİR?

Kimlik tespiti yaşayan veya ölü bir insanın tanınmasında, tanımlanmasında ve diğer insanlardan ayırt edilmesinde etkin olan özelliklerin ortaya konulması olarak tanımlanabilir. Çok sayıda insanın yaşamını kaybettiği olaylarda kurbanların kimlik tespitinin yapılmasının insani, yasal, dini, etik ve sosyal boyutu vardır. Kimlik tespitinin olabildiğince kısa sürede ve doğru olarak yapılmasının uluslararası ilişkiler, suçlu ve mağdurların tespiti, velayet hakkı, tazminat hukuku ve kimlik tespitini yapanların yasal sorumlulukları yönlerinden de önemi bulunmaktadır.

Hukuki Açıdan

Nüfus kayıtlarına ölüm kaydının yazılması ve borç, alacak, veraset, vergi gibi işlemlerin ölümden dolayı yeniden yapılandırılması.

Ahlaki Açıdan

Felaket Mağdurlarının kimliklendirilmesi birinci derece akrabalar, yakın çevresi için önemli olduğu kadar ülkenin uluslararası alanda kendi insanına verdiği önemi gösterir.

Dini Açıdan

Kurbanın sahip olduğu dini ve kültürel yapıya göre cenaze töreninin yapılabilmesi için kimliğinin tespit edilerek yakınlarına teslim edilmesi.

KİMLİK TESPİTİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

F2K standartlarında kimlik tespiti yapılırken ekiplerin yararlandıkları kriterler şunlardır:

Birincil Kimliklendirme Yöntemleri:

- Parmak izi
- Diş kayıtları
- DNA analizleri

İkincil kimliklendirme yöntemleri:

- Tıbbi kayıtlar
- Eşyalar/takılar
- Vücuttaki izler

F2K EKİPLERİNİN ORGANİZASYONU VE ÇALIŞMA ŞEKLİ

Operasyon Yönetim Birimi:

- Genel Koordinatör
- Operasyon sorumlusu
- İletişim ve koordinasyon sorumlusu

Ante mortem bilgi ekibi

Tanıklarla, sağ kurtulanlarla ve akrabalarla bağlantıyı kurar, kayıtları tutar, bilgi toplar ve medya ilişkilerini, ekipler arası iletişimi düzenler bu ekipte;

Teknik görüntüleme sorumlusu

Biometrik veri işlemleri sorumlusu

Belgelendirme ve dokümantasyon sorumlusu

Kayıp şahıslar takip sorumlusu(Asayiş Dai. Başkanlığı, terör ve diğer soruşturmacı birimler.

Sualtı polisi

Delil toplama(olay yeri inceleme uzmanları)sorumlusu

Post mortem bilgi ekibi

Morg çalışmalarını yürütür ve kayıtları tutar. Bu ekipte de;

Adli patolog

Odontolog (Dişhekimi)

Antropolog

Adli tıp uzmanı

Adli biyoloji (DNA) uzmanı

Parmakizi uzmanı

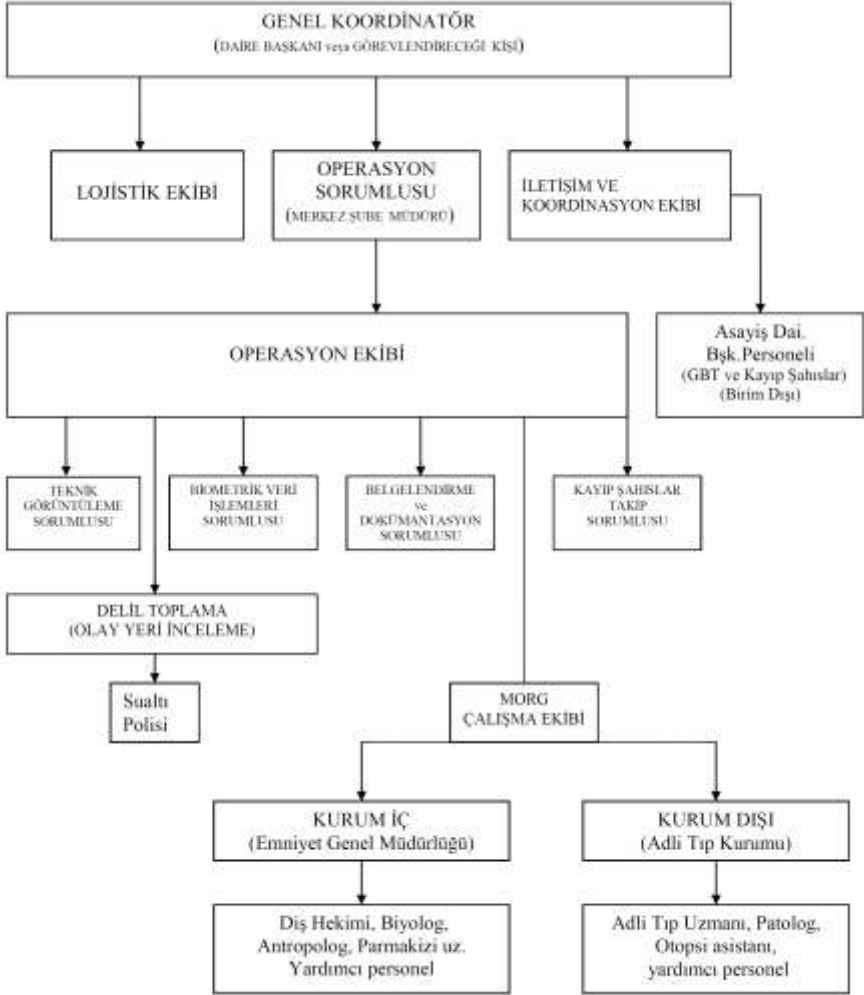
Biyolog

Teknik görüntüleme uzmanı

Otopsi asistanı

Yardımcı personel

Psikolog



Kaynak

- 1- Afet Kurbanlarında Kimlik Tespiti A. Tuğ, Y. Alakoç, CM Çetin, H. Hancı Adli Bilimler Dergisi, Cilt1, Sayı 2, 2002 ,)
- 2- Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi (DVI)Türkiye Çalışmaları ,Emniyet Genel Müdürlüğü Polis Dergisi http://www.egm.gov.tr/apk/dergi/38/web/makaleler/Prof_dr_I_Hamit_Hanci_Dr_Aysim_Tug.htm
- 3- Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi, kurs ders notu, Polisin Adli Kapasitesinin Güçlendirilmesi(Twinning Projesi), 2005
- 4- Renkli Genetik Atlası, 2000
- 5- Encyclopedia of Forensic Science, 2000, 556-565, Jay A Siegel, Academic Pres, Co, USA,
- 6- Adli Bilimler Dergisi, Aralık 2002 sayısı
- 7- Interpol DVI Guide

TOPLU ÖLÜMLERDE ADLİ TIP UZMANININ ROLÜ

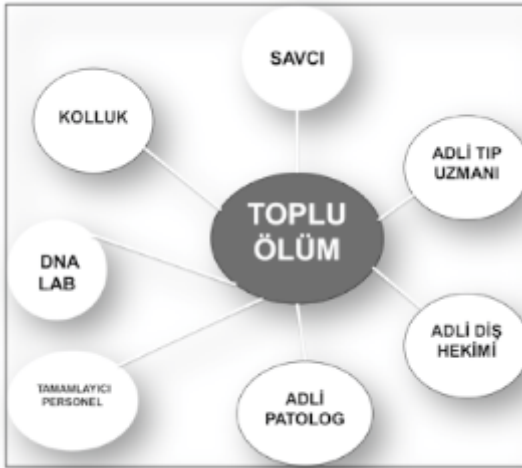
Doç.Dr. Safa Çelik

Adli Tıp Kurumu Morg İ.D.

Adli tıp açısından Kitlesel Felaket; ölüm sonrası incelemelerde değişiklik yapılmasını gerektiren, normal morg olanaklarıyla ya da yardım almaksızın, üstesinden gelinemeyecek büyüklükteki olaylardır(1).

Kaç kişinin ölmesi durumunda ya da ne büyüklükte yıkıma yol açmış bir olayda kitlesel felaket tanısı konulmalıdır sorusunun net bir yanıtı yoktur. Knight'a göre aynı olayda en az 12 kişinin ölmüş olması kitlesel felaket olarak tanımlanmıştır(2).

Adli nitelikli olaylarda kanun koyucu yetkili olarak savcılık makamını sorumlu tutmuştur(3). Toplu ölümlerde de yine olay yerinin sahibi savcılık makamıdır. Savcılık özellikle toplu ölümlerde bilirkişi olarak ve sürecin akıcı bir işlemesi için farklı meslek gruplarıyla işbirliği halinde çalışır. Bu meslek grupları içerisinde kolluk kuvvetleri, adli tıp uzmanları, adli diş hekimleri, adli patoloğlar, DNA laboratuvarı ve diğer yardımcı personeller görev alır. Her bir meslek grubu sürecin farklı aşamalarında ayrı ayrı veya birlikte görev alır.



Olası toplu ölüm olaylarında olayın niteliğine göre acil durum planlaması ve çalışma planının çıkarılması gerekir. Olay yeri incelemesi ceset, ceset parçalarının tespiti ve genel gözlemi kapsar. Kimliklendirme süreci postmortem ve antemortem verilerin toplanması ve bunların karşılaştırılarak olası kimliklerin tespitini içerir. Ölüm şekli ve nedeninin belirlenmesine yönelik verilerin toplanması ve örneklemeler içinde olayın şekline göre ölü muayenesi veya otopsi işlemi yapılır.

Toplu ölümlere müdahalede sürecinin düzgün ve eksiksiz işleyebilmesi için, görev alan personelin rahat ve verimli çalışabilmesi için taşınabilir ünitelere ihtiyaç vardır. Bu üniteler soyunma odası, soğuk oda, sarf malzeme deposu, dekontaminasyon odası, yıkanma alanı, dinlenme odası, yemek yeme alanı gibi bölümleri içermelidir(4).

Adli Tıp Kurumunun toplu ölümlere müdahalede kullanmak amacıyla tasarlamış olduğu yukarda bahsedilen bölümleri içeren” Taşınabilir Otopsi Ünitesi (AYATME)” mevcuttur(Resim 1-3)(5).



Resim 1: Otopsi, personel ve dekontaminasyon üniteleri



Resim 2: Otopsi ünitesi



Resim 3: Riskli otopsi ünitesi

SÜREÇ NASIL İŞLEMELİ?

- 1- Olay yeri incelemesi
- 2- Postmortem verilerin toplanması
- 3- Antemortem verilerin toplanması
- 4- PM-AP verilerin karşılaştırılması
- 5- Cenazenin teslim edilmesi

KAYIT İŞLEMLERİ

Olay yerinden numara verilerek veya verilmeden gönderilen ceset veya ceset parçalarının herbiri “Morg numarası” ile yeniden numaralandırılır.

Yapılan tüm işlemler ve alınan örnekler “tarih ve morg numarasını” içerir barkodlar yapıştırılır.

KİMLİKLENDİRME(FKK) ve ÖLÜM NEDENİ

Kimliklendirmenin esası, kurbanların yakınlarından elde edilen ölüm öncesi bilgiler ve olay yeri bilgi ve bulguları ile otopsi incelemelerinden elde edilen ölüm sonrası kimlik verilerinin karşılaştırılması ve eşleştirilmesi ile her kurbanın kimliğinin belirlenmesidir.

Felaket olaylarında, ölenlerin yakınları öncelikle sevdiklerinin kalıntılarının hızla ve doğru olarak belirlenip kendilerine teslim edilmesini ister. Bu nedenle organizasyon olabildiğince kısa süre içinde, yapılması gereken tüm incelemeleri bitirmek üzere örgütlenir.

Felaketlerin türüne göre sınıflandırılmasında, bir uçak kazasıyla deprem sonrasında uygulanacak protokoller farklılık gösterecektir. Örnek olarak; bir protokolda Doğal Afetler (Deprem, sel vs) ve İnsan ve Teknoloji Unsurlu Facialar (Patlama, uçak-tren kazaları vs.) şeklinde sınıflanırken, başka bir sınıflama; Closed Disaster(Uçak-Tren kazaları vs), Open Disaster (Açık alanda meydana gelen, patlama vs.) ve Combinen Disaster(Açık alana uçak düşmesi vs) şeklinde olabilmektedir (6).

Interpol tarafından ilk kez 1984 yılında hazırlanarak kullanıma başlanan DVI(Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi) protokolü daha sonraki yıllarda da (1997, 2009 ve 2014) güncellenerek kullanılmaya devam etmiştir (6).

KİMLİKLENDİRMEYE YÖNELİK ANTEMORTEM VERİLERİN TOPLANMASI

Parmak izi kayıtları, diş kayıtları, medikal amaçlı aparatlar, tıbbi kayıtları, kıyafet bilgileri, takılar vs içerir.

RADYOLOJİK İNCELEME

Radyolojik inceleme; kimliklendirme, yabancı cisim varlığı ve kemik patolojileri tespit etmek amacıyla yapılır.

FOTOĞRAFLAMA

Cesedin kıyafetleri çıkarılmadan ve çıkarıldıktan sonra ayrıntılı şekilde fotoğraflanması yapılır.

KIYAFETLERİN İNCELENMESİ

Kıyafetler çıkarılmadan olay yeri inceleme ekibi tarafından “Patlama Ürünleri” açısından gerekli incelemeler yapılmamışsa; patlama ürünlerinin bulunabileceği uygun yerlerden; kuru, ıslak ve alkollü sürüntü örneği alınmalıdır.

Kıyafetler genel ve detay planda fotoğraflanmalıdır. Cep içeriği, kıyafet kalıntıları ve takılar ayrıntılı şekilde tanımlanarak kayda alınmalıdır.

HARİCİ MUAYENE

Tıbbi kimlik özelliklerinin ve tatuajların tanımlanması ile parmak izi alınması işlemlerini kapsar.

ÖLÜMNEDENİ

OTOPSİ

Otopsi, kişinin ölüm nedeninin tespiti yanında içorgan bulgularıyla kimliklendirmeye de yardımcı veriler sağlar.

Ölüm; flaş yanıklar, bombadan fırlayan ve bombanın cisimlerden kopardığı parçaların oluşturduğu penetran yaralar, genel beden travmaları, zehirlenmeler, suda boğulmalar vs sonucu meydana gelebilir.

OTOPSİDE ÖRNEKLEMELER

Histopatolojik, toksikolojik ve DNA çalışmalarını içerir. Toksikolojik incelmeler için kan, göziçi sıvısı, idrar, safra, iç organlardan örneklemeler yapılarak; alkol, uyutucu, uyuşturucu, CO, toksik gazlar ve sistemik toksikolojik analiz yapılması, kıyafet ve sürüntü (kuru, ıslak ve alkollü) örneklerinde ise patlayıcı kalıntılarının analizini içerir. DNA çalışması amacıyla diş, kas, kemik, kıl ve mesane içi sürüntü örnekleri alınır(7).

KURUM DENEYİMLERİ

- * HSBC bank binası terör saldırısı canlı bomba(2003, 30 ölü, 450 yaralı),
- * Sinagog terör saldırısı canlı bomba(2003, 25 ölü),
- * Trabzon uçak kazası(2003, 74 ölü),
- * Diyarbakır uçak kazası(2003, 75 ölü),
- * Soma faciası(2014, 301 ölü),
- * Suruç canlı bomba(2015, 32 ölü, 103 yaralı)
- * Ankara 2 'li canlı bomba(2015, 102 ölü, 246 yaralı)

SOMA MADEN FACİASI

13 Mayıs 2014'te Manisa ilinin Soma ilçesindeki kömür madeninde çıkan yangın nedeniyle 301 madencinin ölümüyle en çok can kaybı ile sonuçlanmış madencilik kazasıdır. Facia, Türkiye Cumhuriyeti tarihinin iş ve madencilik kazası olarak kayıtlara geçmiştir. Ölenlerden yalnızca ilk 6 kişiye otopsi yapılmıştır. Diğer cesetlerde ise beden bütünlüğünün korunmuş olması, harici travmatik değişimlerin bulunmayışı ve cenaze sayının çok olması nedeniyle kimliklendirme ve toksikolojik incelemeler amacıyla gerekli işlemler yapıldıktan sonra tümüne defin verilmiştir. Toksikolojik incelemelerde 301 vakanın tamamında HbCO düzeyleri yüksek tespit edilmiştir. Ölüm nedeni olarak karbonmonoksit zehirlenmesi şeklinde raporlanmıştır.

SURUÇ TERÖR SALDIRISI

20 Temmuz 2015 tarihinde Şanlıurfa'nın Suruç İlçesi'ndeki Amara Kültür Merkezi önünde 103 kişinin yaralandığı ve 32 kişinin öldüğü canlı bomba tarafından gerçekleştirilen terör saldırısıdır. Cesetlerin büyük çoğunluğunun bütünlüğünü kaybettiği tanınmaz halde olması nedeniyle kimliklendirme sonrası vakaların tamamına otopsi işlemi yapılmıştır. Tüm cesetler radyolojik incelemelerden geçirildikten sonra kimliklendirme amacıyla üzerlerinde bulunan kıyafet ve diğer eşyalarından elde edilen veriler doğrultusunda aileler veya arkadaşlarıyla ön kimliklendirme işlemleri yapılmıştır. Cesetlerden toksikolojik inceleme amacıyla kan ve göziçi sıvısı, mühimmat artıkları yönünden incelemeler yapılmak üzere kıyafet ve cilt üzerinden sürüntü örnekleri alınmıştır. DNA incelemesi amacıyla cesetlerden kan veya kas-kemik örneği alınarak ailelerden alınan örneklerle hız bir şekilde karşılaştırılarak cesetler teslim edilmiştir. Ölüm nedeni olarak patlama kaynaklı penetran cisim yaralanmasına bağlı içorgan/büyükdamar yaralanması şeklinde raporlanmıştır.

ANKARATERÖR SALDIRISI (2015, 102 ölü, 246 yaralı)

10 Ekim 2015 tarihinde Ankara Garı kavşağında düzenlenen 2 farklı noktada meydana gelen 246 kişini yaralandığı ve 102 kişinin öldüğü bombalı intihar saldırısıdır.

Cesetlerin büyük çoğunluğunun bütünlüğünü korumuş tanınabilecek halde bir kısmının çok parçalı tanınmaz halde olduğu görüldü.

Tüm cesetler radyolojik incelemelerden geçirildikten sonra kimliklendirme amacıyla üzerlerinde bulunan kıyafet ve diğer eşyalarından elde edilen veriler doğrultusunda aileler veya arkadaşlarıyla ön kimliklendirme işlemleri yapılmıştır. Cesetlerden toksikolojik inceleme amacıyla kan ve göziçi sıvısı, mühimmat artıkları yönünden incelemeler yapılmak üzere kıyafet ve cilt üzerinden sürüntü örnekleri alınmıştır. DNA incelemesi amacıyla cesetlerden kan veya kas-kemik örneği alınarak ailelerden alınan örneklerle hızlı bir şekilde karşılaştırılarak cesetler teslim edilmiştir. Ölüm nedeni olarak patlama kaynaklı penetran cisim yaralanmasına bağlı içorgan/büyükdamar yaralanması şeklinde

raporlanmıştır.

Toplu ölüm olaylarında yaklaşım ve planlama olayın niteliğine ve müdahale ekibinin kapasitesine göre farklılıklar göstermektedir. Bazı durumlarda kimliklendirme ve ölü muayenesi ile defin verilirken bazılarında kimliklendirme ve otopsi işlemi yapılması gerekir. Adli tıp uzmanları da ekibin bir parçası olarak hem kimliklendirme hem de otopsi aşamalarında aktifrol almalıdır.

Kaynaklar

- 1- Simpson C.K. Mass disasters, 13th ed: Simpson's Forensic Medicine; 2011, p.36-41
- 2- Knight B., Saukko P. Mass Disasters-The Role of The Pathologist, 2nd ed: Knight's Forensic Pathology; 2004, p.40-42
- 3- 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu, Madde; 86-87, Erişim tarihi: 14 Ocak 2016, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5271.htm>
- 4- Dalgıç, M., Tuğcu, H., Can, İ. Ö., Özaslan, A, Otopside Biyogüvenlik, Adli Tıp Dergisi, 2 (2004): 61-7
- 5- AYATME Proje Tanıtımı, Erişim tarihi: 14 Ocak 2016, <http://www.ayatme.com/>
- 6- Disaster Victim Identification Guide, Erişim tarihi: 14 Ocak 2016, <http://www.interpol.int/News-and-media/Publications>
- 7- Prinz, M., Carracedo, A., Mayr, W. R., Morling, N., Parsons, T. J., Sajantila, A., DNA Commission of the International Society for Forensic Genetics (ISFG): recommendations regarding the role of forensic genetics for disaster victim identification (DVI). Forensic Science International: Genetics 1.1 (2007): 3-12.

FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRMESİ ve ADLİ BİYOLOJİ

Uz. Dr. Ömer Müslümanoğlu

Adli Tıp Kurumu, Biyoloji İhtisas Dairesi Başkanı

Bir insanı kesin olarak kimliklendirebilmek için, onu diğer bireylerden kesin olarak ayırt eden farkların bulunması gerekir.

Güvenilir bir kimliklendirmenin şartları:

- Kesinlik %100 güvenilirlik
- Bilimsel temellere dayanan
- Saha koşullarında uygulanabilir
- Harcanan zaman gerçekçi olmalıdır

Felaketlerde kimliklendirme için uygun yöntemler

- Tıbbi bulgular
- Parmak izleri
- Diş kayıtları
- DNA

Çünkü

- Kimliklendirmede güvenilirdir
- Çabuk uygulanabilir
- Çabuk değerlendirilebilir

Kimliklendirme türleri

Aşağıda sıralanmış kimliklendirme yöntemlerine hem güvenilebilirlik hem de yapılabilirlik açısından ele alınmalıdır.

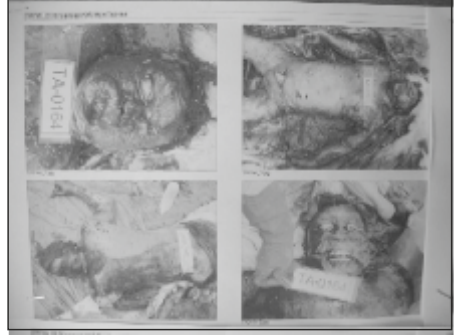
a) Görsel kimliklendirme



Bir ceset aile yakınları veya tanıdıkları vasıtası ile kimliklendirilebilir. Böyle bir kimliklendirme için ceset bütünlüğünün tamamen korunması ve herhangi bir zarar görmemiş olması beklenir. Kimliklendirme direkt ceseti görme yada fotoğraf üzerinden yapılabilir.

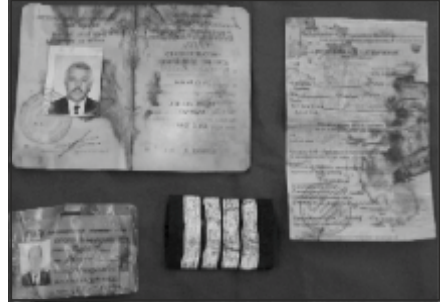
Bu yöntem özellikle felaketlerde en güvenilmez yöntemlerden biridir.

Tayland'daki fotoğraf panoları



b) Kişisel eşyalar, giysi, kimlik belgeleri ile kimliklendirme

Bu kimliklendirme yöntemi de her zaman güvenilir olmamaktadır. Ceset yanında bulunan kimlik ya da kişisel eşyalar her zaman cesete ait olmayabilmektedir. Ancak dövme, alyans, küpe veya kolye gibi vücuda sağlam bir şekilde bağlantılı obje yada eşyalar diğerlerine göre daha yüksek bir kimliklendirme değerine sahiptir. Bir kazada veya cesetlerin çıkarılmasında giysi parçaları veya başka eşyalar karışabilir.



c) Parmak izi ile kimliklendirme

Parmak izi ile kimliklendirme güvenilir bir yöntemdir. Parmak izlerinin eşsiz ve değişmez olması nedeniyle bir insanı kesin olarak kimliklendirmek mümkün olabilmektedir. Parmak izi alınması ve değerlendirilmesi eğitimli uzmanlar tarafından yapılabilir.

d) Diş bulguları ile kimliklendirme

Bir insanın dişleri sağlıklı haldeyken kimliklendirme zordur. Dişler ancak diş hekiminin yaptığı tedavilerden sonra özel olurlar ve kesin bir kimliklendirmeye olanak tanırırlar. Diş durumunun kaydedilmesi ve verilerin karşılaştırılması eğitimli bir uzman tarafından yapılmalıdır.

Bu yöntem hem çok güvenilirdir hem de az zaman harcanarak uygulanabilir. Bu yöntem bebeklerde ve süt dişleri olan küçük çocuklarda, tam protezli kişilerde uygulanamaz veya sınırlı olarak uygulanabilir.

e) Tıbbi bulgular

Adli tıp uzmanının gerçekleştirdiği ölü muayene ve otopsi işlemi işlemi sırasında cesetten toplanan veriler oluşturulan Post-Mortem bilgi formuna kaydedilir. Hastane dosyalarının veya ameliyat raporlarının tıbbi verileri ile karşılaştırma sonucunda kesin bir kimliklendirme yapılabilir. Özellikle ekstremitelerdeki eksiklikler, röntgendeki kırık bulguları, ameliyat izleri, tespit edilen hastalıklar (enfarktüs, tümör), protezler, kalp pili, bireysel numarası olan takma cam gözler kimliklendirmeyi kolaylaştırır.

f) DNA yolu ile kimliklendirme

DNA'nın tek yumurta ikizleri dışında her bireyde farklılık göstermesi kimliklendirme çalışmalarında özel bir önem arzemesini sağlamıştır. Bu çalışmalarda özellikle;

- Kan
- Doku
- Kemik
- Özel eşyalar (tusinami örneği...) gibi örneklerden yararlanılmaktadır



DNA incelemesinden öncesi dikkat edilmesi gerekenler;

- Materyalin uygun şekilde toplanması
- Koruyucu giysi
- Ağız maskesi
- Temiz çalışma aletleri
- Güvenlik ve sağlık yönetmeliklerine riayet edilmelidir
- Her biyolojik materyal potansiyel enfeksiyon kaynağı olarak görülmelidir
- Enfeksiyon riski, ör. hepatit ve HIV !
- Nemli nesneler paketlenmeden önce havada kurutulmalıdır
- Doğrudan güneş ışınlarından ve ısı etkilerinden kaçınılmalıdır

Isı kaynakları kullanılmamalıdır

- Saklama koşulları

Kuru deliller oda sıcaklığında (yaklaşık 25°C) kuru bir yerde saklanabilirler

Doku ve sıvı örnekler Soğuk ortam (+4°C) (-20°C) da saklanabilir.

- Transfer

Toplanan materyaller en kısa sürede inceleme yapılacak birime ulaştırılmalıdır

Biyolojik örnekler soğuk zincir şartları sağlanarak transfer edilmelidir.

KESİN KİMLİKLENDİRME?

-Anne

-Baba

-Eş ?!! ve çocuk

-Kardeş (riskli)

-Özel eşyalar...

DNA yolu ile kimliklendirmede öncelikle hüviyeti meçhul kişi nin anne veya babası ile evlatlık ilişkisi üzerinden, eş ve çocuğu ile de ebeveynlik ilişkisi üzerinden karşılaştırma yapılarak kimliklendirme yapılabilir. Yine bazı durumlarda şahsa ait olduğu bilinen özel bir eşya (diş fırçası, tarak ...) üzerinden elde edilen DNA ile hüviyeti meçhul kişinin DNA sı karşılaştırılarak sonuca ulaşılabilir.

g) Diğer kimliklendirme olanakları

- Suni damakların yapısı (palatografi)

- Süper projeksiyon kafatası kemiğinin saydam fotoğrafının ve kişinin yaşarkenki bir fotoğrafının ölçekli boyutlarda üst üste konmasıyla yapılır.

- Yüzün yumuşak dokusunun rekonstrüksiyonu

- Kulak biyometrisi

- Malzeme analizleri (protezler, köprüler, plaklar)

- Adli yaş tayini

h) Adli Tıp Kurumu'nun başarı ile sonuçlandığı Felaket Kurbanları Kimliklendirme Çalışmaları

ATK-KİMLİKLENDİRME-DVI

<u>TERÖR</u>	<u>MADEN KAZALARI</u>	<u>TREN KAZASI</u>
• İNG KONG • HSBC • SİNAGOĞ • SURUÇ • ANKARA • ...	• ZONGULDAK • KÜRE • SOMA • ERMENEK... • AŞKERT KAZA • AFYON MUH. DEİ' (24)	• PAMUKOVA
• UÇAK HEL. KAZASI • TRABZON • DİYARBAKIR • VAN • BAĞDAT • ADAPAZARI • MUĞLA		

DVI-BİD İSTANBUL

- İng. Kons. HSBC ve Sinagog patlamaları...2003...9 kişi



DVI- BID İSTANBUL

- Trabzon-İspanyol askerleri ve mürettebat...(2003)...75 kişi



DVI-BİD İSTANBUL

- Diyarbakır uçak kazası...2003... 29 kişi...5 gün



DVI-BİD İSTANBUL

- Bağdat uçak kazası...2007... 21 kişi...6 gün



DVI- BİD İSTANBUL

- Zonguldak maden kazası (2010)... 28 kişi...3 gün



DVI-BİD İZMİR

- Soma maden kazası...2014... 23 kişi...3 gün



DVI-BİD ANKARA+İSTANBUL

- Afyon mühimmat deposu patlaması...2012... 24 kişi...6 gün
- Ankara B.İ.D 1260 parça...1239 DNA profili
- İstanbul B.İ.D 1792 parça...678 DNA profili
- Toplam :3052...1917 DNA profili



DVI- BİD ANKARA

- Ermenek maden kazası (2014)... 10/18 kişi...



DVI- BİD ANKARA

- SURUÇ PATLAMASI



TOPLU ÖLÜM OLGULARINDA TRAVMA ANALİZİ

Uz. Dr. M. Feyzi Şahin

Adli Tıp Kurumu Morg İ.D.

Toplu ölümlerde travma analizi; sadece adli tıbbi yaklaşımda cesedin ölüm nedeninin tespiti için değil aynı zamanda olayın aydınlatılması, olayın nasıl meydana geldiği ve olay yerinin yeniden yapılandırılması gibi hususlarda yol gösterici olmakta ve önem arz etmektedir.

Toplu ölüm kavramı olayın meydana geldiği şehre ve oranın imkanlarına göre de değerlendirilebilecek bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin küçük bir kasabada iki aracın karıştığı 6-7 kişinin öldüğü bir kaza toplu ölüm gibi değerlendirilebilirken, İstanbul gibi 17 milyona yakın kişinin birlikte yaşadığı bir şehirde 15 kişinin öldüğü bir olay rutin iş akışı içinde çözümlenebilecek bir vaka olarak değerlendirilebilmektedir.

Travma analizinde olayın türü vakaya yaklaşımımız açısından önemlidir. Deprem, sel, tsunami gibi doğal afetler sebebiyle meydana gelen toplu ölümlerde; yapılması gereken işlem ayrıntılı bir ölü muayenesi sonrasında, cesetlerin doğru kimliklendirilerek hızlı bir şekilde defnedilmesi ve bu sayede bulaşıcı hastalık ve enfeksiyon riskinin azaltılmasıdır. İnsan kaynaklı toplu ölümlerde ise otopsi ve travma analizi ayrı bir önem kazanmaktadır. Bu tarz olaylarda hem toplumsal vicdanın rahatlatılması hem de adli mercilere katkı sağlamak adına yine en öncelikli olarak yapılması gereken işlem felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi ve bir an önce yakınlarına teslim edilmesi iken aynı zamanda bu işlemler esnasında her bir cesedin delil niteliği taşıdığı unutulmamalıdır.

İnsan kaynaklı olaylarda olayın orijinine göre de yapılması gerekenler değişebilmektedir. Uçak veya tren kazası gibi çok sayıda kişinin öldüğü durumlarda kazadan sorumlu olması muhtemel kişilere ve sorumlu personele muhakkak sistematik otopsi yapılması gerekirken, yolcu veya diğer kurbanlar için kimliklendirme işlemi kimi zaman yeterli olabilmektedir. Kimliği meçhul ve dış muayene ile kesin ölüm nedeni tespit edilmeyen cesetlere de muhakkak otopsi yapılması gerekmektedir.

Bir kişi ya da kişiler tarafından ortaya konan bir eylem neticesinde meydana gelen toplu ölümlerde ise şartlar elverdiği takdirde tüm ölenlere otopsi yapılması gerekmektedir. Burada unutulmaması gereken bir başka husus da kurbanların yanında failin de kimliklendirilmesi ve ortaya çıkarılmasıdır. Bunun için olay yerinden elde edilecek bulguların yanı sıra travma analizi ile olay yerindeki kişilerin patlama anındaki konumları hakkında fikir sahibi olmak da mümkündür.

Travma analizi neticesinde; bomba veya patlayıcı maddeyi üzerinde taşıyan ve doğal olarak patlamadan en çok etkilenen canlı bomba eylemcisi ve olay anındaki konumu itibarıyla olayın merkezine yakın konumda bulunan ve travmanın etkisi ile parçalara

ayrılarak tanınmaz hale gelen felaket kurbanlarına ait ceset parçaları yardımıyla kimliklendirme yapabilmek için öncelikle ceset parçalarının bir araya getirilmesi ve travmanın o cesette oluşturduğu etkinin net olarak ortaya koyulması gerekmektedir.

Toplu ölüm olaylarında travma değerlendirmesi olayın türüne göre değişiklik gösterir. Sel, tsunami gibi olaylarda suda boğulma, yangın gibi durumlarda CO zehirlenmesi ve dumandan boğulma beklenen ölüm sebebi iken; deprem ve göçük altında kalmaya bağlı ölümlerde sıklıkla genel beden travması veya göğüs sıkışmasına bağlı mekanik asfiksi ölüm sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle uçak veya tren gibi yüksek hızlı taşıt kazaları sonucu meydana gelen toplu ölümlerde genel beden travması sonucu ölüm meydana gelirken sıklıkla cesetlerde vücut bütünlüğünün de kaybolduğu görülmektedir. Bu gibi durumlarda her bir ceset parçası ayrı olarak değerlendirilmeli, bulunduğu yer not edilmeli, her bir parçada ölümü izah edebilecek lezyon ve kişinin kimliklendirilmesinde kullanılabilecek her bir bulgu kaydedilmelidir.

Modern dönemde; savaşlarda, insan haklarına karşı işlenen suçlarda ve terör suçlarında ateşli silah yaralanmalarından daha çok patlamaya bağlı şarapnel kaynaklı yaralanmaların travmaların ana kaynağı olarak karşımıza çıktığını görmekteyiz. Hatta savaş kaynaklı tüm yaralanmalarının % 60 – 70'inin muskuloskeletal sistem yaralanmaları olduğu bildirilmiştir.

Patlamaya bağlı ölümlerde patlamanın olduğu noktaya olan mesafesine göre yaralanma türleri de farklılık gösterecektir. Patlamanın olduğu noktaya en yakın mesafede termal etkiye bağlı flash yanıklar beklenmektedir, bu yanıklar ani yüksek ısı kaynaklı olduklarından elbise gibi koruyucu etki varlığında ciltte demarkasyon hatları oluşmaktadır. Bu mesafeden biraz daha uzakta olan kişilerde blast etkiye bağlı özellikle boşluklu iç organlarda hava-sıvı geçişinde etkisi artan baro travmaya bağlı 'şok dalgası' etkisiyle akciğerlerde kontüzyon ve iç kulak kanamaları gibi bulgular beklenmektedir. Daha uzak mesafedeki kişilerde artık şarapnel etkisine bağlı parça etkisi ile penetran yaralanmalar görülmektedir. Bu mesafeler kullanılan patlayıcı tipine ve madde miktarına göre değişiklik göstermektedir. Aynı zamanda bombanın etraftan kopardığı cisimler de travmaya neden olmaktadır. Bu bulguların tamamı otopsi öncesi yapılacak skopi ile tespit edilerek otopsi esnasında cesetten bu materyaller toplanılmalıdır.

Elde edilen bulgular ve cesetlerde tespit edilen travmaların değerlendirilmesi neticesinde kişilerin patlama anındaki konumları ve patlama noktasına olan uzaklıkları tahmini olarak ortaya konabilmektedir. Bunun yanında travma değerlendirmesi neticesinde; eğer mevcutsa bombayı taşıyan kişinin tespiti ve travma ağırlığına göre bombayı nasıl taşıdığına kadar yorum yapmamıza yarayacak veriler elde edilmesinin yanında olay anının yeniden yapılandırılmasında da bize yol gösterecek veriler sağlayacaktır.

Travma değerlendirmesi ne kadar erken yapılırsa, yumuşak dokulardan elde edilecek veriler o derece fazla olacak ve daha doğru, daha detaylı veri elde etmemize olanak

sağlayacaktır. Bazı durumlarda bu değerlendirme; gerek şartların uygun olmaması ve gerekse de salgın enfeksiyonlardan korunabilmek amacıyla cesetlerin halk sağlığı gözetilerek belli bir süre geçici mezarlara konulmasını gerektirmektedir. Gerekli incelemeler uygun şartlar sağlandıktan sonra cesetler geçici mezarlardan çıkarılarak yapılabilmektedir. Bu aşamada her bir cesedin ayrı ayrı defnedilmesi daha sonraki incelemelerin sağlıklı yapılabilmesi açısından önemlidir. Cesetlerin geçici mezarlardan çıkarılarak incelendiği durumlarda yumuşak dokudan travma analiz olanağı bulunmamakta ve osteolojik incelemeler neticesinde kimliklendirme ve travma bulgularının elde edilmesine çalışılmaktadır.

İskelet kalıntıları üzerinde yapılacak travma analizinde öncelikle travmanın antemortem, perimortem veya postmortem ayrımının yapılması gerekmektedir. Bu değerlendirmede antemortem lezyonlar kişinin ölmenden önce geçirdiği ve iyileşme için belli bir süre geçen travmaları kapsamaktadır. Postmortem lezyonlar ise kişi öldükten sonra kemikleşmenin ardından elastin ve kollajen yıkılımı neticesi kuru kemik (dry bone) oluştuktan sonra meydana gelen travmaları içermekte ve sıklıkla kemiklerin bulunması, elde edilmesi veya transportu esnasında oluşmaktadır. Ölüm sebebinin tespitinde asıl önemli olan perimortem olarak nitelendirilen ve ölümden belli bir süre önce oluşup iyileşmeye fırsat bulamamış, hemen ölüm esnasında oluşmuş veya ölümden hemen sonra kemik taze iken oluşmuş lezyonlardır.

Antemortem lezyonların önemi, kişinin kimliklendirilmesine olanak sağlayan veriler sunmasıdır. Yarık damak, sternumda konjenital olarak var olan delik şeklindeki defekt vb. gibi travma ile ilişkisi olmayan yapıların ve anatomik varyasyonların travmatik lezyon olarak değerlendirilmemesi gerekmektedir. Postmortem lezyonlar ise değerlendirme esnasında karıştırıcı rol oynayabilmesi nedeniyle perimortem lezyonlardan ayırt edilmelidirler. Benzer şekilde postmortem süreçte hayvan müdahalesi sonucu oluşmuş lezyonlar da kenar özellikleri ve yara paterni bakımından ölüme neden olan travmalardan ayırt edilmelidir.

Osteolojik inceleme neticesinde perimortem olarak değerlendirilen lezyonların kişinin ölümüne neden olup olmadığı değerlendirilirken, yalnızca mevcut lezyonla karar vermekten ziyade otopside elde ettiğimiz tecrübe ve kemik dokuda benzer etkiyi oluşturan travmaların yumuşak doku ve iç organlarda oluşturdukları lezyonlar da birlikte değerlendirilerek tespit edilen travmanın vücuda etkisi ve buna bağlı kişinin muhtemel ölüm nedeni değerlendirilmelidir. Kemik dokuya etki eden ateşli silah yaraları, kesici, kesici-delici ve kesici-ezici alet yaraları, künt travmalar, patlama etkisi ile oluşmuş genel beden travmaları ve parça tesiri ile oluşan penetran cisim yaralanmaları ölümün üzerinden uzun bir zaman geçse de tespit edebileceğimiz ve bütün cesedin bulunduğu vakalarda yaralanmanın ölüme etkisini saptayabileceğimiz travma şekilleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ateşli silah yaralarında kemik dokuda meydana gelen kalkmalar ve defekt özelliklerine göre giriş- çıkış ayrımını da yapabilmekteyiz, fakat özellikle travma sonrası

parçalı kırık oluşmuş vakalarda tüm kırık fragmanlarının elde edilerek tarafımıza ulaştırılması analiz açısından önem arz etmektedir. Kesici alet yaralarında kemik üzerinde 'V' şeklinde derinlik gösteren lineer lezyon görülürken, kesici ezici alet yaralarında düzgün bir kesi ve kenarlarında aletin ağırlığı neticesinde oluşan künt travma benzeri kemik kırıkları gözlenmektedir.

Kaynaklar

1. Jensen RA (2000) *Mass Fatality and Casualty Incidents: A Field Guide*. Boca Raton, FL: CRC Press.
2. Ubelaker DH (1999) *Human Skeletal Remains: Excavation, Analysis, Interpretation*, 3rd edn. Washington, DC: Taxaxacum.
3. Bass WM (1995) *Human Osteology: A Laboratory and Field Manual*, 4th edn. Columbia, MI: Missouri Archeological Society.
4. Busuttil A, Jones JSP, Green MA (2000) *Deaths in Major Disasters. The Pathologist's Role*, 2nd edn. London: Royal College of Pathologists.
5. Vardon-Smith G (2003) *Mass disaster organisation*. In: Payne-James J, Busuttil A, Smock W (eds.) *Forensic Medicine. Clinical and Pathological Aspects*, pp. 565–578. London: GMM.

FELAKET KURBANLARININ KİMLİKLENDİRİLMESİNDE ADLİ ANTROPOLOJİ

Yrd. Doç. Dr. Özge Ünlütürk

Adli Tıp Kurumu Morg İ.D.

Uluslararası literatüre göre, bir olayın felaket olarak tanımlanabilmesi için; meydana gelen olayda, olayın ani gelişmesi, yeri ve zamanının öngörülememesi, çok sayıda insanının aynı anda ölmesi, sosyal-ekonomik-çevresel hasar vermesi ve etkilerinin uzun sürmesi, yerel kaynakların kimlik tespit çalışmalarında yetersiz kalması gibi bir takım kriterlerin bir arada olması gerekmektedir. İster doğal, ister insan eliyle meydana getirilmiş felaketler olsun, bu tür olaylarda ölü sayısının fazla olması ve olayın oluş biçimiyle ilgili olarak ceset bütünlüğünün kısmen veya tamamen bozulması, kişilerin kimlik tespitinin multidisipliner ve sistematik bir çalışmayla yapılmasını zorunlu kılmaktadır (1). Bu bağlamda olay yeri inceleme uzmanı, adli tıp uzmanı, adli antropolog, adli odontolog, adli genetikçi, parmak izi uzmanı, radyolog, fotoğrafçı gibi pek çok uzmanın bir arada çalışması gerekmektedir.

Felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi (Disaster Victim Identification – DVI) için yapılan çalışmalarda temel olarak 4 adım söz konusudur. 1. adım olay yeri incelemesini içermektedir ve felaket alanındaki insan kalıntılarının ve delil sayılabilecek diğer materyallerin toplanmasına dair prosestir. 2. adım postmortem aşama olarak ifade edilir ve morg veya laboratuvar gibi özellikli mekanlarda insan kalıntılarının detaylı araştırmasını kapsamaktadır. 3. adım antemortem aşama olarak tarif edilir ve farklı kaynaklardan kurbanlara ya da kayıp insanlara dair kayıtlara ulaşmak hedeflenmektedir. 4. adım ise birleştirme aşaması olarak tanımlanır ve toplanan antemortem-postmortem dataların birlikte değerlendirilerek eşleştirilmesini ve kimlik tespitinin yapılmasını kapsamaktadır (2).

DVI çalışmalarında, biyolojik profili çıkarmak ve pozitif identifikasyonu sağlamak için, bu dört adımda da adli antropologlara önemli görevler düşmektedir. Adli antropolojik yaklaşım söz konusu olduğunda ve özellikle ölümün üzerinden uzun zaman geçtiği durumlarda, felaketin izleri her zaman göz önünde bulunmayacağından dolayı, çalışma adımlarının sıralamasında farklılıklar olabilmektedir. Adli antropolojik araştırma primer soruşturma ile başlar. Bu aşamada tanıklarla, kurbanların yakınlarıyla, yerel yetkililerle ve faillerle görüşmek, soruşturmaya ilgili mümkün olan her dökümanı (mezarlık kayıtları, gazeteler, polis kayıtları, hastane kayıtları gibi) toplamak ve analiz etmek, bir database oluşturup hipotez kurmak söz konusudur. Gerekli bilgileri topladıktan sonra ise arkeolojik soruşturma aşaması başlar. Adli antropoloji ve arkeoloji uzmanları bu aşamada olası mezar alanlarını araştırıp, cesetlerin çıkarılmasını ve delillerin toplanmasını gerçekleştirirler. Postmortem aşamada ise laboratuvar analizi yapılır. Bu aşamada ölüm sebebinin tespit edilebilmesi için kalıntılar üzerinde antropolojik inceleme yapmak ve biyolojik profilin oluşturulmasına çalışılmaktadır. Son aşamada ise tüm veriler bir araya getirilerek kurbanların mümkün olduğunca pozitif kimliklendirilmesi amaçlanmaktadır (3).

Doğal felaketlerin ya da afetlerin yanı sıra DVI çalışmaları içinde yer alan patlama, soykırım, toplu cinayet gibi olayların aynı zamanda insan hakları kapsamında değerlendirilmesinden dolayı gerek olay yeri aşamasında, gerekse laboratuvar incelemeleri esnasında mutlaka Minessota Protokolü'nün işletilmesi gerekmektedir.

Olay yeri araştırması

DVI soruşturmasına başlarken en önemli aşama olay yeri incelemesidir. Olay yeri bir kere bozulduktan sonra bir daha geri dönüşü söz konusu olmayacaktır. Bu nedenle olay yeri mümkün olduğu kadar titiz ve bilimsel yöntemlerle incelenmeli, tüm deliller dikkatle toplanmalıdır. Gömünün tespit edilmesi ve çıkarılması esnasında adli antropolog ve arkeologlar koordineli bir şekilde çalışma yürütmelidirler. Konusunda uzman olmayan ve eğitimsiz kişilerce yapılacak kazı işlemleri kalıntılar üzerinde telafi edilemeyecek hasarlara neden olabilmekte, bu da kimi zaman araştırmacıları yanıltıcı sonuçlara götürebilmektedir.

Gömu alanı kimi zaman tesadüfi yöntemlerle, kimi zaman tanık ya da sanıkların yer göstermesiyle, kimi zamansa farklı metotlarla tespit edilmektedir. Bu metotlar arasında en pratik ve efektif olanı yüzey yapısında meydana gelen değişikliği tespit etmektir. Bitki örtüsünün değişimi, topraktaki sıkışma ve renk durumundaki farklılaşma gibi çevre şartlarının fiziksel değişimlerinin gözlemlenmesi mezar yerinin tespit edilmesine olanak sağlamaktadır (4). Bunun yanı sıra, özellikle daha yeni cesetler söz konusu olduğunda metal detektörü, metan gazı detektörü, kızılötesine duyarlı termal kameralar veya ceset köpekleriyle gömu alanı tespit edilebilmektedir.

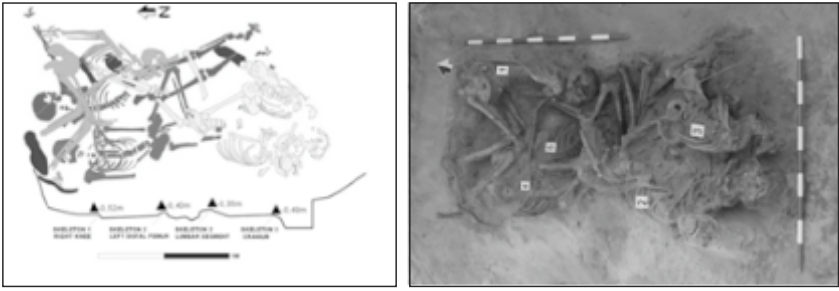
Gömu alanı tespit edildikten sonra gömüler sınıflandırılmalıdır. Bu sınıflandırmalar farklı kriterlere dayanmaktadır. Birincil ve ikincil gömüler cesedin gömüldüğü yer ve zaman ile ilgilidir. Eğer ceset ilk gömüldüğü yerde bulunmuşsa bu birincil gömüdür ve bu tip gömülerde ceset gömüldüğü andaki vücut pozisyonunu koruyacak şekilde toprak altındadır. İkincil gömüde ise yer değiştirme söz konusudur. Bu değişiklik özellikle çürümenin çok ilerlediği durumlarda yapıldığında cesedin ilk gömüdeki pozisyonu bozulacak ve ilk gömüde anatomik doğrultuyu koruyan kemikler ikinci gömü sırasında karışık hale gelecektir (5; 6).

Tekil ve çoklu mezarlar gömu alanındaki kişi sayısı ile ilgilidir. Tek bir kişinin bulunduğu mezarlar tekil mezarlardır ve burada tecrit edilmiş mezar söz konusudur. İki veya daha fazla kişinin gömülü olduğu mezarlar ise çoklu mezarlardır. Cesetler bir düzen içerisinde olabildiği gibi mezara gelişigüzel olarak da konulmuş olabilir, bu gömu amacıyla da ilintili bir durumdur. Yine aynı mezara birden fazla kere gömünün yapılması da görülebilmektedir. Bu tür mezarlar bitişik mezar statüsündedir ve mezar duvarları birbirleriyle ilişkili olduğu için farklı kazı tekniklerini gerektirmektedir (5-7).

Olay yeri çalışmasına başlarken ilk yapılması gereken olay yeri güvenliğini sağlamaktır. Burada öncelikle kalıntıların güvenli bir şekilde çıkarılmasını hedeflemektedir. Çünkü

olay yerinde kurban yakınları ve aileleri ile meraklı bir kalabalık mutlaka bulunacaktır ve kazı esnasında bu kalabalığın olay yerine müdahalesi, alanda ve kalıntılarda geri dönüşsüz hasarlar bırakabilir. Bu güvenlik aynı zamanda çalışan ekip için de önemlidir. Kara mayını ya da diğer patlayıcıların bulunması, çeşitli bölgelerdeki askeri ve politik tansiyonun yüksek olması gibi sebeplerden dolayı bazı bölgelerde çalışmak gerçekten büyük risk barındırmaktadır (8).

Güvenlik sağlandıktan sonra olay yeri için bir nirengi noktası belirlenir ve sonrasındaki tüm işlemler bu nokta referans alınarak yapılır. Öncelikle olay yeri hem kroki üzerinde çizim yapılarak, hem de fotoğraf ve video ile kayıt altına alınmalıdır. Bu kazının her aşamasında yapılır, böylelikle olay yerinde meydana gelen değişiklikler de kaydedilmiş olur. Yapılacak detaylı çizimler ve fotoğraflar cesetlerin sayısı ve pozisyonu hakkında da bilgi verir (Şekil 1). Kayıtlarda kazıya başlama ve bitiş tarih ve saatleri, sorumlusundan işçisine kazı çalışmasına katılan her kişinin ismi mutlaka yer almalıdır. Ardından yüzey durumu ve olayın özelliğine göre uygun arkeolojik kazı tekniği kullanılarak kazı işlemi başlar ve iskelet kalıntılarıyla birlikte diğer deliller de toplanır (9).



Şekil 1: Arkeolojik çizim ve fotoğraflama tekniği (10).

Kazı işlemi sırasında her bir iskeletin sınırı belirlenerek kazı yapılır ve belli bir mesafede kalıntının sadece toprakla temas eder şekilde bırakılır (Şekil 2). Bu şekilde kişi sayısını tespit etmek ve iskeletin pozisyonunu belirlemek mümkün olmaktadır. Ayrıca kazı işlemi sırasında hem küçük kemiklerin hem de delillerin kaybolmaması açısından önceden belirlenmiş derinliklerde yapılacak toprak eleme işlemi çok önemlidir.

Kalıntıların aranması ve çıkarılması esnasında, özellikle de kalıntılara ulaşıldıktan sonra, yumuşak fırça, dişçi aletleri gibi hassas aletler kullanılması gerekmektedir. Bu, kemiklerin hasara uğramaması için çok önemlidir. Kemiklerin korunmasının yanı sıra, bu hassasiyet mağdur/kurban yakınları için de gösterilmelidir. Güvenlik önlemi ne kadar yoğun olursa olsun kazı işlemi sırasında çevrede kurban yakınları mutlaka olacaktır. Mezarlara özellikle iş makineleriyle yapılan müdahaleler ve çoğunlukla bu işlem sonucu mezarların dağıtılması, aynı zamanda kurban yakınları için travmatik sonuçlar doğurmaktadır.

İskelet parçaları kadar kıyafet ve diğer materyallerin de toplanması çok önemlidir. Bulunan kalıntılar ilk pozisyonunda mutlaka görüntülenmeli, kıyafet ya da diğer materyaller de kemikler kadar özenli çıkarılmalıdır. Toplama işlemi sırasında her kemik hareket

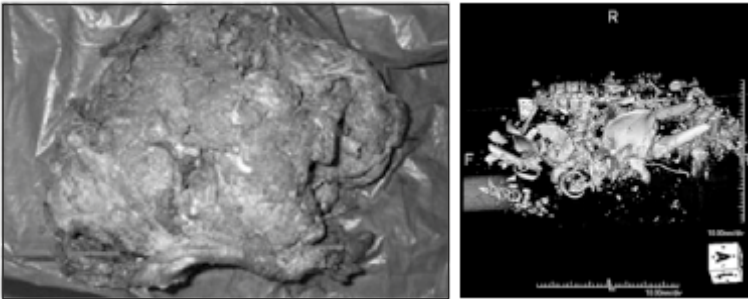


Şekil 2: Arkeolojik kazı sistemine göre çoklu mezar açma yöntemi

ettirilme yönüne göre çıkarılmalıdır. Böylelikle iskeletin dağılmasının ve küçük kemik parçalarının kaybolması mümkün olduğu kadar önlenmiş olur. Kalıntıların çıkarılması kadar taşınması da standartlara uygun bir şekilde yapılmalıdır. Taşınma işleminden sonra laboratuvar aşamasına geçilmektedir.

İnsan kalıntıları laboratuvara ulaştığında ilk yapılması gereken torbalar açılmadan gelen tüm materyali radyolojik incelemeye tabi tutmaktır. Bu yaş tespitinin yanı sıra vücut içerisindeki veya çevresindeki metalik imajları tespit etmek açısından da önemlidir. Tüm vücudun yanı sıra kişiler arasında farklılık gösteren sinüs grafileri alınmalı, aynı zamanda dişlerin apikal ve panoramik görüntüsü de çekilmelidir.

Bunun yanı sıra 3D MR gibi inceleme yöntemleri özellikle ceset bütünlüğünün ileri derecede bozulduğu durumlarda iskelet yapısını ortaya koyması ve kimlik tespiti bakımından önem kazanmaktadır (Şekil 3). Özellikle de yanmış cesetlerde dokuların ayrılması açısından kritik bir öneme sahiptir. Görüntüleme yöntemleri iskelet sistemini ortaya koymasının yanı sıra doku içinde kalan metal eşyaların tespit edilmesinde de kullanılmaktadır.



Şekil 3: Felaket bölgesinde bulunan tanımlanamayan insan kalıntısı ve kalıntıların multiplanar rekonstrüksiyonu (11).

Osteolojik inceleme

Radyolojik inceleme aşamasının ardından osteolojik incelemeye geçilmektedir. Osteolojik inceleme başlarken temel sorulardan hareket edilmektedir.

1. Kemikler insana mı, yoksa hayvana mı ait?
2. İnsana aitse kaç kişi bulunmaktadır?
3. Kişilerin biyolojik profili (yaş, cinsiyet, boy, ırk) nasıldır?
4. Ne zaman ölmüştür?
5. Nasıl ölmüştür?

İlk yapılması gereken kemiklerin mahiyetini belirlemektir. Bunun için genellikle makroskopik yöntemler kullanılmaktadır. Ancak ayı pençesi gibi bazı kemikler ya da kedi, köpek yavrularının kemikleri insan kemiği ile karıştırılabilir. Morfolojik bir ayırma gidilemediği noktada kemiklerin medular indeksi veya mm kareye düşen osteon miktarının hesaplanması gibi metotlarla insan-hayvan ayırımı yapılabilmektedir.

Kemiklerin insana ait ayrımının yapılmasından sonra kişi sayısını tespit etmek gerekmektedir. Kurallarına uygun, arkeolojik sisteme bağlı kalınarak yapılan kazılarda bu aşama daha kolay geçilmektedir. Zira kemikler olay yerinden mümkün olduğu kadar ayrılarak toplanır ve böylelikle osteolojik analiz sırasında da ayrı ayrı anatomik pozisyonda dizilerek inceleme yapılabilmektedir. Ancak profesyonel olmayan ekipler tarafından, uygun olmayan yöntemlerle ve aletlerle yapılan kazı işlemi sırasında çıkarılan kemikler büyük oranda birbiriyle karışmaktadır. Bu gibi durumlarda kemikler vücuttaki anatomik bölgelerine göre dizilmekte, en fazla bulunan kemik üzerinden kişi sayısı tespit edilebilmektedir. Bu ayırım sonrasında aynı uzuvların morfolojik özelliklerinde farklılık varsa, örneğin yaş ayırımı yapılabiliyorsa veya yıpranma durumuna göre değişiklik gösteriyorsa, bu farklı parçalar bir araya getirilerek kişi ayırımı yapılmaya çalışılır. Hemen ardından bulunan her kemik diyagram üzerinde not edilmeli, dişler detaylı olarak belirtilmelidir. Yine diyagram üzerinde travmalar detaylı olarak işaretlenmeli ve tarif edilmelidir.

Kişi sayısının tespit edilmesi ve cesetlerin mümkün olduğu ölçüde anatomik pozisyonda dizilmesinin ardından biyolojik profil oluşturulmaya çalışılır. Öncelikle kalıntıların yaş tahmini yapılır. Erken dönem ve geç dönem için yapılacak yaş tahminlerinde farklı metotlar uygulanmaktadır. Prenatal ve postnatal dönem için dişlerin yanı sıra antropometrik ölçümler yaş tahmini konusunda önemlidir. Vücudun farklı bölgelerinden alınacak ölçüler yaş skalaları kullanılarak ya da regresyon formülleri uygulanarak bu dönem için yaş tahmini yapılır. Klavikular boy, skapular boy ve genişlik ile uzun kemik boyları bu yöntemde en sık kullanılan ölçülerdir. Yine ilerleyen dönemlerde dental erapsiyon incelemesi yaş tahmini konusunda en başarılı yöntemdir. Bunun yanı sıra ossifikasyon merkezleri ve epifiz kapanmaları üzerine yapılan çalışmalar da yaş tahmini konusunda başarılı sonuçlar vermektedir. İskelet kalıntıları söz konusu olduğunda uzun kemikler, koks, klavikula ve skapula epifiz kapanmalarının incelendiği başlıca

kemiklerdir ve kapanmanın derecesine göre yaş tahmininde bulunulur.. Tüm bu yöntemler bir arada kullanıldığında çok daha başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Erişkin dönem yaş tahmini ise erken döneme göre daha zordur. Bunun için genellikle dental yıpranma ile iskelet üzerindeki dejenarasyonlar incelenmektedir. Pubis simfiz yüzeyleri, ilium aurikular yüzey ve 4. kostanın sternal ucu en çok çalışılan ve sonuç alınan alanlardır. Bunlar dışında osteofit gelişimi, sternum kaynaşması, klavikula sternal eklem yüzey yapısı ve tiroid kartilajın kemikleşme oranı da incelenen ve kullanılan diğer alanlardandır.

Cinsiyet tayini söz konusu olduğunda temel olarak kafatası ve pelvis kemikleri kullanılır. Kafatasının genel morfolojisinin yanı sıra protuberantia occipitalis externa, glabella, mastoidler, zygomatikler, orbit kemerleri ve çukurları her iki cinsiyet arasında belirgin farklılık göstermektedir. Yine pelviste ventral ark, subpubik konkavite, siyatik çentik ve iskiopubik ramus yüksek cinsi dimorfizme sahiptir. Bu makroskobik ayrımların yanı sıra femur başı ve humerus başı vertikal çaplarının ölçümleri cinsiyet tayininde aktif olarak kullanılan yöntemlerdir. Ayrıca cotylo-sciatic index, acetabulum-ilium indeksi gibi hesaplamalar ya da farklı vücut bölgelerinden alınan ölçümler üzerinden geliştirilen discriminant fonksiyon analizi ile cinsiyet tayini yapılabilmektedir.

Biyolojik profilin bir diğer aşaması da boy tahminidir. Bunun için temel olarak iki yöntem vardır: Matematiksel ve anatomik yöntem. Matematiksel metotlar daha pratik olması açısından boy tahmininde öncelikle tercih edilen bir yöntemdir ve kemik boylarından kişinin gerçek boyunu tahmin etmeye dayanmaktadır. Bunun için en kullanışlı kemikler alt ve üst ekstremitelere ait uzun kemik boylarıdır. Konuyla ilgili çeşitli popülasyonlar üzerinde yapılmış ve genellikle regresyon analizine dayalı farklı metotlar bulunmaktadır. Ancak bugün en yaygın olarak kullanılan metot Trotter&Glessner eşitlikleridir. Bu eşitliklerde her kemiğin boyu popülasyon analizleri neticesinde belirlenmiş katsayı ile çarpıldıktan sonra formüldeki ortalama boy ile toplanarak tahmini boya ulaşılmaya çalışılmaktadır. Tek kemik üzerinden yapıldığı gibi, farklı kemik kombinasyonları ile yapılan tahminlerin hata payı daha düşüktür. Hasarlı ve doku kaybı olan kemiklerde ise çoğunlukla Steele eşitlikleri kullanılmaktadır. Kemik üzerinde farklı segmentlerden alınan ölçülerle öncelikle kemiğin kendi boyu, sonrasında ise kişinin boyu hesaplanmaktadır. Anatomik yöntemde ise temel olarak Fully metodu kullanılmaktadır. Kranyal yükseklik, vertebral yükseklik, bikondiler femoral uzunluk, maksimum tibia uzunluğu, kalkaneus ve talus yüksekliğinin ölçülüp tam boyun çıkarılmasına dayalı yöntem, tüm iskeletin varlığını gerektirdiği için genellikle pratik değildir. Her iki yöntemde de kişilerin yaşlanmayla birlikte görülen kemik uzunluğundaki kayıpları ve yumuşak doku faktörünü de hesaplamak gerekmektedir.

Biyolojik profilin son aşaması olarak da soy tahmini yapılmaktadır. Yine morfolojik değişiklikler ve antropometrik ölçümler üzerine yapılan çalışmalar sonucu kişiler temel olarak, beyaz, sarı ve siyah olarak kategorize edilebilmektedir. Yine alt soy gruplarının farklılıkları üzerine yapılan çalışmalar da mevcuttur. Türkiye genelinde

değerlendirildiğinde, ülke vatandaşlarının çok büyük bir çoğunluğunun beyaz olması sebebiyle soy tahmini efektif olarak yapılmamaktadır. Ancak diğer taraftan Türkiye'nin mültecilerin göç yolu olduğu ve farklı bölgelerden çok sayıda kişinin bu yolu kullandığı dikkate alındığında ise önemsenmesi gereken bir aşama olduğu düşünülmektedir.

Biyolojik profilin oluşturulmasının yanı sıra iyileşmiş travmalar, skolyoz gibi iskelet anomalileri, bazı patolojik sorunlar, tüberküloz, brusella, sifiliz gibi hastalıkların iskelet üzerinde bıraktığı sekeller, diş problemleri, kişinin hangi elini kullandığı, mesleğe bağlı deformasyonlar gibi iskelet üzerindeki özel karakterlerin incelenmesi de kimliklendirmeyi destekleyici unsurlardır. Bunların yanı sıra ortopedik cihazlar, kalp pili, vasküler ve kozmetik greftler, yapay kalp kapakçığı gibi medikal aparatlarla ilgili olarak tutulmuş olan medikal kayıtlar da kişinin kimliklendirilmesinde önemli veriler sunmaktadır. Yine kişinin kıyafetleri, gözlük, yüzük, kolye gibi özel eşyaları da özellikle tanık ifadeleriyle birlikte kimlik tespitinde kullanılan en önemli materyallerdir (12; 13).

DVI çalışmalarında temel amaç olan pozitif identifikasyonun sağlanmasının yanında kişinin ölüm sebebi ve ölüm zamanının da tespit edilmesi söz konusudur. Ölüm sebebi için öncelikli olarak kalıntılar üzerinde osteolojik inceleme yapılarak tespit edilen lezyonların antemortem-perimortem ve postmortem ayrımı yapılmaktadır. Yapılan travma analiziyle antemortem ve/veya perimortem lezyonlardan hangisinin ölüme sebebiyet verdiğini tespit etmek gerekmektedir.

Ölüm zamanı tespiti önemli ve zor bir aşamadır. Çünkü havanın ısısı, mevsimsel özellikler (14; 15), nemli ya da kurak oluşu (16), bölgenin yağış oranları, yüksek veya düşük rakımda olması, cesedin yüzeyde ya da gömülü olması, akan suyun ya da durgun suyun içinde bulunması, açıkta bırakıldıysa doğrudan güneş altında ya da ormanlık alanda bulunması, gömüldüyse yüzeyden ne kadar derinliğe gömüldüğü, gömülü olduğu toprağın pH'ı, asidik veya ıslak toprak olup olmadığı (17), yeraltı sularındaki iyon miktarı, bitki örtüsü, çevredeki kemirgen ve etobur hayvan müdahalesi, böceklerin aktivitesi, cesedin pozisyonu, üzerinde kıyafetlerinin olup olmaması ya da herhangi bir şeyin içine konulup konulmaması, tahnit bulunup bulunmaması, beden ölçüsü ve ağırlığı, sağlık durumu gibi çok sayıda faktör dekompozisyonun gelişmesi ve derecesi konusunda etkili olur (18-20). Tüm bu faktörler dikkate alınarak kemik renk ve dokusundaki değişimler, medulla boşalması, ağırlık ve yoğunluk kaybı gibi morfolojik kriterlerin tanık ifadeleri ve olaya dair diğer belgelerle birlikte değerlendirilmesi ölüm zamanının tespiti konusunda yardımcı olmaktadır.

Diğer materyallerin incelenmesi

Kıyafetler ve özel eşyaların incelenmesi de DVI çalışmasında büyük önem taşımaktadır. Kıyafetlerin olay yerinden toplanması ve sonrasında incelenmesi büyük bir titizlikle yapılmalı, her şey kayıt altına alınmalıdır. Ölüm sebebi tespitinde kıyafetler ve kişisel eşyalar bize bilgi vermektedir. Pek çok vakada kemikler üzerinden fiziksel iz bulmak

mümkün olmamaktadır. Bir çatışma sırasında ölmüş kişilerde ateşli silah mermi çekirdeği yaralanmasına bağlı lezyonlar ya da Ruanda örneğinde olduğu gibi palalarla öldürülen bir kimsede kesici alet yarasına dair lezyonları görmek mümkündür. Ancak özellikle işkence söz konusu olduğunda genellikle kemik üzerinde iz bulmak mümkün olmamaktadır. Aynı şekilde mültecilerin teknelerinin batması sonucu, suda boğulma gibi sebeplerle ölen ve daha sonra kıyıya vuran cesetler incelendiğinde kemikler üzerinde herhangi bir lezyona rastlanmayabilmektedir. Bu durumda kıyafetler ve cesedin yanında ve çevresindeki eşyalar üzerindeki defektlerin incelenmesi de kritik önem taşımaktadır (3). Yine cesede ait kıyafetlerin marka ve modeli dönem hakkında bilgi verici olabilir. Aynı şekilde ceset üzerinden veya çevresinden çıkan bozuk ya da kağıt para gibi çeşitli objeler de ölüm zamanı konusunda fikir verici delillerdir. Bununla birlikte özellikle kıyafetlerin beden ölçüleri, yüzük ölçüsü ya da ceset üzerinde bulunan gözlüğün numarası, kimlik tespitinde yardımcı olacak materyallerdir. Bu nedenle kemiklerin çıkarılmasında gösterilecek özenin diğer malzemelerin çıkarılmasında da aynı şekilde gösterilmesi gerekmektedir.

Tüm bu aşamaların ardından kesin kimlik tespiti için en belirleyici metot moleküler genetik incelemedir. Biyolojik profilin çıkarılması ardından alınan kemik ve diş numuneleri DNA profili elde etmek için kullanılmaktadır. İşlem sonucunda profile uygun aile yakınlarından alınacak biyolojik örneklerden yapılacak DNA karşılaştırması sonucunda kesin kimlik tespiti yapılmış olur. Karşılaştırma yapılacak bireylerin bulunmaması durumunda ise kafatası üzerinden yapılacak 3D fasyal rekonstrüksiyon ile kişinin olası fiziki görünümü belirlenebilmektedir. Elde karşılaştırma yapılacak fotoğraflar olması durumunda ise superimpozisyon tekniği ile kişinin fiziksel görünümü tespit edilmeye ve böylelikle yakınlarına ulaşılmaya çalışılmaktadır.

Kaynaklar

1. Tuğ A, Yaşar F. Felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi çalışmalarında diş hekimlerinin ve diş incelemelerinin önemi. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi 2006;30(4):77-82.
2. Interpol. Interpol Disaster Victim Identification Guide, 2014.
3. Ferllini R. The role of forensic anthropology in human rights issues. In: Fairgrieve SI, editor. Forensic Osteological Analysis: A Book of Case Studies. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 2010. p 287-302.
4. Krogman WM, İşcan MY. The Human Skeleton In Forensic Medicine. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1986.
5. Roksandic M. Position of skeletal remains as a key to understanding mortuary behavior. In: Haglund WD, Sorg MH, editors. Advances in Forensic Taphonomy: Method, Theory and Archaeological Perspective. Boca Raton, FL: CRC Press, Inc., 2002. p 99-117.
6. Dupras TL, Schultz JJ, Wheeler SM, Williams LJ. Forensic Recovery of Humans Remains. Boca Raton, Florida: Taylor & Francis Group, 2006.
7. Wright R, Hanson I, Sterenberg J. The archaeology of mass graves. In: Hunter J, Cox M, editors. Forensic Archaeology: Advances in Theory and Practice. London: Routledge, 2005. p 137-58.

8. Blau S, Skinner M. The Use of Forensic Archaeology in the Investigation of Human Rights Abuse: Unearthing the Past in East Timor. *The International Journal of Human Rights* 2005;9(4):449-63.
9. Steyn M, Nienaber WC, İşcan MY. Excavation/Retrieval of Forensic Remains. In: Siegel J, Saukko P, Knupfer G, editors. *Encyclopedia of Forensic Sciences*. London: Academic Press, 2000. p 235-42.
10. Ríos L, García-Rubio A., Martínez B, Alonso A, Puente J. Identification process in mass graves from the Spanish Civil War II. *Forensic Sci Int*. 2012;219(1-3):e4-9.
11. Blau S, Robertson S, Johnstone M. Disaster victim identification: New applications for postmortem computed tomography. *J Forensic Sci*. 2008;53(4):956-61.
12. Ortner DJ, Putschar WGJ. *Identification of Pathological Conditions in Human Skeletal Remains*. Washington: Smithsonian Institution Press, 1981.
13. Cunha E, Pinheiro J. Bone pathology and antemortem trauma. In: Siegel JA, Saukko PJ, editors. *Encyclopedia of Forensic Sciences (Second Edition)*. Philadelphia, PA: Elsevier, 2013. p 76-82.
14. Micozzi MS. Experimental study of postmortem change under field conditions: Effects of freezing, thawing, and mechanical injury. *J Forensic Sci*. 1986;31(3):953-61.
15. Komar DA. Decay rates in a cold climate region: A review of cases involving advanced decomposition from the Medical Examiner's Office in Edmonton, Alberta. *J Forensic Sci*. 1998;43(1):57-61.
16. Galloway A, Birkby WH, Kahana T, Fulginiti L. Physical Anthropology and the Law: Legal. *Yearbook of Physical Anthropology* 1990;33:39-57.
17. Vass AA, Bass WM, Wolt JD, Foss JE, Ammons JT. Time since death determinations of human cadavers using soil solution. *J Forensic Sci*. 1992;37(5):1236-53.
18. Rodríguez-Martín C, Bass WM. Decomposition of Buried Bodies and Methods That May Aid in Their Location. *J Forensic Sci*. 1985;30(3):836-52.
19. Mann RW, Bass WM, Meadows L. Time since death and decomposition of the human body: Variables and observations in case and experimental field studies. *J Forensic Sci*. 1990;35(1):103-11.
20. Pickering R, Bachman D. Determination of time since death. In: *The Use of Forensic Anthropology*. Boca Raton: CRC Press, Inc., 2009. p 113-9.

KİTLESEL ÖLÜM OLGULARINDA DIŞLERDEN KİMLİK TESPİTİ

Dr. PhD. Hüseyin Afşin

Adli Tıp Kurumu Morg İ.D.

Kayıp bireyin dental kayıtlarının, modellerinin ve radyograflerinin (x-ray), tanımlanamayan insan kalıntılarında bulunan dental bulgularla karşılaştırılması pozitif bilimsel kimliklendirmenin en güvenilir yöntemlerinden biri olarak uzun zamandan beri kabul edile gelmiştir. Bir kişinin dişsel özellikleri yaşam boyunca sıklıkla değişmekle birlikte (kaviterler, dolgular, çekimler vb.), ölümden sonraki değişiklikler çok yavaştır. Hatta ölümdaki dental durum bazı olgularda görüldüğü üzere, ölümden bir yüzyıl sonrasına kadar bile muhafaza olabilmektedir.

Bir bireyin dişsel durumunda bir değişim olması durumunda, bu değişiklik hep tek yönlü olur. Bu, Lorton ve Langley'in tarafından şu şekilde tanımlanmıştır: “Dişlerde yaşanan değişimler sabittir; bir dişte dolgu yapılmışsa, o diş dolgusuz bir hale gelemez. Ancak dolgusuz bir diş dolguluğa dönüşebilir.” Benzer şekilde, bir diş çekilir veya herhangi bir şekilde eksilirse, asla doğal olarak eksildiği bölgedeki mevcut yerine gelemez. Bu tek yönlü değişiklik doğrulama sürecinde anlamlıdır ve herhangi bir karşılaştırma/araştırma sürecinde göz önünde bulundurulmak zorundadır.

Konsültan adli diş hekimi, ölüm sonrası ve ölüm öncesi her iki dental kaydı, değerlendirecek ve karşılaştıracaktır. Bu her iki kaydın aynı bireye ait olup olmadığına veya olma ihtimalinin oranına karar verip belirlemek onun görevidir. Genel olarak çoğunun benzer teknikleri ve rutinleri kullanmasına karşın, bu karşılaştırmanın uygulanma yolu ile ilgili bazı farklı varyasyonlar olabilir. Bununla birlikte, pozitif bir eşleşme olabilmesi için, yazılı kayıtlardaki bütün uyumsuzluklar açıklanmalı ve ayırt edici özellikler gösterebilir somut maddi bulgular olmalıdırlar. (radyografler, alçı modeller, fotoğraflar, vb. gibi)

Adli Diş Hekimliği geçmiş yıllarda kitle kazalarında ve rutin olgularda doğru kimliklendirme çalışmaları yapılmıştır. Ancak bazı yanlış kimliklendirme olguları da görülmüştür. Bu yazının amacı diğer metotları geçersiz kılmak değil, araştırmacıların büyük çoğunluğunun uyguladığı metodları tarif etmek ve daha büyük bir doğruluğun konseptini sağlamaktır.

İNSAN KİMLİKLENDİRMESİNİN TEMEL ESASLARI

Kimliklendirmenin Önemi

Zamanında Kimliklendirmenin Önemi

Bilinmeyen insan kalıntılarına ilişkin zamanında kimliklendirme ne kadar önemlidir? Bir ölümü içeren olgularda, önce maktulün gerçek kimliği ortaya konulmadan çok az ilerleme

sağlanacaktır. Hukuk uygulamasında “cesedi kimliklendiremezsen olguyu çözemezsin” iyi bilinen bir aksiyomdur. Ancak doğru ve hızlı kimliklendirme için daha da fazla zorunlu, insani bir neden bulunmaktadır. Sağkalan aile ve sevenleri, kendi iyilikleri için bilme gereksinimi duymaktadır. Sevdiği birini kaybeden herkes, kederli bir süreç geçirir. Bu sürecin bölünmesi veya herhangi bir şekilde doğal yolla ilerlemesine izin verilmemesi durumunda, bu kişi kendi fiziksel ve duygusal sağlığı bakımından risk altına girer.

Bu nedenle, kayıp kişilerin aileleri ve arkadaşları, kendi sevdikleri kişi ölmüş bile olsa en kısa zamanda bilgilendirilmek gereksinimi duyarlar hatta sıklıkla arzu ederler. “hiç haber olmaması iyi haberdır” şeklindeki eski atasözü bu olgulara bütünü ile uygulanmaz. Aileler, en kısa zamanda bilme gereksinimi duyarlar ve aynı zamanda ne olduğunu bulmak üzere şu ya da bu şekilde tüm yapılanları bilme gereksinimi hissederler.

Bilimsel Kimliklendirme

Güncel olarak, maktulün insan kalıntılarını belirlemeye yönelik dört genel yöntem bulunmaktadır. Bunlar, vizüel tanıma, parmak izi karşılaştırması, DNA analizi ve medikal/diş karşılaştırmasıdır. Açıkça, vizüel tanıma, bilimsel bir yöntem değildir. Ancak diğerleri onları bilimsel yapan hangi ortak özelliğe sahiptir?

Hepsi, maddenin aslına ait materyal kanıtının direk karşılaştırmasını içerir. Alınan parmak izi kayıtları veya ölümden önce bırakılan latent izler, bir cesetten alınanlarla karşılaştırılabilir; ölümden önce kullanılabilir durumda olan DNA kanıtı, postmortem dokulardan elde edilenlerle karşılaştırılabilir ve vizüel ve/veya radyografiler (x-ray) yoluyla keşfedilen dental ve medikal karakteristikler antemortem kayıtlar ve filmlerle karşılaştırılabilir. Pozitif bir kimliklendirme ortaya koymak üzere, antemortem ve postmortem kanıta ilişkin bir karşılaştırma olmak zorundadır. İstisnasız olarak hepsi de antemortem materyalin varlığına bağımlı olmak koşuluyla, her yöntem kendi avantajlarına ve yetersizliklerine sahiptir. Adli uzmanlar tarafından çıkartılan sonuçlar, yalnızca çalışmak zorunda oldukları kanıt kadar iyidir. Bir olgudan daha fazlasını içeren durumlarda hileli kanıt sunuşu veya sunma girişimi görülmektedir. Dikkatli bir araştırmacı, antemortem kanıtın doğruluğunu sorgulayacak ve geçerliliğini garanti etmek üzere mümkün olan her şeyi yapacaktır. Aynı anlayışla, postmortem kanıtı belgelemek ve bu materyalin delil zincirini korumak da eşit derecede önemlidir.

Koşullar elverdiği sürece, parmak izleri, genellikle en iyi kimliklendirme formu olarak kabul edilmektedir. Maktulün kullanılabilir parmak izlerine sahip olması ve bunların bir yerde kaydedilmiş olması durumunda, karşılaştırma tek başına pozitif kimliklendirme ortaya koyabilir. Maalesef, önceki zamanlara göre bugün daha az sayıda insanın alınmış parmak izi kaydına sahip olduğu ve saklandığı da bir gerçektir. Ve kadınların alınmış parmak izi kaydına sahip olmuş olmaları tarihsel olarak daha az olası olmuştur. Ek olarak, bir kişinin parmak izleri yaşamı boyunca sabit olmasına karşın ölümden hemen sonra ceset çürüdükçe hemen bozulmaya başlayacaktır.

DNA analizi, kimliklendirme işleminde değerli bir gereç olduğunu hızla kanıtlamıştır. Kriminal olgulardaki değerine ek olarak, babalık ve anneliği de içeren medeni hukuk ile ilgili işlemleri kökten değiştirmiştir. Bununla birlikte, diğerleri ile birlikte bu tekniği kullanan pozitif bir kimliklendirme, bu kişiden bazı kanıtlanmış antemortem genetik materyalin elde mevcut bulunmasını gerektirmektedir. Akraba, ebeveyn, kardeşler vb.'ne ilişkin karşılaştırmalar sonuçsuz olmayabilir. Bunlar, yalnızca akrabalık bağlarını kanıtlayabilir ancak pozitif kimliklendirmeyi kanıtlayamaz.

Dental Kimliklendirme

Kayıp bir kişinin diş kayıtlarının, modellerinin ve radyografilerinin (x-ray) bilinmeyen insan kalıntılarından elde edilen diş kanıtı ile karşılaştırılması, uzun zamandan beri pozitif bilimsel kimlik saptanmasının en güvenilir araçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bir kişinin dental karakteristikleri yaşam boyunca sıklıkla değişmekle birlikte (kavite, dolgular, çekimler vb.), ölümden sonraki değişiklikler çok yavaştır. Hatta ölümden dental durumun bazı durumlarda yüzyıllarca sürdüğü gösterilmiştir.

Bir kişinin dental durumunda bir değişim olması durumunda, bu değişiklik tek yöndedir. Bu, Lorton ve Langley tarafından aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır: “Bir dişin durumuna ilişkin değişikliğin yönü sabittir; yani bir yüzeyi üzerinde bir dolguya sahip olmayan bir diş daha sonra bu yüzey üzerinde hiçbir dolgunun olmadığı bir duruma doğru ilerleyemez. Bu, yalnızca bir yüzeyi üzerinde hiçbir dolguya sahip olmamadan bir dolgunun olduğu bir duruma doğru ilerleyebilir.”

Benzer şekilde, bir diş çekilir veya herhangi bir şekilde eksilirse, daha sonra bu bölgede mevcut hale gelemez. Bu tek yönlü değişiklik doğrulama sürecinde anlamlıdır ve herhangi bir karşılaştırma/araştırma sürecinde (aşağıda tanımlanmıştır) göz önünde bulundurulmak zorundadır.

Konsültan adli odontolog, iki dental kaydı, postmortem ve antemortem materyali, değerlendirecek ve karşılaştıracaktır. İki kaydın aynı kişiden yapıldığını veya yapıldığını yapılmamış olduğunu belirlemek onun görevidir. Çoğunun benzer teknikleri ve rutinleri kullanmasına karşın, bu karşılaştırmaların uygulanma yolu ile ilgili bazı varyasyonlar olabilir. Bununla birlikte, en sonunda, yazılı kayıtlardaki bütün tutarsızlıkların açıklanmak ve ayırt ettirici özelliklerin radyografiler, taş modeller, fotoğraflar, vb. gibi somut materyal kanıtı üzerinde gösterilebilir olmak zorunda olduğu bir pozitif eşleştirme olacaktır.

A. Muayene Prosedürleri

1. Vizüel olarak Tanımlanabilen Ceset

- Fotoğraflar
- Radyografiler
- Dental Şema
- Uygulanabilir olduğu sürece dental izler
- İntra-mandibüler Disseksiyon ile Rezeksiyon

2. Çürümüş/Yanmış Ceset

Fotoğraflar
Radyografiler
Dental Şema

Endikasyon olması durumunda Çene Örneklerinin Rezeksiyonu ve Korunması

3. İskelete Dönüştürülmüş Kalıntılar

Fotoğraflar
Radyografiler
Dental Şema

Endikasyon olması durumunda Çene Örneklerinin Korunması

B. Fotoğrafi

Dental kanıta ilişkin fotografik belgeleme, yazılı şemadan daha çok sıklıkla grafik şeklinde olan objektif veri sağlayabilir. Fotoğraflar (eşlik eden bir ölçekle birlikte), uygun temizlemeden önce ve sonra alınmalıdır. ABFO sağ açılı cetveli önerilir. Fotoğraflar, olgu numarası/ismi ve tarihle birlikte açıkça etiketlenmelidir. Konuyla ilgili bütün fotografik bilgi belgelenmelidir.

1. Önerilen Ekipman

Tek mercekli yansıtmalı dijital veya 35 mm kamera
Elektronik flaş (tercihen nokta flaş veya halka ışık sistemi)
Çene retraktörleri
İntraoral ön yüzey aynaları

2. Film

Renkli film (slayt ve/veya baskı formatı)
Gerekli olduğu sürece siyah ve beyaz film

3. Görüntüler

Tam yüz, dudaklar geri çekik şekilde
Ön dişlerin kapalı görüntüsü
Hafifçe açık pozisyonda ve kapalı halde iken dişlerin lateral görüntüleri
Kapalı görüntüler, üst ve alt dişler
Gerekli olduğu sürece özel görüntüler

C. Çene Rezeksiyonu

Dental yapılara tam ulaşmak için gerekli olabilen fasiyal disseksiyon ve/veya çene rezeksiyonu, yalnızca sorgu yargıcı/medikal muayeneyi gerçekleştiren kişinin onayı ile yapılır. Normal olarak, rezeksiyona yönelik kararları dikte ettiren koşullar aşağıdaki şekilde uygulanabilir:

1. Görüntülenebilir Cesetler

Katılık nedeniyle kısıtlı açılım, aşağıdakileri gerektirebilir:

Çiğneme kaslarının kondillerle birlikte veya kondiller olmadan intra oral insizyonu

Retromolar bölgelerde çeneler üzerine bilateral baskı ile katılığın kırılması

Katılık geçene kadar bekleme

Mandibüler rezeksiyon ile birlikte veya olmadan infra-mandibüler disseksiyon

Otopside larinks ve dilin çıkartılması, dişlerin vizüel muayenesini ve/veya intra oral filmlerin yerleştirilmesini kolaylaştırabilir. Yine, bu dokuların çıkartılması, yalnızca otopside sonradan ve patoloğun izniyle gerçekleştirilmelidir. Bu dokular, ya patoloğ tarafından alıkonulmalı veya yerine konmalıdır.

2. Çürümüş, Yanmış veya Parçalanmış Cesetler

Böyle olgulardaki çene rezeksiyonu, dental şemayı ve radyografik muayeneyi kolaylaştırır. Fajil çene yapısını ve çeneleri yerinde tutmak için özellikle yanmış başa ilişkin dikkatli muayene yapılması gerekir. Radyografların, kötü yanmış parçaların manipülasyonundan önce yapılması gerekir. Gerekli olduğu durumlarda, bu tür dokuların mekanik (veya kimyasal) sterilizasyonu yapılmalıdır.

3. İskelete Dönüştürülmüş Kalıntılar

Kafatası ve mandibulanın iskeletin geri kalan kısmından kolaylıkla ayrılması nedeniyle, maksillanın rezeksiyonu gerekli değildir.

4. Kanıtın Korunması

Aşağıdaki durumlarda çene rezeksiyonu endike olabilir:

Ek inceleme ve test için vücut parçaları özel izinle başka tesislere aktarılması gerektiğinde.

Bir cinayet kurbanının yakılması gerektiğinde.

Çene örneklerinin korunması için başka geçerli gerekçenin olması durumunda.

D. Disseksiyon/Rezeksiyon ile ilgili teknikler

Seçilmiş teknikler, aşağıda tanımlanmaktadır. Endikasyon bulunması durumunda, diğer yöntemler uygulanabilir.

1. Fasiyal Disseksiyon:

Oral birleşme noktalarından başlamak ve anterior ramusa arkadan uzanmak suretiyle gerçekleştirilen bilateral yüz insizyonu, daha iyi ulaşım için yumuşak dokuların yansıtılmasına izin verir.

İnfra-mandibüler yaklaşım - Bilateral insizyonlar, boynun üst ön kısmından kulakların arka ve alt noktalarına uzanacak şekilde gerçekleştirilir. Daha sonra, cilt ve altta kalan dokular, alt yüzün üzerine gelecek ve böylelikle mandibulayı açığa çıkaracak şekilde çevrilir.

2. Çene Rezeksiyonu:

Stryker Otopsi Testere Yöntemi:

Mandibulanın lateral tarafındaki yumuşak doku ve kas ekleri, muko-bukkal kıvrım yoluyla mandibulanın alt sınırına kadar uzanan insizyonlar yoluyla disseke edilir. Benzer şekilde, lingual ekler, ramının medial tarafındaki pterigoid ekleri ve lateral tarafındaki çene kaslarını içerecek şekilde insize edilir. Maksilla üzerinde, fasiyal ekler, yanağa ait çıkıntılar üzerinden ve anterior nazal çıkıntının üst kısmından gerçekleştirilecek şekilde yüksek seviyeli olarak insize edilir. Stryker çene kesileri, olası gömülü üçüncü molar dişleri engelleyecek şekilde rami üzerinden yüksek seviyeli olarak gerçekleştirilir. Alternatif olarak, mandibula, temporomandibüler eklemlerden disartikülasyon yoluyla da çıkartılabilir. Maksilla üzerindeki kemik kesileri, maksillar dişlerin uçlarını engelleyecek şekilde yanağa ait çıkıntılar üzerinden ve anterior nazal çıkıntının üst kısmından geçecek şekilde yüksek seviyeli olarak gerçekleştirilir. Maksillanın ayrılmasını tamamlamak üzere, yanağa ait çıkıntılara ve anterior nazal çıkıntının üzerindeki Stryker testere kesilerine yerleştirilen bir cerrahi tokmak ile keski kullanılır. Daha sonra yumuşak damak ve boğazda geriye kalan yumuşak dokular serbestçe disseke edilir.

Tokmak ve Keski Yöntemi:

Maksillaya ilişkin bir “Le Fort” Tip I fraktürü oluşturmak üzere, bir tokmak ve keski kullanılabilir. Keski darbeleri, bilateral olarak zigomatik kemerin altından ve maksillar sinüsün üzerinden geçecek şekilde gerçekleştirilir. Mandibüler ramiyi tokmak ve keski ile kırmanın neredeyse imkansız olması nedeniyle, bu tür olgularda, mandibula, temporomandibüler eklemden disartiküle edilebilir.

Budama Makası Yöntemi:

Çenelerin rezeksiyonu ile ilgili alternatif bir teknik, büyük budama makasını kullanmayı içerir. Yumuşak doku/kas disseksiyonları, sayfa 10'da tanımlandığı şekildedir. Budama makasının küçük ağız burun deliklerine yerleştirilir ve geriye maksillar sinüse doğru baskı uygulanır. Daha sonra bilateral olarak maksillar dişlerin uçlarının üzerinden geçen bir düzlem boyunca bir kesi yapılır. Mandibular kemik kesileri, budama makasının küçük ağız bilateral olarak koronoid çentiğin yakınına ramusun lingual tarafına yüksek bir şekilde yerleştirilmek suretiyle gerçekleştirilir.

E. Postmortem Dental Kayıt:

Çoğu morg standart otopsi ekipmanına sahip olmakla birlikte, adli odontolog, ağız aynaları, eksploratörler, kamera ekipmanı, anatomik dental şemalar, iz materyalleri vb. gibi kendi adli kitini birleştirerek bir araya getirmek isteyebilir. Postmortem dental muayeneler, anatomik dental şemaları, fotoğrafları, radyografileri, modelleri, teyp kayıtlarını ve/veya açıklayıcı tanımlamaları kullanabilir. Antemortem kayıtların yaygın olarak günler, haftalar veya hatta yıllar sonra bile ortaya çıkarılamaması nedeniyle,

toplanan veri kapsam açısından ayrıntılı olmalıdır. Dolayısıyla, postmortem dental kayıt, aşağıda verilen maddelerin tamamını veya çoğunu kapsayacaktır.

1. Temel Veri:

Olgu Numarası
Tarih/Zaman
Gerekçe/Yetki
Lokasyon
Varsa yasal sayılan kimlik

2. Ceset Tanımı, Genel

Yaklaşık Yaş
İrk
Seks
Durum

3. Çene Fragmanı(ları)nı Tanımı

F. Dental Muayene:

Amerika Birleşik Devletleri'nde güncel olarak evrensel diş numaralama sistemi kullanılmaktadır. Kayıt, herhangi eksik bir dental yapı veya çene fragmanı ile birlikte mevcut ve değerlendirmeye uygun yapıları da yansıtacaktır. Şema, aşağıdakileri mümkün olduğu kadar grafik şeklinde göstermelidir:

1. Tüm dişlere yönelik bütün dental restorasyonların (protezler dahil), çürüklerin, fraktürlerin, anomalilerin, abrazyonların, implantların, erozyonların veya diğer özelliklerin konfigürasyonu.
2. Bilinmesi durumunda, dental restorasyonlar ve protez gereçlerinde kullanılan materyaller.
3. Periodontal durumlar, diştaşı, leke.
4. Oklüzal ilişkiler, yanlış yerleşmiş dişler; uygunsuz, konjenital olarak eksik ve fazla olan dişler.
5. İntraoral fotoğraflar, dişlerin anatomik ayrıntılarını, restorasyonları, periodontiyumu, oklüzyonu, lezyonları vb'ni göstermek için kullanılmalıdır.

G. Açıklayıcı Tanımlama ve Terimlendirme

Anatomik dental şema, alışılmadık veya benzersiz durumlara özel vurgu ile birlikte postmortem bulgulara ilişkin açıklayıcı bir tanımlama ile desteklenmelidir. Standardize dental terimlendirme aşağıdaki gibi kullanılmalıdır:

1. Evrensel Numaralama Sistemi

Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılan diş numaralama ile ilgili sistem. Dişler, 1'den 32'ye kadar numaralandırılır. Üst sağ üçüncü molar #1, üst santral kesiciler #8 ve #9, üst sol üçüncü molar #16, alt sol üçüncü molar #17 ve alt sağ üçüncü molar #32.

Evrensel diş numaralama sistemi + dişin gerçek ismi (örneğin, diş #3, üst sağ birinci kalıcı molar) kullanılmalıdır.

2. Diş Yapısı Tipi ve Diş Yüzeyleri

Primer, Kalıcı ve Mikst Diş Yapısı Meziyal, Oklüzal, Distal, Fasiyal ve Lingual Yüzeyler

3. Protezler ve diğer Gereçler

-Kaplamalar: tam, 3/4 veya 7/8 oranında restorasyonlar.

-Protezler: Parsiyel, tam veya sabit. -Ortodontik bantlar, braketter, boşluk koruyucular ve sabitleyiciler. -Ağız koruyucular ve gece koruyucuları.

4. FDI Numaralama Sistemi

Diş hekimlerinin, FDI diş numaralama sistemini kullanmaları önerilir. Bu sistem, tüm gelişmiş dünyada kullanılmaktadır. Kadranlar, 1'den 4'e kadar numaralandırılır. Üst sağ kadran 1, üst sol kadran 2, alt sol kadran 3 ve alt sağ kadran 4'dür. Dişler, orta hattan arkaya doğru numaralandırılır. Santral kesiciler #1, kaninler #3 ve üçüncü molarlar #8'dir. Dişler, ilk sırada kadran ve ikinci sırada diş olacak şekilde iki rakamlı bir kodla gösterilir. Bu nedenle, üst sol birinci molar 26'dır.

H. Dental İzler

Isırık izleri, katlanma modellerinin veya diğer kanıtın prosedürü mazur göstermesi durumunda göz önünde bulundurulmalıdır.

1. Gereçler ve Ekipman:

Ağza uyacak şekilde modifiye edilebilecek plastik veya metal uygun tepsiler, Aljinat veya Amerikan Diş Birliği tarafından onaylanan diğer diş izi materyali. Tip III dental taş, dökme modeller için seçkin materyaldir. Paris Alçısı kullanılmamalıdır.

2. İzler ve Hazırlama Modelleri:

Konvansiyonel yolla, hem maksillar hem de mandibular olmak üzere, iki takım iz elde edilir. Modeller kesilip düzeltilmeli ve olgu numarası ile tarih kullanılarak uygun şekilde etiketlendirilmelidir.

I. Dental Radyoloji

Postmortem radyografiler, oral ve perioral yapılarla ilişkin vizüel muayene/şemayı grafiksel olarak tamamlar ve kimlik için gerekli olan anlamlı veri sağlayabilir (bakınız

bölüm III). Genel olarak, radyografiler, yasal sayılan hiçbir kimliğin olmadığı, henüz antemortem kayıtların yerinin belirlenemediği ve/veya çenelerin saklanamadığı olgularda gereklidir. Postmortem radyografiler, başlıca kimlik saptama yöntemi olarak düşünülmelidir.

Kapsamlı bir postmortem radyografik muayene, olgunun koşullarına bağlı olarak aşağıdaki görüşlerin hepsini veya bir kısmını içerebilir:

1. İntra oral Radyografiler

Anterior ve posterior dişlerin antemortem dönemde çekilenlerle kıyaslanabilir dijital veya somut dental film tablet kopyası ve periapikal radyografileri (“film tablet” görüntüleri kapalı dişlerle konvansiyonel tarzda alınmayı gerektirmez; tercihen, üst ve alt dişlerin ayrı görüntüleri için yatay bir film tablet açılması kullanan periapikal film kullanılabilir.).

2. Dental Parçalar, Ayrışık Dişler

Bütün dental parçalar, ayrışık dişler, kemik ve restorasyonlar için uygun radyografiler alınmalıdır. Bir periapikal filminden daha büyük nesneler için oklüzal veya lateral damak filmi kullanılabilir.

3. Dişsiz Alanlar

Dişsiz kemerlerin veya alanların periapikal radyografileri, özellikler gömülü veya önceden çekilmiş olabilen üçüncü molar dişler. Bu aynı dişlerin antemortem radyografilerinin kullanılabilir tek kanıt olabilmesi nedeniyle, postmortem dönemde kaybolan dişlerin oyuklarının periapikal radyografileri alınmalıdır.

4. Ekstra-oral Radyografiler

Ekstra oral radyografiler (örneğin, lateral çene, maksillar veya frontal sinüs ve panoramik radyografiler) sıklıkla yararlıdır.

5. Radyografilerin Yerleştirilmesi

Dijital radyografiler, ortam dışı alanda veya bulut depolama ortamında yedeklenmelidir. İkili paket şeklindeki intra oral film önerilir. Filmlerin bir takımı, olgu dosyası için adli odontolog tarafından saklanmalıdır. İkinci takım, ana dosya için yazılı bir rapora eklenebilir ve sorgu yargııcı/medikal muayeneyi gerçekleştiren kişiye gönderilebilir.

NOT: *Bütün çift kopya filmler, filmlere ilişkin sağ ve sol gösterimleri içermelidir.*

c. Antemortem ve Postmortem Kanıtın Karşılaştırılması

Bu bölüm, hem antemortem hem de postmortem dental kanıtta bulunabilen faktörlerle ilgilenir ve karşılaştırma amaçları için yararlı olabilir. Çoğu dental kimlik, kayıtlarda kolaylıkla belgelenebilen restorasyonlara, çürüklere, kayıp dişlere ve/veya protez gereçlerine dayanır.

Bununla birlikte, son yıllarda çürük insidansındaki azalmanın gelecekte diğer dental bulgular üzerinde daha fazla güven dikte ettireceğine dikkat edilmelidir. Yeterli kayıtlar göz önünde bulundurulduğunda, yaklaşık sonsuz sayıda objektif faktörün kimlik saptama değerine sahip olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle, özellikle kişiye özel objektif bulgular, uyum veya dışlama için bir temel oluşturmaktadır. Bununla birlikte, antemortem ve postmortem kanıt arasındaki açık çelişkiler (örneğin, kayıta yanlışlıklar, mevcut antemortem kayıdı takiben diş tedavisi) çözümlenmelidir. Aşağıdaki alt bölümler, diş, periodontiyum ve/veya çenelere ilişkin hem antemortem hem de postmortem dental kayıtlarda ortaya konulabilen objektif bulgular sağlar. Listelenen faktörler hiçbir şekilde kapsamlı olmamakla birlikte, bunlar bir kontrol listesi şeklinde hizmet görebilir ve zor kimliklendirme olgularında uygulanabilen bir dizi objektif bulgu ortaya koyabilir.

Kimliklendirmede Yararlı Dental Özellikler:

Dişler:

- Mevcut Dişler
- Patlayıp çıkmış dişler
- Patlayıp çıkmamış/gömülü dişler

Kayıp Dişler:

- Konjenital olarak kayıp dişler
- Antemortem dönemde kayıp olan dişler
- Perimortem/postmortem dönemde kayıp olan dişler

Diş Tipi:

- Kalıcı dişler
- Karışık diş yapısı
- Geride kalmış süt dişleri
- Artı dişler

Diş Pozisyonu

- Yanlış yerleşimler: fasiyal/lingual versiyon, rotasyonlar, supra/infra
- Pozisyonlar, aralık dişler, diğer oklüzal çelişkiler

Kron Morfolojisi

- Kronların şekli ve büyüklüğü
- Mine kalınlığı
- Değme noktalarının, mine-sement sınırının lokasyonu
- İrksal varyasyonlar: örneğin, kepçe şekilli kesiciler, Carabelli cusp vb.

Kron Patolojisi

- Çürükler

Aşınma/abrazyon/erozyon

Atipik varyasyonlar: örneğin cüce lateraller, füzyon/geminasyon, mine incileri, multipl tüberküller

Dens in dente

Diş taşıyan kist

Kök Morfolojisi

Büyüklik, şekil, sayı, dilasasyon, köklerin ayrılması

Kök Patolojisi

Kök kırığı

Hipersementoz

Eksternal kök rezorpsiyonu

Kök hemiseksiyonları

Diş Odacığı ve Kök Kanalı Morfolojisi

Büyüklik,

Şekil,

Sayı

Sekonder dentin

Diş Odacığı ve Kök Kanalı Patolojisi

Pulpa taşları, distrofik kalsifikasyonu

Kök kanal tedavisi: Örneğin, gutta percha, gümüş noktalar, endo pat ve retro-fill prosedürleri

İnternal rezorpsiyon

Apikoektomi

Periapikal Patoloji

Periapikal abse/granüloma/kist

Sementom

Kondensing osteitis

Dental Restorasyonlar

Metalik restorasyonlar: amalgamlar, altın veya değerli olmayan metal kronlar/inlay, endodontik postlar, çiviler, sabit protezler, implantlar

Metalik olmayan restorasyonlar: akrilikler, silikatlar, kompozitler, porselen vb.

Parsiyel ve tam olarak çıkartılabilen protezler

Periodontiyum

Jinjiva: Morfoloji/Patoloji

Kontür: jinjival çekilme, fokal/ difüz büyüme, interproksimal kraterler

Renk: enflamatuvar değişiklikler, fizyolojik veya patolojik pigmentasyonlar

Plak ve konkresyonlar oral hijyen durumu, lekeler, diştaşı

Periodontal Ligaman: Morfoloji/Patoloji

Kalınlık
Genişleme (örneğin, skleroderma)
Lateral periodontal kist
Alveoler proses ve lamina dura
Kret kemiğinin yüksekliği/kontürü/yoğunluğu
Kökler arası alveoler kemiğin kalınlığı
Ekzozitozlar, yumrular
Lamina dura paterni (kayıp, artmış yoğunluk)
Periodontal kemik kaybı
Trabeküler kemik paterni osteoporoz, radyolojik yoğunluklar
Rezidüel kök parçaları, metalik parçalar

Maksilla ve Mandibula:

Anatomik Nirengi Noktaları/Patoloji
Maksiller sinüsler: büyüklük, şekil, retansiyon kisti, antrolit, yabancı cisimler, oral-antral fistül,
Komşu dişler, anterior nazal çıkıntı, keserdiş kanalı, medyan palatal sutura, keserdiş kanalı büyüklüğü, şekli, kistlerle ilişki,
Pterygoid kemik ucu kancası: büyüklük, şekil, kırık
Mandibular kanal/mental foramen: çap, anormal (çatallanmış) kanal, komşu dişler ile ilişki
Koronoid ve kondiler çıkıntı: büyüklük ve şekil
Temporomandibular eklem: büyüklük, şekil, hipertrofi / atrofi, ankiloz, fraktür, artritik değişiklikler

Diğer patolojik çıkıntılar/çene kemikleri:

Gelişimsel/fissüral kistler,
Hemorajik (travmatik) kemik kisti,
Tükürük bezi baskılanması,
Reaktif/neoplastik lezyonlar,
Metabolik kemik hastalığı,
Fokal veya difüz radyolüsensileri veya radyopasiteleri içeren diğer hastalıklar,
Ortognatik cerrahi kanıtı veya travmaya ilişkin daha önceki kanıt (örneğin, tel sütürler, cerrahi çiviler vb.)

d. Ceset Kimliklendirmesi ile ilgili Kategoriler ve Terminoloji

A. Pozitif Kimliklendirme

Antemortem ve postmortem veri, aynı kişiden olduklarını ortaya koymak üzere yeterli ayrıntı ile eşleşir. Ayrıca, bağdaşmaz hiçbir çelişki yoktur.

B. Olası Kimliklendirme

Antemortem ve postmortem veri, uyumlu özelliklere sahiptir ancak gerek postmortem kalıntılarının gerekse antemortem kanıtın kalitesi nedeniyle, dental kimliklendirmeyi pozitif olarak ortaya koymak mümkün değildir.

C. Yetersiz Kanıt

Mevcut bilgi, bir sonuç için temel oluşturmaya yeterli değildir.

D. Dışlama

Antemortem ve postmortem veri, açıkça uyumsuzdur. Bununla birlikte, belirli koşullarda dışlama yoluyla kimliklendirmenin geçerli bir teknik olduğu anlaşılmalıdır.

NOT: Adli diş hekimi, normal olarak, isim, tarih vb. ile ilgili olarak antemortem kayıtların doğru olduğunu doğrulayacak bir pozisyonunda değildir; bu nedenle, rapor, sonuçların belli bir kişiyi belirtmek iddiasında olan kayıtlara dayandığını belirtmelidir.

e. Antemortem Veri Kaynakları

Antemortem veri, dental radyografiler, yazılı kayıtlar ile modeller içerebilir ve antemortem kayıtların toplanması normal olarak, lokal, devlet veya ulusal seviyede kayıp kişinin raporlarına erişme hakkına sahip olan araştırmacı kurumun sorumluluğundadır. Bununla birlikte, adli odontolog, yasal olarak kabul edilen bir kimliği ortaya koymakta yararlı olabilecek ek karakteristikleri (örneğin, daha önceki ortodontik tedavi) onaylayabilir. Bu bölüm, kayıtların yerinin belirlenmesinde yardım sağlayabilecek çeşitli kaynak kurumları ve/veya kişileri listelemektedir.

Kitlesel Ölümle Sonuçlanan Olaya İlişkin Kılavuz İlkeler:

Dişten Kimlik Saptama Ekibinin Oluşturulması

Doğal afetler veya insanların sebep olduğu felaketler çok sayıda can kaybına neden olmaktadır ve bu durumda genellikle kişilerin kimliklerinin belirlenmesi zordur. Bu koşullar altında eğitimli adli diş hekimlerinden oluşan bir ekip tarafından diş kayıtlarının ve röntgenlerin kullanımının kayıpların kimliğinin süratle belirlenmesine büyük ölçüde yardımcı olduğu uzun süredir kabul edilmektedir.

Kimlik belirlemenin bu şekilde kolaylaştırılması ve mağdurların ailelerine açıklanması sadece acı ve çaresizlik duygularını giderici insani hizmet vermekle kalmayıp aynı zamanda çeşitli adli tıp gereksinimlerini de karşılamaktadır. Ölümle sonuçlanan olaylar

nerede veya ne zaman meydana geleceği belli değildir. Resmi ölüm belgelendirmesi pozitif kimlik belirlemeyi gerektirmektedir. Herhangi bir toplu ölümle sonuçlanan olayın soruşturmasındaki başarı derecesi hazırlık derecesi ile doğrudan orantılıdır.

Bu kılavuz ilkeler, belirli bir bölge için genel kitlesel ölümle sonuçlanan olaya hazırlık planının bir bölümü olarak veya serbest bir birim olarak kimlik belirleme ekibi oluşturmak isteyen kurum veya kuruluşlar için bir kaynak olarak önerilmiştir. Toplu ölümle sonuçlanan iki olayın benzer olmadığını ve tüm yargı organlarının ihtiyaçlarının aynı olmadığını dikkate alacak olursak herhangi bir planda değişiklik yapma gereği ortaya çıkabilir. Çok sayıda kaybın kimliğini belirlemede ilk elden deneyime sahip olan birçok uzman kişinin muhtelif deneyimi sonucunda bu kılavuz kuralların esnek olduğu söylenebilir.

EKİP OLUŞTURMA

Herhangi bir kitlesel ölümle sonuçlanan olaya ilişkin kimlik saptama ekibi planının temeli operasyon konseptinin oluşturulmasıdır. Adli dış hekimliği timi nasıl işleyecek? Birçok devletin bazıları devlet dış hekimleri derneği ve adli dış hekimliği derneklerinin himayesinde yer alan organize dış kimlik tespit etme ekipleri bulunmaktadır. Amerikan Dış Hekimleri Birliği Dış hekimliği Çalışmaları Konseyi, American Society of Forensic Odontology (ASFO), “International Organization for Forensic Odonto-Stomatology (IOFOS) ve Adli Osteoloji, Odontoloji ve Kimliklendirme Derneği'nin (ADOK) faaliyetlere yardım etme ve onları koordine görevini üstlenmiştir.

Ekibinin çekirdeğini oluşturacak eğitimli Adli Dış hekimleri mevcut değilse eğitim nasıl tamamlanacak? Ekip diğer bölgelerden dış hekimlerinin yardımına mı bağlı olacak veya kendi tüm işlevlerini kullanma kapasitesine sahip bağımsız bir ekip mi olacak? Bu soruların bazıları cevaplanmış durumda olmasına rağmen ekiplerin organizasyonlarındaki eksikliği acilen ele alınıp eksiklikler giderilmelidir. Bunlar:

1. Ekip Personeli
2. Ekip Organizasyonu
3. Ekipman ve malzemeler
4. Güvenlik ve sağlık alanında dikkat edilmesi gereken noktalar
5. Olanaklar.

EKİPORGANİZASYON TASLAĞI

I. İlk Organizasyonel Planlama

A. Dış kimlik saptama ekibi için olan ihtiyacınızı değerlendirin

1. Kamuya Karşı Sorumluluk
2. Olayın olasılığı
3. Bölge ya da devlet ekiplerinin varlığı

B. Aşağıdakiler için kaynaklarınızı değerlendirin

1. Eğitimli dış personeli
2. Ekipman ve malzemeler
3. Finansal destek
 - a. Devlete ait ve yerel dış hekimliği toplulukları
 - b. Devlete ait ve yerel acil durum yönetim kuruluşları

C. Örgütsel uygulama

1. Ekip liderliği
 2. Yazılı organizasyonel plan
 - a. Yazılı katılım anlaşması
 - b. İş tanımları ile yazılı protokol
 - c. Görev taksimine ilişkin akış şeması
 - d. Katılım ve eğitimin yazılı kayıtları
 - e. İl ve İlçe Dış Hekimliği Dernekleri
 - f. Devlete ait Acil durum organları
 - g. Tabip odaları/Adli Tıp Odaları
 3. Sponsor kuruluşlar
- II. Ekip Personeli

A. Kaynak

1. Adli Tıp ve Dış Hekimliği Dernekleri üye ve eğitim almış kişiler
2. Uzman Dış hekimleri
 - a. Çekirdek bir yüksek eğitimli dış hekim, denetleme ve öğretim hizmetleri açısından gereklidir
 - b. Takımın geri kalan kısmı dış hekimliği becerisine ve sınırlı adli dış hekimliği eğitimine sahip dış personelinden oluşabilir
3. Yeterli sayıda personel
 - a. Bir felaket ve onun boyutu için potansiyelinizi düşünün, örneğin;
 - (1) Küçük bir şehir veya kırsal alana karşılık büyük metropol alan
 - (2) Yerel havaalanına karşılık Jet Uçaklarına Tahsis Edilmiş Uluslararası Havaalanı
 - (3) Bir jeolojik fay, volkan varlığı
 - (4) Sel, kasırga, hortum gerçeği
 - (5) Tehlikeli ve patlayıcı kimya sanayi
4. Personel alımına ilişkin kaynaklar
 - a. Adli kuruluşlar
 - (1) Adli Bilimler Akademisi
 - (2) Adli Dış Hekimleri Derneği
 - b. Dış hekimliği dernekleri
 - c. Dış hekimliği fakülteleri

Not: Dış hekimliği öğrencileri dıştan kimlik saptama ekipleri için tavsiye edilmez

5. Ek kaynaklar

- a. Silahlı Kuvvetler Adli Tıp Birimleri, Adli Tıp Anabilim Dalı
- b. Ulusal Felaket Tıbbi Hizmet, Felaket Morg Ekipleri

B. Eğitim kaynakları

1 . Başlangıç eğitimi

a. Sunulan dersler

- (1) Adli Diş Hekimliği Kurulu,
- (2) Uluslararası adli diş hekimliği dernekleri eğitimleri (AAFS, ASFO, ABFO, ADOK, BAFO vb.)
- (3) Adli Diş Hekimliği Dernekleri
- (4) Üniversitelerin Diş Hekimliği Fakülteleri, Devamlı Eğitim Kursları
- (4) Ulusal ve devlete ait diş hekimliği toplantıları
- (5) Çeşitli çalıştaylar ve kulüpler

b. Diğer kaynaklar

- (1) Yerel yangın ve kurtarma hizmetleri
- (2) DMORT yıllık eğitim
- (3) Tehlikeli Madde Ekipleri
- (4) Ulusal Araştırma Felaket Ekibi Organları

c. Eğitim Maliyeti

- (1) Bireyin sorumluluğu
- (2) Sponsor kuruluşun sorumluluğu
- (3) Acil durum devlet fonları
- 2. Periyodik sürekli eğitim veya tatbikatların planlanması

a. Altı aylık veya yıllık eğitimler muhtemelen en gerçekçi olandır

3. Bölüm üyelerinin çapraz eğitimi oldukça arzu edilmektedir

4. Eğitimin Hedefleri

a. Konuya aşinalık

b. Dişten kimlik saptamayı anlama

- (1) Ölüm öncesi problemler ve prosedürler
 - (a) Yolcu ve mürettebat listelerinin ve isimlerinin edinilmesi
 - (b) Diş kayıtlarının bulunması ve güvence altına alınması
 - (c) Kalitesiz kayıtlar ile ilgili sorunlar
- (2) Ölüm sonrası sorunlar ve prosedürler
 - (a) Diş yapılarına erişme (diseksiyon yöntemleri)
 - (b) Ölüm sonrası radyografielerin elde edilmesi
 - (c) Fragmantasyon ve karışma
- (3) Karşılaştırma bölümü problemleri
 - (a) Çok sayıda kayıt ile başa çıkma
 - (b) Manuel aramalara karşı bilgisayar

(c) Parçalanmış ve birbirine karışmış kalıntıların tanınlanması

d. Diğer kimlik saptama uzmanları ile çalışmayı öğrenme

(1) Parmak izi denetçileri

(2) Antropologlar

(3) Laboratuvar analistleri

e. Online ya da konferanslar aracılığıyla Olay Komuta Sistemi kavramına aşina olma

D. Gereken ekip üyelerinin sayısının belirlenmesi

1. Kitlesel ölümle sonuçlanan olayın büyüklüğüne dayanarak

2. İnsan kalıntılarının durumu

3. Gerekli vardiya sayısına dayanarak (vardiyalar halinde çalışan deneyimli kitlesel ölümle sonuçlanan olaya müdahale ekiplerinin özellikle üç vardiya halinde çalıştırılmalarından mümkünse kaçınılması gerektiğine dair bir fikir birliği vardır. Normal çalışma saatleri en az stresli olanıdır.)

E. Özel beceriler gereklidir

1. Adli eğitim almış Diş hekimleri

2. Oral cerrahlar, Oral patologlar

3. Yardımcı personel, hijyenistler, kayıt derlemesi içi asistanlar

4. Bilgisayar destekli kimlik belirleme programı uzmanları

5. Kritik olay stres bozukluğu konusunda eğitilmiş psikologlar

6. Soruşturma ekiplerinin diğer bölümlerinin bir işbirlikçisi olarak hizmet vermesi amacıyla deneyimli bir üye

7. Acil durum haberleşmesi için amatör radyo servisi operatörleri

8. Ruhban Sınıfı

9. Yabancı dil becerileri

F. Toplanma bölgesi (acil durum idaresinin sorumluluğu olabilir ancak dıştan kimlik saptama ekibinin bu kavrama aşına olması gerekmektedir)

1. Lokasyon

2. Ölüm mahaline ekip personelinin taşınması

a. Özel araçlar

b. Otobüsler, kamyonetler veya dört çekerli araçlar

3. Parçalar halindeki dış kanıtlarının iyileştirilmesi için dış personeli tarafından felaket bölgesine erişim

G. Yasal hususlar

1. Gönüllüler veya çalışanlar olarak ekip üyelerinin durumu

a. Herhangi bir yaralanma veya maruziyeti kapsayacak şekilde işçi tazminat ve mali sorumluluk sigortası

b. Sağlık ve güvenliklerinin sorumluluğu

2. Ekip üyelerinin tazmini

- a. Oran
- b. Deneyim, eğitim ve becerilere göre oran belirlenmesi
- c. Zaman ve kayıt tutma sorumluluğu
- d. Ödemeden sorumlu acente veya sigortacı
- e. Ekip üyeleri katılım öncesinde olası tazminatlarından haberdar edilmelidir

3. Ekip üyeleri için yazılı bir anlaşmayı hesaba katın

- a. Katılım için kurallar ve düzenlemeler
 - (1) Sadece yetkili fotoğraflama
 - (2) Sadece resmi sözcü ile yetkilendirilmiş basın röportajları
 - (3) Aktivasyon ve katılım prosedürü
- b. Sorumluluklar
 - (1) Sürekli eğitime katılım
 - (2) Telefon veya adres değişikliklerini bildirme zorunluluğu
- c. Etik kuralları
 - (1) Ayrıcalıklı bilgilerin gizliliği
 - (2) Sadece aktif hale getirildiğinde toplanma bölgesine gitmek
 - (3) Medya ile izinsiz temas kurmamak
4. Sınırlı bir otopsi yapmak için Adli Tabipten veya felaket sorumlusundan yazılı izin
- a. Dişlere erişme yöntemi
 - (1) Görüntülenebilir olmayan durumlarda karşı görüntülenebilir durumlar
 - (2) Çenelerin çıkarılması için özel yetki
- b. Herhangi bir dokunun alınması için yazılı yetki

H. Hukuksal konular

1. Var olan acil durum idaresi felaket planı ile kimlik belirleme ekibi kılavuz kurallarının herhangi bir çatışması
2. Ekibin operasyon alanının sınırlandırılması
3. Geçerli devlet veya hükümet lisanslama hususları
4. Diğer dıştan kimlik saptama ekipleri için zaten yürürlükte olan otak yardım anlaşmaları

I. Mobilizasyon prosedürü (aktivasyon)

1. Hem tatbikat hem de gerçek haberleşme yöntemi
 - a. Telefon zinciri
 - b. Faks
 - c. Bilgisayarlı bildirim sistemi
 - d. Aktivasyon için tüm aramaları gerçekleştirmekten sorumlu tek bir birey önerilir:
 - (1) Ekip üyesinin mevcudiyetini doğrulama yeteneği
 - (2) Ekip üyesinin kabul edebileceği görevlendirme süresini belirleyin
 - (3) Raporlama veya yerine getirilecek görev için belirli bir zaman belirleyin

2. Telefon numaralarının periyodik olarak güncellenmesi

a. Kayıtlar en az yıllık olarak güncel tutulmalıdır

3. Hangi ekip üyelerinin aktif hale getirileceğinin belirlenmesi

J. Yetkili ekip personelinin güvenliği ve tanımlanması

1. Fotoğraflı kimlik kartları

2. Belirgin renkli şapkaları

3. Belirgin renkli koruyucu ekipman

K. Ekip organizasyonu/yapı

A. Özel eğitim ve görevler için bölümlere ayrılabilir

1. Ölüm öncesi kayıtlar bölümü

2. Ölüm sonrası, fotoğraf ve röntgen bölümü

3. Karşılaştırma bölümü

B. Felaketin büyüklüğü ile belirlenen bölümlerin boyutları

C. Aynı anda etkin bir şekilde ekibi aktif hale getirmek için 24 saat göreve hazır takım lideri, alternatif takım lideri ve birim süpervizörleri

D. Ekibin Birimleri bölgesel olarak organize edilebilir

L. Ekipman ve malzemeler

A. Ekipman

1. Dış Röntgeni birimi(leri)

2. Dış aletleri

3. Otopsi ekipmanları

a. Bard Parker saplar ve bıçaklar

b. Stryker testere veya kemik kesiciler

c. Ambulans sedyeleri ve masalar

4. Dijital radyografi ve bilgisayar yazılımı, sensörler

5. Aydınlatma (acil durum idaresinden elde edilebilir)

6. Fotoğraf ekipmanları, dijital kameralar ve düz yatak tarayıcıları

7. Çok sayıda kayıp için kullanışlı bilgisayar donanımı ve yazılımı

8. Kopyalama makinesi(leri) ve kağıt

9. Tüm ekipmanlar için uygun bir yedeğe sahip olmayı hesaba katın (Yedekleme mükemmel bir felaket planı-Murphy Yasası özelliğine sahiptir)

B. Malzeme ve ekipmanların anında kullanılabilirliği

1. Potansiyel tedarikçiler ile önceden yerinde yapılan düzenlemeler çok önemlidir

a. Akşamları, hafta sonları ve tatil irtibat numaraları

b. Her ihtimale karşı alternatif bir kaynak düşünün

c. Nitelikli mali düzenlemeler alımlar sırasında nakit ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır

2. Ekipman ihtiyaçlarının yıllık incelemesinin ve ekipmanların acil durum kullanımını gerçekleştirmeye veya malzeme tedarik etmeye yetkili personelin irtibat numaralarının elde edilmesi gerekmektedir

C. Malzemeler (Gerekli doğru öge ve miktar, bireysel takım kaynakları ve ihtiyaçlar ile belirlenecektir. Bazı malzemelerin sınırlı raf ömrü olduğunu ve periyodik olarak değiştirilmesi gerektiğini unutmayınız)

1. Kamera pilleri, fotoğraf kağıdı ve dijital radyograflar için yazıcılar
2. Dış çizelgeleri (standart bir format), manila zarflar, keçeli kalem ve renkli kurşun kalem
3. Lastik eldivenler (ağır iş için); plastik önlükler ve yüz maskeleri ve siperleri veya göz koruması
4. Koruyucu ayakkabı (lastik çizme)
5. Dosyalar için bankacı kutusu
6. Kayıp sayısına göre malzeme miktarı getirilir
7. Küçük ekipmanlar için küçük sandıklar veya saklama kutuları
8. Alet ve ekipmanların temizliği ve sterilizasyonu ve iadesi için sorumluluk
9. Kullanılan malzemeleri yeniden stoklama sorumluluğu

D. Ekipman ve malzeme için kaynak olarak yer alan diğer kurumları dikkate alın.

1. Adli Tabip
2. Yangın ve Kurtarma Hizmetleri
3. Acil Durum İdaresi Koordinatörleri

E. Ekipman ve malzeme temizliği, depolanması ve yeniden stoklanması

1. Ekipmanların temizlenmesi ve sterilizasyonu aşağıdakiler tarafından gerçekleştirilebilir:

- a. Bir kamu hizmeti olarak yerel hastaneler
- b. Adli Tıp tesisleri

2. Kitlesel ölümlerle sonuçlanan olaya müdahaleler arasında depolama yeri (her zaman erişilebilir olmalıdır)

- a. Havaalanı depo tesisi
- b. Acil Durum İdare tesisi
- c. Adli Tıp Birimi

3. Malzemeleri yeniden stoklama sorumluluğu

- a. Adli Tabip
- b. Acil Durum İdare Ofisi
- (1) İlçe
- (2) Bölgesel
- c. Kimlik belirleme ekibi

M. Ekip üyelerinin güvenlik ve sağlığına dikkat edilmelidir

1. Ekip liderleri sorumluluklarının bilincinde olmalıdır
2. Ekip liderleri ve ekip personeli gerekli eğitimi almış ve aşağıdakilerin farkında

olmalıdır:

- a. Radyolojik tehlikeler
 - b. Kan kaynaklı patojenler
 - c. Toksik kimyasallar
 - d. Tehlikeli enkaz
3. Ekip üyeleri biyolojik tehlike ve kan kaynaklı patojenler hakkında yıllık eğitim almalı ve belgelendirmelidir.
4. Periyodik eğitimin yazılı bir planı ve kaydı muhafaza edilmelidir.
5. Uzun saatler veya vardiyalardan kaçının
- a. Kritik olay stresini artırır
 - b. Hataları ve kazaları artırır
 - c. Ölüm mahalinin temizlenmesine izin vermeyin
- (1) Güvenlik ve hijyen
 - (2) Profesyonel görüntünün kalitesi azalır

Koruyucu aşılar

1. Aşılar aşağıdakiler için gerekli olmalıdır:
- a. Tetanos
 - b. Hepatit B
 - c. Yabancı yerler için özel durum aşılar
 - d. Tüberküloz
2. Sponsor kuruluş tarafından karşılanacak maliyet
3. Aşı kayıtları
- C. Personel için koruyucu donanım bir gereksinimdir
1. Ekip üyeleri, bu ekipmanların kullanımı konusunda eğitilmelidir (F.I.T. testi)
 2. Koruyucu ekipman hemen kullanılabilir olmalıdır
 - a. Koruyucu ekipman sağlamaktan sorumlu kurum
 - b. Depolama bölgesi
 - c. Tediyat ve bakımından sorumlu

D. Psikolojik bilgilendirme ve danışmanlık mevcut olmalıdır. Bu, tüm felaket işçileri için ortak bir durum olduğundan hizmeti ayarlamak normalde dıştan kimlik saptama ekibinin sorumluluğu değildir. Ancak dıştan kimlik saptama ekipleri işlerinin psikolojik olarak külfetli olduğundan haberdar olmalıdır.

1. Travma sonrası stres danışmanlığı uzmanlarına erişim
2. Din adamlarına erişim

N. Tesisler

(Bu Savcılık veya Adli Tabibin sorumluluğu olmasına rağmen küçük yargıların çoğu kitlesel ölümle sonuçlanan felaket deneyimini hiç yaşamamıştır. Bu yüzden bu durum değerli tavsiyeler verebileceklerinden dolayı deneyimli dıştan kimlik saptama ekipleri tarafından dikkate alınmalıdır.)

A. Yeterli geçici morg alanları önceden seçilmelidir

1. Tüm Adli Tabiplerin mevcut felaket planı yoktur bu yüzden potansiyel alanlar mevcut olmayabilir
2. Deneyimli dış hekimleri önceki deneyimleri nedeniyle bu planın geliştirilmesinde onlara yardımcı olabilirler
3. Genelde geçici morg kurmadan önce var olan tesislerin azamisini kullanma planı avantajlıdır.

B. Alternatif alanlar da yedek olarak düşünülmelidir.

C. Sanitasyon tesisleri potansiyel tüm alanlarda mevcut olmalıdır.

1. Sıcak akan su ve sabun
2. Tuvaletler ve tuvalet kağıdı

D. Ekip üyeleri için yemek ve dinlenme alanı için düzenlemeler

1. Yiyecek ve içecek kaynakları
 - a. Kurtuluş Ordusu gönüllüleri
 - b. Kızılay
 - c. Gönüllüler (örneğin, yardımlaşma organizasyonları)
2. Bir ekip üyesinin çalışabileceği maksimum zamanı dikkate alın
 - a. Bu stresli bir iştir
 - b. Travma sonrası stres bozukluğunun farkında olun
 - c. Zorunlu periyodik molalar sağlayın
 - d. Morgdan uzak bir alanda dinlenmek esastır
3. Ekip üyelerinin sık sık dönüşümlü olarak bölümler arası yer değiştirmesine dikkat edin
4. Çalışırken ekip üyelerinin kullanması için sandalye veya tabure temin edin
5. Standart çalışma saatleri en az stresli olanıdır. Vardiyalardan kaçının.

E. Felaket personelinin kullanması için acil durum idaresinin veya diğer yetkili kurumun ofisi tarafından acilen otel veya motel odaları bloklarının rezervasyonu etrafta mevcut olan tüm odaların medya tarafından bağlanmasını önlemek için önemlidir.

F. Alan hattı güvenliği mevcut üst düzey kolluk kuvvetlerinin sorumluluğundadır. Bununla birlikte, dış ekibi çevre güvenliği gerekliliğinin farkında olmalı ve kolayca tespit edilebilmelidir.

1. Kurbanların kişisel eşyalarının korunması
2. Meraklı ve izinsiz kişilerin önlenmesi
3. Medya tarafından izinsiz fotoğrafların önlenmesi
4. Devlete ait veya özel kurum tarafından sağlanabilir

Bu kavramlar oluşturulduktan sonra felaketin büyüklüğü arttıkça ekibi organize edenler kimlik belirlemeler ile başa çıkmak için takımın genişletilmesini düşünmeye başlanabilir.

Ekip 1'den 50'ye, 50'den 150'ye, 150'den 300'e ve 300+ gibi aralıklar içerisinde kayıplar ile başa çıkabilmek için organize edilebilir. Gece gündüz vardiyalar halinde çalışma gerektiğinde her vardiya için çapraz eğitilmiş denetim personeli kullanılarak bu çalışmalar gerçekleştirilebilir.

Kaynaklar

1. "Proceedings: First National Symposium on Dentistry's Role and Responsibility in Mass Disaster Identifications", American Dental Association, Chicago, Illinois, 1986.
2. Lorton, L. and Langley, W.H., "Decision-Making Concepts in Postmortem Identification," Journal of Forensic Sciences, JFSCA, Vol. 31, No.1, Jan. 1986, pp.190-196.
3. American Board of Forensic Odontology, "Body Identification Guidelines", Journal of the American Dental Association, Vol. 125, No.9, Sept. 1994, pp. 1244-1254.
4. Jones, G.F., "A Simple Overlay System for Data Comparison in Dental Identifications," Journal of Forensic Sciences, JFSCA, Vol. 33, Jan. 1988, pp. 254-259.
5. Haglund, W.D., "The National Crime Information Center (NCIC) Missing and Unidentified Persons System Revisited", Journal of Forensic Sciences, JFSCA, Vol. 38, No. 2, March 1993, pp. 365-378.
6. Bell, G.L., "Testing of the National Crime Information Center Missing/ Unidentified Persons Computer Comparison Routine," Journal of Forensic Sciences, JFSCA, Vol. 38, No.1, Jan. 1993, pp. 13-22.
7. Alt ve Üst Çenenin Diseksiyonu. Afşin H., Uysal C., Boran T., Yıllık Adli Tıp Toplantıları 2002 25-27 Nisan shf: 5-10.
8. Hinchliffe J. Forensic odontology, Part 2. Major disasters. Br Dent J 2011;210(6):269-74
9. Afşin H. Kolusayın Adli Tıp Ders Kitabı " Adli Diş Hekimliği ve Kimliklendirme ". Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları, İstanbul 2011:491-549.
10. Diş Hekimliğinde Kayıt Tutmanın DVI Çalışmalarında Önemi. Afşin H., 1.ulusal felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi (dvi) kongresi 3-5 mayıs 2004 - van.
11. Afsin H, Sam B, Cagdir S, Koç S. Dental Identification in Airplane of THY Flight Number TK 634, 3rd European Academy of Forensic Science Meeting ENFSI, 22-27 September 2003, İstanbul, Forensic Science International Suppl, İstanbul, 2003; 136:279.
12. Afsin H, Cagdir S. The evolution of forensic dentistry in İstanbul, Turkey: samples of forensic odontology works in a chronological manner. Forensic Science, Medicine, and Pathology Volume 5, Number 1 , 47-
13. Afşin H. Adli Diş Hekimliği. İstanbul: Adli Tıp Kurumu Yayınları, 2004:1-18
14. Pretty IA, Sweet D. A look at forensic determination of human identity. Br Dent J 2001; 190(7)359-66.
15. Karadayı B, Afşin H, Koç S. Çocuklarda dişlerden yaşın tahmininde kullanılan radyografik teknikler. Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi 2013;10(^):59:68.
16. American Board of Forensic Odontology. Body identification guidelines. J Am Dent Assoc 1994;125(9):1244-54.
17. Tuğ A, Hancı İH. Felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi çalışmalarında diş hekimlerinin ve diş incelemelerinin önemi. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2006;30(4):77-82.

FELAKETLERDE ÖLÜM NEDENLERİ VE MEKANİZMALARI

Prof.Dr. Sermet Koç

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Adli Tıp A.D. & Adli Tıp Kurumu Morg İ. D.

Deprem, göçük, sel, çığ, heyelan gibi doğal felaketlerin yanı sıra; ulaşım kazaları, terör olayları, patlamalar, yangın gibi felaketlerde meydana gelen kitlesel ölümlerde çalışmalar kimliklendirme konusuna odaklanılmaktadır. Bu felaketlerin biz zati kendisi ölüm nedeni olarak kabul edilmekte ise de, esasen aynı tür olgularda bile ölüm nedeni ve mekanizmaları bir birinden çok farklı şekillerde karşımıza çıkabilmektedir. Dıştan bakıldığında; örneğin göçük altında kalmaya veya patlamaya bağlı ölüm denilen bir olgu adli-tıbbi açıdan incelendiğinde, farklı ölüm nedeni ve mekanizmaları gösterebilmektedir.

Terminoloji

Konu ile ilgili kaynaklarda “felaket” ve “afet” sözcükleri genellikle eş değer anlamda kullanılmaktadır. Birçok kurum ve kuruluşun koordineli bir biçimde görev almasını gerektiren ve insan hakları için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar meydana getiren, normal yaşamı ve insan aktivitelerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplumları veya insan topluluklarını etkileyen doğal, teknolojik ve insan kökenli olaylara “afet” denilmektedir (1). Bu olaylar içinde deprem, sel-taşkın, volkan püskürmeleri gibi doğanın normal bir işlevi olarak gerçekleşenler “doğal tehlike” olarak nitelendirilir ve “afet” niteliğini kazanması için insan can ve malının kaybına neden olması gerekir (2).

Konu ile ilgili terimlerde de önemli farklılık, çeşitlilik bulunduğu dikkati çekmektedir:

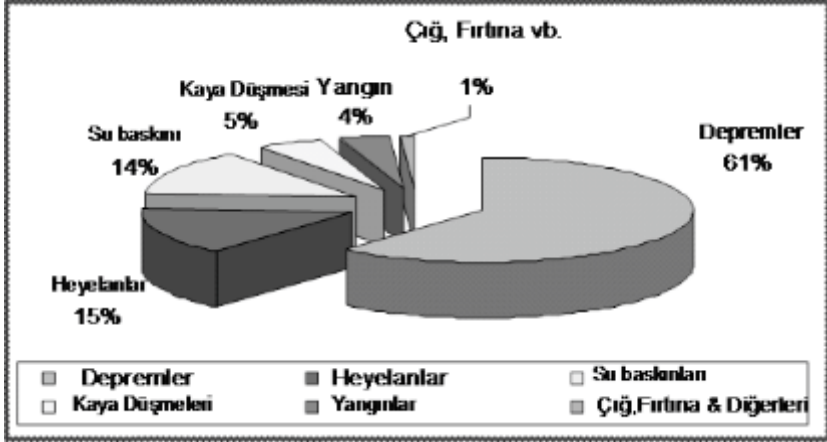
- Afet/ Felaket
- Kitlesel felaket, Toplu ölüm, Toplu yaralanma
- Yavaş gelişen afet/Hızlı gelişen afet
- Doğal afet/ Doğal olmayan (insan kaynaklı) afet
- Teknoloji kaynaklı afet
- Çevre felaketi
- Endüstriyel felaket
- Tarımsal felaket
- Nükleer felaket

Afet/ Felaket türleri doğal (genellikle jeolojik veya meteorolojik kökenli) ve doğal olmayan (insan kaynaklı) olmak üzere iki grupta ele alınabilir:

Afet/felaket örnekleri:

Doğal	Doğal olmayan
Deprem, tsunami	Patlamalar
Yangın, orman yangını	Taşımacılık, ulaşım kazaları
Sel, su baskını	Su baskını
Heyelan	Heyelan
Kaya düşmesi, çığ	Maden kazaları, Kitlesel sıkışma/ ezilmeler (<i>stadyum,..</i>)
Orman yangını	Yangın, orman yangını
Fırtına, hortum, kasırga	Salgın hastalıklar
Yanardağ patlaması	Kimyasal, nükleer, biyolojik saldırı ve kazalar

Ülkemizde son 60 yılda meydana gelen doğal afet türlerinde meydana gelen yapısal hasarların oranları Şekil 1'de gösterilmiştir:



Şekil 1: Ülkemizde son 60 yılda meydana gelen doğal afet türlerinde meydana gelen yapısal hasarların oranları (3).

Kitlesel felaket türlerinde karşılaştığımız ölüm nedeni, bulgular ve mekanizmalarını kısaca inceleyelim:



Resim 1: 17 Ağustos 1999 Marmara Depremini dramatize eden görüntü.

Deprem, göçük, heyelan vb olaylar

Deprem, göçük, heyelan vb olaylarda bina, eşya veya toprak gibi cisimler altında kalma veya cisimlerin çarpması sonucunda; vücudumuzda genel veya bölgesel olarak; kafa, göğüs, karın, ekstremitelerde direkt veya bazen indirekt etkilerle künt travmatik yaralanmalar meydana gelmektedir.

- Travma türü genellikle ve ağırlıklı olarak “künt” tipte olmakla birlikte; bazen “kesici”, “delici” cisim yaralanmaları da eşlik edebilir.
- Bu yaralanmalar, açık/ kapalı veya penetran/ non penetran yaralanmalar şeklinde olabilir.
- Bu yaralanmalar, cilt, cilt altı yumuşak dokular, iç organlar, büyük damar ve sinirlerde ciddi, öldürücü zararlar meydana getirir.
- Ağır cisimler boyun, göğüs, karın basısı/ sıkışması ile doğrudan mekanik/travmatik asfiksiye yol açabilir veya künt travmatik yaralanmalarla birlikte etkili olabilir.
- Toprak ve benzeri cisimler altında kapalı bir alanda kişilerin havasız kalması veya ağız-burun kapanması ile de mekanik tipte asfiksi ölümde etkili olabilir. Havasız ortamda kalma veya ağız-burun kapanması tek başına da ölüme neden olabilir.
- Künt travmatik yaralanmalarda ağır cisim altında kalma olgularında, özellikle maruziyet süreci uzadığında, cilt altı yumuşak dokularda zedelenme, kas ezilmeleri, Crush (Ezilme) Sendromu olmak üzere ağır sonuçlara yol açabilir.

Depremlerde Crush Sendromu, travmanın doğrudan etkisinden sonra, en sık ölüm nedenidir. Depremler sırasında ölü/yaralı oranı genel olarak 1 : 31 iken bu oran Marmara depreminde 1 : 2.52 olarak kayıt edilmiştir (4).

Marmara Depremi örneği:

Ölü sayısı: 17,480

Yaralı sayısı: 43,953

Ölü/yaralı oranı: 1 : 2.52

Akut böbrek yetmezlikli hastalar (Crush Sendromu): 639

Yaralılarda Crush Sendromu oranı: % 2 - 53 (%3)

Diyaliz yapılanlar: 477

Crush(Ezilme) Sendromu Bulguları: Travmanın lokal bulguları, kompartman sendromu, hipovolemik şok, akut böbrek yetmezliği, hiperpotasemi, kalp yetersizliği, solunum yetmezliği, enfeksiyonlar vb. Crush sendromlu hasta oranları düşük gibi görünmekle birlikte, aslında depremlerde Crush Sendromu, travmanın doğrudan etkisinden sonra en sık ölüm nedenidir (4).



Resim 2: Künt travmatik yaralanmalarda cilt altı yumuşak dokularda ezilme ve kanama.

- Diğer ölüm nedenleri: Deprem, göçük, heyelan, maden kazası vb olaylarda yanma, zehirlenmeler, travmanın etkisi ile gelişen enfeksiyon, kardiyak ve diğer organ hastalıkları olmak üzere kişilerin ölümünde etkili olabilir.

Ülkemizde sık meydana gelen maden kazalarında grizu patlamasına bağlı yanma ve zehirlenmeler, havasız kalmalar ölüm nedeni olmaktadır. 13 Mayıs 2014'te Soma İlçesindeki kömür madeninde çıkan yangın nedeniyle 301 madencinin karbonmonoksit

zehirlenmesi sonucu öldüğü belirlenmiştir.

Sel, su baskını vb. felaketler

Dünyada en sık görülen doğal afet seldir. Tüm "doğal nedenli olağandışı durumlar" a bağlı ekonomik kayıplarının % 40'ı sel nedeniyledir. Dünyada "doğal nedenli olağandışı durumlara" bağlı ölümlerin yarısından fazlası sellere bağlıdır. Ülkemizde ölüme yol açan doğal nedenli olağandışı durumlar arasında seller 2. sırada yer almaktadır. 1903-2004 yılları arasında ülkemizde 100 ve üstü insanın etkilendiği veya 10 ve üstü ölüme yol açmış 27 sel incelendiğinde, meydana gelen sellerden 94.657 kişinin etkilendiği, 1252 kişinin yaşamını yitirdiği görülmektedir. Sele bağlı ölümlerde % 93'e varan oranda ölüm nedeni suda boğulmaya bağlıdır (5).



Resim 3: 9 Eylül 2009 tarihinde İstanbul'da meydana gelen sel felaketi 31 kişinin ölümü, 6 kişinin kaybı ile sonuçlanmıştır.

Sel, su baskınları vb. felaketlerde ölüm nedenleri:

- Suda boğulma/ Sıvı, çamur vb materyal aspirasyonu
- Künt/delici vb. yaralanmalar
- Emosyonel ve fiziksel stres sonucu myokard enfarktüsü...,
- Elektrik çarpmaları
- Bulaşıcı hastalıklar
- Entoksikasyonlar (doğal gaz hattı ve yer altı ya da üstü benzin ve toksik madde depolarının hasarı...)

Sel ile salgın hastalık ilişkisi

“Doğal nedenli olağandışı durumlar” arasında en çok bulaşıcı hastalık görüleni sellerdir. Çünkü su şebekeleri ve arıtma sistemleri hasar görür, kanalizasyon taşmaları oluşur. Kontamine gıda, su ve eşyalarla bulaşan enfeksiyöz hastalıklar daha çok ortaya çıkar.

1. dönem: İlk üç gün, bulaşıcı/salgın hastalık pek görülmez.

2.dönem: Dördüncü günden dördüncü haftaya kadar olan bölümdür. Bulaşıcı hastalıkların görülmesi, sık karşılaşılan bir durumdur. Genellikle sel bölgesinde, selden önce tek tek bulunan hastalıkların salgın yaptığı görülmektedir.

3. dönem: Dördüncü haftadan sonrasındır. Kuluçka süresi uzun olan hastalıklar, bu dönemde görülür.

1997 yılı Ocak ayında İzmir'de yaşanan sel sonrası bir Sodyum Hiposülfid deposuna su girmesi sonucu yangın ve gaz sızıntısı olmuş ve bölgede görev alan 17 itfaiyeci, ambulans personeli ve güvenlik görevlisi solunum yolu maruziyeti nedeniyle tedavi görmüştür (5).

İzmir'de 1995 yılı kasım ayında yaşanan ve 62 kişinin öldüğü selden sonra toplam 7 kişide leptospirozis saptanmış ve bu hastalardan bir kişi ölmüştür.

Patlamalar

Patlayıcı maddeler bulunduğu katı, sıvı, kristalize durumdan alev, ısı, basınç veya sürtünme etkisi ile gaz haline dönüşüp her yöne eşit olarak basınç ve ısı yayan maddelerdir. Olay yeri ve otopside saptanan bulgular, patlayıcı türüne ve şiddetine; mağdurun patlamadaki konumu vb faktörlere göre değişir.

Patlama Bulguları:

- Alev yanıkları
- Vücudun fırlamasına bağlı yaralar
- Patlamaya bağlı parça (şarapnel) etkisi
- Bina çökmesine bağlı künt vb. yaralar
- Şok dalgalarının etkisi
- Sıcak gazların inhalasyonu
- Çevresel hipoksi
- Duman ve is inhalasyonu (6).



Resim 4: 11 Mayıs 2013 Reyhanlı terör saldırısını dramatize eden görüntü.

Yangın

Yangın ortamından çıkartılan cesetlerde otopsi bulguları yangın ortamı ve yanıcı maddelerin türüne, şiddetine; mağdurun ortamdaki konumuna göre değişir. Yangın ortamından çıkarılan cesetlerde ölüm nedeni otopsi bulgularına göre en sık karbon monoksit zehirlenmesi olarak saptanmaktadır (7). Yangında ölüm nedeni alevlerin birden vücudu sarması ile erken dönemde yanma(yanık şoku) sonucu meydana gelebilir. Yine, yanan cisimlerden açığa çıkan kimyasal maddelerin toksik etkisi ve çevresel hipoksi diğer önemli mekanizmalardır. Geç dönemde ise sıvı elektrolit dengesizliği, enfeksiyon/sepsis ve gelişen organ yetmezlikleri ölümün meydana gelmesinde rol oynar. Bazı olgularda, olayın türü ve meydana geliş biçimine göre, patlamaya bağlı parça etkisi, künt, kesici vb. cisim yaralanmaları da ölüme etkili olabilir.

Ulaşım kazaları

Karayolu, tren, havayolu, deniz yolu olmak üzere ulaşım kazaları bir felaket niteliği kazanabilir. Bu durumda ölenlerin kimliklendirmesi dışında, bazen ölümün ne şekilde ve hangi mekanizmalarla meydana geldiğinin belirlenmesi önemli bir sorun olarak ortaya çıkabilir.

Örneğin, bir uçak kazasında pilot ve copilotun kim olduğunun belirlenmesi ve kişilere otopsi yapılması birçok iddianın aydınlatılması bakımından kesinlikle gereklidir. İdeal olan tüm ölenlerin otopsisinin yapılmasıdır, çünkü uçak yolcularının otopsileri kazanın nasıl oluştuğunu anlamaya yarayacak bilgi sağlayacaktır. Otopside pilotta miyokart enfarktüsü veya ciddi koroner aterosklerozun saptanması bazen önemli bir ipucu değer

taşıyabilir. Yine pilot ve copilottaki travma analizi, toksikolojik incelemeler yapılması olayın aydınlatılmasında yol gösterici olabilir (8).

Kimyasal, nükleer, biyolojik saldırı veya kazalar

Kimyasal, nükleer, biyolojik saldırı veya kazaların her biri farklı özellikler gösterir ve değişik mekanizmalarla ölüme yol açar.

Sonuç

Deprem, göçük, sel, heyelan, yangın, maden kazaları, ulaşım kazaları, terör olayları, patlamalar, yangın gibi felaketlerde meydana gelen kitlesel ölümlerde ölüm nedeni ve mekanizmaların bilinmesi olay yeri incelemeleri ve bazı olgularda otopsi ile mümkündür. Hukuksal sorunların aydınlatılmasında, zamanında iyi bir organizasyon ve multidisipliner çalışma yapılmış olması önemli olup; post-mortem incelemelerin sonuçları kesin kanıt değeri taşıyacaktır. Ancak önemli olan, doğal felaketlere önceden hazır olmak; doğal olmayan felaketlerin ise önceden engellenmesine veya en az zararlı giderilmesine yönelik çabalar gösterilmesidir.

Kaynaklar

1. Erkal T, Değerliyurt M. Disaster Management Of Turkey. Eastern Geographical Review 22, 149.
2. Şahin C, Şipahioğlu Ş. Doğal Afetler ve Türkiye. Gündüz Eğ. ve Yay.2002, Ankara, 478.
3. TBMM 10/66, 67, 68, 69, 70 Esas Numaralı 23.12.1999 Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem21/yil01/ss308.pdf>
4. Sever MŞ. Crush (Ezilme) Sendromu ve Marmara Depreminden Çıkarılan Dersler, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Lebib Yalkın Yayınları ve Basım İşleri A.Ş.,İstanbul, 2002.
5. Türk Tabipleri Birliği, “Seller Ne Tür Sağlık Sorunlarına Yol Açabilir?” raporu. 1Kasım 2006. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/seller-ne-ta-sorunlaryol-ailir-370.html>
6. Saukko P, Knight B. Gunshot and explosion deaths. In: Knight's Forensic Pathology. 3rd ed. London, Arnold, 2004, 245-280.
7. Payne-James J, Jones R, Karch SB, J M. Simpson's Forensic Medicine 13th edition. London: Hodder and Stoughton; 2011, p.174.
8. Dolinak D, Lew E, Matshes E. Aviation. In: Dolinak D, Matshes E, Lew E, ed. Forensic Pathology: Principles and Practice. London: Elsevier Academic Press; 2005, p. 289-296.

PSİKOLOJİK İLK YARDIM

Prof.Dr. A.Ufuk Sezgin

İ.Ü. İstanbul Tıp Fak. Adli Tıp A.D.

Afetler, büyük ölçekli kazalar, terör saldırıları gibi travmatik deneyimlere maruz kalmak bireylerde kalıcı ruhsal problemlerin gelişmesine yol açabilir. Travmalara verilen psikolojik tepkilerin çoğu acil, hafif ve geçici olsa da , travmatize bireyler anlamlı oranda çok daha ağır stres tepkileri ve bazıları travma sonrası stres bozukluğu ve diğer ruh sağlığı problemleri yaşarlar. Uluslararası daimi komisyon (IASC-2007) ve Sphere projesi(2011) psikolojik ilk yardımın afetlerden ve acil durumlardan etkilenen insanlara ulaşip onları yaşadıkları şok ve acının etkilerinden korumak ve rahatlatmak amacıyla yardım etme gibi insani bir tepkiden doğmuş olduğunu belirtmişlerdi. Her toplum ve kültür kendi farklı yöntemleriyle afet, felaket durumlarından etkilenen bireylere rahatlatıcı yaklaşımlar uygulanmakta olmasına rağmen, psikolojik destek programlarına öncelik verilmesine ve kurumsal olarak uygulanmaya başlamasına uakın zamanda başlanmıştır. Son yıllarda afetlerden sonra yapılan psikolojik müdahaleler arasında ilk sırayı psikolojik ilk yardım almaktadır (PİY)

PİY içinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) de bulunduğu çok sayıda uluslararası uzman grupları tarafından fikir birliğine varılarak kriz olaylarından etkilenen kişilerin ruh sağlığı için en avantajlı erken müdahale psikososyal destek yaklaşımı olarak önerilmiş ve yönergelere eklenmiştir. Genel olarak PİY travmatik olayın sebep olduğu sıkıntıları azaltmak, kısa ve uzun vadede uyumu ve baş etme işlevini sağlamak üzere yapılandırılmış bir yöntemdir.

2004 yılında afet ruh sağlığı uzmanları toplantısı ve araştırma sonuçlarına göre güvenlik, sakinleştirme, bağlantılılık,öz yeterlilik ve umut dan oluşan 5 temel unsur saptanmıştır. Basit bir ifadeyle PİY olağanüstü olaylarda aşamalı şekilde kişinin bilgi sağlama, teselli etme(rahatlatma) ,duygusal bakım(dikkat) ve yararlı/etkili destek ihtiyaçlarını teminden oluşur.

Ruh sağlığı profesyonelleri için değil acil durumda yardım sunacak tüm gruplar için tasarlanmıştır.

PİY'in temel amaçları:

İnsanları zorlamadan ilişki kurmak

Anında ve sürekli olacak şekilde güvenliği artırarak fiziksel ve duygusal rahatlığın sağlanması

Duygusal olarak aşırı yüklenmiş kurtulanları sakinleştirme ve oriantasyonu sağlama

Kurtulanların acil ihtiyaçlarını ve kaygılarını belirleme

İnsanlara temel ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olacak pratik destek ve bilgiler sunmak

Kurtulanları en kısa sürede arkadaşları, komşuları, aile üyeleri ve toplumun yardım kaynaklarını da içine alacak şekilde sosyal destek ağlarıyla, bağlantılandırmak

Pozitif baş etmeyi desteklemek, kurtulanları güçlendirmek, yetişkinleri, çocukları ve aileleri toparlanmalarında aktif rol almaları için cesaretlendirmek

Afetlerin psikososyal etkileriyle etkin baş etmelerinde yardımcı olabilecek bilgi sunulmasının sağlanması

Psikolojik ilk yardım sunucularının ne kadar süreyle yardım edebilecekleri eğer uygun değilse kurtulanın diğer afete müdahale ekipleri veya ruh sağlığı servisleri veya toplum servislerine yönlendirilmelerinin sağlanması, şeklinde sıralanabilir.

Amaçları gerçekleştirirken kişileri bir eylemde bulunmaya, konuşmaya **zorlamadan** dinlemek, yardım ve destek sağlamak dikkat edilmesi gerekenler en önemli konudur.

PİY sadece ruh sağlığı profesyonellerin yaptığı bir müdahale, profesyonel bir danışmanlık, “Psikolojik debriefing”, olayı analiz etmek için olaydan etkilenenlere soru soran bir yaklaşım değildir. PİY da insanların öykülerini dinlemek için hazır olursa da insanlara olayla ilgili duygularını veya **tepkilerini anlatmaları için baskı uygulanmaz.**

PİY sadece ruh sağlığı profesyonelleri için değil acil durumda yardım sunacak tüm gruplar için tasarlanmıştır. Bu özelliğiyle yardım verebilecek her grubun uygulayabileceği bir yaklaşımdır.

PİY Bireyler, aileler ve toplulukların afetlerden hemen sonra erken dönemde ortaya çıkan psikososyal ihtiyaçlarını hedefleyen kanıta dayalı bir müdahaledir.

Bütün yaş grupları için kullanılabilir. Ciddi, stresli olaya maruz kalan çok sıkıntılı insanlara

erişkin, ergen ya da çocuklara uygulanabilir. Unutmamalıdır ki kriz olayı yaşamış herkes PİY'a ihtiyaç duymaz veya istemez. Bunu istemeyenler yardım için zorlanmamalı, ama destek isteyebilecekleri ihtimali göz önünde bulundurularak kolaylıkla erişilebilir şekilde hazır bulunulmalıdır.

Felakete erken müdahale yöntemi olarak psikolojik ilk yardım kişilerin daha çabuk toparlanmaları ve ruhsal iyilik hallerine katkıda bulunabilecek kişinin kendisini güvende hissetmesi, sakinleşmesi, umut duyması, başkalarıyla bağlantı kurması, sosyal fiziksel ve duygusal destek verebilecek birimlere erişim ve kişilerin kendilerine yardım edilebileceği duygusunu yeniden kazanmalarını sağlamak gibi anahtar faktörleri kullanır ki bunlar uzun vadede felaketten etkilenenlerin daha iyi hissetmelerine ve iyi olmalarına neden olur.

Uygulama için, acılı,üzgün kişilerle ilk temas genellikle olayın hemen sonrasında en erken dönemde başlasa bile bazen bir kaç gün veya birkaç hafta sonrasında da olabilir.

Kişilerin kendilerini rahat hissedebilecekleri, bulunulan yerde yeterince güvende oldukları her yer uygulama mekanı olarak kullanılabilir. İdeal olan görece gizlilik ve saygınlığın korunmasına uygun az da olsa mahremiyetin sağlanabildiği bir ortam olmasıdır.

Kriz alanında PİY çalışması yapmak için alana girmeden önce yapılması gereken hazırlıklar vardır. Bu çalışmayı yapacak kişiler öncelikle sakin ve güvende olmalı ve bu yardım için hazır olup olmadığını düşünmelidir. Olayla ilgili mümkünse bilgi edinmeli , kriz durumları için hangi bilgilere sahip olduğunu gözden geçirmelidir. Sonrasında bu alana yalnız mı yoksa meslektaşlarıyla mı gitmesinin daha uygun olacağını ayırt etmelidir. Kendisi bu yardım için kurumu veya başka yerlerden ne çeşit destekler beklemelidir sorusunun da yanıtlarını vermelidir. Bütün bu durumları gözden geçirip kendi destek kaynaklarını da belirledikten ve alanda yardım hizmeti sunabileceğine karar verdikten sonra , yardımda bulunacağı alan ve felaketle ilgili olabildiğince detaylı bir alan ve durum değerlendirmesi yapılması gerekmektedir. Buradaki önemli soru alanda hangi hizmetler ve desteklerin olduğu, PİY'i nerede uygulayabilecek olduğudur.

Felakete maruz kalanlarda ortaya çıkabilecek zorluklar

PİY uygulayıcılarının ruh sağlığı profesyonelleri olmaları gerekmediği bilgisi yukarıda verilmişti. Ancak bu uygulayıcıların bir felaket sonrasında felakete maruz kalan kişilerin bu durumdan ruhsal olarak nasıl etkilenebilecekleri bilgisine sahip olmaları da gerekmektedir.

Felekatlerden sonraki erken dönem ki bunu kriz durumu diye tanımlayabiliriz üzüntü ve acı tepkileri fiziksel , ruhsal olarak görülebilir. Fiziksel belirtiler titreme, çarpıntı, acı, ağrı, kasılma, bitkinlik, el ayak kesilmesi, baş ağrısı, iştah kaybı şeklinde olabilir.

Duygusal olarak kaygı, korku, ağlama, yas , keder, kurtulmuş olmaktan veya başkalarını kurtaramamış olmak kaynaklanan suçluluk ve utanç duygusu. Aynı zamanda hayatta kalmış olmaktan duyulan sevinç. Tedirginlik, tetikte olma hali, öfke, sinirlilik, donup kalma, içine kapanma görülebilir.

Şok ve durumları ise özellikle kriz ortamlarında sıklıkla beklenen bir durumdur. O anda kişiler ne olduğunu anlayamama, nerede olduğunu ve hatta ismini bilememe, konuşamama, başkalarına tepki verememe şeklinde şaşkınlık tepkisi gösterebilirler. Kişiler duygusal olarak donukluk yaşayabilir, olayın gerçek olmadığı gibi bir duygu hissedebilirler. Böylece kendi öz bakımlarını ve hatta çocuklarının bakımlarını yapamayabilir, yeme, içme ve karar verme zorlukları yaşayabilirler. Yardım sunacakların olaya maruz kalanların nasıl bir ruh hali içinde olabilecekleri bilgisine sahip olmaları oldukça önemlidir. Bu konuda bilinmesi gereken bir başka durum ise kritik yaşam

olaylarında kişinin olay öncesindeki travma deneyimleri, önceki fiziksel sağlığı, ruhsal sağlığı, olayın şekli, süresi, olaya verdiği anlam, destek sitemleri, hazırlıklı olma, inanç ve değerler sistemi, savunma mekanizaları ve baş etme süreçleri gibi pek çok faktörün kişilerin ruhsal yanıtlarını belirlemede rol oynadığıdır.

Bilinmesi ve ayırt edilmesi gereken önemli bir diğer konu ise kimi felaket mağdurlarının PİY desteğinden daha gelişmiş uzman desteğine ihtiyaç duyabilecek olmalarıdır.

Ciddi yaşamlarını tehdit edecek yaralanmaları olan kişiler, kendileri ve veya çocukları için bakım veremeyecek kadar üzgün olan kişiler, kendilerine ve /veya başkalarına zarar verebilecek, yaşamlarını tehlikeye atabilecek olan kişiler, olay öncesinde bir takım fiziksel, ruhsal hastalıkları olan insanlar PİY dan daha gelişmiş uzman desteğine ihtiyaç duyabilecek kişiler olarak düşünülmelidir.

Yardım

Bilimelidir ki büyük olaylardan sonra pek çok insan zaman içinde kendiliklerinden iyileşirler. İyileşmelerinde özellikle temel ihtiyaçlarının karşılanması ve PİY desteğini almalarının önemli bir yeri vardır. Ancak daha uzun süren acı ve üzüntü içinde olup fazla destek isteyen kişiler yalnız bırakılmamalı, tepkileri geçinceye kadar güvende tutmaya çalışmalı eğer yardım sunacak oradan ayrılmak durumundaysa başkalarından bu kişiler için yardım sağlanmalıdır. Bu kişilerin sakinleşmelerinin sağlanması oldukça önemlidir.

Üzüntülü, acılı insanlar endişelerle aşırı yüklenmiştir ve içinde bulundukları durumun etkisiyle ihtiyaçlarını fark etmekte zorluk çekebilecekleri dikkate alınmalıdır. Kişilerin acil ihtiyaçlarındaki öncelikler için(ilk önce ne yapılmalı) , yaşamlarındaki destekleri tespit etmelerin için yardım edilebilir. Pratik öneriler verilebilir ki bunlar ihtiyaçlarını nasıl sağlayacakları, yardım kaynaklarına nasıl ulaşabilecekleri, kayıt olunması gereken konular varsa nasıl, nerede kayıt olabilecekleri şeklinde olabilir. Kişilerin geçmiş dönemde karşılaştıkları zorluklarla baş etmelerinde nelerin yardımcı olduğu, nelerin onların daha iyi hissetmesine neden olduğunu hatırlamalarının sağlanabilmesi , ve pozitif baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi konusunda yardımcı olunması gerekebilir. Aynı şekilde kişilerin yeniden kontrol duygusunu kazanmaları için doğal baş etme mekanizmalarını kullanmalarına yardımcı olunması da uygundur. Yeterince dinlenmeleri, düzenli yemek yeme, su içmeleri, arkadaşları, aileleriyle vakit geçirmeleri, sıkıntılarını güvindikleri kişilerle konuşabilmeleri, kimi insanlar için yürüme, spor, dua etme, çocuklarla oynama rahatlatıcı olabildiğinden bu kaynakların kullanılabilceği bilgisinin verilmesi yardım edici olacaktır.Kaygı endişe durumlarında sıklıkla görülebilecek olan alkol,ilaç,kafein, nikotin kullanımındaki artışın iyileşmede olumsuz etkileri olabileceğinden uzak durulması gereken bir durumdur. Ailenin bir arada olması, sosyal destek, bireylerin başkalarına yardım edebiliyor , dini destek sistemlerine erişebiliyor olması iyileşme için çok önemlidir.

Sakinleştirmek için yapılacaklar

Kriz durumundaki bir kişinin sakinleşebilmesi için onunla konuşacak kişilerin ses tonunun önemi büyüktür. Ses tonu telaşsız, sakin ve yumuşak olmalıdır. Olabildiğince göz kontağı sağlanmalı ve orada yardım için bulunduğu, kendisinin o anda güvende olduğu bilgisi verilmelidir. Eğer bu kişi yaşadığı olayın “gerçek olmadığı” duygusuna sahipse, ayaklarını yerde hissetmesi, elini yardım verenin omzuna koymasının istenmesi, etrafına bakması ve etrafta neler olduğunu fark etmesinin söylenmesi onun gerçeğe dönmesine yardımcı olacaktır.

Kişiyi rahatlatabilecek bir başka uygulama ise nefesine odaklanması, nefesiyle bağ kurulmasının sağlanması şeklinde olabilir.

Felaketten etkilenenlerle yapılacak yardım çalışmalarında iyi iletişim kurulabilmesi için dikkat edilmesi gerekenler.

Öncelikle bu kişilerle konuşacak sakin bir yer bulmaya çalışılmalı ve belli bir mesafe koyarak kişiye yakın durulmalı. Bu mesafe kişinin yaşına, cinsiyetine, kültürüne kendi mesafe alanına bağlı olarak değişebilir. Kişiyi dinlerken onunla ilgili olduğu ve dinlendiğini baş sallanarak, onaylama sesi çıkararak belli edilebilir. Yardım verenin sabırlı ve sakin olması iletişimi kuvvetlendirecektir. Yardım verenlerin her konuda bilgi sahibi olması beklenemez, bulunan konudan dolayı bilgi sahibi olunmayan konular biliniyormuş gibi davranılmamalı dürüst bir yaklaşımla “bilmiyorum ama sizin için bulmaya çalışacağım” şeklinde davranılması uygun olan yoldur. Kişiler bilgilendirilirken içinde bulundukları durum dikkate alınarak, anlayabilecekleri şekilde, kısa, net, basit bilgilendirme yapılması anlaşılmayı kolaylaştıracaktır. Mahremiyete saygı göstererek, paylaştıkları duygularını dinlerken “çok üzünüm” denilebilir ama “size anlıyorum” uygun bir cümle değildir. Kişilerin anlatımlarında yaptıkları güçlü durumlar olduğunda o durumların olumlanması, kendi kendilerin yaptıkları yardımın vurgulanması kişinin gücünü artırmasında etkili olacaktır.

Yapılmaması gerekenler

Olaya maruz kalan kişilere olanları anlatmaları, neler hissettiklerini anlatmaları konusunda baskı yapılmamalıdır. Kişiler öykülerini anlattığında dinlerken acele edip konuşmalarının kesilmesi kurulabilecek bağın kesilmesine neden olacağından dikkatli ve sabırlı şekilde dinlenilmesi önemlidir. Öneride bulunmak bu durumlarda uygun değildir ancak bilgi verilebilir kişi o bilgiyi isterse kullanır. İnsanlara dokunma konusu özellikle dikkat edilmesi gereken konular arasındadır, eğer uygun olduğundan emin olunmuyorsa yardım verenin insanlara dokunmaması önerilmemektedir. Kişiler yaptıkları yapamadıkları konusunda veya hissettikleriyle ilgili bilgiler verebilirler, onların yaptıkları veya yapmadıkları ve nasıl hissettikleriyle “böyle hissetmemelisiniz” veya “kurtulduğunuz için şanslı hissetmelisiniz” şeklinde ifadeler uygun değildir kullanılmamalıdır. Yapılmaması gerekenlerin arasında, teknik terimlerin kullanılması,

başkasının hikayesinin anlatılması, kendi güçlüklerinin konuşulması, yanlış sözler ve güvencelerin verilmesi de bulunmaktadır. Ayrıca yardım veren in bütün problemleri çözmesinin gerekli olduğu düşüncesine kapılabilir ki bu yanlıştır. Yardım verilene aşırı destek onun yerine karar vermek, onun yapabileceklerini yerine yapmak kişinin kendine bakabileceği duygusunu ve gücünün elinden alınmasına neden olabilir ki bu da ulaşılmak istenen iyilik hali sonucunu bozucu etki yapar. Aksine İnsanların kendi kendilerine yardım etmeleri ve durumlarının kontrolünü geri kazanmaları için yardım edilmesi onların gücünü artıracaktır.

Yardım veren

Güvenilir ve dürüst olunması, kişinin kendi kararlarını verme hakkına saygı gösterilmesi , kendi ön yargılarının farkında olup bir kenara bırakılması, kişinin yaşına,cinsiyetine ve kültürüne uygun davranılması ,mahremiyete özen gösterilip ve kişinin öyküsünün gizli tutulması, insanlara, o anda yardımı red etseler bile gelecekte isterlerse yardıma erişebilecekleri konusunda bilgi verilmesi Pİ yardım verenin etik olarak yapması gereken konulardır. Aynı şekilde yardım eden olarak ilişkinin istismar edilmesi, yardım edildiği için yardım edilenden para veya iyilik istenmesi, yanlış sözler ve bilgiler verilmesi, becerinin abartılması, insanların yardım almaları için zorlanması, insanlara öykülerini anlatmaları için baskı uygulanması, kişinin öyküsünün başkalarıyla paylaşılması ise etik olarak uygun olmayan ve yapılmaması gerekenler olarak belirtilebilir.

Yardım verenin öz bakımı

Yardım verenler felaket ortamları ve felakete uğrayanlarla yaptıkları çalışmalar nedeniyle kendileri de dolaylı olarak travmatize olabilirler .

PİY verecek kişilerin kendilerine bakımı hem yardım sunabilme kapasitesinin artması hem de bireysel rahatlatma ve ileride ortaya çıkabilecek ruhsal zorlukların önlenilmesi açısından için hayati önem taşımaktadır. Yardım verenlerin kendilerini sıkıntıda hissettiklerinde, dolaylı olarak maruz kaldıkları bu durum ile ilgili rahatsız edici düşünce ve anıların olması, çok üzgün, gergin endişeli, sinirli hissedilmesi, uyuma güçlüğüünün olması, bu deneyimle baş etmek için kendi kendine ilaç ve veya alkol kullanılması ve bu zorlukların bir aydan uzun sürmesi durumunda profesyonel yardım aramalarının gerekli olduğu bilinmelidir.

Kaynaklar

1. Bisson, J.K. & Lewis, C. (2009) *Systematic Review of Psychological First Aid*, Commissioned by WHO.
Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007) *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC. http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf.

2. Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen A.B, Ajdukovic.D, Jehel.L, Johansen V.J, Nordanger.D, Orenge Garcia F, Punamaki. RL, Schnyder.U, Sezgin AU, Wittmann .L, Olff.M TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process *The British Journal of Psychiatry* (2010) 196, 69–74.
3. Blain D, Hoch P, Ryan VG. A course in psychological first aid and prevention: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1945; 101:629-34 Drayer CS, Cameron DC, Woodward WD, Glass AJ. Psychological first aid in community disasters. *JAMA* 1954; 156:36-41; PMID: 13183803/)
4. Hobfoll S, Watson P, Bell C, Bryant R, Brymer M, Friedman M, et al. (2007) Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry* 70 (4): 283-315.
5. Ruzek JI, Brymer MJ, Jacobs AK, Layne C M, Vernberg EM, Watson PJ (2007) Psychological First Aid *Journal of Mental Health Counseling* Volume 29/Number 1/January 2007/Pages 17-49
6. The Sphere Project (2011) Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva: The Sphere Project. , 2011. <http://www.sphereproject.org>
7. World Health Organization. (2010) mhGAP intervention guide for mental health, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme, http://www.who.int/mental_health/mhgap.
8. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2013). Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers. WHO: Geneva http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/

İNSANİ YARDIM GEREKTİREN DURUMLARDA MÜLTECİ VE SİĞINMACILARIN CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

Doç. Dr. Gürkan Sert

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Tıp AD, HAYAD

İnsani yardım gerektiren durumlar kısaca insani krizin olduğu durumlar olarak tanımlanabilir. İnsani yardım gerektiren durumlar, doğal nedenler ya da insanlar tarafından meydana getirilen nedenler ile o bölgede yaşayan insanlar üzerinde büyük bir olumsuz etkiye neden olan durumlardır. Örneğin silahlı çatışmalar, doğal afetler, soykırım ya da bulaşıcı enfeksiyon salgınları bireylerin ve ailelerin hayatlarını tehlikeye altına bırakıp, bireylerin evlerini terk etmelerine neden olabilir. Bu durumda bireyler destek ve hizmetlere ihtiyaç duymalarını neden olabilir. İnsani yardım gerektiren durumlarda bireylerin sağlığı, yaşamı, güvenliği ve emniyeti, geçim kaynakları ve nüfusun büyük çoğunluğunun iyiliği tehdit altındadır. İnsani yardım gerektiren durumda toplumun devamında önemli bozulmalara neden olan, toplumun kendi kaynaklarıyla yetebilmesini engelleyecek derecede insani, maddi ya da çevresel geniş çapta kayıplar söz konusudur. Örneğin çatışma veya doğal afetler bireylerin evlerini yaşam alanlarını yaşadığı topluluğu çok büyük zararlara maruz bırakabilir. Bu nedenler ile insanlar sağlıklı olmayan barınma koşullarından güven içinde yaşam sürdürmeye sağlıklı beslenmeye kadar pek çok temel ihtiyaçtan yoksun bir hale gelebilirler. Bu durum bireylerin haftalar, aylar hatta yıllarca kaçak ya da geçici yerleşim yerlerinde yaşamalarına neden olabilir ve pek çok sorun ile karşılaşabilirler. Örneğin Aile ve toplumlarının koruma ve desteğinden yoksun kalan mülteci ve sığınmacılar, cinsel şiddet, suistimal ve sömürüye karşı daha kırılgan olabilirler. İnsani krizde hastalıklar, salgınlar, psikolojik rahatsızlıklar ve travmalar, şiddet gibi geniş dereceli sorunlarda artma, ölüm oranlarında yükselme, su eksikliği, gıda kıtlığı ve açlık gibi önemli sorunlar, toplumlarda ve büyük maddi kayıplar da dahil olmak üzere ekonomilerde geniş çapta hasarlar, nüfusun yer değiştirmesi, geniş dereceli, çok boyutlu insani yardım desteği ihtiyacı her zaman kendini gösteren olumsuzluklardır. İnsani krizler göreceli olarak kısa ömürlü olabileceği gibi nüfusu yıllarca etkileyebilecek derecede uzun ömürlü de olabilir.

İnsani kriz sırasında bireyler topluluklarında kaldıkları gibi, kendi ülkelerinde veya başka ülkelere doğru yer değiştirebilirler. Mültecilik ve sığınmacılık kavramları konusunda farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Bu tanımlamaların içeriği incelendiğinde en temel ifade ile *mültecinin ve sığınmacının çatışma, doğal ya da diğer insani kriz nedeniyle uluslararası sınır geçen kimse olarak tanımlandığı görülmektedir*. Mülteci ve sığınmacılar, yol güzergahları üzerinde, hedef veya transit ülkede insan hakları ihlallerine maruz kalabilmektedir. Son dönemlerdeki savaş ve çatışma ortamı Türkiye'yi bulunduğu coğrafi konum nedeniyle göçün hedef ülkesi veya geçiş ülkesi haline getirmiştir. Bu kadar

büyük bir göç Türkiye'yi siyasal, toplumsal, güvenlik ve ekonomik birçok sorunla karşı karşıya bırakmıştır.

Hem uluslararası anlaşmalara hem de iç mevzuata göre Devletlerin, ülke içinde yerlerinden edilmiş kişilere ve mültecilere yönelik kısa erimde gıda, barınma, sağlık, eğitim ve sosyal hizmetlerle koruma sağlaması; uzun erimde ise bu kişilerin topluma uyumlarını desteklemesi, gönüllü dönüşlerini ve mülteciler açısından üçüncü bir ülkeye yerleştirilmelerini kolaylaştırması gerekmektedir.

İnsani krizlerden birinin sonucu olan mülteciler ve sığınmacılar arasında da ayrıca kırılgan bir yapıya sahip olan gruplar vardır. Çocuklar, özellikle yalnız olan ya da ailesinden ayrılanlar; ergenler ve gençler, özellikle genç kızlar; yoksullar; okur yazarlığı olmayanlar; hamile ve emziren kadınlar; aile desteğinden uzak yaşlılar; engelliler; HIV ile yaşayanlar ve diğer kronik durumları olanlar; özel ihtiyaçları olanlar; ve azınlıklar ya da marjinal gruplar. Gençler arasında en kırılgan gruplar genç ergenler (10-14), kız çocukları da dahil olmak üzere çocuk askerler, hamile ergenler, refakatsiz gençler, öksüzler, yaşamı sürdürebilmek için seks işçiliği yapan ergenler, cinsel şiddet, insan ticareti ve diğer şiddet türlerinden kurtulan ergenler, HIV ile yaşayan gençler, engelliler, yerli halk ve göçmenler. Mülteci ve sığınmacılar arasında ayrıca kırılgan bir yapıya sahip olan ergen ve gençler bazı sorunlar ile karşılaşmaktadır.

Aile, arkadaşlar, öğretmenler ve diğer sosyal ve toplumsal ağlardan ayrılma

- Eğitimi yarıda bırakma
- Topluluğun ve sosyal ağların bozulması
- Geçim kaynağının, güvenlik ve muhafazanın kaybedilmesi
- Yapısal hasar ya da artan talep nedeniyle sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması
- CS/ÜS konusunda bilgi, danışmanlık, test, tedavi, önleme, aile planlaması, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yokluğu
- Şiddetin, stresin olduğu ya da sağlıksız olan yeni bir ortama girmek
- Kamplara kapatılmak.
- Günlük aktivitelerin kesintiye uğraması nedeniyle daha çok boş zamanın olması.
- Olumlu bir yetişkin rol model ya da destek ağı olmadan, yetişkin rolünü üstlenme zorunluluğu.
- Özellikle genç kızların karşılaştığı, erkeğe itaat etmelerinin istenmesi, ailenin bakımından sorumlu olmak, evde kalmak gibi toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılık.
- Cinsel şiddet, aile işi şiddet, kadın sünneti, zorla erken evlilikler de dahil olmak üzere toplumsal cinsiyet temelli şiddet. Bu gibi şiddet türlerinden kurtulsalar dahi kadınlar

ve genç kızlar psikolojik problemler de dahil olmak üzere sosyal damgalama ve ayrımcılıkla daha fazla yüzleşme riski altındalardır.

- İnsan ticareti ve para ve diğer ihtiyaçların cinsel ilişki karşılığında karşılanması; zorunlu erken evlilikler gibi artan sömürü neticesinden HIV, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, erken doğum, güvenli olmayan kürtaj gibi CS/ÜS'e bağlı riskler.
- Silahlı güçler ya da gruplar tarafından alınma ile cinsel sömürü ve istismar, HIV/cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, madde kullanımı, ruh sağlığı ve psikolojik problemler yönünden kırılganlığın artması.
- Genç kızlar istenmeyen gebelikler ve güvenli olmayan kürtaj riskiyle karşılaşır.

Bu sorunlar ergenleri bazı olumsuz hislere sevk edebilmektedir:

Dış yardıma bağımlı hale geldikleri için aşağılanmış.

- Korkmuş, stresli, üzgün, yararsız, sıkılmış.
- Gelenekler norm ve rollere uyma zorunluluğu nedeniyle, özellikle genç kızlarda, ayrıca baskı altındaymış gibi.
- Umutsuz, kötümser, kontrolü kaybetmiş ve bunun sonunda aşırı kaderci hale gelerek pozitif bir gelecek düşünemeyecek hale gelmek.
- Hayatta olduğu için kızgın, ümitsiz ve kendinden tiksiniş.
- Sinirli
- Hapsedilmiş ve ayrımcılığa uğramış.

Ergen ve gençlerin sürüklendiği bazı olumsuzluklar da ortaya çıkmaktadır:

Yiyecek, barınma ya da korunma ihtiyaçları için okulu bırakmak, evlenmek ya da işe girmek.

- Kendilerini ve ailelerini desteklemek için hırsızlık yapmak ya da adi suçlara teşebbüs etmek.
- Özellikle erkek çocuklar ve gençler erkeklerin birbiri arasında ve genç kadınlara yönelik şiddet içeren davranışlarda bulunmaları.
- Yiyecek, korunma, barınma ya da para karşılığı cinsel hizmetlerin pazarlanması.
- Güvenli olmayan cinsel ilişkiler, şiddet ve madde kullanımı gibi yüksek riskli davranışlarda artış.

Bu kapsamda incelendiğinde ergen ve gençlerin özellikle cinsel sağlık üreme sağlığı ve cinsel haklar ve üreme hakları konusunda daha fazla sorun ile karşılaştığı görülmektedir.

Ergen ve gençlerin CS/ÜS bilgisi ve hizmetlerine erişimlerindeki engellerin azalması ve

ihtiyaçlarının karşılanması sağlanması önemlidir. Bu bireylerin CS/ÜS-HIV-Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet konularında eğitimleri, kendi sağlıklarından sorumlu olmaları ve sağlıklarını korumaları için gençlerin bilgi, tutum, inanç ve becerileri geliştirme ve/veya değiştirmesi için önlemler alınması bir gerekliliktir. Ayrıca gençlerin kendilerini koruyabilmeleri ve daha sorumlu davranışlarla bulunabilmeleri için genç dostu sağlık hizmetlerine erişimleri gerekmektedir. Örneğin; Cinsel olarak aktif olan bir genç kondomlara erişemezse kendisini CYBElere karşı nasıl koruyabilir? Ya da aile planlaması yöntemlerine ve danışma hizmetlerine erişemeyen gençler gebeliği nasıl önleyebilir? Bu örnekler insani yardım gerektiren durumlarda sağlık hizmetlerinin belirlenmesi ve gençlerin buralara yönlendirilmesinin önemini göstermektedir. Bu kapsamda mülteci ve sığınmacı gençlerin ve ergenlerin özellikle bazı konularda bilgilendirilmesi önemlidir. Ayrıca bu konuda bazı belirlmelerin yapılması da gereklidir.

Hangi hizmetler veriliyor? Nerede?

Gençler tarafından erişilebilir mi? Değilse, neden?

Gençler tarafından kullanılabilir mi? Değilse, neden?

Gizlilik ve mahremiyet sağlanıyor mu?

Gençlere dürüstçe davranılıyor mu? Hizmetler yaşa özel mi? Hizmetleri kim sunuyor?

Hizmetler aynı cinsiyetteki danışmanlar ya da sağlık sunucuları tarafından mı sunuluyor? Değilse, muayeneler sırasında aynı cinsiyette birisi destek için odada bulunuyor mu?

Kurum ya da klinik bilgi, danışmanlık, gizli ve gönüllü HIV testi, aile planlaması yöntemleri, CYBE tedavisi sunuyor mu? İhtiyaç halinde HIV tedavi ve bakımına yönlendirme yapılabilir mi?

Şiddete uğramış gençler nerelere danışabiliyor? Psikolojik destek almaya yönlendiriliyorlar mı? Nereye ve nasıl?

Toplumsal cinsiyet normları kadınları ve özellikle genç kızları belli sağlık sorunlarına daha kırılgan hale getirmektedir. Bu durum kadınların ve genç kızların sorunları çözebilme becerisine zarar vermektedir. Özellikle insani yardım gerektiren durumlarda olumsuz sonuçların ciddiyeti daha yüksektir. Örneğin: evli olmadıkları gerekçesiyle genç kadınlara doğum öncesi bakım hizmetinin verilmemesi, bu genç kadınların profesyonel olmayan hizmet almaya ya da hiç hizmet almamasına neden olabilecektir. Bu durum da sonrasında istenmeyen gebeliklere, doğumlara yönelik sorunlara ya da kürtaja neden olabilecektir.

Genç kızların okullarını bırakmalarına neden olan erken evlilikler ve doğumlar da ergen ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki ihtiyaçlarını artırmaktadır. Genç erkeklerin toplumsal cinsiyet normlarından negatif olarak etkilenmesi genç erkekleri

erken cinsel ilişkiye girmeye teşvik edebilmektedir. Bu durum onları HIV ve diğer CYBEle bulaşına yönelik risk altında bırakmaktadır.

Tüm bu sorunlar kapsamında cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin mülteci ve sığınmacı ergen ve gençlere sunulması bunlara ulaşmasının kolaylaştırılması kadar bu bireylerin bu başlıklarda sürdürülebilir eğitimler ile bilgilendirilmesi gereklidir.

Bu kapsamda insani yardım gerektiren durumlarda özellikle ergen ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ulaşmasını sağlamak bu konuda insani krizlerin özelliklerine göre önlemler almak ergen ve gençlerin yaşam hakkının ve sağlık hakkı açısından taşıdığı önem kadar bunların kendini geliştirme hakkı açısından da önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. İnsani Yardım Gerektiren Durumlarda Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Akran Eğitimi: Eğitim Rehberi. UNFPA
2. Karadeniz O; Türkiye'de Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerinden Yararlanması ile İlgili Yasal Durum. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Projesi. Danışman Doç. Dr. Gürkan Sert.
3. Eren B; İnsan Ticareti Mağdurları ve Mülteci/Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Bir STK Deneyimi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013, 26. Sayı, s: 50-55.

GÖNÜLLÜ SAĞLIKÇILARIN VE ARAMA KURTARMA EKİPLERİNİN, AFET KURBANLARININ ADLI KİMLİKLENDİRMESİ VE DEFİN İŞLEMLERİ KONULARINDA BİLMESİ GEREKEN BAZI HUKUKİ DURUMLAR

Yrd.Doç.Dr. Mustafa Ferudun Çelikmen

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D.

Gönüllü sağlıkçıların en büyük avantajı, birçoğunun normal iş günlerinde de, adli ve medikal bir çok sürecin yaşandığı afet ortamlarını andıran acil servis, ambulans gibi “insan yaşamına” uzanan alanlarda çalışan “profesyoneller” olmalarıdır. Başka hiç bir ekip de kolay kolay bulunmayacak bu bilgi, deneyim, soğukkanlılık ve kanunlara, kurallara bağlı davranış biçimi, afet sahasında da ödün verilmeden sürdürülmelidir.

Bir dakikadan az sürede yüz binlere varan hatta aşan ölümlere yol açan, insan ya da doğa kaynaklı büyük afetler her zaman olmuştur ve olmaya devam edecektir. Afetlerin ortak özelliği, ne zaman ve nerede meydana geleceğinin kestirilememesidir. Ancak yaşanan acı tecrübelerden ders almak, yaşanacak afetlerin yol açacağı hasarı azaltmaya yardımcı olabilmektedir. İnsanların bu üzücü olaylardan ders çıkardığı düşünülse de, ülke genelinde tüm kurum ve kuruluşlar nezdinde afetlere hazırlık çalışmalarının sürekli ve sürdürülebilir olmasının zorunluluğu aşikardır.

Gönüllü sağlıkçıların, adli yönden tüm afet alanlarının aynı zamanda birer kriminal saha gibi olduğunu unutmamalıdır. Özellikle dijital görüntüleme imkanlarının artık çok yüksek kalitede cep telefonlarına dahi sığıldığı günümüzde felaket kurbanlarına ilk ulaşıldığı andan itibaren ister yaralı ister ölü tüm insanlar müdahale öncesi, anı ve sonrasında görüntülenmelidir.

Sınır tanımayan felaketlerde gidilen ülkede ,iyiniyetle yardıma koşar iken en basit damar yolu açma girişiminin bile ülkeden ülkeye değişen, başta felaketzede ya da yakınlarından yazılı onam almak gibi işlemleri olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bulunulan ülkenin sosyal, etik, moral değerleri de gidilmeden önce süratle incelenmeli, özellikle yıkıma uğramış bir yörede artan hassasiyetler dikkate alınmalıdır.1999 Tayvan depreminde 30 m lik tünel ucunda ulaştığımız depremzedeye saatler sürecektir çıkarma işleminden önce ulaşabildiğimiz alt ekstremiteden mayı vermek istediğimizde,dini inancından ötürü “vücuduna damardan sıvı verilemeyeceği” gibi bir dirençle karşılaştık. Yerel hekimleri “crush–ezilme yaralanmaları” ile ilgili erken dönem sıvı replasmanının yaşamsal önemi konusunda ikna etmemizin ardından, onların izahı ile afetzede yakınlarının yazılı onamını almak sureti ile işlemi gerçekleştirebilmiştik. Bizim ülkemizde

bile yöreden yöreye değişebilen değer yargıları, farklı kültürel öğelerin afet anlarında çok daha hassas hale gelebileceği unutulmamalıdır.

Özellikle yurtdışı operasyonlarda başta Birleşmiş Milletler ve onun afetlerle ilgili tavsiye grubu INSARAG olmak üzere uluslararası kurumlarla işbirliği içinde olmak, afetlerden en çok etkilenen yoksul ülkelerde yardıma giden Gönüllü sağlıkçıların başta can ve mal güvenliği olmak üzere daha etkin ve sistemli çalışmasını sağlayacaktır. Uluslararası hukuka göre katılınan kurtarma faaliyetlerinde gerek medikal gerek diğer yardım girişimleri belirli kural ve anlaşmalar çerçevesinde yürütülüğünde hız ve koordinasyon açısından da daha yararlı olacaktır. Yine bir örnek vermek gerekir ise 1999 Yunanistan-Atina depreminde o zamanlar bugünkü kadar etkin olmayan INSARAG normlarının uygulanmaması yüzünden bir başka yabancı kurtarma ekibi yanlış davranmakla, hatta enkaz altındaki yaralıya zarar vermekle itham edilmişti. Benzer bir durum BM tarafından koordine edilmemiş bir operasyonda maddi varlıklarının kaybolduğu yönünde şikayette bulunan afetzedelerce yine başka bir afet alanında kurtarma ekiplerini zan altında bırakmıştı.

Acil tıbbi yardım ve kurtarma sırasında ve sonrasında istenmeyen sonuçların yaşanması olasılığı normal hayata göre afet alanında daha fazladır. Bu durum Gönüllü sağlıkçıların hukuki ve cezai sorumluluğunu gündeme getirmektedir ki bu da haklı olarak medikal kurtarma girişimlerinde tereddütlere yer verebilecektir.

Konuyu anlamak için önce ceza hukukunun suç nedir suçun unsurları nedir gibi bazı genel prensiplerini hukuk teorilerine ve ayrıntılarına girmeden tekrar etmek gerekir.

Suçu herkes değişik biçimde tanımlayabilir. Biz suçu hukuk düzeninin ya da ceza yasalarının ihlali olarak tanımlamak istiyoruz. Bir fiilin suç olabilmesi için bazı unsurları bünyesinde taşıması gerekir ki bunlara da suçun unsurları demekteyiz. Bu unsurlar üçe ayrılır.

Suçun kanuni unsuru; eylemin yasada tanımlanması demektir. Eğer eylem yasalarda yazılı tanımlara uymuyorsa suçtan söz edilemez. Suçun ikinci unsuru maddi unsurdur. Buna da kısaca eylem diyoruz. Eylemsiz olarak suç işlemek mümkün ise de ayrıntılardan kaçınmak zorunluluğu nedeniyle bu konuya değinilmeyecek. Suçun üçüncü unsuru manevi unsurdur. Buna da kusurluluk denilmektedir. Kasıt ve taksir şeklinde ortaya çıkar. Kasıt eylemin sonuçlarını bilerek yapma iradesi, taksir ise eylemin istenmesi ve fakat sonucun istenmemesi iradesidir.

Kısaca belirtilen bu unsurlardan bir tanesinin bile olmaması suçun oluşmasına engel olur. Gönüllü sağlıkçıların afet sırasındaki görevinde kasıtlı suç işlemesi söz konusu olmayacağından incelememiz taksirle işlenmiş suçlara yönelik olacaktır.

Her tıbbi müdahale normal sapma ve beklenmeyen gelişme riski altındadır. Önceden bilinmeyen sapmalar halinde hekimin sorumluluğundan bahsedilemez. Yeter ki yukarda

sözü edilen dikat ve tedbir unutulmuş olmasın. Burada akla gelen soru hekimin dikkat ve tedbiri nedir meslekte acemilik yapısı yamadığını bir ceza uygulanmacısı bilebilir mi sorusu olacaktır. Gerçekten de C.Savcısı ve Hekim bunu bilecek durumda değildir. Bu mesleki uzmanlık isteyen bir konudur. Hekimde ortada taksir kabul edilebilecek bir durumun olup olmadığını öğrenebilmek için uzmanlığı kanıtlanmış sağlık görevlisi bilirkişi heyetinden görüş alır. Türk ceza hukuku uygulamasında bilirkişi olarak Yüksek Sağlık Şurası başvuru makamıdır.

Türk Ceza Kanunun'da, gerek kendisini gerekse başkasını, kendisinin sebebiyet vermediği tehlikeden kurtarmak için suç işlemek zorunda kalan kişiye ceza verilemeyeceğini belirtmektedir. Zorunlu koşullarda suç işleyen kişiler bile yasanın koruması altında iken aynı koşullarda hem de suç işleme kastı olmadan can kurtarmaya çalışan sağlık personelinin çalışma koşullarından kaynaklandığına inandığımız olası bir taksiri hem kamu vicdanında hem de ceza uygulamasında aklanmayı her zaman hak etmektedir.

Ama tekrarlamakta yarar var, çağımız dijital çağı, çağımız bilişim çağı. Olabildiğince belge ve bilgiler ışığında davranmakta her zaman yarar vardır. İnsanoğlu acıları bazen yanlış yere yansıtabilir, her insan stres koşullarda farklı reaksiyon gösterebilir ve akut dönem geçtikten sonra kimi kişiler nankörlük de denebilecek reaksiyonlar içinde olabilir. Gönüllü sağlıkçıların en büyük avantajı çoğunun afet ortamlarını andıran, adli ve medikal tüm süreçlerin yaşandığı acil servis, ambulans gibi “insan yaşamına” uzanan alanlarda “profesyoneller” olmalarıdır. Başka hiç bir ekip de kolay kolay bulunmayacak bilgi, deneyim, soğukkanlı ve kurallara bağlı davranış biçimi afet sahasında da ödün verilmeden sürdürülmelidir.

Afetin ardından ilk akla gelen, hayatın olağan akışına geri dönmesidir. Hayatta kalanların, normal yaşamlarına geri dönmelerinin sağlanması, daima birinci öncelik olacaktır. Ancak yakınlarını kaybedenler, normal yaşama dönebilmek için sevdikleriyle vedalaşmaya ihtiyaç duymaktadır. Ölümü kabul etmek, hukukun de insani bakımdan da gereklidir. Doğru ve güvenilir bir kimliklendirme, hem ölüm sonrasında yaşanacak yasal süreci başlatacak, hem de sevdiklerini kaybedenlerin, onları dini inançlarına uygun bir şekilde son yolculuklarına uğurlamalarına ve yaslarını tutmalarına izin verecektir. Devlet bütün kurumları ile afetlerin ardından yaşanacak sürece bir bütün olarak önderlik etmelidir. Hayatta kalanların ihmal etmeyen ve fakat ölenlerin gereksinimlerini de karşılayacak bir planın hazır olması gerekmektedir. Hayatını kaybedenlere yaklaşımın, kalan aile bireyleri ve hatta toplumun geneli üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğu unutulmamalıdır.

Ölümlerin defin işlemlerinin az bilinen ama önemli boyutlarından birisi de cenazelerin hayatta olanların sağlığına zarar vermeyecek, uygun biçimde gömülmesini sağlamaktır. İnsan cesedi uygunsuz koşullarda gömüldüğünde önemli toplum sağlığı sorunlarına yol açabileceğinden yasalar ve kurallara bağlanmıştır. Bu hususta hem hekimlerin hem de idari makamların sorumluluğu bulunmaktadır. Burada ölünün toplum sağlığına zararsız şekilde gömülmesini sağlama sürecinde gönüllü sağlıkçıların, hekimlerin görev ve yetkilerini

bilmeleri gerekir. Çok büyük afetlerde bu tür görevlendirmelerle muhatap olunabileceği unutulmamalıdır. Pek çok ülke bu konuda gerek ulusal, gerek uluslararası düzeyde çalışma prensiplerini ortaya koymuştur. DVI (Disaster Victim Identification), felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi için kullanılan uluslararası bir kısaltmadır. Dünyadaki uygulamaları genel olarak İnterpol şemsiyesi altında yapılmaktadır, ancak İnterpol'ün doğrudan bir DVI birimi yoktur. Her ülkede kendi koşulları içinde ulusal ve uluslararası operasyonlarda görev alacak DVI ekiplerini oluşturmak ve yönetmek ile yükümlüdür. Burada belirleyici olan ülkenin mevcut durumu ve yasal düzenlemelerdir.



Resim 1. Haiti depreminde şehir morgunun önünde kimliklendirmeyi bekleyen deprem kurbanları (2010 Haiti Depremi, merkez üssü başkent Port-au-Prince'e 25 km uzaklıkta ,7,0Richter büyüklüğünde ,21:53:09, 12 Ocak 2010)

Felaket kurbanlarının kimliklendirilmesinde uluslararası standartların geliştirilmesi ve bunların uygulamaya konulması için İnterpol tarafından ortaya konmuş, tavsiye niteliğinde kapsamlı bir rehber mevcuttur. Bu rehber Güney Pasifik'te 2004 yılının son günlerinde meydana gelen deprem ve bunu izleyen tsunami sonrasında İnterpol şemsiyesi altında gerçekleştirilen ve tarihin en büyük kimliklendirme operasyonunun deneyimleri, geri bildirimleri ve çıktıları ışığında gözden geçirilmiş ve 2009 yılında revize edilmiştir. İnterpol üyesi olan Türkiye'de, diğer üye ülkeler gibi, bu tavsiyeler doğrultusunda kendi ekiplerini oluşturmak, sevk ve idare etmek durumunda olsa da, ülkemizde henüz yapılandırılmış bir DVI ekibi bulunmamaktadır. İnterpol, DVI operasyonlarında belirli standartlara ulaşmak, bu standartları sürdürmek ve geliştirmek ve uluslararası ilişkileri kolaylaştırmak için her İnterpol üyesi ülkenin bir ya da daha fazla daimi Felaket Kurbanlarını Kimliklendirme Komisyonu oluşturmasını tavsiye etmektedir. Bu komisyonların sorumluluğu yalnızca felaket anında oluşan kriz durumuna vereceği yanıt ile sınırlı olmamalı, aynı zamanda olası DVI operasyonlarının önceden planlanması ve bu operasyonlarda görev alacak kilit personelin eğitimi gibi konuları da içine almalıdır.



Resim 2. Felaketler, doğaları gereği beklenmeyen anlarda ve aniden ortaya çıkarlar. Böyle bir durum karşısında kimliklendirme de başarılı bir çalışma sergileyebilmek için iyi bir organizasyona, güçlü bir koordinasyona gereksinim duyulmaktadır.
Haiti Depremi, 12 Ocak 2010(200.000 ölü!).

DVI operasyonlarda görev alacak kişilerin olağanüstü koşullara, imkansızlıklara, zaman baskısına, duygusal strese hazırlıklı olabilmesi, başarının önemli bir parçasını teşkil etmektedir. DVI ekibinin üyeleri bu çalışmalarda günlük rutin görevlerinin dışına çıkabilmeli, olaylara farklı bir bakış açısıyla, yani salt kurbanların kimliklendirilmesi açısından bakabilmelidirler. Operasyon sonrasında rutin çalışma hayatlarına dönmek konusunda da yine aynı başarıyı gösterebilmelidirler. Bu nedenle DVI çalışmaları, salt felaket anındaki organizasyon ile sınırlı olmayıp, öncesi ve sonrasını da kapsamalıdır.

DVI ekibinin daimi kadrosunda az sayıda personel asli olarak görevlendirilmelidir. Esasen çalışmaları kesinlikle gönüllülük prensibine dayanan çalışmalardır. Bu nedenle gerekli personelin, DVI ekibinin bağlı olduğu organizasyonunun içinden ve dışından bu çalışmaların çeşitli aşamalarda görev almak isteyen gönüllü kişiler arasından seçilmesi gerekmektedir. Alarm durumu dışında kalan zamanlarda DVI ekibi içinde yer alan personel, rutin görevlerini sürdürecektir. Bu gerek kolluk kuvvetleri içindeki personel için, gerekse adli tıp uzmanları ,acil tıp uzmanları ve adli diş hekimleri için geçerlidir. Gönüllü sağlıkçıların uygun eğitimlerle DVI bilgi ve becerisi kazandırıldığında büyük afetlerde uzmanlar yanında çalışmaları sağlanabilir.

Her ülke kendi sınırları içinde olası felaketlerde kullanılabilecek imkanları önceden belirlemelidir. Bunun sağlanabilmesi ilgili kurum ve kuruluşların sıkı bir işbirliği içinde ve güçlü bir iletişim halinde olabilmeleri gerekmektedir. Ülke içinde geçici morg binası olarak ya da cesetlerin muhafazası için kullanılabilecek yapılar, örneğin buzhane imkanları, hastanelerin morgları, üniversitelerin imkanları, özel şirketlerin uygun

mekanları veya soğutuculu tırları hususunda önceden bilgi alınmalı ve gereken hallerde süratle devreye sokulabilmelerini sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır. DVI ekibi içinde yer alması gereken kilit personel adli tıp uzmanları, acil tıp uzmanları, adli diş hekimleri, parmak izi uzmanları, fotoğrafçılar, otopsi teknisyenleri, diş hekimi yardımcıları ve idari hizmetleri yerine getirecek personeldir. Ayrıca gerek ekibe gerekse yakınlarını kaybetmiş ailelere psikolojik destek verebilecek personelin de ekip içinde yer alması önerilmektedir. Ekip içinde yakınlarını kaybetmiş ailelere manevi yönden destek sağlayacak bir din görevlisinin olması da tasfiye edilmektedir. Bir kitlesel felakette yaşamını yitirmiş olan bir bireyin doğru olarak kimliklendirilmesi DVI ekibinin her üyesinin birincil sorumluluğudur. Bu nedenle ekip içinde görev alan her uzman hatasız sonuçlar üretmek ve ürettiği sonuçların doğruluğunu göstermekle yükümlüdür. Artan uluslararası işbirliği, birbiriyle uyumlu araştırma yöntemlerine ve sonuçların karşılaştırılabilirliğine olan ihtiyacın artmasını da beraberinde getirmiştir. Tsunami felaketi sonrasında yapılan DVI çalışmalarında, operasyonda yer alan ülkelerin DVI ekipleri son aşamada bir kalite kontrol basamağını çalışmalarına dahil etmişlerdir. Kimliklendirilmesi tamamlanan cesetler, numaraların kontrol edilmesinden başlayarak, cinsiyet, boy, kilo ve dental bulgular açısından yeniden gözden geçirilmiştir.

Kimliklendirme, hangi metodolojiye dayanırsa dayansın üç aşamalı bir süreçtir.

1. Antemortem verilerin toplanması,
2. Postmortem bulguların elde edilmesi,
3. Karşılaştırma,

Karşılaştırmaya dayalı bir yöntem olduğundan, karşılaştırılacak meteryalin bulunması kimliklendirme çalışmalarında esastır. Gönüllü sağlıkçıların özellikle karşılaştırmaya esas materyalin özgün hali ile bulunması, korunması ve kimliklendirme için ilgili mercilere iletilmesinde özenle çalışması çok önemlidir. Ölüm öncesi verilere ulaşmak, ölüm sonrası bulguları elde etmek ve tüm bunları güvenilir bir şekilde karşılaştırmak ve eşleştirmek, pozitif kimliklendirmenin özünü teşkil etmektedir. Örnek vermek gerekirse enkaz altında bir cesetle 3. ya da 5. gün gibi geç bir süreçte karşılaşılan ilk görevli bir UMKE üyesi ise ve bu cesette ölüm katılığı henüz çözülmemişse kurbanın uzun süre enkaz altında canlı olarak kurtarılmayı beklediği düşünülecektir. Bu yüzden ilk görenin ölüdeki morluk, katılık vs postmortem bulguların tümünü eş zamanlı olarak kaydetmesi gereklidir.



Resim 3. Afet kurbanları bir kez bulundukları yerden çıkarıldığında kimliklendirme ile ilgili bir çok veri kaybolmaktadır. Kurbanın bulunduğu yerin zellikleri, koordinatları, adres, cesedin üzerindeki kiler, vb kimliklendirme için kritik bilgiler mutlaka kaydedilmeli, görüntülenmelidir.

Dünya Bankası'nın verilerine göre doğal felaketler dünyada giderek daha sık görülmekte ve etkileri gerek insani, gerekse ekonomik maliyet açısından her zamankinden daha güçlü olmaktadır.

Doğal felaketlerde alt yapının çökmesi ulaşımda ve lojistik desteğin sağlanmasında güçlüklerle yol açmaktadır. Ayrıca antemortem verilere ulaşmak çok zor, hatta imkansız olabilmekte, dolayısı ile doğal felaketlerde ölenlerin kimliklendirilmesi farklı bir yaklaşım gerektirebilmektedir. Öncelik altyapının yeniden oluşturulmasına verilecektir.



Resim 4. Eğer ölenlerin sayısı çok fazla ve kimliklendirme çalışmaları hemen yapılamıyor ise, kurbanların sistematik bir şekilde, uygun bir zamanda kimliklendirilmek üzere toplu mezarlara gömülmesi izlenebilecek bir yoldur.

(2004 Hint Okyanusu depremi ve tsunamisi, 26 Aralık 2004 günü saat 00:58:53, 9.1 ila 9.3 olan büyüklüğüyle, bir sismografla kaydedilmiş olan bugüne kadar ki en büyük üçüncü depremdi)



(2004 Hint Okyanusu depremi ve tsunamisi, 26 Aralık 2004, 230.000 den fazla ölü!)

Ancak bunu yaparken, tüm kurbanların fotoğraflanması, numaralandırılması ve tüm sürecin düzenli bir şekilde belgelenmesi şarttır. Gönüllü sağlıkçıların ilk müdahil ekipden olmaları durumunda bu belgelendirmeyi yapmaları gerekebilir. Bu belgelerin çok iyi muhafaza edilmesi gerekmektedir. İleride, altyapının yeniden eksiklikleri giderildikten, günlük yaşam yeniden düzene girdikten sonra bu toplu mezarlar açılarak, kimliklendirme çalışmalarına başlanabilir. Kurbanların toplu mezarlara gömülmesinden önce bir mikroçip yerleştirilmesi ise önerilen diğer bir yöntemdir. 2004 yılının sonlarında yaşanan Tsunami felaketinden sonra gerçekleştirilen şu ana kadar dünyanın en büyük DVI organizasyonu, bu anlamda ciddi sorunları göz önüne sermiş ve çözüm arayışlarını da beraberinde getirmiştir. Avusturya DVI ekibi 2005 yılının başlarında kurbanların bedenlerine “radio frequency identification device” (RFID) olarak bilenen bir mikroçip yerleştirerek, pratik bir çözüm sunmuştur.

1999 yılında ülkemizde meydana gelen depremde yaşamlarını yitirenlerin kimliklendirilmesinde çeşitli zorluklarla karşılaşmıştır. Çok geniş bir coğrafik alanın etkilenmiş ve altyapının çökmüş olması, iklim koşullarının cesetlerin kısa sürede bozulmasına yol açması, iletişimin çok kısıtlı yapılabilmesi, organizasyon ve koordinasyonun sağlanamayışı ve elbette önceliğin hayatta kalanların normal gündelik hayatlarına geri dönmelerinde olması sebebiyle genellikle kimliklendirme yapılamamıştır. Kimliklendirmenin yapılabildiği durumlarda ise herhangi bir standarda sadık kalınamamıştır. Cesetlerin saklanma koşulları kısıtlı olduğundan, çoğu zaman süratle toplu mezarlara defnedilmeleri sağlanmıştır.

Umumi hıfzısıhha kanununun 215. maddesinde defin ruhsatı (ölü göme izin belgesi) olmadan hiçbir cenazenin gömülmesine izin verilmeyeceği açıkça belirtilmektedir. Bu

belgeyi düzenlemek kural olarak hekimlere ait olmakla birlikte yasa gerekli durumlarda hekim olmayan kişilerinde gömme izin belgesi düzenleyebileceklerini öngörmüştür. Ölü gömme izin belgesi düzenleyebilecek olan kişiler şunlardır;

Belediye hekimi

Sağlık ocağı hekimi

Ölen kişinin tedavisi ile ilgilenen hekim (yetkili makamlarca onaylanmış)

Yardımcı sağlık çalışanları(ölünün bulunduğu yerde hekim yoksa)

Jandarma karakol komutanı(ölünün bulunduğu yerde hekim yoksa)

Köy muhtarı(ölünün bulunduğu yerde hekim yoksa)

Ölü gömme izin belgesi almak üzere sağlık ocağı hekimine ya da belediye hekimine başvurulduğunda,hekim ölüyü muayene ederek bu belgeyi vermelidir.Muayene etmeden kesinlikle düzenlememelidir.Uygulamada ölü yakınlarının doktora muayene edilmeden ya da yalnızca kendi beyanlarına dayanarak ölüyü gömme izin belgesi yönünde talepleri olmaktadır.

Toplumsal duyarlılıkları da gözетerek bu yönlü istekler geri çevrilmeli, mutlaka ölüyü muayene ederek belgeyi düzenlemelidir.Aksi takdirde hekim yasal sorumluluk altına girecektir.

Ölü kişi bir yataklı tedavi kurumuna yada ayaktan tedavi kurumuna(özel yada kamu) getirilmiş ise ölü gömme izin belgesi bu kurumun başhekimi tarafından onaylanması ile geçerlilik kazanır.Ölü gömme izin belgesi şu bilgileri içermelidir.

*Formun doldurulduğu il ve ilçe adı,

*Ölünün adı, soyadı, baba adı, ana adı, yaşı, cinsiyeti, açık ev adresi, ölüm sebebi ve öldüğü tarih,

*Ölümü tesbit eden hekimin adı ve soyadı ile kurum resmi mührü ve imza.

Bu bilgilerin kuşkuyla yer vermeyecek açıklıkta olması önemlidir.El yazısı ile yazılmışsa yazı düzgün ve okunaklı olmalıdır.Ölüm sebebini belirlerken ölenin yakınlarından ve çevrede bulunanlardan daha önce onun adına düzenlenmiş raporlarından, reçetelerinden, tetkik sonuçlarından veya kullandığı ilaçlardan edinilen bilgiler yardımcı olabilir.Ölüm sebebi olarak ucu açık ifadelerden kaçınılmalıdır.Özgün tanı konulmaya çalışılmalıdır. Şüpheli ölüm kanaati oluşmuşsa, doğal olmayan neden düşünülüyorsa adli tıp yönünden inceleme yoluna yönelmeli, otopsi, doku örnekleri vb işlemler, adli tabip incelemesi talep edilmelidir. Bu durum hem yasal açıdan gerekli olmakla beraber hemde istatistiki verilerin sağlıklı olması açısından önemlidir.

Yukarda anlatılan ölü gömme raporu, ölü gömme yerleri ve bunların seçim kriterlerine uygun olarak belirlenecek geçici ölü muhafaza yerleri İl Afet Kordinasyon Merkezi tarafından bölgede bulunan mevcut hastanelerin morg kapasiteleri, kamu yada özele ait soğuk hava depoları, cami ve mezarlık morgları,buz pateni pisti benzeri kapalı spor

mekanları ve bunların içinde muhafaza edilebilecek cenaze sayıları az bir yanılma payı ile hesaplanmalıdır. Çok özel ve gerekli durumlarda kullanılabilen soğuk hava tesisatlı büyük kamyonlar(TIR) bile plan içinde yedeklenmelidir. Bu mevcut yerler büyüklük (kapasitelerine göre) numaralandırılmalı ve plan safhasında karo personeli tespit edilmeli, sorumluları ile yapacaklar işler sıralanmalı ve tutacakları kayıt evrakları tespit edilerek zaman içinde periyodik olarak tatbikatları yapılmalıdır.

ÖLÜ KİMLİK TESPİT KARTI

ADIVE SOYADI:

ADRESİ :

MEVCUT KİMLİK BİLGİLERİ:

ÖLÜYÜ GETİREN GÖREVLİNİN

ADIVE SOYADI:

GELDİĞİ BÖLGE:

ÖLÜNÜN TANISI:

ÖLÜM TARİHİ VE SAATİ:

TANIYI KOYAN DOKTOR YADA GÖREVLİ ADI, SOYADI VE İMZASI:

Bu merkezlere getirilen ölümler buralardaki mevcut raflara konulurken kimlik kontrolleri bir kez daha yapılmalı, fotoğrafları çekilmeli (albümlenmeli) kim tarafından hangi olay veya bölgeden getirildiğini belirtir form doldurularak teslim alma belgesi yapılmalı ve bu kayıtlar bilgisayar ortamında veya manuel olarak kayıt defterlerinde tutulmalıdır.

Ölünün üzerinden çıkacak kıymetli eşyaları (para, yüzük, saat, bilezik vb.) için tutanak tutularak emanete alınmalı, ölünün geldiği yerde (sahada) ölüm raporu verilmemişse bu merkezlerde bulunan doktor tarafından ölüm raporu verilmelidir. Cenaze yıkandıktan sonra tabutlanmalı, şayet şehirlerarası yola gidecekse (tahnitlenmeli) ve ölü toplama merkezinde bulunan belediye sağlık görevlileri tarafından yol belgesi verilmelidir. Ölü toplama ünitelerinde cenazeler 24 saatten fazla bekletilmemelidir. Ölü toplama merkezi olarak adlandırılan en büyük ölü toplama ünitesinde ise cenaze bekleme süresi 72 saati aşmamalıdır.

Kaynaklar

1. Ulusal felaket kurbanlarının kimliklendirmesi (DVI) Kongresi kapanış bildirgesi, 3-5 Mayıs 2004 Van,
2. Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi, kurs ders notu, Polisin Adli Kapasitesinin Güçlendirilmesi(Twinning Projesi), 2005
3. Afet ve kimliklendirme, Dr.Elif Günçe .Yeditepe Üniversitesi Acil Tıp Toplantıları,Afet Sempozyumu,2011,
4. Ünsal S. Afet ve Triage Hukuku, Afet Tıbbı-Mehmet Eryılmaz,Ufuk Dizer, 2007.

5. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve Elatmalardan Doğan Sorumluluklar. Tekişik Ofset Tesisleri, Ankara 1992.
6. Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Yayınları, Ankara 1991.
7. Aykaç M. Hekimlerin ceza Sorumlulukları. İstanbul Tıp Fak Der. 47:791-796.
8. Aykaç M. Hekimlerin Hukuki Sorumlulukları. İstanbul Tıp Fak Der. 1984; 47:585-590, 1984
9. Felaket kurbanlarını kimliklendirmede kullanılan güvenilir kimliklendirme yöntemleri, Jandarma kriminal laboratuvarı, TSK, Nurgül KATIRCI, 2005
10. Çoker F, Kazancı F, Kazancı M. Türkiye Cumhuriyeti Kanunları. Kazancı Yayınları, İstanbul 1997.
11. Çoltu A. Acil Servislerde Adli Olgular Nasıl Değerlendirilmelidir. Bursa Devlet Hastanesi Tıp Bülteni 1986;2(2):83-90.
12. Dönmezler S, Erman S. Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku, 2. Cilt, 9. Bası., Fatih Gençlik Vakfı Matbaa işletmesi, İstanbul, 1986.
13. Erem F, Toroslu N Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler Savaş Yayınları Sevinç Matbaası, Ankara, 1983.
14. Gözübüyük AP. Türk Ceza Kanunu Açılımı, 4. Bası, Kazancı Hukuk Yayınları, İstanbul. 1981
15. Güler M. Disiplin Soruşturması Yöntemi. “ Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat.” İçinde. Türk Tabipleri Birliği, Tisamat, Ankara, 1998.
16. Hancı İH. Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku) Toprak Ofset, 1999, İzmir.
17. Hancı İH. Malpraktis. Seçki Matbaacılık 2001 Ankara
18. Keskin K. Uygulamada Taksirle Ölüme ve Yaralanmaya Neden Olma Suçları, Ankara, 1992
19. Cihangiroğlu, B. Gözenekli Yüzeyler Üzerindeki Parmak İzlerinin Görünür Hale Getirilmesi, A.Ü. Sağlık Bil. Enst. Yüksek Lisans Tezi, 2002
20. Encyclopedia of Forensic Science, 2000, 556-565, Jay A Siegel, Academic Pres, Co, USA,
21. Çelikmen MF. Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi, kurs ders notu, (Hollanda ve İspanya-Twinning Projesi), 2013

**Fotoğraflarla
Prof. Dr.
Hüseyin Cahit ÖZEN**





Resim 1. Bursa'nın Orhangazi ilçesi Gemiç Köyü'nde.



Resim 2. İstanbul Tıp Fakültesindeki öğrencilik yıllarından, 1939.



Resim 3. Cerrahpaşa'daki hastane bahçesinde arkadaşlarıyla beraber, 1939.



Resim 4. Tıp fakültesi öğrencilik yıllarında Ankara gezisinde Ulus'ta, 1939.



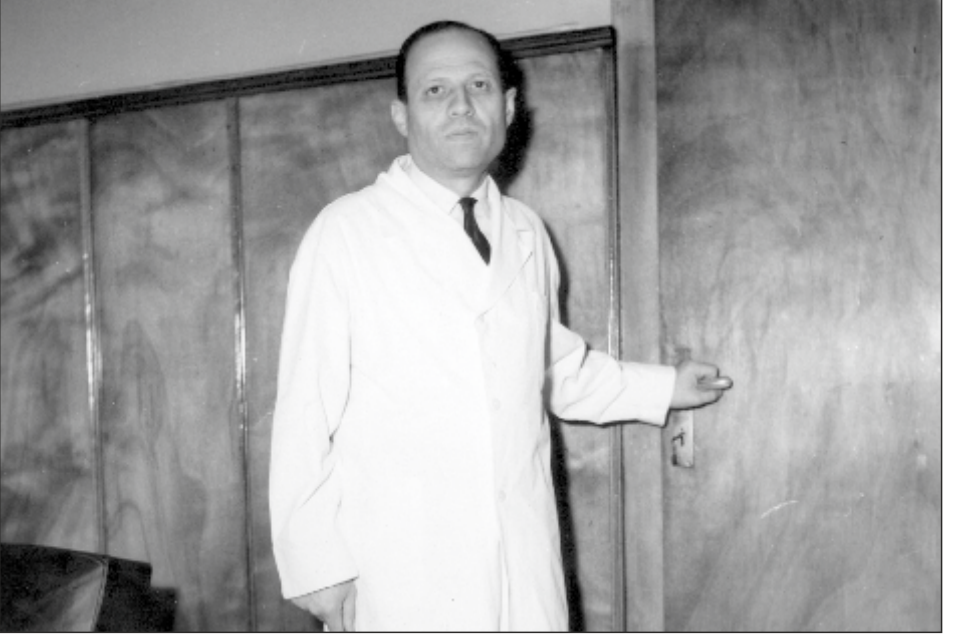
Resim 5. Çatalca'da tabip teğmen olarak askerlik görevini yaptığı dönemde (1940-42).



Resim 6,7. Ankara'da görev yaptığı dönemde, 1943.



Resim 8. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin açtığı sınavda adli tıp doçenti olmayı hak kazanıyor, 1948.



Resim 9. Ankara'da Adli Tıp Doçenti olarak görev yaptığı dönemden.



Resim 10. Londra Tıp Fakültesi Adli Tıp Enstitüsü'ne görevli olduğu dönemden, 1950.



Resim 11. Dr. Ethem Akif Battalgazi yaşamının son döneminde evinde ziyaret.



Resim 12. Nefeslerin tutulduğu an: Atatürk'ün naaşının İstanbul'dan Ankara'ya Anıtkabir'e taşınması olayı, 9 Kasım 1953. Doç. Dr. Cahit Özen bu tarihi olayda Prof. Dr. Kamile Mutlu ile birlikte adli tıp uzmanı görev alıyor.



Resim 13. 1955 - 1969 yıllarında İstanbul'da Adli Tıp Müessesesi Başkanlığı görevini yürütüyor.



Resim 14. Prof. Dr. Osman Barlas ve Prof. Dr. Hikmet Altuğ ile birlikte, 1972.



Resim 15. İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki öğretim üyeliği döneminden, 1982



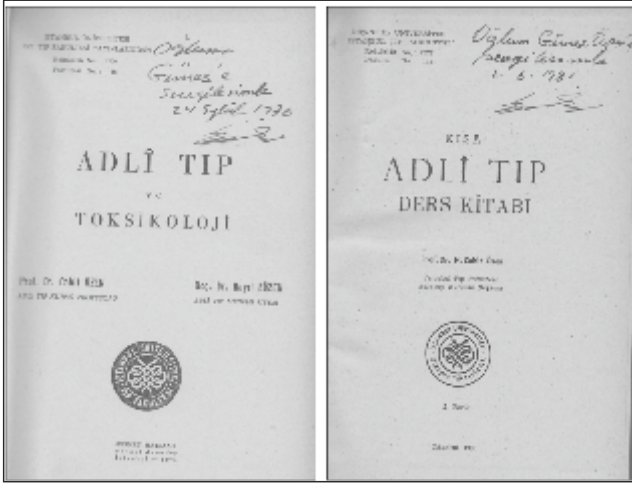
Resim 16. 1950-2 yıllarında bir anı: Prof. Dr. Cahit Özen'in oğlu Güneş Özen, kızı Günesen Pars, eşi Kıymet Özen.



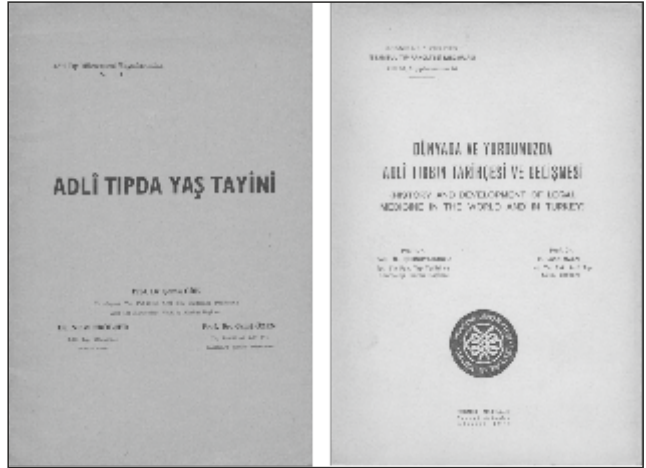
Resim 17. Pasaportundan bir sayfa: Prof. Dr. Cahit Özen, eşi Kıymet Özen ve oğlu Sadi Özen; 1973.



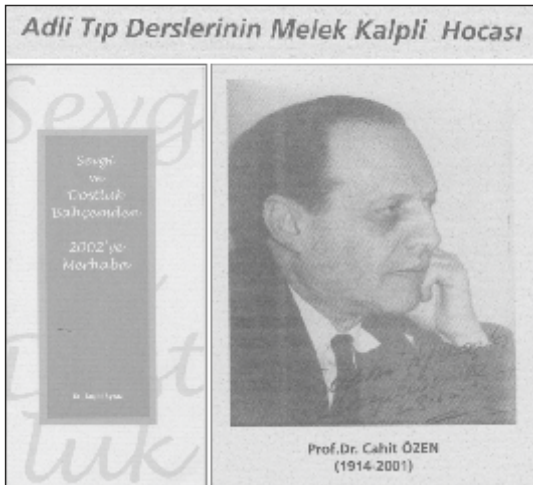
Resim 18,19. Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı'nın albümünden.



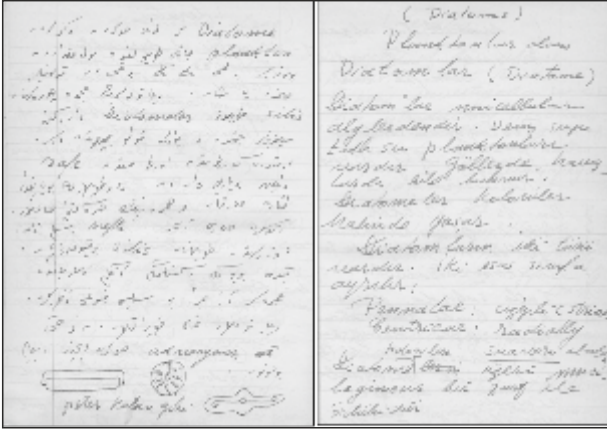
Resim 20. Adli Tıp ders kitapları.



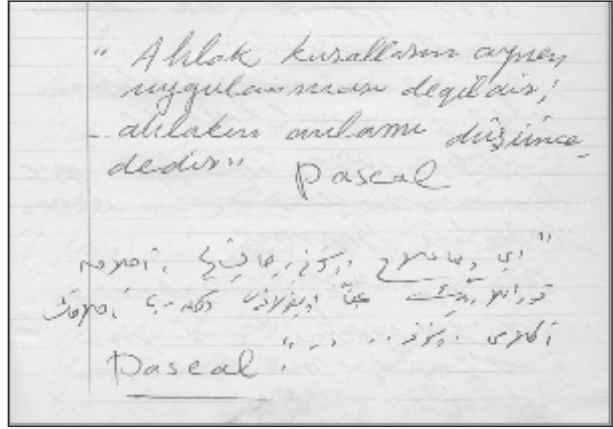
Resim 21. Adli Tıpta Yaş Tayini Dünyada ile Yurdumuzda Adli Tıbbın Tarihçesi ve Gelişmesi kitapları.



Resim 22. Dr. Suphi Ayvaz'ın “Sevgi ve Dostluk Bahçemden 2002'ye Merhaba” kitapçığında.



Resim 13. Not defterinden sayfalar.



Resim 24. Not defterinden sayfalar.



Resim 25. Adli tıp ve adli bilimlere imzasını güçlü bir şekilde atan bu büyük ismimizi saygı ile anıyoruz.

adli tıp uzmanları derneği

1992



ADLI TIP
UZMANLARI
DERNEĞİ



İSTANBUL
ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL
TIP FAKÜLTESİ



İSTANBUL
BAROSU



İSTANBUL
TABİP
ODASI



HASTA VE
HASTA YAKINLARI
DERNEĞİ



MÜLTEÇİLERLE
DAYANIŞMA
DERNEĞİ



ADLI OSTEOLOJİ
ODONTOLOJİ VE
KİMLİKLENDİRME
DERNEĞİ

İSTANBUL BAROSUNUN KATKILARIYLA